



HAL
open science

Analyse des pratiques des médecins généralistes picards dans la prise en charge de l'insomnie et influence des différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires

Claire Soriot

► To cite this version:

Claire Soriot. Analyse des pratiques des médecins généralistes picards dans la prise en charge de l'insomnie et influence des différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02947975

HAL Id: dumas-02947975

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02947975>

Submitted on 24 Sep 2020

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

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

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2020

Thèse n°2020-73

**ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS DANS
LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE ET INFLUENCE DES DIFFERENTES
MESURES MISES EN PLACE PAR LES AUTORITES SANITAIRES**

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 07/07/2020

Par Claire SORIOT

Président du Jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Monsieur le Professeur William SZURHAJ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc LOBIN

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2020

Thèse n°2020-73

**ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS DANS
LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE ET INFLUENCE DES DIFFERENTES
MESURES MISES EN PLACE PAR LES AUTORITES SANITAIRES**

**THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement

Le 07/07/2020

Par Claire SORIOT

Président du Jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Monsieur le Professeur William SZURHAJ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc LOBIN

Au président de mon jury

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MD, PHD, HDR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse en donnant votre expertise sur ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon juge

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Histologie – Embryologie – Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la
Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle « femme-couple-enfant »

Responsable de l'UF de cytogénétique du laboratoire de
Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et santé des populations »

Chevalier dans l'Ordre des palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A mon juge

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Neurochirurgie

Chef de service de neurochirurgie

(Anatomie)

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon juge

Monsieur le Professeur William SZURHAJ
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Physiologie)
Chef du service de Neurophysiologie Clinique

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse

Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Marc LOBIN

Médecin généraliste et Maître de Stage

Universitaire de Picardie

Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci pour ton aide précieuse dans ce travail et de m'avoir guidé tout au long de cette écriture. Mon passage en stage ambulatoire et les remplacements ponctuels m'ont conforté dans mon envie de pratiquer la médecine générale et m'ont beaucoup apporté pour ma pratique. Je te souhaite le meilleur pour ta vie personnelle et tes années professionnelles restantes.

Je dédie cette thèse,

A Maman et Jean-Marc,

Merci pour l'éducation et l'amour que vous nous avez donné tout au long de ces années. Vous m'avez transmis les valeurs essentielles pour devenir un bon médecin.

Et merci pour la relecture de cette thèse.

A Papa,

Tu as essayé plusieurs BZD et de Jack Daniels sans avoir trouvé le sommeil. Aux petits déjeuners de la nuit. Je pense que cette thèse t'aurait intéressé.

A Mamie,

Merci pour ton soutien et ta présence depuis toutes ces années

Merci pour tous ces repas et ces moments inoubliables à Noyon et au Touquet

A Papi,

Je sais que tu aurais aimé assister à cette thèse. Tu aurais pu m'aider sur la partie homéopathie. Je pense souvent aux repas du dimanche midi au rosé avant le « travail » au musée.

A Agnès,

Pour toutes les balades à pied, à cheval, à vélo à Martimont, Soucy, Elincourt....

Et un gros bisou aux « Ram's »

Aux Bernards,

Merci d'avoir été présents toutes ces années avec votre bonne humeur et les « blagues de bernards »

A Otello,

Mon compagnon de travail. Tu as égayé mon congé maternité et écourté mes nuits mais tu es beau alors je te pardonne.

A ma belle-famille,

Jean-Louis, Laure, Jérôme, Louise, Hadrien

Merci pour votre accueil et les nombreuses soirées arrosées à Rully et Soulac ! Vivement cet été que Margaux découvre la plage de Soulac.

A Lola,

Merci ma (con)soeur, pour m'avoir tiré vers le haut toutes ces années. Sans toi je pense que je n'aurai pas réussi. Merci pour ces années de colloc, de révisions, de soirées, d'internat...Je te souhaite d'être heureuse à Lyon. Ils auront de la chance de t'avoir !

A Sylvain, Sandrine et Alec,

Merci d'être là aujourd'hui et merci de m'avoir fait un aussi beau petit neveu, et surtout un futur petit pote pour Margaux. J'ai vraiment hâte de les voir jouer tous les deux à Elincourt ou à Sartrouville !

A Yohan et Anne-Laure,

Merci d'être là. Je suis sûre que tu seras un super instituteur ! Je croise les doigts pour ton concours. Je vous souhaite d'être heureux à Bordeaux et j'ai trop hâte de venir squatter votre piscine !!!!

A Julianne et Augustin,

Tu as hérité de la même passion pour soigner les gens. Je suis sûre que tu seras une super sage-femme c'est un très beau métier ! gros bisous à vous deux

A Leo,

Je n'ai pas été beaucoup là pour toi et je le regrette. J'espère qu'on pourra se rattraper à l'avenir ! Je te souhaite plein de bonheur dans ta vie future

A Trevor et Sandrine,

Merci d'avoir toujours été présents dans les moments festifs et plus compliqués. L'externat sans vous n'aurait pas été le même ! Tellement de souvenirs ensemble, les soirées de révisions au loft, à la BU au RU et surtout les soirées ensemble à saint Leu, à l'internat... J'espère venir voir bientôt votre maison.

A Marlène,

Merci pour ta présence si importante pendant ces années d'externat. Tellement de souvenirs à l'appartement, à la BU à Barcelone, en Croatie, à Bayonne... Félicitation à David et toi pour votre mariage. Je croise les doigts pour qu'on puisse tous se retrouver à votre mariage pour faire la fête et en tout cas je vous félicite et vous souhaite plein de bonheur pour l'avenir.

A Émilie,

Merci d'avoir toujours été là toutes ces années. Les pauses à la BU, les vacances ensembles et surtout les soirées mémorables à ton ancien appartement ! Je te souhaite plein de bonheur pour la suite

A Kathy et Jimmy,

Merci d'avoir été présents pendant ces années. Je n'oublierai pas les moments à la BU, les soirées ensemble, la Croatie, Barcelone... Je vous souhaite d'être heureux et j'espère vous voir bientôt à Nice.

A tous les autres copains de l'externat,

Etienne, Sami, Sayed, les garçons, Tom, Caroline, Jeanne, Lara, Victoria....
Merci à vous pour tous les moments inoubliables passés ensemble

Aux copains de l'internat de Compiègne,

Trois semestres inoubliables !! les black Mondays, les soirées à l'after hours ou tout simplement à l'internat !!

A Aurélie, Manila et Alexandre,

Merci pour les 6 mois ensemble à Compiègne, où j'ai découvert « chez Marco » grâce à vous ! Pour toutes les soirées à Rully, au Touquet, au Modjo...et surtout pour la semaine de ski à Valmorel !

Aux potes du Vietnam,

Charly, Younes, Massi

Un voyage inoubliable grâce à vous entre la baie d'Halong et Da Nang. Les soirées billard, les « Pa Nang Pa Toi »....

Gros bisous à vous 3

A Marie Souquet et Elo,

32 ans d'amitié et toujours autant de plaisir à être ensemble ! Je remercie tata Michèle qui a permis notre rencontre. Merci à toi et à ta famille d'avoir toujours été présents pour moi. Tu

fais partie de la famille ! Tous ces souvenirs, les soirées à paris, à Noyon, a Margny à Saint Giron.... Et je sais que ça va continuer ! Je vous souhaite d'être heureuses.

A Allyssia et Victor,

Merci à vous d'avoir toujours été là vous faites partie de la famille. J'ai été très heureuse d'être témoin à votre mariage.

Tellement de souvenirs ensemble du canapé de Margny-aux cerises aux soirées Grey's anatomy à Amiens, de Marseille au Touquet en passant par les soirées Parisiennes. Et surtout impossible de faire un jour de l'an sans vous ! J'ai trop hâte de voir votre nouvel appart !!!

Robin et Julia,

Allez courage tu n'es pas loin de rentrer dans la famille ! J'espère venir vous voir bientôt à Tigy ! gros bisous à vous deux

A Nico,

Hâte que tu rentres bientôt en France que l'on puisse bientôt se refaire des soirées avec toute la « famille » !!!

Au cabinet Cappe, Culo, Paplomatas,

Merci pour votre bonne humeur quotidienne. C'est une chance d'être tombée sur une équipe comme vous. Les cafés ensemble, les repas au bistrot d'en face... C'est toujours un plaisir de venir travailler. J'ai hâte que Gégé rejoigne bientôt l'équipe !

Aux ch'tis et aux cyclistes,

Une belle rencontre grâce à Gégé. J'espère pouvoir me remettre vite au vélo pour grimper de nouveaux cols et avoir de nouveaux porte-clés... Je me souviens de la super semaine en Corse et j'espère qu'on pourra se refaire ça bientôt !!!

Gros bisous à vous tous

ET enfin à mes deux amours

Mon Gégé,

Sans toi je n'aurais pas réussi à écrire cette thèse. Merci pour ta patience et ton soutien tout au long de ce travail et dans la vie. Merci de nous ravir si souvent ah ah. Tellement de souvenirs merveilleux ensemble (les voyages, la maison, le vélo...). Tu es devenu docteur il y a peu de temps et je suis très fière de toi et j'ai hâte qu'on travaille ensemble.

Margaux, seulement 4 mois que tu es là et pourtant je n'imagine plus la vie sans toi
Je vous aime.

ABREVIATIONS UTILISEES

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

BZD : Benzodiazépine

EGB : Echantillon généraliste de bénéficiaire

HAS : Haute autorité de santé

ICSD : International classification of sleep disorders

MG : Médecin généraliste

MHD : Mesures hygiéno-diététiques

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste

SMR : Service médicale rendu

SNIRAM : Système national d'informations inter-régime de l'assurance maladie

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

SOMMAIRE

I) INTRODUCTION.....	23
1) Le Sommeil.....	23
2) L'insomnie	24
2.1 Définition	24
2.2 Classification ICSD-3	24
2.3 Sévérité de l'insomnie	26
3) Prise en charge de l'insomnie	26
3.1 Principaux outils	26
3.2 Prise en charge thérapeutique	27
3.2.1 Moyens non médicamenteux	27
3.2.2 Moyens médicamenteux	28
4) Principales mesures mises en place pour favoriser le bon usage des BZD	29
4.1 Prévention du risque de mésusage, usage criminel : l'exemple du ZOLPIDEM	29
4.2 Amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients.....	30
4.3 Les mesures incitatives de l'assurance maladie	30
4.4 Réévaluation du service médical rendu (SMR) par la Commission de la transparence de la HAS (Haute autorité de santé)	30
4.5 Renforcement de l'encadrement de la prescription et de la délivrance	31
4.6 Prévention du risque de soumission chimique et d'abus	31
4.7 Surveillance sanitaire	31
5) Objectifs de l'étude.....	31
II) MATERIEL ET METHODE	32
1) Type de l'étude	33
2) Constitution de l'échantillon.....	33
3) Présentation du questionnaire	33
4) Le recueil des données.....	34
5) Le traitement des données.....	34
III) RESULTATS.....	35
1) Caractéristiques de la population des médecins généralistes picards.....	36
2) Prise en charges générale.....	36
3) Prise en charge des insomnies en fonction du type et de la sévérité	38
4) Mesures mises en place par les autorités sanitaires et impact sur les pratiques des médecins généralistes picards	41
5) Résultats par sous- groupes	47
IV) DISCUSSION	49
1) Forces et faiblesses de l'étude.....	49
2) Prise en charge des insomnies.....	50
2.1 Insomnie aigue (d'ajustement).....	51

2.2	<i>Insomnie chronique</i>	52
2.3	<i>Utilisation de l'agenda du sommeil</i>	53
2.4	<i>Faible recours aux TCC</i>	54
2.5	<i>fort recours à la phytothérapie et à l'homéopathie</i>	54
2.6	<i>La mélatonine</i>	55
2.7	<i>Sevrage en BZD</i>	56
2.8	<i>Analyse en sous-groupe</i>	56
3)	<i>Influence d'actions menées par les autorités sanitaires</i>	57
3.1	<i>Influence de la prescription de zolpidem sur ordonnance sécurisée sur la prise en charge des patients</i>	57
3.2	<i>Ressenti des MG concernant la prescription de zolpidem sur ordonnance sécurisée</i>	58
3.3	<i>Influence de deux autres mesures mises en place par les autorités sanitaires</i>	59
4)	<i>Améliorations possibles</i>	60
V)	CONCLUSION	63
VI)	BIBLIOGRAPHIE :	65
VII)	ANNEXE	69

I) INTRODUCTION

1) Le Sommeil

Dès l'Antiquité, le sommeil suscite tous les intérêts et est sujet à de multiples interprétations. Dans la mythologie grecque, l'endormissement était déclenché par Hypnos, Dieu du Sommeil, qui éventait les mortels de ses ailes ou les touchait avec une branche de pavot. Une fois endormis, Morphée, Dieu des Songes, apportait ensuite les rêves, en enveloppant les personnes de ses bras. C'est de là que provient l'expression « dormir dans les bras de Morphée ».

Le sommeil est un état physiologique périodique de l'organisme (notamment du système nerveux) pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations amoindrie. On distingue une phase de sommeil lent, profond et réparateur, et une phase de sommeil paradoxal, caractérisé par le rêve (1). De la plus haute antiquité jusqu'au milieu du vingtième siècle, la médecine est presque absente du domaine du sommeil, même si celui-ci a été soupçonné d'être un facteur d'importance dans l'émergence ou l'aggravation de certaines maladies. L'intérêt de l'étude du sommeil par les chercheurs débute essentiellement à la fin des années 1950 grâce à la possibilité d'études électrophysiologiques du sommeil ainsi que l'utilisation dans ce domaine des méthodes scientifiques et expérimentales permettant une meilleure connaissance du fonctionnement du cerveau et des autres organes au cours du sommeil. Ainsi, les éléments de la connaissance scientifique plus approfondie du sommeil sont relativement récents et ne sont qu'au début de leurs développements (2).

Le sommeil n'est pas seulement une absence d'éveil ou un état d'inactivité. Pendant que nous dormons le cerveau travaille. Les troubles du sommeil impacteraient l'ensemble de notre fonctionnement cognitif, émotionnel et sanitaire. Des études ont montré que le manque de sommeil aurait une incidence sur la productivité au travail (3), la gestion des émotions (4), mais également sur l'obésité (5) (6), la mortalité (7) (8), les accidents de la route et du travail (9) (10).

L'homme passe un tiers de sa vie à dormir. La durée moyenne de sommeil par jour varie de sept à neuf heures pour un adulte en bonne santé et jusqu'à 22 heures pour un nourrisson. Selon les études, 30% de la population française souffrirait d'insomnie dont 10% d'insomnie chronique (11). La somnolence diurne excessive toucherait 2,5 millions de sujet (2). Le sommeil concerne l'ensemble de la population et constitue bien un enjeu majeur de santé publique.

2) L'insomnie

2.1 Définition

L'insomnie, le plus fréquent des troubles du sommeil, ne correspond pas à un « syndrome pathologique » du sommeil mais à un ressenti subjectif qui, individuellement, permet de différencier le « bon dormeur » de l'insomniaque. Chez l'insomniaque le sommeil est vécu comme difficile à obtenir, insuffisant ou non récupérateur (2). Dans ce travail nous avons utilisé la définition de l'International classification of sleep disorders (ICSD-3) de 2014 de l'insomnie (13)(14). Le diagnostic de l'insomnie repose sur **une plainte subjective du patient**. Il s'agit de difficultés à s'endormir ou à maintenir le sommeil, de réveil trop précoce et/ou d'un sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité. Ces difficultés surviennent en dépit des opportunités et de circonstances adéquates pour dormir et entraînent des répercussions sur le fonctionnement diurne (fatigue, baisse d'attention, de concentration ou de mémoire, irritabilité. . .). Les troubles doivent être présents au moins trois fois par semaine depuis au moins trois mois. Dans ce travail nous n'avons pas traité les troubles « organiques » du sommeil (syndrome des jambes sans repos, syndrome d'apnée du sommeil...), les parasomnies (terreurs nocturnes, somnambulisme...), ni les insomnies circadiennes (décalages horaires...).

