



HAL
open science

Étude de l'impact d'une formation à la prescription des hypnotiques sur les niveaux de prescription chez le sujet âgé

Akshay Narsy

► **To cite this version:**

Akshay Narsy. Étude de l'impact d'une formation à la prescription des hypnotiques sur les niveaux de prescription chez le sujet âgé. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03227640

HAL Id: dumas-03227640

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03227640>

Submitted on 17 May 2021

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.

Université de Nice Sophia Antipolis



**ETUDE DE L'IMPACT D'UNE FORMATION A LA
PRESCRIPTION DES HYPNOTIQUES SUR LES NIVEAUX
DE PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET ÂGE**

Thèse présentée pour l'obtention du
DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

NARSY Akshay
Né le 06 août 1991

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice Sophia
Antipolis le 12/05/2021

Devant le jury composé par :

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| - Pr GUERIN Olivier | Président du jury |
| - Pr ROBERT Philippe | Assesseur |
| - Pr MARQUETTE Charles-Hugo | Assesseur |
| - Dr LI VIGNI Déborah | Directrice de thèse |

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

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

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	11
a.	L'insomnie :	11
b.	Sommeil du sujet âgé :	11
c.	Une surutilisation des hypnotiques :	12
II.	METHODOLOGIE.....	13
a.	Schéma de l'étude	13
b.	Population cible et échantillon.....	13
c.	Déroulé de l'étude/flow chart et protocole	13
d.	Critères de jugement	14
e.	Recueil et analyse des données	15
III.	RESULTATS	15
a.	Caractéristiques de la population	15
b.	Concernant l'objectif principal	15
c.	Concernant les objectifs secondaires	17
IV.	DISCUSSION	18
a.	Validité interne.....	18
b.	Validité externe.....	19
c.	Perspectives.....	20
V.	CONCLUSION.....	23
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	40
VII.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	43
VIII.	RESUME	44

ABREVIATIONS UTILISEES DANS CETTE THESE :

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

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DSM: Diagnostic and Statistical of Mental disorder

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD : International Classification of Sleep Disorders

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ODSI: Observation Interview based Diurnal Sleepiness Inventory

REM: Rapid Eye Movement

I. INTRODUCTION

a. L'insomnie :

Les troubles du sommeil sont de plusieurs sortes : l'insomnie (insuffisance de sommeil), l'hypersomnie (excès de sommeil) et la parasomnie (comportement anormal durant le sommeil)¹. La sollicitation pour une plainte de sommeil est fréquente en pratique quotidienne. Elle porte essentiellement sur l'insomnie et la fatigue qui en découle.

Il existe plusieurs définitions de l'insomnie et son diagnostic est clinique. D'après l'ICSD 3 (2014), le diagnostic de l'insomnie se fait essentiellement à partir d'une plainte subjective du patient. Il s'agit de difficultés d'endormissement, de difficultés de maintien du sommeil, de réveils précoces ou d'un temps de sommeil inférieur à six heures. Ils doivent se manifester au moins trois fois par semaine sur une durée de trois mois minimum, dans des conditions adéquates de sommeil et avec une répercussion sur le fonctionnement diurne (fatigabilité, irritabilité)².

D'après le DSM-V (2013), l'insomnie se définit par une plainte de sommeil non satisfaisant en quantité ou qualité associés aux signes suivants : difficultés d'endormissement, difficultés de maintien du sommeil ou réveils trop précoces et cela au moins trois fois par semaine, pendant au moins trois mois, dans un contexte adéquat de sommeil de nuit et avec une répercussion significative ou altération du fonctionnement social, professionnel, scolaire ou comportemental³. Ces définitions sont les plus utilisées et se rejoignent dans les nombreux critères diagnostiques qu'elles proposent. Elles se différencient sur le fait qu'elles ne s'adressent pas aux mêmes cliniciens : l'ICSD 3 s'adresse aux spécialistes du sommeil et le DSM 5 aux intervenants en santé mentale.

L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil et plusieurs études épidémiologiques ont été menées à travers le monde mais il n'y avait pas de consensus sur la manière de définir l'insomnie. En effet une revue de la littérature portant sur six études réalisées entre 1987 et 2009 en population générale, rapportait une prévalence de l'insomnie entre 15 et 20%⁴. Cette dispersion de prévalence de l'insomnie est expliquée par l'hétérogénéité méthodologique et des définitions.

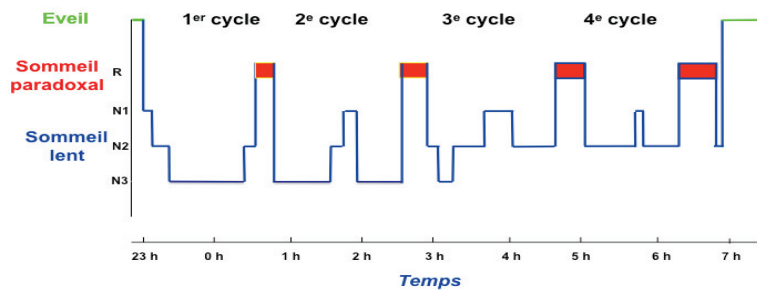
Une étude réalisée à Sao Paulo sur un échantillon représentatif de 1042 patients a mesuré la prévalence de l'insomnie subjective, avec utilisation des critères de la DSM-IV et la prévalence de l'insomnie objective, à l'aide de critères mesurés par l'actimétrie et la polysomnographie ambulatoire. Les résultats ont montré que la prévalence de l'insomnie objective était plus élevée (32%) que la prévalence de l'insomnie subjective (15%). Cette étude montre également une augmentation de la prévalence de l'insomnie objective avec l'âge⁵.

L'insomnie est ainsi un véritable problème de santé publique en regard de sa prévalence élevée et de son insuffisance de prise en charge. Sur le plan économique et social, l'insomnie est associée à une qualité de vie altérée avec une augmentation du taux d'absentéisme, du risque de chute et favorise le déclin cognitif⁶.

b. Sommeil du sujet âgé :

Le sommeil subit des modifications physiologiques avec l'avancée en âge notamment en termes de qualité, de quantité et d'architecture. On note une diminution du temps total de sommeil, des difficultés d'initiation et surtout de maintien du sommeil avec augmentation de la perception des éveils. Le rythme de sommeil change également avec une avance de phase c'est-à-dire un endormissement et des réveils plus précoces. Le sommeil est plus léger avec une diminution du sommeil profond (stade N3) et une diminution du sommeil paradoxal (stade REM)⁷.

Figure 1 : Les différents stades du sommeil :



Une étude épidémiologique montre qu'entre 23% et 34% de la population âgée de plus de 65 ans présente des symptômes d'insomnie⁸. Le sommeil des sujets âgés peut se dégrader en raison de ces modifications physiologiques liées au vieillissement mais surtout devant l'existence de comorbidités et, notamment, de pathologies intrinsèques du sommeil, voire de la combinaison de ces facteurs. En effet l'âge n'est pas en soi associé aux troubles du sommeil mais plutôt les pathologies organiques et psychiatriques associées, la polymédication, ainsi que les conditions de vies (absence d'activité physique, d'exposition à la lumière) du sujet âgé qui constituent un réel facteur prédictif de l'insomnie⁹. Explorer les troubles du sommeil nécessite une approche gériatrique à la fois individualisée et globale. En cela, les troubles du sommeil constituent un réel syndrome gériatrique à considérer.

Les troubles du sommeil restent sous-diagnostiqués, banalisés et insuffisamment investigués chez les sujets âgés et peuvent avoir des répercussions néfastes. L'insomnie chronique a un impact majeur sur la qualité de vie du sujet âgé¹⁰ et constitue un facteur de risque d'apparition de troubles médicaux divers (hypertensions artérielle, maladies cardiaques, diabète, fracture de hanche)⁹, de dépression^{11 12 13} et de troubles neurocognitifs¹⁴. Ces derniers sont également favorisés par l'utilisation chronique d'hypnotiques.

c. Une surutilisation des hypnotiques :

Sur le plan thérapeutique, on observe un usage non contrôlé des hypnotiques tandis que les thérapies cognitives et comportementales, qui sont considérées comme un traitement plus efficace¹⁵ ont une diffusion plus discrète par rapport aux médicaments.

Un état des lieux sur la consommation des benzodiazépines en France a été réalisé par l'ANSM en 2017. Il objectivait qu'entre 2012 et 2015, bien qu'il y ait une tendance à la baisse de la consommation des benzodiazépines (3,8%) et des hypnotiques (12,8%), elle reste au deuxième rang des pays consommateurs de benzodiazépines et au troisième rang en termes de consommation d'hypnotique en comparaison avec huit autres pays européens.

En 2015, 13,4% de la population française a au moins consommé une fois une benzodiazépine et 5,6% de la population a au moins consommé une benzodiazépine à indication hypnotique (soit 3,5 millions de personnes). Au total 46,1 millions de boîtes d'hypnotiques dérivés ou apparentées aux benzodiazépines ont été vendues en France en 2015 représentant 43,1% des benzodiazépines vendues en France.

La prise des benzodiazépines augmente avec l'âge avec un taux de 38,3% des femmes âgées de 80 ans et plus qui en consomment¹⁶.

Une forte influence de l'âge sur la consommation d'hypnotiques a été observée en 2012 avec le rapport de l'InVS montrant que 6% des moins de 25 ans déclaraient prendre des médicaments et quasiment la moitié (49 %) chez les plus de 75 ans avec une augmentation linéaire entre ces deux tranches d'âge¹⁷.

D'après la HAS, en 2007, 20% des 10 millions de personnes âgées consommaient de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices lors d'une utilisation chronique.¹⁸

Cette consommation conséquente et singulière n'est pas sans effet car il faut souligner en premier lieu le risque de dépendance majeure à ses produits, de phénomène de sevrage et d'effet rebond¹⁹. Ces psychotropes sont à l'origine d'une iatrogénie importante entraînant une majoration du risque de chutes^{20 21 22}, de confusion et de sédation excessive.²³ A noter également que de nombreuses études mettent en évidence un lien entre la prise chronique de benzodiazépine et le risque de démence chez le sujet âgé.^{14 24 25 26 27}

Face à la faible efficacité de l'utilisation des benzodiazépines et apparentés dans la prise en charge de l'insomnie chronique, les effets délétères et le fort taux de mésusage avec notamment la prise inappropriée de zolpidem la nuit ayant des effets résiduels le matin (proscrivant la conduite automobile)²⁸, des mesures restrictives ont été mises en place. La commission de transparence de la HAS propose en 2014, un taux de remboursement de 15% (au lieu de 65%) afin de lutter contre la prise chronique de benzodiazépines.²⁹ Cet avis est effectif depuis le 1^{er} décembre 2014 et concerne plusieurs spécialités (loprazolam, zopiclone, lormétazépam, nitrazépam, témazépam, estazolam, zolpidem).

