



HAL
open science

Étude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques-en-Z par les Médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure

Guilherm Jeannin

► **To cite this version:**

Guilherm Jeannin. Étude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques-en-Z par les Médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04913524

HAL Id: dumas-04913524

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04913524v1>

Submitted on 27 Jan 2025

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

JEANNIN Guilherm

Né le 02/11/1995 A Mont-Saint-Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 05 Décembre 2024

**Etude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques-en-Z
par les Médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure**

PRESIDENT DU JURY : Pr Matthieu SCHUERS (PU-MG)

DIRECTRICE DE THESE : Dr Isabella MARINO (AUMG)

MEMBRE DU JURY : Dr Frédéric RENOU (MCA-MG)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024 - 2025

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie

Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques

Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif de gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury qui ont généreusement accepté de juger ce travail :

- Merci au **Pr Mathieu SCHUERS** de m'avoir fait l'honneur d'être le président du jury
- Merci au **Dr Frédéric RENO** de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse
- **A Isabella**, merci beaucoup d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir fait confiance pour ce travail. Pour ton accompagnement, ton écoute et la rigueur que tu as su m'insuffler tout en laissant parler ma touche personnelle sur cette thèse. J'espère pouvoir garder cette envie d'apprendre et de rechercher, et tu y auras contribué.

A ceux qui ont participé à ma formation :

- **A Philippe**, maître de stage, ami puis confrère également aujourd'hui, pour cette joie de pratiquer la médecine au quotidien, dans sa légèreté, sa complexité comme dans sa rigueur. Pour ton plaisir d'accompagner chaque patient et de les retrouver chaque jour que j'admire beaucoup.
- **A Baptiste**, pour toutes ces GEP et ce foisonnement de réflexion. Pour ce goût d'apprendre de s'améliorer sans cesse.

A ma famille :

- **A ma grand-mère**, Amy pour les intimes, pour tous ces souvenirs gravés, de cette enfance à la maison, ces vacances à barouder, de Carnac aux châteaux de la Loire jusqu'au bord de Lac de Serre-Ponçon, que l'on ne quittera plus jamais. Pour tout cet amour inconditionnel que tu m'as offert, ce soutien permanent et cette présence dans les moments difficiles. Pour toutes ces valeurs d'accueil, de gentillesse envers moi, ce rayonnement au quotidien et cet entrain légendaire. Pour tout cet amour du don et de l'ouverture vers les autres qui m'aura profondément bouleversé et écrit la personne que je veux devenir aujourd'hui et celle de demain. Pour cette envie que tu puisses enfin couler des jours paisibles, malgré toutes les difficultés et les imperfections de chacun, et aujourd'hui c'est à moi d'être présent.
Je t'aime et je te dédie cette thèse.
- **A mon grand-père**, Papy Claude également pour les intimes, qui m'aura fait découvrir ce milieu médical qui me parle autant aujourd'hui et me passionne un peu plus chaque jour.
- **A Nolwenn**, présente depuis bientôt 26 ans (et oui). Pour ta force de caractère, ton incroyable présence et disponibilité pour les autres, pour ta bienveillance et ta présence d'esprit dans les moments difficiles. Pour ton parcours et ta persévérance hors du commun, et je sais déjà que le plus beau reste à venir. Pas de bisous, promis, mais juste un je t'aime du fond de mon cœur. Je te dédie cette thèse à toi aussi.

- **A Juliette, ou Ju' bien sûr, pour ta force tranquille, ton sourire et ta bonne humeur constante malgré les moments plus compliqués. Pour cette complicité que je me découvre avec toi de plus en plus, pour une personne que je n'ai pas pris le temps de mieux connaître à sa juste valeur. Hâte de pouvoir corriger tout ça très bientôt.**
- **A Hélène et Anne, 2 tantes d'exception, pour votre force incroyable et inspirante, pour votre philosophie de vie, vos combats et vos valeurs de dévotion qui m'inspirent encore aujourd'hui.**
- **A mes chers cousins et cousine, pour votre tendresse, pour votre accueil infatigable et pour tous ces indélébiles souvenirs d'enfance, plus sobres, aux souvenirs plus récents, un peu moins sobres, mais toujours aussi marquants et gravés dans ma mémoire :**
 - o **A Nicolas, pour tous ces fous rires et ces discussions pendant tant d'années et pour la magnifique vocation que tu as su trouver.**
 - o **A Quentin, barman expérimenté et futur marié, pour ces mêmes fous rires, ta générosité, tes innombrables accueils et ta bonne humeur d'exception.**
 - o **A Noémie, la meilleure kinésithérapeute de Paris, et de Lyon désormais, pour ton entrain inébranlable et ta gentillesse rare. Pour le plaisir immense de se retrouver à chaque fois.**
 - o **Et à tous les autres, pour tous ces souvenirs, ces inoubliables Noël ensemble et autres cousinades. Au Bonheur de voir la famille s'agrandir chaque jour.**
- **Et à ma mère, Valérie et mon Beau-père, Franck, pour votre présence pendant toute ces années jusqu'à la thèse malgré les embuches.**

A l'équipe de randonnée - karaoké

- **A Rodolphe, pour ces bientôt 15 ans d'innombrables souvenirs, ta force tranquille, ton intelligence sociale et humaine, ton extraordinaire écoute et bienveillance dans les moments heureux comme les plus douloureux. A défaut de suivre ton rythme sur les voies d'escalades, je garde la cadence sur les GR, pour encore le plus d'années possible je l'espère.**
- **A Simon, grimpeur solide, pour ta persévérance, ta richesse humaine, pour l'authenticité de tes relations, ton écoute et ta présence sans faille dans les moments qui comptent.**
- **A Quentin, chef d'orchestre de karaoké d'exception, pour ton amour du vivre ensemble, ton humour à toute épreuve et ta finesse d'esprit. Et pour ton superpouvoir de savoir capturer chaque instant pour en faire quelque chose d'iconique.**

Aux amis de lycée :

- **A Maxime, le meilleur notaire du plateau. A ces vacances au Lac, à ta force de caractère, ta rigueur et cette persévérance exemplaire qui t'ont conduit là où tu voulais aller.**

- A Fannie, pour tous ces souvenirs de lycée, des anniversaires jusqu'aux sentiers de Bruxelles à Copenhague. Pour une très belle personne, qui trouvera sa voie je ne n'ai aucun doute.
- A Maïlys, globe-trotteuse américo-norvégio-bretonne, pour ta tendresse, ta gentillesse et ton écoute qui aura su être si précieuse. « Takk for alt, sees snart i Norge ! »
- A Maroushka, pour ta bienveillance, tes valeurs d'accueil, et pour cette super maman que tu es
- Et évidemment à Guillaume, papa aimant, dévoué et attentionné, pour ta persévérance hors du commun, ton engagement sans faille envers les autres. Une force de la nature et un avenir qui n'appartient qu'à toi et avec lequel tu feras des miracles.
- Une pensée pour Nelliel, pour ton sourire solaire et tous ces moments de joie que offre à tes parents mais aussi à nous tous.

A toutes les rencontres de médecine :

Aux piliers de la caravane

- A Camille, pour l'authentique coup de foudre d'amitié, pour ton humour de tous les instants, ton bagout, tous ces petits instants indélébiles et ces soirées chacune légendaire à leur façon. Pour tout cet amour si inspirant que tu sais offrir aux autres.
- A Melvin, pour l'homme le plus drôle du monde, pour ton humour inégalable et aux innombrables délires dont tu as le secret, ta gentillesse, pour tous les souvenirs incroyables que tu as su nous écrire.
- A Aymerick, grand urgentiste, pour tous ces instants partagés de l'intégration, à Chorges, jusqu'à Biscarosse et même dans l'antre des Urgences, pour ton phlegme, ta force tranquille, et ton optimisme indestructible.

- A Gautier et à Maxime, pour tous ces souvenirs, de la salle de sport, aux soirées d'inté', aux matchs à la triloc jusqu'aux inoubliables voyages au bord de Lac.

- A Pénélope, partenaire d'inté tout terrain, pour ta bonne humeur constante, ta gentillesse et ces incalculables baroudages entre les abrs et les revues. A tout le bonheur à venir pour toi et Edouard.
- A Maureen, votre psychiatre préférée, pour ta force de caractère et ta profonde bienveillance.
- Et aux tous les autres, Roussel, Hugo, Lucie, Yohann, Mulan, Charlène, Tessy, Stellina, Solène, Céline, Maud, Chanel.

Pour ces instants qui m'auront profondément marqué, avec chacun d'entre vous.

A la Brigade du ventre :

- A Julien, frère de MIP et de Chorges, guitariste de renommée, gamer émérite, confectionneur de cookies d'exception. Pour ta candeur, ta bienveillance et la

passion que tu dégages pour ce que tu aimes. Et à ta légendaire et délicieuse pointe de rage que l'on adore (oups).

- A Majdou, la malice toujours porteuse de bonnes idées, à ta bonne humeur indestructible, ton entrain, ta gentillesse et tous ces innombrables conseils dont tu as le secret.
- A Robin, frère des urgences, frère de la fonte, pour cette émulsion à chaque discussion, ton intelligence humaine et sociale et ta disponibilité à chaque fois dans les bons comme les mauvais moments et pour n'importe quel nouveau plan.
- A Camille, votre neurologue préférée, pour ta bonne humeur contagieuse, ta légèreté et simplicité en toute circonstances et ta présence pour les autres. Et tes impeccables goûts vestimentaires évidemment.

A tous ces baroudages culinaires à venir, partout dans le monde, et je le souhaite pour le plus longtemps possible.

Aux Med Gé de l'amour :

- A Benjamin, Ben pour les intimes, pour ce foisonnement de discussions, ton bagout intarissable, ta générosité autant au bar qu'avec les cartes et ce gout des rencontres et de la soirée inégalé (sans aucun forcing bien entendu).
- A Abigaël, Abi pour les intimes, pour ton écoute et ta bienveillance, pour ta générosité dans ton accueil comme dans chacune de nos (très nombreuses) soirées.
- A Juliette, pour toutes ces discussions si riches, ces soirées depuis près de 10 ans, vos accueils dans votre chez-vous et ces vacances en Croatie... Enfin en Bourgogne (encore mieux).
- A Rayan, pour un partenaire de soirée infatigable et joueur hors pair à chaque jeu, pour ta bonne humeur de tous les jours, ta candeur et ton sens de l'écoute. Pour le sbarbecue aussi (Cf ci-dessus)
- A Margot, pour ta bienveillance née, ta richesse humaine et de compréhension et pour ton attention en toutes circonstances. A tous vos beaux projets à venir avec Lucas.
- A Guillaume, Guiguiche, pour ta volonté et ta rigueur à toute épreuve, ta profonde humanité et l'incroyable engagement que tu mets dans chacune de tes envies et de tes convictions.

- A Antoine, Alice et Jérémie, pour tous ces précieux souvenirs

Aux Amis d'internat

- A la team des myocardites à CoVid 2020-2021, Alexis, Flotor, Margot, Coralie, Lucie, Ludivine, Sophie, mais également Solène et Maxence, pour la solidarité et tous els moments passés ensemble. Vous aurez su transformer ces semestres d'internat plein d'embuches en souvenirs plein de nostalgies.
- A la MIP 2022, Antoine, Paul, Anne-Clémence et Elise, pour la solidarité et les instants mémorables malgré ces dures horaires !

Une pensée également

- **A Anne-Caroline, ou Caro, maman sourire et partenaire de PACES. Pour ces révisions jusque tard le soir, pour avoir su me tirer vers le haut, pour nos rires et notre solidarité qui aura transformé ma PACES d'enfer à (presque) joyeux souvenir.**
- **Pour Soizic et Eric, pour votre accueil, votre générosité extraordinaire qui m'aura énormément inspiré pour la personne que je suis aujourd'hui, et votre incroyable chaleur humaine pendant ces 2 années à vos côtés et même après. Vous garderez une place toute particulière dans mon cœur.**
- **Ainsi qu'à Laura et Alban, pour votre générosité et votre authentique présence pour les autres. Je garderai précieusement mes souvenirs avec vous.**

AVANT PROPOS

Cette thèse classique s'accompagne d'une **version sous forme d'article**, rédigé dans la perspective d'une publication dans la revue *Exercer*. Le résumé a été soumis au congrès CMGF pour une communication orale.

Ce travail de thèse a été réalisé dans une **volonté d'exhaustivité** et de **pédagogie**. La **version article de ce travail** en est une **version synthétique**, plus accessible et appréhendable pour l'utiliser comme une source bibliographique !

Pour l'introduction, chacune des 4 grandes parties est étudiable individuellement et indépendamment ! Rien ne vous oblige à lire l'histoire du VALIUM ou le cout des hypnotiques en 2024 quand vous vouliez juste savoir écrire correctement le mot « Déprescription ».

Chaque partie se veut une revue de chaque point, à visée avant tout pédagogique pour tout lectrice ou lecteur courageux.

Pour les résultats et la discussion, là encore, cette thèse s'inscrit dans une démarche d'exhaustivité. Cependant le **tableau du modèle explicatif** a été **réfléchi également pour une table des matières**... Référez-vous au tableau pour aiguiller au mieux votre œil dans la discussion. Ou bien se référer à la version article bien sûr !

En espérant que cette lecture vous apportera le plus de connaissances possibles ! Enjoy...

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ICSD-3 : *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition*

PSQI : *Pittsburgh SleepQuality Index*

EEG : Electro-encéphalogramme

GABA : *Acide γ -aminobutyrique*

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

BZD : Benzodiazépine

ANSM : Agence national de Sécurité du médicament

SNC : Système nerveux central

ECAB : Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines

ATC : (classification) anatomique, thérapeutique et chimique

MeSH : Medical Subject Headings

SFTG : Société de formation thérapeutique aux généralistes

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CMM : Consultations à Motifs Multiples

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

Table des matières

I. INTRODUCTION	23
1. L'Insomnie comme problème de santé	23
2. Prise en charge de l'insomnie	29
3. Du bon usage des Hypnotiques en Z	36
4. La Déprescription en Médecine générale	42
5. Question de recherche	46
II. MATERIEL ET METHODES	47
1. Choix de la méthode de recherche	47
2. Population étudiée	47
3. Analyse des données	49
4. Critères de qualité	50
III. RESULTATS	53
1. Période et lieu de réalisation des entretiens	53
2. Arbre de Codage	54
3. Méthodes de Déprescription	56
1) Statut et Position générale du Prescripteur	56
2) Démarche Réévaluative	59
3) Conceptions et Dimension Emotionnelle	62
4) Relation Médecin-Malade	66
5) Sevrage – Epargne Médicamenteuse	70
6) Gestion temporelle	74
7) Education thérapeutique et Empowerment	76
8) Aides extérieures	82
9) Impasses - Mécanismes pragmatiques	84
10) Conditionnement positif	88
11) Optimisation des Connaissances	90
IV. DISCUSSION	93
1. Choix de la méthodologie et de la population	93
2. Définitions - Sémantique	94
3. Résultats principaux	94
4. Discussion des principaux résultats et comparaison à la littérature	95
1) Chez les médecins	95
2) Chez les patients	104

3) Autres interlocuteurs et possibilités	109
4. Forces et limites de l'étude	111
5. Perspectives	112
V. CONCLUSION	114
VI. BIBLIOGRAPHIE	115
VII. ANNEXES	122
VIII. Résumé	131

I. INTRODUCTION

1. L'Insomnie comme problème de santé

1. Définition

L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil, cependant sa définition précise n'est pas aisée. En effet l'insomnie ne correspond pas à une structure "pathologique" du sommeil. Il s'agit d'un ressenti subjectif qui recouvre les difficultés d'endormissement, les réveils nocturnes fréquents ou un réveil trop précoce sans possibilité de se rendormir, ou encore un sommeil non récupérateur (1)

Les définitions diagnostiques sont citées plus bas dans cette partie.

2. Epidémiologie

L'insomnie est une entité pathologique parmi premier parmi les troubles du sommeil en termes de fréquence. Selon l'étude ECOGEN, réalisé en 2014, les troubles du sommeil font partis des motifs les plus courants en médecine générale. Ils représentaient le 9^{ème} motif le plus courant, dont le 2^{ème} plus courant des motifs non cardiovasculaire ou pulmonaires (2).

Entre 30 et 50 % des adultes en France ont déclaré la présence d'un trouble du sommeil, tandis qu'en utilisant une classification plus stricte comme celle du Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders ou DSM, la prévalence de l'insomnie concernait entre 15 et 20 % de la population. Les femmes déclaraient systématiquement plus de troubles du sommeil que les hommes. Les troubles du sommeil étaient associés à un absentéisme et à des arrêts de travail. La comorbidité avec les troubles anxio-dépressifs a été mise en évidence dans plusieurs études (3).

Cependant l'épidémiologie des troubles du sommeil se heurte à d'importantes disparités, du fait notamment de l'hétérogénéité de la définition des troubles.

3. Diagnostic

Le diagnostic de l'insomnie se décline et s'entrecoupent selon les classifications et les sociétés savantes. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), l'insomnie se définit comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches (4).

Une autre classification, celle de la 5^{ème} version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM-V, nous propose une description plus exhaustive des critères diagnostiques.

L'insomnie est y est définie par une plainte subjective d'un sommeil difficile à obtenir, insuffisant, perturbé ou non récupérateur, accompagné de symptômes diurnes (modifications de la vigilance, troubles du comportement ou de l'humeur...), au moins trois fois par semaine, quel que soit l'âge. Elle est considérée comme chronique au-delà de 3 mois et est ou non accompagnée de comorbidités. Il faut rechercher les comportements de sommeil inadaptés et les diagnostics différentiels, en premier lieu les troubles de l'horloge (avance ou retard de phase, syndrome hypernyctéméral...) (5).

Tableau 9.1. Critères diagnostiques du trouble d'insomnie chez l'adulte selon le DSM-5.

<p>A. La plainte principale est une insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil, accompagnée d'un ou plusieurs des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – difficulté à initier le sommeil; – difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des éveils fréquents ou problèmes à se rendormir après un éveil nocturne; – réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir.
<p>B. Les difficultés de sommeil causent une détresse importante ou une perturbation du fonctionnement diurne avec un ou plusieurs des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fatigue ou manque d'énergie; – somnolence diurne; – difficultés cognitives (ex. : attention, concentration, mémoire); – perturbation de l'humeur (ex. : irritabilité, dysphorie); – problème occupationnel ou académique; – problème interpersonnel ou social.
<p>C. L'insomnie est présente au moins trois nuits par semaine</p>
<p>D. L'insomnie est présente au moins pour une durée de trois mois</p>
<p>E. Les difficultés de sommeil sont présentes en dépit de circonstances adéquates pour dormir</p>
<p>F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée ou ne se présente pas exclusivement dans le cadre d'un autre trouble du sommeil, ou un autre trouble médical ou psychiatrique; et n'est pas attribuable aux effets d'une substance ou d'une médication.</p>

Source : American Psychiatric Association, DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson, 2016.

Figure 1 : Critères diagnostiques de l'insomnie selon l'échelle DSM-V

Parmi les classifications existantes, la 3^{ème} version de la classification internationale des troubles du sommeil ICSD-3, révisée en 2014, présente les mêmes critères que celle du DSM-V, et a été retenue en raison de sa relative simplicité et de son caractère opérationnel.

Cette dernière rajoute la description de 7 sous-types d'insomnie :

- o Insomnie d'ajustement : transitoire (facteur de stress)
- o Insomnie psychophysiologique (état d'hypervigilance)
- o Insomnie paradoxale (pas de troubles objectifs)
- o Insomnie idiopathique (stable depuis l'enfance)
- o Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate (écran, smartphone...)

- o Insomnie secondaire à une pathologie mentale et/ou physique (asthme, dépression, douleurs chroniques, hyperthyroïdie)
- o Insomnie secondaire à une intoxication (toxique, médicamenteuse,...)(6)

Sur le plan des pathologies fréquemment en cause, nous retrouvons le syndrome d'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos et les troubles anxio-dépressifs.

Sur le plan des insomnies iatrogènes, les médicaments les plus fréquemment en cause sont les amphétaminiques tels que la BUPROPRION, le Méthylphénidate, les antidépresseurs, les antiparkinsoniens, les Béta bloquants, les corticoïdes et la théophylline

Les troubles du sommeil sont parfois liés à un syndrome de sevrage du fait d'une dépendance à un médicament ou à une autre substance psychotropes tel que le cannabis (7).

Lors d'une suspicion d'insomnie à l'interrogatoire, il peut être proposé la réalisation d'un agenda du sommeil, dans le but d'étudier entre autres les habitudes de sommeil (8). L'utilisation de questionnaires complémentaires tel que le *Pittsburgh Sleep Quality Index* ou PSQI est également possible pour affiner le diagnostic (9).

Parmi les examens paracliniques, une autre option correspond à l'actimétrie, dont la finalité est de déterminer le rythme repos/activité d'un sujet, ce qui donne des indications sur le rythme veille/sommeil (avance ou retard de phase, rythme irréguliers) sur plusieurs jours. Cette méthode est complémentaire de la première, en ce sens qu'elle étudie avant tout les manifestations nocturnes, tandis qu'un agenda du sommeil explore d'avantage le vécu quotidien, notamment diurne (10)

Il en ressort que l'observation clinique doit porter sur l'ensemble du cycle sommeil-éveil est non pas exclusivement sur l'induction d'endormissement, et d'autre part, que la notion même d'insomnie repose sur la plainte ou la description du patient. Ce caractère subjectif des troubles nécessite une analyse diagnostique particulièrement attentive, d'autant que les enregistrements du sommeil ne constituent pas une indication pour le diagnostic de l'insomnie (4).

4. Physiopathologie

L'insomnie chronique serait liée à un problème de régulation entre les mécanismes de veille et de sommeil. Différents biomarqueurs associent l'insomnie à état « d'hyper-éveil », caractérisé par une activité accrue du système nerveux central et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Cet hyper-éveil empêcherait le patient de basculer vers le sommeil, et dans le cas où il survient, le sommeil lent reste essentiellement au stade léger, favorisant les éveils nocturnes. Cette hypothèse est corroborée par les techniques d'imagerie fonctionnelle qui décrivent un métabolisme glucidique accru au niveau cérébral, de même qu'une diminution de l'activité cérébrale GABAergique.

Sur le plan moléculaire, aucun neurotransmetteur ou molécule endogène ne semble spécifiquement responsable de la physiopathologie de l'insomnie. Quelques résultats ont permis d'incriminer les systèmes GABAergique (acide gamma aminobutyrique), sérotoninergique ou du cortisol, mais aucun ne semble précisément et isolément impliqué dans l'insomnie.