2.2 Classification ICSD-3

Ici les insomnies sont classées en différentes catégories :

- Insomnie d'ajustement :

Il s'agit d'insomnies occasionnelles, transitoires ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes et pouvant se chroniciser.

- Insomnies chroniques sans comorbidité :

- *Insomnie psychophysiologique* : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment des pathologies anxieuses ou dépressives.
- *Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil* : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.
- *Insomnie idiopathique* : début dans l'enfance. Insomnie permanente et stable.

- Insomnie chronique avec comorbidités :

- *Insomnie secondaire à une pathologie mentale* : états dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.
- *Insomnie secondaire à une pathologie physique* : Une pathologie médicale est responsable de l'insomnie soit du fait des symptômes (maladie respiratoire, rhumatismale, cardiovasculaire) soit parce que la maladie en elle-même est responsable d'une atteinte des mécanismes du sommeil (maladies neurodégénératives).

- Insomnie secondaire à la prise de médicament ou substance :

En rapport avec la prise de psychostimulant (caféine, nicotine, cannabis, cocaïne, etc.), alcool, médicament prescrit (cortisone, dopamine, composant amphétaminique, etc.), aliment ou toxique, ou même hypnotique, etc.

- Insomnie liée à l'environnement et une mauvaise hygiène de sommeil :

L'insomnie, présente depuis au moins un mois, est en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil.

- Insomnie secondaire à des troubles du sommeil liés à une pathologie :

Patients atteints de syndrome des jambes sans repos, de syndrome d'apnée du sommeil par exemple.

Il existe d'autres classifications utilisées dans les études notamment le DSM-V (15) qui classe les troubles du sommeil et de l'éveil en dix catégories. Cette classification est très proche de celle de l'ICSD3. Dans le DSM-V, l'insomnie est définie comme une plainte de sommeil non satisfait en quantité et en qualité, accompagnée d'un ou plusieurs des signes suivants :

- Difficulté d'endormissement
- Difficulté de maintien du sommeil
- Réveils trop précoces.

L'insomnie doit également être retrouvée au moins trois fois par semaine depuis au moins trois mois. Elle doit être décrite dans un contexte adéquat de sommeil de nuit et présenter des répercussions significatives ou une altération du fonctionnement social, professionnel, scolaire, ou comportemental.

2.3 Sévérité de l'insomnie

Pour évaluer la sévérité de l'insomnie dans notre étude nous avons repris les critères utilisés par l' Haute Autorité de Santé (HAS) qui reposent sur la fréquence d'apparition des symptômes par semaine et le retentissement diurne (16). On décrit alors :

- L'insomnie légère : ayant lieu une nuit par semaine, avec un faible retentissement diurne.
- L'insomnie modérée : ayant lieu deux ou trois nuits par semaine avec un retentissement diurne à type de fatigue, état maussade, tension, irritabilité.
- L'insomnie sévère : ayant lieu quatre nuits ou plus par semaine avec retentissement diurne à type de fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées.

3) Prise en charge de l'insomnie

Le dépistage des troubles du sommeil est important pour améliorer la santé des individus et diminuer le coût des troubles du sommeil pour la société (17). Il repose essentiellement sur l'interrogatoire (durée, sévérité, troubles associés). Il existe également des échelles et questionnaires pour aider le médecin à faire son diagnostic (18).

L'HAS recommande une prise en charge « active » (16). Il existe pour cela différents outils mis à la disposition des médecins généralistes (MG).

3.1 Principaux outils

Les deux principaux outils pour aider le MG recommandés par l'HAS sont :

- Un plan détaillé d'évaluation de la plainte insomnie, d'enquête étiologique et d'orientation des décisions disponible sur le site de l'HAS (16) . Il s'agit d'un document établi à partir d'un questionnaire testé en France par 322 MG, auprès de 947 patients.
- Un agenda du sommeil. Il permet de connaître : les horaires habituels de sommeil, la tendance « du soir » ou « du matin », le temps passé au lit, la fréquence des troubles, la répercussion de l'insomnie sur la journée. Il permet d'estimer : la latence d'endormissement, le temps de sommeil total, l'index d'efficacité du sommeil. Il permet également de discuter des habitudes du patient, de fixer des objectifs de traitement et de suivre l'évolution des troubles.

D'autres questionnaires peuvent être utilisés en complément, comme l'échelle de somnolence d'Epworth pour repérer une somnolence excessive. Pour évaluer des troubles anxieux et dépressifs, souvent en cause dans la majorité des insomnies chroniques, le questionnaire QD2A de Pichot (ou échelle d'évaluation de la dépression), le questionnaire abrégé de Beck, l'échelle de Hamilton...peuvent être également utilisés.

3.2 Prise en charge thérapeutique

Les principaux moyens de traitement de l'insomnie sont rappelés par la HAS dans un rapport de la société française de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) (16).

3.2.1 Moyens non médicamenteux

- Les règles hygiéno-diététiques (19)

Il s'agit essentiellement de recommandations simples :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus
- Adopter un rythme régulier d'éveil et de sommeil
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h
- Éviter les repas trop copieux le soir

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (20)

Il s'agit d'un ensemble composite, dont l'utilisation est plus ou moins combinée. Il s'agit de :

- La restriction de sommeil ; Cette méthode consiste à réduire le temps passé au lit pour l'aligner sur le nombre d'heures estimées de sommeil effectif (intérêt d'un agenda du sommeil).
- Le contrôle du stimulus ; Son principe repose sur l'hypothèse que l'insomnie est une réponse conditionnée par des signaux (stimuli) temporels et environnementaux habituellement associés à la venue du sommeil. Ce conditionnement aboutit à renforcer l'éveil au moment de se coucher et à créer ou maintenir l'insomnie.
- Les techniques de relaxation ; Diverses méthodes sont proposées : relaxation musculaire, training autogène, biofeedback, relaxation par « imagery training ».

- La thérapie cognitive proprement dite ; Elle concerne l'identification des croyances, attentes et comportements inappropriés concernant le sommeil et leur remplacement par des substituts plus adaptés. Il s'agit non pas de nier les troubles du sommeil, mais de les inscrire dans une perspective plus juste et de court-circuiter ainsi le cercle vicieux de l'insomnie.

3.2.2 Moyens médicamenteux

- L'homéopathie : (21) L'efficacité de l'homéopathie est controversée dans le traitement de l'insomnie, elle reste cependant une alternative permettant d'éviter la prescription de benzodiazépine (BZD) en cas de troubles mineurs du sommeil.
- La phytothérapie : (22) Son efficacité semble proche du placebo. Cependant elle reste également une alternative possible dans les troubles mineurs du sommeil.
- La mélatonine : (23)(24) Sa principale indication est le traitement à court terme de l'insomnie primaire, caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité, chez des patients de 55 ans ou plus.
- Les benzodiazépines (BZD) : (25) Quatre BZD et deux molécules apparentées sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans les troubles sévères du sommeil à court terme. Leur durée de prescription est limitée à quatre semaines non renouvelable sans nouvelle consultation.

DCI	Spécialités	DCI	Spécialités
Benzodiazépines		Molécules apparentées	
Estazolam	NUCTALON	Zolpidem	STILNOX et génériques
Loprazolam	HAVLANE	Zopiclone	IMOVANE et génériques
Lormétazépan	NOCTAMIDE et génériques		
Nitrazépan	MOGADON		

Figure 1: BZD prises en charge pour les troubles sévères du sommeil

Les benzodiazépines et apparentées sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anti-convulsivantes. Bien qu'elles possèdent une utilité thérapeutique, elles présentent également de nombreux effets indésirables : des troubles de la mémoire, une baisse de vigilance voire une

somnolence, des troubles du comportement et un risque accru de chutes en particulier chez le sujet âgé. Des données épidémiologiques ont montré une association entre la consommation de benzodiazépines et un risque de survenue de démence, type Alzheimer.

En comparaison à huit pays européens, en 2015 la France était au deuxième rang des consommateurs de BZD anxiolytiques derrière l'Espagne. Entre 2000 et 2015 la consommation de BZD en France a globalement diminué. Cependant d'après les données de consommation de BZD provenant de l'Assurance Maladie échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) le nombre d'utilisateurs serait encore très élevé. En 2015, 13,4% de la population française aurait consommé une BZD et 5,6% un hypnotique (26). C'est devant ce constat que les autorités sanitaires ont mis en place un certain nombre de mesures :

- L'harmonisation des RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) ;
- La diffusion de lettres d'information et de recommandation ;
- Des mesures incitatives par l'Assurance maladie ;
- Des mesures réglementaires pour mieux encadrer la prescription et la délivrance des molécules les plus problématiques.

4) Principales mesures mises en place pour favoriser le bon usage des BZD

4.1 Prévention du risque de mésusage, usage criminel : l'exemple du zolpidem

Suite à deux enquêtes (une réalisée entre 1993 et 2003 et une entre 2003 et 2010) qui ont révélé de graves cas d'abus (doses très élevées) et de pharmacodépendance, la commission des stupéfiants et psychotropes de l'agence nationale de sécurité du médicament (l'ANSM) du 21 novembre 2013 avait rendu un avis favorable à l'application au zolpidem d'une partie de la réglementation des stupéfiants, à savoir, une prescription sur ordonnance sécurisée. En 2014-2015, le zolpidem est le médicament le plus cité sur les ordonnances suspectes falsifiées présentées aux pharmaciens d'officine (Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible) (OSIAP 2014-2015) et le deuxième en termes d'indicateurs de détournement. Le zolpidem fait partie des « benzodiazépines » les plus consommées mais surtout une des plus détournées. Ses indicateurs de détournement les plus importants sont des doses supérieures à l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), une obtention illégale et une souffrance à l'arrêt (observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire OPEMA 2015) – (observatoire des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse OPPIDUM 2015). Par ailleurs, son implication dans les cas de soumission chimique a fortement augmenté, devenant la première benzodiazépine citée en 2014 et 2015 dans l'enquête de Soumission Chimique. Ainsi, à partir du 10 avril 2017, les médicaments à base de zolpidem devront être prescrits sur

ordonnance sécurisée, en toutes lettres. Cependant, il n'y aura pas d'obligation pour le patient de présenter l'ordonnance au pharmacien dans les 3 jours suivant la date de prescription pour la délivrance de la totalité de son traitement. De plus, le pharmacien n'aura pas l'obligation d'archiver une copie des ordonnances pendant 3 ans (27).

4.2 Amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients

On peut citer l'harmonisation du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) et de la notice des BZD depuis 2004, le risque de pharmacodépendance est mentionné pour toutes les spécialités. On peut retenir également la diffusion de points d'information et de lettres d'information aux professionnels de santé, avec par exemple l'information sur l'application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments contenant du zolpidem. On peut citer aussi l'apposition d'un pictogramme « conduite automobile » de niveau 3 sur les conditionnements externes de l'ensemble des BZD depuis 2016. L'élaboration et la publication de mises au point et de recommandations par l'ANSM et la HAS, par exemple la mise au point sur l'arrêt des hypnotiques (28), ont également permis d'améliorer l'information des professionnels de santé.

4.3 Les mesures incitatives de l'Assurance Maladie

La convention médicale de 2011 a inscrit dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) un indicateur fixant alors un objectif de moins de 5 % pour la part des patients de 65 ans et plus traités par benzodiazépines à demi-vie longue sur un an.

Par ailleurs, il figurait dans cette convention un indicateur concernant la durée de traitement par BZD mentionnant une durée unique (supérieure à 12 semaines) pour toutes les molécules. La négociation du 25 août 2016 a modifié ces indicateurs ROSP. Le premier a été remplacé par un indicateur portant sur l'ensemble des psychotropes. L'indicateur concernant la durée de traitement a été dédoublé pour afficher des durées différentes selon la nature hypnotique ou anxiolytique des molécules.

4.4 Réévaluation du service médical rendu par la Commission de la transparence de la HAS

Le 25 juin 2014, la Commission de la Transparence de la HAS a revu à la baisse le service médical rendu (SMR) de six BZD hypnotiques et apparentées, dans le cadre de la prise en

charge des troubles sévères du sommeil. Le SMR est ainsi passé de « important » à « faible », avec une diminution du taux de remboursement de 65 % à 15 %.

4.5 Renforcement de l'encadrement de la prescription et de la délivrance

Depuis 1991, la durée maximale de prescription est limitée à 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques.

4.6 Prévention du risque de soumission chimique et d'abus

Certaines modifications de la galénique ont été apportées aux benzodiazépines pour limiter le risque de soumission chimique : par exemple l'ajout d'un colorant bleu dans les comprimés de flunitrazepam. La taille des conditionnements a également été réduite pour limiter le risque d'abus (zolpidem, clonazepam).

4.7 Surveillance sanitaire

L'ensemble des benzodiazépines fait l'objet d'une surveillance continue par les réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance. Les benzodiazépines les plus impliquées dans les cas d'abus et d'usage détourné (clonazepam, zolpidem...) font l'objet d'une surveillance renforcée par l'ANSM et son réseau d'addictovigilance. Un plan de gestion des risques a également été mis en place pour les benzodiazépines les plus problématiques.

5) Objectifs de l'étude

L'insomnie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Elle est difficile à prendre en charge pendant une consultation durant en moyenne quinze minutes et au cours de laquelle les patients évoquent plusieurs problèmes. En général, les patients évoquent leurs troubles du sommeil rapidement à la fin de la consultation. En effet il est assez rare qu'un patient consulte pour ce seul motif.

Les médecins généralistes initient 82% (26) des traitements par BZD, ils sont donc les premiers concernés par les différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires afin d'améliorer leur bon usage.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les habitudes des médecins généralistes picards concernant la prise en charge de l'insomnie.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence des nouvelles mesures du Ministère de la Santé pour réglementer l'usage des BZD.

II) MATERIEL ET METHODE

1) Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude de type épidémiologique, descriptive transversale, réalisée par auto-questionnaires entre le 6 novembre 2019 et le 15 décembre 2019 sur l'ensemble de l'ex-région Picardie.

2) Constitution de l'échantillon

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en libéral, dans les trois départements suivants : l'Oise, la Somme et l'Aisne. La liste des médecins généralistes a été établie à partir d'une recherche dans l'annuaire de l'Assurance Maladie sur le site ameli.fr ainsi que sur celui de l'Ordre des médecins.

Ainsi la liste initiale comptabilisait 1487 médecins généralistes et repartis de la façon suivante : 554 médecins généralistes pour l'Oise, 541 pour la Somme et 392 pour l'Aisne.

Une sélection aléatoire a été effectuée via la fonction « ALEA » du logiciel EXCEL de façon à en obtenir 50% de chacun des trois départements.

Enfin 50 médecins généralistes ont été exclus de ces listes (ceux exerçant en milieu hospitalier et/ou dont la médecine générale n'était pas l'activité principale).

Ainsi 693 médecins généralistes ont été inclus se répartissant de la façon suivante :

	Oise	Somme	Aisne	Total
Médecins généralistes	264	247	181	692

3) Présentation du questionnaire

Le questionnaire conçu en recto-verso sur trois pages comportait 33 questions : 28 questions fermées et 5 questions ouvertes.

Le questionnaire était divisé en trois parties :

- Une première partie concernant les informations personnelles (sexe, âge, milieu d'exercice, formation complémentaire)
- Une deuxième partie concernant les pratiques des médecins dans la prise en charge de l'insomnie.

- Une troisième partie était consacrée à l'impact de différentes actions organisées par les autorités sanitaires depuis 2014 pour favoriser le bon usage des benzodiazépines.

Le questionnaire était strictement anonyme.

4) Le recueil des données

Chaque médecin sélectionné recevait un courrier présentant l'étude, accompagné du questionnaire et d'une enveloppe retour timbrée. L'ensemble des 692 questionnaires a été envoyé par la poste le 6 novembre 2019. Le recueil des données a été effectué jusqu'au 15 décembre 2019 soit sur une période d'un mois et demi.

