



**HAL**  
open science

# Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique

Najibe Lmoumene

► **To cite this version:**

Najibe Lmoumene. Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01915464

**HAL Id: dumas-01915464**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01915464v1>**

Submitted on 7 Nov 2018

**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.



Faculté  
de Médecine  
Aix\*Marseille Université

**Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du  
risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 24 Janvier 2018**

**Par Monsieur Najibe LMOUMENE**

**Né le 12 juillet 1985 à Toul (54)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur FELICIAN Olivier**

**Président**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur BARTOLOMEI Fabrice**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BLAUVAC Denis**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI **Vice-Doyen aux Professions Paramédicales**  
: Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

# PROFESSEURS HONORAIRES

**MM**

AGOSTINI Serge  
ALDIGHIERI René  
ALESSANDRINI Pierre  
ALLIEZ Bernard  
AQUARON Robert  
ARGEME Maxime  
ASSADOURIAN Robert  
AUFFRAY Jean-Pierre  
AUTILLO-TOUATI Amapola  
AZORIN Jean-Michel  
BAILLE Yves  
BARDOT Jacques  
BARDOT André  
BERARD Pierre  
BERGOIN Maurice  
BERNARD Dominique  
BERNARD Jean-Louis  
BERNARD Pierre-Marie  
BERTRAND Edmond  
BISSET Jean-Pierre  
BLANC Bernard  
BLANC Jean-Louis  
BOLLINI Gérard  
BONGRAND Pierre  
BONNEAU Henri  
BONNOIT Jean  
BORY Michel  
BOTTA Alain  
BOURGEADE Augustin  
BOUVENOT Gilles  
BOUYALA Jean-Marie  
BREMOND Georges  
BRICOT René  
BRUNET Christian  
BUREAU Henri  
CAMBOULIVES Jean  
CANNONI Maurice  
CARTOUZOU Guy  
CHAMLIAN Albert  
CHARREL Michel  
CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert  
DEVRED Philippe

**MM**

DJIANE Pierre  
DONNET Vincent  
DUCASSOU Jacques  
DUFOUR Michel  
DUMON Henri  
FARNARIER Georges  
FAVRE Roger  
FIGARELLA Jacques  
FONTES Michel  
FRANCOIS Georges  
FUENTES Pierre  
GABRIEL Bernard  
GALINIER Louis  
GALLAIS Hervé  
GAMERRE Marc  
GARCIN Michel  
GARNIER Jean-Marc  
GAUTHIER André  
GERARD Raymond  
GEROLAMI-SANTANDREA André  
GIUDICELLI Roger  
GIUDICELLI Sébastien  
GOUDARD Alain  
GOUIN François  
GRISOLI François  
GROULIER Pierre  
HADIDA/SAYAG Jacqueline  
HASSOUN Jacques  
HEIM Marc  
HOUEL Jean  
HUGUET Jean-François  
JAQUET Philippe  
JAMMES Yves  
JOUVE Paulette  
JUHAN Claude  
JUIIN Pierre  
KAPHAN Gérard  
KASBARIAN Michel  
KLEISBAUER Jean-Pierre  
LACHARD Jean  
LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

**MM**

MICHOTÉY Georges  
MILLET Yves  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

# PROFESSEURS HONORIS CAUSA

**1967**

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

**1974**

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

**1975**

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

**1976**

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

**1977**

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

**1978**

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

**1980**

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)

**1981**

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

**1982**

M. le Professeur

**1985**

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

**1986**

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

**1987**

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

**1988**

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

<b>1989</b> M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b> MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b> MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b> MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b> MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b> MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b> MM. les Professeurs	DINARELLO (U.S.A.) STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b> MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b> MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b> MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b> MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b> MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b> M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b> M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b> M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b> M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b> M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

# EMERITAT

## 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

## 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

## 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

## 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

## 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

## 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

## 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

## 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017



M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert  
ALBANESE Jacques  
ALIMI Yves  
AMABILE Philippe  
AMBROSI Pierre  
ANDRE Nicolas  
ARGENSON Jean-Noël  
ASTOUL Philippe  
ATTARIAN Shahram  
AUDOUIN Bertrand  
AUQUIER Pascal  
AVIERINOS Jean-François  
AZULAY Jean-Philippe  
BAILLY Daniel  
BARLESI Fabrice  
BARLIER-SETTI Anne  
BARTHET Marc  
BARTOLI Jean-Michel  
BARTOLI Michel  
BARTOLIN Robert Surnombre  
BARTOLOMEI Fabrice  
BASTIDE Cyrille  
BENSOUSSAN Laurent  
BERBIS Philippe  
BERDAH Stéphane  
BERLAND Yvon Surnombre  
BERNARD Jean-Paul  
BEROUD Christophe  
BERTUCCI François  
BLAISE Didier  
BLIN Olivier  
BLONDEL Benjamin  
BONIN/GUILLAUME Sylvie  
BONELLO Laurent  
BONNET Jean-Louis  
BOTTA/FRIDLUND Danielle  
BOUBLI Léon  
BOYER Laurent  
BREGEON Fabienne  
BRETTELE Florence  
BROUQUI Philippe  
BRUDER Nicolas  
BRUE Thierry  
BRUNET Philippe  
BURTEY Stéphane  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier  
CASANOVA Dominique  
CASTINETTI Frédéric  
CECCALDI Mathieu  
CHABOT Jean-Michel  
CHAGNAUD Christophe  
CHAMBOST Hervé  
CHAMPSAUR Pierre  
CHANEZ Pascal  
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle  
CHARREL Rémi  
CHARPIN Denis Surnombre  
CHAUMOITRE Kathia  
CHIARONI Jacques  
CHINOT Olivier  
CHOSSEGROS Cyrille  
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre  
COLLART Frédéric  
COSTELLO Régis  
COURBIERE Blandine  
COWEN Didier  
CRAVELLO Ludovic  
CUISSET Thomas  
CURVALE Georges  
DA FONSECA David  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia  
DANIEL Laurent  
DARMON Patrice  
D'ERCOLE Claude  
D'JOURNO Xavier  
DEHARO Jean-Claude  
DELPERO Jean-Robert  
DENIS Danièle  
DESSEIN Alain Surnombre  
DESSI Patrick  
DISDIER Patrick  
DODDOLI Christophe  
DRANCOURT Michel  
DUBUS Jean-Christophe  
DUFFAUD Florence  
DUFOUR Henry  
DURAND Jean-Marc  
DUSSOL Bertrand  
ENJALBERT Alain Surnombre  
EUSEBIO Alexandre  
FAKHRY Nicolas  
FAUGERE Gérard Surnombre  
FELICIAN Olivier  
FENOLLAR Florence  
FIGARELLA/BRANGER Dominique  
FLECHER Xavier  
FOURNIER Pierre-Edouard  
FRANCES Yves Surnombre  
FUENTES Stéphane  
GABERT Jean  
GAINNIER Marc  
GARCIA Stéphane  
GARIBOLDI Vlad  
GAUDART Jean  
GAUDY-MARQUESTE Caroline  
GENTILE Stéphanie  
GERBEAUX Patrick  
GEROLAMI/SANTANDREA René  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine  
GIORGI Roch  
GIOVANNI Antoine  
GIRARD Nadine  
GIRAUD/CHABROL Brigitte  
GONCALVES Anthony  
GORINCOUR Guillaume  
GRANEL/REY Brigitte  
GRANVAL Philippe  
GREILLIER Laurent  
GRILLO Jean-Marie Surnombre  
GRIMAUD Jean-Charles  
GROB Jean-Jacques  
GUEDJ Eric  
GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
GUYS Jean-Michel  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOFFART Louis  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
KERBAUL François  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MARANINCHI Dominique Surnombre  
MARTIN Claude Surnombre  
MATONTI Frédéric  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MOAL Valérie  
MONCLA Anne  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
MUNDLER Olivier Surnombre  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
SAMBUC Roland Surnombre  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

## **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

## **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

## **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

## **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

ACHARD Vincent (disponibilité)  
ANGELAKIS Emmanouil  
ATLAN Catherine (disponibilité)  
BARTHELEMY Pierre  
BARTOLI Christophe  
BEGE Thierry  
BELIARD Sophie  
BERBIS Julie  
BERGE-LEFRANC Jean-Louis  
BEYER-BERJOT Laura  
BIRNBAUM David  
BONINI Francesca  
BOUCRAUT Joseph  
BOULAMERY Audrey  
BOULLU/CIOCCA Sandrine  
BUFFAT Christophe  
CAMILLERI Serge  
CARRON Romain  
CASSAGNE Carole  
CHAUDET Hervé  
COZE Carole  
DADOUN Frédéric (disponibilité)  
DALES Jean-Philippe  
DAUMAS Aurélie  
DEGEORGES/VITTE Joëlle  
DEL VOLGO/GORI Marie-José  
DELLIAUX Stéphane  
DESPLAT/JEGO Sophie  
DEVEZE Arnaud Disponibilité  
DUBOURG Grégory  
DUFOUR Jean-Charles  
EBBO Mikaël

FABRE Alexandre  
FOLETTI Jean- Marc  
FOUILLOUX Virginie  
FROMNOT Julien  
GABORIT Bénédicte  
GASTALDI Marguerite  
GELSI/BOYER Véronique  
GIUSIANO Bernard  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie  
GONZALEZ Jean-Michel  
GOURIET Frédérique  
GAILLON Thomas  
GRISOLI Dominique  
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné  
GUIDON Catherine  
HAUTIER/KRAHN Aurélie  
HRAIECH Sami  
KASPI-PEZZOLI Elise  
L'OLLIVIER Coralie  
LABIT-BOUVIER Corinne  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina  
LAGIER Aude (disponibilité)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude  
LEVY/MOZZICONACCI Annie  
LOOSVELD Marie  
MANCINI Julien  
MARY Charles  
MASCAUX Céline  
MAUES DE PAULA André  
MILLION Matthieu  
MOTTOLA GHIGO Giovanna  
NGUYEN PHONG Karine

NINOVE Laetitia  
NOUGAIREDE Antoine  
OLLIVIER Matthieu  
OUDIN Claire  
OVAERT Caroline  
PAULMYER/LACROIX Odile  
PERRIN Jeanne  
RANQUE Stéphane  
REY Marc  
ROBERT Philippe  
SABATIER Renaud  
SARI-MINODIER Irène  
SARLON-BARTOLI Gabrielle  
SAVEANU Alexandru  
SECQ Véronique  
TOGA Caroline  
TOGA Isabelle  
TROUSSE Delphine  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile  
VALLI Marc  
VELY Frédéric  
VION-DURY Jean  
ZATTARA/CANNONI Hélène

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad  
BARBACARU/PERLES T. A.  
BERLAND/BENHAIM Caroline  
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise  
BOYER Sylvie  
COLSON Sébastien

DEGIOANNI/SALLE Anna  
DESNUES Benoît  
MARANINCHI Marie  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky  
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte

POGGI Marjorie  
RUEL Jérôme  
STEINBERG Jean-Guillaume  
THOLLON Lionel  
THIRION Sylvie  
VERNA Emeline

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN**

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECUAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

#### **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPICANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

#### **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

#### **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

#### **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

#### **DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

#### **ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

#### **PIDEMOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRON Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

#### **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

#### **CHIRURGIE PLASTIQUE,**

#### **RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

#### **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

#### **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

#### **GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OUDIN Claire (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
 VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BRIGEON Fabienne (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*  
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU-PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)



# REMERCIEMENTS

---

**A Monsieur le Professeur Olivier FELICIAN**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis très reconnaissant, veuillez trouver mes remerciements les plus respectueux. Merci pour votre disponibilité, votre accueil et votre bienveillance.

**A Monsieur le Professeur Christophe LANCON**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'espère que vous trouverez l'expression de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Fabrice BARTOLOMEI**, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, j'en suis particulièrement honoré.

**A Monsieur le Docteur Denis BLAUVAC**, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Par votre sérénité, votre disponibilité, et votre conviction j'ai pu avancer avec force et détermination ! Merci pour vos précieux conseils et votre accueil chaleureux. Travailler à vos côtés était pour moi un plaisir et un honneur.

**Aux médecins** qui m'ont connu à mes débuts. Chaque stage restera pour moi une expérience inoubliable, merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, merci de m'avoir permis de m'épanouir dans un environnement stimulant et respectueux.

**Au Docteur Michel FAUVE**, merci pour la médecine familiale que tu m'as enseigné et transmis.

**A mon maître de stage le Docteur Bruno BLANCHARD**, merci pour la confiance, l'autonomie, et l'approche relationnelle exceptionnelle que vous avez su me transmettre que j'ai pu acquérir à vos côtés. Ma pratique de la médecine restera à jamais marquée par votre enseignement.