L'insomnie se décrit comme une entité multiforme, dont les mécanismes pourraient être spécifique à chacune d'entre elle. Ainsi, l'insomnie des personnes dépressives pourrait par exemple constituer une entité particulière, et comprendre les mécanismes liant les deux pathologies pourrait apporter une meilleure connaissance fondamentale sur ces troubles. En outre, certaines insomnies seraient plus probablement liées à une diminution de la capacité à s'endormir qu'à un hyperéveil. Récemment, il a aussi été proposé que l'insomnie chronique soit une conséquence d'une disparition des fluctuations moléculaires responsables de l'alternance normale entre phases de veille et de sommeil. (11)

5. Comorbidités et impact au quotidien

L'insomnie associe de manière complexe les composantes somatiques, psychologiques et neurobiologiques. Il en résulte des conséquences multiples aux court, moyen et long terme. Au quotidien, l'insomnie se traduit par une irritabilité, des difficultés de concentration, mais aussi par une somnolence diurne avec des conséquences importantes sur le plan individuel (prise de poids, hypertension, majoration du risque d'infection, difficultés d'orientation,

d'apprentissage, de mémorisation...), mais également collectif (absence au travail, risque d'accident...).

L'insomnie aggraverait les symptômes de maladies somatiques ou psychiatriques associées (douleurs chroniques, hypertension, dépression...). (11)

Une revue de la littérature australienne réalisé en 2013 rappelait que l'insomnie double le risque de développer une dépression, et que les symptômes d'insomnie ainsi qu'un sommeil raccourci sont associés à l'hypertension artérielle(12). Une méta-analyse de 2017 va également dans ce sens (13).

2 études italiennes se sont penchées également sur le sujet de la comorbidité associée à la mauvaise qualité de sommeil :

- Une étude de cohorte transversale de 2013 démontrait qu'une mauvaise qualité du sommeil était associée de manière significative à la résistance chez les femmes hypertendues, indépendamment des facteurs confondants cardiovasculaires et psychiatriques. (14)
- Une revue de littérature de 2021 étudiant l'aggravation de la qualité de vie de la population italienne au décours de la première vague de CoVid-19, mettant en évidence qu'une mauvaise qualité de sommeil était plus fréquemment associé à des comportements tel que la consommation de tabac, d'alcool, de nourriture malsaine ou encore un arrêt de l'activité physique, notamment en réaction à des situations de stress, que le reste de la population (15)

Les comorbidités sur la santé mentale sont également associées. Une revue narrative de 2022 s'est intéressée aux implications cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques de l'insomnie comorbide sur les troubles de l'humeur, de l'anxiété et les troubles psychotiques. L'insomnie peut jouer un rôle important en tant que facteur de risque, condition comorbide et symptôme transdiagnostique pour de nombreux troubles mentaux, notamment les troubles de l'humeur/anxiété et la schizophrénie. Cette dernière peut également devenir un marqueur de perturbation de la neuroplasticité cérébrale, contribuant à la dérégulation de différents mécanismes neurobiologiques impliqués dans ces différentes conditions mentales (16).

2. Prise en charge de l'insomnie

Les recommandations de la HAS en date de 2006 sont synthétisées dans le schéma ci-après :

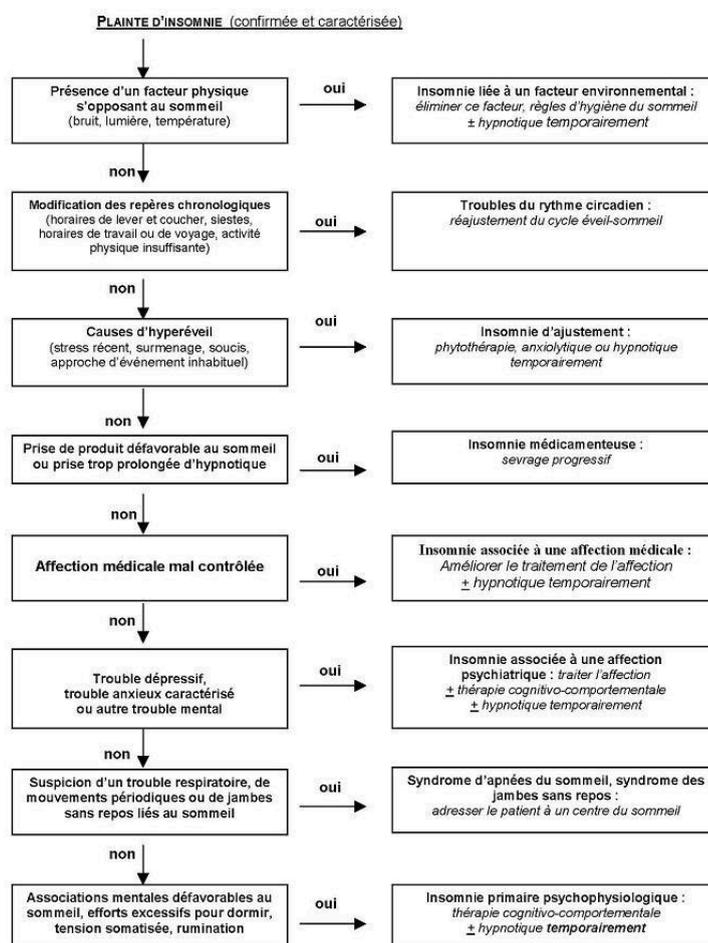


Figure 2 : Arbre décisionnel de la prise en charge de l'insomnie selon la HAS

La prise en charge d'un patient souffrant d'insomnie justifie une attention spécifique au contexte de vie et d'activité, à l'ensemble du cycle veille-sommeil, aux pathologies éventuellement associées. Il y est stipulé que la prescription d'hypnotiques, même justifiée, ne doit pas être banalisée (4).

Avant toutes thérapeutiques, le **traitement étiologique** est à prioriser dans tous les cas où il est possible.

1. Prise en charge non pharmacologique

Hygiène du sommeil

La reprise des règles d'hygiène du sommeil correspond au traitement de première intention (17). De facto, diverses mesures quotidiennes visent à rétablir une sensation de bon sommeil, notamment (18), (7) :

- Dans la mesure du possible, adopter des horaires de coucher et de lever réguliers

Le jour :

- S'exposer suffisamment à la lumière en journée, si possible à la lumière naturelle.
- Prendre ses repas à horaires réguliers, sans négliger le petit-déjeuner.
- Eviter la consommation de stimulants (café, thé, boissons contenant de la caféine), en particulier dans les 4 à 6 heures qui précèdent le coucher
- Limiter la consommation d'alcool : l'alcool aide parfois à s'endormir, mais il provoque des réveils nocturnes
- Eviter les repas abondants avant le coucher, en revanche, une légère collation est susceptible d'aider à l'endormissement
- Eviter une activité physique intense dans les heures qui précèdent le coucher, pas après 17 heures (une activité physique soutenue dans la journée est favorable au sommeil).

Avant le coucher :

- Pour la personne âgée : retarder le plus possible le sommeil
- Faire de la chambre un lieu propice au sommeil : réduire les bruits ou porter des bouchons d'oreille, faire l'obscurité, régler le chauffage à un niveau agréable, veiller à la qualité du couchage

La nuit :

- Réserver le lit au sommeil

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes trop longues (> 1 heure) ou trop tardives (après 16 heures), et cela même après une mauvaise nuit de sommeil ;
- Ecarter les écrans de la chambre (téléphone, télévision...)
- En cas d'éveil nocturne :
 - o Limiter les sources de lumière
 - o Eviter de consulter l'heure
 - o Ne pas rester trop tard au lit sans dormir
 - o Prévoir des activités calmes

Psychothérapies

La **thérapie cognitivo-comportementale** ou **TCC** est une thérapie active centrée sur le problème, l'insomnie, dans le cadre de ce travail. Elle vise à modifier les comportements inadaptés par une approche comportementale, agir sur les pensées dysfonctionnelles par une restructuration cognitive et sur les émotions par plusieurs approches (18).

La TCC appliquée à l'insomnie nécessite de prendre en considération les facteurs de vulnérabilité, précipitants et d'entretien de l'insomnie. Elle s'articule autour de l'hygiène de sommeil et s'associe à d'autres psychothérapies en interaction étroite avec du travail cognitif et du travail comportemental se déclinant en plusieurs éléments (18) :

- La **restriction de sommeil** et le **contrôle du stimulus**. (7)
- Et enfin de la **relaxation**, comprenant relaxation musculaire progressive, training autogène ou encore biofeedback (4)

La TCC : une approche à composante multiple pour répondre aux facteurs perpétuant l'insomnie

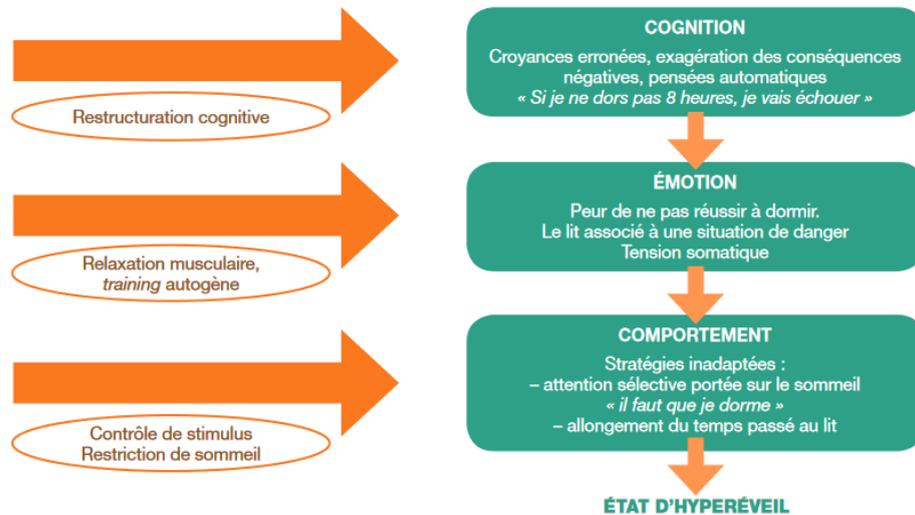


Figure 3 : Modèle cognitif de l'insomnie selon Harvey (18)

La TCC demeure à ce jour l'approche thérapeutique la plus validée et adaptée dans la prise en charge de l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités. Son efficacité a été démontrée sur le court, moyen et long terme, associée à un niveau de preuve élevé.

Elle comporte néanmoins de multiples limites, la principale étant liée à l'accessibilité de cette prise en charge. En ce sens, le nombre de soignants formés à la TCC est faible comparé à la prévalence de l'insomnie. La principale explication serait le modèle de financement associé au paiement à l'acte, ne comprenant pas le temps de consultation dédié, décrit comme peu encourageant pour les médecins pouvant prescrire ces thérapeutiques (7) (19).

Elle se confronte à la nécessité d'un investissement important de la part du patient, et celle du soignant en termes de temps de formation et de durée de consultation. Pour faire face à cette contrainte, différentes solutions sont proposées (TCC en groupe, utilisation des méthodes comportementales par des soignants non formés) (18).

Autres :

- **ACUPUNCTURE** : Selon une méta-analyse de 2012, il semble exister un effet positif sur la qualité du sommeil, et seuls des effets indésirables mineurs ont été observés.

La faible qualité méthodologique et l'hétérogénéité des études ne permettent cependant pas de conclure (18).

- **HYPNOSE / HYPNOTHERAPIE** : Une étude qualitative phénoméno-pragmatique de 2020 se penchait sur son intérêt et l'usage de l'hypnose pour traiter les troubles du sommeil chroniques par des médecins généralistes hypnothérapeutes en Ile-De-France. Il en ressortait que les patients déclaraient régulièrement avoir observé une amélioration de leur sommeil, que la prise en charge soit spécifique ou non. Cependant les médecins remarquaient des difficultés d'évaluation et aucune étude de puissance suffisante n'a démontré ce résultat. Il était décrit au demeurant que l'hypnose avait une place importante dans la pratique des médecins et qu'elle permettrait une approche globale, personnelle et professionnelle, dont les bénéfices dépassent la simple question de l'efficacité vis-à-vis de la plainte du patient. Les contraintes de temps et financières induites par le manque de reconnaissance de la pratique étaient les principaux freins exprimés (20).
- **LUMINOTHERAPIE** : La luminothérapie a prouvé son efficacité dans les troubles circadiens et les troubles de l'humeur (21). Cependant, le protocole d'un éventuel usage thérapeutique pour l'insomnie chronique restait à définir. Une revue systématique de 2019 publiée dans la revue EXERCER concluait que la luminothérapie entraînerait une moindre amélioration de l'insomnie chronique dans les mesures objectives du sommeil et une plus grande amélioration dans les mesures subjectives du sommeil et de la qualité du sommeil, et que la luminothérapie pourrait être envisagée en association à d'autres thérapeutiques en soins premiers (22).

2. Prise en charge pharmacologique

PHYTOTHERAPIE

Dans les troubles du sommeil, les **extraits aqueux ou hydroalcooliques de titre faible de racine de valériane** (*Valeriana officinalis*) ont une efficacité modeste selon quelques données d'évaluation clinique, d'après la revue PRESCRIRE (7).

Diverses plantes comme le **tilleul**, la **mélisse**, l'**oranger** ou la **verveine odorante** n'ont pas d'efficacité clinique démontrée dans les troubles du sommeil, mais elles semblent sans effet indésirable notable. La prise d'une infusion avant le coucher permet de ménager un moment de détente, voire d'instaurer un rituel favorable.

Il est prudent d'éviter la **valériane sous la forme d'extraits alcooliques de titre élevé** et de poudre de plante, qui contiennent des valépotriates, suspectés de toxicité. La **ballote** semble toxique pour le foie et son efficacité n'a pas été évaluée, sa balance bénéfices-risques paraît défavorable (7)

1) Traitements non BZD

MELATONINE

La **mélatonine** participe à la régulation des rythmes circadiens et agit comme soporifique en induisant le sommeil. Elle existe sous deux formes : une forme à libération immédiate en préparation magistrale, et une forme à libération prolongée (CIRCADIN 2mg[®]) (7,18).

Dans les troubles du sommeil, la mélatonine a une efficacité incertaine au-delà de celle d'un placebo. Cependant la revue EXERCER décrit que celle-ci est validée dans les troubles du rythme circadien à type de retard de phase, tout en précisant que peu d'études l'ont évalué dans le cadre de l'insomnie, et que son efficacité reste à valider dans l'insomnie chronique. (18)

Anti-Histaminiques H1 sédatifs

Plusieurs antihistaminiques H1 bénéficient de l'indication « insomnie ». Cependant, du fait de leurs effets atropiniques ou adrénolytiques, ils demeurent déconseillés chez le sujet âgé et nécessitent des précautions d'utilisation vis-à-vis des contre-indications (7) :

- **La doxylamine (DONORMYL)**, un antihistaminique H1 sédatif, est une option en traitement court dans les troubles du sommeil. Il s'agit également d'une option chez la femme enceinte, également pour ses vertus anti-émétiques. La doxylamine expose à des effets atropiniques, des somnolences, des interactions médicamenteuses, et rend dangereuse certaines activités, dont l'utilisation de machines et la conduite de véhicules. (7)
- Parmi les autres antihistaminiques H1 cités : L'**hydroxyzine (ATARAX)**, l'**alimémazine (THERALENE)** et la **prométhazine (PHENERGAN)**, des antihistaminiques H1 du groupe des phénothiazines, ayant une balance bénéfices-risques défavorable. Outre des effets atropiniques et sédatifs, ces substances exposent notamment à des troubles du rythme cardiaque par allongement de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme (7).
- L'acéprométazine associée au meprobamate (MEPRONIZINE) est citée dans les recommandations HAS, en date de 2006, mais ne figure plus dans les récents articles de pratique (4).

2) Benzodiazépines et apparentés

A. Généralités

Les benzodiazépines ou BZD et apparentés sont les médicaments hypnotiques et anxiolytiques les plus utilisés en France. Elles possèdent des propriétés pharmacodynamiques communes liées à leurs activités GABAergiques. Elles sont toutes anxiolytiques, hypnotiques/sédatives, amnésiantes, myorelaxantes, anticonvulsivantes, et orexigènes. (23)

B. Molécules

Les benzodiazépines et apparentés ont des profils pharmacologiques différents, résumés dans le tableau ci-dessous (24)

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Nom commercial	T max	Demie-vie d'élimination
Estazolam	Nuctalon®	15 – 30'	8 – 24 h
Lormétazépame	Noctamide®	3 h	10 h
Loprazolam	Havlane®	1 h	8 h
Témazépam	Normisson®	45' – 4 h	5 – 8 h
Nitrazépam	Mogadon®	2 – 3 h	16 – 48 h
Triazolam	Halcion®	15 – 30'	1,5 – 5 h
Flunitrazépam	Rohypnol®	3 h	16 – 35 h
Apparentés aux benzodiazépines			
Zolpidem	Stilnox®	30'	1,5 – 4,5 h
Zopiclone	Imovane®	1,5 – 2 h	5 h

Tableau 1: Hypnotiques, benzodiazépines et apparentés dans l'indication "insomnie"

La HAS cite, dans ces recommandations de 2017, cinq benzodiazépines et deux molécules apparentées qui sont remboursées dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme, pour une durée de prescription de 4 semaines non renouvelable (17) :

- **Estazolam** - NUCTALON
- **Loprazolam** - HAVLANE
- **Lormétazépam** - NOCTAMIDE et génériques
- **Nitrazépam** - MOGADON
- **Zopiclone** – IMOVANE et génériques
- **Zolpidem** – STILNOX et génériques

Lorsque l'indication est posée, l'effet recherché est un endormissement rapide avec pas ou peu d'effet sur la vigilance dans la journée. Le choix se porte sur une benzodiazépine à demi-vie d'élimination courte, voire intermédiaire, et sans métabolite actif connu, tel que l'Oxazépam - SERESTA.

Lorsque la plainte de mauvais sommeil est associée à une anxiété diurne, un effet de la benzodiazépine peut être utile dans la journée aussi. Cela est possible avec l'Oxazépam - SERESTA, en ajoutant une ou plusieurs prises diurnes, ainsi que des benzodiazépines à durée d'effet plus longue telles que l'Alprazolam - XANAX ou le Lorazépam - TEMESTA (7).

3. Du bon usage des Hypnotiques en Z

1. Epidémiologie des benzodiazépines

Près de 13,4% de la population française a consommé en 2015 au moins une fois une benzodiazépine selon le dernier rapport de l'Agence nationale du Médicament ou ANSM de 2017. (25)

La France se situe derrière l'Espagne au 2^{ème} rang de la consommation des benzodiazépines en Europe, mais c'est en France que la plus forte diminution est observée entre 2012 et 2015, avec une baisse de la proportion d'utilisateurs de benzodiazépines de 12.8% sur les hypnotiques (25).

Ce sont les femmes qui consomment le plus de benzodiazépines, quel que soit l'âge. Cette prévalence augmente avec l'âge et est la plus importante chez les femmes de plus de 80 ans. (25)

Les traitements sont initiés par un médecin généraliste dans environ 82 % des cas. La durée du premier épisode de traitement est inférieure ou égale à 28 jours dans 75 % des cas et inférieure à 12 semaines dans 90% des cas. En parallèle, 15% des nouveaux utilisateurs ont eu un premier épisode de traitement d'une durée non conforme avec les recommandations, parmi lesquels environ 2% de plus d'un an (25).

En 2017, le ZOLPIDEM est la 2^{ème} benzodiazépine la plus utilisée, derrière l'ALPRAZOLAM et devant le BROMAZEPAM (25).

2. Histoire des BZD et hypnotiques

Les benzodiazépines forment une classe de médicaments, faisant partie de la famille des psychotropes. Le chlorazépine (LIBRIUM) fut la première benzodiazépine découverte dans les années 1950 puis mise sur le marché au début des années 1960 par le laboratoire Hoffman-La Roche. En 1963 fut commercialisé pour la première fois le Diazépam ou VALIUM, suite aux progrès pharmacologiques et d'isolement d'un dérivé plus actif (26).

Ce traitement a connu un immense succès aux Etats-Unis, arrivant même en tête des médicaments consommés dans les années 1970. Son succès est lié, en partie, au fait que les effets indésirables des benzodiazépines sont considérés comme moins importants que les barbituriques, médicament prescrit jusqu'alors dans les indications anxiolytiques et hypnotiques. Dans les années 1980, d'autres molécules telles que le ZOLPIDEM et le ZOPICLONE ont été commercialisées. Ainsi, aujourd'hui, vingt benzodiazépines ou apparentées sont commercialisées en France (26).

3. Physiopathologie

L'acide gamma-aminobutyrique ou GABA est un neurotransmetteur dont la synthèse se fait par des neurones localisés à plusieurs endroits dans le système nerveux central ou SNC. Le GABA constitue le neurotransmetteur inhibiteur le plus répandu dans le SNC chez l'humain. Le mode d'action des benzodiazépines consiste à potentialiser l'effet inhibiteur du GABA. (27)

Il existe au moins trois types de récepteurs GABA, soit le GABA_A, le GABA_B et le GABA_C. Toutes les benzodiazépines se lient aux récepteurs GABA_A uniquement. Ce récepteur GABA_A se présente comme une protéine composée de cinq sous-unités. Les benzodiazépines potentialisent l'effet du GABA en se liant aux sous-unités α , β et γ .

Les études plus récentes suggèrent un rôle spécifique pour chacune des sous-unités de la rosette. Par exemple, la liaison d'une benzodiazépine à la sous-unité α_1 , localisée surtout dans le tronc cérébral, favorise la sédation alors que la liaison avec la sous-unité α_2 , localisée dans le système limbique, est davantage associée à une réponse anxiolytique. Ces connaissances ont permis de mieux comprendre les propriétés sédatives des hypnotiques non benzodiazépiniques tels le ZOPICLONE, qui sont utilisés comme somnifères mais qui s'avèrent très peu efficaces comme anxiolytiques (27).

4. Bon usage des Hypnotiques

Les hypnotiques sont remboursés dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme. La durée de prescription se limite de quelques jours à 4 semaines maximum, incluant la phase de réduction de la posologie. La prescription n'est pas renouvelable (23).

Ces molécules ne trouvent pas d'indication dans l'insomnie chronique. Le bon usage implique la recherche de la plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et prescrite pour la période la plus courte. De même le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à proscrire car il n'apporte pas d'effet supplémentaire et potentialise les effets indésirables parfois graves (17).