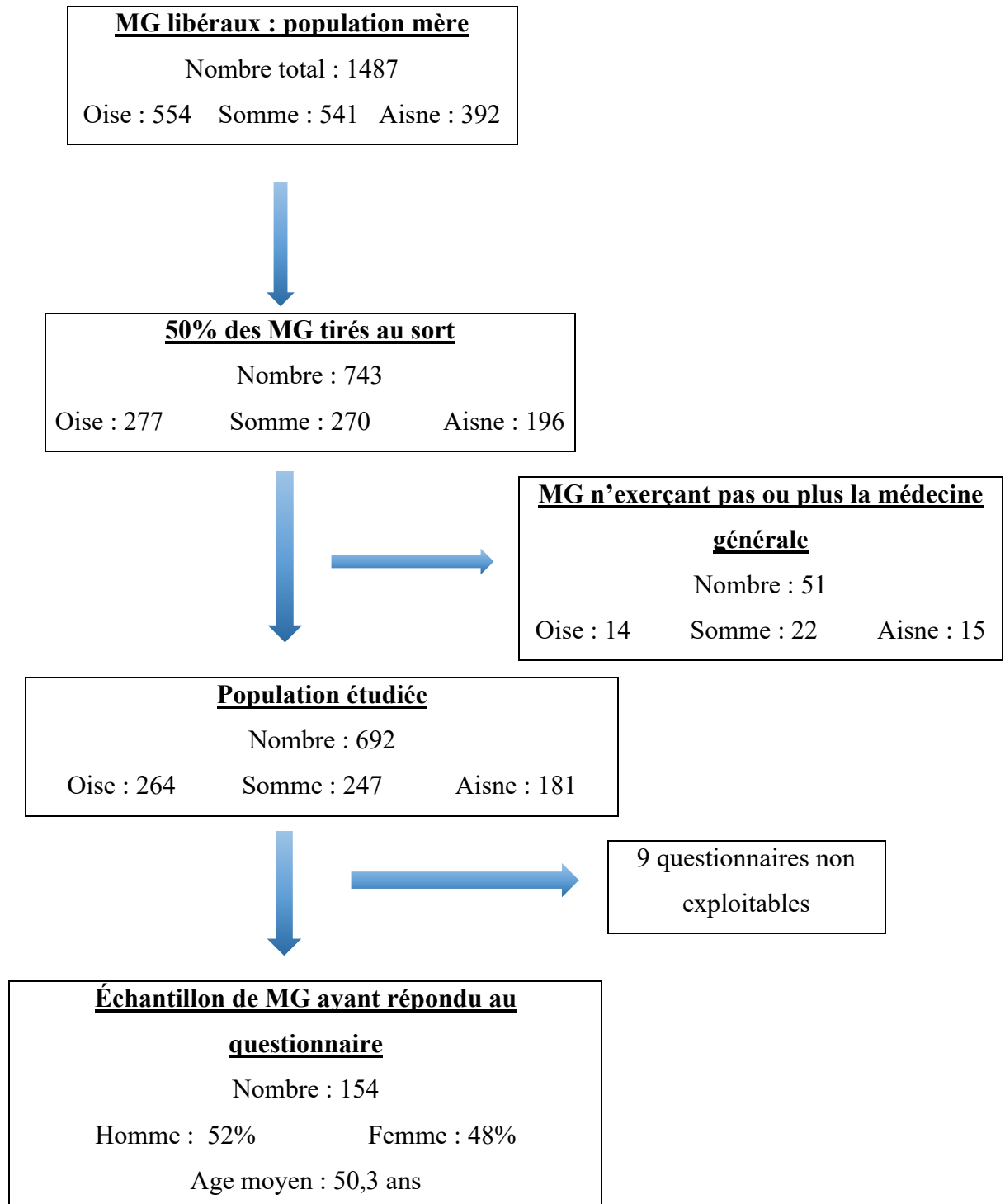
5) Le traitement des données

Les réponses aux questionnaires étaient vérifiées manuellement et rassemblées sous la forme d'un tableau à l'aide du logiciel EXCEL. L'analyse des résultats a été effectuée avec le même logiciel choisi pour la saisie des données. Pour l'analyse des données, les non-réponses étaient ignorées. L'analyse a donc été effectuée à partir du nombre de réponses effectives (n). Les résultats étaient exprimés en pourcentage arrondis au dixième ou en nombre décimal arrondi au dixième. L'analyse des variables qualitatives entre différents sous-groupes a été traitée par le calcul du Chi-2 ou par test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient moins importants à l'aide du logiciel XLSTAT. Les tests réalisés étaient bilatéraux avec un seuil de significativité alpha fixé à 5 %. Les différents graphiques et tableaux ont été réalisés à l'aide des outils EXCEL et WORD. Les réponses aux questions de type « ouvertes texte » ont été recodées puis quantifiées.

III) RESULTATS

Sur les 692 questionnaires envoyés, 163 nous ont été retournés soit un taux de réponse de 23,6%. Neuf étaient non exploitables. Ainsi 154 questionnaires ont donc été exploités.

DIAGRAMME DE FLUX



1) Caractéristiques de la population des médecins généralistes picards

1.1 Sexe

La population des médecins était composée de **51,9 %** d'hommes (n=80), soit un sexe ratio de **1,08**.

1.2 Âge

La moyenne d'âge de notre échantillon était de **50,3** ans. Le médecin le plus jeune avait 29 ans et le plus âgé 72 ans.

1.3 Milieu d'exercice

Quarante-huit médecins exerçaient en milieu urbain (soit **31,2%**), 57 en secteur semi urbain (soit **37,0%**) et 49 en milieu rural (soit **31,8%**).

1.4 Formation complémentaire en addictologie, psychiatrie ou TCC

Les médecins généralistes picards n'avaient pas de formation en psychiatrie ou TCC pour **99% (n= 152)**.

2) Prise en charge générale

2.1 Utilisation d'un questionnaire standardisé préexistant

Sur les 154 répondants, **12** utilisaient un questionnaire standardisé préexistant, soit **7,8%**.

2.2 Questionnaires utilisés

Selon les répondants, **66,7 % (n=8)** utilisaient l'échelle d'Epworth, **58,3 % (n=7)** un agenda du sommeil, **33% (n= 4)** l'échelle de Hamilton et seulement **8,3% (n = 1)** un plan détaillé (disponible sur le site de l'HAS).

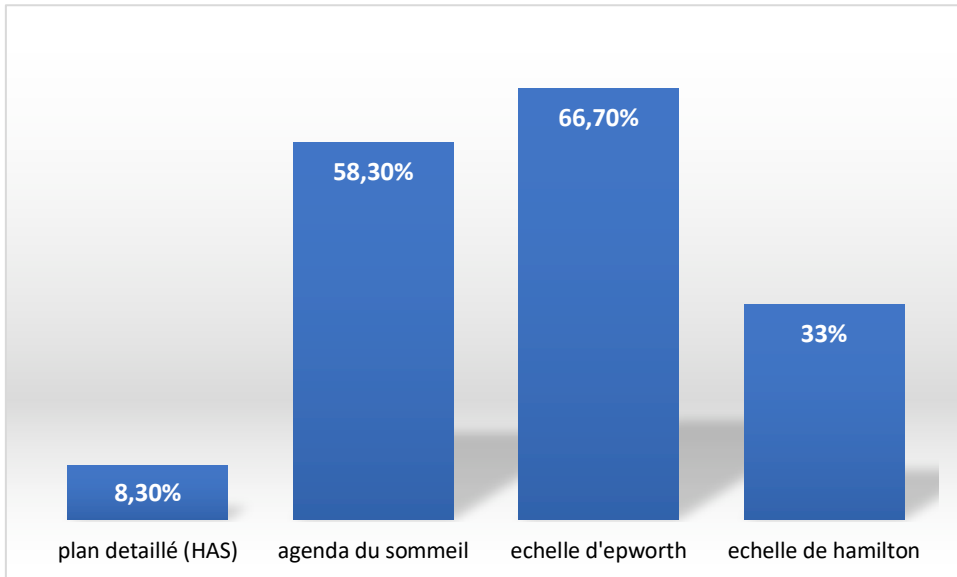


Figure 2: différents questionnaires utilisés par les MG picards

2.3 Fréquence des tentatives de sevrage chez les patients insomniaques sous psychotrope

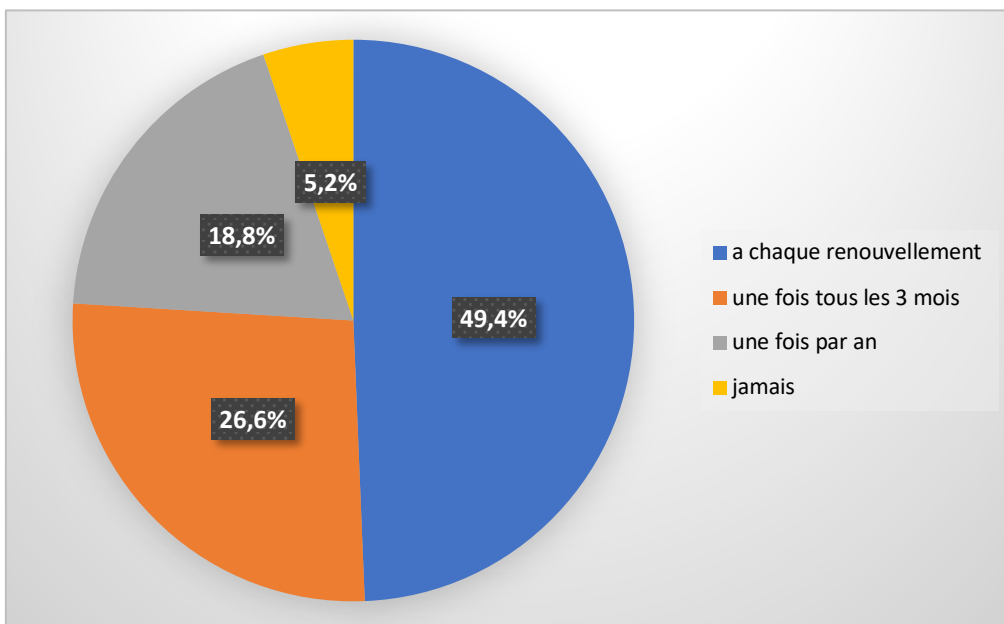


Figure 3: fréquence de tentative de sevrage chez les patients insomniaques sous psychotropes

La totalité des MG a répondu (n=154). Quasiment la moitié (n= 76) proposait un sevrage à chaque renouvellement, **26,6 %** une fois tous les 3 mois (n= 41), et **18,8 %** (n= 29) une fois par an. A noter que **5,2 %** des MG déclaraient ne jamais proposer de sevrage.

2.4 Succès parmi les sevrages proposés

Parmi les sevrages proposés, ils étaient réalisés jusqu'au sevrage complet quelques fois pour **48,10 %** (n= 74) des MG, très rarement pour **44,20 %** (n= 68) et souvent pour **4,5%** (n=7).

3,20 % (n=5) des MG déclaraient ne jamais arriver au sevrage complet malgré les tentatives. Aucun médecin interrogé ne réussissait les sevrages « à chaque fois ».

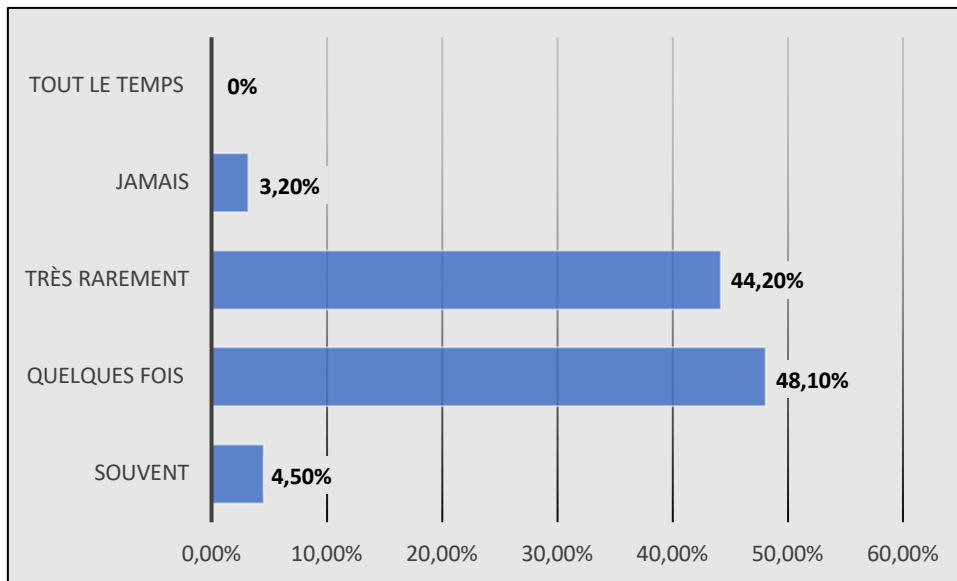


Figure 4 : succès parmi les sevrages proposés

3) Prise en charge des insomnies en fonction du type et de la sévérité

3.1 *Insomnie aiguë légère*

Parmi les 153 MG répondants, **89%** (n=136) proposaient en première intention des mesures hygiéno-diététiques, **64%** (n=97) de la phytothérapie, **49%** (n=75) de l'homéopathie, **32%** (n=49) de la mélatonine, **24%** (n=36) des autres méthodes non médicamenteuses, **9%** (n=14) une TCC, **5%** (n=7) des BZD. Aucun médecin ne proposait un recours au spécialiste.

3.2 *Insomnie aiguë modérée*

La majorité des MG proposait en première intention des mesures hygiéno-diététiques (MHD) pour **74%** (n=113) d'entre eux, **59%** (n=90) proposaient de la phytothérapie, **49%** (n=75) de la mélatonine, **41%** (n=63) de l'homéopathie, **31%** (n=48) des BZD, **27%** (n=41) une méthode autre non médicamenteuse, **16%** (n=24) une TCC et seulement **1%** (n=1) un recours au spécialiste.

3.3 Insomnie aigüe sévère

En première intention, **88%** (n=135) des MG proposaient des BZD, **62%** (n=95) des MHD, **27%** (n=41) un recours au spécialiste, **24%** (n=37) de la mélatonine, **20%** (n=31) une autre méthode non médicamenteuse, **15%** (n=23) une TCC, **14%** (n=21) de l'homéopathie, **13%** (n=20) de la phytothérapie.

3.4 Insomnie aigüe avec troubles psychiatriques associés

Seuls 147 médecins ont répondu à cette question. Parmi ces derniers, **70%** (n=103) adressaient le patient à un confrère spécialiste, **63%** (n=92) prescrivaient une BZD, **38%** (n=56) proposaient des MHD, **17%** (n=25) une TCC, **8%** (n=12) de la mélatonine, **8%** (n=12) une autre méthode non médicamenteuse, **5%** (n=7) de l'homéopathie, et **7%** (n=7) de la phytothérapie.