**Aux Docteurs Christophe BARALLINI, Bernard DELMAS, Michel MATTEI, et Olivier LINHARES**, je vous remercie pour votre accueil chaleureux, vos conseils judicieux que je continue à appliquer aujourd'hui encore.

**A Hela, ma fiancée et bientôt mon épouse** merci pour ton soutien, pour ton amour et tu le sais je t'aime, on a construit un petit bout de chemin ensemble, le début d'une aventure unique et prometteuse. 2018 sera l'occasion de rajouter encore beaucoup de choses à fêter ensemble.

**A mes frères Mustapha et Samir**, c'est grâce à vous que j'en suis arrivé là je le sais et c'est pour moi l'occasion de vous remercier. Merci ! Vos réussites sont des exemples pour moi. Je serais toujours là pour mes petits neveux Léna, Imad, Adam et Sihem.

**A ma sœur Fatima**, toujours présente, beaucoup d'amour de soutien, de folie et de souvenirs merveilleux. Je n'ai rien oublié et Samia a beaucoup de chance d'avoir une maman comme toi !

**A ma mère**, Maman merci de m'avoir apporté tout l'amour qu'une mère peut apporter, un amour bienveillant et inconditionnel, une éducation, des valeurs qui aujourd'hui m'accompagnent toujours ! Je t'aime maman !

**A mon père**, Papa merci pour ton soutien, ton amour, ta fierté est ma fierté ! Tu as toujours été un modèle que j'ai souvent cherché à copier, je sais tout ce que tu as sacrifié pour nous et je t'en remercie. Papa, je t'aime !

**A mes grands-parents**, Mama Hadja et Nana merci pour votre amour et les souvenirs d'été à jamais en moi.

**Aux amis de l'externat et de l'internat**, de Nancy, Toulon, Marseille, La Ciotat et Hyères... merci pour les heures de révisions, de détente et de complicités beaucoup de souvenirs.

# SOMMAIRE

---

INTRODUCTION.....	2
Généralités .....	2
Les troubles du sommeil .....	3
Physiologie du sommeil .....	3
Insomnie .....	5
Benzodiazépines à visée hypnotique .....	8
MATERIEL ET METHODE .....	10
Recherche bibliographique.....	10
Etude qualitative .....	10
Population étudiée .....	11
Critères d’inclusion .....	11
Critères d’exclusion .....	11
Réalisation de la grille d’entretien .....	11
Recueil des données.....	12
Durée des entretiens .....	12
Analyse des données.....	12
Limiter le biais .....	12
RESULTATS .....	13
Population.....	13
Analyse des résultats .....	14
Par entretiens .....	14
Transversale .....	17
DISCUSSION.....	24
Choix de l’étude .....	24
Biais et limites de l’étude.....	24
Recrutement des participants.....	25
Commentaires sur les résultats .....	28
CONCLUSION .....	32
BIBLIOGRAPHIE .....	34
ANNEXES.....	37
ABREVIATIONS.....	45

# INTRODUCTION

---

## 1. INTERET

Les Hommes ont toujours été préoccupés par leur sommeil, dès l'Antiquité il prenait un caractère divin, le sommeil survenait par l'intervention du dieu Hypnos. On rapporte qu'à cette époque une perturbation du sommeil pouvait être annonciatrice de mort.

Comprendre le sommeil (et les rêves) et en préserver sa qualité était donc une grande préoccupation des médecins. Ainsi, il arrivait à Hippocrate d'adapter ses prescriptions aux rêves qu'il venait d'avoir comme on peut le lire dans son Traité d'hygiène, ou l'Art de prévoir les maladies du corps humain [1] : par l'état du sommeil : certains rêves pouvant être annonciateur d'altération de l'état de santé d'une personne.

Intimement lié à la mort (Hypnos étant le frère jumeau de Thanos : Dieu de la mort dans la mythologie grecque), le sommeil est resté longtemps interprété comme une petite mort régénératrice qui permettait le retour à la vie au réveil.

On a tous en tête le mythe de l'écrivain insomniaque, où le manque de sommeil est source d'inspiration et de génie créatif (Shakespeare par exemple était connu pour dormir très peu et, dans ces œuvres, les personnages (Hamlet) profitent de leur insomnie pour résoudre leur passé et se projeter dans leur avenir).

L'insomnie a ainsi longtemps été considérée comme un simple symptôme dont la prise en charge se faisait à minima car non reconnue comme une maladie à part entière. Hors, cela entraîne souvent un retentissement clinique important (asthénie, irritabilité, morbi-mortalité augmentée, perturbations endocriniennes (sources de grignotage), mais également familial et professionnel (arrêt de travail, accident de la voie publique,...)).

Souvent banalisés en l'absence d'autres signes fonctionnels associés, on a longtemps pensé que le manque de sommeil occasionnait une simple fatigue qu'il était aisé de compenser plus tard. Hors un trouble du sommeil constitue un mal être profond pour les patients. A l'heure des réseaux sociaux, des écrans (smartphones,...) sources d'addictions ou tout le monde doit être joignable à chaque instant du jour et de la nuit, comment préserver une qualité de sommeil quand celui-ci est considéré comme simple variable d'ajustement d'une journée bien remplie ?

On comprend aisément la problématique de santé publique qui en découle : coût de la prise en charge médicale, absentéisme professionnel et scolaire, surconsommation médicamenteuse, dépression, ... Ainsi, les politiques de santé publique qui mettent l'accent sur la bonne hygiène de vie mettent de plus en plus sur le même plan une bonne qualité de sommeil et une activité physique régulière ou une alimentation équilibrée.

Le rôle du médecin généraliste est naturellement primordial pour le dépistage et la prise en charge psychologique et médicamenteuse des troubles du sommeil. Et plus important il assure le suivi et l'évolution de ces troubles qui représentent un motif fréquent de consultation. En 2016, l'InVS rapportait un trouble du sommeil chez plus d'un français sur trois [2], et plus de 4 millions de personnes prennent des benzodiazépines à visée hypnotique [3].

## 2. LES TROUBLES DU SOMMEIL

La durée du sommeil varie continuellement, de la naissance jusqu'à la mort. Quand un nourrisson dépasse les 18 heures, un adulte lui dort en moyenne 8 heures. Suffisant pour certains et trop peu pour d'autres, la durée est strictement personnelle, est doit être suffisante pour procurer un sentiment de repos au réveil et garantir une bonne forme tout au long de la journée. [4]

### Physiologie du sommeil

Le sommeil se décompose en cycles qui se succèdent avec quelques minutes de latence entre chaque cycle : 3 à 5 cycles de 90 minutes environ. Les cycles ne sont pas identiques entre eux, en fin de nuit durée plus courte du stade N3.

- **Stades N1 et N2** : sommeil lent léger
- **Stade N3** : sommeil lent profond
- **Stade REM** : sommeil paradoxal

### Le sommeil lent (=non REM)

- **le sommeil lent léger** (stades N1 et N2) : l'activité du cerveau ralentie et apparition sur l'EEG les « pointes vertex » pour le stade N1 et complexes K pour le stade N2 observés sur l'EEG.
- **le sommeil lent profond** (stade N3) : l'activité cérébrale continue de ralentir et apparition sur l'EEG d'ondes lentes ou ondes delta

## **Le sommeil paradoxal**

Caractéristique par le mouvement oculaire rapide (**Rapid Eye Movement**)

Le tonus musculaire est aboli, le cerveau est aussi actif qu'en stade N1.

La durée de sommeil nécessaire est bien évidemment liée à l'environnement de l'individu. Les intoxications, le stress, l'heure du coucher : plus l'éveil est long plus le besoin en sommeil augmente et notamment en sommeil profond (favorisé par l'accumulation d'adénosine consommée au niveau des cellules cérébrales).

Le système de l'éveil est stimulé par l'environnement et est régulé par l'horloge biologique qui déclenche l'endormissement (ainsi, un dérèglement de cette horloge (jetlag, travail de nuit,...) entraîne inévitablement une perturbation du sommeil), la sérotonine agit au niveau de l'hypothalamus pour bloquer l'éveil (les réseaux du sommeil lent et paradoxal, fonctionnerait en permanence s'il n'était pas bloqué par des éléments de l'éveil). [7]

Mais l'horloge biologique varie également d'un individu à l'autre sous l'influence de facteurs génétiques. Il est ainsi impossible de définir une quantité de sommeil « normale ». Certaines personnes se contentent de 4 heures de sommeil (Margaret Thatcher par exemple), d'autres auront besoin de 10 heures. En France, la durée moyenne de sommeil en semaine est de 6h58. [8]

Le prix Nobel de médecine 2017 a d'ailleurs été attribué pour des travaux sur l'horloge biologique. En 1984, Jeffrey Hall, Michael Rosbash et Michael Young ont isolé le gène *period* qui influence l'horloge biologique (la protéine PER s'accumule la nuit et se dégrade la journée). En 1994, Michael Young a découvert la protéine TIM codé par le gène *timeless*, les protéines PER et TIM entraîne un rétrocontrôle négatif sur le gène. Récemment, des chercheurs ont isolé une mutation commune du gène ABCC9 partagée par les plus gros dormeurs. Cette mutation entrainerait un besoin en sommeil augmenté de 30 minutes.

Les travaux sont nombreux sur l'horloge biologique, s'il a été montré que des anomalies génétiques pouvaient entraîner de graves perturbations, le « gène du sommeil » n'a pas encore été découvert.

Devant cette différence entre les personnes, comment classer les troubles du sommeil, comment comparer le sommeil d'un individu à l'autre.

Ce n'est qu'avec le développement de l'enregistrement de l'activité électrique du cerveau (EEG) au milieu du 20<sup>ième</sup> siècle que les neurophysiologistes (Michel Jouvet en France et Alfred Lee Loomis aux USA) identifient plusieurs phases de sommeil.

Cette découverte a permis meilleure analyse des troubles du sommeil grâce à une analyse plus objective du sommeil. [5][6]

Il est désormais possible d'analyser quantitativement le sommeil, sa chronologie, et sa reproductibilité et donc de classer les troubles du sommeil.

La Classification internationale de ces troubles (ICSD, 3e édition, 2014), établie par l'American Academy of Sleep Medicine, regroupent les troubles du sommeil en sept grandes catégories :

1. les insomnies ;
2. les troubles respiratoires du sommeil (syndromes d'apnées centrales du sommeil, syndromes d'apnées obstructives du sommeil, syndromes d'hypoventilation) ;
3. les troubles moteurs du sommeil (syndrome des jambes sans repos...) ;
4. les troubles centraux d'hypersomnolence (hypersomnies, narcolepsie) ;
5. les troubles du rythme circadien ;
6. les parasomnies (sommambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes) ;
7. les autres troubles du sommeil.

### 3. L'insomnie

L'HAS dans sa recommandation pour la pratique clinique définit l'insomnie comme le ressenti donc d'une insuffisance quantitative (installation, maintien, durée) ou qualitative du sommeil, avec de possibles retentissements diurnes (fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité. [9]

La classification américaine des maladies mentales (DSM-IV) définit l'insomnie primaire par les mêmes critères dès que les symptômes dépassent un mois.

La classification internationale des troubles du sommeil (International Classification of Sleep Disorders ICSD-2) publiée en 2005, décrit plusieurs types d'insomnies :

- Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate (écran, smartphone, ...)
- Insomnie d'ajustement : transitoire, facteur de stress
- Insomnie psychophysiologique (état d'hypervigilance)
- Insomnie paradoxale (pas de troubles objectifs)
- Insomnie idiopathique (stable depuis l'enfance)
- Insomnie secondaire à une pathologie mentale et/ou physique (asthme, dépression, douleurs chroniques, hyperthyroïdie)
- Insomnie secondaire à une intoxication (toxique, médicamenteuse,...)

Donc il n'est pas toujours simple d'évaluer avec précision une insomnie, et cela demande un entretien dédié pour d'une part éliminer les insomnies chroniques secondaires (pathologie mentale ou physique) et d'autre part évaluer le retentissement de cette insomnie et décider de la prescription ou non d'un traitement médicamenteux.

Le médecin peut s'aider de questionnaire d'évaluation de la qualité du sommeil ou proposer au patient la tenue d'un agenda de sommeil. [ANNEXE 1]

A noter que les enregistrements du sommeil ne constituent pas une indication pour le diagnostic de l'insomnie.