Ces molécules sont associées à une forte iatrogénie, par leurs propriétés sédatives et hypnotiques : somnolence, de baisse des capacités à la conduite et de troubles de la concentration, risque de troubles de la mémoire, de confusion, d'ataxie et de chutes, en particulier chez la personne âgée (23).

De plus, après 2 à 4 semaines d'usage quotidien, les benzodiazépines induisent une tolérance pharmacologique. Elles sont à l'origine de pharmacodépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt. Cette iatrogénie implique un cadre rigoureux de l'usage de ces hypnotiques, dans leur prescription comme dans leur arrêt (23) (28).

Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, ne serait-ce qu'en raison d'un risque de chronicisation du trouble (17).

5. Sevrage des benzodiazépines et apparentés

De très nombreux référentiels ont été publiés pour gérer leur déprescription. On peut citer le référentiel HAS 2015 pour l'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés (29). Le site internet canadien deprescribing.org en français offre également différentes ressources documentaires pour les patients et les prescripteurs (algorithmes de déprescription) concernant l'arrêt des benzodiazépines (30)

Dès l'instauration d'un traitement, il est recommandé d'expliquer au patient la durée du traitement, les risques liés au traitement, notamment du risque de dépendance et ses modalités d'arrêt du fait de ces risques. De même chez tout patient traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD ou de médicaments apparentés (29).

L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois notamment en cas de traitement chronique. En cas d'usage chronique, les BZD créent une dépendance physique et mentale : un arrêt brutal, accidentel ou non, expose tout consommateur chronique de BZD à un syndrome de sevrage, un risque de rebond, ou à une rechute. Ce syndrome de sevrage se caractérise par des symptômes neurovégétatifs hyper-adrénergiques (avec insomnie, sueurs, tremblements, tachycardie, douleurs abdominales, agitation et confusion) et s'avère plus fréquent avec les benzodiazépines à demi-vie courte.

La prise en charge du syndrome de sevrage est décrite de manière exhaustive dans les recommandations HAS et pourra mener à une hospitalisation. (28)

La démarche comprendra des consultations avec intervention brève et évaluation de la dépendance. Le médecin traitant pourra utiliser divers outils à sa disposition, notamment l'échelle ECAB (échelle d'Évaluation Cognitive aux Benzodiazépines) (31).

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1.	Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2.	Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3.	Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4.	J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
5.	J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6.	J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
7.	Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
8.	Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
9.	Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
10.	Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

Figure 4 : Echelle ECAB selon la HAS (31)

Il s'en suivra une ou plusieurs consultations d'arrêt et de suivi, dont le rythme et la décroissance posologique découlera d'une décision partagée avec le patient. Parmi les exemples notables :

- Le référentiel HAS donne une estimation d'une diminution des posologies sur 4 à 10 semaines, puis d'un suivi rapproché d'une semaine et des consultations de suivi allant jusqu'à 6 mois. (29)
- Le schéma du site deprescribing.org cite l'exemple d'une décroissance de 12.5 à 25% de la posologie avec un rythme de suivi d'une consultation tous les 1 à 2 semaines lors de la phase de décroissance (30)

Si l'objectif de la démarche est l'arrêt, l'obtention d'une **diminution de posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable** (28) (29)

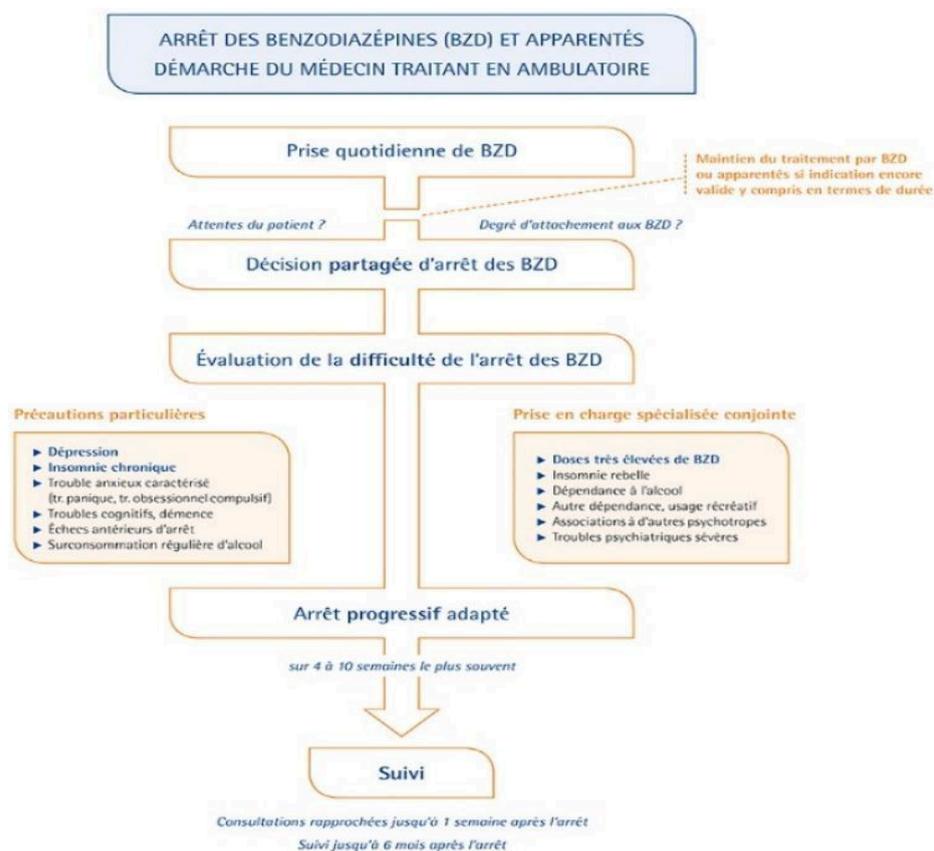


Figure 5 : Schéma de démarche de sevrage en benzodiazépine selon la HAS

Pendant la réduction des doses, le médecin programmera des consultations de suivi lui permettant entre autre d'analyser symptômes de sevrage, adhésion, observance ou encore encourager le patient (29).

La démarche pourra être multidisciplinaire, incluant médecin traitant mais également psychiatre, addictologue pour un suivi psychologique, psychiatrique ou la consommation de toxiques associée, infirmiers et autre professionnels paramédicaux pour les alternatives non médicamenteuses ou encore pharmacien pour le versant pharmacologique (29).

6. Cout financier

D'après les derniers chiffres de l'année 2024 issus des données de l'Assurance Maladie, le coût des diverses molécules employées à visées anxiolytique et hypnotique était le suivant :

Libellé ATC	Base de remboursement 2023	Nombre de boîtes remboursées 2023	Montant remboursé 2023
Anxiolytiques	104 424 410	68 039 637	83 890 927
Hypnotiques et sédatifs	93 783 125	29 395 040	55 855 235
ZOPICLONE	28 460 308	15 461 536	11 795 485
ZOLPIDEM	10 140 721	6 145 669	3 527 273

Tableau 1 : Cout financier des anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs en France en 2023

Les données sur le remboursement des hypnotiques sur l'année 2024 retrouve un coût de 33 835 14 euros de remboursement + 59 947 981 euros non remboursé avec soit un total d'environ 94 millions d'euros (32)

Plus spécifiquement, la base de remboursement s'élève à 28 460 308 euros pour le ZOPICLONE et 10 140 721 euros pour le ZOLPIDEM (33).

Ces coûts ne prennent pas en compte les effets indésirables liés à la consommation de ces médicaments. D'après l'étude IATROSTAT menée en 2018, la prescription des psychotropes à posologie (dose/durée) non respectée ou en association déconseillée comptait parmi les principales situations de non-conformité amenant à une hospitalisation pour effet médicamenteux indésirable « évitable » (34)

4. La Déprescription en Médecine générale

1. Définition

La *Déprescription* est un terme récent, apparu pour la première fois en 2003 dans une revue australienne ayant fait l'objet d'une référence MeSH (Medical Subjects Heading) en 2015. Il n'y a pas encore de définition validée de la déprescription, mais cet acte peut être défini comme étant « **le processus d'arrêt d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé, dans le but de gérer les risques de polymédication et d'améliorer l'état de santé du patient** » (35).

Ce processus s'intègre dans la démarche plus globale de prévention quaternaire définie par le Dr M. JAMOULLE en 1986. La prévention quaternaire est « une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation et pour le/la protéger d'interventions médicales invasives ou abusives tout en lui proposant des procédures de soins éthiquement acceptables » (36).

Le médecin généraliste a une place privilégiée dans cette prévention de la surmédicalisation lors des consultations de suivi chronique (appelées parfois "renouvellement d'ordonnance"), représentant 21,3% de son activité (2).

2. Suivi des recommandations

Une étude descriptive, transversale de 2019 établissait qu'environ 53% des prises en charge des insomnies et qu'environ 28% des primo-prescriptions de BZD étaient conformes aux recommandations de la HAS et de la société française de thérapeutique aux généralistes ou SFTG. Une corrélation significative négative a été retrouvée entre la conformité de ces prises en charge et le sexe féminin du médecin, le caractère chronique de l'insomnie, la prescription d'une BZD (environ 25%) et l'existence d'un travail posté/de nuit. **(37)**

Une thèse d'exercice de médecine générale de 2013 explorait les habitudes de prise en charge de l'insomnie chez les médecins généralistes. Sur 102 prescriptions analysées, le ZOLPIDEM était retrouvé dans 53% d'entre elles suivi du ZOPICLONE dans 26% puis du LORMETAZEPAM dans 5% des cas. L'association ZOPICLONE-ZOLPIDEM était noté dans 2% des cas. Parmi les 54 prescripteurs : 48% s'estimaient en accord avec les recommandations, 37% pensait que non et 15% disaient ne pas savoir. In fine, 27.5% étaient en accord avec les recommandations. (24)

3. Difficultés à la Déprescription

Néanmoins, la déprescription présente des difficultés. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou DREES réalisée auprès d'un panel de 2038 médecins généralistes français montre qu'une de ces difficultés est la perception des attentes des patients. D'après cette enquête, les médecins pensent que les patients "attendent d'eux une prescription médicale" (22% tout à fait d'accord, 62% plutôt d'accord) et que "arrêter un médicament prescrit depuis longtemps peut être ressenti par le patient comme un abandon de soin" (14% tout à fait d'accord, 48% plutôt d'accord) (38).

Le sujet fait l'objet de nombreux travaux dans la littérature, notamment dans la compréhension de ses freins. Ces derniers sont multiples et plurifactoriels (39) (24) (40) (41) :

- Liée à la molécule : durée de consommation au long cours, durée de vie courte
- Liés au patient : minimisation des risques iatrogéniques, association des hypnotiques comme une molécule non addictive...

- Lié aux praticiens : peur d'altérer la relation médecin-malade, pression du patient pour soulager une plainte vécue comme insupportable, caractère considéré comme irréalisable des recommandations

4. Ressenti des médecins face au défi difficile de la Déprescription

Dans le cadre des troubles du sommeil, 92% des médecins indiquent une attente de prescription alors que les patients ne sont que 27% à juger la prescription nécessaire. Cette différence de perception de la part des médecins concernant les attentes des patients, se manifestant par un décalage entre les attentes supposées et les attentes réelles des patients est régulièrement retrouvée dans les travaux de recherche (40,42) (43).

Ces recommandations, souvent contournées, posent des problèmes aux généralistes, qui sont à l'origine de 84 % de ces prescriptions. Face à un fait de société marqué par le changement de statut du médicament passé d'objet médical à produit de consommation courante, les médecins généralistes sont décrits comme pris entre la demande des patients et les exigences scientifiques. La démission supposée des prescripteurs face à la pharmacodépendance est parfois mise en cause à côté des facteurs culturels, sociologiques ou industriels de ces prescriptions qualifiées parfois de camisole chimique. Il est régulièrement associée une perte d'autonomie des médecins sur cette déprescription vis-à-vis des patients. Les prescripteurs sont régulièrement associés à un théorique sentiment de perte d'autonomie professionnelle dans la déprescription caractérisée par une décision déterminée par le choix du patient plus que par l'expertise clinique (40) (42).

Une étude de 2010 portant sur 245 consultations de renouvellement d'hypnotiques hors recommandations se penchait sur ses déterminants. Des indices de réévaluation du traitement ont été observés dans 60,4 % des cas. Si une discussion préalable au renouvellement était observée, la durée du traitement était en moyenne plus courte si les patients étaient moins demandeurs. La demande explicite des patients, souvent considérée comme le déterminant principal de la décision de prolonger le traitement, amenait à une réévaluation plus fréquente de la prescription. Lorsque cette demande intervenait au milieu de la consultation, elle provoquait systématiquement une discussion. La complexité des

situations, identifiée dans 54,7 % des cas, ne faisait pas passer au second plan la réévaluation des traitements (42).

Une étude complémentaire de 2012, sous formes de focus groups de médecin généralistes, analysait le processus décisionnel de ces prescriptions. Parmi les composants du processus décisionnel (40) :

- La minimisation de la notion de dépendance
- La volonté de compréhension des demandes des patients
- Ou encore l'ambiguïté entre la souffrance du symptôme insomnie et la dépendance associée à la molécule.

Cette ambiguïté permettait aux participants d'argumenter la prescription sur le terrain médical, en négociant des compromis avec le patient dans une perspective de réduction des risques. Ils se disaient démunis face aux difficultés du sevrage et exprimaient un sentiment d'incompétence pour la relation d'aide, malgré un élan compassionnel envers des patients supposés en souffrance. Ces contradictions dans les renouvellements répétés de benzodiazépines illustrent le symbole d'une relation d'aide que ni le médecin ni le patient ne souhaitent interrompre par le sevrage. (40)

Ce point de vue partagé témoignait d'une résistance au sentiment reconnu de perte d'autonomie professionnelle.

5. Question de recherche

L'état des prescriptions des hypnotiques en France associée à la difficulté de la démarche de leur déprescription rencontrée par les médecins généralistes justifiait ce travail de thèse.

L'hypothèse de recherche était que les praticiens se retrouvent face à des difficultés d'applications plurifactorielles des recommandations des sociétés savantes face à la déprescription des hypnotiques, les obligeant à utiliser des méthodes autres, plus adaptées aux conditions pragmatiques de l'exercice de la médecine de ville.

La question de recherche était : « **Comment les Médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure conçoivent-ils et exercent-ils la déprescription des hypnotiques en Z ?** »

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les méthodes employées pour déprescrire les hypnotiques en Z type ZOPLICLONE et ZOLPIDEM en pratique courante par les médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure.

L'objectif secondaire était d'interroger le rapport à la déprescription des médecins généralistes participants.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Choix de la méthode de recherche

L'objectif de cette thèse était de recueillir les méthodes et pratiques de médecins généralistes concernant la déprescription des hypnotiques en Z. Il s'agissait donc d'une étude de pratique des professionnels de santé. Une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés a donc été menée auprès des médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure.

2. Population étudiée

Des médecins généralistes de l'Eure et de Seine-Maritime, dont l'activité principale correspondait à la médecine de ville, ont été sollicités. Les médecins ayant une spécialité autre que la médecine générale ou une activité majoritairement différente de celle-ci ont été exclus.

Un échantillonnage raisonné en variation maximale a été effectué. Cette variation a été faite sur le milieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain), le nombre d'années d'exercice, le sexe, le rapport avec la formation d'étudiants et les formations complémentaires (diplôme universitaire ou formation continue). Le recrutement des médecins s'est fait soit par téléphone avec leurs numéros obtenus dans le cadre de la formation à la faculté ou transmis par des consœurs ou confrères, soit par boîte mail universitaire. Le syndicat REGJIN a été sollicité également par nos soins pour solliciter d'autres médecins dans le cadre de cette recherche.

1. Recueil des données

Cette étude était classée hors loi Jardé et a été enregistrée auprès du délégué à la protection des données de l'université de médecine de Rouen. L'accord de la CNIL n'était pas nécessaire car il s'agissait d'une étude portant sur les pratiques des professionnels de santé, sans données sensibles traitées.

2. Déroulement des entretiens et guide d'entretien

Le premier contact avec les médecins généralistes a eu lieu par le biais d'une messagerie universitaire sécurisée ou numéro téléphonique direct. Le sujet a été cité de manière évasive : « Etude des méthodes employées dans la démarche de déprescription des hypnotiques en Z ». Par la suite, les dates et les conditions d'entretiens étaient fixés selon les préférences et disponibilités des médecins volontaires. Dans un second temps, il était envoyé les documents de la lettre d'information, de consentement à l'entretien et de consentement d'enregistrement audio ou vidéo. Ces derniers étaient soit signés en amont l'entretien soit signés le jour même par support physique. Les documents transmis aux participants sont présents en Annexe.

L'enregistrement a été réalisé à l'aide d'un dictaphone. L'animateur au cours de l'entretien est intervenu pour lancer les questions ouvertes préalablement élaborées par des questions ouvertes ou fermées, afin d'aider à développer certaines idées. Des relances étaient prévues sous la forme de question neutre ou de procédés de discussion pour creuser des sujets pertinents ou importants au yeux du participant, tels que des écholalies ou des reformulations. L'animateur a cherché à ne pas influencer les réponses des participants. Le guide d'entretien était un ensemble de questions ouvertes permettant une liberté de réponses. Il est structuré afin de ne pas omettre certains thèmes clés et dont les grandes thématiques sont déterminées par le chercheur au préalable.

Pour la guide d'entretien, une recherche bibliographique en français et en anglais a été réalisée au préalable avec les moteurs de recherche PUBMED, Google Scholar et les outils de recherche CISMEF et LISSA. Les mots clefs suivants, selon la nomenclature du MeSH ont été employés.

Benzodiazepine OR Hypnotics and sedatives	AND	Sleep initiation and maintenance disorders OR Insomnia OR Poor Quality Sleep	AND	Deprescription OR Deprescribing OR - AND General Practitioners
---	-----	---	-----	---

Tableau 3 : Mots-clefs et équation de recherche de l'étude

Le guide d'entretien a été relu et modifié avec le directeur de thèse. La phrase d'ouverture a été la suivante : « Avez-vous déjà vaincu le ZOPICLONE ou son acolyte le ZOLPIDEM ? ». Elle a été choisie de manière à exposer l'objet d'étude avec clarté et concision. Elle avait également pour but de lancer le sujet et de mettre à l'aise les participants en les plongeant dans la description d'une expérience. Les participants n'avaient pas accès au guide au préalable et découvraient les questions au décours de l'entretien pour des réponses le plus spontanées possibles.

Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude en réponse à des suggestions des participants et une meilleure clarté et explorations des ressentis. Aucun changement majeur de la structure n'a été nécessaire. La dernière version se trouve en Annexe. Les modifications sont annotées en couleur sur la version finale.

3. Analyse des données

1. Retranscription

La retranscription a été réalisée sur le logiciel de traitement de texte Word[®] en transcrivant mot à mot les entretiens enregistrés. Nous avons ainsi constitué le verbatim. Les indications non verbales (intonations, mimiques ou gestuelle) ont été retranscrites avec une « * » dans

le texte. Les retranscriptions n'ont pas fait l'objet de retours dans un but de correction et ont été analysées de manière brute.

2. Analyse

Chaque entretien a été analysé selon le concept de la théorisation ancrée. La théorisation ancrée a pour but de conceptualiser des données empiriques et d'aboutir à un modèle explicatif d'un phénomène social, par le prisme d'une démarche inductive. Il s'agit ici de partir de faits bruts et de recueil d'expérience vers une explication. Le chercheur a commencé par la codification, à savoir choisir des groupes de mots porteurs d'un sens commun grâce au logiciel N VIVO[®] payant. A chaque idée était associée un code. A chaque fois que cette notion revenait dans un entretien, elle a été intégrée dans ce même code. Par la suite ces codes ont été intégrés dans des thèmes hiérarchisés. Il s'agit de la catégorisation. La grille d'analyse qui a donc été créée, afin d'analyser le verbatim dans son ensemble et d'en extraire les grands thèmes qui ont permis de répondre à la problématique. Trois des entretiens ont été analysés en double aveugle par un autre enquêteur, un confrère également médecin généraliste remplaçant, formée à la méthode qualitative.

Différents thèmes ont été usités pour le recueil de données mais ne furent pas ré-utiliser dans le cadre du modèle explicatif. Ces thèmes ont été issus d'une démarche inductive, ils ont été déterminés à partir des données. L'arbre de codage a été présenté sous la forme d'un tableau explicatif, disponible dans les annexes. Les thèmes principaux ont été présentés clairement dans les résultats et les données étaient cohérentes avec les résultats. Le thème secondaire a fait l'objet et d'une discussion distincte, en parallèle du thème principal.

Les résultats n'ont pas fait l'objet de demande de retour mais plusieurs participants, intéressés par le sujet du travail de thèse ont manifesté un souhait de transmission de ladite étude une fois celle-ci terminée. Chaque citation utilisée l'a été dans le cadre des résultats et chaque participant associée à la citation a été associée à son numéro d'entretien.

4. Critères de qualité

Nous avons conformé ce travail de thèse à la grille COREQ dans un but de qualité de la recherche (44).

COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Figure 6 : Grille COREQ

Pour des raisons de facilité, nous nous sommes basé sur un traduction française de cette dernière (45).

L'investigateur principal de cette étude est un homme entre 27 et 29 ans au cours de l'étude, ayant passé le concours de l'internat en 2020 et ayant bénéficié d'un internat en médecine générale à l'Université de Rouen. Le travail de recherche ayant été entamé lors de son 4^{ème} semestre d'internat et poursuivi jusqu'à plus d'un an du début de son activité de remplacement en médecine générale dans l'Eure et la Seine-Maritime.

Parmi les médecins volontaires, 6 étaient des connaissances antérieures de l'investigateur, majoritairement par le cadre de la formation étudiante. L'ensemble des médecins participants ont été tenu au courant des motivations de l'étude, ses objectifs ainsi que de l'intérêt de l'investigateur pour le travail de recherche.

III. RESULTATS

1. Période et lieu de réalisation des entretiens

Le lieu des entretiens et le moment ont été conjointement choisis entre l'analyste et les personnes interrogées afin de faciliter la participation à l'étude.

L'ensemble des investigations comprends 12 entretiens. La saturation des données a été obtenu au 11^{ème} entretien, nous ayant conduit à faire un 12^{ème} entretien pour conclure le recueil de données. La moyenne de durée des entretiens était de 37minutes. Les entretiens ont été fait en présence exclusive de l'investigateur et du participant. Aucun des participants sollicités n'a refusé ou abandonné une fois sa participation actée et consentie. Aucun entretien n'a eu besoin d'être répété au cours de l'étude.