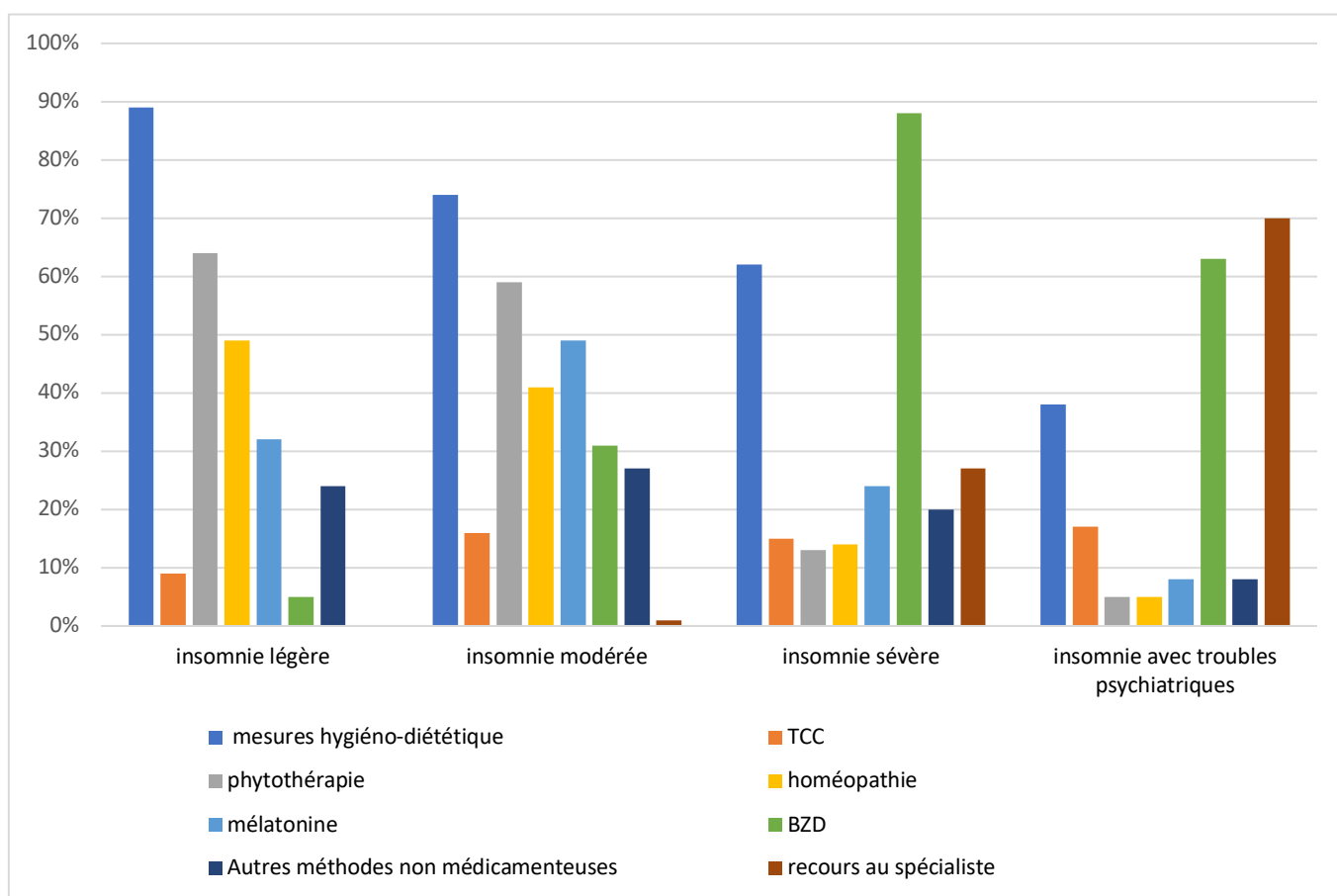


Figure 5: prise en charge lors d'une première consultation pour insomnie aigüe

3.5 Insomnie chronique chez un patient sans traitement par BZD

Sur les 153 médecins répondeurs **84%** (n=128) proposaient en première intention des MHD, **56%** (n=85) de la mélatonine, **54%** (n=83) de la phytothérapie, **50%** (n=76) un traitement par BZD ou apparentés, **35%** (n=54) de l'homéopathie, **29%** (n=44) d'autres méthodes non médicamenteuses, **21%** (n=32) une TCC, et **12%** (n=19) un recours au spécialiste.

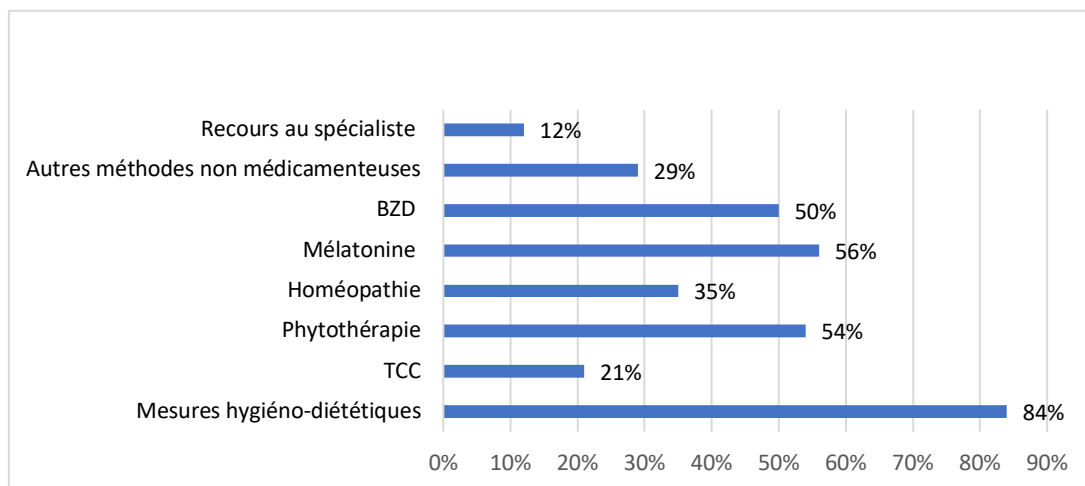


Figure 6: prise en charge d'une insomnie chronique chez un patient sans traitement BZD

3.6 Insomnie chronique chez un patient déjà sous traitement par BZD ou apparentés

A cette question 151 MG ont répondu. Ils étaient **75%** (n=113) à proposer des MHD, **45%** (n=68) un recours au spécialiste, **38%** (n=58) prolongeaient le traitement BZD au même dosage, **34%** (n=52) augmentaient le dosage du traitement BZD déjà instauré, **32%** (n=48) ajoutaient de la mélatonine, **26%** (n=39) diminuaient le dosage du traitement BZD en cours, **25%** (n=37) proposaient une TCC, **21%** (n=32) des autres méthodes non médicamenteuses, **15%** (n=22) de l'homéopathie, **13%** (n=20) de la phytothérapie et **7%** (n=10) ajoutaient une deuxième BZD ou apparenté au traitement en cours.

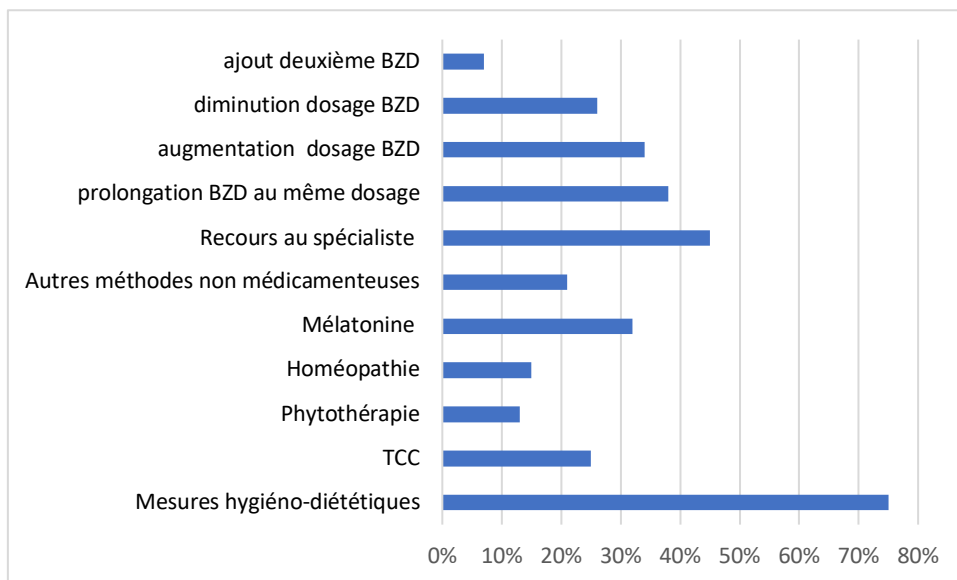


Figure 7: Prise en charge d'une insomnie chronique chez un patient déjà sous traitement BZD

4) Mesures mises en place par les autorités sanitaires et impact sur la pratique des médecins généralistes picards

4.1 *Amélioration de l'information des MG*

Il apparaît que pour **49,4%** (n=76) des MG interrogés, la diffusion de lettres et de recommandation a permis d'améliorer leur information. Pour **31,2%** (n=48) il s'agissait des mesures réglementaires pour mieux encadrer la prescription ; pour **29,9%** (n=46) par des mesures incitatives (ROSP) et pour **22,7%** (n=35) l'harmonisation des RCP. A noter que **11%** (n=17) des MG ont répondu « aucune ».

4.2 *Facteurs incitant à prescrire une BZD*

Le manque d'alternative efficace était pour **65,6%** (n=101) des MG le principal facteur pouvant les inciter à prescrire une BZD dans le traitement de l'insomnie. Pour **46,1%** (n=71) d'entre eux, c'était le manque de praticiens formés aux techniques non médicamenteuses, pour **43,5%** (n=67) le coût des autres alternatives, pour **33,1%** (n=51) la « pression » des patients, pour **33,1%** (n=51) le manque de temps, pour **32,5%** (n=50) le manque de formation personnelle à la prise en charge de l'insomnie. Parmi les répondants, **5,8%** (n=9) ont répondu « aucune ».

Depuis le 10 avril 2017 une partie de la réglementation des stupéfiants s'applique au zolpidem et notamment la prescription sur ordonnances sécurisées.

4.3 Impact de la prescription sur ordonnance sécurisée sur la prise en charge des patients *déjà sous zolpidem*

Pour les 153 répondants, **48%** (n=74) déclaraient avoir arrêté de le prescrire pour le remplacer par une autre molécule, **39%** (n=59) continuaient de le prescrire à la même dose sur ordonnance sécurisée et **13%** (n=20) diminuaient progressivement les doses pour aboutir au sevrage et proposaient d'autres alternatives non médicamenteuses.

Selon les 74 MG ayant arrêté de prescrire le zolpidem pour une autre molécule, **26%** (n=19) le remplaçaient pour de l'homéopathie ou de la phytothérapie, **31%** (n=23) pour de la mélatonine, **32%** (n=24) pour un anti histaminique et **88%** (n=62) pour une autre BZD ou apparentée.

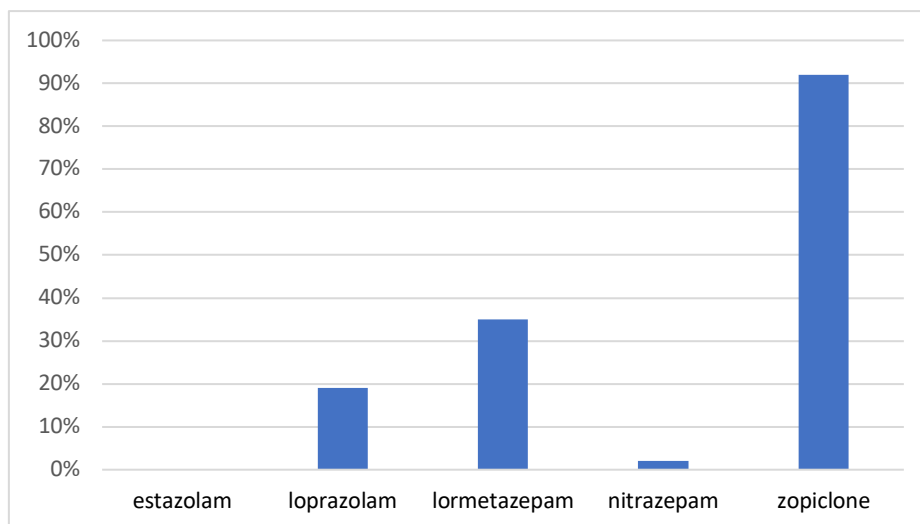


Figure 8 : prescription de BZD en remplacement du zolpidem

Pour les 62 MG ayant arrêté de prescrire du zolpidem pour une autre BZD, le zopiclone était la molécule la plus prescrite dans **92%** (n=57) des cas, puis le lormetazepam dans **35%** (n=22) des cas, puis le loprazolam à **19%** (n=12) et enfin de façon plus marginale, le nitrazepam à **2%** (n=1). Aucun médecin ne prescrivait de l'estazolam.

On retrouve également 14 MG prescrivant d'autres BZD, deux (**2,2%**) du clotiazepam (veratran®), deux (**2,2%**) de l'alprazolam (xanax®), un (**1%**) du prazepam (lysanxia®), un (**1%**) du bromazepam (lexomil®) et 8 (**8,6%**) de l'oxazepam (seresta®).

4.4 Impact de la prescription sur ordonnance sécurisée sur la prise en charge des patients **non déjà traités par zolpidem**

Depuis avril 2017, 118 médecins sur 153 répondants déclaraient ne plus instaurer de zolpidem soit **77,1%** (n=118).

Parmi ces 118 MG, **88,1%** (n=104) déclaraient prescrire à la place une autre BZD ou apparentée, **5,9%** (n=7) de la mélatonine, **5%** (n=6) de la phytothérapie ou de l'homéopathie, **4,2%** (n=5) une autre méthode non médicamenteuse et **2,5%** (n=3) un antihistaminique.

Selon les 104 MG ayant arrêté d'instaurer le zolpidem pour une autre BZD, **87,5%** (n=91) prescrivait à la place du zopiclone, **26%** (n=27) du lormetazepam, **16,3%** (n=17) du loprazolam, **1,9%** (n=2) du nitrazepam, **1,9%** (n=2) de l'estazolam.

On retrouve également 18 MG prescrivant d'autres BZD, 11 (**10,6%**) de l'oxazepam, 4 (**3,8%**) de l'alprazolam, 2 (**1,9%**) du bromazepam et 1 (**0,9%**) du clotiazepam.

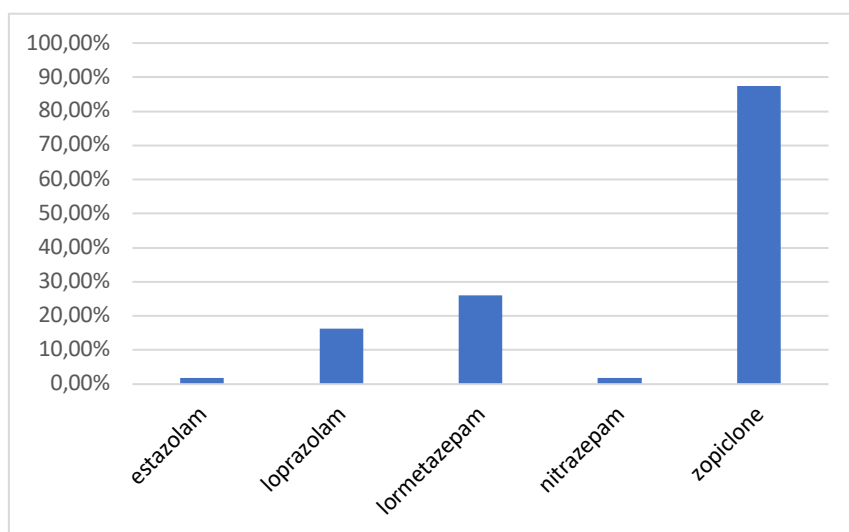


Figure 9 : prescription de BZD en remplacement du zolpidem chez un patient non déjà traité par zolpidem

4.5 Avis des MG picards concernant la prescription du zolpidem sur ordonnance sécurisée

Sur 152 MG répondants, quasiment la moitié soit (**49,3%**) (n=75) pensait que la prescription sur ordonnance sécurisée était une bonne solution pour diminuer les prescriptions de zolpidem.

Pour 17 MG (**11,2%**), la prescription sur ordonnance sécurisée était une bonne solution car cela pourrait donner une impression de toxicité au patient qui pourrait assimiler le zolpidem à un

stupéfiant et faciliterait donc une prise de conscience. Pour 6 MG (4%), cela inciterait le médecin à revoir et à changer sa prescription plus souvent du fait de la contrainte pour ce dernier lors de la rédaction.