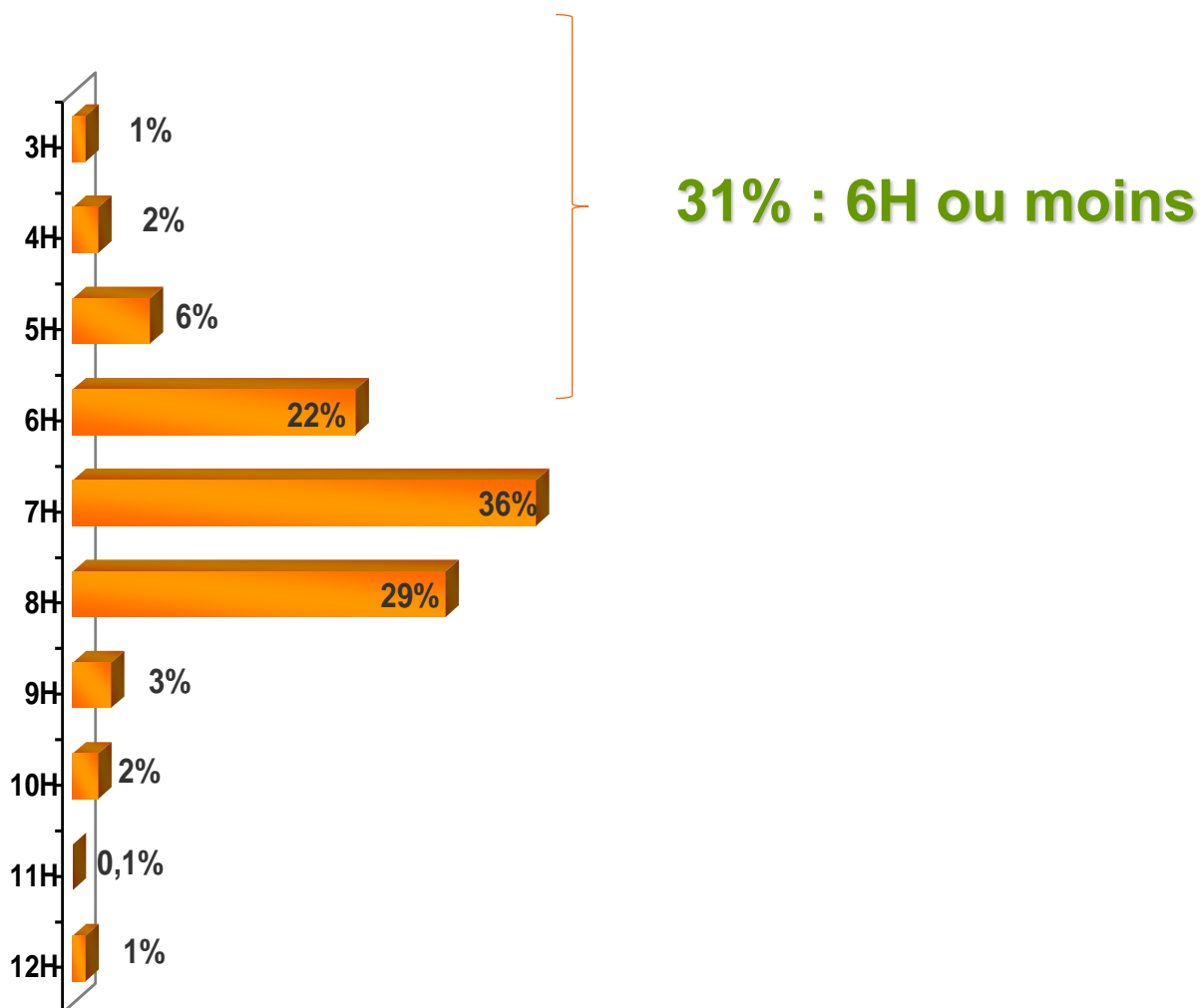
Le lien entre insomnie et dépression et entre insomnie et augmentation du risque cardio-vasculaire et d'ailleurs établis dans de nombreuses études. [10] [11]

Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique qui doit être pris en considération au même titre que la lutte contre la sédentarité ou la malnutrition compte tenu des comorbidités associées et de la prévalence des insomnies.

Selon la dernière enquête INSV/BVA 2009 : 29% des Français dorment moins de 7 heures par jour, on observe une hausse du temps de sommeil le week-end (7h50). Or, le manque de sommeil ne s'annule pas en 2 jours il existe donc une dette de sommeil chronique avec un retentissement important.



Enquête INSV/BVA 2011 temps de sommeil :



L'insomnie conduit souvent à la rédaction d'une ordonnance (antihistaminiques, anxiolytiques, hypnotiques, ...). La France est le deuxième pays le plus consommateur de benzodiazépines en Europe et le Zolpidem fait partie des 30 spécialités les plus prescrites en France en quantité. [ANNEXE 2]

## 4. Les benzodiazépines à visée hypnotique

Chaque type d'insomnie nécessite un traitement spécifique. Du traitement étiologique lorsqu'il est secondaire à une pathologie physique ou mentale aux règles hygiéno-diététiques (stimulants et excitants, écrans lumineux,...) lorsqu'il s'agit d'une mauvaise hygiène de vie. L'éducation thérapeutique et l'apprentissage des règles hygiéniques peuvent s'effectuer dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive.

Des traitements pharmacologiques peuvent être prescrits en cas d'échec des règles hygiéno-diététiques (en l'absence d'étiologies secondaires):

- Certains antihistaminiques à effets sédatifs
- Les agonistes de la mélatonine qui favorisent l'induction du sommeil
- Les benzodiazépines
- Les apparentés aux benzodiazépines : Zolpidem et Zopiclone

L'hypnotique idéal ne doit pas perturber le cycle naturel du sommeil, et être sans effets résiduels ni accoutumance.

### a. Prévalence de la consommation

Plus de 4 millions de personnes prennent des benzodiazépines à visée hypnotique, la HAS depuis plusieurs années incite les médecins généralistes à plus de vigilance avec pour objectif une réduction de consommation. La France est le deuxième pays le plus consommateur de benzodiazépines en Europe et le Zolpidem fait partie des 30 spécialités les plus prescrites en France en quantité. La durée de prescription est théoriquement limitée à 4 semaines, mais dans la pratique leur consommation peut s'étendre sur plusieurs mois voire plusieurs années. [12]

Par conséquent, un des principaux enjeux des pouvoirs publics est de réduire la consommation en quantité et en durée notamment chez les personnes âgées devant un constat de trop faible utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses et un renouvellement trop systématique des hypnotiques dans la durée. Ainsi, depuis 2012 l'HAS et l'ANSM ont mis en place plusieurs mesures visant à limiter cette surconsommation et le risque de mésusage important. [13]

Par ailleurs, une étude récente a mis en évidence une élimination plus lente du zolpidem chez les femmes et donc une durée d'action prolongée plus importante que chez les hommes. La FDA recommande donc actuellement une diminution de moitié des dosages recommandés pour les femmes, mais également pour les hommes dans la mesure du possible. [14]

La principale motivation de prescription d'un hypnotique est d'augmenter la durée du sommeil (induction rapide ou maintien du sommeil).

Les benzodiazépines à visée anxiolytique et celles à visée hypnotique partagent la même action pharmacologique : agonistes des récepteurs GABA-A, mais se différencient par leur demi-vie plus courte pour les hypnotiques. [15]

Les hypnotiques agissent au niveau du SNC par un mécanisme d'inhibition des mécanismes du réveil et ont ainsi un effet sédatif. Bien que très efficace, on observe un mécanisme de tolérance avec diminution de l'efficacité au bout de quelques semaines entraînant pour beaucoup de patient une augmentation des posologies au fil de l'utilisation. Par ailleurs, cette diminution d'efficacité s'accompagne d'une accoutumance chimique au fil du temps (agonistes des récepteur GABA-A) pouvant conduire à un syndrome de sevrage et a minima une anxiété et réapparition des insomnies à l'arrêt brutal.

Parmi les effets secondaires entraînant le plus de comorbidités, on retrouve une hypersomnolence dans la journée et donc un risque accru de chute et d'accident de la voie publique. En effet, dans la littérature le rôle des benzodiazépines à visée hypnotique comme facteur de survenu de chutes est fréquemment rapporté et en particularité chez le sujet âgé. [16] En France, près de 20 % des patients institutionnalisés en EHPAD sont traités par benzodiazépines. [17]

Les effets secondaires sources d'inquiétude pour les patients sont principalement la persistance de l'effet sédatif dans la journée mais on retient aussi l'amnésie, trouble du comportement comme source d'inquiétude.

Ainsi, les nombreuses politiques publics pour limiter la surconsommation d'hypnotiques ont aboutis à l'élaboration de recommandations pour la prescription et pour l'aide à l'arrêt. [18] [19]

L'objectif de cette étude était d'analyser les représentations des patients vis-à-vis de leurs consommations et du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique.

# MATERIEL ET METHODE

---

## 1. Recherche Bibliographique

Au préalable à cette étude, j'ai effectué une recherche bibliographique sur le thème des benzodiazépines à visée hypnotique et leurs effets indésirables via internet (PubMed, HAS, Google Scholar, TheseIMG) pour affiner mon thème de recherche et élaborer mon questionnaire. Cette recherche bibliographique s'est très vite orientée vers les études qualitatives visant à analyser le ressenti et les expériences professionnelles vécues par les médecins généralistes d'une part et les patients d'autres part.

Cette recherche a été réalisée de janvier 2017 à juillet 2017 avec parmi les mots clés : Benzodiazépine, insomnie, zolpidem, chronobiologie, iatrogénie, sommeil, dépendance pharmacologique, puis une nouvelle recherche s'est déroulée de juillet à octobre 2017.

## 2. Etude qualitative

Inaugurée dans les sciences sociales et particulièrement présente dans le marketing, une étude qualitative peut être réalisée soit par des entretiens collectifs (focus group) soit par des entretiens individuels (directifs ou semi dirigés) ou soit par des observations directes. [20] [21]

Les entretiens semi-dirigés me semblent la plus adaptée dans le cadre d'une étude basée sur le ressenti des médecins et leur expérience. Elle permet au mieux d'appréhender le vécu et le ressenti des patients face à la prescription de benzodiazépines à visée hypnotique.

Pour cela en amont, un guide d'entretien a été préparé et testé au préalable. Il permet une possibilité de réponses ouvertes et libres sans sensation de bonnes ou mauvaises réponses. Les questions sont posées de manières directives sans interprétation des réponses ni commentaires positifs ou négatifs. [Annexe 3]

Au total, grâce à un entretien bien préparé en amont et un interrogatoire protocolisé et standardisé dans la forme, les données récoltées permettent une bonne interprétation des résultats. Les facteurs d'âge, de sexe, de catégorie socio-professionnelle et de co-intoxication (autres traitements à effet sédatif, prise concomitante d'alcool ou de cannabis) étaient sources de modification de la consommation.

## 3. Population étudiée

### 3.1. Critères d'inclusion

Les patients éligibles à l'enquête devaient appartenir au secteur géographique de l'étude. Ils ont été recrutés de manière individuelle, lors de leur venue en consultation pour tout motif. Un rendez-vous pour l'entretien était alors programmé entre le 01 Janvier 2017 et le 30 Juin 2017 selon la convenance du patient. Les participants devaient répondre aux caractéristiques suivantes :

- être âgé de plus de 18 ans
- consommateur de benzodiazépines à visée hypnotique depuis plus de 4 semaines

### 3.2. Critères d'exclusion des dossiers

- Patient mineur
- Suivi psychiatrique
- Prise d'hypnotiques pour un autre patient
- Troubles cognitifs
- Difficulté de maîtrise de la langue française

### 3.3. Réalisation du canevas d'entretien

J'ai réalisé des entretiens semi directifs. J'ai pour cela élaboré une liste de questions avec des possibilités de relances à partir des recherches bibliographiques que j'ai effectuées précédemment et à partir de mon expérience professionnelle de prescripteur de benzodiazépines à visée hypnotique.

La première grille a été testée lors du premier entretien.

Les questions devaient être intelligibles par n'importe quel patient et devaient permettre à chaque participant d'évoquer les différentes perceptions qu'il se fait de son traitement et de sa consommation, avec la possibilité d'ouvrir de nouveaux thèmes.

L'entretien commençait toujours de la même façon « Merci d'être venu à notre rendez-vous, je vais vous poser quelques questions, il ne s'agit pas d'une évaluation, ni d'un test, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses ! Vous êtes libres de vos réponses ! A la fin de l'entretien, tout sera anonyme, les enregistrements ne seront pas conservés et il n'y aura pas de nom.

La grille a été réévaluée après le 3<sup>ème</sup> entretien.

## 4. Recueil des données

Un rendez-vous dédié a été fixé dans le cabinet médical avec un intervalle de 2 heures avant la prochaine consultation. Ces entretiens ont eu lieu sur une période de 7 mois suffisante pour interroger tous les participants (du 01 janvier 2017 au 31 juillet 2017).

Après accord, les entretiens ont été enregistrés via smartphone et retranscrits comme expliqué ci-dessous. Les réponses ont été rapportées en version brut sans modifications lexicales. Les idées ont été développées dans la partie résultats.