Le caractère semi-rural a été défini sur le bassin de patientèle plutôt que des critères géographiques. L'approche sur l'étude des pratiques semblant plus pertinente du point de vue du patient que de sa localisation.. De la même manière, une installation a été considérée comme récente si cette dernière datait de moins de 10 ans.

L'ensemble des caractéristiques des entretiens sont décrits dans le tableau 3 ci-après.

Numéro Entretien	Date	Durée	Modalités	Profil	Statut
1er	20/05/2023	24 minutes	Présentiel, domicile du participant	Rural	Installé
2ème	20/05/2023	11 minutes	Présentiel, domicile du participant	Semi-rural	Installé
3ème	30/06/2023	57 minutes	Appel Téléphonique	Rural	Installé récent
4ème	23/11/2023	36 minutes	Présentiel, cabinet	Urbain	Installé récent
5ème	20/12/2023	31 minutes	Présentiel, cabinet	Semi-rural	Installé récent
6ème	16/01/2024	33 minutes	Présentiel, cabinet	Semi-rural	Installé

7ème	20/01/2024	35 minutes	Présentiel, cabinet	Semi-rural	Installé
8ème	13/02/2024	47 minutes	Présentiel, cabinet	Urbain	Installé récent
9ème	15/02/2024	40 minutes	Présentiel, extérieur (hors cabinet et domicile)	Semi-rural	Remplaçant
10ème	24/02/2024	45 minutes	Présentiel, cabinet	Urbain	Installé
11ème	28/02/2024	33 minutes	Présentiel, cabinet	Semi-rural	Remplaçant
12ème	07/03/2024	52 minutes	Appel téléphonique	Rural	Installé

Tableau 4 : Organisation et description des entretiens

2. Arbre de Codage

Pour l'arbre de codage issu de l'analyse qualitative, nous avons choisi de répartir les diverses données en 11 grands thèmes, eux-mêmes découpés en méthodes. Certaines de ces dernières ont bénéficié d'un codage plus précis car nous estimions pertinent de les éclaircir sur le plan scientifique et au vu des informations recueillies.

Dans le cadre de cette étude, dont la principale origine est la difficulté d'application d'une pratique de santé pour des questions de pragmatisme, il a été élaboré un modèle théorique, rangeant les différentes méthodes et techniques issues de l'analyse des entretiens et citées ci-dessous.

Ces dernières ont été rangées en 3 catégories :

- ❖ **Méthode dite ACTIVE** : Méthode ou conception dans laquelle le Médecin est l'acteur unique ou a minima principal de la démarche
- ❖ **Méthode dite COOPERATIVE** : Méthode ou conception issue de la collaboration entre le médecin et le patient
- ❖ **Méthode dite PASSIVE** : Méthode ou conception dans laquelle le Médecin ne présente aucune influence ou a minima n'est pas le principal acteur

Les différentes méthodes ont été rangées dans le tableau suivant, dans sa version simplifiée :

	<u>Méthodes ACTIVES</u>	<u>Méthodes COOPERATIVES</u>	<u>Méthodes PASSIVES</u>
<u>1. Statut et position générale du Médecin</u>	<p>Démarche générale de Déprescription</p> <p>Discours de Priorisation de la Santé du patient</p> <p>Faible Prescripteur au sens large</p> <p>Non-Médication du Sommeil</p> <p>Scepticisme envers hypnotiques-en-Z</p>		Caractéristiques générales du médecin
<u>2. Démarche Réévaluative</u>	Démarche Opportuniste	<p>Réévaluation étiologique</p> <p>Réévaluation de l'usage</p> <p>Réévaluation symptomatique</p>	
<u>3. Conceptions – Emotions</u>	<p>Restructuration cognitive</p> <p>Culture du Patient-Exemple</p>		<p>Image des Hypnotiques dans l'inconscient collectif</p> <p>Conceptions du Patient</p> <p>Expériences - Vécu du Médecin</p> <p>Conceptions du Médecin</p>
<u>4. Relation médecin- Malade</u>	Modèle PATERNALISTE	<p>Modèle PARTAGE</p> <p>Alliance Thérapeutique</p> <p>Entretien Motivationnel</p>	<p>Modèle d'Agence</p> <p>Caractéristiques du patient</p> <p>Réactions du patient</p>
<u>5. Sevrage – Epargne Médicamenteuse</u>	<p>Diminution posologique directe</p> <p>Substitution – association à autre molécule</p> <p>Non Instauration</p> <p>Non Represcription</p> <p>Cadre strict de Prescription</p> <p>Délivrance Uni-Bi-Tri quotidiennes</p>	<p>Paliers de Décroissance</p> <p>Autogestion du pilulier</p>	<p>Autogestion de la décroissance</p> <p>Limitation à 28 jours</p>
<u>6. Gestion Temporelle</u>	<p><i>Arrêt Programmé</i></p> <p><i>Motif</i></p> <p><i>Timing de la consultation</i></p>	<p>Proposition de consultation dédiée</p> <p>Progressivité de la démarche</p>	

<u>7. Empowerment -Education Thérapeutique</u>	<i>Débanalisation – Mise en évidence de la molécule</i> <i>Démarche explicative - préventive</i> <i>Faux Empowerment</i>	Autoquestionnement du patient Ré-Appropriation du sommeil Ré-Appropriation de l'hypnotique et de sa médication Sensibilisation indirecte	Attitude proactive Favorisation de l'autodocumentation Campagnes de sensibilisation à large échelle
<u>8. Aides Extérieures</u>	<i>Informatique</i>	Intervenants externes	Entourage du patient
<u>9. Mécanismes Pragmatiques</u>	<i>Acceptation:</i> - <i>De l'effort nécessaire</i> - <i>De la Non-Faisabilité</i> <i>Déchargement mental</i> <i>Questionnement sur pertinence d'une déprescription</i>	Responsabilisation du patient	Conscientisation des difficultés
<u>10. Conditionnement Positif</u>	<i>Conditionnement positif du médecin</i> <i>Optimisme</i>	Conditionnement positif des patients	Meilleure sensibilisation globale des médecins
<u>11. Optimisation des connaissances</u>	<i>Démarche auto-critique</i> <i>Formation :</i> - <i>PERSONNELLE</i> - <i>CONFRATERNELLE</i> - <i>FACULTAIRE</i>		Campagnes de sensibilisation pour médecin

Tableau 5 : Méthodes Actives, Coopératives et Passives de Déprescription (Version simplifiée)

La version complète de ce tableau est disponible en annexes.

3. Méthodes de Déprescription

1) Statut et Position générale du Prescripteur

La posture adoptée et les caractéristiques intrinsèques au médecin étaient perçues comme des facteurs déterminants.

La démarche de déprescription était décrite avant tout comme **une priorisation de la santé du patient** :

- E3 : « Euh... Mais l'ensemble des patients ont été prévenus que je verrai aucun patient tous les mois ou tous les 3 mois pour des renouvellements de somnifères euh... Parce que c'était pas bon pour leur santé et que j'avais pas le temps »
- E6 : « Je suis plus dans cette, il y a un moment où je dis : « J'arrête. Je ne vous prescris plus, on pourra en trouver d'autres solutions probablement, mais en l'état actuel de mes connaissances et de ce que je connais de vos pathologies. Je serai plus délétère, à vous de prescrire et je serai dangereuse à vous le prescrire que à vous le continuer ».

La démarche vis-à-vis des hypnotiques en-Z pouvait être associée à **une démarche de déprescription au sens large** dans la pratique quotidienne du médecin :

- E3 : « Mais il faut bien continuer à s'occuper d'eux et s'attaquer au, à la déprescription des médicaments qu'on juge pas nécessaire. Euh... Moi j'avais, c'est vrai que c'est quelque chose que j'essaie de faire euh... Pour d'autres classes de médicaments aussi. Bah les, typiquement, les anxiolytiques, les IPP euh... »
- E7 : « On s'aperçoit que quand on le récupère il nous dit « Ben non, ben j'ai eu mon DICLOFENAC ou, ou mon NAPROXENE depuis 10 ans, on m'a jamais changé le médicament ». Donc voilà. Donc euh.... »

De même que la **faible tendance à opter pour la solution d'une prescription médicamenteuse** :

- E8 : « Moi je, je, je suis pas un gros prescripteur de médicaments d'une manière générale »

L'image des hypnotiques par les médecins interrogés était tantôt associée à une posture de **non-médication du sommeil** :

- E8 : « On a des réunions de, de, des groupes de pairs d'hypnothérapeute à tous les 2 mois, sur lequel le sujet du sommeil arrive évidemment de manière euh, de manière

récurrente. Donc c'est l'occasion d'échanger avec d'autres professionnels de santé qui sont pas forcément médecins et qui donc du coup eux bah quand ils proposent des solutions aux patients sont forcément non médicamenteuses puisque ils sont pas médecins. Et, et bah du coup ça peut ouvrir aussi des perspectives »

- E12 : « *Euh... Ainsi que d'autres pour des raisons évidentes que je pense pas que les troubles de sommeil aient forcément besoin d'être soignés par des pseudo-hypnotiques »*

Tantôt à un **scepticisme envers les hypnotiques en Z** :

- E3 : « *Et euh je suis un jeune médecin, j'ai 33 ans et effectivement moi je suis aussi bercé par les recommandations HAS et surtout une grande méfiance envers ces molécules »*
- E12 : « *Maintenant en ce qui concerne ce type de produit, moi j'estime que c'est du produit un peu dangereux, même beaucoup dangereux, et que les utiliser hors contexte psychiatrique sévère, enfin je pense pas à un grand intérêt »*

Parmi les **caractéristiques du médecin** étaient citées :

- La **situation géographique**, notamment l'installation en milieu rural
 - o E3 : « *Mais euh en fait de manière pragmatique je suis dans une région où y a pas beaucoup de médecins, et de toute façon c'était hors de question de voir des gens tous les mois pour des renouvellements de somnifères. »*
- **L'étiquette de l'habitude** associée au médecin
 - o E1 : « *Oui, dans le sens où on connaît beaucoup mieux les patients donc ça va être plus facile. Et à la fois ça sert, mais ça peut desservir aussi. C'est à dire que le côté routine, le côté justement qu'ils connaissent bien et cetera. Je parlais tout à l'heure d'un, d'un phénomène de... De balance entre le patient et de, et de, de négociations. Je dirais qu'à la rigueur, c'est peut-être presque plus difficile de négocier quand, quand on connaît les patients depuis 20ans parce que justement on les connaît bien et que eux nous connaissent bien. »*

- o E3 : « *Moi je jette pas la pierre aux vieux médecins, bah c'est-à-dire que quand ça fera 10 ans que je suivrai les personnes bah je m'amuserai pas à reposer la question pour chaque médicament. »*
- **L'étiquette de la nouveauté**, qui s'oppose au suivi habituel du patient
 - o E3 : « *Et euh je suis un jeune médecin, j'ai 33 ans et effectivement moi je suis aussi bercé par les recommandations HAS et surtout une grande méfiance envers ces molécules »*
 - o E4 : « *Parce que ils, ils sont quand même à l'écoute. Ils se disent « Ah bah la nouvelle génération a de nouvelles idées entre guillemets » Donc c'est du neuf quoi. Donc la plupart sont quand même réceptifs même si bah après ils ont leurs avis aussi. Et puis bah parfois les avis sont contraires quoi *rires*. Mais ils écoutent. »*
- **Le statut propre aux remplaçants**
 - o E11 : « *Ça dépend des patients. Je trouve que pour le coup pour le suivi c'eeeest... Quand j'ai fait des remplacements courts, je déprescrivais beaucoup moins parce que j'avais pas de suivi derrière. Faut être sur un remplacement long. On sait à peu près qu'on peut revoir les personnes, surtout que, ces molécules-là, c'est tous les mois. Et donc euh on sait qu'on va pouvoir revoir les personnes pour, pour en rediscuter derrière. »*

2) Démarche Réévaluative

La **démarche de réévaluation** revenait comme centrale dans le processus de déprescription.

En ce sens, les médecins décrivaient plusieurs **situations pouvant servir d'opportunités** pour aborder le sujet et entamer une démarche de réévaluation :

- **La plainte citée directement** :
 - o E5 : « *Euh... *Silence* J'essaie de, de voir un petit peu si j'ai une, une faille dans laquelle m'engouffrer si le patient il me dit : « Ah oui mais ça m'embête*

*de prendre un médicament tous les jours ». Voilà, je peux sauter sur l'occasion ou me dire : « Ah je sais que c'est un médicament qui est pas terrible ». Super, je saute dessus, j'accentue*rires*.* »

- **Le motif prétexte :**

o E6 : « *C'est rarement le motif principal. Ça arrive. *Long silence et inspiration* Bah c'est surtout au moment où ils font leur renouvellement mensuel. Ça, *pause* ou il ne, il ne t'interpelle, que pour ce motif-là. C'est sûr que quand t'es, une consultation en 6 mois ou t'as... »*

- **Les symptômes de sevrage :**

o E3 : « *Alors y en a certains qui sont pas revenus me voir et qui ont fait tout seul leurs sevrages [...] Parce que paradoxalement euh, le fait de pas avoir été bien, et d'avoir eu des petits symptômes de sevrage, ça leur mettait en... ça leur mettait en... sous les yeux du coup la dépendance. Et la dépendance physique.* »

- **Les arguments cliniques :**

o E5 : « *Eventuellement si à l'auscultation j'ai euh... Des bruits, je sais pas si... Chais pas, des sibilants, des crépitants... Il a une infection pulmonaire ou je ne sais quoi, je vais m'appuyer là-dessus en disant : « Vous voyez ! Vous avez une infection pulmonaire, ce serait dommage de pas vous réveiller la nuit » »*

L'usage du médicament était réévalué selon en 2 axes principaux :

- **La réévaluation de la durée de prescription :**

o E2 : « *Si je ne sais pas je lui pose la question : depuis combien de temps il en prends ? »*

- **La réévaluation de l'observance :**

- o E10 : « Ben parce que euh... Elle faisait un peu n'importe quoi avec ces des traitements qu'elle avait plus ou moins stockés ou qu'elle, qu'elle prenait de façon un peu... Ben un jour oui, un jour non »

Un point important de la démarche consistait en la **réévaluation étiologique**, elle aussi réparti en plusieurs approches :

- Réévaluation de **l'indication initiale** :

- o E4 : « Je pense qu'il faut, faut déjà voir le pourquoi et, ça a été prescrit. »

- Analyse de **mode de vie** :

- o E10 : « Oui dans les, des interrogations aussi je, je, je pose la question sur la consommation de tox', enfin de d'excitants type café ou thé ou que parfois les gens prennent aussi n'importe comment ou à des ou des gros consommateurs.. »

- **Approche somatique** :

- o E6 : « On continue dans la qualité et l'écoute au niveau du sommeil puisque, avec ma formation sur le syndrome d'apnée du sommeil, et ben peut-être que ça me permettra aussi de me dire « Bah tiens, ce patient-là ça serait intéressant peut-être que je, je puisse lui faire un dépistage du syndrome d'apnée du sommeil ».

- **Approche psychologique** :

- o E10 : « **Inspiration** Donc euuuuuh... Et puis souvent chez les personnes âgées, ça peut être aussi lié à des, des, des événements de la vie ou des deuils, ou des, qui font que plus volontiers, moi je leur propose **inspiration** C'est vrai que moi j'ai eu des, des patients comme ça et que je propose des traitements antidépresseurs qui permettent de aussi de bah de voir qu'en fait ils sont mieux que, que simplement leur somnifère »

- **Typage précis du trouble du sommeil** :

- o E9 : « Oui, ben oui. Alors ça bah ça dépend si eeuuuuh. Est-ce bah ça dépend euh... Quand je les sens ouverts du coup pour, pour parler d'insomnie. Euh...

*Déjà, j'essaie de savoir quel type, de quel type d'insomnie il s'agit, c'est.... Euh * silence de réflexion* si c'est des réveils précoces ou des difficultés d'endormissement. »*

Une autre approche consistait à centrer la **réévaluation non pas sur le médicament mais sur le symptôme** :

- o *EZ* : « Bah renouvellement, ben c'est non *Rires*. On réévalue, voilà. Alors on soigne des malades. On réévalue des, des... Je parle même pas de réévaluation d'ordonnances, je parle plutôt de de réévaluation de pathologies. Voilà, nous on a des patients avec des pathologies et voilà, si on sait ou de, voilà ou de symptômes, voilà ré-évaluation d'un symptôme »

3) Conceptions et Dimension Emotionnelle

Le **vécu des médecins interrogés**, décrits dans notre étude comme les expériences vécues par le médecin au décours de sa vie professionnelle ou personnelle, associées à un ressenti émotionnel, retraient en compte dans le processus de décision :

- Les **antériorités de tentatives de sevrage** :
 - o *E12* : « Et ce qui est effectivement embêtant, c'est les gens qui ont des IPP au long cours et un, un moment c'est plus très bien pourquoi. Et, et puis il y a toujours un KARDEGIC ou un machin comme ça et on dit si j'arrête ce qui va se passer ? On a tous vu des hémorragies digestives, hélas, avec ce type de produit. »
- La **confiance envers les autres options thérapeutiques** :
 - o *E8* : « Euuuuuh, Ça, ça a été le moteur de mon arrivée à l'hypnose en fait initialement. C'est-à-dire que j'ai vu un, hum, un, hum, un reportage sur une chaîne d'info euh et c'était une, une anesthésie sous, enfin une hypno-anesthésie pour une chirurgie. Et du coup je me suis dit : « Merde quand même si on arrive à opérer les gens avec l'hypnose ! » On doit pouvoir

les aider à eeeuuuh, à, à dire : « Bah j'ai d'autres moyens que euh les médicaments pour dormir. »

- Les **contre-transferts** :

o E4 : *« enfin c'est... Même si on... On transpose un peu, enfin si on se mettait un peu à leur place euh... Je dis pas que je prendrais un somnifère, mais je me dis que bon, c'est, c'est, c'est quand énorme ce je demande par rapport parfois à la, à la situation ou au contexte du vécu de la personne quoi. »*

- La **place du médicament dans la vie du médecin** :

o E3 : *« Moi j'ai moi-même un ou deux proches qui en prennent et qui disent eux-mêmes que en fait c'est des médicaments catastrophiques et ils ont du mal à les arrêter. »*

- Les **soucis personnels** :

o E4 : *« parce que même nous, on a nos propres, je dirais soucis personnels. Chaque médecin a son lot aussi de, de casseroles ou de, de problèmes du jour où il a mal dormi ou j'en sais rien. Enfin il y a toujours aussi nos propres facteurs personnels qui rentrent en compte. C'est, y a des jours où on n'a envie. On a... on est moins motivé. Et c'est plus dur »*

- La **volonté de garder son autonomie de soin** :

o E8 : *« Et je me disais bah ouais, moi je le dis au patient, c'est pas bien de prendre, enfin toutes ces stratégies là je les utilisais déjà plus ou moins avant d'arriver à l'hypnose et je me disais « Bah oui les gens me répondent bah mais docteur je dors pas ». Et j'avais rien d'autre à leur proposer. Donc ça a vraiment été le déclencheur pour moi de ma, de mon inscription à la formation hypnose, ça a été de me dire Bah en fait j'ai envie d'avoir des clés sur ça *rires*. »*

Les **conceptions du médecin**, décrites dans notre étude comme les idées inconscientes qui participent au raisonnement, faisaient également parties intégrantes du raisonnement de la décision médicale. Parmi lesquelles :

- La comparaison possible avec les **consultations à visée addictologique** :
 - o E8 : « *Après moi je reste persuadé qu'il y a une grosse part d'addiction, qui est une addiction psychologique. Donc euh ils sont addicts au fait de prendre quelque chose. Euh *réflexion* Au moins autant qu'à la molécule elle-même donc euh... Donc le remplacement solutionne pas tout mais bah un petit peu comme on fait avec la cigarette et la nicotine des fois* »
- La notion de **dépendance** et d'**accoutumance** :
 - o E2 : « *[La déprescription des IPP] C'est un enjeu à part et je pense que ça serait beaucoup plus facile que les hypnotiques. Y a pas le phénomène de dépendance, d'accoutumance comme avec les hypnotiques.* »
- La **pénibilité de la represcription** :
 - o E4 : « *c'est casse-pieds, mais en même temps c'est casse-pieds aussi de prescrire un somnifère *rires*.* »
- La sur-prescription d'hypnotique comme **non-priorité de santé** :
 - o E3 : « *Je pense j'en parle pas assez en toute honnêteté. Euh... En fait j'en parle pas assez parce que euh... malheureusement je mets pas le sommeil sur mes priorités de santé, pour les gens. Euh je mets pas le sommeil parce que j'ai pas l'impression c'est de ça dont il vont mourir dans l'immédiat* »

Il en va de même pour les **conceptions du patient**, dans lesquelles étaient citées :

- **L'attachement au traitement** et la **ritualisation de sa prise** :
 - o E11 : « *que je renouvelle parce que bah sinon si ils les prennent pas ils dorment pas. Et que c'est très très compliqué à déprescrire... Dans leur renouvellement, vraiment le médicament doudou euh...* »
- **La sacralisation du sommeil** :

- o E10 : « Mais là souvent **inspiration** hum hum, des personnes qui sont sous hypnotiques, enfin de ce type de traitement, c'est euh... **Inspiration** Ouais, ils prennent ça sans, sans forcément se poser de questions. Ils se disent : « Ah non, il faut que je dorme » voilà. Donc non, je veux dire c'est quand même différent. »
- **L'image du médecin spécialiste**, par opposition à la figure du médecin généraliste
 - o E8 : « Mais euh, mais justement, bah à notre tour de se réfugier derrière ça : « Ah bah non mais vous savez, eux les grands spécialistes de la gériatrie à l'hôpital, ils ont dit qu'il fallait l'arrêter, que c'était pas bon pour vous. Non non bah je suis d'accord avec eux, c'est ils savent encore mieux que moi hein »

Régulièrement les médecins citaient un **patient comme exemple** pour cultiver les difficultés ou la réussite de la démarche de déprescription :

- E8 : « J'ai un patient au début de ma pratique, ancien flic qui a pour ne pas venir me voir alors que je lui faisais son renouvellement, falsifiait une ordonnance pour aller à la pharmacie avec une ordonnance qu'il avait refaite sur son ordinateur. Donc au final eeeeeuuuh les, les gens voilà si ils comprennent pas et qu'ils adhèrent pas au fait de prendre soin d'eux : **Silence** On peut pas les sauver malgré eux **Rires**. »
- E10 : « Moi je pense à une patiente-là qui, qui prenait euh hum un, une benzodiazépine alors c'était pas un hum, un de ceux-là mais une benzodiazépine en guise de, de somnifère et en fait là elle est mieux depuis que, que j'ai introduit un antidépresseur à la place. »

A cet ensemble était régulièrement associées **l'image des hypnotiques dans l'inconscient collectif**, aux yeux des médecins comme des patients :

- E3 : « Ben c'est une très bonne question, je pense pas que les patients de toute façon identifient euh les molé... les molécules en Z comme nocive »
- E4 : « Même les très jeunes et au final euh... Pfff **soupir** Comment dire ? On vient facilement, en tout cas, ils viennent facilement chez le médecin dire « bah docteur,

j'arrive pas à dormir, donnez-moi un somnifère ! » Donc c'est, ce serait bien que ça rentre un petit peu plus dans les mœurs que, que le somnifère, c'est pas la solution »

- E12 : « *Maintenant ce type de produit, c'est tellement ancré parce que c'est là où les laboratoires pharmaceutiques ont été très forts quand même. »*

Parmi les méthodes thérapeutiques citées pour faciliter la déprescription, plusieurs médecins usaient de la **restructuration cognitive** :

- E2 : « *Parce qu'on a aussi pas mal de patient qui ne l'ont jamais arrêté parce qu'ils ont peur de plus dormir. Donc le fait de leur expliquer qu'en fait c'est pas à cause de ça qu'il dormiront plus et que au bout de 5 à 10 ans, de toute façon, qu'ils prennent ça ou un placebo, c'est exactement le même effet »*
- E9 : « *Enfin, ils rééduquent un peu le, quand même le patient par rapport à ses croyances erronées sur, sur le sommeil. »*

4) Relation Médecin-Malade

La relation entre le médecin et le patient se positionnait comme un axe majeur du projet thérapeutique dans les entretiens.