Pour les médecins déclarant que la prescription sur ordonnance sécurisée n'était pas une bonne solution, 15 (9,9%) expliquaient que cela n'apportait pas de réelle nouvelle contrainte puisque la prescription était déjà limitée à 28 jours auparavant. Deux médecins (1,3%) estimaient que cette mesure n'était pas assez dissuasive pour conduire à l'arrêt. Un médecin (0,6%) signalait que cela pouvait conduire à la rédaction d'ordonnances antidatées et enfin 2 médecins (1,3%) estimaient cette mesure peu efficace car elle ne faisait que provoquer un transfert vers d'autres BZD.

4.6 La prescription d'autres molécules sur ordonnance sécurisée

Parmi les 153 MG ayant répondu à la question, 47,7%(n=73) pensaient que d'autres molécules devraient être prescrites sur ordonnance sécurisée, 47,1% (n=72) pensaient que non et 5,2% (=8) ne savaient pas.

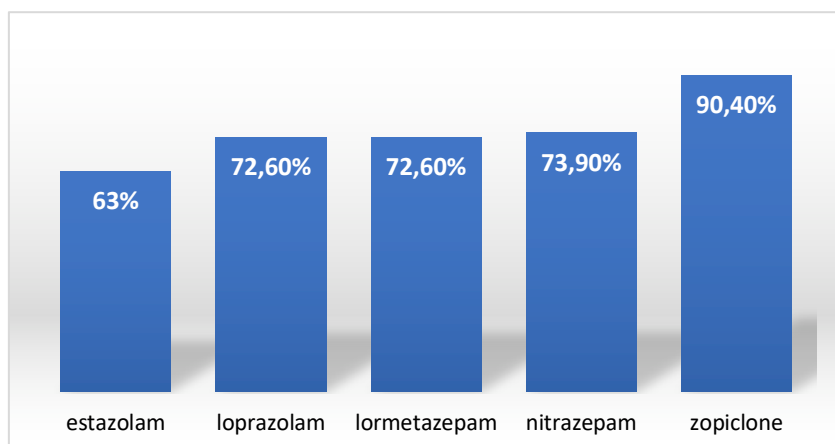


Figure 10 : Autres molécules qui devraient être prescrites sur ordonnance sécurisée selon les MG picards

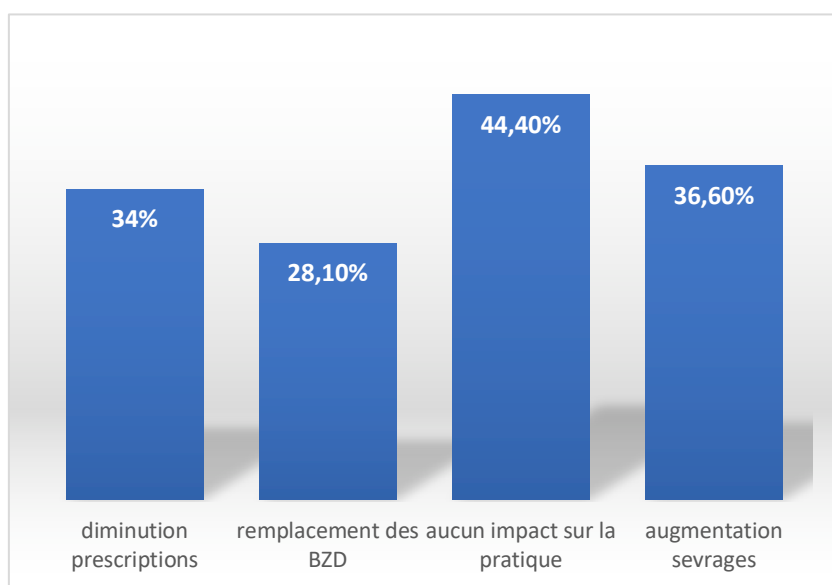
Pour 90,4% (n=66) des MG pensant que d'autres molécules devraient être prescrites sur ordonnance sécurisée, il fallait que le zopiclone soit également soumis à cette réglementation. Pour 73,9% (n=54) cette mesure devrait concerner le nitrazepam, pour 72,6% (n=53) le loprazolam ainsi que le lormetazepam et enfin pour 63% (n=46) l'estazolam. Enfin ils étaient 49%(n=36) à penser que les 5 molécules devraient être prescrites sur ordonnance sécurisée.

4.7 Avis des MG picards concernant la diminution du taux de remboursement des six BZD hypnotiques et apparentées de 65% à 15% depuis le 25 juin 2014

50,3% (n=77) des médecins interrogés, pensaient que c'était une bonne solution pour diminuer la prescription des BZD, contre **49,7%** (n=76).

7,8% des MG (n=12) pensaient que la diminution du remboursement était une mauvaise solution, car cela n'impact pas le patient du fait de la prise en charge par les mutuelles.

4.8 Impact de cette mesure sur les pratiques



Suite à cette mesure :

- **44,4%** (n=68) des médecins n'ont pas modifié leurs pratiques

- **36,6%** (n=56) ont tenté plus de sevrage en BZD

- **34%** (n=52) ont diminué le nombre de prescriptions de BZD

- **28,1%** (n=43) ont remplacé les BZD par une alternative non médicamenteuse

Figure 11: impact de cette mesure sur les pratiques des MG picards

4.9 Avis des MG picards concernant un déremboursement complet des BZD dans cette indication

Les MG déclaraient à **55,6%** (n=84) qu'il ne fallait pas dérembourser complètement ces BZD. Pour ces derniers les principales raisons évoquées étaient, pour **17,2%** (n=26) d'entre eux que ces molécules avaient une utilité justifiant leur prise en charge par l'Assurance Maladie, pour **3,3 %** (n=5) que cette mesure n'apportait pas d'autre alternative et pour **2%** (n=3) que cette mesure ne toucherait que les patients les plus pauvres.

Les MG étaient **5,9%** (n=9) à penser que cette mesure serait efficace car elle représenterait une vraie contrainte pour le patient et serait une bonne motivation pour arrêter.

4.10 Avis des MG picards concernant l'inscription dans la ROSP depuis 2016 d'un indicateur fixant un objectif de moins de 5% pour la part de patients, de 65 ans et plus, traités par psychotropes.

On retrouve que **44,4%** (n=68) des MG pensaient que cette mesure pouvait faire diminuer les prescriptions de BZD contre **54,2%** (n=83) qui pensaient le contraire et **1,3%** (n=2) ne savaient pas.

Parmi les MG picards, **8,5%** (n =13) pensaient que l'argent était une bonne motivation pour le médecin et permettait une prise de conscience concernant ses prescriptions.

Ils étaient **11,1%** (n=17) à déclarer que cette mesure ne serait pas efficace car ils ne pratiquaient pas la médecine en fonction de la ROSP, mais en fonction des recommandations et de la santé des patients et **2,6%** (n=4) que cette mesure n'apportait aucune contrainte ni motivation pour le patient.

4.11 Impact de cette mesure sur les pratiques

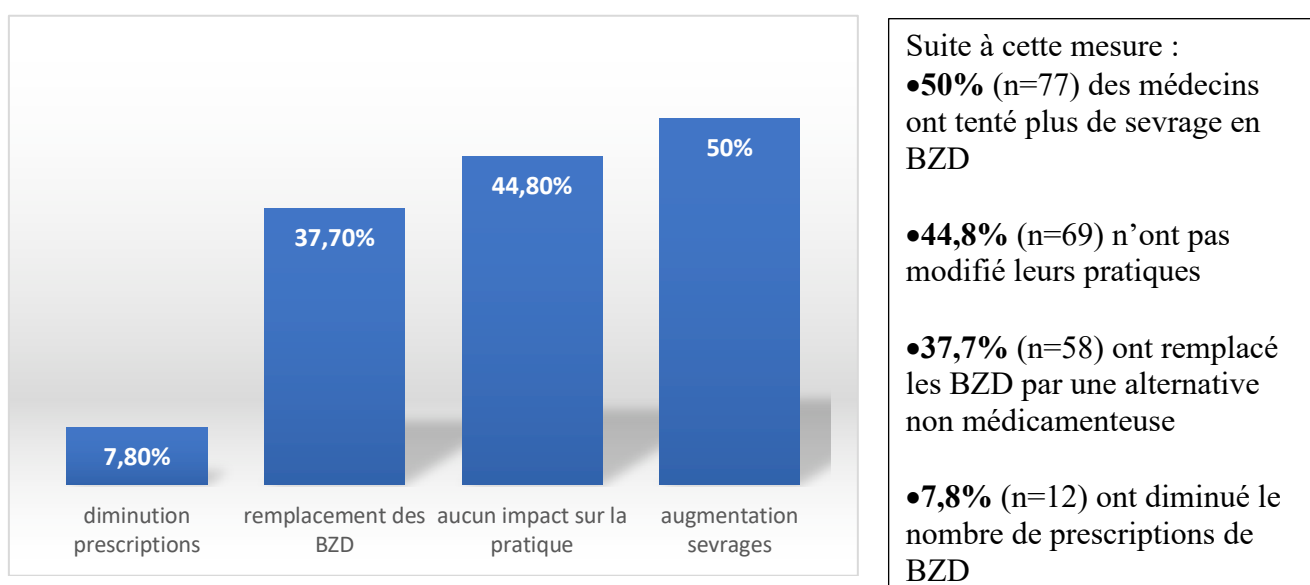


Figure 12: impact de cette mesure sur les pratiques des MG picards

4.12 Amélioration de la prise en charge des insomnies et diminution des prescriptions de BZD

Pour améliorer la prise en charge des insomnies **73,8%** (n=113) des MG pensaient qu'il fallait une campagne médiatique sur les effets indésirables des BZD sur le type de celle de 2002 lancée par l'assurance maladie sur les antibiotiques, **70,6 %** (n=108) qu'il faudrait une prise en charge par l'assurance maladie des thérapeutiques non médicamenteuses (TCC), **56,2%** (n= 86) une meilleure formation des MG aux pratiques type TCC et **35,9%** (n=55) la création d'une

cotation spécifique dans la classification Commune des Actes (CCAM) avec rémunération propre pour les consultations liées à l'insomnie.

A noter que 7 MG (4,5%) proposaient essentiellement un meilleur accès aux thérapeutiques non médicamenteuses type TCC et à la psychiatrie.

Un médecin (0,6%) proposait la création d'ateliers du sommeil sur le principe des ateliers mémoire avec explication des mesures d'hygiène de sommeil et techniques de relaxation.

5) Résultats par sous- groupes

	Age	Sexe	Milieu d'exercice
Insomnie aiguë légère	p=0,47	p=0,66	p=0,88
Insomnie aiguë modérée	p=0,37	p=0,61	p=0,98
Insomnie aiguë sévère	p=0,37	p=0,18	p=0,92
Insomnie aiguë avec troubles psychiatriques	p=0,17	p=0,33	p=0,98
Insomnie chronique chez patient sans traitement par BZD	p=0,38	p=0,28	p=0,57
Insomnie chronique chez patient avec traitement BZD	p=0,85	p=0,57	p=0,77

Figure 13 : résultats par sous-groupes

Dans l'étude aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la prise en charge de l'insomnie par les MG en fonction du sexe, de l'âge, ou du milieu d'exercice (l'ensemble des « p » avait une valeur > 0,05). Il n'a pas été mis en évidence non plus de différence significative concernant l'impact des différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires pour favoriser le bon usage des BZD.

IV) DISCUSSION

Notre objectif principal était de recueillir les pratiques des MG de l'ancienne région Picardie dans la prise en charge de l'insomnie. L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence des nouvelles mesures du Ministère de la Santé pour réglementer l'usage des benzodiazépines.

1) Forces et faiblesses de l'étude

1.1 Population

La population choisie était l'ensemble des MG de Picardie issue du site ameli.fr et de l'annuaire de l'Ordre des Médecins. Un envoi à 692 MG a été effectué. 163 questionnaires nous ont été renvoyés. Parmi eux neuf étaient non exploitables, soit un taux de réponse de 22,3%. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) au 1^{er} janvier 2018, on compte 87801 médecins généralistes en France dont plus de 2300 exerçant en Picardie. En nous basant sur les données du site ameli.fr et de l'annuaire de l'Ordre des Médecins, nous avons recensé dans notre étude 1487 MG en Picardie, avec par conséquent un manque de plus de 800 médecins. Ceci a pu entraîner un biais de sélection. Malheureusement, le CNOM n'a pas souhaité nous fournir la liste intégrale des MG exerçant en Picardie. Ceci nous aurait permis d'augmenter la puissance de notre échantillon. Nous avons essayé de limiter le biais grâce à l'envoi des questionnaires par voie postale sur l'ensemble des 3 départements après tirage au sort. L'envoi des questionnaires par voie postale permettait ainsi d'interroger l'ensemble des MG, y compris ceux n'ayant pas d'accès internet. On peut supposer que l'envoi du questionnaire uniquement par voie postale, même si ce dernier était accompagné d'une enveloppe retour pré-remplie, a pu avoir un impact négatif sur notre taux de réponse. De plus en plus de médecins préfèrent en effet utiliser la voie informatique par courriel.

1.2 Le questionnaire

Il ne s'agissait nullement d'un contrôle des connaissances et le questionnaire garantissait le complet anonymat des réponses. Le planning des MG étant souvent chargé, ce type de questionnaire nous paraissait simple, rapide à remplir et à renvoyer, afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses. Notre questionnaire comportait essentiellement des questions fermées, à choix multiples, ce qui a pu suggérer certaines réponses aux MG et donc méconnaître certaines situations non citées. Pour limiter ce biais, nous avons laissé dans les différentes parties des questions ouvertes et des zones de commentaires libres. Les enquêtes de ce type possèdent un

biais de participation, ces dernières étant basées sur le volontariat. On peut supposer que les médecins intéressés par le sujet étaient ceux qui répondaient le plus. Concernant les questions sur la prise en charge de l'insomnie, il se peut que certains médecins aient sous-évalué ou surévalué leurs pratiques. Ce biais est lié au fait que l'étude était déclarative. Le biais de déclaration était limité grâce au caractère anonyme du questionnaire. Cependant les réponses restaient soumises à l'évaluation subjective du médecin concernant ses propres pratiques. Certains médecins ont également signalé que leur prise en charge de l'insomnie variait en fonction des situations cliniques. Il est vrai que le questionnaire ne différenciait que le caractère aigu ou chronique de l'insomnie ainsi que sa sévérité et son association à un trouble psychiatrique. Il ne prenait pas en compte les éventuels antécédents du patient ni les traitements déjà en cours. Cela a pu entraîner des biais de réponses et d'interprétations. Présenter cette partie sous forme de cas cliniques aurait été plus précis et intéressant mais également plus chronophage et entraîner un taux de réponse plus faible.

1.3 Caractéristiques des MG répondants

Dans notre étude, les caractéristiques démographiques médicales des MG étaient en lien avec la tendance actuelle. En effet, notre échantillon retrouvait un âge moyen de 50,3 ans et était constitué de 51,9% d'hommes, ce qui est proche de l'âge moyen du médecin généraliste français qui est de 50,6 ans (29). Les femmes représentaient quant à elles, au 1er janvier 2018, 48,2% des effectifs des médecins généralistes en activité régulière. La répartition en secteur d'activité (31,8% rural, 37% semi-urbain et 31,2% urbain) était globalement équilibrée entre la ville et la campagne. Il est à noter que parmi tous les MG répondants, un seul possédait une formation complémentaire dans le domaine de la psychiatrie et/ou TCC. Ce qui montre bien l'accès difficile à ce type de formation et le peu de médecins qui les maîtrisent.