Tous les entretiens étaient confidentiels. J'ai effectué la retranscription puis l'anonymisation des entretiens sur format Word et je les ai fait relire par un de mes collègues avec la piste audio. Les retranscriptions des entretiens se trouvent en annexes.

A la fin de l'entretien, les participants étaient invités à s'exprimer sur le déroulé de l'entretien.

L'inclusion de nouveaux patients s'est arrêtée à saturation.

### 4.1. Durée des entretiens

Il n'y avait pas de durée minimale ni maximale pour l'entretien.

## 5. Analyse des données

Après chaque entretien, une analyse des questions et idées a été réalisée et codée pour l'analyse finale. A la fin du recueil, les entretiens ont été analysés et regroupés en thèmes et en sous thèmes.

## 6. Limiter le biais

Les entretiens se sont tous déroulés dans le même environnement pour ne pas perturber la standardisation du recueil (cabinet et bureau habituel du patient, même disposition des participants et de l'investigateur). Durant cet entretien la porte était fermée à clé pour la durée de l'entretien.

Les questions étaient systématiquement posées dans le même ordre sans aucune prise de notes, tout était retranscrit après réécoute. Aucun souci technique d'enregistrement n'est survenu.

# RESULTATS

## 1. Caractéristiques de la population

15 entretiens ont été réalisés entre le 15/07/2015 et le 15/09/2015 répartis entre 3 cabinets médicaux (urbains et semi urbains : 8 à Marseille 15<sup>ième</sup>, 7 à La Farlède).

ENTRETIEN	AGE	SEXE	PROFESSION	MOLECULES	CONDUCTEUR
1	51	F	Agent d'entretien	ZOLPIDEM/STILNOX	OUI
2	44	F	Sans profession	ZOLPIDEM	NON
3	60	M	Primeur	ZOLPIDEM	OUI
4	25	F	Mère au foyer	ZOLPIDEM	NON
5	51	M	Aide Comptable	IMOVANE	NON
6	34	M	Technicien réparateur	DIAZPAM	OUI
7	63	M	Retraité	ZOLPIDEM	OUI
8	68	F	Retraité	ZOLPIDEM	NON
9	31	F	Mère au Foyer	ZOLPIDEM	NON
10	22	M	Etudiant	IMOVANE	OUI
11	36	F	Sans profession	IMOVANE	OUI
12	29	M	Réinsertion	IMOVANE	OUI
13	41	F	Secrétaire	ZOLPIDEM	OUI
14	37	F	Agent d'entretien	ZOLPIDEM	NON
15	59	M	Mécanicien	IMOVANE	OUI

Tous les patients interrogés étaient au courant de l'anonymisation des résultats.

Les entretiens ont duré en moyenne 41 minutes et 15 secondes pour une durée totale de 10 heures et 12 secondes. Le plus long a duré 55 minutes et 15 secondes, le plus court : 20 minutes et 50 secondes.

## **2. Description de la population**

J'ai interrogé 8 femmes et 7 hommes, l'âge médian des participants était de 43 ans (et 5 mois), avec des âges extrêmes de 22 et 68 ans. Leurs profils étaient variés et correspondaient au profil des patients des secteurs géographiques.

## **3. Analyse des résultats**

Au terme des entretiens, les résultats ont été analysés et regroupés dans 6 chapitres et sous catégories.

Les thèmes abordés successivement sont :

- LA CONSOMMATION EN HYPNOTIQUES
- LA PERCEPTION DES RISQUES
- VARIABILITE INTERINDIVIDU
- RESPONSABILITE
- MOTIVATION
- ZOLPIDEM

### **3.1. ANALYSE PAR ENTRETIEN**

#### Entretien n°1 :

L'entretien s'est déroulé le 16 Janvier 2017, peu de temps après avoir validé ma grille d'entretien. J'étais déjà habitué aux entretiens semi-dirigés et au thème des hypnotiques après avoir réalisé mon mémoire de médecine générale. La patiente était une habituée du cabinet, au contact très facile et agréable. Elle prenait le temps de bien comprendre chaque question. L'entretien a duré 55 minutes et 15 secondes. C'était l'entretien le plus long. Elle est agent d'entretien, prend un traitement hypnotique depuis plus de 10 ans. Elle prend un comprimé par jour tous les soirs. Elle n'a jamais fait de tentative de sevrage, et n'a jamais consulté de spécialiste pour son insomnie et n'a jamais suivie de TCC non plus. Elle est inquiète du risque de pertes de mémoire mais pas de dépendance ni de somnolence diurne. Il lui arrive de prendre plus de comprimés que prescrit lorsque malgré le traitement elle ne trouve pas le sommeil.

#### Entretien n°2 :

L'entretien s'est déroulé le 02 Février 2017, l'entretien a duré 44 minutes et 10 secondes, la patiente mère de 2 enfants (de 17 et 12 ans), consommatrice d'hypnotiques depuis plus de 10ans, elle est âgée aujourd'hui de 44 ans. Elle prend un comprimé par jour tous les soirs, a déjà arrêté plusieurs fois son traitement.



Plusieurs fois parce qu'elle n'en avait plus et une fois pendant 2 ans parce qu'elle n'en avait pas besoin. Elle est consciente du risque de dépendance, mais ne déclare pas souffrir d'effets indésirables dans la journée. Elle n'a jamais consulté de spécialiste ni eu recours à une TCC.

#### Entretien n°3 :

L'entretien s'est déroulé le 06 Février 2017, le patient était très à l'aise avec sa consommation d'hypnotiques et la discussion était très fluide. Le discours était cependant régulièrement ponctué de référence évangélique. Il prend un comprimé tous les soirs depuis plus de 10 ans. Depuis 1 an son fils prend occasionnellement le même traitement pour le sommeil.

L'entretien a duré 39 minutes et 45 secondes

Après cet entretien, le canevas d'entretien a été enrichi.

#### Entretien n°4 :

L'entretien s'est déroulé le 06 Mars 2017, la patiente mère au foyer d'une petite fille de 8 mois, divorcée. Patiente très souriante, à la diction très rapide. Elle prend régulièrement un traitement depuis 6 mois, avant cela le prenait occasionnellement.

Elle n'est pas consciente du risque de dépendance, et sa mère prend le même traitement depuis plus de 10 ans.

L'entretien a duré 49 minutes et 10 secondes

#### Entretien n°5 :

L'entretien s'est déroulé le 17 Mars 2017, le patient est âgé de 51 ans, a 3 enfants tous adolescent et prend ce traitement depuis plus de 10 ans. Il est conscient du risque de dépendance avec plusieurs tentatives qui se sont soldés par des échecs. Cela a un retentissement également sur son travail lorsqu'il ne prend pas de traitement.

L'entretien a duré 20 minutes et 50 secondes

#### Entretien n°6 :

L'entretien s'est déroulé le 22 Mars 2017, le patient est âgé de 34 ans, il exerce une profession manuelle, avec des horaires fixes diurnes. Il prend un traitement depuis moins de 1 an, pour traiter une insomnie suite à une hernie discale hyperalgique. La hernie ne le fait plus souffrir mais il prend toujours un traitement de manière occasionnelle lorsqu'il sent qu'il en a besoin.

L'entretien a duré 45 minutes et 10 secondes

Entretien n°7 :

L'entretien s'est déroulé le 04 Avril 2017, le patient est âgé de 63 ans, il est retraité d'une profession manuelle. Il a commencé le traitement pendant qu'il était actif et le prend chaque jour aujourd'hui. Il m'a parlé du Stilnox et du changement de prescription que cela allait entraîner. Cela l'inquiétait beaucoup.

L'entretien a duré 30 minutes et 15 secondes

Entretien n°8 :

L'entretien s'est déroulé le 10 Avril 2017, la patiente est âgée de 68 ans, elle est retraitée et mère au foyer. Elle prend un traitement chaque soir depuis plus de 10 ans, et habituellement c'est sa fille qui va chez le médecin pour se faire prescrire le traitement.

L'entretien a duré 29 minutes et 30 secondes

Entretien n°9 :

L'entretien s'est déroulé le 25 Avril 2017, la patiente est âgée de 31 ans, elle est mère au foyer avec une petite fille de 24 mois à charge. Elle est mariée et prend le traitement depuis moins de 1 an.

L'entretien a duré 34 minutes et 45 secondes

Entretien n°10 :

L'entretien s'est déroulé le 04 Mai 2017, le patient est âgé de 22 ans, il est étudiant et n'as pas d'activité profession annexe. Il prend le traitement depuis 2 ans, suite à une agression dont il a été victime. Il n'a pas suivi de TCC, il a commencé le traitement en prenant des comprimés d'un membre de sa famille.

L'entretien a duré 39 minutes et 30 secondes

Entretien n°11 :

L'entretien s'est déroulé le 11 Mai 2017, la patiente est âgée de 36 ans, elle n'a pas d'activité professionnelle, vit maritalement. Elle a une fille de 12 ans, prend le traitement depuis plus de 5 ans, au début occasionnellement et maintenant plus régulièrement.

L'entretien a duré 40 minutes et 15 secondes

#### Entretien n°12 :

L'entretien s'est déroulé le 18 Mai 2017, le patient est âgé de 29 ans, il n'a pas d'enfant, célibataire, il n'a pas d'activité professionnelle. Il a été incarcéré 18 mois, et sa consommation a débuté pendant son séjour en prison. Depuis, il prend le traitement quotidiennement. Il est consommateur régulier de cannabis.

L'entretien a duré 40 minutes et 30 secondes

#### Entretien n°13 :

L'entretien s'est déroulé le 03 Juin 2017, la patiente est âgée de 41 ans, elle secrétaire médicale, vit maritalement. Elle a un fils de 20 ans et une fille de 18 ans, prend le traitement depuis plus de 10 ans, au début occasionnellement et maintenant quotidiennement. Son mari est également consommateur occasionnel.

L'entretien a duré 38 minutes et 30 secondes

#### Entretien n°14 :

L'entretien s'est déroulé le 09 Juin 2017, la patiente est âgée de 37 ans, elle est agent d'entretien. Elle n'a pas d'enfant, prend le traitement depuis moins de 5 ans de façon occasionnelle.

L'entretien a duré 27 minutes et 10 secondes

#### Entretien n°15 :

L'entretien s'est déroulé le 28 Juin 2017, le patient est âgé de 59 ans, il est mécanicien salarié, vit maritalement. Il a 4 enfants qui ont quitté le domicile familial, il prend son traitement les week-ends uniquement.

L'entretien a duré 34 minutes et 50 secondes

## **4. ANALYSE TRANSVERSALE**

### ➤ LA CONSOMMATION EN HYPNOTIQUES

Dans notre échantillon, la consommation en hypnotiques des patients est plus susceptible de générer une iatrogénie. Les patients consomment souvent quotidiennement leur traitement hypnotique, et souvent depuis plusieurs années. Et, on note une fréquente augmentation du dosage au fil de l'utilisation.

Dans tous les cas, l'origine et la poursuite du traitement est un manque de sommeil évoqué par le patient. Manque de sommeil définit souvent comme un nombre d'heures insuffisants pour assurer une bonne qualité de vie. Il s'agit donc bien de traiter un symptôme.

Les insomnies représentent la seule indication de consommation des hypnotiques, pour l'endormissement et également pour les réveils précoces.

n°1 Mme K : *« J'ai vraiment besoin de dormir tôt, je me réveille matin tôt pour faire les ménages. Si je le prends pas j'arrive à dormir ! »*

n°7 M I : *« Le Stilnox ça me fait dormir Docteur. C'est un très bon médicament, il m'aide vraiment »*

n°12 M L : *« C'est un somnifère, enfin c'est comme ça qu'on dit, du coup je le prends pour dormir, normal... Sinon je me réveille et après j'arrive plus à dormir et je suis fracassé toute la journée »*

n°08 Mme L : *« De toutes façon je prends bien des médicaments pour la tension et pour le cholestérol, au moins là ça me sert bien pour dormir. Si je dors pas vous savez tout va mal après »*

Les patients ont connaissance des doses prescrites par le médecin et gèrent le traitement en fonction de leurs expériences personnelles de consommation.

n°4 Mme G : *« K. m'a prescrit un mais dès fois ça marche pas alors je suis obligé d'en prendre 2. Je sais que je peux pas en prendre plus que 2 de toute façon.»*

N°6 Mme F : *« Moi ça fait des années que j'en prends 1 tous les soirs. »*

n°10 Mme G : *« J'en prends un tous les soirs avant de dormir et un dans la nuit si je dors pas, mais jamais 2 d'un coup de toute façon Docteur »*

#### ➤ LA PERCEPTION DES RISQUES

On note souvent une mauvaise connaissance des risques liés à la prise du traitement hypnotique, les patients ne peuvent souvent citer que les effets indésirables qu'ils ont rencontrés directement ou dans leur entourage.

n°4 Mme G : *« Non à part qu'il fait dormir, c'est un médicament comme les autres »*

n°13 Mme N : *« Dès fois il me fait trop dormir et je suis un peu fatigué le matin, mais c'est parce qu'il marche bien sur moi, sinon il m'a jamais rien fait moi»*

n°12 Mr L : *« Non juste l'autre jour je l'ai pris j'ai oublié que je devais me réveiller à 3 heures du mat, j'ai galéré après pour me préparer mais c'est pas un effet indésirable c'est son effet !»*

Mis à part l'effet de somnolence résiduel au réveil seul 2 patients ont évoqué d'autres risques liés aux effets indésirables.