La prise chronique d'hypnotique restant cependant conséquente, il serait intéressant de voir si la formation des médecins à la bonne prescription des hypnotiques est associée à une amélioration de la prescription des hypnotiques.

L'objectif de cette étude est d'observer l'impact d'une formation à la prescription des hypnotiques sur les niveaux de prescription en milieu hospitalier chez les sujets gériatriques dans la prise en charge de l'insomnie.

II. METHODOLOGIE

a. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une enquête de pratiques, monocentrique, avec recueil factuel des données portant sur les pratiques des médecins via le dossier médical patient informatisé.

b. Population cible et échantillon

La population étudiée était constituée, de tous les malades gériatriques âgés de plus de 70 ans, hospitalisés dans plusieurs services hospitaliers du CHU de Nice comprenant les services du pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillesse (unité de court séjour gériatrique post-urgence, services de court séjour gériatrique et soins de suite et de réadaptation), l'unité de médecine interne de post-urgences à orientation gériatrique, la médecine générale d'urgence, l'hospitalisation conventionnelle et l'hôpital de semaine de pneumologie. Ont été exclus de l'étude, les malades des services dont les médecins étaient absents à la formation. L'étude a été menée sur la période de janvier 2020 à avril 2020.

c. Déroulé de l'étude/flow chart et protocole

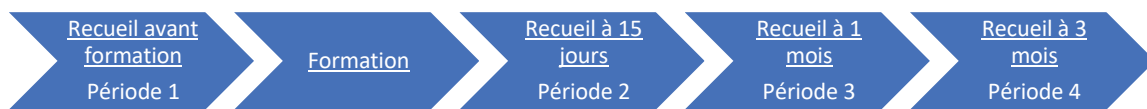
Réalisation d'un recueil une semaine avant formation des caractéristiques de la population : âge, sexe, comorbidités avec calcul du score de Charlson pondéré à l'âge, antécédents de pathologies psychiatriques (anxiété et dépression), de pathologie du sommeil (syndrome d'apnée du sommeil et syndrome des jambes sans repos) et l'autonomie. Recueil des prescriptions médicamenteuses de somnifères c'est-à-dire les psychotropes à visée sédative notamment les Z-drugs (Zolpidem et Zopiclone), les benzodiazépines utilisées à visée hypnotiques et les antihistaminiques anti H1, utilisés comme hypnotiques mais considérés

comme généralement inappropriés chez le sujet âgé du fait de leurs effets atropiniques. L'analyse et la comparaison de la prescription des anti H1 entre les différentes périodes n'a pas été réalisée car cette dernière étant anecdotique dans les différents services. La prescription de mélatonine (Cicardin) n'a pas non plus été étudiée car étant elle aussi anecdotique et non référencée à la pharmacie du CHU de Nice.

Formation « Prise en charge de l'insomnie et bon usage des hypnotiques chez le sujet âgé » (annexe I) disposée en janvier 2020 à un total 34 médecins (praticiens hospitaliers, assistants spécialistes et internes) des services de court séjour gériatrique, soins de suites et réadaptation, l'unité de médecine interne de post-urgences à orientation gériatrique, de la médecine générale d'urgence et de la pneumologie sous forme de présentation orale avec support PowerPoint et remise d'une fiche d'aide à la pratique (annexe II). Formation rappelant les règles de prescription des hypnotiques basées sur les recommandations de la HAS « Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Âgé ».

Puis, réalisation du recueil des données à 15 jours (période 2), un mois (période 3) et trois mois (période 4) après formation.

Figure 2 : Collecte des données



d. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est l'évolution du taux de prescription des hypnotiques après formation à la bonne prescription des hypnotiques. Comparaison des pourcentages de prescription une semaine avant formation, à 15 jours, un mois et trois mois après formation.

Les critères de jugements secondaires étudiés sont :

- L'évolution de la prise chronique des hypnotiques avec comparaison avant/après formation. La prise chronique étant définie par une prise de benzodiazépine pendant plus de 12 semaines ou la prise d'un médicament benzodiazépine-like (Z-drugs) pendant plus de 28 jours.

- L'initiation d'un sevrage parmi les patients ayant une prise chronique d'hypnotique avec comparaison avant/après formation.

- L'adaptation de la molécule au sujet âgé parmi les patients sous hypnotique avec comparaison avant/après formation. C'est-à-dire, prescription d'une molécule à demi-vie courte ou recherche de molécule inadaptée au sujet âgé en raison d'effets indésirables.

- L'adaptation de la posologie des hypnotiques au sujet âgé avec comparaison avant/après formation. En pratique, division par deux de la posologie des hypnotiques chez le patient gériatrique par rapport à la posologie habituellement préconisée chez l'adulte.

e. Recueil et analyse des données

Les données sont recueillies de manière passive, anonymement, via le Dossier Patient Informatisé sur un tableur Excel un jour donné.

Les paramètres quantitatifs ont été décrits par leurs moyenne et écart-type et les paramètres qualitatifs par des fréquences et pourcentages.

Afin de prendre en compte la répétition des données dans un même service, des modèles GEE (Generalized Estimating Equation) ont été réalisés avec, comme variables d'intérêts, la prescription de psychotropes ; la prise chronique pour la population totale ; le sevrage pour le sous-groupe de patients avec une prise chronique d'hypnotiques ; avoir une molécule adaptée au sujet âgé et avoir une posologie adaptée au sujet âgé pour le sous-groupe de patients avec une prescription d'hypnotiques. Les variables concernant l'âge, le sexe, le score de Charlson, le temps de mesure et le type de service ont été testées. Des modèles multivariés ont été réalisés en incluant la variable sur le temps, ainsi que toutes les variables avec une p-valeur $\leq 0,05$ en univarié. Le seuil de significativité retenu est de 0,05 ($p\text{-value} < 5\%$).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel libre R i386 3.6.1.

Cette étude ne comportant aucune intervention diagnostique ou thérapeutique : l'avis du comité consultatif de protection des personnes pour la recherche biomédicale n'était pas requis.

III. RESULTATS

a. Caractéristiques de la population

Les patients étaient répartis entre 11 services de médecine du CHU de Nice :

- deux services de court séjour gériatriques accueillant 25 patients chacun
- une unité de court séjour gériatrique post-urgence avec une capacité d'accueil de 29 patients
- quatre services de soins de suite et réadaptation. Le premier accueillant 25 patients et les trois autres 32 patients.
- deux services de pneumologie (hospitalisation conventionnelle et hôpital de semaine) accueillant respectivement 28 et 14 patients.
- le service de médecine générale d'urgence ayant une capacité d'accueil de 22 patients
- et enfin l'unité de médecine interne de post-urgences à orientation gériatrique de 10 lits

Au total, 840 patients gériatriques ont été inclus (475 femmes et 375 hommes), d'âge moyen de 85 ans et médian de 85,75 ans.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les patients pour ces quatre périodes en termes d'âge, de sexe, de présence de troubles neurocognitifs et d'antécédents d'anxiété ou de dépression ($p > 0,05$).

Il existe cependant une différence significative entre les quatre périodes pour le score de comorbidité de Charlson qui est plus élevé chez la population de malade en période 4 (7,06) et ainsi que pour l'autonomie, avec une population de patients plus importante en perte d'indépendance fonctionnelle en période 1 (23,3%) et une proportion de patients autonomes plus importante en période 3 (37,9%) (*Tableau 1*).

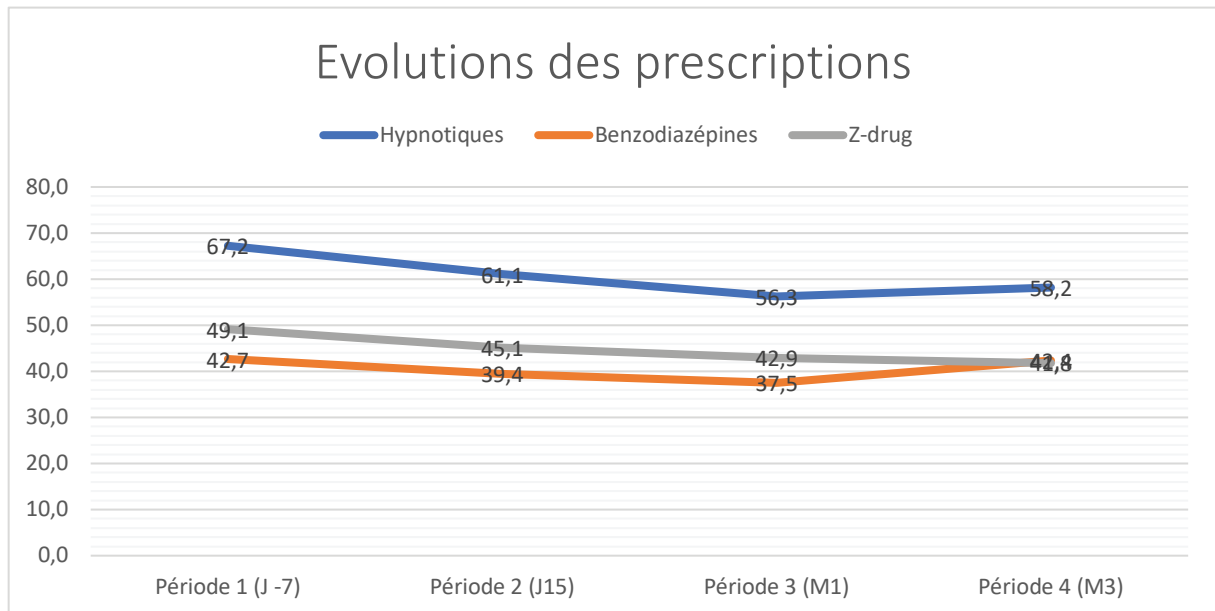
b. Concernant l'objectif principal

Initialement, lors de la période 1 une semaine avant formation, on note que 156 malades hospitalisés, soit 67,2%, bénéficient d'une prescription d'hypnotiques toutes classes confondues.

Graphiquement, on observe une baisse du taux de prescription d'hypnotiques à la période 2 avec un taux de prescription à 61,1% et à la période 3 avec un taux à 56,3% (Tableau 2 et Figure 3).

Cependant à M3, on constate une tendance à une augmentation des prescriptions de somnifère toutes classes confondues par rapport à M1 mais tout en restant inférieures par rapport à la période 1 de référence.

Figure 3 : Évolution des prescriptions d'hypnotiques au cours du temps



En analyse univariée, il n'y a pas de baisse statistiquement significative concernant le taux de prescription des hypnotiques entre les quatre périodes.

En analyse multivariée, à un mois de la formation (période 3), on note une baisse significative de la prescription des hypnotiques (ORadj= 0,60, IC= [0,41 ; 0,88], p= 0,008). On n'observe cependant pas de baisse statistiquement significative pour les périodes 2 et 4 (Tableau 3).

Graphiquement, on observe également une baisse progressive de prescription des Z-drugs, 49,1% avant formation en période 1 jusqu'à 41,8% en période 4 (Tableau 2 et Figure 3). Il n'y a cependant pas de baisse statistiquement significative constatée en analyse univariée ni multivariée (Tableau 4).