2) Prise en charge des insomnies

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les habitudes des MG picards concernant la prise en charge de l'insomnie. Nous nous intéressions notamment aux prescriptions de BZD. Selon les dernières études, bien que les prescriptions de BZD par les médecins français aient diminuées entre 2000 et 2015, elles restent encore largement supérieures à celles des autres pays Européens (26). L'HAS recommande de limiter au maximum les prescriptions d'hypnotiques pour la prise en charge de l'insomnie, notamment modérée. Devant une plainte

d'insomnie, elle recommande de toujours vérifier que les règles d'hygiène de sommeil sont bien respectées avant d'introduire un traitement médicamenteux. Si ces dernières sont insuffisantes, la prescription d'hypnotiques doit se faire seulement pour une stratégie à court terme, à la plus faible dose efficace, individuelle et prescrite pour une durée de quelques jours à quatre semaines maximum. Elle incite plutôt les médecins à privilégier des thérapeutiques non médicamenteuses telles que les TCC (25). En particulier si la situation semble devoir durer plusieurs semaines. Cependant, à la lecture de ces recommandations, les hypnotiques restent une solution possible pour chaque situation en fonction du contexte clinique. La prescription est toujours laissée à l'appréciation du clinicien (16). Dans cette étude nous avons étudié les prises en charge en fonction du type d'insomnie, aiguë (d'ajustement selon la classification ICSD3) ou chronique, de sa sévérité ainsi que son association ou non à des troubles psychiatriques.

2.1 Insomnie aiguë (d'ajustement)

Concernant l'insomnie aiguë, les prises en charge des MG Picards semblaient en accord avec les recommandations actuelles. En effet, la très grande majorité des MG de l'enquête privilégiait en première intention des règles d'hygiène de sommeil pour des insomnies légères et modérées (pour 89% des MG pour l'insomnie légère et 74% pour l'insomnie modérée). Les médecins étaient peu nombreux à déclarer prescrire une BZD lors de la première consultation pour insomnie aiguë légère ou modérée (seulement 5 % dans le cas de l'insomnie légère et 31% dans le cas de l'insomnie modérée). Cette tendance est retrouvée dans un autre travail réalisé en 2017 en Lorraine par Favre Clément sur les attentes des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil (30). Dans son étude, les médecins proposaient en première intention des règles d'hygiène de sommeil dans 60% des cas. Ils étaient par contre 54% à introduire une BZD lors de la première consultation. On peut donc penser que l'introduction d'une BZD lors d'une première consultation pour insomnie aiguë est fortement corrélée à la sévérité de cette dernière ou au fait d'être associée à des troubles psychiatriques. En effet dans notre étude, on retrouvait que 88% des MG déclaraient prescrire en première intention une BZD pour une insomnie sévère et 63 % pour une insomnie avec troubles psychiatriques associés. Or dans l'étude de 2017, la question de la sévérité de l'insomnie n'était pas abordée. On retrouvait également cette même tendance dans une thèse réalisée en 2010 à Paris cherchant à développer les TCC dans la prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale (31). Dans l'étude parisienne, 77% des MG déclaraient recourir en première intention à des mesures hygiéno-diététiques et seulement 12% à des hypnotiques. Mais à la question « pour quel type d'insomnie prescrivez-vous des hypnotiques ? », ils étaient 42 % à

en prescrire pour une insomnie d'ajustement et 73% pour une insomnie avec retentissement diurne important (équivalent de l'insomnie sévère).

Les MG Picards semblaient plutôt à l'aise avec la prise en charge de l'insomnie aiguë légère à modérée. Ils le semblaient un peu moins avec l'insomnie aiguë sévère ou liée à des troubles psychiatriques. Dans ces deux derniers cas, ils avaient tendance à recourir bien plus à une BZD en première intention et cherchaient également plus à adresser le patient à un confrère spécialiste (pour 70% d'entre eux pour une insomnie avec troubles psychiatriques associés et pour 27% pour insomnie aiguë sévère). Il semble cependant tout à fait logique de solliciter un psychiatre si le patient souffre de pathologie liée à cette spécialité.

2.2 Insomnie chronique

Le constat n'est pas le même en ce qui concerne l'insomnie chronique. En effet, dans ce cas, les prescriptions sont moins en accord avec les recommandations actuelles. Les MG de notre étude étaient 84% à prescrire en première intention des règles d'hygiène de sommeil lors d'une première consultation pour insomnie chronique chez un patient sans traitement BZD, et 50% à introduire une BZD en complément de ces règles. Or d'après les recommandations de l'HAS, il n'y a aucune indication à un traitement par hypnotique dans l'insomnie chronique. Il en va de même dans le cas de la prise en charge d'un insomniaque chronique sous traitement BZD. En effet, même s'ils sont 75% des médecins à prescrire en première intention des règles d'hygiène de sommeil, ils étaient 38% à prolonger le traitement déjà en place au même dosage, 34% à augmenter le dosage de la BZD en place et 7% ajoutaient une deuxième BZD au traitement. Ces trois alternatives sont hors recommandation.

On se rend compte que les MG sont moins à l'aise avec la prise en charge de l'insomnie chronique. Ils étaient en effet 12% à adresser à un spécialiste les patients sans traitement et 45% si le patient était déjà sous BZD. Ces données concordent avec celles retrouvées dans une étude réalisée en 2017 intitulée « consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire » (32). Elle s'intéressait aux représentations des MG et patients au cours des consultations pour le motif d'insomnie chronique. Dans cette étude, les MG trouvaient les recommandations trop longues et trop compliquées et plus de 60% d'entre eux déclaraient avoir besoin d'informations complémentaires au sujet du diagnostic. Le ressenti des MG était que les recommandations de 2006 ne leur avaient pas permis d'améliorer leur pratique quotidienne.

Une thèse réalisée à Lille en 2017 sur « l'évaluation de la prise en charge globale de l'insomnie chronique par les médecins généralistes français » (33) démontrait que ces derniers, pour la majorité, ne possédaient pas les connaissances pour poser le diagnostic d'insomnie chronique selon les critères ICSD3. Cela pourrait également expliquer la discordance entre leurs prescriptions et les recommandations. Dans cette étude, on retrouvait paradoxalement une prise en charge conforme aux recommandations de 2006 et en particuliers la prescription d'hypnotique. Mais la question était posée différemment. Il ne s'agissait pas, comme dans notre questionnaire, de choisir entre différentes possibilités thérapeutiques en fonction des types d'insomnie. A l'affirmation posée, « pour une insomnie chronique vous ne prescrivez pas de traitement pharmacologique d'emblée lors de la première consultation », il fallait que le médecin choisisse entre « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « neutre », « d'accord » et « tout à fait d'accord ». Cette formulation suggérait fortement la réponse attendue, ce qui pourrait expliquer la différence de résultat obtenu entre les deux études. Cela suggère également que les MG connaissaient ces recommandations mais ne les appliquaient pas dans leur pratique quotidienne. **Il y avait donc bien un décalage entre les prescriptions des MG et les recommandations de la SFTG-HAS concernant l'insomnie chronique.**

2.3 Utilisation de l'agenda du sommeil

Dans notre étude, **très peu de médecins utilisaient l'agenda du sommeil ou un des autres auto-questionnaires.** En effet, seuls 7,8% déclaraient utiliser un auto-questionnaire et seulement 4 MG sur 154 (2,6%) utilisaient un agenda du sommeil. Cette observation est retrouvée dans la majorité des travaux sur les troubles du sommeil. Dans l'étude réalisée en Lorraine en 2017 ils étaient 11% à utiliser un agenda du sommeil. Dans le travail lillois de 2017, 72,2% n'utilisaient pas de questionnaire. En 2014, une étude a été réalisée à Créteil sur la place de l'agenda du sommeil dans la prise en charge de l'insomnie en médecine ambulatoire. Dans cette étude, seuls 8% des MG utilisaient des outils diagnostiques validés pour leur prise en charge. La majorité des MG, connaissant l'agenda du sommeil, le trouvait « inutile pour leur pratique courante » et « trop chronophage » (34). L'agenda du sommeil est un outil recommandé dans ce contexte sans que son utilité soit clairement précisée. La littérature et l'avis des experts n'apportent pas de consensus sur la question. Pourtant il semble nécessaire de l'utiliser pour une bonne prise en charge de l'insomnie et notamment pour l'insomnie chronique. Pour cette dernière, il est encore plus important d'impliquer le patient dans sa prise en charge. L'agenda du sommeil semble alors un outil adapté. Il paraît également essentiel pour la mise en place des techniques type TCC.

2.4 Faible recours aux TCC

Dans notre étude, on pouvait remarquer **la très faible place qu’occupaient les TCC dans la prise en charge des insomnies**. Peut-être en partie liée à la faible utilisation de l’agenda du sommeil. L’utilisation des TCC variait peu selon le type et la sévérité de l’insomnie. Peu de MG (9%) les proposaient en cas d’insomnie aiguë légère, 16% en cas d’insomnie modérée, 15% en cas d’insomnie sévère et 17% si « troubles psychiatriques associés ». Concernant l’insomnie chronique, 21% les envisageaient chez un patient sans traitement et 25% en cas de prise de BZD. Ces taux étaient très faibles, alors que ces traitements ont fait la preuve de leur efficacité et sont recommandés en première intention pour l’insomnie chronique (31). On retrouvait déjà cette tendance dans une étude parisienne en 2010, dans laquelle seuls 8% des MG prescrivaient en première intention une technique de type restriction de sommeil et/ou contrôle du stimulus chez leurs patients insomniaques. On notait également que 66% des MG n’avaient jamais eu de formation aux TCC. Dans notre questionnaire, bien que l’abréviation TCC fut expliquée, plusieurs médecins semblaient ne pas connaître ce terme. En effet beaucoup nous ont interrogé sur la signification de cette abréviation. Ce qui prouve que ces techniques sont très peu connues des MG et donc très peu utilisées. Elles sont pourtant une alternative majeure aux BZD dans la prise en charge de l’insomnie.

2.5 Fort recours à la phytothérapie et à l’homéopathie

Bien que ces traitements n’aient pas fait la preuve de leur efficacité, on remarque qu’ils étaient beaucoup utilisés par les MG de notre étude (21) (35). On peut leur accorder avec certitude un effet placebo et l’absence d’effet indésirable. Des études montrent cependant un intérêt pour les traitements à base de valériane dans la prise en charge des troubles mineurs du sommeil et de l’anxiété (36) (37). Les MG étaient 64% à prescrire de la phytothérapie et 49% de l’homéopathie pour une insomnie aiguë légère. Ils étaient 59% à prescrire de la phytothérapie et 41% de l’homéopathie pour une insomnie aiguë modérée. Les MG avaient très peu recours à ces thérapeutiques en cas d’insomnies sévères ou liées à des troubles psychiatriques. **Cela prouve qu’ils avaient conscience des limites de ces traitements**. Chez les patients insomniaques chroniques, 54% des MG prescrivaient de la phytothérapie et 35% de l’homéopathie. Ces chiffres sont légèrement supérieurs à ceux retrouvés dans une autre étude réalisée à Toulouse en 2015 (38). Nous n’avions pas demandé si les MG avaient une formation en homéopathie ou phytothérapie. Peut-être ces derniers étaient-ils plus intéressés par le sujet entraînant ainsi plus de réponses de leur part ? **Ces résultats montrent une volonté des MG à essayer des traitements alternatifs aux BZD.**

2.6 La mélatonine

La mélatonine, hormone produite par la glande pinéale, est sécrétée préférentiellement pendant la nuit avec un pic situé vers 03h00 du matin. Ce rythme endogène est généré par les noyaux supra chiasmatiques de l'hypothalamus et est entraîné par l'alternance jour/nuit. La lumière artificielle, selon les conditions d'administration, supprime ou décale la sécrétion de mélatonine. Le rôle de la mélatonine est celui d'un synchroniseur endogène des rythmes circadiens, des rythmes de température et de veille-sommeil en particulier (39). On décrit un effet chronobiotique, influençant l'horloge biologique, ainsi qu'un effet hypnotique, favorisant ou provoquant une perte partielle de la conscience en stimulant dans le cerveau les mécanismes anti-éveil (système gaba). On parle également d'effet « soporifique ». La mélatonine administrée l'après-midi provoquerait un effet sédatif avec une augmentation de la sensation de fatigue, un allongement du temps de réaction, une diminution de la latence d'endormissement. Elle est essentiellement utilisée pour traiter les troubles du rythme veille-sommeil. Parmi ces troubles, on retrouve les « syndromes de retard ou d'avance de phase », pour lesquels il est difficile de s'endormir à une heure conventionnelle, le « syndrome du cycle veille-sommeil différent de 24 heures » et le « syndrome de traversée rapide des fuseaux horaires » appelé également « jet-lag » syndrome.

La forme orale à libération prolongée et immédiate (circadin®LP 2 mg) a montré une efficacité dans le traitement de l'insomnie primaire des patients de plus de 55 ans, indication pour laquelle elle a reçu l'AMM depuis 2008. **La mélatonine était beaucoup utilisée par les MG de notre étude pour l'insomnie aigue comme chronique.** Ils étaient en effet près de la moitié à en prescrire en cas d'insomnie aigue modérée ou insomnie chronique chez un patient sans traitement. Ce constat pourrait traduire le besoin des patients d'avoir une prescription médicamenteuse et le souhait des MG d'y répondre, en évitant la prescription de BZD. Besoin réel ou parfois ressenti par le médecin. On retrouvait cette idée dans une étude réalisée dans le Nord Pas de Calais en 2012 sur le ressenti des MG et des patients concernant les consultations sans prescription médicamenteuse. Dans cette dernière, la prescription médicamenteuse était associée au souhait d'une ordonnance par le patient, et surtout à la perception de ce souhait par le médecin (40). Dans ce travail, les MG citaient également le manque de temps comme autre cause les poussant à prescrire. En effet, il est plus rapide de rajouter un traitement sur une ordonnance à la fin d'une consultation que d'expliquer au patient la nécessité de se revoir pour une consultation dédiée. Ils décrivaient également le besoin de certains patients d'avoir un traitement efficace pouvant les soulager rapidement.

2.7 Sevrage en BZD

Il ressortait de l'étude une volonté importante des MG picards de tenter des sevrages en BZD. La moitié des MG interrogés essayait de sevrer leur patient « à chaque renouvellement » et plus d'un quart « une fois tous les 3 mois ». Ils avaient conscience de l'importance du sevrage de ces traitements. Ils avaient également intégré l'inefficacité de ces thérapeutiques sur le long terme et leurs effets indésirables. Ils étaient 44% à déclarer sevrer avec succès leurs patients « très rarement » et 48,1 % « quelques fois ». Les MG ont donc soulevé la difficulté de réaliser des sevrages malgré les nombreux documents et recommandations mis à disposition par l'HAS (41). Cela rejoint les résultats de la thèse réalisée à Créteil en 2014 dans laquelle 70% des MG interrogés essayaient « assez souvent » ou « très souvent » de réaliser un sevrage en hypnotique mais avec un faible taux de réussite. **Ces résultats confirment le caractère addictif des BZD qui provoquent une dépendance rapide et forte** (42)(43).

2.8 Analyse en sous-groupe

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la prise en charge de l'insomnie, que ce soit en fonction de l'âge, du sexe, ou du milieu d'exercice. On aurait pu s'attendre à ce que les médecins récemment diplômés tiennent compte davantage des recommandations de 2006 en prescrivant moins de BZD, ce qui n'était pas le cas. Cela pourrait confirmer la difficulté à appliquer ces recommandations dans la pratique quotidienne. On aurait pu imaginer que les médecins exerçant en milieu urbain aient plus souvent recours aux TCC ou au spécialiste. En effet, on pourrait penser qu'ils aient un accès plus facile à ces thérapeutiques. Or leur accès semblait aussi compliqué en ville qu'à la campagne.

On observe un décalage entre les prescriptions des MG et les recommandations dans la prise en charge de l'insomnie chronique. L'élaboration de recommandations ne portant que sur l'insomnie chronique pourrait être une alternative intéressante. En effet, les MG semblaient rencontrer plus de difficultés dans la prise en charge de ces insomnies. Parallèlement à une surprescription d'hypnotique, on remarquait également une forte volonté des MG d'essayer de sevrer leurs patients en psychotropes, mais avec un faible taux de réussite. Ceci prouve qu'ils avaient conscience des limites de ces thérapeutiques, mais ne disposaient que de peu d'autres alternatives efficaces (44). On retient également une très faible connaissance et utilisation des techniques type TCC, qui ont prouvé leur efficacité. Une amélioration de la diffusion de ces techniques pourrait être une piste intéressante pour diminuer la prescription de BZD. Elles sont pour certaines d'entre elles assez faciles et rapides à mettre en place (restriction de sommeil,

contrôle du stimulus). Il existe d'ailleurs un « guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte à l'usage du médecin généraliste » adapté et facilement utilisable pour la pratique en médecine générale (45).