➤ Risque de somnolence (AVP Chutes) :

n°13 Mme N : « *par contre c'est vrai que je suis inquiète parce que j'ai des problèmes de mémoire. Et l'autre jour, j'ai lu qu'on pouvait avoir Alzheimer à cause du Stilnox. C'est vrai ?? ... Moi ça j'ai peur il faudra que je l'arrête un jour. »*

1 seul participant a évoqué un risque d'accident de la route après la prise de son traitement et faire attention à ne pas conduire.

n°15 Mr B : « *C'est pour ça que je ne prends le cachet que les week-ends, quand je travaille pas. Parce que après avec la route c'est trop dangereux ... un jour je l'ai pris la semaine et j'étais pas bien même au travail »*

➤ Risque de dépendance (AVP Chutes) :

n°12 Mr L : « *Je sais que je suis coincé avec le médicament Doc, j'arrive pas à m'en passer y'en a leur drogue c'est le shit moi c'est le Stilnox. Mais heureusement c'est moins grave quand même »*

➤ Population à risque :

n°5 Mr Z : « *De toute façon c'est sur quand j'en aurai plus besoin je vais l'arrêter. Au pire je l'arrête avant de devenir vieux (rires) parce que quand on est vieux c'est un médicament à ce qu'il paraît qui est dangereux »*

➤ Interactions médicamenteuses :

n°9 Mme B: «*Je sais que ma mère elle le prend pas son médicament quand elle a ses douleurs parce qu'elle prend Lamaline c trop après»*

Les patients ne semblent pas précisément conscients des risques d'effets indésirables liés à la consommation de leurs traitements et très peu connaissent le risque de troubles cognitifs liés à la consommation de benzodiazépine à visée hypnotique. Par ailleurs les patients ont tendance à minimiser les risques liés à la somnolence résiduelle et n'associent pas cet effet à un effet indésirable et un surrisque de morbi-mortalité. Il s'agit pour la plupart d'un effet résiduel minime et temporaire sans incidence.

D'ailleurs pour beaucoup de participants, les hypnotiques sont des médicaments comme les autres ne nécessitant pas de prendre plus de précautions quant à leur surveillance.

Cependant, les patients dans leurs ensembles soutiennent l'idée d'effets secondaires plus importants chez les personnes âgées (pas spécifiquement aux femmes) et chez ceux qui abusent avec plusieurs molécules :

➤ Durée d'exposition au médicament :

n°5 Mr Z : « *Ca fait plus de 10 ans que j'en prends, au début c'était nickel mais maintenant dès fois je me sens un peu fatigué le matin je sais pas si c'est parce que je dors moins bien ou si c'est le médicament. Avant ça me le faisais pas c'est peut-être la vieillesse rires.* »

n°1 Mme K : « *J'ai peur qu'au bout d'un moment le médicament il abime mon corps ou quoi parce que c'est jamais bon des médicaments comme ça longtemps.* »

➤ Quantité ingérée :

n°2 Mme N : « *Ça c'est des médicaments si t'en prend trop tu te réveilles pas !* »

n°14 Mme P : « *Moi j'en prends qu'un le soir, j'ai ma belle-sœur quand elle en prend 2 après ça se voit elle se traine et elle a peur de conduire dès fois»...« j'en ai pris deux une fois parce que j'avais peur de pas dormir et qu'il y avait trop de bruit, après de toute façon je suis resté à la maison je travaillais pas»*

n°15 Mr B : « *Le Stilnox 1 ça va 2 bonjour les dégâts... Tu le sens après quand t'en prend deux je te le dis* »

➤ Troubles mnésiques

Connaissance floue des troubles mnésiques :

n°3 Mr S : « *Non je savais pas que ça pouvait donner des troubles de la mémoire.* »

n°5 Mr Z : « *Euh la mémoire, non ça va* », « *oui dès fois je me lève le matin et je sais plus ce que j'ai fait hier soir, dès fois ça me fait peur [...] mais bon ça va encore c'est pas très grave.* »

n°15 Mr B : « *C'est que dès fois je cherche mes mots et ça bloque tu vois.* »

Beaucoup de participants accordent peu d'importance aux troubles mnésiques et ne les lient pas directement à leur traitement et ne les considèrent pas comme des effets indésirables (au même titre qu'une réaction allergique, des boutons sur le corps, des malaises,...)

➤ Dépendance

Connaissance floue de la dépendance engendrée, même si beaucoup de patients font en sorte de ne jamais manqué de traitement, peu d'entre eux verbalisent leur dépendance vis-à-vis de la molécule. Ils reconnaissent ne pas se sentir bien quand ils ne prennent pas leur traitement mais n'associent pas ce sentiment à un syndrome de sevrage ou de manque.

➤ Accoutumance/perte efficacité

La notion de risque de surdosage médicamenteux est clairement et librement évoquée avec pour les patients consommateurs depuis plusieurs années une augmentation de

la posologie pour ressentir les mêmes effets sans y associer de surrisques. Cela entraîne un mésusage provoqué et volontaire. La surconsommation est donc surtout liée à la perte d'efficacité ressentie du traitement à dose équivalente et il existe une peur de résistance accru au traitement

n°6 Mr F : « *je sais bien que c'est jamais bon trop de médicaments mais bon je suis obligé sinon je dors pas et c'est pour ça que j'en prends autant.* »

n°7 Mr I : « *De toutes façon comme je l'ai dit tout à l'heure je sais que un seul je vais pas dormir du coup je suis obligé d'en prendre 2 c'est pas la peine j'en prends un et je dors pas et j'en reprends un de toute façon.* »

n°11 Mme S : « *Maintenant que j'en prends 2 c'est beaucoup déjà et j'ai pas envie de me retrouver à 3 ou 4 j'en connais ils en prennent 2 comme ça et du Lexomil en plus juste pour dormir ! Ça fait peur docteur !* »

n°14 Mme P : « *Si j'avais pas de problèmes pour dormir j'en prendrais pas autant ! Mais là je suis obligé et je sens que c'est plus comme avant je dors moins bien et dès fois j'en prends 2 les jours ou je me sens trop fatigué le soir....* »

#### ➤ VARIABILITE ENTRE LES INDIVIDUS

Les effets indésirables ne sont pas directement visibles et cela entraîne chez les patients une notion d'immunité vis-à-vis de ses effets indésirables. Il justifie une consommation sans incidence sur leur santé à l'inverse de certaines catégories de personnes jugées plus fragiles par les patients.

n°10 Mr G : « *Les effets ça dépend des gens s'ils sont fragiles ou pas. Des fois t'es en forme mais tu choppes tout ce qui traîne.* »

N°11 Mme S : « *après ça dépend de chacun y'en a ils en ont pas besoin moi il m'en faut 2 pour dormir, on ne réagit pas tous pareil* »

D'autres patients au contraire font état d'une sensibilité personnelle à la molécule :

n°8 Mme I : « *Depuis que je prends le traitement, je ne me sens pas bien les jours où je l'oublie... c'est à cause du médicament dès fois je stress de ne pas en avoir*

n°14 Mme P : « *Je prends toujours le médicament après le repas pour pas en reprendre le soir et me sentir ko le matin* »

➤ Rôle de l'entourage :

*Au cours des entretiens, les patients parlent souvent de personnes dans leur entourage suivant le même traitement. Cela sert de justificatif à leur consommation, et minimise souvent leur :*

*n°2 Mme N : « Ma mère elle prend le même traitement que moi depuis plus longtemps et ça va elle supporte bien. »*

*n°14 Mme P : « Au début c'est ma belle-sœur elle m'en a donné un parce que j'arrivais pas à dormir maintenant j'en prends plus régulièrement mais moins qu'elle, elle c'est tous les jours »*

*n°15 Mr B : «elle se levait dans la nuit pour prendre son cachet et après c'est moi qui arrivait plus à dormir »*

➤ **RESPONSABILITE**

Dans l'ensemble, les participants assument un usage prolongé et le justifient par la nécessité de dormir pour ne pas être fatigué le lendemain. Dans les entretiens, il n'ait pas évoqué de responsabilité du médecin ou du pharmacien dans l'usage prolongé ou dans le manque d'information.

Consommation malgré les risques encourus : L'important pour les patients c'est de retrouver une quantité de sommeil qui leur paraît satisfaisante même si un dosage plus Important est nécessaire.

*n°11 Mme S : « Quand j'en ai besoin je cherche pas je prends mes 2 comprimés au lieu d'un seul et hop je dors vraiment bien »*

*n°14 Mme P : « oui je sais qu'il ne faut pas on me le répète mais y'a pas le choix sans ça je ne dors pas ... et j'ai besoin de dormir pour travailler sans fatigue. »*

➤ **MOTIVATION**

➤  Crainte réapparition insomnie

C'est l'insomnie qui justifie la consommation d'hypnotique, et c'est l'appréhension à ne plus pouvoir dormir correctement sans traitement qui entraîne la poursuite du traitement malgré le risque. Il existe un retentissement et une gêne source de souffrance pour les patients.

*n°3 Mr S : « Ne pas pouvoir dormir c'est chiant, c'est comme ma douleur de sciatique, ça te bouffe le cerveau et tu peux plus rien faire après .... Heureusement j'ai ma solution qui me dépanne bien»*



n°4 Mme G : « je suis resté longtemps sans traitement mais vraiment j'étais pas bien, j'ai grossi, j'étais tout le temps sur les nerfs, là ça va mieux avec le médicament »

N°7 Mr I : « Même ma femme elle me dit de le prendre, parce que sinon je la réveille tout le temps quand je n'arrive pas à dormir, c'est elle qui me demande si j'ai bien pris mon médicament le soir (rires)»

➤ Crainte syndrome de sevrage

N°10 Mr G : « J'aime bien en avoir au cas où j'en ai besoin, ça me rassure même si j'en prends pas toujours en ce moment »

n°13 Mme N : « un jour je suis parti en vacance et j'avais pris que 15 jours de traitement, mais on est resté 1 mois, c'était la galère pour moi !, du coup maintenant je fais toujours attention à en avoir une en réserve »

➤ STILNOX

➤ Crainte dangerosité/sécurisation/déremboursement

Les patients ont évoqué pour le Stilnox la sécurisation de la prescription comme un facteur d'inquiétude quant à la dangerosité du traitement. Ainsi, trois participants ont spontanément évoqué leur crainte sur la dangerosité du risque lié à la prise de Stilnox.

Et, devant le refus de la pharmacie de délivrance car l'ordonnance n'est pas conforme, les patients ont évoqué plus facilement une volonté d'arrêt du traitement.

Les patients n'ont pas évoqué un éventuel risque de déremboursement du Stilnox et après avoir informé les patients du prix de la boîte, aucun ne s'est dit prêt à arrêter le traitement s'il n'était plus remboursé.

n°9 Mme B : « Moi ça me fait peur depuis qu'ils l'ont mis sur ordonnance sécurisé en plus deux fois la pharmacie elle a refusé de m'en donner, on dirait je suis une droguée »

n°11 Mme S : « Je savais pas que le Stilnox c'était dangereux, comme ça. Du coup j'ai demandé autre choses l'autre jour mais il m'a dit qu'il valait mieux tout arrêter, je lui ai dit oui après, pour l'instant j'ai trop besoin »

n°12 Mr L : « C'est trop galère à la pharmacie depuis que ça a changé, même le pharmacien il m'a dit d'arrêter que c'était dangereux. »

# DISCUSSION

---

## 1. CHOIX DE L'ETUDE

Les troubles du sommeil et les insomnies en particuliers sont un motif fréquent de consultation en médecine général et constituent depuis quelques années un important enjeu de santé publique. Les conclusions de mon travail sur l'analyse de la prescription d'hypnotiques par des médecins généralistes montraient encore beaucoup de difficultés à limiter la prescription des hypnotiques dans la durée et à proposer un accompagnement systématique des patients pour le sevrage. Cela confirme les chiffres de la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique en France. [22]

Donc, il est primordial de poursuivre la lutte contre la surprescription des hypnotiques et ainsi limiter la iatrogénie qui en découle. Il est également primordial de généraliser l'usage des TCC chaque fois que cela est possible, ces thérapies ayant démontrées leur efficacité dans le traitement de l'insomnie aiguë sans comorbidité et aussi dans l'aide au sevrage des benzodiazépines.