On observe aussi graphiquement une baisse de prescription des benzodiazépines entre la période 1 (42,7%), la période 2 (39,4%) et la période 3 (37,5%). Cette dernière n'est cependant pas statistiquement significative (Tableau 5).

On constate également de façon significative que la prescription d'hypnotiques est plus importante avec l'âge et en service de long séjour.

c. Concernant les objectifs secondaires

Graphiquement, on observe une baisse de la prise chronique d'hypnotiques entre les quatre périodes (Figure 4 et Tableau 6).

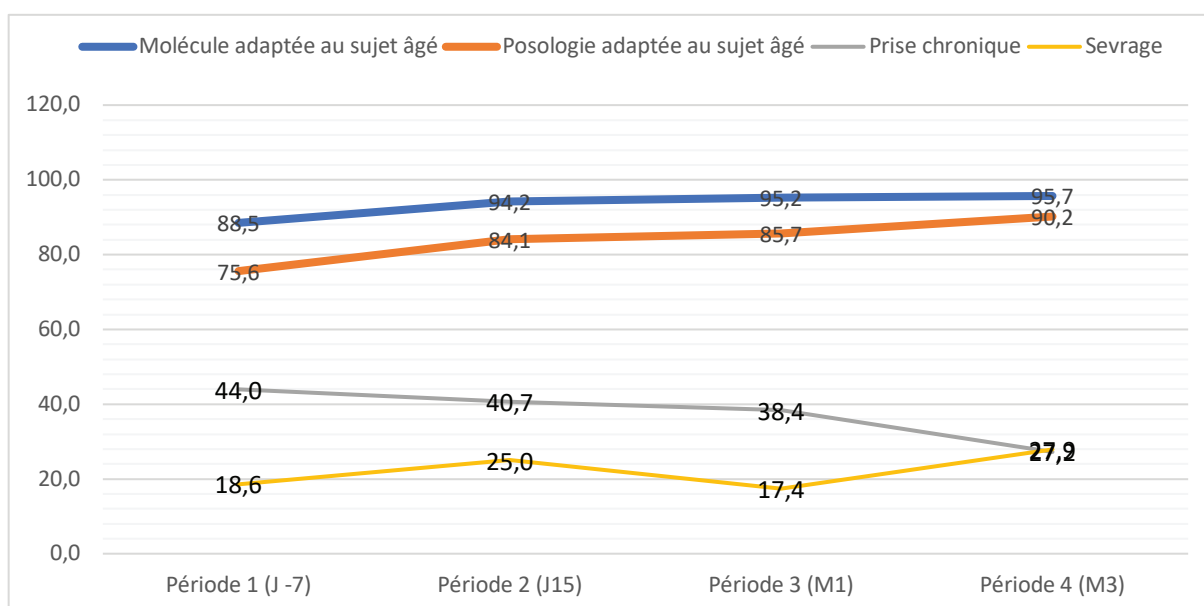


Figure 4 : évolution au cours du temps de la prise chronique d'hypnotiques, du sevrage, de l'adaptation de molécule et de la posologie au sujet âgé

Cette baisse n'est cependant pas statistiquement significative en analyse univariée. En analyse multivariée, on observe une baisse significative de la prise chronique d'hypnotique pour la période 4 (ORAdj= 0,47, IC= [0,24 ; 0,91], p=0,024). On n'observe par ailleurs pas de différence significative pour les autres périodes (Tableau 7)

Concernant l'initiation d'un sevrage des hypnotiques chez les patients ayant une prise chronique d'hypnotique, on remarque graphiquement une tendance à la hausse en période 2 (25%) et 4 (27,2%) (Figure 4 et Tableau 6) après réalisation de la formation mais ces résultats ne sont pas significatifs (Tableau 8).

Parmi les patients prenant des hypnotiques, on observe graphiquement une hausse de l'adaptation de la molécule au sujet âgé (figure 4 et Tableau 6) mais non significative (Tableau 9).

On observe graphiquement une meilleure adaptation de la posologie des hypnotiques chez le sujet âgé après formation (figure 4 et Tableau 6). En analyse univariée, on note des résultats significatifs pour la période 4 (ORAdj= 2,97, IC= [1,47 ; 6,00], p=0,002). En analyse multivariée, on obtient une hausse significative de l'adaptation de posologie des hypnotiques uniquement pour la période 4 (ORAdj= 2,63, IC= [1,25 ; 5,55], p=0,011) (Tableau 10).

IV. DISCUSSION

a. Validité interne

Nous revenons dans notre étude de pratique sur ces recommandations élaborées il y a quinze ans par la HAS, afin de voir si un rappel au cours d'une formation permettrait une baisse des prescriptions d'hypnotiques chez les sujets âgés hospitalisés.

La méthodologie avait pour avantage d'étudier les prescriptions réelles et donc n'induisant ni de biais d'observation ni de biais d'information contrairement aux enquêtes de pratiques type questionnaire d'intention de traitement ou recueil prospectif avec utilisation de questionnaire. Ces dernières enquêtes étant caractérisées souvent par un taux de réponse faible pouvant entraîner un biais de sélection des médecins répondants.

Les modèles GEE (Generalized Estimating Equation) utilisés dans notre étude ont pour avantage de ne pas prendre en compte les données répétées lors de l'analyse.

De plus, on remarque dans notre étude que plus d'un sujet âgé hospitalisé sur deux bénéficie de la prescription d'un somnifère malgré la formation avec rappel des bonnes pratiques de prescription. On peut noter là un biais de sélection et notamment biais de recrutement : les patients recrutés sont hospitalisés avec des événements intercurrents parfois graves favorisant l'insomnie aiguë (douleur, décompensation d'une comorbidité ...).

Par ailleurs, la population de patient au cours de l'étude n'étant pas homogène entre les différentes périodes en termes de comorbidité notamment au cours de la période 4 avec un score de Charlson moyen plus élevé (7,06). On peut supposer une augmentation du risque d'insomnie et donc de prescription d'hypnotiques au cours de cette période. Effectivement de nombreuses maladies chroniques retrouvées chez nos sujets âgés (BPCO, diabète, rhumatisme inflammatoire chroniques, cancers ...) ^{30 31 32 33 34} sont associées une insomnie. Il s'agit d'une étude monocentrique avec un échantillon de convenance uniquement ce qui peut induire une sélection non représentative de la population des sujets âgés.

On observe graphiquement une tendance à la baisse de prescription des hypnotiques chez le sujet âgé après formation des médecins mais sans toutefois obtenir une baisse statistiquement significative tout au long de notre étude. Plus précisément, on note une tendance à la hausse de la prescription des hypnotiques au cours de la période 4 (population hospitalisée en avril 2020) pouvant faire évoquer l'intervention autre d'un nouveau facteur de stress: l'épidémie COVID-19 ayant débuté en mars 2020. Effectivement, le confinement favorisant un mode de vie sédentaire avec une diminution de l'activité physique et une diminution des interactions sociales sont des facteurs favorisant l'augmentation de la prévalence des troubles anxieux, de la dépression et par conséquent pourvoyeurs d'insomnie ³⁵.

Concernant les critères de jugement secondaires, on note une tendance à l'augmentation de l'adaptation de la posologie et de la molécule au sujet âgé.

Les hypnotiques étaient déjà, avant intervention, prescrits à demi-dose pour environ trois sujets âgés sur quatre (75,6%).

La prescription d'une molécule à demi-vie courte était aussi déjà conséquente avant l'intervention (88,5% des patients présentant une prescription d'hypnotique) avec une prescription exceptionnelle de benzodiazépine à demi-vie intermédiaire et en aucun cas à demi-vie longue. Cela peut expliquer une différence statistiquement non significative après formation.

La prescription de molécule inadaptée au sujet âgé en raison d'effets indésirables tels que les anti-H2 étaient exceptionnelles exceptionnelles au cours de notre étude.

Cependant, on note une part importante avant formation de la prise chronique de somnifère (44%). On note une baisse progressive de la prise chronique au cours du temps avec une baisse statistiquement significative trois mois après la formation. Par ailleurs dans ce type d'étude avant/après, il est impossible d'affirmer qu'il n'y a pas eu d'autres actions qui puissent expliquer les effets observés.

Concernant l'initiation du sevrage des hypnotiques, elle aléatoire et on ne note pas de différence significative avant et après intervention. Il se pourrait que les résultats ne pas significatifs car l'analyse a été réalisée sur un échantillon plus petit, chez les patients ayant une prise chronique d'hypnotique.

De plus cette étude évalue la différence de comportement de prescription des médecins au cours du temps : il est difficile d'extrapoler ces résultats à l'état de santé réel des patients. Enfin, s'agissant d'une étude non randomisée et sans aveugle, on ne peut pas parler d'effet causal dans notre étude entre la disposition de la formation et la baisse de prescription des somnifères.

b. Validité externe

Cette étude a été menée au CHU de Nice dans des services de médecines présents sur les différents sites hospitaliers. Tous bénéficient des mêmes possibilités de prescription pour les médicaments de l'insomnie et l'ensemble des médicaments disponibles sont les mêmes sur le territoire français.

Il n'existe à notre connaissance aucune étude de pratique française sur l'impact d'une formation à la prescription des hypnotiques sur la prise en charge du patient âgé insomniaque hospitalisé.

Une étude Canadienne récente réalisée chez 1308 sujets âgés de plus de 65ans montre un taux de prescription d'hypnotiques et de benzodiazépines à visée hypnotique de 77,4%.³⁶ Comparativement, dans notre étude on observe un taux de prescription avant formation à 67,2% chez 232 sujets âgés d'âge moyen de 85ans.

La HAS a élaboré en 2006 des recommandations et des outils dédiés aux professionnels de santé afin d'améliorer le diagnostic des troubles du sommeil chez le sujet âgé et leur permettre de diminuer les prescriptions inappropriées de somnifères.³⁷

Quinze ans après et malgré un rappel de ces recommandations, leur suivi fait encore défaut sur certains points avec un taux de prescription d'hypnotiques élevé et des prescriptions inappropriées importantes. Cependant, un autre constat fait par l'ANSM est que la prévalence des prescriptions de benzodiazépines et apparentés à indication hypnotiques vont vers le sens d'une diminution, faible mais continue depuis 2012.¹⁶

Selon la HAS, la prise d'hypnotique de manière régulière en France en 2012 concernait près d'un tiers de la population de plus de 65ans et près de 40% des plus de 85 ans.³⁸

Parallèlement dans notre étude, où l'âge moyen des patients hospitalisé est de 85 ans, le taux de prise chronique de somnifères au cours de l'étude était de 44%.