Dans notre étude, 65,6% des MG invoquaient « le manque d'alternatives efficaces » comme raison principale pouvant les pousser à prescrire une BZD hors indication. « Le manque de praticiens formés aux techniques non médicamenteuses » était cité par 46,1% des médecins. Enfin, 43,5% mettaient en avant le coût des alternatives non médicamenteuses.

Un médecin sur trois mentionnait « la pression des patients » (33,1%) et le manque de temps (33,1%).

L'accès difficile aux thérapeutiques non médicamenteuses était le principal obstacle rencontré par les médecins généralistes, plus que l'aspect chronophage ou l'insistance des patients parfois citées dans d'autres travaux (31) (32) (34).

3) Influence d'actions menées par les autorités sanitaires

La surconsommation et sur-prescription de BZD en France est un enjeu de santé publique majeur. Depuis plusieurs années, les autorités sanitaires multiplient les mesures pour favoriser le bon usage des BZD et limiter les effets indésirables, ou les usages détournés de ces traitements. C'est dans cette optique, que depuis le 10 avril 2017, une partie de la réglementation des stupéfiants s'est vue appliquée au zolpidem.

3.1 Influence de la prescription de zolpidem sur ordonnance sécurisée sur la prise en charge des patients

Cette mesure semble avoir eu un impact positif sur les prescriptions des médecins interrogés. En effet, ils étaient 77,1% à avoir arrêté de l'instaurer suite à cette mesure. Ce résultat doit être relativisé. Parmi ces médecins, 88% l'ont remplacée par une autre BZD (par du zopiclone dans 87,5% des cas, du lormetazepam dans 26% des cas et du loprazolam dans 16,3% des cas).

En ce qui concerne les patients déjà traités par zolpidem avant cette mesure, **39% des MG ont continué de le prescrire à la même dose sur ordonnance sécurisée.** Cela confirmait leur difficulté à sevrer les patients. Seuls **13% ont diminué progressivement les doses pour tenter un sevrage.** Ils étaient **48% à avoir arrêté de prescrire du zolpidem pour le remplacer** par une autre molécule. Ils le remplaçaient par une BZD dans 88% des cas (par du zopiclone pour 92% d'entre eux, du lormetazepam pour 35% et du loprazolam pour 19%).

On retrouvait des chiffres similaires dans une thèse de 2017 réalisée à Clermont-Ferrand sur « l'impact sur les prescriptions des MG de l'application d'une partie de la réglementation des stupéfiants au zolpidem » (46). Dans ce travail, la majorité des médecins avait également arrêté d'instaurer du zolpidem à 78,7%. Ils étaient 35% à l'avoir substitué par une autre molécule chez les patients déjà sous traitement. Dans les deux cas, Ils avaient choisi une BZD à plus de 70% pour remplacer le zolpidem et dans la très grande majorité des cas par du zopiclone.

Une étude observationnelle, descriptive, réalisée à partir des données nationales de la base du SNIIRAM, orchestrée par la caisse d'assurance maladie a été réalisée à Amiens en 2019 (47). Elle retrouvait, une baisse significative des prescriptions de zolpidem en ville comme à l'hôpital en avril 2017, non compensée par l'augmentation des autres hypnotiques. **La prescription sur ordonnance sécurisée semble donc être une mesure efficace pour limiter l'usage et la prescription de médicament.** Ce type de mesure avait déjà fait la preuve de son efficacité. En effet, depuis janvier 2001, la prescription de flunitrazepam (et septembre 2011 pour le clonazepam), a été soumise à une partie de la réglementation des stupéfiants (et notamment la prescription sur ordonnance sécurisée)(48)(49). Entre 2000 et 2009, les ventes de flunitrazepam ont alors diminué de 94%. Finalement, le flunitrazepam fut retiré du marché « pour raisons commerciales » en septembre 2013. Concernant le clonazepam, les usages détournés et prescriptions hors recommandation ont également chutés suite à cette mesure (49).

3.2 Ressenti des MG concernant la prescription de zolpidem sur ordonnance sécurisée

Cette mesure divisait les MG. En effet, ils étaient 49,3% à penser qu'il s'agissait d'une bonne solution pour diminuer les prescriptions de zolpidem. Ils évoquaient deux raisons principales. La première était que les patients assimilaient le zolpidem à un stupéfiant. Cela leur avait permis une prise de conscience. La seconde était que cette mesure avait incité les MG à réévaluer leurs prescriptions.

Pour 50,7% des MG, cette mesure n'était pas une bonne solution pour diminuer la prescription de zolpidem pour deux raisons principales. La première était que cette mesure ne modifiait pas les habitudes des patients puisque la prescription était déjà limitée à 28 jours auparavant. La seconde était qu'elle entraînait une prescription d'autres BZD et n'apportait pas de nouvelle solution.

Les MG étaient 47,7% à déclarer que d'autres molécules devraient également être prescrites sur ordonnance sécurisée. Ils citaient principalement le zopiclone (90,4%). Ils étaient 49% à penser que les cinq BZD ayant l'AMM dans l'insomnie devraient être soumises à cette réglementation.

On retrouvait déjà des résultats similaires dans une thèse auvergnate (46). Dans cette dernière, la grande majorité des MG ayant arrêté de prescrire du zolpidem avait reporté leur choix de prescription sur le zopiclone mais déclarait que ce dernier devait également être prescrit sur ordonnance sécurisée.

Une thèse réalisée en 2019 à Bordeaux sur « le regard des MG d'Aquitaine sur leurs prescriptions de zolpidem depuis la nouvelle réglementation » (50), évoquait un sentiment d'impuissance des MG par rapport au sevrage du zolpidem et à la prise en charge de l'insomnie, liée au manque d'alternatives efficaces. Dans cette étude, les MG déclaraient vivre la réglementation comme une nouvelle contrainte administrative imposée, sans qu'on leur propose de solutions applicables dans leur pratique. L'ordonnance sécurisée seule, ne répondait pas aux difficultés quotidiennes des MG. Elle permettait effectivement une diminution de prescription du zolpidem, mais n'apportait pas de nouvelle solution de prise en charge. Ils ressentaient cette mesure, comme « méprisante » par rapport à leur expérience. Il s'agissait plutôt d'un problème de communication et de dialogue entre les autorités sanitaires et les praticiens plutôt que d'efficacité de la mesure. Revoir ces recommandations après concertation avec les MG pourrait les rendre plus adaptées à la pratique ambulatoire et favoriser leur adhésion. Plus qu'une mesure législative, les MG attendaient une prise en charge multidisciplinaire ainsi qu'un renforcement des moyens humains et financiers.

3.3 Influence de deux autres mesures mises en place par les autorités sanitaires

Le 25 juin 2014, la commission de la transparence de la HAS a revu à la baisse le SMR de six BZD hypnotiques et apparentés ainsi que leurs génériques, dans le cadre de la prise en charge des troubles sévères du sommeil. Le SMR est ainsi passé de « important » à « faible », avec une diminution du taux de remboursement de 65 à 15 %. Concernant cette mesure l'avis des MG est encore une fois très partagé. Ils étaient en effet 49,7% à penser que cette dernière n'était pas adaptée pour diminuer les prescriptions d'hypnotiques. La principale raison évoquée était que cette mesure n'aurait aucun impact sur les patients. En effet, les mutuelles prenant en charge la différence, les patients ne subiront aucune contrainte financière et ne verront pas de différence en pratique. En 2015 la consommation de zolpidem n'avait toujours pas fléchi ce qui confirme l'inefficacité de cette mesure (26). Les résultats de notre étude allaient dans ce sens puisque les MG étaient 44,4% à déclarer que cette mesure n'avait eu aucun impact sur leur pratique.

L'Assurance Maladie a inscrit dans la ROSP un indicateur fixant un objectif de prescription de BZD de moins de 5 % chez les patients de plus de 65 ans. **Concernant cette mesure, l'avis des MG était encore divisé.** Ils étaient 54,2% à déclarer que ce n'était pas une bonne solution

pour diminuer les consommations de BZD. Pour 44,8%, cette mesure n'avait eu aucun impact sur leurs pratiques. Ces médecins évoquaient que la mesure leur donnait le sentiment de réduire leur motivation à l'argent. Or la majorité des MG signalait que leurs prescriptions étaient dictées plus par l'état de santé et le bien-être de leurs patients que par un attrait financier. Ils évoquaient un conflit d'intérêt éthique, en décalage avec le serment d'Hippocrate « Je ne me laisserais pas influencer par la soif du gain ». Certains médecins décrivaient un sentiment d'infantilisation liée à cette mesure.

D'autres rapportaient au contraire que cela les avait amenés à réfléchir et revoir leurs prescriptions. Ils voyaient cette mesure comme une volonté d'harmoniser les pratiques et de favoriser une mise à jour par rapport aux nouvelles recommandations. Ils étaient d'ailleurs 50% à avoir tenté plus de sevrage suite à cette mesure. Cette ambivalence des MG était également retrouvée dans une thèse réalisée à Angers en 2015, sur les perceptions de la ROSP (51). Cependant cette mesure semble efficace. En effet, en 2017 on note une diminution des durées de prescription des traitements par BZD hypnotiques (-0,7 points) suite à cette réglementation (52). Si les actions des autorités sanitaires sont parfois mal accueillies et considérées comme inadaptées au quotidien du MG, elles semblent néanmoins avoir un impact bénéfique sur les prescriptions de BZD par l'utilisation d'ordonnance sécurisée et par les mesures incitatives.

4) Améliorations possibles

La majorité des MG semblait attachée à la prise en charge des hypnotiques par l'Assurance Maladie. La principale raison avancée était que ces molécules possédaient malgré tout une efficacité et une utilité en pratique justifiant leur remboursement par la Sécurité sociale. Ils signalaient également que cette mesure ne toucherait que les patients les moins aisés. A noter qu'ils étaient quand même 44,4% à estimer que le déremboursement complet de ces traitements serait une mesure efficace. Un peu moins de la moitié des MG pensait qu'une contrainte financière pour le patient pourrait être une bonne solution. Cela pousserait le patient à s'investir dans sa prise en charge et le motiverait à envisager d'autres thérapeutiques plus contraignantes à court terme (type TCC), mais plus efficaces à long terme. Cela pourrait également appuyer le discours des médecins concernant la toxicité au long cours de ces thérapeutiques.

Afin de favoriser le bon usage des BZD, 73,8% des médecins interrogés proposaient la réalisation d'une campagne médiatique sur les effets indésirables des hypnotiques sur le modèle de celle de 2002 lancée par l'Assurance Maladie « les antibiotiques, ce n'est pas automatique ». Cette dernière avait permis une diminution d'utilisation des antibiotiques de près de 26,5% en cinq ans (53).

On pourrait également s'inspirer de la campagne médiatique australienne de 2006 relatant les effets indésirables du zolpidem. Suite à cette campagne, une forte baisse des prescriptions de zolpidem avait été observée. Elles étaient passées de 14,6% des consultations pour insomnie à 7,6% en 2014-2015 (53)(54).

Les MG de notre étude étaient 70,6% à proposer une prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapeutiques non médicamenteuses type TCC et 56,2% s'étaient exprimés en faveur d'une meilleure formation aux techniques type TCC. Les MG exprimaient leur volonté de favoriser l'accès aux thérapeutiques non médicamenteuses. Certains MG ont également soulevé le problème de l'accès difficile au spécialiste et au psychologue dans notre région qui serait également un frein important à la bonne prise en charge de l'insomnie.

V) CONCLUSION

Notre étude a montré que les pratiques des médecins généralistes de Picardie pour la prise en charge de l'**insomnie aiguë** étaient en accord avec les recommandations actuelles. Concernant l'**insomnie chronique**, les médecins avaient bien conscience de l'importance du respect des règles d'hygiène du sommeil. On a constaté une sur-prescription de BZD, n'ayant pas d'indication dans cette situation. Les MG de notre étude avaient fortement recours à la phytothérapie et à l'homéopathie notamment dans les **troubles mineurs du sommeil**. On retrouvait également une très faible utilisation de l'agenda du sommeil et un très faible recours aux techniques type TCC. Selon l'HAS, ces dernières ont pourtant l'indication en première intention dans le traitement de l'insomnie, et ont fait la preuve de leur efficacité. Il n'y avait pas de différence significative dans la prise en charge de l'insomnie que ce soit en fonction du sexe, de l'âge ou du milieu d'exercice des MG. La majorité d'entre eux désignait le manque d'alternatives efficaces disponibles comme principale difficulté pour traiter les insomnies de leurs patients. L'avis des médecins sur les différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires était très divisé. Cependant les mesures réglementaires, comme la prescription sur ordonnance sécurisée et les mesures incitatives, semblaient avoir eu un effet bénéfique sur les prescriptions de BZD. Une amélioration du dialogue entre les MG et les autorités sanitaires, une révision des recommandations pour les rendre mieux adaptées à la pratique, ainsi qu'un développement des techniques type TCC pourraient permettre une prise en charge optimisée des patients souffrant de troubles du sommeil.

L'accès aux TCC pourrait à l'avenir être facilité par l'extension des offres en ligne et l'utilisation de nouveaux médias (par exemple des applications) par les spécialistes. Cela pourrait également aider les MG à développer ces techniques.

VI) BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Larousse É. Définitions : sommeil - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr>
- [2] Giordanella J.P. Rapport sur le thème du sommeil . Ministère de la santé et des solidarités . Décembre 2006 [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- [3] Rosekind MR, Gregory KB, Mallis MM, Brandt SL, Seal B, Lerner D. The Cost of Poor Sleep: Workplace Productivity Loss and Associated Costs. *J Occup Environ Med.* janv 2010;52(1):91-98.
- [4] Goldstein AN, Walker MP. The Role of Sleep in Emotional Brain Function. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10(1):679-708.
- [5] Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is Sleep Duration Associated With Childhood Obesity? A Systematic Review and Meta-analysis. *Obesity.* 2008;16(2):265-74.
- [6] Miller MA, Kruisbrink M, Wallace J, Ji C, Cappuccio FP. Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 1 avr 2018;41(4).
- [7] Grandner MA, Hale L, Moore M, Patel NP. Mortality associated with short sleep duration: The evidence, the possible mechanisms, and the future. *Sleep Med Rev.* 1 juin 2010;14(3):191-203.
- [8] Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Sleep.* 1 mai 2010;33(5):585-92.
- [9] Bioulac S, Micoulaud-Franchi J-A, Arnaud M, Sagaspe P, Moore N, Salvo F, et al. Risk of Motor Vehicle Accidents Related to Sleepiness at the Wheel: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep.* 1 oct 2017 ;40(10).
- [10] Uehli K, Mehta AJ, Miedinger D, Hug K, Schindler C, Holsboer-Trachsler E, et al. Sleep problems and work injuries: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 1 févr 2014;18(1):61-73.
- [11] Touitou Y. Troubles du sommeil et hypnotiques : Impacts médicaux et socio-économiques. *Ann Pharm Fr.* 1 juill 2007;65:230-238.
- [12] Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* déc 2011;59(6):409-22.
- [13] Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest.* nov 2014;146(5):1387-94.
- [14] Thorpy M. International Classification of Sleep Disorders. In: Chokroverty S, éditeur. *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations and Clinical Aspects.* New York, NY: Springer; 2017 p. 475-84.