Dans le cadre d'une étude basée sur le ressenti des patients, le choix d'employer une étude qualitative semble la plus adaptée. Elle permet au mieux d'appréhender le vécu et le ressenti des sujets face à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique. Le but ici n'est pas de quantifier les habitudes de consommations des patients mais de répondre à l'objectif d'appréhender le ressenti des patients sur leurs traitements en hypnotiques sans généralisation au reste de la population.

On retrouve beaucoup d'études en ce qui concerne les pratiques et la perception des médecins dans la prescription des benzodiazépines. La perception des patients est plus rarement explorée dans les études.

Les entretiens se sont déroulés dans un environnement calme à distance de toute consultation médicale, les patients sont issus de milieu urbains et semi urbains. Le temps de l'interrogatoire n'était pas défini à l'avance, les questions étaient ouvertes et le guide d'entretien préparé en amont. Le fait de ne pas interrompre l'entretien pour la prise de notes a permis une plus grande fluidité et spontanéité du recueil de données. Ce travail fait suite à ma précédente étude basée sur le ressenti des médecins généralistes prescripteurs de benzodiazépines à visée hypnotique.

## 2. Biais et limites de l'étude

Le cadre de l'entretien et la façon de poser les questions peut modifier le recueil de données et entraîner un biais. Pour le limiter nous avons décidé de mener toutes

les interviews dans le même cadre (bureau médical habituel du patient) et le questionnaire a été testé et répété au préalable pour être à l'aise avec les questions ne pas laisser transparaître d'a priori.

Nous n'avons pas eu de biais de non-réponse dans notre étude puisque tous les patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont accepté de participer à cette étude.

Le fait d'utiliser un enregistreur numérique (smartphone) et d'effectuer une double lecture de l'enregistrement a permis d'éviter la perte d'informations. Il n'y a pas eu de défauts techniques d'enregistrement durant les entretiens ni de problèmes de qualité d'écoute.

Tous les entretiens ont été réalisés en utilisant le vouvoiement pour limiter la proximité qu'il pourrait exister entre l'enquêteur et l'interviewé, pour éviter tout jugement négatif lié à la consommation et éviter tout lien de subordination. Il était important dès le début d'instaurer une distance claire entre les 2 protagonistes et d'effectuer une répétition avant l'entretien pour se sentir à l'aise. Enfin, nous avons accordé une grande importance à effectuer l'entretien à huis clos pour éviter tout jugement externe des propos et également pour garantir de l'anonymat des données. Les patients ont été interrogés à distance d'autres consultations et sans possibilités de dérangement.

Une bonne préparation (des entretiens, de la retranscription et sa vérification, de l'analyse des données) a donc été un élément important pour limiter au maximum tous ces biais.

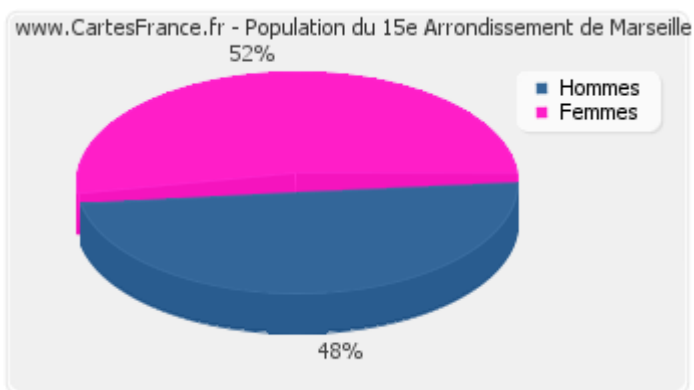
La durée moyenne des interviews dépassait les 40 minutes. Ce temps a été suffisant pour obtenir une saturation des données et recueillir de manière détaillée les impressions des patients sur un sujet qui peut leur paraître délicat.

### **3. Le recrutement des participants**

Mon recrutement s'est fait pendant la période où j'ai eu une activité de remplaçant au cabinet médical de La Farlède et mon activité au cabinet médical de Marseille 15<sup>ième</sup> Nord Santé.

L'étude qualitative ne nous permet pas de généraliser nos résultats à la population générale. On remarque cependant qu'il y a eu une bonne diversité de patients au regard de la catégorie socioprofessionnelle et de l'âge dans des proportions comparables à la population des habitants du 15<sup>ième</sup> arrondissement de Marseille et la population de La Farlède en comparaison avec dernière étude de l'INSEE.

## Marseille 15<sup>ème</sup> : dernière étude de l'INSEE :



### POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

	2014	%	2009	%
<b>Ensemble</b>	<b>858 120</b>	<b>100,0</b>	<b>850 602</b>	<b>100,0</b>
0 à 14 ans	156 634	18,3	154 763	18,2
15 à 29 ans	167 001	19,5	173 236	20,4
30 à 44 ans	168 064	19,6	170 428	20,0
45 à 59 ans	160 901	18,8	158 830	18,7
60 à 74 ans	122 824	14,3	112 519	13,2
75 ans ou plus	82 697	9,6	80 826	9,5

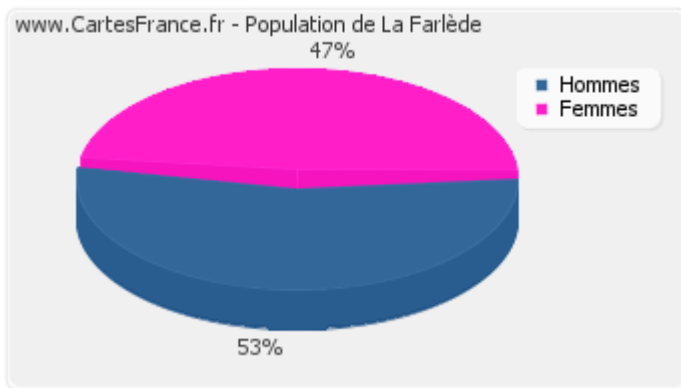
Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

### POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2014

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
<b>Ensemble</b>	<b>326 057</b>	<b>375 431</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Agriculteurs exploitants</i>	162	38	0,0	0,0	0,0
<i>Artisans, commerçants, chefs entreprise</i>	15 576	5 421	0,7	4,8	1,7
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	36 623	28 463	2,0	15,0	5,0
<i>Professions intermédiaires</i>	41 113	51 865	6,3	21,7	5,4
<i>Employés</i>	35 577	81 118	13,0	25,7	6,4
<i>Ouvriers</i>	53 610	9 791	7,4	13,9	3,4
<i>Retraités</i>	75 037	97 903	0,0	0,3	67,2
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>	68 359	100 832	70,6	18,5	11,0

Source : Insee, RP2014 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2016.

## La Farlède : dernière étude de l'INSEE :



### POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

	2014	%	2009	%
<b>Ensemble</b>	<b>8 755</b>	<b>100,0</b>	<b>8 135</b>	<b>100,0</b>
0 à 14 ans	1 294	14,8	1 212	14,9
15 à 29 ans	1 589	18,1	1 481	18,2
30 à 44 ans	1 708	19,5	1 669	20,5
45 à 59 ans	1 814	20,7	1 789	22,0
60 à 74 ans	1 563	17,9	1 344	16,5
75 ans ou plus	787	9,0	640	7,9

Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

### POP T6 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2014

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
<b>Ensemble</b>	<b>3 982</b>	<b>3 515</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Agriculteurs exploitants</i>	15	5	0,0	0,5	0,0
<i>Artisans, commerçants, chefs entreprise</i>	230	74	0,5	6,3	2,4
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	285	179	0,5	9,0	4,6
<i>Professions intermédiaires</i>	475	592	10,5	21,8	5,8
<i>Employés</i>	352	915	16,8	25,7	5,7
<i>Ouvriers</i>	529	39	11,3	10,4	2,6
<i>Retraités</i>	930	1 006	0,0	0,7	66,9
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>	1 166	705	60,3	25,5	12,0

Source : Insee, RP2014 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2016.

## 4. RESULTATS :

Le recueil a été suffisant pour obtenir une saturation des idées, la grille a été enrichie après le 3<sup>ème</sup> entretien. L'interrogatoire n'était pas fermé permettant de laisser le patient s'exprimer librement et la grille permettait des questions de relances pour enrichir les réponses.

### ➤ LA CONSOMMATION EN HYPNOTIQUES

Dans notre étude, les patients avaient une consommation en hypnotique dépassant les recommandations HAS à savoir 4 semaines pour l'indication insomnie, et certains d'entre eux cumulaient cette surconsommation dans le temps avec une surconsommation en termes de doses mais jamais plus de comprimés retrouvés. Cette surconsommation en temps et en quantité est sources d'effets indésirables conduisant à une augmentation de la morbi-mortalité. D'ailleurs la FDA a récemment établi de nouvelles recommandations de prescriptions des hypnotiques à la suite d'études récente qui mettent en évidence une élimination plus lente du zolpidem chez les femmes et donc une durée d'action prolongée plus importante que chez les hommes. La FDA recommande donc actuellement une diminution de moitié des dosages recommandés pour les femmes, mais également pour les hommes dans la mesure du possible. [14]

Pour éviter cette iatrogénie, l'ANSM a rappelé le 05/04/2013 la durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques en rappel à l'Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite :

<b><i>Durée de prescription</i></b>	<b><i>DCI</i></b>
<i>4 semaines</i>	Butobarbital Clorazébate dipotassique Estazolam Loprazolam Lormétazéпам Méprobamate Nitrazéпам Témazéпам Zopiclone Zolpidem
<i>2 semaines</i>	Triazolam Zaléplone

Dans notre étude, le risque de iatrogénie il y a un manque d'information sur les effets indésirables du traitement et la prescription n'est pas assortie d'un calendrier d'arrêt. L'HAS recommande qu'un traitement par benzodiazépines à visée hypnotique nécessite dès l'instauration une information claire, loyale et intelligible du médecin à son patient. L'HAS rappelle ainsi que « pour tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de benzodiazépines et médicaments apparentés ». Ainsi, outre la durée totale du traitement, le praticien doit prévoir et fixer avec le patient un calendrier d'arrêt d'autant plus progressif que le traitement est prescrit pour une longue durée. Le but étant de limiter les effets indésirables et surtout le risque de dépendance. Ainsi chaque renouvellement doit poser la question de la possibilité d'arrêter le traitement et d'en fixer les cadres (durée, thérapeutiques alternatives, accompagnement spécialisé, ...).

#### ➤ LA PERCEPTION DES RISQUES

Dans notre étude, les patients minimisent les risques liés à la consommation de leur traitement et souvent ne donnent que peu d'importances à la persistance de l'effet au réveil et la somnolence qui en résulte dans la journée. A part un patient, ils n'évoquent pas spontanément le risque d'accident de la voie publique suite à l'utilisation d'hypnotique suggérant un effet résiduel minime et temporaire sans incidence.

D'ailleurs, ils associent la prise d'hypnotique au même niveau que d'autres médicaments comme le paracétamol, et installent ainsi l'idée d'une absence de morbi-mortalité à la dose d'un comprimé par jour, quel que soit la durée de l'exposition. Les patients qui prennent 2 comprimés justifient leur prise par une manque d'efficacité à 1 comprimé par jour et associe ce manque d'efficacité à une absence d'utilisation abusive donc une absence de risque associé.

On retrouve des résultats concordant avec certaines études consacrées à la perception des risques chez les patients consommateurs de benzodiazépines. Ainsi en Belgique une étude portant sur 15 patients ayant connaissance du risque de dépendance ne constitue pas pour eux de frein à la prise quotidienne du traitement. [23]

Et on retrouve également des études confirmant une diminution de la perception du risque avec le temps favorisant ainsi l'augmentation des posologies en plus de mécanisme de résistance. [24] [25] [26]

#### ➤ VARIABILITE INTERINDIVIDU

Dans notre étude, on retrouve une justification à la poursuite du traitement par l'absence d'effets indésirables clairement identifiés par le sujet et par le fait qu'il ne se

sent pas concerné par la possibilité d'effets indésirable sur sa personne. Certains patients se considérant plus résistant, mettant en parallèle des catégories de personnes plus fragiles. La consommation peut ainsi se poursuivre et augmenter d'années en années.

On retrouve cette augmentation dans notre étude pour des patients admettant prendre plus de comprimés que prescrit initialement mais justifiant par l'absence de risques majeurs identifiés.

Cette justification est conforme à ce que l'on retrouve dans la littérature lorsqu'il s'agit de symptômes chroniques (une étude australienne réalisée en 2011 [27] retrouve ce phénomène de variabilité inter-individu, certains patients ne se considèrent pas comme à risque de développer des effets secondaires lié à la prise de leur traitement. Une étude Américaine semblable retrouvait pour des près de 30% de patients consommateur d'antalgiques comme immunisé contre les effets secondaires de leurs traitement, ce taux doubles lorsque les patients consomment régulièrement de l'alcool.