Dans notre étude, nous pouvons aussi faire le même constat que l'ANSM en 2017 selon lequel le risque d'avoir une prescription d'hypnotique est plus important avec l'avancée en âge.¹⁶

En 2016, une étude parisienne multicentrique réalisée chez 1194 patients hospitalisés dans des services de court séjours gériatrique a noté un taux d'introduction de 21,5% de molécules hypnotiques à 20 jours après leur admission. Le renouvellement de prescription d'hypnotique à la sortie à domicile de l'hospitalisation était de 38,7%. Le renouvellement de prescription concernant une sortie vers un centre de soins de suites et réadaptation concernait 56% des patients.³⁹ Dans notre étude, la mesure du renouvellement des prescriptions des hypnotiques en sortie d'hospitalisation n'a pas été réalisée. Mais nous avons pu tout de même observer lors de notre recueil de données, une tendance à un renouvellement de la prescription des hypnotiques en sortie d'hospitalisation que ça soit pour un retour à domicile ou une orientation vers un service de soins de suite et réadaptation. La mise en œuvre d'interventions favorisant le bon usage des hypnotiques est donc de première importance dans les hôpitaux. Une attention particulière doit être accordée aux patients envoyés dans des établissements de réadaptation.

c. Perspectives

Trois axes paraissent indispensables afin de prendre en charge correctement l'insomnie chez les sujets âgés

- Diagnostiquer

Avant toute prise en charge spécifique de l'insomnie chez les sujets âgés et avant de considérer cette insomnie comme primaire, il convient de rechercher et de traiter les insomnies comorbides car les causes des plaintes d'insomnie chez le sujet âgé sont la plupart du temps multiples. L'insomnie est moins liée au vieillissement en soi mais plutôt aux pathologies organiques et psychiatriques qui l'accompagnent ainsi qu'aux conditions de vie du sujet âgé.

Une évaluation gériatrique globale est indispensable avec nécessité d'un interrogatoire exhaustif et rigoureux se focalisant sur les conditions de vies (mode de vie, ressources, entourage familial, aides existantes), l'autonomie du sujet, le degré de dépendance et de fragilité ainsi que l'état nutritionnel.

Il convient de rechercher un tableau psychiatrique et notamment la dépression en utilisant par exemple un outil clinique simple comme l'échelle GDS (Geriatric Depression Scale). En effet, la dépression est la première cause d'insomnie chez les sujets âgés. En France, les symptômes dépressifs touchent 13% des personnes de plus de 65ans. Cette fréquence double chez les personnes âgées hospitalisées.⁴⁰ On peut souligner ce facteur environnemental auquel le sommeil du sujet âgé est sensible (hospitalisation ou institutionnalisation). Cependant malgré cette forte prévalence, une faible proportion de personnes âgées dépressive est traitée (15%)⁴¹. Dans notre étude, il n'y avait pas d'évolution de la prescription des antidépresseurs après formation malgré la sensibilisation des prescripteurs (Tableau 11).

Il convient par ailleurs de rechercher les facteurs organiques pouvant être responsables d'une insomnie tels qu'un syndrome douloureux, des troubles urinaires (nycturie), une dyspnée ou encore des troubles neurocognitifs pouvant être responsables d'une atteinte des réseaux neuronaux du système de régulation du sommeil (maladie de Parkinson, Alzheimer). En cas de plainte cognitive associée, il convient de rechercher auprès de l'entourage de la présence de troubles de la mémoire et de réaliser un premier bilan neuropsychologique, court en première intention, au moyen du Minimal Mental State Examination (MMSE), du test des cinq mots de Dubois et un test de l'horloge. Les troubles du sommeil associés à une maladie neurocognitive sévère notamment la maladie d'Alzheimer sont bien documentés.⁴²

Il est crucial d'interroger le sujet insomniaque avant toute mise en place thérapeutique. Dans l'étude Canadienne de Pek et al, la majorité des somnifères sont prescrit la nuit et presque 90% des prescriptions sont inappropriées.³⁶ En effet, il n'est pas rare de voir une prescription de somnifère initiée la nuit en hospitalisation lors d'une garde et poursuivie au long cours par renouvellement systématique sans réévaluation. L'interrogatoire est essentiel afin de bien différencier insomnie aiguë et chronique.

Enfin, il convient de rechercher les facteurs médicamenteux pouvant être responsable d'une insomnie. En effet le sujet âgé polypathologique est une cible idéale à l'insomnie d'origine médicamenteuse. Nombreuses substances peuvent induire des troubles du sommeil et de l'éveil et doivent être systématiquement recherchées. Par ailleurs, l'utilisation prolongée d'hypnotiques peut être responsable d'une insomnie liée à la déstructuration de l'architecture du sommeil et au développement d'une tolérance diminuant l'efficacité de ces derniers. Au total, un temps de consultation suffisant dédié au sujet insomniaque est essentiel pour une prise en charge adéquate.

- Éduquer

Une fois l'insomnie correctement dépistée et diagnostiquée, l'éducation thérapeutique est primordiale pour la prise en charge du sujet âgé insomniaque mais il faut aussi avant tout un médecin sensibilisé à la question.

En effet, le professionnel de santé doit être capable de d'identifier le type d'insomnie et de proposer une prise en charge adéquate.

La mise en œuvre d'interventions et de formations rappelant le bon usage des hypnotiques chez le sujet âgé est un point essentiel. L'objectif de ces formations n'étant pas l'évaluation des connaissances des médecins mais surtout une prise de conscience et espérer un changement de comportement des prescripteurs.

Dans notre étude, l'intervention a consisté en une formation didactique unique, ponctuelle et brève et n'a permis qu'une sensibilisation à court terme sur la prise en charge de l'insomnie du sujet âgé. D'autres formes d'enseignement ont montré une efficacité supérieure notamment les formations médicales continues sous forme interactives.^{43 44}

D'autres outils peuvent être efficaces afin d'améliorer le comportement des prescripteurs comme par exemple des rappels avec utilisation d'une alerte informatique sur le logiciel de prescription. Lors de la prescription d'un hypnotique cette alerte pourrait proposer d'utiliser une alternative non pharmacologique du traitement de l'insomnie en premier lieu ou alors proposer un traitement adapté au sujet âgé si la première alternative n'est pas disponible ou non suffisante (traitement hypnotique avec demi-vie courte, limité à moins de 4 semaines, posologie diminuée de moitié par rapport à l'adulte jeune, prise discontinuée 2 ou 3 fois par semaine et se limiter à une monothérapie).⁴⁵

Un autre point clé est l'élaboration avec le patient d'un contrat de prescription avant toute mise en place de traitement en lui dédiant une information claire, loyale et précise concernant la posologie du traitement, la durée limitée dans le temps et en insistant sur l'absence d'efficacité au long cours avec un risque de dépendance et de iatrogénie.

Enfin, sur le plan éducatif, il est important de rappeler au patient qu'il n'y a pas de norme dans la durée de sommeil. Le meilleur critère d'appréciation de la qualité de sommeil est le ressenti de l'état de l'individu après une nuit de sommeil et dans la journée avec un bon état de vigilance diurne pour son fonctionnement quotidien. L'utilisation d'outils cliniques d'évaluation du sommeil et la somnolence validée chez le sujet âgé sont utiles comme l'agenda du sommeil ou encore le questionnaire d'évaluation de la somnolence diurne chez le sujet âgé : Observation Interview based Diurnal Sleepiness Inventory (ODSI).

- Traiter

L'insomnie est un symptôme et son traitement est dans un premier temps étiologique. Après l'étape d'évaluation du sujet âgé ayant fait l'inventaire des pathologies somatiques, psychiatriques mais aussi des conditions de vie (rythme du sujet, vie en institution ou sujet isolé à domicile, capacité à sortir et s'exposer à la lumière), il est nécessaire de mettre en route une conduite thérapeutique la plus adaptée.

Devant une insomnie, une prise en charge thérapeutique est indispensable. Une analyse secondaire d'une base de données longitudinale révèle que le risque de chute chez le sujet âgé serait plus lié à l'insomnie qu'à la consommation d'hypnotique. Dans cette analyse les personnes âgées insomniaques avaient un risque de chute plus important en l'absence de traitement hypnotique médicamenteux par rapport à ceux bénéficiant d'un hypnotique. Elle présentait cependant des limites méthodologiques et d'autres études seraient nécessaires afin de vérifier si le bon usage d'un traitement hypnotique permettrait de limiter le risque de chute chez le sujet âgé insomniaque.⁴⁶ La prescription réflexe d'un hypnotique est une habitude malheureusement encore trop fréquente.

Il faut avant tout privilégier l'approche non médicamenteuse car il a été démontré que l'utilisation de somnifère chez le sujet âgé présentait un ratio qualité de sommeil/effets indésirables défavorable. Une méta-analyse des bénéfices-risques de l'utilisation des hypnotiques a montré que pour améliorer la qualité du sommeil chez un sujet âgé, il fallait en

traiter 13. Cependant, après traitement de seulement six malades, un ou plusieurs effets secondaires surviennent. Le rapport bénéfice-risque est clairement en défaveur de leur utilisation.⁴⁷ De nouvelles molécules comme les antagonistes des récepteurs à l'orexines (Suvorexant) dont le mécanisme varie par rapport au molécules GABA-ergiques ont été étudiées dans le cadre du traitement de l'insomnie. Elle améliore la qualité et la quantité de sommeil sans en modifier considérablement l'architecture. L'effet secondaire principalement décrit est une somnolence diurne résiduelle dans la population générale. Les sujets âgés inclus dans l'étude étaient pour la plupart en bon état général et les résultats peuvent en conséquence différer par rapport à la population âgée générale.⁴⁸ Des études supplémentaires sont donc nécessaires afin d'en juger les bénéfices et les risques réels chez le sujet âgé. Des antagonistes des récepteurs à l'orexines de nouvelle génération sont en cours d'étude.

Les traitements non pharmacologiques et le renforcement des synchronisateurs externes chez les patients hospitalisés et alités sont à privilégier en premier lieu chez le sujet âgé. Les thérapies cognitives et comportementales incluant les règles d'hygiène de sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit améliorent non seulement la qualité et la quantité du sommeil chez le sujet âgé souffrant d'insomnie chronique⁴⁹ mais présentent aussi un effet durable sur deux ans.⁵⁰

Des études récentes ont montré que la thérapie cognitive et comportementale était aussi efficace dans le traitement de l'insomnie aiguë en lien avec un changement rapide de situation à l'origine d'un stress (hospitalisation ou institutionnalisation).^{51 52}

On note malheureusement une absence d'alternative thérapeutique autre que le médicament en intra-hospitalier pour la prise en charge de l'insomnie. Il est donc indispensable de généraliser et de promouvoir l'accès du meilleur traitement de l'insomnie qu'est la thérapie cognitive et comportementale.⁵³

Outre ces techniques comportementales, des techniques de relaxations comme le training autogène de Schulz ou la méditation peuvent être proposées en complément, leur utilisation seule n'étant pas recommandée dans les guidelines européennes du traitement de l'insomnie de 2017 mais qu'il serait intéressant de développer en intra-hospitalier.⁵⁴

V. CONCLUSION

En conclusion, suites aux recommandations de la HAS en 2006 au sujet d'un problème de santé publique qu'est l'insomnie chez le sujet âgé, nous avons réalisé cette étude de pratique car les prescriptions médicamenteuses d'hypnotiques restent toujours importantes. Quinze ans après l'élaboration de ces recommandations et après un rappel de ces dernières au médecins hospitaliers, nous n'observons pas de modification dans le traitement intra-hospitalier de l'insomnie chez le sujet âgé. Les somnifères et notamment les benzodiazépines et Z-drugs restent le traitement majoritaire à défaut d'accès à la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie.