C'est en ce sens que le thème de **l'alliance thérapeutique** entre le médecin et le patient était particulièrement cité. Elle était décrite selon 3 angles principaux :

- **Le lien de confiance** :
 - o E6 : « *Et comme je le disais déjà précédemment, y a un travail de confiance. Et si le, la confiance est suffisamment forte entre le praticien et son patient et que on arrive à ce que le patient entende notre discours, Eh bien on, on aura entamé ce travail de déprescription en tout cas. »*
- **L'attitude d'empathie et de compréhension** :

E4 : « Il y en a qui ont des histoires de vie aussi pff... Enfin c'est, ils traînent des casseroles comme on dit, enfin ils ont eu un vécu très difficile, donc à la limite ça se comprend qu'ils ,qu'ils en soient arrivés là à, à avoir ce type de traitement à un moment donné dans leur vie ».

- **La favorisation du lien Médecin-Malade :**

- o E4 : « Comme je les installe sur la table d'examen, enfin, ça modifie le lien médecin-patient. Et en fait parfois, ça ouvre la discussion sur autre chose. Enfin, ça permet de, d'arriver à mieux discuter avec les gens. »
- o E8 : « Le bureau est, est contre le mur pour que quand on a besoin, on se pose à 2 devant l'ordinateur pour travailler ensemble. Ça faisait 10 ans que ça me trottait dans la tête parce que j'avais vu qu'il y avait des québécois qui faisaient ça et, et c'était l'occasion de le mettre en, en application. Et voilà, ça fait vraiment partie de ma pratique de, d'essayer d'impliquer au maximum le patient dans ses soins. »

Les **caractéristiques du patient** venaient directement rentrer dans cette interaction complexes. Parmi celles citées :

- **L'âge :**

- o E2 : « Ils sont beaucoup moins réceptifs que des personnes plus jeunes qui le prennent depuis moins longtemps, Euh... Vis-à-vis de ce discours de déprescrire. »

- **La durée de prescription antérieure :**

- o E1 : « Donc je pense que chez ces personnes c'est très compliqué puisque justement ils le prennent depuis très très longtemps »

- **Les antécédents**, notamment le **terrain addictologique** :

- o E6 : « Les patients psychiatriques. Les patients psychiatriques, c'est extrêmement compliqué de les, de leur déprescrire »
- o E10 : « Hum Ah bah là c'est des, des patients que moi je suis au niveau d'un CSAPA, donc c'est plutôt des personnes qui ont des difficultés, enfin qui ont des

*addictions. Donc souvent euh... L'alcool bon, une fois sevré, ça peut aller. Mais ils ont volontiers aussi là, de plus en plus de consommation euh... De cannabis et là bah ça, ça engendre des troubles de euh... Enfin ils pensent tous que ils sont pas dépendants de, du cannabis mais en fait quand ils arrivent les premiers jours ils dorment pas hein. Donc je leur explique que c'est des signes de, *inspiration*, de sevrage au cannabis euh... Quand ils prennent des, des, ces, ces produits-là de façon régulière. Euh... Arrivés en dans, en détention le temps qui se procure des produits, on est parfois amené à leur prescrire un, voire 2 molécules pour les aider à dormir. »*

- **Le mode de vie :**

o E10 : « Bah essayer de faire du oui, de trouver une activité de, de, de ouais, de, de loisir, qui... Parce que y a beaucoup, y a des personnes aussi qui, qui travaillent après le soir. Ou qui, ou alors qui, qui pensent déjà euh, aux, leur activité du lendemain, enfin qui, qui arrivent pas à se déconnecter. Et c'est vrai que les, les nouveaux moyens de communications, bah les smartphones par exemple, y a beaucoup de personnes qui, qui arrivent pas à déconnecter et de, de leurs mails, même professionnels ou autre quoi. »

- **La capacité de compréhension :**

o E9 : « Des gens qui ont, qui, qui ont peut-être euh... Hum... Qui sont peut-être issus de milieux socioculturels plutôt, plutôt élevés qui sont un peu, euh... Éveillés en tout cas au fait que, qu'il y ait des effets indésirables à la prise, à la prise des médicaments. »

Il en allait de même pour les **émotions et les réactions du patient**, elles-aussi participant à cette interaction :

- **Les angoisses :**

o E6 : « C'est des gens, quand tu leur modifie leur traitement, ça les perturbe psychologiquement. Ca, ça engendre des, des angoisses chez eux et, et une peur. Une peur de pas rester comme ils sont. »

- **L'incompréhension :**
 - o E3 : « La plupart des patients ils tombaient des nues, même ils hallucinaient que je moi les fasse chier avec ça je pense »

- **L'agressivité :**
 - o E7 : « C'est à dire que si, si, si, le patient vient euh, que euh il est très, très vindicatif dans sa demande de médicaments en disant *point sur la table* : « Il me faut mon médicament, sinon je dors pas et puis vous avez intérêt de me le renouveler ». Bon, il faut pas un peu comme ça, mais c'est, moi ça m'est arrivé de le ressentir comme ça. C'est vrai que euh, à certains moments, on peut manquer de patience et de se dire « Bon, de toute façon je vais pas obtenir gain de cause »

- **Les réticences voire hostilités :**
 - o E4 : « Donc il y a les autres traitements. Souvent je mets 3 mois sauf celui-ci et d'ailleurs voilà, il y a beaucoup de gens qui m'ont dit : « Ah mais mon médecin d'avant faisait pas comme ça » Et moi j'ai dit : « Moi si, c'est les règles, on doit venir tous les mois, c'est tout, c'est comme ça ». Ça, ça les a fait beaucoup suer. »

Dans cette interaction mouvante, **l'entretien motivationnel** constituait un outil permettant une approche orientée sur le patient. Elle permettait d'évaluer plusieurs aspects parmi lesquels :

- Une **analyse qualitative du sommeil** :
 - o E1 : « Faut bien l'avouer que la plupart du temps, ils te disent : « Bah je le prends mais je dors pas bien quand même. »

- Une **évaluation du degré d'adhésion** du patient :
 - o E12 : « Voilà, dans, dans tout, tout ça fait partie des choses. C'est, c'est ça. C'est vraiment le patient, ça permet de voir c'est, c'est y a un peu de motivation au fait que... »

- Une **évaluation des besoins du patient** :
 - o E5 : « *J'essaye de, voilà de, de les convaincre de faire un petit entretien motivationnel, de savoir où est-ce qu'ils veulent aller.* »

Plusieurs manières d'aborder ce modèle de relation médecin malade étaient rapportées parmi les différents médecins de notre étude.

La plus courante correspondait à un **modèle partagé** dans la décision médicale entre médecin et malade :

- E1 : « *C'est-à-dire que finalement, on reste la plupart du temps sur une période de...Ou euh... On négocie, il y a beaucoup de négociations en médecin générale et euh... La prescription des hypnotiques fait partie de la négociation* »
- E7 : « *Tous les discours, voilà. Alors parfois on essaie de négocier bien sûr hein. Voilà ça fait partie de notre travail* »

Un autre modèle était celui dans lequel le **patient se retrouve comme le principal décisionnaire** :

- E5 : « *Ouais. Dans l'impasse avec des patients qui savent ce qu'ils veulent. Euh... Qui m'expliquent que non. Que oui, oui, mais l'association IMOVANE et je ne sais quel autre benzo' ça marche mieux chez eux que d'augmenter juste un traitement. Ouais, je pense que on peut. On peut craquer.*»
- E8 : « *On leur a proposé tout, on leur a fait tout, tout ce qu'on a dit, là depuis tout à l'heure, on a tout proposé, il y a rien qui fonctionne, ils sont « Non, de toute façon je le veux, je le veux, je le veux » et on cède parce que parce que c'est plus simple* »

Le dernier modèle ressortant des entretiens correspondait à un **modèle paternaliste**, dans lequel le médecin est seul décisionnaire :

- E3 : « *Et du coup euh j'ai eu une position de principe extrêmement rigide en fait sur ces molécules qui a été de manière systématique et pour l'ensemble des patients que je rencontrais du coup pour la première fois, je les ai prévenus que je renouvellerai pas leurs molécules. Indéfiniment.* »

- E12 : « Les somnifères c'est, c'est hum hum... Alors c'est, c'est pas, c'est pas, c'est pas si difficile que ça en fait, c'est de en fait, quand on impose d'emblée le fait que de toute façon à un moment on ne prescrira plus, finalement les gens ils s'adaptent au discours.»

5) Sevrage – Epargne Médicamenteuse

L'utilisation de l'ordonnance était la méthode citée de manière la plus factuelle parmi les entretiens. Elle se retrouvait dans de nombreuses situations et de manières multiples.

Avant même la déprescription, la maîtrise du médicament était associée à un **cadre strict de prescription** :

- **La cure la plus courte possible** :
 - o E1 : « Ou alors vraiment de façon ponctuelle sur, sur quelques jours voire, voire une semaine ou deux. Mais c'est tout »
- **La limitation stricte à 28 jours**
 - o E1 : « On s'en rend compte facilement puisque ce sont des médicaments qui sont prescrits, qui sont prescrits pour 28 jours maximum. C'est clair que si ils reviennent au bout de 15 jours, 3 semaines ou s'ils nous demandent des, des ordonnances intermédiaires, c'est que, bah c'est que... Il y a une posologie qui n'est pas respectée »
- Ou encore une **'indication notable et justifiée**
 - o E8 : « Donc je, j'ai pas tendance à en initier, c'est vraiment quand on est sur des périodes très compliquées de patients qui vont être dans un syndrome,

donc soit dépressif qui va être en décompensation, et qui ont besoin malgré tout d'avoir au moins quelques heures de sommeil pour pouvoir récupérer et et, et ça vient souvent en complément d'un traitement anxiolytique voire d'un traitement antidépresseur, c'est, c'est très rarement isolé en fait. »

Sur l'ordonnance, la principale méthode de déprescription décrite était la **décroissance posologique directe**

- E2 : *« Je commence à leur dire : « bah voilà je vous en prescris moins », au lieu de lui mettre un je vais vous mettre 1/2 et cetera ou même un jour 1, un jour 1/2 ou même six jours sur sept 1 le 7e jour 1/2 et ainsi de suite de façon à le faire très très progressivement »*
- E9 : *« C'est au début, c'est ce qui est plus facile, c'est de, de, de couper souvent le, le comprimé et puis après ils espacent un jour sur 2 surtout. »*

De manière similaire, certains médecins optaient plutôt pour des **paliers de décroissance** :

- E2 : *« Voire même je lui écris sur une feuille à part : « Voilà si ça se passe bien vous faites comme ça, comme ça, comme ça, et plusieurs cheminements. En leur disant « Bah si vous êtes à la phase 2, ça va pas vous passez à la phase 1 pendant quelques jours après vous repassez à la phase 2 et ainsi de suite »*
- E12 : *« Moi je commence toujours par demi-dose, pendant dans un bon mois. Euh bon après toute façon et après Et après on commence à faire 1/4 de dose pendant un bon mois puis on revient un jour sur 2, un jour. 3, et cetera.»*

Ou encore des **paliers de délivrances médicamenteuses** :

- E10 : *« Ca m'arrive aussi des fois de faire des prescriptions à délivrance euh... Ou quotidiennes, ou bi, ou trihedomadares aussi. Ca peut être aussi, donc là où il a, donc là le pharmacien est un intermédiaire »*

L'autre grande méthode rapportée consistait en la substitution ou l'ajout d'autres molécules à la place ou avec les hypnotiques en Z. Cependant cette démarche se pratique selon des buts divers :

- **A visée étiologique :**

- o E9 : « Oui, ça m'arrive souvent de d'interroger par rapport au moral parce que c'est, c'est, c'est global euh. Et c'est vrai que par exemple la MIANSERINE ou d'autres ? d'autres antidépresseurs peuvent être plus intéressants euh *silence* »
- o E10 : « Bah après alors quand c'est des problèmes de, d'anxiété, d'angoisse, vraiment quand au moment de l'endormissement euh... Bah on peut essayer, des fois j'ai introduit le, de l'ATARAX, euh... *Long silence de réflexion* Ou du STRESAM. Euh... Et puis euh, et puis je, je, je, je propose aussi volontiers la, la, la phytothérapie. Euh... Les produits comme le SPASMINE ou le, ou l'OMEZELIS »

- **Facilitation du sevrage**

- o E11 : « Et puis après c'est des choses qui sont beaucoup plus simples à sevrer, pour le coup, si t'as 1/2 SERESTA le soir ou 1/2 XANAX le soir c'est quand même plus simple à sevrer que le ZOPICLONE. Enfin, je trouve personnellement. »

- **Substitut au « médicament-Doudou »**

- o E11 : « De façon générale ? Bah de façon générale j'ai du mal à déprescrire le médicament sans le, le switcher d'abord avec autre chose. »

- **Intérêt hypothétique d'un placebo**

- o E6 : « Moi j'aimerais bien qu'il y ait des, des placebos. Et qu'on puisse leur prescrire des placebos. »

Également, la **non-instauration**

- E2 : « Moi je, j'instaure plus. »

- E5 : « Mais moi j'en prescris pas en primo prescription, je ne mets pas de ZOLPIDEM ni de ZOPICLONE. »

Ou la **non-prescription** :

- E1 : « Je n'en represcris pas ! »
- E12 : « Et ah bah quand ils ressortent de l'hôpital, là je raye tout de suite sur l'ordonnance en leur disant d'arrêter parce qu'ils ont pas besoin de, de prendre ça à long cours »

Nous retrouvons également une attitude plus souple dans la décroissance via la méthode de l'**autogestion laissé à la charge du patient**. Ce qui avait pour but de lui laisser plus de proactivité. 2 types d'autogestion se distinguaient :

- **L'autogestion de la décroissance**

- o E10 : « * Sourire amusé* Bon elle se débrouille. *Inspiration* Voilà et, et elle veut du, du STILNOX pour pas le nommer. Euh... Princeps bon donc après elle voit ça avec son pharmacien mais elle arrive à prendre 1/3 ou 1/4 de comprimé mais elle arrive pas à baisser plus. Bon.»

- **L'autogestion du pilulier**

- o E10 : « Je lui avais proposé de, de voir en pharmacie, d'acheter des, des, des gélules vides. Euh... Parce que les, les, les, les pharmaciens peuvent faire des préparations magistrales, ils ont, ils ont, des, des, des sacs de gélules vides. Et donc j'avais dit : « Bah voyez avec le pharmacien, il va vous vendre ça, enfin pour rien. Et puis bah dans les gélules vides vous faites ça sur 8 jours. »

6) Gestion temporelle

La notion du temps médical revenait très régulièrement dans les entretiens. Son appréhension et certaines subtilités en ce sens permettaient de l'utiliser comme un outil à part.

Cette optique décrivait une **progressivité dans la démarche**, associée à une **attitude de patience** :

- E2 : « *Dans ma patientèle d'origine, je n'en n'ai plus qui ont d'hypnotiques, j'ai réussi çà tous les sevrer. Il a fallu des années, des années et des années...* »
- E5 : « *Et après, c'est de les motiver, mais on.... Pour qu'ils y adhèrent, il faut vraiment y aller hyper progressivement.* »

Certains médecins décidaient rapidement d'opter pour un **arrêt programmé** :

- E11 : « *Ouais, souvent en disant qu'au bout d'un moment on va l'arrêter. Souvent je joue là-dessus* »
- E12 : « *Euh... C'est vrai que des patients de novo alors j'en ai plus beaucoup maintenant parce que je freine un peu mais et qui arrive avec du ZOPICLONE ou du ZOLPIDEM je leur dis d'emblée « Qu'en 6 mois ça doit être bâclé, on en fait plus » .»*

Autre approche régulièrement citée, celle de reconvoquer les patients a posteriori pour une **consultation dédiée** :

- E6 : « *Alors après tu peux aussi dire « Bah moi j'aimerais qu'on se revoie spécifiquement pour ce sujet-là ». On peut tout à fait faire une consultation sommeil de 20 minutes, il n'y a aucun problème. Euh... C'est une question d'organisation* »
- E7 : « **Silence de réflexion* Alors la déprescrip'... Moi je pense que c'est très compliqué en fait, il faudrait presque euh... Bah c'est des voilà, ça fait, on, y a y a, c'est pluri', plus moi pour moi c'est plurifactoriel. C'est à dire que bah c'est, il faudrait presque que ce soit des consultations dédiées.* »

Il en allait de même pour le **timing pour aborder le sujet au sein de la consultation**. Une approche distinguée de 2 manières différentes :

- **L'annonce dès l'interrogatoire**, pour donner le ton de la consultation
 - o E6 : « *Et avant d'aller. euh au niveau de, de l'examen clinique, je regarde l'ordonnance.* »

- **L'annonce plutôt en fin de consultation**, dans une approche plus souple
 - o E1 : « Bah lors de la rédaction de l'ordonnance. Parce que dans la partie examen clinique oui on peut en parler mais c'est plus compliqué. Mais surtout dans la rédaction de l'ordonnance. »

De manière plus précise, les médecins se décrivaient régulièrement pris de cours en décrivant le **motif du sommeil comme rarement principal**. Parmi les outils associés à cela étaient cités :

- Le **démasquage du motif caché**
 - o E1 : « Mais souvent ils viennent pour autre chose et souvent c'est « Ah au fait je devais venir la semaine dernière pour mon renouvellement ! Vous me le faites en même temps » quoi. Donc là on se retrouve un petit peu coincé. C'est vrai que c'est un petit peu, c'est chronophage après... »
- La **gestion du motif multiple**
 - o E3 : « Parce que bon à chaque fois euh, ça c'est un motif parasite à la consultation à chaque fois quasiment, c'est jamais le motif principal. Donc c'est euh... Un problème parmi je sais pas combien à traiter en 15 min »

7) Education thérapeutique et Empowerment

L'éducation thérapeutique s'accompagnait de la volonté de réautonomiser le patient et lui donner un versant plus actif de sa prise en charge de sevrage et donc de déprescription.

A de nombreuses reprises, les médecins interrogés cherchaient l'**auto-questionnement du patient**, avec un processus de mise en contradiction de son propre raisonnement :

- E3 : « Et surtout de leur retourner la question en fait : pourquoi, selon eux, si le médicament il est pas dangereux il est sur l'ordonnance sécurisée ? »

- E8 : « Ok. Donc euh ce que j'ai pu formuler tout à l'heure à savoir. Le, le fait deeee... Alors je suis souvent sur un mode interrogatif. Euuuuuh... De, de questionner les patients pour le, les amener à des fois de manière un peu incongrue, à bousculer un peu leur, leur certitude. »

Le premier versant de cet accompagnement était avant tout une **démarche explicative et préventive**, par sensibilisation directe.