#### ➤ RESPONSABILITE

Si c'est l'insomnie qui est l'unique justificatif à la poursuite du traitement par hypnotiques, les patients demandent le renouvellement pour s'assurer de la poursuite du traitement sans interruption et par moment pour pallier un éventuel manque à venir en se garantissant un stock d'avance. Certains patients ont évoqué le rôle du médecin pour se décharger de leur responsabilité de consommateurs.

Ainsi, la banalisation de la consommation dans certains cas s'accompagne d'un transfert de responsabilité vers le prescripteur.

Le retentissement de cette insomnie est clairement identifié comme primordial et plus délétère qu'une consommation excessive en hypnotiques.

Quelques participants évoquent également dans leurs entourages des consommateurs d'hypnotiques, faisant ainsi un parallèle avec leur propre consommation et ayant souvent tendance à minimiser leur consommation par rapport aux autres.

#### ➤ MOTIVATION

On retrouve dans notre étude une forte inquiétude des participants quant à la réapparition des insomnies dès l'arrêt du traitement. Cette appréhension est la source de la motivation à poursuivre le traitement. D'ailleurs, la majorité des patients ne souhaite pas tenter de diminuer ou arrêter leur traitement même s'ils ont conscience du risque de dépendance associé. Et, les patients ayant déjà été confrontés à un syndrome de manque ne souhaitent pas arrêter la consommation, au contraire, ils



mettent en place des stratégies pour pallier un éventuel manque (doublement des prescriptions, stock personnel, ...)

➤ STILNOX

Les résultats depuis l'obligation de sécurisation du Stilnox montrent dans notre étude un facteur d'inquiétude des patients renforçant l'accent sur les effets secondaires et la volonté d'arrêt de leur hypnotique. Il s'agit donc d'une meilleure perception de la dangerosité du traitement, mais les patients n'ont pas pour autant arrêté de prendre leurs traitements.

# CONCLUSION

---

Bien que le niveau de consommation baisse régulièrement depuis plusieurs années, la France reste dans le trio de tête des pays Européens prescripteurs. La Direction Générale de la Santé a engagé un vaste programme d'actions pour accentuer cette tendance.

Les patients de l'étude étaient consommateurs de benzodiazépines à visée hypnotique depuis plus de 4 semaines, âgés de plus de 18 ans.

Cette étude qualitative avait pour but d'analyser les représentations des patients vis-à-vis de leurs consommations et du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique.

On remarque que les patients ont beaucoup de difficultés à limiter leurs consommations en hypnotiques dans la durée et à demander une aide au sevrage. Cela confirme les chiffres de la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique en France.

Les résultats montrent que la consommation des hypnotiques par les patients est motivée par un besoin de retrouver un sommeil de qualité, l'insomnie étant pour eux génératrice de mauvaise qualité de vie. Au fil du temps, l'utilisation est souvent banalisée et considérée comme indispensable. L'impossibilité à retrouver un sommeil de qualité à l'arrêt du traitement n'est pas associé à un effet indésirable ou un syndrome de manque mais est souvent vécue comme une preuve de l'efficacité du médicament. Plus la consommation est ancienne, plus la croyance en l'efficacité du traitement est forte malgré l'augmentation du dosage lié la pharmacorésistance. Ceci explique la faible demande des patients à effectuer en sevrage.

Patients et prescripteurs ont une vision très différente vis-à-vis du risque lié à la consommation en hypnotiques, ces derniers bien conscients des effets indésirables ont la volonté de limiter dans le temps ce type de traitement mais le message n'arrive pas à être audible pour des patients convaincus de l'utilité et de la faible dangerosité d'un traitement indispensable. Donc, il est primordial de poursuivre la lutte contre la surprescription des hypnotiques et ainsi limiter la iatrogénie qui en découle par la poursuite de mesures préventives, par l'éducation thérapeutique, mais également par les mesures coercitives comme la sécurisation de la prescription instaurant un climat de méfiance des patients. Pas suffisant pour arrêter l'usage mais peut être suffisant pour limiter les nouvelles prescriptions.

Ce travail de thèse couplé aux résultats de mon mémoire confirme la dissociation de perception entre patients et médecins prescripteurs. Alors que ces derniers sont unanimes à considérer ces traitements comme dangereux et peu efficace, à l'inverse les patients le considèrent comme efficace même après plusieurs années d'utilisation

et minimisent les risques et effets secondaires. Cependant, le durcissement des conditions de prescriptions et délivrances est associé à une plus grande interrogation des patients sur leurs traitements et une plus grande sensibilisation du risque de iatrogénie.

Cette étude s'inscrit au cœur des politiques actuelles de santé publiques pour lutter contre la surconsommation médicale en hypnotiques, il pourrait être intéressant de renouveler ce travail, pour suivre qualitativement le ressenti des patients au fil des actions de santé publique.

En conclusion, cette étude a montré que dans la pratique la limitation de la consommation en hypnotiques chez les patients déjà consommateurs est difficile malgré la succession de politiques de santé visant à la diminuer. Le durcissement des conditions de prescription du zolpidem a eu un impact sur l'identification de la dangerosité du traitement et ses effets indésirables, mais n'est pas seul suffisant à atteindre un objectif de diminution de consommation significatif chez les utilisateurs réguliers.

# BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] **HIPPOCRATE**. *Traité d'hygiène, ou l'Art de prévoir les maladies du corps humain*.
- [2] **IRDES**. Enquête santé et protection sociale 2008.
- [3] **ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé**. Ventes de médicaments en France Rapport 2013.
- [4] **INPES**. Les français et leur sommeil. Dossier de presse 2008.
- [5] **Loomis AL, Harvey EN, Hobart G et Al**. Cerebral states during sleep, as studied by human brain potentials. *J Exp Psychol*. 1937;21:127–44
- [6] **Jouvet M, Michel F, Courjon J**. Sur la mise en jeu de deux mécanismes à expression électro-encéphalographique différente au cours du sommeil physiologique chez le Chat. *CR Acad Sci*. 1959;248:3043–5
- [7] <http://centre-des-apnees-du-sommeil.cerar.ma>
- [8] **Enquête INSV/BVA**. Sommeil et rythme de vie 2009.
- [9] **HAS, Haute Autorité de Santé**. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. 2007.
- [10] **Nobila Valentin Yaméogo, André Samadoulougou, Larissa Justine Kagambèga, Aimé Arsène Yaméogo, Eric Ilboudo, Georges Millogo, Jonas Kologo, Jean Yves Toguyeni, Jacques Simporé, et Patrice Zabsonré**. Troubles du sommeil, symptômes anxio-dépressifs et risque cardio-vasculaire chez les hypertendus noirs africains: étude transversale de 414 hypertendus suivis en ambulatoire au CHU de Ouagadougou. *Pan Afr Med J*. 2015; 21: 115.
- [11] **Bruno RM, Palagini L, Gemignani A, Viridis A, Di Giulio A, Ghiadoni L, Riemann D, Taddei S**. Poor sleep quality and resistant hypertension. *Sleep Med*. 2013 Nov;14(11):1157-63
- [12] **ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé**. Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques 05/04/2013.
- [13] **HAS, Haute Autorité de Santé**. *Site de la commission de Transparence de la HAS*. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_412210/fr/commission-de-la-transparence](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence)

[14] **FDA, US Food and Drug Administration.** Approves new label changes and dosing for zolpidem products and a recommendation to avoid driving the day after using Ambien CR FDA Drug Safety Communication 2013.

[15] **Cohen Y., Jacquot C.** Pharmacologie 6<sup>ième</sup> éd. Paris : **Elsevier-Masson** 2008

[16] **Sterke Cs, Verhagen Ap, Van Beeck Ef, Van Der Cammen Tj.** The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2008, 20 : 890-910

[17] **De Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, et coll.** Indicators of benzodiazepine use in nursing home residents in France: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2013, 14: 29-33

[18] **HAS, Haute Autorité de Santé.** Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Service des recommandations professionnelles, Octobre 2007.

[19] **HAS, Haute Autorité de Santé.** Fiche Mémo : Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire, Mai 2015

[20] **Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L.** Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142 -5.

[21] **Alami S, Desjeux D, Garabuau I.** Les Méthodes Qualitatives. 1e éd. Paris: PUF; 2009.

[22] **Pr Léger** Troubles du sommeil : données épidémiologiques et médico-économiques, *Ogrizek.* 2010

[23] **Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, Maeseneer JD, Christiaens T.** First benzodiazepine prescriptions: Qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician.* Juill 2007;53(7):1200

[24] **Van Hulten R, Bakker AB, Lodder AC, Teeuw KB, Bakker A, Leufkens HG.** Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharm World Sci* 2001;23(2):70-5

[25] **Gaboreau I, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, Imbert P.** Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique .Exercer 2017;130:52-9.

[26] **Victorri-Vigneau C, Wainstein L, Guillet Jy, Gérardin M, Jolliet P.** Diagnostic of pharmacodependence: comparison between patients and doctors approaches. Introduction Therapie. 2012 Mar-Apr;67(2):167-72.

[27] **Milder TY, Williams KM, Ritchie JE, Lipworth WL, Day RO.** Use of NSAIDs for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and perceptions of risk. Age ang ageing. 2011;40 :254-259

# Annexe 1

## Agenda sommeil – éveil

**Nom et prénom du patient :** ..... **Nom du médecin :** ..... **Dates :** période du .../.../... au .../.../...  
 Jours Hypnotique (cocher) ..... **Qualité du sommeil** ..... **Qualité de l'éveil** ..... **Remarques** .....

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

### Mode d'utilisation

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
- /// Périodes de sommeil (griser)
- ┌ Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
- ↑ Heure du lever

- Fatigue
  - ★ Envie de dormir
  - Sieste involontaire
  - Sieste volontaire
- Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : [ 8 ]  
 Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : [ 5 ]  
 (état dans la journée : en forme ou non)  
 Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : [ x ]

### Consignes au patient :

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

## Annexe 2

### ⇒ Les trente substances actives les plus vendues en ville (en quantité)

Tableau 4

Rang	Substance active	Classe ATC	Statut	Part du marché 2013 cumulée
1	Paracétamol	Antalgique	PMF	Les 3 premières: 20,1%
2	Ibuprofène	Antalgique – Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
3	Codéine en association	Antalgique	PMO/PMF	
4	Tramadol en association	Antalgique	PMO	Les 6 premières: 24,1%
5	Amoxicilline	Antibiotique	PMO	
6	Colécalciférol (vitamine D3)	Vitamine D	PMO/PMF	
7	Acétylsalicylique acide	Antithrombotique	PMF	Les 9 premières: 27,5%
8	Lévothyroxine sodique	Médicament de la thyroïde	PMO	
9	Phloroglucinol	Antispasmodique	PMF	
10	Paracétamol en association	Antalgique	PMO/PMF	Les 12 premières: 30,0%
11	Metformine	Antidiabétique	PMO	
12	Diclofénac	Anti-inflammatoire	PMO/PMF	
13	Esoméprazole	Anti-ulcéreux	PMO	Les 15 premières: 32,2%
14	Zolpidem	Hypnotique	PMO	
15	Oméprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	
16	Macrogol	Laxatif	PMF	Les 18 premières: 34,2%
17	Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme	Antibiotique	PMO	
18	Alprazolam	Anxiolytique	PMO	
19	Furosémide	Diurétique de l'anse	PMO	Les 21 premières: 36,0%
20	Zopiclone	Hypnotique	PMO	
21	Méthadone	Traitement substitutif des pharmacodépendances	PMO	
22	Prednisolone	Anti-inflammatoire	PMO	Les 24 premières: 37,6%
23	Bisoprolol	Bêta-bloquant	PMO	
24	Chlorhexidine en association	Antiseptique local	PMF	
25	Larmes artificielles et autres préparations	Médicament ophtalmologique	PMF	Les 27 premières: 39,1%
26	Atorvastatine	Hypolipémiant	PMO	
27	Lidocaïne/Prilocaine	Anesthésique local	PMO	
28	Lévonorgestrel et éthinyloestradiol	Contraceptif hormonal	PMO	Les 30 premières: 40,4%
29	Paroxétine	Antidépresseur	PMO	
30	Pantoprazole	Anti-ulcéreux	PMO/PMF	



## Annexe 3

# La grille d'Entretien

### 1. Caractéristiques du patient :

- Age, Sexe, Profession, Conducteur ? enfants ? Autres traitements ? Toxiques (OH Cannabis) ?, Type de complémentaire.