Le maître-mot est de lutter contre les facteurs de risque de l'insomnie du sujet âgé tel que l'inactivité, l'insatisfaction dans la vie sociale et les pathologies organiques et psychiatriques. Il faut sensibiliser les médecins au diagnostic de la dépression responsable en majorité de l'insomnie chronique chez le sujet âgé. Quel que soit l'âge, il est essentiel de favoriser les facteurs protecteurs contre l'insomnie que sont l'activité et satisfaction dans la vie sociale.⁵⁵ Par ailleurs, les décisions médicales sont influencées par les normes de la société dans laquelle elles s'inscrivent et on peut penser qu'il est compliqué pour le médecin français de ne prescrire que des mesures générales d'hygiène de sommeil et une psychothérapie, dans une affection ayant un retentissement considérable sur l'activité diurne physique et psychique. Les recommandations ont également plus de chances d'être suivies si elles peuvent être rappelées au moment même de la prescription.

De façon plus générale, cette étude illustre les difficultés de modifier les pratiques médicales dans des affections courantes et bien que le temps soit souvent nécessaire à de tels changements, il n'est parfois pas suffisant à cause du manque de moyens.

Il convient de réévaluer l'application de ces recommandations chez le sujet âgé régulièrement tant à l'hôpital qu'en ambulatoire.

ANNEXE I: FORMATION



Prise en charge de l'insomnie et bon usage des hypnotiques chez le sujet âgé

Narsy Akshay – interne DES gériatrie- CHU de Nice

Plan

- Définition
- Les stades du sommeil
- Sommeil normal et insomnie du sujet âgé
- Epidémiologie
- Prise en charge médicamenteuse
- Sevrage des hypnotiques
- Prise en charge non médicamenteuse
- Conclusion
- Sources

L'insomnie: définition

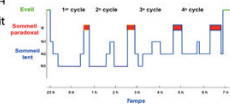
- Fréquente, problème de santé publique
- Pas de définition consensuelle
- DSM-5, ICD-10 et CIM-10
- **Plainte nocturne:** difficulté d'endormissement, de maintien de sommeil, réveil précoce
- **Plainte diurne:** fatigue, trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, altération de la vie sociale/familiale/professionnelle
- Ces difficultés ne sont pas mieux expliquées par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie
- Insomnie **chronique:** au moins trois fois par semaine depuis plus de trois mois.

Les stades du sommeil

➢ Structure en cycles (4 à 6 par nuit), de 90 à 100 minutes

➢ Stades du sommeil

- Stade d'éveil calme: fermeture des yeux
- Stade N1: phase d'endormissement ; stade de transition éveil/sommeil
- Stade N2: sommeil lent léger ; représente 50% de la durée totale de sommeil
- Stade N3: sommeil lent profond ; première partie de nuit ++
- Stade R: sommeil paradoxal ; rêve ; augmente en fin de nuit



Sommeil normal du sujet âgé

- Structure différente:
- Diminution du temps total de sommeil
- Augmentation des éveils après endormissement
- Sommeil plus léger (diminution N3)
- Diminution du stade R
- Rythme différent:
- Avance de phase
- Baisse de l'amplitude des rythmes circadiens
- Sommeil polyphasique, morcelé
- Compensé par des siestes le jour

Insomnie du sujet âgé

- Pas de définition spécifique pour le sujet âgé
- A différencier des troubles du sommeil isolés, sans retentissement diurne
- Difficulté de maintien de sommeil et somnolence diurne++
- Pathologies organiques, psychiatriques, aux médicaments et aux conditions de vies du sujet âgé
- Absence d'activité physique, sorties et exposition à la lumière
- Prise en charge médicamenteuse par benzodiazépines et apparentés toujours trop importante

Epidémiologie

- France: 2^e rang des pays consommateur de BZD
- 3^e pays consommateur d'hypnotiques en Europe
- Prévalence maximale : femme âgée> 80ans en 2015 (38,3%)
- De 2012 à 2014, 14 à 15% des nouveaux utilisateurs de BZD ont une durée de traitement non conforme aux recommandations
- 3,5 M ont consommé une BZD à indication hypnotique (5,6%)
- Consommation de BZD en baisse mais le nb d'utilisateurs très élevé.

Prise en charge médicamenteuse

- BZD et molécules apparentées aux BZD (Z-drugs)
- Hypnotique= induire et/ou maintenir le sommeil.
- Hypnotique idéal=
 - Absorption rapide
 - Induction rapide du sommeil
 - Maintien du sommeil (5 à 7h)
 - Préserver l'architecture du sommeil
 - Ne devrait pas induire d'effets indésirables

Effet des BZD sur le sommeil

- Diminution de la latence d'endormissement
- Amélioration subjective de la qualité du sommeil
- Augmentation de la quantité de sommeil lent léger
- Diminution de la quantité de sommeil lent profond
- Diminution de la quantité de sommeil paradoxal

Effets indésirables des benzodiazépines

- Chute et fracture de hanche
- Amnésie antérograde
- Troubles du comportement, de la mémoire et altération de l'état de conscience
- Effet sédatif respiratoire (BPCO, SAHOS ou apnée centrale)
- Risque d'accumulation si IR ou IHC
- Tolérance et risque d'automédication
- Dépendance physique et psychique
- Sevrage (insomnie, céphalées, anxiété, myalgies, irritabilité)
- Rebond d'anxiété ou d'insomnie

➡ L'HYPNOTIQUE IDEAL N'EXISTE PAS !

Tableau 1 : Benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Année de première ANM	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques				
Alprazolam	Xanax et génériques	1982	Anxiolytique	6-18
Bromazépam	Lexomil et génériques	1974	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Libozam	2016	Anxiolytique	10-31
Clorazépate potassique	Tranxene	1974	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	1982	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium et génériques	1973	Anxiolytique	15-60
Ethyl loflazépate	Victan	1980	Anxiolytique	73-119
Lorazépam	Temesta et génériques	1977	Anxiolytique	9-20
Nitrazépam	Rordaz	1984	Anxiolytique	17-48
Oxazépam	Seresta et génériques	1968	Anxiolytique	4-11
Prazépam	Lysanxia et génériques	1975	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques				
Estazolam	Nuctalon	1977	Hypnotique	10-31
Loprazolam	Havlane	1981	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide et génériques	1987	Hypnotique	10
Midazolam	Génériques	1986	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	1965	Hypnotique	17-48
Apparentés aux benzodiazépines				
Zolpidem	Stilnox et génériques	1987	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane et génériques	1984	Hypnotique	5
Anticonvulsivant				
Clonazépam	Rivotril	1973	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	2011	Antiépileptique	1-4

demi-vie courte < 10 h : midazolam, clonazépam
demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam, loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam
demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate

Molécules disponibles au CHU

Tableau 1 : Benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Année de première ANM	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques				
Alprazolam	Xanax et génériques	1982	Anxiolytique	6-18
Bromazépam	Lexomil et génériques	1974	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Libozam	2016	Anxiolytique	10-31
Clorazépate potassique	Tranxene	1974	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	1982	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium et génériques	1973	Anxiolytique	15-60
Ethyl loflazépate	Victan	1980	Anxiolytique	73-119
Lorazépam	Temesta et génériques	1977	Anxiolytique	9-20
Nitrazépam	Rordaz	1984	Anxiolytique	17-48
Oxazépam	Seresta et génériques	1968	Anxiolytique	4-11
Prazépam	Lysanxia et génériques	1975	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques				
Estazolam	Nuctalon	1977	Hypnotique	10-31
Loprazolam	Havlane	1981	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide et génériques	1987	Hypnotique	10
Midazolam	Génériques	1986	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	1965	Hypnotique	17-48
Apparentés aux benzodiazépines				
Zolpidem	Stilnox et génériques	1987	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane et génériques	1984	Hypnotique	5
Anticonvulsivant				
Clonazépam	Rivotril	1973	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	2011	Antiépileptique	1-4

demi-vie courte < 10 h : midazolam, clonazépam
demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam, loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam
demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate

Principales molécules prescrites au CHU

- BZD à demi-vie courte ou intermédiaires à action mixte
 - Oxazépam (Seresta)
 - Lorazépam (Temesta)
 - Bromazépam (Lexomil)
- BZD à visée hypnotique
 - Lormétazépam (Noctamide)
- Hypnotiques apparentés aux BZD (BZRA= Z-drugs)
 - Zolpidem (Stilnox)
 - Zopiclone (Imovane)

En pratique

- Seules 4 BZD et 2 molécules apparentées indiquées dans la prise en charge pharmacologique de l'insomnie:
 - Estazolam (Nuctalon)
 - Loprazolam (Havlane)
 - Nitrazépam (Mogadon)
 - Lormétazépam (Noctamide)
 - Zolpidem (Stilnox)
 - Zopiclone (Imovane)

En pratique

- Seules 4 BZD et 2 molécules apparentées indiquées dans la prise en charge pharmacologique de l'insomnie:
 - Estazolam (Nuctalon)
 - Loprazolam (Havlane) **Demi vie longue**
 - Nitrazépam (Mogadon)
 - Lormétazépam (Noctamide)
 - Zolpidem (Stilnox)
 - Zopiclone (Imovane)

Indications et posologies

- Traitement pharmacologique en **2nde intention** si TCC-i non accessible ou inefficace
- Insomnie d'**intensité sévère**, aigue ou chronique, avec retentissement diurne
- Chez le sujet âgé, BZD ou Z-drug :
 - À demi-vie courte
 - ½ dose
 - durée courte (< 4 semaines)
 - prise discontinuée (2 à 3 fois par semaine)
 - pas d'association de molécule
 - **contrat de traitement avec réévaluation régulière**

Par exemple

- Z-drugs : effet plus sélectif sur le sommeil
- Zopiclone (Imovane) 3,75 mg: 1 cp au coucher
- Zolpidem (Stilnox) 10 mg: ½ cp au coucher (ordonnance sécurisée)
- 1 jour sur 2 ou 1 jour sur 3
- Pour une durée inférieure à 28 jours

Au total:

- Trop de patients traités
- Trop longtemps
- A des posologies parfois trop importantes
- SMR faible