- [15] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) 2013. 991 p.
- [16] SFTG - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.
- [17] Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. Sleep Med Rev. 1 déc 2010;14(6):379-89.
- [18] Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J. Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med. 15 févr 2011;7(1):41-8.
- [19] Smith MT, Neubauer DN. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia. Clin Cornerstone. 1 janv 2003;5(3):28-40.
- [20] Vallières A, Guay B, Morin C. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. Med Quebec. 1 janv 2004;
- [21] Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: A systematic review of research evidence. Sleep Med Rev. 1 oct 2010;14(5):329-37.
- [22] Rouger C, Derbré S. Proposer les solutions de phytothérapie adaptées pour combattre les troubles du sommeil. Actual Pharm. 1 déc 2014;53(541):47-52.
- [23] CIRCADIN (mélatonine LP), hypnotique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- [24] HAS (haute autorité de santé) .quelle place pour la mélatonine dans le traitement de l'insomnie ? Novembre 2009 pdf [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
- [25] Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- [26] ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines. avr 2017;56.
- [27] Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale.JORF n° 0008 du 10 janvier 2017 texte n°22 [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
- [28] Retrait de l'AMM de Noctran® et de Mépronizine® : l'Afssaps émet des recommandations sur la conduite à tenir pour arrêter un traitement par hypnotique - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 31 mars 2020].Disponible sur www.ansm.santé.fr
- [29] Conseil National de l'Ordre des Médecins -CNOM_chiffres_cles_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- [30] Favre C. Attente des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil en médecine générale. université de lorraine; 2017.p70

- [31] Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France. Paris VI denis Diderot; 2010.p136
- [32] Gaboreau Y, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, Imbert P. Consensus, controverses and dissensions between general practitioners and patients suffering from chronic primary insomnia. *Exercer*. 1 févr 2017;130:52-9.
- [33] Rudant G. Évaluation de la prise en charge globale de l'insomnie chronique par les médecins généralistes français. Université du droit et de la santé - Lille 2 Faculté Henri Werembourg; 2017.
- [34] Gomet Ro. L'agenda du sommeil : quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes en ambulatoire ? Paris est Creteil; 2014.
- [35] Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Groselj LD, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
- [36] Allaert FA. Évaluation d'une phytothérapie dans le traitement des troubles mineurs du sommeil et de l'anxiété légère – Evaluation of a phytotherapy on mild anxiety and minor sleep disorders. *La lettre du psychiatre*. vol V-n°3-mai-juin 2009.
- [37] Koetter U, Schrader E, Käufeler R, Brattström A. A randomized, double blind, placebo-controlled, prospective clinical study to demonstrate clinical efficacy of a fixed valerian hops extract combination (Ze 91019) in patients suffering from non-organic sleep disorder. *Phytother Res*. 2007;21(9):847-51.
- [38] Ouhayoun S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 13 avr 2020].
- [39] Claustrat B. Mélatonine et troubles du rythme veille-sommeil. *Médecine Sommeil*. janv 2009;6(1):12-24.
- [40] Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *exercer* 2015;13-21.
- [41] Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
- [42] Busto U, Sellers EM, Naranjo CA, Cappell HD, Sanchez-Craig M, Simpkins J. Patterns of Benzodiazepine Abuse and Dependence. *Br J Addict*. 1986;81(1):87-94.
- [43] Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. mai 2005;18(3):249–255.
- [44] Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *Presse Médicale*. 1 nov 2005;34(19, Part 1):1358-62.

- [45] guide_insomnie.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf
- [46] Chartier L. Impact sur les prescriptions des médecins généralistes de l'application d'une partie de la réglementation des stupéfiants au zolpidem: étude observationnelle déclarative. 2017.université de Clermont Auvergne : p44.
- [47] Bourbon C. Nouvelle réglementation de la prescription du zolpidem (Stilnox®) : causes et impacts. UPJV Amiens; 2019.
- [48] Rohypnol (flunitrazépan) 1 mg - Arrêt de commercialisation - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/>
- [49] RIVOTRIL - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr>
- [50] Bortolin É. Prescription du zolpidem sur une ordonnance sécurisée : regards des médecins généralistes d'Aquitaine sur leurs pratiques de prescription depuis la nouvelle réglementation.université de Bordeaux. 2019;100.
- [51] Coissac Loic,Merviel Nicolas, Picard Antoine. Rémunération sur objectifs de santé publique : quelles perceptions en ont les médecins généralistes? Angers; 2015.
- [52] La Rémunération Sur Objectif de Santé publique en 2018 Bilan à un an du nouveau dispositif-Dossier de presse Rosp 2017 25 Avril 2018.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
- [53] Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle P-Y, et al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007. PLOS Med. 2 juin 2009;6(6)
- [54] Miller Christopher B., Valenti Lisa, Harrison Christopher M., Bartlett Delwyn J., Glozier Nick, Cross Nathan E., et al. Time Trends in the Family Physician Management of Insomnia: The Australian Experience (2000–2015). J Clin Sleep Med. 13(06):785-90.

VII) ANNEXE

QUESTIONNAIRE DE THESE

A- Première partie : informations personnelles

1- Vous êtes : Un homme Une femme

2- Age :

3- Vous exercez en milieu : Urbain Semi urbain Rural

4- Possédez-vous une formation complémentaire dans le domaine de la psychiatrie et/ou addictologie et/ou Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) ?

Oui Non

● Si oui : intitulé de la formation :

B- Deuxième partie : prise en charge des insomnies

1- Pour une consultation d'insomnie, utilisez-vous un questionnaire standardisé existant ?

Oui non

➔ Si oui :

Un plan détaillé d'évaluation de la plainte d'insomnie : enquête étiologique et orientation des décisions (disponible sur le site de la HAS) ?

Un agenda du sommeil à remplir par le patient à domicile

L'échelle de somnolence d'Epworth

L'échelle de Hamilton

Autre questionnaire :

2- A quelle fréquence proposez-vous un sevrage chez les patients insomniaques sous psychotrope ?

- À chaque renouvellement Une fois tous les 3 mois Une fois par an Jamais

3- Parmi les sevrages proposés, sont-ils réalisés avec succès jusqu'au sevrage complet ?

- Tout le temps Souvent Quelques fois Très rarement Jamais

On classe les insomnies en fonction de leur sévérité :

-légère : 1 nuit par semaine avec faible retentissement diurne.

-modérée : 2 à 3 nuits par semaine avec retentissement diurne (fatigue, tension, irritabilité).

-sévère : 4 nuits par semaine ou plus avec retentissement diurne (fatigue, tension, irritabilité, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées).

4- Lors d'une première consultation pour ***insomnie aiguë***, que proposez-vous ? (Cocher une ou plusieurs réponses) (BZD : benzodiazépines)

Insomnie	Légère	Modérée	Sévère	Avec troubles psychiatriques
Conseils et mesures hygiéno-diététiques				
TCC				
Phytothérapie				
Homéopathie				
Mélatonine				
BZD ou hypnotiques				
Autres méthodes (acupuncture etc...)				
Recours au spécialiste				

5- Lors d'une consultation pour ***insomnie chronique***, que proposez-vous ? (Cocher une ou plusieurs réponses)

<u>Patients</u>	SANS traitement BZD ou apparentés	AVEC traitement BZD ou apparentés
Conseils et mesures hygiéno-diététiques		
TCC		
Phytothérapie		
Homéopathie		
Mélatonine		
BZD ou hypnotiques		
Autres méthodes (acupuncture etc.)		
Recours spécialiste		
Prolongation même dosage BZD		
Augmentation dosage BZD		
Diminution dosage BZD		
Ajout 2e BZD ou apparentée		

C- Trois exemples d'action des autorités sanitaires depuis 2014 pour favoriser le bon usage des benzodiazépines :

1- Depuis quelques années, les autorités sanitaires ont donc mis en place un certain nombre de mesures pour améliorer le bon usage des BZD. Parmi ces mesures, laquelle ou lesquelles ont permis d'améliorer votre information ? (plusieurs réponses possibles)

- L'harmonisation des RCP
- La diffusion de lettres d'information et de recommandation
- Les mesures incitatives (ROSP)
- Les mesures réglementaires pour mieux encadrer la prescription

2- Malgré ces différentes mesures, quels facteurs vous poussent à prescrire une BZD dans le traitement de l'insomnie en l'absence d'indication ? (Plusieurs réponses possibles)

- « Pression » des patients
- Manque de temps (consultation chronophage)
- Manque d'alternative efficace
- Coût des autres alternatives (non remboursées)
- Manque de praticiens formés aux techniques non médicamenteuses (type TCC)
- Manque de formation personnelle à la prise en charge de l'insomnie
- Autre :

Depuis le 10 avril 2017, une partie de la réglementation des stupéfiants s'applique au zolpidem (stilnox ®) notamment la prescription sur ordonnance sécurisée.

3- Depuis cette date, parmi les patients **déjà traités par zolpidem** :

- Vous avez continué de le prescrire sur ordonnance sécurisée à la même dose ?
- Vous avez profité de ce changement pour débiter un sevrage en diminuant les doses et proposer d'autres thérapeutiques non médicamenteuses (TCC, sophrologie, etc.)
- Vous avez arrêté de le prescrire pour le remplacer par une autre molécule ?

4- Si vous avez arrêté de le prescrire pour une autre molécule, Laquelle ? :

- De la phytothérapie ou homéopathie ?
- De la mélatonine
- Un antihistaminique type alimemazine (théralène®) ou doxylamine (donormyl®)
- Une autre BZD ou apparenté ?

5-Si vous avez arrêté de le prescrire pour une autre BZD, laquelle ?

Estazolam (nuctalon)	Loprazolam (havlane)	Lormetazepam (noctamide)	Nitrazepam (mogadon)	Zopiclone (imovane)

Autre :

6- Depuis cette date, parmi les patients **non traités par zolpidem**, avez-vous arrêté de l'instaurer ?

- Oui
- Non

→ Si oui :

- Pour une autre méthode non médicamenteuse (hygiène du sommeil, TCC, sophrologie)
- Pour de la mélatonine
- Pour de la phytothérapie ou homéopathie
- Pour un antihistaminique type alimemazine (théralène) ou doxylamine (donormyl)
- Pour une autre BZD ou apparenté ?

7- Si vous avez arrêté de l'instaurer pour une autre BZD ou apparenté, laquelle ?

Estazolam (nuctalon)	Loprazolam (havlane)	Lormetazepam (noctamide)	Nitrazepam (mogadon)	Zopiclone (imovane)

Autre :

Concernant le choix de la prescription sur ordonnance sécurisée :

8- Pensez- vous que ce soit une bonne solution pour diminuer la prescription du zolpidem ?

- Oui Non

Pourquoi ?.....

9- Pensez-vous que d'autres molécules devraient également être prescrites sur ordonnance sécurisée ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles (cocher une ou plusieurs réponses) :

Estazolam (nuctalon)	Loprazolam (havlane)	Lormetazepam (noctamide)	Nitrazepam (mogadon)	Zopiclone (imovane)

Le 25 juin 2014, la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé a revu à la baisse le service médical rendu de 7 benzodiazépines hypnotiques et apparentées et leurs génériques, dans le cadre de la prise en charge des troubles sévères du sommeil. Le service médical rendu est ainsi passé de « important » à « faible », avec une diminution du taux de remboursement de 65 % à 15 %.

10- Pensez- vous que ce soit une bonne solution pour diminuer la prescription de ces benzodiazépines dans cette indication ?

Oui non

Pourquoi ?

11- Depuis cette date :

- Vous avez diminué le nombre de prescription de BZD ou apparenté dans cette indication
- Vous avez essayé de remplacer les BZD par une alternative non médicamenteuse
- Cette mesure n'a eu aucun impact sur votre pratique
- Vous avez tenté plus fréquemment des sevrages en BZD

12- Pensez-vous qu'il faudrait dé rembourser complètement ces BZD ou apparenté dans cette indication ?

Oui Non

Pourquoi ?

13- En 2016, l'assurance maladie à inscrit dans la ROSP un indicateur fixant un objectif de moins de 5 % pour la part de patient, de 65 ans et plus, traité par psychotrope

Pensez-vous que ce soit une bonne solution pour diminuer la prescription des BZD dans cette indication ?

Oui Non

Pourquoi ?

14- Depuis cette date :

- Vous avez arrêté de prescrire des BZD dans cette indication
- Vous avez tenté plus de sevrage en BZD
- Vous avez essayé de remplacer les BZD par une alternative non médicamenteuse
- Cette mesure n'a eu aucun impact sur votre pratique

15- Afin d'améliorer la prise en charge des insomnies et diminuer la prescription de BZD pensez-vous qu'il faudrait :

- Une meilleure formation des médecins généralistes aux formations type TCC
- Une prise en charge par l'assurance maladie des thérapeutiques non médicamenteuses (TCC)
- La création d'une cotation spécifique dans la classification CCAM avec rémunération propre pour les consultations liées à la prise en charge de l'insomnie
- Une campagne médiatique sur les effets indésirables des BZD sur le type de celle de 2002 lancée par l'assurance maladie
- Autre :

.....

ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE ET INFLUENCE DE DIFFERENTES MESURES MISES EN PLACE PAR LES AUTORITES SANITAIRES

Introduction : Les troubles du sommeil impactent l'ensemble de notre fonctionnement cognitif, émotionnel et sanitaire. La prise en charge des troubles du sommeil constitue un enjeu majeur de santé publique. L'objectif de notre étude est d'analyser les pratiques des médecins généralistes (MG) Picards et l'influence des nouvelles mesures du Ministère de la Santé pour réglementer l'usage des benzodiazépines (BZD).

Matériel et méthode : Une étude épidémiologique, descriptive a été réalisée avec des auto-questionnaires adressés par voie postale en novembre et décembre 2019 en Picardie à 692 MG, inclus de façon aléatoire. L'analyse des résultats a été effectuée par le logiciel XLSTAT.

Résultats : Le taux de réponse était de 23,6%, soit 163 questionnaires. Pour une insomnie aigue légère, 89% des MG proposaient des mesures d'hygiène de sommeil et 64 % de la phytothérapie. Pour une insomnie aigue sévère, 88% des MG proposaient une BZD. Pour une insomnie chronique, 84% des MG prescrivaient des règles d'hygiène de sommeil et 50% une BZD. 49,3% des MG, pensaient que la prescription sur ordonnance sécurisée était un bon moyen pour diminuer la prescription du zolpidem. Ils étaient 44,4% à considérer les mesures incitatives efficaces.

Discussion : Les résultats de l'étude ont montré que les prescriptions des MG picards concernant l'insomnie aigue étaient en accord avec les recommandations. Pour l'insomnie chronique, on retrouvait une sur-prescription de BZD, hors recommandation et une faible utilisation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). L'avis des MG était divisé concernant les mesures mises en place par les autorités sanitaires. Revoir les recommandations et développer les TCC pourraient permettre d'optimiser la prise en charge des patients insomniaques.

Mots-clés : insomnie médecine générale, benzodiazépines

ANALYSIS OF THE PRACTICE OF PICARDS GENERAL PHYSICIANS IN THE MANAGEMENT OF INSOMNIA AND INFLUENCE OF DIFFERENT MEASURES IMPLEMENTED BY THE SANITARY AUTHORITIES

Introduction : Sleep disorders affect our overall cognitive, emotional and health functioning. The management of sleep disorders is a major public health issue. The objective of our study is to analyze the practices of general practitioners (GP) Picards and the influence of new measures from the Ministry of Health to regulate the use of benzodiazepines (BZD).

Material and method : A descriptive epidemiological study was carried out with self-questionnaires sent by post in November and December 2019 in Picardy at 692 MG, included at random. The analysis of the results was carried out by the XLSTAT software.

Results : The response rate was 23.6%, or 163 questionnaires. For mild acute insomnia, 89% of GPs proposed sleep hygiene measures and 64% of herbal remedies. For severe acute insomnia, 88% of GPs offered BZD. For chronic insomnia, 84% of GPs prescribed sleep hygiene rules and 50% a BZD. 49.3% of GPs believed that prescription by secure prescription was a good way to reduce the prescription of zolpidem. 44.4% considered the incentives to be effective.

Discussion : The results of the study showed that the Picardy GP prescriptions for acute insomnia were in accordance with the recommendations. For chronic insomnia, there was an over-prescription of BZD, not recommended and a low use of cognitive behavioral therapy (CBT). MG's opinion was divided on the measures put in place by the health authorities. Revising the recommendations and developing CBT could help optimize the care of insomniac patients.

Keywords: insomnia general medicine, benzodiazepines