### 2. Motivation et But de l'utilisation / Date de la première prescription

- Première demande, efficacité ressenti, premières impressions, plaisir ?
- Choix d'une molécule en particulier ?
- Motivation principale et secondaire : temps de latence endormissement, nombre et durée de réveil nocturnes, SF associés (irritabilité,...)
- Modification des motivations depuis le début de l'utilisation
- Entourage familial utilisateur
- Que pensez-vous des hypnotiques par rapport aux médicaments en vente libre (sans prescriptions)?

### 3. Comportement / Usage habituel

- La prise : fréquence quotidienne, heure fixe ?
- Posologie fixe ?
- Refus du générique ?

### 4. Position par rapport à la dépendance de la molécule

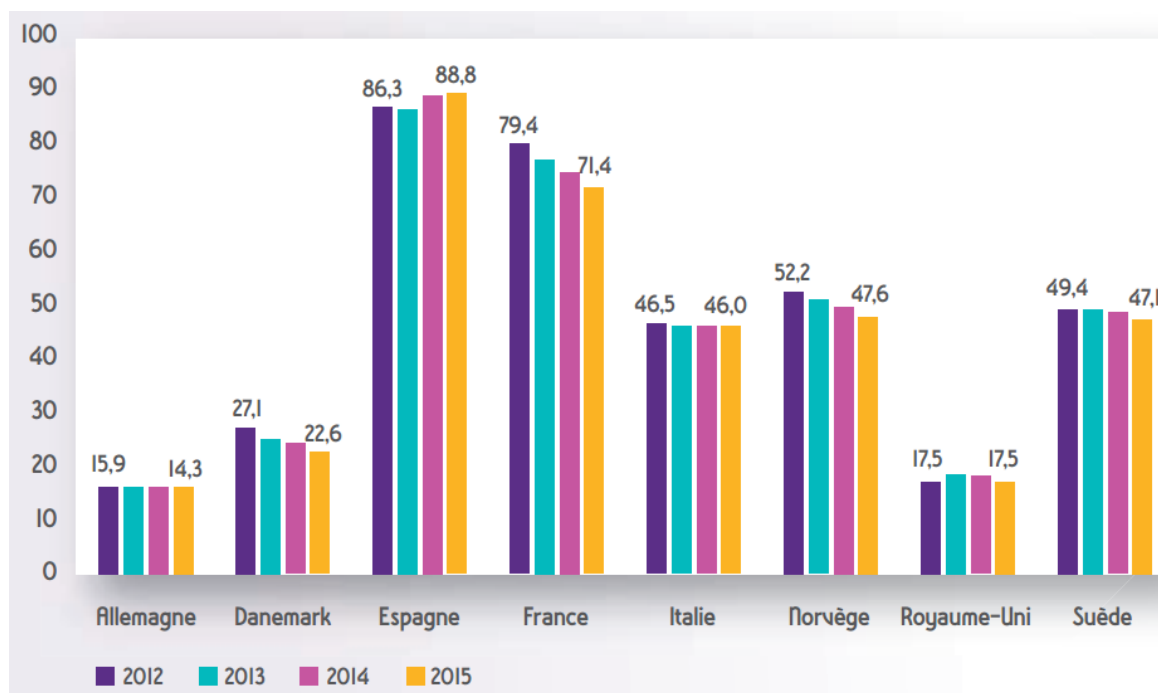
- Connaissances des effets secondaires
- Tentative de sevrage / Syndrome de manque
- Retentissement sur la vie sociale et professionnelle (travail de nuit,...), sur la Santé ?
- Contact avec votre médecin
- Accompagnement pour un éventuel sevrage : durée de prescription et date d'arrêt envisagée

### 5. Le Zolpidem/Stilnox

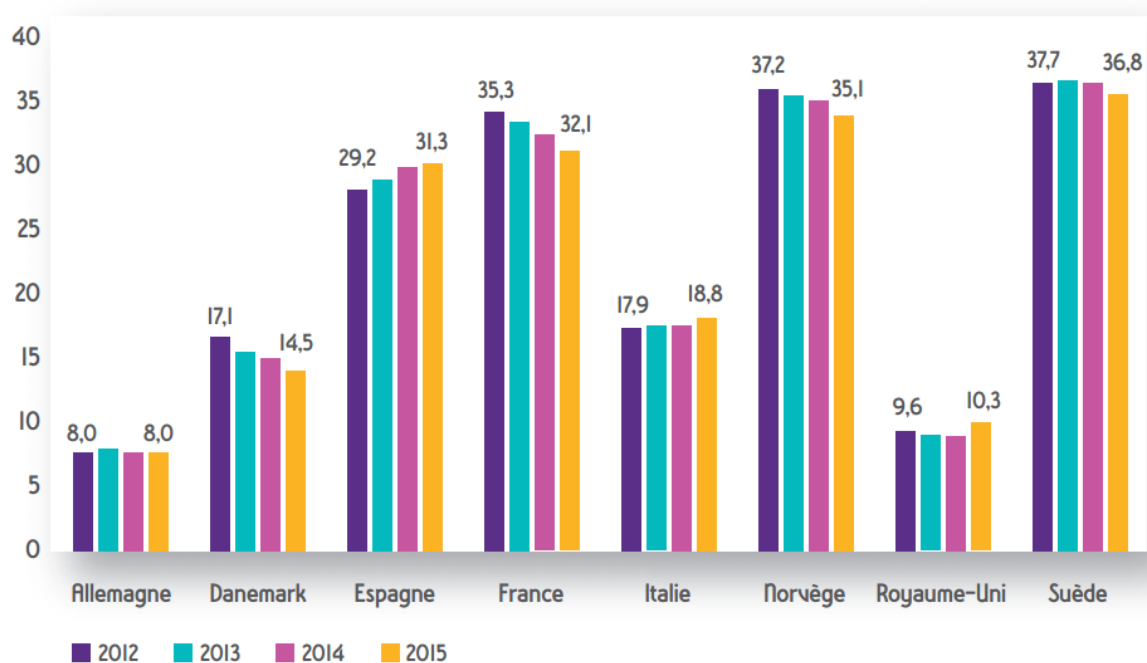
- Pourquoi avoir sécurisé la prescription selon vous ?
- Craintes sur la Sécurité – Législation
- Produit stupéfiant selon vous ? (assimilés morphine)

## Annexe 4 :

Niveaux de consommation des benzodiazépines dans huit pays européens, en DDJ/1000 habitants/J entre 2012 et 2015 :



Évolution des niveaux de consommation des hypnotiques (N05CD et N05CF) dans huit pays Européens, en DDJ/1000 hab. /J, entre 2012 et 2015 :



## Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

### Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

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

Nom de la benzodiazépine : .....

Posologie initiale : .....

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

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

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

Votre objectif de la semaine est de : ..... Il peut varier de : ..... À : .....
--

### CALENDRIER D'ARRÊT

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

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

Ce calendrier d'arrêt est destiné à : - mieux vous faire comprendre les modalités d'arrêt des benzodiazépines ;
--

## Courrier d'information de la part du médecin traitant

Ville, date

Madame, Monsieur,

Parmi vos médicaments, vous recevez (*nom de la BZD*) à la dose de ( cp/j). Ce médicament fait partie du groupe des benzodiazépines et médicaments apparentés.

L'analyse de votre dossier médical montre que désormais ce médicament pourrait vous être arrêté sans altérer votre santé ni votre bien-être. En effet, il est connu aujourd'hui que l'efficacité des benzodiazépines prescrites dans votre cas diminue fortement au fur et à mesure de leur utilisation.

De plus, ces médicaments peuvent produire des effets néfastes : ils peuvent provoquer des chutes et des troubles de la mémoire, et ils favoriseraient la survenue d'accidents de la route chez les conducteurs prenant ce traitement.

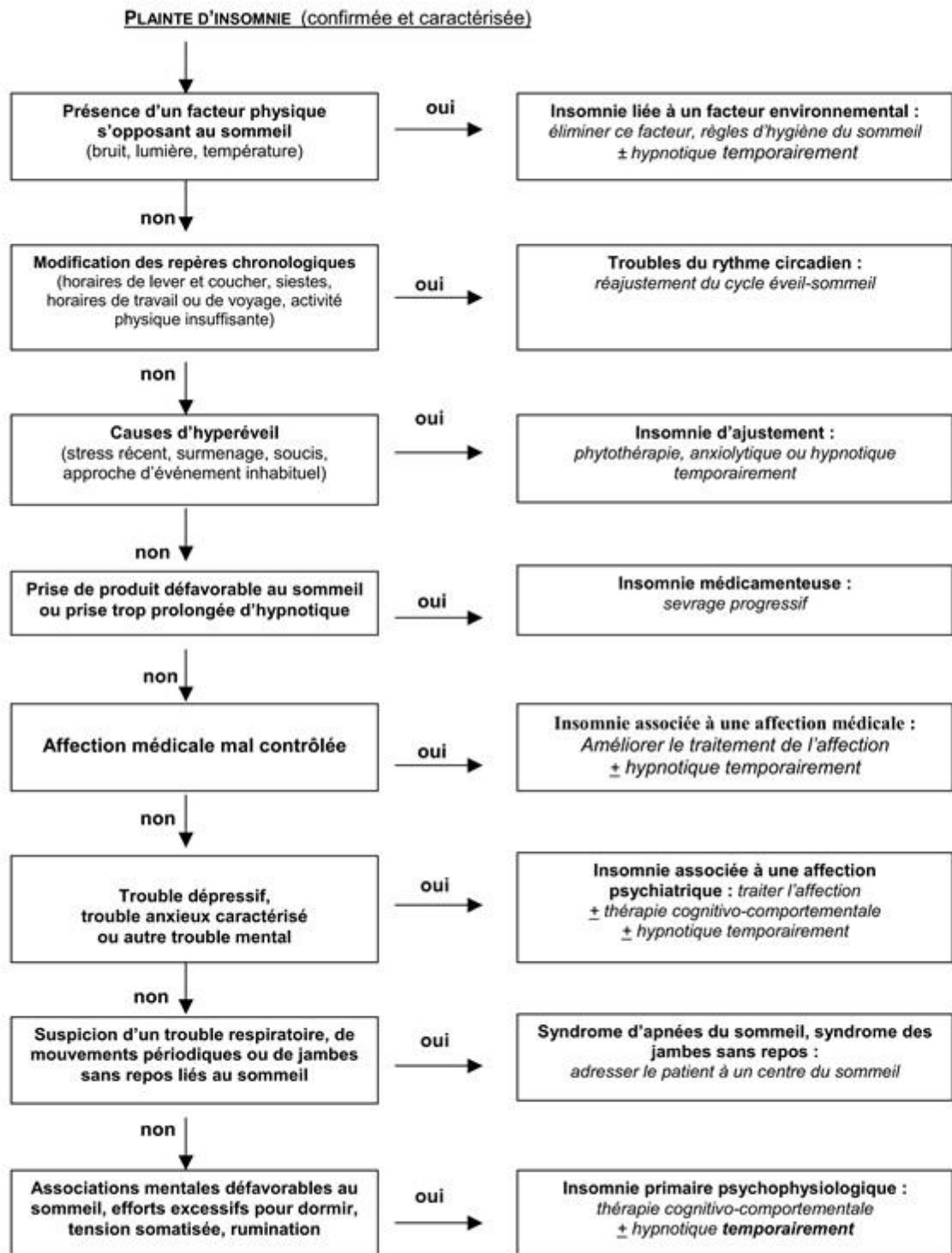
Aussi, je vous propose qu'ensemble nous diminuions petit à petit ce médicament pour l'arrêter si tout se passe bien dans quelques semaines. Pour éviter tout problème, il est très important que cet arrêt se fasse progressivement dans le cadre d'un suivi médical. Pour vous aider, je vous remettrai un calendrier d'arrêt que nous remplirons ensemble lors d'une prochaine consultation si vous le voulez bien.

Bien entendu je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes vos questions, et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations dévouées.

Dr ....

## Annexe 7

### ARBRE DÉCISIONNEL (inspiré de M. Billiard, Quotidien du Médecin)



SFTG - HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique)/Décembre 2006

**Annexe 8 : Références médicales opposables « Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques »** - Journal Officiel du 14 /11/1998

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soigneuse de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

Dans le cadre de cette prescription :

1. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre).
2. Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et de les reconduire sans réévaluation régulière.

Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :

- 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques,
- 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam).

4. Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

# ABBREVIATIONS

---

- InVS : Institut National de Veille Sanitaire
- REM : Rapid Eye Movement
- EEG : électroencéphalographie
- USA : United States of America
- ICSD International Classification of Sleep Disorders
- HAS : Haute Autorité de Santé
- DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- FDA : Food and Drug Administration
- GABA : Acide gamma-aminobutyrique
- SNC : Système Nerveux Central
- EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- AVP : Accident de la Voie Publique
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- DCI : Dénomination Commune Internationale

# 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 mœurs.

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.