Sevrage

- Z-drugs: risque de dépendance si prise >1-3 mois
- Durée d'utilisation convenue lors de la primo-prescription
- Dédier une consultation au sevrage
- Motivation du patient +++
- Pas de consensus
- Arrêt progressif par pallier (¼ de dose en 4 à 10 semaines par ex).
- Mesures non médicamenteuses complémentaires (agenda du sommeil, TCC)
- Consultations rapprochées
- Suivi jusqu'à 6 mois après l'arrêt

Autres traitements

- Antidépresseurs sédatif → efficacité à court terme (< 4 semaines)
- Antihistaminiques
- Mélatonine
- Antipsychotiques → non recommandés
- Phytothérapies
- Luminothérapie → utiles en complément thérapeutique
- Exercice physique mais nécessité d'études supplémentaires
- Acupuncture
- Moxibustion
- Aromathérapie
- Réflexologie plantaire → non recommandés
- Homéopathie
- Méditation
- Yoga

Prise en charge non médicamenteuse

- Hygiène du sommeil
- Contrôle du stimulus
- Restriction de sommeil
- TCC

Conclusion

- Evaluation gériatrique standardisée
- Prise en charge spécifique des « insomnies secondaires »
- Questionnaires (Epworth, ISI, GDS, HAD) et agenda du sommeil
- Polysomnographie si suspicion de pathologie du sommeil
- TCC en 1^{ère} intention pour traitement de l'insomnie chronique
- Rôle de l'éducation
- Traitement pharmacologique en 2^{ème} intention

Sources

- Joseph Roland D. Espiritu, « Aging-Related Sleep Changes », *Clinics in Geriatric Medicine* 24, n° 1 (février 2008): 1-14, <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.007>.
- Rapport HAS « Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé » octobre 2007
- HAS 2014- Plainte récente autour du sommeil
- Rapport HAS « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé » octobre 2007
- Maurice M. Ohayon et al., « How Age and Daytime Activities Are Related to Insomnia in the General Population: Consequences for Older People », *Journal of the American Geriatrics Society* 49, n° 4 (avril 2001): 360-66, <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49077.x>.
- Pin-Liang Chen et al., « Risk of Dementia in Patients with Insomnia and Long-Term Use of Hypnotics: A Population-Based Retrospective Cohort Study », *PLoS One* 7, no 11 (2012): e49113, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049113>.
- ANSM. États des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Avril 2017.
- Dieter Riemann et al., « European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia », *Journal of Sleep Research* 26, no 6 (décembre 2017): 675-700, <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>.
- Charles M. Morin, « Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: State of the Science Versus Current Clinical Practices », *Annals of Internal Medicine* 163, n° 3 (4 août 2015): 236, <https://doi.org/10.7326/M15-1246>.

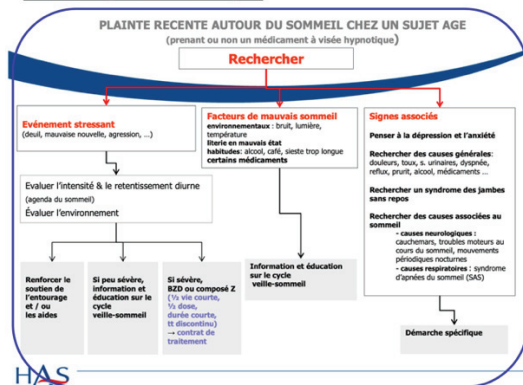
ANNEXE II : FICHE PRATIQUE « Insomnie et sujet âgé »

Insomnie et personne âgée

• Définition (DSM-V) :

- Plainte de sommeil (quantité ou qualité)
- Difficulté à initier le sommeil
- Difficulté de maintien de sommeil
- Réveils matinaux précoces
- Au moins 3 nuits par semaine, > 3 mois = chronique
- Malgré un contexte adéquat de sommeil
- Avec répercussions diurnes :
 - Fatigue, manque d'énergie, somnolence diurne
 - Difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire)
 - Perturbation de l'humeur (irritabilité, dysphorie)
 - Fonctionnement social, professionnel ou comportemental

• Prise en charge de l'insomnie aigüe :



• Traitement :

1) Non pharmacologique :

➢ Hygiène de sommeil :

Mettre hors de portée pour toute la nuit les appareils électroniques (téléphones, tablettes ...)
Éviter tous les produits avec caféine de 4 à 6h avant l'heure du coucher
Éviter de consommer de l'alcool près de l'heure du coucher (sommeil fragmenté et réveils matinaux prématurés)
Éviter de fumer à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes
Favoriser l'activité physique en fin de journée ou en début de soirée. Éviter l'activité physique intense en fin de soirée (effet stimulant)
Privilégier un environnement confortable, sombre et calme dans la chambre à coucher

➢ Contrôle du stimulus :

Objectifs :

- * Réassocier la chambre à coucher avec le sommeil
- * Régulariser le cycle veille-sommeil

Réserver au moins 1h de détente avant le coucher
Aller au lit uniquement lorsque somnolent
Si le sommeil ne survient pas dans les 15-20 min, se lever et faire une activité tranquille dans une autre pièce et retourner au lit lorsque somnolent
Se lever à la même heure quotidiennement, peu importe la quantité de sommeil obtenue
Réserver le lit uniquement pour le sommeil et les activités sexuelles
Éviter de faire la sieste plus de 30 minutes

➢ Restriction du temps passé au lit :

Objectif : augmenter l'efficacité de sommeil (ES) en restreignant le temps passé au lit.

$$ES = \frac{\text{Temps de sommeil total moyen (TST)}}{\text{Temps passé au lit (TL)}} \times 100$$

Déterminer la fenêtre de sommeil à l'intérieur de laquelle le patient pourra dormir : calculer la moyenne du temps dormi par nuit sur la base de l'agenda du sommeil complété par le patient pendant 1 semaine (ex : 6h), la moyenne de temps passé au lit (ex : 8h30) et l'efficacité de sommeil (71%)
Déterminer une fenêtre de sommeil correspondant en moyenne au temps dormi (6h) et déterminer une heure de coucher (00h00) et l'heure de lever (6h) selon les préférences du patient et le type d'insomnie
Ajuster la fenêtre de sommeil hebdomadairement selon l'efficacité du sommeil de la semaine précédente : <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la fenêtre de 15-20min si ES> 85% - Diminuer de 15-20min si ES< 80% - Maintenir la fenêtre de sommeil inchangée si 80<ES<85%
Ajuster la fenêtre de sommeil jusqu'à ce qu'une durée optimale de sommeil soit atteinte selon les facteurs comme l'âge, préférence du patient, horaires, style de vie)

- Thérapie cognitive de l'insomnie :
Objectif : guider le patient à remettre en question son interprétation de la situation, identifier ses croyances dysfonctionnelles face au sommeil et les remplacer par des croyances plus nuancées.

Principes	Croyances et attitudes à privilégier
Garder des attentes réalistes envers le sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins de sommeil varient selon les individus, tous n'ont pas besoin de 8h par nuit - Il est normal de se réveiller la nuit et il n'y a pas à s'inquiéter s'il est possible de se rendormir dans un délai raisonnable
Ne pas essayer de forcer le sommeil	Le sommeil ne se commande pas. Favoriser attitude de « lâcher-prise)

Revoir les causes de l'insomnie	multiples facteurs difficilement modifiables
Ne pas accorder trop d'importance au sommeil	Cacher le réveil-matin et ne pas regarder l'heure
Éviter de dramatiser les conséquences des difficultés de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - L'insomnie est désagréable mais pas dangereuse : relativiser l'ampleur des conséquences - La fatigue n'est pas uniquement liée au manque de sommeil
Développer une tolérance au manque de sommeil	Annuler certaines activités sociales ou physique en raison de la fatigue ou crainte de mal dormir peut contribuer à maintenir l'insomnie en plus d'affecter l'équilibre de la vie.

- 2) Pharmacologique :
- **En 2nde intention** si TCC-i non accessible ou inefficace ou en association avec la TCC-i afin d'optimiser la réponse thérapeutique.
 - Insomnie d'**intensité sévère**, aigue ou chronique, avec retentissement diurne
 - Chez le sujet âgé, BZD ou Z-drug :
 - À demi-vie courte
 - ½ dose
 - durée courte (< 4 semaines)
 - prise discontinuée (2 à 3 fois par semaine)
 - pas d'association de molécule
 - **contrat de traitement avec réévaluation régulière**
 - Z-drugs : effet plus sélectif sur le sommeil
 - Zopiclone (Imovane) 3,75 mg : 1 cp au coucher
 - Zolpidem (Stilnox) 10 mg : ½ cp au coucher (ordonnance sécurisée)
 - 1 jour sur 2 ou 1 jour sur 3
 - pour une durée inférieure à 28 jours

ANNEXE III : RESULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques des 840 patients gériatriques hospitalisés

	Période 1 (J-7)		Période 2 (J15)		Période 3 (M1)		Période 4 (M3)		
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	P-valeur*
Age	84,89	6,67	85,16	6,42	85,14	6,55	85,92	6,59	0,490
Score de Charlson	6,55	2,09	6,50	1,97	6,84	2,18	7,06	2,12	0,032
	n= 232	%	n= 226	%	n= 224	%	n= 158	%	P-valeur**
Sexe									0,900
F	129	55,6	132	58,4	123	54,9	91	57,6	
M	103	44,4	94	41,6	101	45,1	67	42,4	
Autonomie									0,036
Autonome	59	25,4	68	30,1	85	37,9	53	33,5	
Dépendant	54	23,3	37	16,4	31	13,8	24	15,2	
Partiellement autonome	119	51,3	121	53,5	108	48,2	81	51,3	
Anxiété									0,523
Non	180	77,6	169	74,8	168	75,0	112	70,9	
Oui	52	22,4	57	25,2	56	25,0	46	29,1	
Troubles neurocognitifs									0,640
Non	119	51,3	104	46,0	104	46,4	78	49,4	
Oui	113	48,7	122	54,0	120	53,6	80	50,6	
Dépression									0,744
Non	160	69,0	163	72,1	156	59,6	116	73,4	
Oui	72	31,0	63	27,9	68	30,4	42	26,6	

*Analyse de variance

** Test du Khi2

Tableau 2 : Évolution des prescriptions d'hypnotiques au cours du temps

	Période 1 (J-7)		Période 2 (J15)		Période 3 (M1)		Période 4 (M3)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hypnotiques								
Non	76	32,8	88	38,9	98	43,8	66	41,8
Oui	156	67,2	138	61,1	126	56,3	92	58,2
Benzodiazépines								
Non	133	57,3	137	60,6	140	62,5	91	57,6
Oui	99	42,7	89	39,4	84	37,5	67	42,4
Z-drug								
Non	118	50,9	124	54,9	128	57,1	92	58,2
Oui	114	49,1	102	45,1	96	42,9	66	41,8

Tableau 3 : évolution de la prescription des hypnotiques avant (période 1) et après formation (période 2,3 et 4)