- E1 : « et, et surtout j'ai, j'ai conscience du rôle, du rôle préventif et du rôle de discussion vis-à-vis des patients dans euh... »
- E2 : « Beaucoup d'explications. Je suis quelqu'un qui explique beaucoup. »

Des possibilités de **sensibilisation indirecte** étaient également citées, via laquelle le médecin n'exprimait pas directement le partage de connaissance :

- Par la **salle d'attente** :
 - o E3 : « A petite échelle, le minimum et le plus facile moi je pense ce serait des affiches dans la salle d'attente. Ce que j'ai pas hein, j'ai pas d'affiche sur ça. Mais ce serait je pense le minimum et sans doute peut être le plus percutant »
- Par les **campagnes de sensibilisation** :
 - o E10 : « Donc l'idée c'était d'essayer de les euh *inspiration* alors même si la, la, sécu avait fourni des petits flyers comme ça pour essayer de *inspiration*, de... D'alerter les gens sur le, le risque des, de, de poursuivre des traitements par benzodiazépine. »

Le point central de cette transmission du savoir correspondait à la **débanalisation de l'hypnotique, de sa mise en évidence**. Cette méthode se retrouvait de diverses façons :

- La **réévaluation verbale systématique** associée à une **répétition**. Il permettait d'utiliser le temps comme une méthode à long terme, notamment en cas de difficultés initiales :

- o E2 : « Si on sent pas, dans le ressenti du patient que il va pas le faire c'est pas la peine quoi. Il vaut mieux réessayer à une prochaine consultation. »
 - o E5 : « Et Ben, c'est à dire, c'est ce qu'on est censé faire à chaque fois. On ne renouvelle pas bêtement une ordonnance, on réévalue à chaque fois les indications, le pour, le contre. Pourquoi il y a ce médicament là ? Je le fais, j'essaie d'être un peu systématique avec ça.»
- **L'accentuation voire l'exagération :**
 - o E8 : « Euh... Après de l'explication, voire même des données qu'ont pas été forcément prouvées mais qu'on va amplifier un petit peu en disant : « Vous savez que euh ça, ça joue sur l'apparition de troubles cognitifs, que l'utilisation au long cours de ce type de médicament entraîne... » »
- **Le Non-Verbal :**
 - o E6 : « Juste de, de leur dire : « Ah, vous avez ça ? Mais vous en prenez depuis longtemps ? » Puis avec mon non-verbal, voilà. Un sourcil qui se lève... D'essayer de leur faire comprendre que c'est, ça peut être un problème »
- **Le Para-verbal :**
 - o E5 : « et je fais « lfrrrrrr » *face grimaçante* »
- **L'utilisation de l'ordonnance sécurisée :**
 - o E3 : « Moi, pour moi, c'est un outil énorme, puisque en fait j'ai toujours fait le comparatif avec les patients. En fait souvent je leur posais la question : « Si ce médicament il est pas méchant, pourquoi il est sur l'ordonnance sécurisée ? »
- **La nécessité d'un retour précoce à 1 mois :**
 - o E4 : « Mais voilà, mais euh... En même temps, ça m'a permis de leur dire « Bah oui mais c'est un traitement qui est pas anodin » et euh... Donc en fait faut le réévaluer tous les mois donc c'est comme ça,»
- **La mise en page de l'ordonnance :**

- o E12 : « Maintenant si on a moi, si j'ai l'impression que c'est en bas de la page, ça a été mis là à renouveler et pas rediscuter. Voilà c'est, c'est un moment cette ligne on va la supprimer parce qu'elle est pas très utile ? »

La réussite de cette démarche d'éducation était conditionnée à la **posture plus ou moins proactive du patient** :

- E3 : « Mais y en a certains du coup, avec les informations que je leur avais donné, qui prenaient sur eux de le faire tout seul. »
- E5 : « Il y en a oui, j'ai déjà réussi à faire un sevrage mais c'était pas *silence*, c'était des patients qui étaient déjà dans cette optique, de l'arrêter. »
- E10 : « *Inspiration + long silence de réflexion* Bah quant euh.... Pour certains, il y en a qui, qui, qui souhaitent enfin, qui sont même demandeurs d'essayer de, de, de sevrer de, d'arrêter leur traitement. »

Plusieurs médecins faisaient également la part belle pour **favoriser l'auto-documentation par les patient eux-mêmes**, de même que l'**auto-réflexion** :

- E7 : « Je dis au patient, voilà allez chercher, allez chercher un petit peu sur Internet, allez chercher des documentations. Euh... *Silence de réflexion* »

Certains outils étaient également usités dans le but de donner **l'illusion d'empowerment aux yeux de patient**, le but restant d'aboutir à une déprescription. 2 méthodes ressortaient des entretiens :

- **Le Yes Set** :
 - o E11 : « Mais le Yes Set c'est si la personne elle est un petit peu hésitante et tout, tu vas poser 4-5 questions basiques ou tu es sûr et certain que la réponse ça va être oui. « Oui, oui, oui, oui, oui ! » Et donc la 6e si la personne est en hésitation ça va plutôt induire un oui [...] Et donc du coup tu peux avoir un oui beaucoup plus facilement derrière . »
- **Le choix illusoire** :

- o E11 : « Tu proposes aux patients 2 solutions, ils ont l'impression qu'ils ont le choix dans les 2 solutions mais au final les 2 solutions c'est pour amener à une déprescription. »

La finalité de cette éducation thérapeutique est de pouvoir ré-autonomiser le patient concernant sa prise en charge. Cette volonté de reprise de contrôle du patient sur sa prise en charge se décline en plusieurs aspects.

Plus précisément dans les entretiens se dessinait une **ré-autonomisation vis-à-vis de l'hypnotique comme de sa médication au sens large**. La transmission du savoir se faisait sur plusieurs aspects :

- Les **données scientifiques brutes** :

- o E7 : « Donc on poursuit en vraiment précisant les choses, de manière, voilà euh... Donc avec les éléments enfin physiopathologiques on va dire pharmacologiques physiopathologiques »

- Les **modalités de sevrage**

- o E4 : « Et donc de là, souvent après je leur explique que euh... Ben c'est un traitement qu'il faut essayer de diminuer, ne pas maintenir sur des longues périodes. Que idéalement faut le diminuer par petite dose, voilà. »

- Les **risques et la iatrogénie**

- o E1 : « J'insiste sur le fait que bah qu'ils sont quand même potentiellement à risque pour, pour chuter beaucoup plus pour, pour... On sait très bien que les hypnotiques, que... Bah sur le coup de 2, 3 heures du matin, quand ils vont aller uriner où.. Bah c'est le moment où ils vont chuter »
- o E7 : « Ben les effets secondaires donc bah surtout les effets cognitifs. Voilà moi j'insiste surtout sur les effets cognitifs et après les troubles un peu neurosensoriels comme les vertiges, des pertes d'équilibre et les risques de chute. »

- **L'utilité et son inutilité à long terme :**
 - o E2 : « *Le fait de leur expliquer qu'en fait c'est pas à cause de ça qu'il dormiront plus et que au bout de 5 à 10 ans, de toute façon, qu'ils prennent ça ou un placebo, c'est exactement le même effet* »
 - o E10 : « *Alors après qu'il y ait des difficultés qui est lié à des, des événements *Hum hum* personnels ou du, du patient, ben ça, ça peut, ça peut interférer sur son sommeil, c'est sûr, mais, mais euh... De, de leur dire aussi que c'est un traitement artificiel.* »

- **Les autres alternatives possibles :**
 - o E1 : « *Bah de lui faire prendre conscience que les hypnotiques ne sont... C'est pas la solution. C'est pas la solution au long terme. Qu'il y a d'autres alternatives qui existent et que, et que c'est un... C'est un mal pour un bien quoi.* »

- **Les explications de ses autres traitements au sens large :**
 - o E11 : « *Quand je vois les patients pour la fois ouais. Alors succinctement hein, je fais, j'explique, METFORMINE, JANUMET ça c'est pour votre diabète... Et, et je vois déjà s'ils sont réceptifs aussi, s'ils savent un peu pourquoi. Enfin, ça me permet de voir s'ils savent pourquoi ils prennent leurs médicaments* »
 - o E8 : « *Faut, faut déjà que le patient comprenne sa pathologie, comprenne pourquoi il a des médicaments, à quoi ça sert le médicament ? Enfin, c'est pas seulement de l'éducation thérapeutique.*»

Cette démarche se complétaient d'une **réappropriation du sommeil** par le patient, notamment par :

- **La physiologie du sommeil :**
 - o E11 : « *Je leur explique que voilà, le sommeil c'est quelque chose de cyclique et que plus on prend de l'âge plus on retrouve un cycle de sommeil de bébé. C'est à dire que je leur explique que c'est pas possible d'avoir un sommeil, euh... A*

80 ans, comme on a un sommeil y a 30 ans et ils dormiront plus 10 heures d'affilée, c'est pas possible »

- **L'agenda et le calendrier du sommeil**

- o E1 : « A savoir que d'une fois sur l'autre je leur dis : Bah écoutez là cette fois-ci je vous le remets, mais essayez de me dire sur une quinzaine de jours. Essayez de marquer quels sont, comment faire un vrai calendrier du sommeil pour essayer de, d'appuyer sur, justement cette déprescription. »

- **Les supports papiers**

- o E5 : « Si ils le sont pas, eh ben je euh... Rappelle les règles du sommeil, j'essaye de leur donner la petite feuille du CHU sur les, les 10 règles d'or du sommeil. »

- **Les enregistrements audios**

- o E8 : « Souvent je propose un enregistrement, surtout pour le sommeil, surtout pour cet exercice où le corps s'endort partie par partie parce que c'est compliqué pour eux de le retrouver tout seul à la maison. En fait, c'est tellement facile de l'enregistrer sur le dictaphone du téléphone et de, et de le repasser le soir pour aider à s'endormir. Finalement, pour un certain nombre de gens, on va remplacer le rituel de la prise du comprimé. »

- **Les conseils d'hygiène de vie :**

- o E12 : « En dehors de la consultation, c'est l'hygiène de vie, pas de café, pas d'excitants, on évite les petits joints, tout ça *rises*, héroïne... *rises* »

- **Les conseils d'hygiène du sommeil :**

- o E8 : « Euh et puis bah tout le reconditionnement physique : ne pas manger dans, enfin se servir de son lit uniquement pour dormir, ne pas manger dedans, ne pas bouquiner dedans quand on a des problèmes de sommeil. Et puis leur expliquer bah qu'il faudrait qu'ils donc ça, c'est vrai que c'est souvent

en fin de consultation plus qu'en début de consult' mais hein, euh leur demander de virer le réveil, très souvent. ».

- Les **thérapies cognitivo-comportementales** :

- o E8 : « Et puis des exercices qu'on appelle de réification [...] Donc ça, ça va être des techniques d'hypnose qu'on va pouvoir utiliser pour aider les gens à aller vers le sommeil. »
- o E12 : « Et c'est vrai que les, les psy' qui font de l'hypnose, de la sophro' ont des techniques d'auto, d'auto-induction ou de d'auto-relaxation qui font qu'effectivement ils retrouvent un petit peu, ils arrivent à se, à se faire ré-endormir sans avoir besoin du médicament.»

8) Aides extérieures

Lorsque les médecins interrogés se retrouvaient en manque de solutions, ils sollicitaient régulièrement des **aides extérieures à la consultation, voire extérieures du cabinet.**

En premier lieu, les médecins sollicitaient **l'entourage des patients** pour appuyer le projet thérapeutique :

- E9 : « Bah sinon je leur demande de, de, de d'y réfléchir, d'en discuter avec euh... Euh... Avec leur entourage »

A plusieurs reprises, les médecins prenaient la décision **d'adresser à un collaborateur**, parmi lesquels :

- Le **personnel paramédical** :

- o E5 : « Elle les soutient, moi je les revois. On essaie de rediminuer le traitement. Et euh ça permet un suivi où l'infirmière ASALEE peut les voir quand même on va dire. Si au début il faut les voir une fois tous les 15 jours où tous les mois... Bah ça permet qu'ils soient pas tout seul en diminution de leur traitement. »

- o E10 : « *Donc on a mis le hola et maintenant c'est une infirmière qui passe tous les jours pour lui, lui délivrer un traitement et ça ... Comme par hasard, ça va beaucoup mieux quoi *rires*.* »
- Les **médecins spécialistes associées à la médecine du sommeil** :
 - o E5 : « *Et euh je l'ai pas encore fait. Parce que je pense que c'est pas un quelque chose qu'on peut mettre en première intention chez un patient, mais je me le garde sous le coude, c'est de les envoyer à la consultation sommeil du CHU.* »
 - o E8 : « *C'est à dire que j'ai, j'ai très facilement euh une orientation vers les psychologues, ou éventuellement des psychiatres avec qui je travaille bien euh pour quand ça je sens que ça dépasse mes compétences ou que je vais pas avoir le temps.* »
- Le **pharmacien**
 - o E10 : « *Parce que les, les, les, les pharmaciens peuvent faire des préparations magistrales, ils ont, ils ont, des, des, des sacs de gélules vides* ».
- Voir le recours à une **hospitalisation**
 - o E12 : « *Je pense que si il faut le faire, faut le faire en milieu hospitalier avec de l'aide et tout, vu l'ambiance actuelle c'est pas le moment.* »

En parallèle, les médecins s'appuyaient sur des **outils informatiques** pour s'aider dans la démarche, via :

- Des **logiciels médicaux** :
 - o E6 : « *C'est l'avantage des dossiers médicaux informatisés où tu vois l'ensemble des ordonnances quand tu fais le renouvellement précédent. En disant « Tiens, tiens. Là, j'ai un ZOPICLONE qui traîne ». Est-ce que le patient va m'en parler spontanément ? Est-ce que ... Mais tu l'as déjà en tête. Tu sais qu'à un moment il va falloir en parler.* »
- Des **sites internet dédié** :

- o E5 : « Bah que voilà, peut-être que.... Non *rires* Je ne sais pas s'il y a un, un « *sommeilclic* » un site qui existe sur le sommeil. »

9) Impasses - Mécanismes pragmatiques

Malgré de nombreuses méthodes et outils pour parvenir à une déprescription partielle ou totale, les médecins interrogés rapportaient des **difficultés récurrentes**, parfois même des **impasses au projet de déprescription**.

La démarche nécessitait **l'acceptation de l'effort nécessaire** :

- E4 : « Mais là, ayant récupéré une patientèle, forcément j'ai des, j'ai plus de personnes âgées et j'en ai beaucoup sous somnifères. Donc depuis un an, j'essaye, j'essaye, j'essaye mais c'est difficile. C'est très difficile parce que c'est des gens qui en ont depuis 10, 15, 20, 30 ans. »
- E5 : « Et donc j'en ai pas énormément non plus. Ce que j'ai, je me bats. »

De même que **l'acceptation d'une perfectibilité** voire **d'une impossibilité de la démarche** :

- E4 : « Et euh... Et honnêtement là avec un an de recul pour ces patients-là, j'avoue que pff... *Soupir* Y en a où je dis bah je laisse tomber »
- E5 : « Hum, hum, ceux là je sais que ça fait partie de des patients queeee, je renouvelle parce que * grande inspiration* le travail est, est, est difficile, en tout cas. Impossible, probablement pas, mais difficile sûrement. »

Une façon d'améliorer ses pratiques et son approche avec le patient passait par **une conscientisation des difficultés**, parmi lesquelles :

- La **complexité de la démarche de déprescription**
 - o E5 : « C'est plus simple de sevrer un IPP qu'un somnifère. Oui, oui.»
 - o E7 : « Alors je trouve que, autant avec les benzodiazépines, c'était facile d'arriver d'obtenir un sevrage. Sauf pour certains patients un peu réfractaires, mais autant effectivement euh sur euh les hypnot... Les molécules, les voilà, les molécules comme ZOPICLONE et ZOLPIDEM, euh c'était plus compliqué »

- **L'état actuel des prescriptions en France**
 - o E1 : « A ce propos je, j'ai un collègue, un prédécesseur où l'emploi du ZOLPIDEM ou du ZOPICLONE, puisque ce sont des vieilles molécules étaient, étaient prescrites de façon larga manu hein, Ce qui ce qui se faisait vraiment beaucoup à l'époque, hein. »

- **Le manque de temps médical**
 - o E3 : « Bah il freine je pense un problème probablement de communication euh je pense pas que j'ai assez de temps avec elle à chaque fois à chaque consultation pour réussir à, à tout mettre à plat ».

- **La pression exercée par le patient**
 - o E7 : « Parfois les gens ils disent : « Bah non, on a pas le temps donc vous me le, vous me prescrivez le traitement ». Et je pense que il faudrait bah peut être arrêter de céder à la pression des patients »

- **Les impasses de coopération avec le patient**
 - o E4 : « Mais encore une fois, moi enfin moi je repense toujours à mes 3-4 mamies qu'en ont, et ça reste très fermé quand même hein. »
 - o E11 : « Je tâte un peu le terrain. Parfois on se retrouve confronté à un mur et on, ils nous disent : « Non mais celui-ci jamais j'arrêterai, ça fait des années que je prends, je continuerai de le prendre ! » Et on sent que ça sert à rien et que je vais plus braquer le patient qu'autre chose »

Devant ces difficultés, plusieurs médecins insistaient sur le **questionnement vis -à-vis de la pertinence d'une telle déprescription** :

- E9 : « Dans un idéal, j'aurais dit oui, mais en pfff *Soupir*. Là j'ai, je, non, je pense pas que ce soit toujours faisable ni forcément souhaitable. Ça dépend aussi euh... Enfin ça dépend vraiment de la situation du patient. »

- E11 : « *Est-ce que, est-ce que c'est le moment aussi, parce que des fois il y a des gens qui sont dans des périodes de vie ou c'est pas le moment. Comme c'est souvent des personnes âgées je trouve à qui c'est prescrit, ils sont souvent confrontés à la notion de deuil dans le cercle amical, familial, et cetera* ».

Devant la demande de soins et la difficulté de la démarche, plusieurs médecins ressentent une **charge mentale importante**. De nombreuses méthodes s'attelaient à changer cette approche afin d'arriver à une **décharge mentale** :

- **Le désinvestissement des patients non-coopérants**
 - o E8 : « *Après a contrario, ça veut dire que quand le patient est pas impliqué dans les soins, malgré tous les efforts que je peux mettre en place bah j'ai tendance à me dire : « C'est pas moi qui suis malade, tant pis pour lui quoi ».*
 - o E8 : « *Non. J'ai arrêté de me battre contre les gens.* »
- **Le fait de ne pas être à l'origine de la prescription initiale**
 - o E5 : « *Et euh... Sur mes nouveaux patients, alors je récupère des, en fait c'est surtout les patients que je vais récupérer, que je reprends en patientèle qui sont déjà en ALD. Déjà des, des, des traitements qui eux peuvent être sous ZOLPIDEM ou ZOPICLONE* »
 - o E8 : « *Après en ce qui concerne mes patients, ceux que je suis depuis, depuis les 10 ans que je suis installé euh.... *Silence de réflexion* Souvent je suis pas à l'initiative des prescriptions d'hypnotiques.* »
- **Programmer un suivi en externe**
 - o E5 : « *Les patients vraiment qui arrivent pas dans leur sevrage. Bah de, et si j'y arrive pas de me dire je peux botter en touche et les envoyer sur cette consultation là en leur disant bah comme ça ils auront tout le bilan. Un vrai médecin du sommeil, et cetera, quoi. J'ai ce truc là en mémoire donc.* »
 - o E6 : « *Les patients psychiatriques, c'est extrêmement compliqué de les, de leur déprescrire, surtout si ils sont suivis par un, un psychiatre en libéral. Ceux-là*

clairement j'y arrive pas quoi. Parce que déjà pour eux, j'ai pas, c'est pas moi qui m'occupe de leur pathologie, c'est le psychiatre. »

- **Le fait d'appliquer les recommandations et les données scientifiques**

- o E3 : *« la décision de déprescription ne soit pas mienne uniquement mais c'est celle, celle de la... *délai de réflexion*, des bonnes pratiques de santé en fait »*
- o E4 : *« Moi je leur dis « Je fais pas les règles, mais faut les respecter ».*

- **Comparer aux autres pays**

- o E4 : *« Hum ouais ouais. Non mais c'est ça. Moi j'avoue que je leur dis souvent qu'on est un des pays où on consomme le plus et que pourquoi donc enfin ? Comment font les autres qui, qui ont sûrement autant de problèmes que les Français ? *Rires* »*

En ce sens, les médecins prônaient une **attitude de responsabilisation du patient** :

- E6 : *« Il y a aussi un moment où le médecin il peut, il est en droit de dire : « Mais là c'est dangereux pour votre santé. Je ne peux plus continuer à vous le prescrire ».*
- E8 : *« Après il y en a qui sont en mode « Ah oui oui, mais bon vous savez que j'en ai besoin, je sais bien que vous êtes pas d'accord mais euuuuuh vous savez que j'en ai besoin ». Donc là j'ai envie de dire bah ils prennent leurs responsabilités, ils savent ce que j'en pense, je leur, je les ai informé donc ils sont sensibilisés au fait que c'est pas bon pour eux mais ils font le choix de continuer »*

10) Conditionnement positif

Si la déprescription étaient pratiquement toujours décrite comme un projet thérapeutique difficile et complexe, de nombreux commentaires renvoyaient à un **discours optimiste** et un **conditionnement vers des résultats meilleurs**.

Plusieurs médecins présentaient une **attitude d'optimisme** manifeste lors des entretiens :

- E10 : « Je pense à une patiente qui était comme ça. Euh... Elle veut être sûre de s'endormir même si elle pourrait se passer d'un, d'un traitement de ce type-là. Bon, ben c'est un peu plus, hum un peu plus compliqué, un peu plus difficile à eux... A prendre en charge mais bon, c'est ça fait partie du, *rises* du challenge. »
- E12 : « Oui, on est contents de temps en temps. *Rires* Même si on aura pas de médaille de monsieur VALLETOUX mais on est contents *Rires*. »

Au global il ressortaient une impression **de meilleure sensibilisation et amélioration globale des prises en charge** :

- E1 : « Puisque le, le gros souci c'est pas tellement de de mettre en route les, les traitements, puisque c'est quand même très sensibilisés »
- E12 : « C'est la même chose. Aujourd'hui, d'aujourd'hui, on voit bien que la déprescription des anxiolytiques, elle est importante et qu'on en prescrit beaucoup moins. »

Cette dynamique de **conditionnement positif du médecin** était recrutée par les acteurs interrogés :

- **La culture de la réussite** :
 - o E3 : « Je pense que je dois avoir maintenant euh 1100 patients ou quelque chose comme ça euh... Et une file active de un peu moins de 2000 patients et je pense que j'en ai 2 à qui j'en prescrit encore de temps en temps. Allez p'tet si aussi, si je me souviens pas on va dire 5. »
 - o E11 : « Aussi, c'est plus simple. Alors je sais plus si c'était l'un ou l'autre, mais oui, je me souviens d'une patiente que j'avais réussi à sevrer sur un remplacement long que je faisais »
- **Le retour positif des patients** :
 - o E3 : « et la plupart des retours que j'ai, et bah c'est de nouveau très positif. Les gens sont contents. »
 - o E10 : « Et puis là elle m'as remercié, enfin elle a trouvé qu'elle, qu'elle était beaucoup mieux. Et de fait, moi je l'ai trouvé aussi beaucoup mieux. »

Mais également dans le **conditionnement positif des patients**, dans le projet de sevrage, prenant la forme notamment :

- Du **droit à l'échec** :

- o E4 : « *Maintenant si elle y arrive ou elle y arrive pas, ça fait 30 ans qu'elle en prend euh... C'est sûr que ça va pas se faire en un jour et que parfois faut s'y reprendre plusieurs fois.* »
- o E12 : « *Et puis ils dorment comme avant et finalement on arrive à la chambre, puis des fois ça échoue aussi hein, faut pas se leurrer, et ben faut reprendre les choses.* »

- De la **valorisation des efforts** :

- o E5 : « *Ah, et des fois en fait, le fait qu'ils aient fait le truc qui s'est mal passé, de revenir après que je leur dise que non ils sont pas obligés de faire radical tout de suite. Ça chemine et progressivement euh... On arrive à 1/2 comprimé tous les quelques jours. Et puis on se dit que voilà, c'est déjà une, une première victoire donc faut les féliciter aussi, leur dire que c'est bien* »

11) Optimisation des Connaissances

Le dernier aspect des méthodes de déprescription des hypnotiques en Z s'attardaient sur les **connaissances des médecins généralistes** qui la pratique.

L'optimisation des connaissances était donc omniprésente dans les entretiens.