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Prescription d'hypnotiques			Prescription d'hypnotiques		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Période						
1 (J-7)	1			1		
2 (J15)	0,76	[0,41 ; 1,44]	0,402	0,76	[0,47 ; 1,21]	0,247
3 (M1)	0,63	[0,37 ; 1,06]	0,083	0,60	[0,41 ; 0,88]	0,008
4 (M3)	0,68	[0,32 ; 1,44]	0,313	0,69	[0,34 ; 1,40]	0,300
Type de services						
Court séjour	1			1		
Long séjour	2,22	[1,44 ; 3,43]	<,001	2,26	[1,52 ; 3,36]	<,001
Sexe						
Homme	0,75	[0,54 ; 1,03]	0,079			
Femme	1					
Age	1,04	[1,02 ; 1,06]	0,001	1,04	[1,02 ; 1,06]	<,001
Score de Charlson	1,05	[0,99 ; 1,11]	0,067			

Tableau 4 : évolution de la prescription des Z-drugs avant (période 1) et après formation (période 2,3 et 4)

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Prescription de Z-drugs			Prescription de Z-drugs		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Période						
1 (J-7)	1			1		
2 (J15)	0,85	[0,41 ; 1,77]	0,667	0,85	[0,45 ; 1,59]	0,614
3 (M1)	0,78	[0,39 ; 1,56]	0,476	0,75	[0,41 ; 1,37]	0,345
4 (M3)	0,74	[0,32 ; 1,73]	0,492	0,74	[0,32 ; 1,71]	0,482
Type de services						
Court séjour	1			1		
Long séjour	2,21	[1,30 ; 3,75]	0,003	2,23	[1,33 ; 3,72]	0,002
Sexe						
Homme	0,89	[0,62 ; 1,26]	0,500			
Femme	1					
Age	1,04	[1,01 ; 1,06]	0,003	1,04	[1,01 ; 1,06]	0,008
Score de Charlson	1,07	[1,01 ; 1,13]	0,015	1,04	[0,98 ; 1,11]	0,185

Tableau 5 : évolution de la prescription des benzodiazépines avant (période 1) et après formation (période 2,3 et 4)

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Prescription de benzodiazépine			Prescription de benzodiazépine		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Période						
1 (J-7)	1			1		
2 (J15)	0,87	[0,46 ; 1,65]	0,680	0,87	[0,46 ; 1,62]	0,652
3 (M1)	0,81	[0,44 ; 1,47]	0,480	0,80	[0,44 ; 1,45]	0,462
4 (M3)	0,99	[0,51 ; 1,93]	0,970	0,96	[0,50 ; 1,87]	0,915
Type de services						
Court séjour	1					
Long séjour	1,5	[0,96 ; 2,36]	0,078			
Sexe						
Homme	0,78	[0,57 ; 1,07]	0,126			
Femme	1					
Age	1,03	[1,00 ; 1,05]	0,054	1,02	[1,00 ; 1,05]	0,059
Score de Charlson	1,05	[0,99 ; 1,12]	0,103			

Tableau 6 : évolution au cours du temps de la prise chronique d'hypnotiques, du sevrage, de l'adaptation de molécule et de la posologie au sujet âgé

	J-7		J15		M1		M3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sevrage								
Non	83	81,4	69	75,0	71	82,6	31	72,1
Oui	19	18,6	23	25,0	15	17,4	12	27,9
Prise chronique								
Non	130	56,0	134	59,3	138	61,6	115	72,8
Oui	102	44,0	92	40,7	86	38,4	43	27,2
Molécule adaptée au sujet âgé								
Non	18	11,5	8	5,8	6	4,8	4	4,3
Oui	138	88,5	130	94,2	120	95,2	88	95,7
Posologie adaptée au sujet âgé								
Non	38	24,4	22	15,9	18	14,3	9	9,8
Oui	118	75,6	116	84,1	108	85,7	83	90,2

Tableau 7 : évolution de la prise chronique d'hypnotiques avant formation (période 1) et après formation (période 2 à 4)

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Prise chronique			Prise chronique		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Période						
1 (J-7)	1			1		
2 (J15)	0,88	[0,39 ; 1,97]	0,747	0,88	[0,61 ; 1,27]	0,494
3 (M1)	0,79	[0,36 ; 1,77]	0,573	0,75	[0,48 ; 1,17]	0,208
4 (M3)	0,48	[0,22 ; 1,05]	0,065	0,47	[0,24 ; 0,91]	0,024
Type de services						
Court séjour	1			1		
Long séjour	4,77	[3,17 ; 7,18]	<,001	4,82	[3,22 ; 7,20]	<,001
Sexe						
Homme	0,92	[0,63 ; 1,33]	0,639			
Femme	1					
Age	1,03	[1,00 ; 1,05]	0,027	1,03	[1,01 ; 1,05]	0,008
Score de Charlson	1,07	[1,01 ; 1,13]	0,017	1,06	[0,99 ; 1,13]	0,112

Tableau 8 : évolution de l'initiation d'un sevrage parmi les patients ayant une prise chronique d'hypnotique avant et après formation

	Analyses en univarié		
	Sevrage		
	OR	[IC 95%]	p-valeur
Age	1,00	[0,96 ; 1,03]	0,770
Score de Charlson	1,02	[0,90 ; 1,15]	0,751
Période			
1	1		
2	1,46	[0,57 ; 3,72]	0,433
3	0,92	[0,23 ; 3,63]	0,909
4	1,69	[0,59 ; 4,83]	0,327
Type de services			
Court séjour	1		
Long séjour	1,04	[0,37 ; 2,94]	0,947
Sexe			
Homme	0,92	[0,48 ; 1,77]	0,810
Femme	1		

Tableau 9 : évolution au cours du temps de l'adaptation de la molécule au sujet âgé parmi les patients prenant des hypnotiques avant et après formation

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Molécule adaptée au sujet âgé			Molécule adaptée au sujet âgé		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Période						
1 (J-7)	1			1		
2 (J15)	2,12	[0,58 ; 7,78]	0,260	2,09	[0,59 ; 7,38]	0,254
3 (M1)	2,61	[0,53 ; 12,77]	0,240	2,72	[0,55 ; 13,33]	0,219
4 (M3)	2,87	[0,59 ; 13,95]	0,190	2,43	[0,68 ; 8,62]	0,171
Type de services						
Court séjour	1					
Long séjour	1,77	[0,62 ; 5,07]	0,290			
Sexe						
Homme	3,03	[1,50 ; 6,11]	0,002	3,73	[1,98 ; 7,02]	<,001
Femme	1			1		
Age	1,14	[1,07 ; 1,21]	<,001	1,14	[1,08 ; 1,21]	<,001
Score de Charlson	1,33	[1,04 ; 1,69]	0,021	1,09	[0,90 ; 1,32]	0,372

Tableau 10 : évolution de l'adaptation de la posologie des hypnotiques chez les sujet âgés avant et après formation :

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Posologie adaptée au sujet âgé			Posologie adaptée au sujet âgé		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Temps						
J-7	1			1		
J15	1,70	[0,86 ; 3,37]	0,129	1,66	[0,81 ; 3,39]	0,162
M1	1,93	[0,96 ; 3,89]	0,065	1,87	[0,90 ; 3,88]	0,095
M3	2,97	[1,47 ; 6,00]	0,002	2,63	[1,25 ; 5,55]	0,011
Type de services						
Court séjour	1					
Long séjour	1,51	[0,85 ; 2,66]	0,160			
Sexe						
Homme	0,96	[0,62 ; 1,51]	0,870			
Femme	1					
Age	1,05	[1,01 ; 1,08]	0,004	1,03	[1,00 ; 1,06]	0,052
Score de Charlson	1,21	[1,06 ; 1,37]	0,003	1,15	[1,03 ; 1,29]	0,015

Tableau 11 : évolution de la prescription des antidépresseurs chez les sujet âgés avant et après formation

	Analyses en univarié			Analyses en multivarié		
	Prescription d'antidépresseurs			Prescription d'antidépresseurs		
	OR	[IC 95%]	p-valeur	OR adj	[IC 95%]	p-valeur
Age	1,00	[0,97 ; 1,02]	0,780			
Score de Charlson	1,06	[0,99 ; 1,14]	0,110			
Temps						
J-7	1			1		
J15	0,95	[0,63 ; 1,43]	0,790	0,93	[0,62 ; 1,40]	0,732
M1	1,07	[0,71 ; 1,63]	0,741	1,08	[0,71 ; 1,63]	0,723
M3	0,86	[0,50 ; 1,46]	0,573	0,85	[0,49 ; 1,45]	0,545
Type de services						
Court séjour	1					
Long séjour	1,28	[0,92 ; 1,77]	0,140			
Sexe						
Homme	0,59	[0,43 ; 0,82]	0,002	0,59	[0,42 ; 0,82]	0,002
Femme	1			1		

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Encyclopédie 'Larousse médical'.
2. Sateia, M. J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest* **146**, 1387–1394 (2014).
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 3.36, DSM-IV to DSM-5 Insomnia Disorder Comparison.
4. Chan-Chee, C. *et al.* Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* **59**, 409–422 (2011).
5. Castro, L. S., Poyares, D., Leger, D., Bittencourt, L. & Tufik, S. Objective prevalence of insomnia in the São Paulo, Brazil epidemiologic sleep study: Prevalence of Insomnia. *Ann Neurol*. **74**, 537–546 (2013).
6. Léger, D. *et al.* Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: Comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep Medicine* **13**, 43–51 (2012).
7. Espiritu, J. R. D. Aging-Related Sleep Changes. *Clinics in Geriatric Medicine* **24**, 1–14 (2008).
8. Foley, D. J. *et al.* Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. *Sleep* **18**, 425–432 (1995).
9. Ohayon, M. M., Zulley, J., Guilleminault, C., Smirne, S. & Priest, R. G. How Age and Daytime Activities Are Related to Insomnia in the General Population: Consequences for Older People. *Journal of the American Geriatrics Society* **49**, 360–366 (2001).
10. Ishak, W. W. *et al.* Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innov Clin Neurosci* **9**, 13–26 (2012).
11. Jaussent, I. *et al.* Insomnia Symptoms in Older Adults: Associated Factors and Gender Differences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* **19**, 88–97 (2011).
12. Livingston, G., Blizard, B. & Mann, A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Pract* **43**, 445–448 (1993).
13. Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A. & Strawbridge, W. J. Sleep Complaints and Depression in an Aging Cohort: A Prospective Perspective. *AJP* **157**, 81–88 (2000).
14. Chen, P.-L., Lee, W.-J., Sun, W.-Z., Oyang, Y.-J. & Fuh, J.-L. Risk of dementia in patients with insomnia and long-term use of hypnotics: a population-based retrospective cohort study. *PLoS ONE* **7**, e49113 (2012).
15. Morin, C. M. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: State of the Science Versus Current Clinical Practices. *Ann Intern Med* **163**, 236 (2015).
16. ANSM - États des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Avril 2017.
17. Gourier-Fréry C, Fuhrman C. Les troubles du sommeil - Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012.
18. Rapport HAS « Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé » octobre 2007 ».
19. Krystal, A. D. A compendium of placebo-controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: The empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Medicine Reviews* **13**, 265–274 (2009).
20. Huang, A. R. *et al.* Medication-Related Falls in the Elderly: Causative Factors and Preventive Strategies. *Drugs & Aging* **29**, 359–376 (2012).
21. Rossat, A. *et al.* Association between benzodiazepines and recurrent falls: A cross-sectional elderly population-based study. *J Nutr Health Aging* **15**, 72–77 (2011).
22. Kolla, B. P., Lovely, J. K., Mansukhani, M. P. & Morgenthaler, T. I. Zolpidem is

- independently associated with increased risk of inpatient falls. *J. Hosp. Med.* **8**, 1–6 (2013).
23. Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M. & Limosin, F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep* **18**, 89 (2016).
 24. Billioti de Gage, S. *et al.* Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* **345**, e6231–e6231 (2012).
 25. Billioti de Gage, S. *et al.* Benzodiazepine use and risk of Alzheimer’s disease: case-control study. *BMJ* **349**, g5205–g5205 (2014).
 26. Shash, D. *et al.* Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study. *Alzheimer’s & Dementia* **12**, 604–613 (2016).
 27. Gomm, W. *et al.* Regular Benzodiazepine and Z-Substance Use and Risk of Dementia: An Analysis of German Claims Data. *JAD* **54**, 801–808 (2016).
 28. Orriols, L. *et al.* Benzodiazepine-Like Hypnotics and the Associated Risk of Road Traffic Accidents. *Clin Pharmacol Ther* **89**, 595–601 (2011).
 29. Commission de transparence HAS avis 25 juin 2014.
 30. Budhiraja, R., Roth, T., Hudgel, D. W., Budhiraja, P. & Drake, C. L. Prevalence and Polysomnographic Correlates of Insomnia Comorbid with Medical Disorders. *Sleep* **34**, 859–867 (2011).
 31. Budhiraja, R. *et al.* Insomnia in Patients with COPD. *Sleep* **35**, 369–375 (2012).
 32. Sridhar, G. R. & Madhu, K. Prevalence of sleep disturbances in diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice* **23**, 183–186 (1994).
 33. Louie, G. H., Tektonidou, M. G., Caban-Martinez, A. J. & Ward, M. M. Sleep disturbances in adults with arthritis: prevalence, mediators, and subgroups at greatest risk. Data from the 2007 National Health Interview Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* **63**, 247–260 (2011).
 34. Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D. & Schulze, K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* **54**, 1309–1321 (2002).
 35. Li, Y. *et al.* Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *J Clin Sleep Med* **16**, 1417–1418 (2020).
 36. Pek, E. A. *et al.* High Prevalence of Inappropriate Benzodiazepine and Sedative Hypnotic Prescriptions among Hospitalized Older Adults. *J Hosp Med* **12**, 310–316 (2017).
 37. HAS- Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé.pdf.
 38. HAS- question-réponses- Troubles du sommeil- Stop à la prescription systématique des somnifères chez le sujet âgé .pdf.
 39. Bourcier, E. *et al.* Sedative-hypnotic initiation and renewal at discharge in hospitalized older patients: an observational study. *BMC Geriatr* **18**, 278 (2018).
 40. Castro-Costa, E. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *Br J Psychiatry* **191**, 393–401 (2007).
 41. Wilkinson, P. & Izmeth, Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016) doi:10.1002/14651858.CD006727.pub3.
 42. Onen, F. & Onen, S.-H. Altérations des rythmes du sommeil dans la maladie d’Alzheimer. *La Revue de Médecine Interne* **24**, 165–171 (2003).
 43. Davis, D. A. Changing Physician Performance: A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* **274**, 700 (1995).
 44. Davis, D. *et al.* Impact of Formal Continuing Medical Education: Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA* **282**, 867 (1999).
 45. Agostini, J. V., Zhang, Y. & Inouye, S. K. Use of a Computer-Based Reminder to Improve Sedative–Hypnotic Prescribing in Older Hospitalized Patients: COMPUTERIZED

REMINDER FOR SEDATIVE-HYPNOTIC USE. *Journal of the American Geriatrics Society* **55**, 43–48 (2007).

46. Avidan, A. Y. *et al.* Insomnia and Hypnotic Use, Recorded in the Minimum Data Set, as Predictors of Falls and Hip Fractures in Michigan Nursing Homes: INSOMNIA, HYPNOTICS, FALLS, AND HIP FRACTURES. *Journal of the American Geriatrics Society* **53**, 955–962 (2005).

47. Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A. & Busto, U. E. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* **331**, 1169 (2005).

48. Herring, W. J., Roth, T., Krystal, A. D. & Michelson, D. Orexin receptor antagonists for the treatment of insomnia and potential treatment of other neuropsychiatric indications. *J Sleep Res* **28**, (2019).

49. Bloom, H. G. *et al.* Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF SLEEP DISORDERS IN OLDER PERSONS. *Journal of the American Geriatrics Society* **57**, 761–789 (2009).

50. Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R. & Brink, D. Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* **281**, 991 (1999).

51. Boullin, P., Ellwood, C. & Ellis, J. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a “One-Shot” Treatment Strategy. *Brain Sciences* **7**, 1 (2016).

52. Ellis, J. G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Acute Insomnia. *Sleep Medicine Clinics* **14**, 267–274 (2019).

53. Baglioni, C. *et al.* The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res* **29**, (2020).

54. Riemann, D. *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* **26**, 675–700 (2017).

55. Ohayon, M. M. & Roth, T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *Journal of Psychosomatic Research* **51**, 745–755 (2001).

VII. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate :

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

VIII. RESUME

Mots clés : insomnie ; sujet âgé ; hypnotiques ; benzodiazépines

Contexte :

Les sujets âgés sont une population particulièrement à risque de développer une insomnie en raison du développement d'une fragilité.

Les troubles du sommeil constituent un syndrome gériatrique auquel le praticien doit être sensibilisé. L'optimisation des connaissances et des pratiques médicales est essentielle afin d'envisager des mesures préventives et thérapeutiques adéquates.

Selon les dernières recommandations européennes de l'insomnie, le traitement le plus efficace de l'insomnie est la thérapie cognitive et comportementale. Malgré cela cette thérapie est cependant encore peu sollicitée et cela au détriment d'une surutilisation de médicaments hypnotiques malgré un ratio qualité de sommeil/effets indésirables défavorable.

L'objectif de cette étude est d'observer l'impact d'une formation des médecins à la prescription des hypnotiques sur les niveaux de prescription en milieu hospitalier chez les sujets gériatriques dans la prise en charge de l'insomnie.

Méthodes :

L'étude était prospective, monocentrique, sur une période de quatre mois, avec recueil factuel des données portant sur les pratiques des médecins via le dossier médical patient informatisé. La population étudiée était constituée des malades gériatriques âgés de plus de 70 ans, hospitalisés dans plusieurs services hospitaliers du CHU de Nice. Étaient exclus de l'étude, les patients hospitalisés dont les médecins étaient absents à la formation.

Création d'un recueil de données des caractéristiques de la population et des prescriptions d'hypnotiques une semaine avant formation.

Réalisation une semaine après d'une formation sur la prise en charge de l'insomnie et bon usage des hypnotiques chez le sujet âgé à un total de 34 médecins.

Recueil des données à 15 jours, un mois et trois mois après formation.

Le critère de jugement principal était l'évolution du taux de prescription des hypnotiques après formation à la bonne prescription des hypnotiques. Comparaison des pourcentages de prescription une semaine avant formation, à 15 jours, un mois et trois mois après formation.

Résultats :

840 patients gériatriques ont été inclus (232 avant formation et 608 après formation).

On observe une baisse graphique du taux de prescription des hypnotiques (toutes classes confondues) avec un taux à 61,1% à quinze jours après formation, 56,3% à un mois de la formation et 58,2% à trois mois après formation contre 67,2% initialement, une semaine avant formation. Cette baisse n'est cependant pas statistiquement significative entre les quatre périodes.

Après formation, on observe une baisse graphique de la prescription des benzodiazépines et des molécules apparentées aux benzodiazépines mais là encore cette baisse n'est pas statistiquement significative par rapport à la période de référence avant formation.

Conclusion :

Après formation, le traitement intra-hospitalier de l'insomnie chez le sujet âgé n'était pas modifié : benzodiazépines et Z-drugs restaient trop souvent et trop longtemps prescrits. Il est indispensable de généraliser et de promouvoir l'accès de la thérapie cognitive et comportementale pour le traitement de l'insomnie. Il convient de réévaluer l'application de ces recommandations chez le sujet âgé régulièrement tant à l'hôpital qu'en ambulatoire.

SUMMARY

Keywords: insomnia; elderly; hypnotics; benzodiazepines

Context:

The elderly is a population particularly at risk of developing insomnia due to the development of frailty.

Sleep disorders constitutes a geriatric syndrome to which practitioners must be aware.

Optimizing medical knowledge and practices are essential in order to consider appropriate preventive and therapeutic measures.

According to the latest European insomnia guidelines, the most effective treatment for insomnia is cognitive and behavioral therapy. However, this method of therapy is not used sufficiently and this to the detriment of an overuse of hypnotic drugs despite an unfavorable quality of sleep / adverse effects ratio on patients.

The objective of this study is to observe the impact of the training on hypnotic prescriptions made by doctors who have received the training, in geriatric subjects in the management of insomnia.

Methods:

The study was prospective, single-center, over a period of four months, with factual collection of important data on the practices of physicians via the computerized patient medical record. The study population consisted of all geriatric patients over the age of 70, hospitalized in several hospital departments of the university hospital center of Nice. Patients of the doctors who were absent at the training were excluded of the study.

One week before training, the full data was collected with the characteristics of the population and their hypnotic prescriptions.

One week after, the training was conducted on a total of 34 physicians on the management of insomnia and proper use of hypnotics on the elderly people.

Then, we carried out the data collection at 15 days, one month and three months after the training date.

The primary endpoint was to assess the change of the hypnotics prescription rate after the training on the correct prescribing of hypnotics. Comparison of prescription percentages one week before training, 15 days, one month and three months after training.

Results:

840 geriatric patients were included (232 before training and 608 after training).

We observe a graphical drop in the hypnotics prescription rate (all classes combined) with a rate of 61.1% at two weeks after training, 56.3% at one month of training and 58.2% at three months after training against 67.2% of having a week before training. However this decrease is not statistically significant between the four periods.

After training, there is a graphical decrease in the prescription of benzodiazepines and Z-drugs but here again this decrease is not statistically significant compared to the reference period before training.

Conclusion:

After the training, the treatment of insomnia of elderly hospitalized patients was not changed: the benzodiazepines and Z-drugs were prescribed too often and for too long. There is a need to expand and promote access to cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia. The application of these recommendations should be re-evaluated in aging subjects on a regular basis, both in hospital and on an outpatient basis.