Avant tout propos sur ce sujet, elle impliquait une **démarche auto-critique des médecins** vis-à-vis de leurs pratiques, sur différents plans :

- Le **manque de connaissances théoriques** :

- o E4 : « *Ouais c'est vrai mais pff *sourir* honnêtement j'ai, j'ai pas, je suis pas forte en en déprescription. Pour ça, enfin, j'ai jamais réussi à en déprescrire énormément.*»

- Les **lacunes ressenties dans les pratiques professionnelles** :

- o E11 : « Ah non non ! Je trouve que pour le coup je trouve que je fais beaucoup trop de renouvellement d'hypnotique donc c'est euh tout à fait des choses à améliorer pour la suite, la prescription des hypnotiques. »
- La **perfectibilité des supports d'informations** :
 - o E12 : « Ah oui ! Mais je pense qu'effectivement PRESCRIRE fait un peu partie des, des, des outils indispensables euh aux généralistes. Et il faut savoir rester critique par rapport à ce qu'ils disent. »

Pour se former, les médecins rapportaient plusieurs méthodes et outils distincts.

La première prenait la forme de la **formation PERSONELLE**, ou **autoformation**

- E3 : « J'aime beaucoup euh... La newsletter qui s'appelle « Médicalement Geek » euh... Qui est un outil pour lequel je lis je pense toutes les semaines et je trouve que ça aide à la déprescription »
- E8 : « Alors, *Regard fuyant* je vais pas dire que je lis PRESCRIRE parce que ce serait exagéré. Je suis abonné à PRESCRIRE *Rires* et je m'efforce dans de le lire euuuuuh, pff *soupir* au mieux de mes capacités. »
- E9 : « Entre 2 consultations, quand il y a des sujets qui me posent question, j'ai tendance à aller, à aller regarder. s'il y a deeeees... Enfin s'il y a des, si il y a des questions que je me suis posé, si je peux y trouver des réponses dans la littérature. »

Puis était citée la **formation FACULTAIRE**, associé à l'aspect **d'accompagnement d'étudiants** :

- E2 : « Après, il y a aussi le fait d'être maître de stage, bah c'est un avantage que nos internes nous amènent les nouvelles reco et caetera »
- E5 : « Bah déjà je suis tutrice, donc j'ai une tutorée qui peut de temps en temps me parler de tout ça et mine de rien ça, y a pas que elle qui se forme, moi aussi. »

Enfin dernière forme de formation, celle dite **formation CONFRATERNELLE**, découlant des **interactions avec les consœurs et confrères**. Parmi lesquels se distinguaient certaines formes :

- **Les échanges avec les autres professionnels de santé :**
 - o E4 : « Bah en en discutant avec les collègues, parfois ça, ça aide un peu, parfois. Euh... Parce que nous on, on parle beaucoup entre nous de quand on a des difficultés avec nos patients »
 - o E12 : « Aujourd'hui, aujourd'hui, moi je connais 2, 3 psy, donc ça permet d'en parler, un qui fait de l'hypnose, l'autre qui fait du EMDR, et cetera.»

- **Les formations en présentiels :**
 - o E6 : « Nous on a en plus 1 groupe qualité au sein de la de la maison de santé de Gaillon, donc c'est... Ça fait... *Pause* partie des thèmes hein, qui sont très souvent abordés »

- **Un intérêt pour ce travail de thèse :**
 - o E3 : « Moi je trouve que c'est un sujet de thèse qui est très intéressant, parce que c'est euh... Le quotidien de beaucoup, beaucoup de médecins »
 - o E7 : « Voilà donc c'est, enfin moi. Je pense que c'est très compliqué sinon. *Silence de réflexion* Sinon y aurait pas des travaux de thèse aussi intéressants que celui-là *Rires* »

IV. DISCUSSION

1. Choix de la méthodologie et de la population

Cette méthodologie a permis d'explorer au mieux un phénomène vaste et complexe. Les sujets de la déprescription au sens large, de l'emploi des hypnotiques, ou la déprescription de ces derniers correspondent à des sujets faisant l'objet de travail de recherches régulières. Cependant l'étude des méthodes employées dans cette démarche spécifique est un domaine de recherche non encore exploré. La méthode quantitative ne serait pas adaptée pour explorer cette problématique.

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.» comme expliquent N. Mays et C. Pope (46)

La méthode qualitative permet de guider l'entretien dans ses grands thèmes tout en permettant une souplesse propre à la discussion grâce à des questions ouvertes. Elle s'adapte en ce sens à l'expression des expériences, le vécu subjectif et les ressentis des participants, propre à l'analyse qualitative. Nous avons élaboré le guide d'entretien avant de débiter l'étude, qui ont été adaptés ensuite, avec une structure générale stable à partir du 4^{ème} entretien. Pour ce dernier nous avons notamment utilisé la grille de Calgary-Cambridge, dont nous nous sommes inspirés pour plusieurs questions. (47)

Le but a été d'accompagner les discours des personnes interrogées vers les différents thèmes, tout en laissant place aux libertés de discours et des sujets abordés par chaque intervenant. Des questions ouvertes, les plus neutres possibles ont été posées de façon de ne pas induire de réponses.

Quant au choix de la population et des participants, l'absolue représentativité n'est pas recherchée dans le cadre des études qualitatives et ne correspond pas à un critère de qualité. Le but était de sélectionner des médecins aux profils différents afin d'avoir le plus d'informations possibles sur le sujet, voire de faire ressortir des tendances. (48)

Des notes de terrain pendant et a posteriori de chaque entretien ont été prises pour affiner le ressenti perçu pour l'analyse des données. De la même façon, l'élaboration d'un journal de bord a été entamé à partir du 3^{ème} entretien afin de mieux appréhender le travail, dans un but de conduite optimale de l'étude.

2. Définitions - Sémantique

Nous éclaircissons quelques notions concernant les termes employés :

- ❖ **Posture - Position générale** : conviction du médecin, démarche consciente et pleinement voulue dans l'exercice de sa pratique.
- ❖ **Vécu – Expériences** : expériences issues du vécu personnel ou professionnelle du patient, associées à un ressenti émotionnel, participant consciemment ou non au processus de décision.
- ❖ **Conceptions** : idées présente de manière inconsciente, non associées à une émotion, participant au processus de raisonnement.

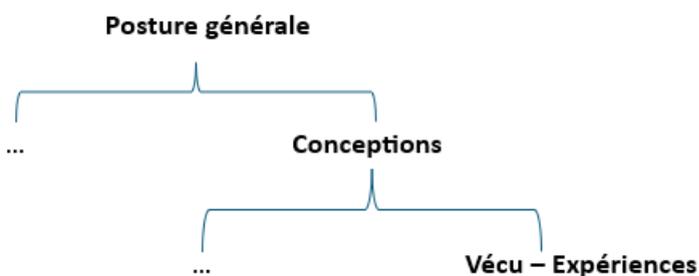


Schéma de définition de l'arbre de codage

3. Résultats principaux

Les médecins généralistes concevaient la déprescription des hypnotiques en Z en grande partie sur l'alliance thérapeutique avec le patient et la dynamique d'échange. La partie médicamenteuse de la déprescription apparaît comme minoritaire dans les stratégies utilisées. In fine, au vu du modèle théorique employé, la réussite de la majorité des

méthodes citées ne sont pas intégralement du ressort du médecin, pouvant expliquer cette sensation de difficultés, voire de perte d'autonomie.

Le rapport des médecins à la déprescription semblait avant tout s'inscrire dans une démarche de réévaluation des besoins du patient, par opposition au fameux « renouvellement d'ordonnance ».

4. Discussion des principaux résultats et comparaison à la littérature

La discussion s'articulera autour de 3 axes distincts : les méthodes associées aux médecins, celles associées aux patients et enfin celle associées aux éléments externes.

1) Chez les médecins

Au total, près de 140 méthodes ont été décrites dans les entretiens. Parmi elles, en se référant à la version simplifiée du modèle sus-cité, le médecin partage le projet thérapeutique dans 33 méthodes sur les 67 répertoriées. Par corollaire, le médecin n'est le principal décisionnaire dans plus de 50% des méthodes rapportées.

Cela est cohérent avoir le sentiment de perte d'autonomie décrit dans les études de 2010 et 2013 (40)

A. Conceptions du médecin

Les représentations ont été définies par J-M. SECA comme "un système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés stéréotypes, croyances), générés en partie dans des contextes d'interactions interindividuelles ou/et inter-groupeux" (49). Les conceptions et les expériences du médecin comme celles du patient font partie intégrante du processus décisionnel et s'intègre aux méthodes de déprescription dans un processus complexe.

Parmi ces **conceptions** les plus notables étaient cités le fait d'avoir été exposé directement ou indirectement à un sevrage ou un échec de sevrage médicamenteux, la conceptualisation de la déprescription comme une consultation addictologique ou encore les soucis personnels et la fatigue du médecin propice à la démotivation.

L'image des hypnotiques en Z dans l'inconscient collectif, soignant comme patient, était citée comme un facteur important. Ces molécules n'étaient pas associées à des médicaments à risques aux yeux de patients, ni même comme une priorité de santé aux yeux des médecins. Cela participe à une banalisation de leur usage et entravait une démarche déprescriptive.

Cette conception d'une **non-priorité de santé** était une approche dans plusieurs travaux d'études, le plus souvent vue comme une barrière à la déprescription. L'étude BENZORED notamment citait la considération de la déprescription comme une priorité relative de santé était un facteur déterminant mais faiblement important (50) (51).

Une thèse de médecine générale de 2015 s'est penchée sur les difficultés et les voies d'amélioration à la déprescription par les médecins généralistes. Les médecins ressentaient une réticence des patients, parfois aboutissant à une résignation de la part des soignants, avec pour conséquence une tendance au renouvellement d'ordonnance sans réévaluation. Cependant le travail de thèse soumettait l'idée que la **réticence** des patients à la déprescription serait en effet **plus une idée des médecins que la réalité**. Une revue systématique de 2021 allait en ce sens également sur la supposée résistance attendue chez les patients (50) (52).

Cela va dans le sens de notre travail de recherche qui décrit une prise de conscience et un travail de déconstruction des croyances erronées comme un important outil de déprescription.

B. Posture et statut du médecin

Attitude et posture

L'attitude et la posture prônée par le médecin est une des groupes de méthodes de déprescription les plus cités dans les entretiens. Une étude qualitative australienne de 2021 étudiait l'influence du prescripteur sur la volonté et la compréhension du patient. Elle concluait que l'attitude, le comportement et l'approche thérapeutique du médecin prescripteur a une influence directe sur la volonté du patient dans la déprescription des hypnotiques en Z, ce qui est en accord avec notre étude (53).

Ainsi cette approche confirme l'efficacité d'une « politique », d'une ligne directrice prônée par le médecin comme de non médiquer le sommeil, d'adopter un scepticisme envers les hypnotiques ou encore une volonté plus générale de déprescription au sens large. Ces méthodes correspondent à une méthode active de déprescription de notre étude.

Statut installé - remplaçant

Le **statut du médecin** pouvait également jouer un rôle : le **statut de médecin traitant habituel**, installé depuis plusieurs années était décrit comme un outil notable dans la déprescription, du fait de sa meilleure connaissance du patient et de son vécu commun avec lui. Cela permettait une meilleure adaptabilité du discours et des propositions thérapeutiques.

Cela pouvait également être cité comme une barrière. En effet ce statut pouvait également être associé à « l'habitude », rendant plus difficile de modifier une prise en charge ou à accepter aux yeux du patient. Cela rentre dans le champ de **l'inertie thérapeutique** (54). Le travail de thèse sus-cité soumettait l'idée que la réticence avant tout supposée des patients par les médecins pouvait également favoriser cette inertie (52).

De facto le **médecin nouvellement installé** se rapportait à une image plus nouvelle dans sa pratique de la médecine générale et semblait avoir une meilleure légitimité à changer une habitude de prescription. Il en va de même pour le **remplaçant**, décrit dans notre étude comme un statut propre en soi, associant l'image de nouveauté aux yeux du patient, avec des connaissances considérées comme plus actuelles et un point de vue extérieur sur son dossier.

Divers travaux appuient l'hypothèse que le **statut de remplaçant** modifie le lien avec le patient. Les patients précisait que ce n'était pas avec le médecin traitant habituel qu'ils souhaitaient modifier leurs traitements pour autant, renforçant cette idée d'inertie plutôt associée au médecin traitant (55) (56).

Ces travaux sont cohérents avec notre étude quant à l'approche différente que peut représenter et utiliser le médecin habituel du patient et un médecin nouveau. Cette image d'une nouveauté et d'une opportunité au changement aux yeux du patient ressort comme un levier puissant pour la déprescription des hypnotiques en Z.

Situation géographique

Nonostante la **situation géographique** en milieu rural étant associée à une plus faible densité de médecins, ceux-ci s'autodécrivaient dans notre étude comme « la seule solution possible » et certains décidaient d'être plus directionnels avec le patient. Par opposition, dans la littérature la patientèle plutôt urbaine a été citée comme plus demandeuse de soin que la population rurale, pouvant expliquer une différence d'approche par le médecin (40).

C. Approche médicamenteuse

La partie présentant le plus de méthodes actives de déprescription se situait dans la gestion de l'ordonnancier et de l'utilisation directe des médicaments, le médecin étant de facto le producteur direct de l'ordonnance. Il s'agit en parallèle des interventions de déprescription des hypnotiques en Z les plus couramment étudiées dans la littérature (57).

Décroissance – gestion pilulier

Parmi les méthodes, la **décroissance posologique** ressortait comme la principale méthode soit de manière directe, soit par palier de décroissance soit par autogestion de la

décroissance. Ces 3 manières distinctes permettaient de laisser plus ou moins de souplesse et de responsabilité au patient. Cela était en accord avec la décroissance progressive selon des paliers de 1/2 ou ¼ recommandés par la HAS (29).

Le médecin proposait même une **autogestion** du pilulier, à l'aide de préparation magistrale placebo, mélangées à des gélules de principes actifs. Il en va de même pour les **délivrances** uni-bi ou tri hebdomadaires, obligeant le patient à se déplacer pour récupérer les hypnotiques.

La réduction progressive des doses est une composante importante des études portant sur la déprescription des hypnotiques en Z, mais les méthodes varient considérablement (57). Cela semble cohérent avec les variétés des propositions citées dans les entretiens devant l'absence de consensus.

Substitutions par autre molécules

L'autre grande méthode citée était la **substitution pour une autre molécule**. Plusieurs approches se distinguaient selon la molécule de substitut : la plupart du temps à visée étiologique, notamment par un anti-dépresseur, des molécules plus facilement propices au sevrage ou encore une volonté de substituer le « médicament doudou ».

Les médecins soulignaient l'importance de la recherche précise du trouble du sommeil, cohérent avec une logique d'une molécule plus adaptée. Cette idée se retrouve également dans un travail de thèse de 2015 (58).

Les molécules citées par les médecins interrogés sont partiellement en accord avec les dernières recommandations européennes de 2023, qui préconisent en 2^{ème} intention les BZD et apparentés, le daridorexant et les antidépresseurs sédatifs à faible doses mais dans les insomnies de moins de 4 semaines. La MELATONINE à libération prolongée peut être prescrite jusqu'à 3 mois, pour les patients de plus de 55 ans et les antagonistes de l'orexine demeurent le seul traitement indiqué pour les insomnies de plus de 3 mois (59).

Represcription

De manière plus concrète, plusieurs médecins estimaient que la meilleure déprescription était la **non-prescription**, par **non-instauration** ou même **non-represcription**. Plusieurs médecins n'omettaient pas la possibilité d'une prescription mais dans un **cadre strict** (limitation de prescription à 28 jours).

Une étude qualitative de 2017 citait parmi les facteurs influençant le choix de represcription : l'âge du patient, la durée de traitement et de suivi, la polymédication, les populations de milieux sociaux économiques plus modestes et l'absence d'usage d'outils d'aide à la déprescription (60). Ces caractéristiques sont en accord avec notre étude.

D. Approche non médicamenteuse

Les médecins généralistes interrogés proposaient régulièrement les alternatives non-médicamenteuses afin de pouvoir déprescrire.

Près de 37% des médecins généralistes employait les mesures d'hygiène du sommeil et 20% employaient des méthodes non médicamenteuses, avec dans l'ordre les TCC, la relaxation, la sophrologie puis les autres, selon une thèse de médecine générale (61).

Mesures hygiéno-diététiques

De nombreux médecins insistait sur les **mesures hygiéno-diététiques** au sens large, notamment pour l'hygiène du sommeil ou pour l'hygiène en journée notamment. Cela est en adéquation avec une thèse de 2015, qui montrait que les médecins généralistes accordaient de l'importance à la reprise des règles hygiéno-diététiques dans le cadre du sevrage en hypnotique (58).

Thérapies cognitivo-comportementales et hypnose

Parmi les approches non médicamenteuses, les **thérapies cognitivo-comportementales** prennent une place de choix.

L'efficacité de la TCC a été démontrée dans une étude de 2021, avec une amélioration significative chez l'ensemble des patients, dans toutes les classes d'âges et de populations cliniques. L'étude avance en parallèle des résultats sur l'amélioration concomitante sur la dépression, l'anxiété et la douleur, permettant également une approche holistique (62).

Il en va de même pour **l'hypnose**. Plusieurs études décrivaient une amélioration ressentie du sommeil par les patients par l'hypnothérapie (63) (64).

E. Gestion temporelle

Le temps et son appréhension ressortent dans les entretiens comme un outil à part. La principale méthode citée est l'adoption d'une **démarche progressive, répétée** des tentatives de déprescription, à chaque occasion qui se présente au médecin.

Au sein même de la consultation le moment de l'annonce et de la discussion autour de l'hypnotique pouvant également être un outil. 2 visions s'opposaient : celle d'annoncer le projet de déprescription dès le début de la consultation, pour que le patient soit tout de suite dans cette démarche et puisse déjà y réfléchir pendant la consultation. A l'inverse un des médecins préfère attendre la fin de la consultation pour en parler, afin d'éviter que le patient se sente stigmatisé et de facto de perdre son alliance thérapeutique au décours de consultation.

Le manque de temps et le manque de formation à sa gestion apparaissaient comme des obstacles transversaux, présents à toutes les étapes de la déprescription, d'après un travail de thèse de 2015 (52).

Les difficultés que peuvent représenter les consultations à motifs multiples ou CMM ont été analysées dans plusieurs travaux de thèse. Dans le cadre des CMM, le patient est décrit comme demandeur d'information, porté notamment sur l'auto-documentation de son côté, afin d'avoir une plus grande autonomie dans ces soins. Cette approche peut être un levier intéressant dans l'approche d'une déprescription (65) (66).

F. Décharge mentale / Crainte des médecins

Complexité

La déprescription était décrite comme une démarche complexe par les médecins. Cette idée de **complexité associé à la déprescription** se retrouve également dans la littérature (51). Les médecins dans la quasi-totalité verbalisaient des difficultés voire des impasses dans la déprescription. Il en ressortait une verbalisation d'une **charge mentale** importante quant à la represcription et à la déprescription des hypnotiques en Z.

De manière pragmatique, la **conscientisation** et **l'acceptation de ces difficultés** semblaient pouvoir mieux appréhender les consultations et recrutaient plus de ressources pour le projet thérapeutique de déprescription. Certains médecins insistent d'autant plus sur le questionnement à avoir vis-à-vis de la pertinence de déprescrire de traitement chez certains patients.

Face à cela, plusieurs méthodes visaient à un allègement nécessaire de cette même charge mentale par une attitude de déresponsabilisation de l'enjeu, permettant de prendre de la distance face à ces difficultés. Pour cela, les médecins pouvaient être amené à se désinvestir des patients refusant la coopération, proposer un suivi externe, adresser le patient au primo-prescripteur ou encore se présenter comme simple applicateur des recommandations des sociétés savantes. Plus directement, la majorité des médecins insistaient sur l'importance de **responsabiliser le patient** quant à sa volonté de poursuivre ce traitement malgré tous les moyens mis en place pour le déprescrire.

Optimisme

Le ressenti général des médecins interrogés tendait vers une amélioration progressive des prescriptions des hypnotiques en Z. Une étude de 2020 corroborait cette approche avec une diminution de prescription d'hypnotiques apparentés aux BZD entre 2010 et 2013, allant de pair avec les mises en garde les actions de l'HAS (67).

Devant la complexité de la démarche, plusieurs médecins adoptent un état d'esprit optimiste, propice à la réussite du projet thérapeutique. Cela prend notamment la forme

d'un conditionnement positif chez les médecins eux-mêmes comme envers les patients, en valorisant leurs efforts et en prônant le droit à l'échec.

Peur et plaintes des patients

Régulièrement l'annonce d'un intérêt d'une déprescription était associée à des **réactions d'incompréhension des patients**, rapportaient les médecins, parfois difficile à gérer. Certains médecins verbalisaient également une peur des symptômes sevrage chez leurs patients.

Il est notable de préciser que le ZOPICLONE et le ZOLPIDEM sont associées à une plus forte iatrogénie que les autres molécules disponibles pour le traitement de l'insomnie dans d'autres pays. Cependant une étude de 2018, mettait en évidence une amélioration des symptômes dès la fin du premier mois d'arrêt ainsi d'une amélioration de la latence d'endormissement, de la fatigue diurne et de la qualité de vie au bout de 6 mois d'arrêt d'un hypnotique en Z. Leur iatrogénie était associée à un taux d'arrêt plus important que les autres molécules, notamment le ZOLPIDEM (68) (69).

Ces données corroborent l'opportunité que peut représenter une **plainte associée à un syndrome de sevrage ou un effet indésirable** comme occasion d'aborder le projet thérapeutique de déprescription.

G. Développement de la formation – Autocritique

Cette conscientisation des difficultés permet une exhaustive **démarche d'auto-critique**, dans plusieurs domaines cités dans le tableau, bénéfique aux progrès.

L'importance de la remise en question et le développement des compétences communicationnelles sont des voies d'amélioration de la déprescription cités dans la littérature (52).

De nombreux travaux de recherche se penchent sur l'efficacité de diverses interventions et de leur efficacité sur les compétences des médecins généralistes. Ces interventions variaient

entre formation à un outil d'aide, support web, contrôle régulier des prescriptions, calendrier de décroissance et suggestions de traitement alternatif. Il en ressortait de meilleurs taux de déprescription notamment en comparaison à des intervention se limitant à des cours de connaissances théoriques (70) (71) (72). Il en découle que les outils de terrains semblent efficaces, notamment en comparaison d'une simple augmentation des connaissances théoriques brutes. Cette approche d'une volonté d'outils avant tout pratique, plus que théorique se retrouvant dans d'autres études à ce sujet (73).

Ces données sont cohérentes avec la pertinence de notre travail, qui se base avant tout sur une difficulté d'applicabilité externe plutôt que sur des manquements de connaissances.

H. Développement de la déprescription

La pratique de la déprescription en tant que telle n'a été pratiquement pas citée spontanément par les médecins interrogés, bien que tous reconnaissant l'important d'une « réévaluation » et non d'un renouvellement d'ordonnance. La déprescription est un domaine de la médecine générale se développant de plus en plus. De nombreux articles sur ces 10 dernières montrent une augmentation des travaux à ce sujet (74).

2) Chez les patients

A. Conceptions – Emotions des patients

Les **conceptions** et **représentations** des patients correspondent à des facteurs importants à prendre en compte et permettant de mieux appréhender la déprescription.

Rapport du patient au sommeil et aux hypnotiques

Parmi les conceptions citées dans notre étude ressortaient la **sacralisation du besoin de sommeil** et la **ritualisation de la prise du somnifère** : déprescrire l'hypnotique était perçu comme un risque d'altération du sommeil et un risque de perturbation de son quotidien.

Dans la littérature, la consommation des hypnotiques par les patients est décrite comme motivée par un besoin de retrouver un sommeil de qualité, banalisant la prise d'un hypnotique, considérée à terme comme indispensable. Les patients imaginent les hypnotiques en Z comme efficaces même après plusieurs années d'utilisation, minimisant les risques et effets secondaires. Plus la consommation est ancienne, plus la croyance en l'efficacité est forte, malgré l'augmentation des doses et la pharmacorésistance. Ceci explique la faible demande des patients à effectuer en sevrage (39).

Appréhension des patients

Dans le même sens, les médecins décrivaient **l'appréhension des patients** comme une difficulté à prendre en compte. Le manque de connaissance et la **peur du sevrage** ressentie par les patients est également largement cité dans la littérature.

B. Relation médecin-malade

Modèle de Relation médecin-malade

Le principal outil de déprescription se trouve dans le lien qu'entretient le médecin avec son patient. La **relation médecin-malade** est centrale et la plupart des médecins insistent sur l'importance de la coopération entre les 2 interlocuteurs.

En ce sens de collaboration, seul l'emploi d'un **modèle de RMM** dite **paternaliste** a été considérée comme une méthode dite active, car il est choisi de ne pas laisser de choix au patient. Ce modèle paternaliste était prôné par 2 des médecins, exerçant en milieu rural.

2 autres modèles de RMM ressortaient. Majoritairement les médecins employaient un **modèle dit partagé**, dans lequel le projet se construit à 2 à part égale. Certains médecins adoptaient pour certains patients un **modèle dit d'agence**, dans lequel le patient est le principal décisionnaire. Cela peut s'apparenter à une perte d'autonomie du médecin mais cette décision assumée vis-à-vis de certains patients spécifiques, permettait de ne pas s'épuiser dans une démarche de déprescription ressentie comme vouée à l'échec devant l'absence de coopération. Cela permettait aux médecins de garder plus d'énergie pour les patients adhérents au projet de déprescription d'hypnotiques (75).

Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique se définit comme la qualité de la relation collaborative entre un patient et son thérapeute. Elle se base sur un accord sur les objectifs, sur les tâches à accomplir et sur le lien affectif entre les 2 protagonistes (76) (77).

Parmi les méthodes coopératives pour cela, les médecins citaient l'importance de l'attitude d'empathie et de compréhension, la solidité et le travail du lien de confiance, via notamment le rapprochement physique lors de l'examen clinique ou un bureau disposé à la québécoise. Dans la littérature, la confiance du patient envers leurs médecins joue une influence claire sur le projet thérapeutique de déprescription. A contrario, les efforts de déprescription pouvaient nuire à la relation médecin-malade selon des médecins interrogés, ce qui jouait dans la décision de prescrire ou non un hypnotique (53) (78).

En parallèle les médecins employaient régulièrement **l'entretien motivationnel**. L'entretien motivationnel est une approche de communication centrée le patient, conçue pour renforcer sa motivation interne et l'engagement au changement (79). Via cet outil, les médecins centraient leur approche de déprescription sur la qualité du sommeil, les besoins des patients et surtout leur degré d'adhésion à la prise en charge.

Adhésion du patient

Le **degré d'adhésion** et le **travail sur la motivation** du patient est intimement lié au succès de la déprescription d'après les médecins cités.

Dans la littérature, l'engagement des 2 parties prenantes est décrite comme un pilier majeur de la déprescription des BZD, de même que l'accord ou désaccord de la pertinence d'une déprescription entre le médecin et le patient, parfois perçu comme le facteur le plus important (51) (41).

Une étude qualitative analysant la motivation du point de vue des patients, décrite comme complexe mais non figée dans le temps. Elle reposait sur le sentiment spontané et renforcé d'amélioration, l'identité du patient, l'autonomisation et la fixation d'objectifs. Il est mis en

évidence des croyances différentes entre le patient ayant abouti à une déprescription et les autres. De facto, les attentes des patients sur la déprescription sont décrites la plupart du temps comme mal cernées, ceux-ci se disant en majorité prêts à une éventuelle déprescription si celle-ci est bien expliquée (52) .

Mieux cerner les attentes des patients, associé à une relation de confiance couplée à une bonne communication médecin - patient mais aussi avec les autres professionnels en charge du patient semblent être des éléments essentiels pour une déprescription réussie. Ces propos sont cohérents avec l'approche des médecins interrogés et le travail souligne l'utilité que pourrait avoir une campagne de santé publique à grande échelle (52) (80). La fixation d'objectif, chronologique ou posologique par exemple, se présente également comme un support intéressant pour la déprescription.

C. Empowerment et éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique peut se définir par une démarche visant à aider les patients atteints de maladies chronique, à mieux comprendre et améliorer leur condition de vie, à développer des compétences pour gérer leur traitement et leur quotidien. Son objectif est de rendre le patient plus autonome et actif dans sa prise en charge, en lui donnant les outils nécessaires (81) (82).

Ce concept est intimement lié à celui **d'empowerment**, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS comme un processus par lequel les individus acquièrent davantage de contrôle sur les décisions et les actions qui affectent leur vie. Dans le domaine de la santé, l'empowerment vise à aider à mieux comprendre son état de santé, prendre des décisions éclairées et agir pour améliorer son bien-être physique, mental ou social (83).

La finalité de ces 2 pratiques est de redonner les clefs en mains au patient, en lui transmettant notamment le savoir nécessaire et une information éclairée via une éducation thérapeutique efficace.

Mise en évidence de l'hypnotique

Ces 2 pratiques sont au cœur de la démarche de déprescription. La principale méthode employée par les médecins était une démarche de **mise en évidence de l'hypnotique** dans un but de débanaliser son usage. Cela passait notamment par **une réévaluation verbale répétée et systématique**, la nécessité d'une ordonnance sécurisée ou par le respect strict des 28 jours de prescription.

La finalité décrite était de permettre une réappropriation globale de sa prise en charge, aussi bien de son sommeil comme de son traitement, par le patient. Cette éducation peut se faire via des supports papiers, agenda du sommeil, reprise des mesures d'hygiène du sommeil ou encore par de la TCC notamment. Plusieurs médecins cherchaient avant tout à **auto-questionner le patient** vis-à-vis de son traitement, voire de le mettre face à ses propres paradoxes, de même qu'à valoriser et favoriser l'auto-documentation par le patient lui-même.

La salle d'attente et les campagnes de sensibilisation sont également citées comme d'excellents outils de sensibilisation indirecte à ces hypnotiques.

Dans la littérature, une étude montrait une amélioration des taux de diminution des hypnotiques en Z chez les patients recevant une intervention d'éducation thérapeutique ciblée par le pharmacien en plus de l'éducation thérapeutique classique. De même un travail de thèse de 2015 montrait que les médecins généralistes abordaient avant tout la déprescription par les informations transmises au patient en consultation (58) (84).

Support d'information - Autodocumentation

L'usage de support d'information au patient est plusieurs fois cité dans les entretiens. L'idée d'un support d'information à l'intention des patients dans un but de sensibilisation et d'information revient dans la littérature comme un facilitateur de déprescription (73).

Plusieurs études dans la littérature s'intéressaient à l'usage de support d'informations dans la déprescription des hypnotiques en Z. Dans le cadre d'une étude espagnole, l'envoi d'une fiche d'information au patient, comprenant explication iatrogénique et schéma de décroissance, a montré une diminution significative avec 22% de déprescription et 18% de diminution. En France, une thèse de médecine de 2020 visait la production d'une fiche

d'information similaire pour ouvrir le dialogue et favoriser le dialogue et l'adhésion du patient à ce sujet. Son impact en population restait à évaluer (85) (86).

Quant à l'auto-documentation, une étude belge de 2021 s'intéressait à l'impact des discours entre patients via un forum en ligne au sujet de la consommation des hypnotiques en Z par les patients. La communauté en ligne s'apparentait à un lieu de contestation particulière, dont les échanges décrivaient un impératif de santé et une volonté de démedicaliser du sommeil, remettant en cause l'usage de ces molécules, une démarche donc propice à aborder la déprescription (87).

3) Autres interlocuteurs et possibilités

A. Paramédical

La sollicitation d'**aides extérieures** est plusieurs fois citées dans les entretiens. L'aide à la déprescription par les autres professionnels de santé est également largement traité dans la littérature. L'amélioration de la coordination entre les différents corps de métiers est plébiscitée dans les ouvertures des études comme une voie d'amélioration (88).

Infirmier

Le corps infirmier était associée à un complément et un support pour la déprescription, notamment dans les évaluations du sommeil via des dispositifs spécifique ou la reprise des règles d'hygiène du sommeil. Cette approche se retrouve dans la littérature (58).

Une revue systématique de 2021 portant sur les facteurs influençant la déprescription des hypnotiques, faisait état chez les infirmières d'un ressenti de manque de connaissances et un sentiment que leurs options n'étaient pas assez valorisées. Les infirmières et autres soignants étaient décrits comme une source inutilisée de soutien dans le processus de déprescription. Le corps soignant se décrivait demandeur d'une éducation sur la iatrogénie médicamenteuse des hypnotiques (50).

Pharmacien

Le pharmacien dispose d'une place de choix dans les acteurs du projet de soin. Un des médecins interrogés citait à plusieurs reprises l'intérêt d'une collaboration avec le pharmacien pour les délivrances échelonnées ou encore la confection de préparation magistrales comme citée plus haut. Dans la littérature, le pharmacien apporte également une expertise via ses interventions auprès du patient, ses retours au médecin ou encore via le développement de logiciel de détection des patients à risques (89).

A noter qu'une étude sus-citée portant sur les prescriptions de médecins généralistes se penchait également sur les prescriptions par les pharmaciens dans l'insomnie. Ces derniers prescrivaient dans l'ordre également des antihistaminiques mais plutôt de la DOXYLAMINE, puis phytothérapie et enfin MELATONINE (61). Cela met en évidence l'approche différente, possiblement complémentaire du pharmacien comme méthode de déprescription.

B. Mesures gouvernementales

Certaines méthodes et notions citées par les médecins étaient le fruit de mesures gouvernementales ou externes. Elles ne découlaient ni de leur gré ni de celui des patients. Il s'agissait cependant d'outils que les médecins sont à même de s'approprier.

L'intervention des politiques et incitations externes était décrites comme un facteur faible mais notable dans l'étude BENZORED (51).

Campagnes de sensibilisation

Plusieurs médecins citaient l'intérêt de campagnes de sensibilisation, à l'attention des médecins pour optimiser leurs connaissances, ou à l'attention des patients dans un but d'éducation thérapeutique.

Un travail de thèse de 2015 montrait que les médecins généralistes envisageaient d'aborder la déprescription via des campagnes de sensibilisation à venir. L'investigatrice décrivant l'occasion d'une telle campagne comme une occasion d'aborder le sevrage (58).

Ordonnance sécurisée – limitation à 28 jours.

Le ZOLPIDEM nécessite une ordonnance sécurisée pour sa prescription, régie par une **limitation de prescription à 28 jours maximum**. Ces 2 aspects constituent 2 outils à part aux yeux des médecins, en ce sens que l'ordonnance sécurisée et sa limitation de durée permettent de pointer du doigt spécifiquement la molécule et de mettre en lumière les précautions et donc ses risques qui lui sont associée. Ces 2 aspects sont également associés à une pénibilité ressentie pour le médecins, devant une logistique chronophage et récurrente, pouvant servir de motivation pour déprescrire.

L'instauration du ZOLPIDEM sur ordonnance sécurisée obligatoire en avril 2017 depuis l'obligation de prescrire le ZOLPIDEM sur une ordonnance sécurisée, est associée à une diminution de sa délivrance. Si une augmentation de la délivrance de ZOPICLONE est observée en parallèle, elle ne semble pas compenser la baisse de délivrances de ZOLPIDEM (90).

Du point de vue des patients, le durcissement des conditions de prescriptions et délivrances est associé à une plus grande interrogation des patients sur leurs traitements et une plus grande sensibilisation du risque de iatrogénie (39).

La mise du ZOPICLONE également sur ordonnance sécurisée pourrait être une piste envisageable pour favoriser la déprescription.

Déremboursement

L'idée d'un **déremboursement**, partiel ou complet, des hypnotiques en Z était décrit comme une piste d'amélioration à la déprescription dans une thèse (58).

Cependant d'autres interventions gouvernementales ne semblent pas être fructueuses. L'introduction de la rémunération sur objectif de santé publique ou ROSP pour motiver à la réduction des benzodiazépines n'a pas montré d'efficacité, de même sur la diminution du remboursement du ZOLPIDEM de 65 à 15%, qui n'a pas permis une diminution des prescriptions à long terme (91).

4. Forces et limites de l'étude

Les **forces de cette étude** résident sur plusieurs points :

- ❖ La sélection de l'échantillon en variation maximale
- ❖ Le recueil jusqu'à saturation des données confirmé par 2 entretiens
- ❖ L'adaptation du guide d'entretien et de l'autoformation aux entretiens oraux au fur et à mesure du recueil des données.
- ❖ La triangulation avec un confrère formé à la méthodologie qualitative.
- ❖ La tenue d'un journal de bord tout au long de l'élaboration du travail de thèse afin d'aider à l'identification des difficultés. Ce travail a également été soumis à la grille COREQ dans un but de démarche qualité.

L'originalité de cette étude consiste en son tableau des diverses méthodes rapportées, en méthodes actives, coopératives et passives.

Parmi les **limites de l'étude**, nous noterons :

- ❖ Il s'agit de la première étude qualitative pratiquée par le chercheur principal. Cependant ce dernier (GJ) s'est formé à la méthode qualitative en amont et tout au long de l'élaboration de l'étude.
- ❖ Un biais de recrutement, la majorité des médecins interrogées ayant un lien avec le travail ou la formation facultaire. Cependant la méthodologie qualitative n'a pas pour finalité la représentativité d'une population, cela n'en altère pas sa scientificité.
- ❖ Une élaboration de l'arbre de codage a posteriori des entretiens pour des raisons organisationnelles.
- ❖ Le questionnaire préalable n'avait pas été testé en condition réelle en amont.

5. Perspectives

Le tableau des méthodes élaboré dans cette étude dispose d'une validité externe lui permettant de s'appliquer à d'autres types de médicaments, ce qui pourrait présenter un intérêt dans la déprescription d'autres thérapeutiques. Une étude en fonction des différentes classes thérapeutiques pourrait être intéressante, de même que l'élaboration d'une fiche

d'aide à la déprescription à l'intention des médecins à partir de ce tableau pourrait constituer un support.

Le statut du remplaçant ou du nouveau médecin installé présente des caractéristiques notables dans le projet de soin. Une approche centrée spécifiquement sur la déprescription semble être également pertinent.

De même de nombreux travaux d'études se penche sur l'intérêt du pharmacien avec son expertise, dont l'apport semble complémentaire mais reste peu cité comme une authentique aide à la déprescription. Des recherches complémentaires à ce sujet semblent pertinentes.

En parallèle, l'arrivée récente du Daridorexant ou QUVIVIQ, premier traitement à obtenir une indication dans l'insomnie chronique (de plus de 3 mois, ayant un impact significatif pendant la journée) pourrait changer les habitudes de prise en charge et aider de manière notable à la déprescription du ZOLPIDEM et du ZOPICLONE. Il est désormais le traitement de seconde intention chez l'adulte et est remboursé (92).

Le Daridorexant est un antagoniste de l'orexine, un neurotransmetteur associé à l'éveil. Chez certains patients souffrant d'insomnie chronique, des données suggèrent que les zones cérébrales de l'éveil restent actives pendant la nuit, occasionnant un état d'hyper-éveil (93) (94).

En bloquant l'activation des récepteurs à l'orexine, qui joue un rôle dans la régulation du cycle éveil-sommeil, le Daridorexant permet une diminution de l'état d'hyperéveil, permettant ainsi une meilleure indication et un meilleur matin du sommeil (95) .

Il n'est pas exclu que ce traitement vienne changer de manière notable les prises en charges.

V. CONCLUSION

De nombreux médecins manifestaient leur intérêt et leur envie de développer cette compétence de déprescription à la lumière de ce travail. L'application du tableau élaboré dans ce travail de recherche sur la déprescription d'autres catégories médicamenteuses pourrait faire bénéficier de prochains travaux de recherches. Il en va de même pour l'élaboration d'une fiche d'aide à la déprescription à l'intention des médecins, à partir de ce même tableau, qui pourrait faire objet d'un nouveau travail avec une validation par focus groupe ou ronde Delphi. L'auteur n'a à signaler aucun conflit d'intérêts.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Claire Gourier-Fréry et Claire Fuhrman, Département des maladies chroniques et traumatismes - Les troubles du sommeil, Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire, mars 2012.
2. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 25.
3. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 déc 2011;59(6):409-22.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
5. First MB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, and Clinical Utility. J Nerv Ment Dis. sept 2013;201(9):727.
6. Maruani - Conduite à tenir Plainte d'insomnie.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: https://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2021/01/DIU_Se%CC%81m2_Cours_9_JM_CAT-Plainte-dinsomnie.pdf
7. Article PRESCRIRE - Mauvais Sommeil chez un adulte, septembre 2020.pdf.
8. Agenda du Sommeil - HAS, 2015 [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/agenda_sommeil-eveil.pdf
9. pdfslide.net [Internet]. [cité 12 mars 2024]. (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) -). Disponible sur: <https://pdfslide.net/documents/pittsburgh-sleep-quality-index-psqi-outcome-tracker.html>
10. L'actimétrie - Recommandations de Bonnes Pratiques de la SFRMS, 2014 [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: https://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2014/06/sfrms_recoR6.pdf
11. Inserm [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Insomnie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
12. Cunnington D, Junge MF, Fernando AT. Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. Med J Aust [Internet]. oct 2013 [cité 27 nov 2023];199(S8). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja13.10718>
13. Lo K, Woo B, Wong M, Tam W. Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. J Clin Hypertens. 19 févr 2018;20(3):592-605.
14. Bruno RM, Palagini L, Gemignani A, Viridis A, Di Giulio A, Ghiadoni L, et al. Poor sleep quality and resistant hypertension. Sleep Med. nov 2013;14(11):1157-63.
15. Bruno S, Bazzani A, Marantonio S, Cruz-Sanabria F, Benedetti D, Frumento P, et al. Poor sleep quality and unhealthy lifestyle during the lockdown: an Italian study. Sleep Med. févr 2022;90:53-64.

16. Palagini L, Hertenstein E, Riemann D, Nissen C. Sleep, insomnia and mental health. *J Sleep Res.* 2022;31(4):e13628.
17. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf
18. Article EXERCER - Prendre en charge l'insomnie chronique, 2015.pdf.
19. Développement de la prescription non médicamenteuse validée - HAS, Avril 2011.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
20. Hamedi Sangsari G, Abramovici F, Jaunay LB. Intérêt de l'hypnose dans les troubles du sommeil chronique, chez des médecins généralistes hypnothérapeutes. *EXERCER.* 1 oct 2020;31(166):349-55.
21. van Maanen A, Meijer AM, van der Heijden KB, Oort FJ. The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* oct 2016;29:52-62.
22. Article EXERCER - Luminothérapie dans l'insomnie chronique, 2019.pdf.
23. Revet A, Yrondi A, Montastruc F. Règles de bon usage des benzodiazépines. *Presse Médicale.* 1 oct 2018;47(10):872-7.
24. Berthier M. Prise en charge de l'insomnie chez l'adulte par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes, 2013.
25. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://archive.anism.sante.fr/afssaps/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-li eux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
26. Wick J. The History of Benzodiazepines. *Consult Pharm.* 1 sept 2013;28(9):538-48.
27. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 août 2008;166(7):585-94.
28. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 nov 2023]. Le bon usage des benzodiazépines par les professionnels de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/bon-usage-par-les-professionnels/article/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-professionnels-de-sante>
29. Fiche HAS Arrêt BZD - fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf
30. Algorithme mémo Déprescription BZDA - deprescribing-algorithm-benzodiazepines-2018-fr-1.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/04/deprescribing-algorithm-benzodiazepines-2018-fr-1.pdf>

31. Echelle ECAB - HAS, Octobre 2007 [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/arret_des_bzd_-_echelle_ecab.pdf
32. Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par classe ATC - Medic'AM - 2012 à 2024 (série labellisée) | L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-classe-atc-medicam>
33. Médicaments apparentés aux benzodiazépines (classe ATC N05CF) : informations, médicaments associés et statistiques de dépenses – L'observatoire du médicament [Internet]. [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <https://observatoiremedicament.cyrilcoquilleau.com/atc/medicaments-apparentes-aux-benzodiazepines--N05CF>
34. rapport-IATROSTAT-version-definitive-02-mai-2022.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/wp-content/uploads/2022/05/rapport-IATROSTAT-version-definitive-02-mai-2022.pdf>
35. Reeve E, Gnjdic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(6):1254-68.
36. Jamouille DM. INFORMATION ET INFORMATISATION EN MEDECINE GENERALE - DrJAMOUILLE, Novembre 1986.
37. Robert C, Villain C, Fayard F, Urbain F. Insomnie en médecine générale : estimation de la conformité des prises en charge aux recommandations de l'HAS-SFTG et ses déterminants. *Médecine Sommeil.* 1 déc 2019;16(4):254-61.
38. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes [Internet]. [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_103.pdf
39. Lmoumene N. Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique. 24 janv 2018;45.
40. Canévet JP, Bonnaud-Antignac A, Mollet V, Mauff PL. Consommateurs de benzodiazépines au long cours : qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs ? 2012. 23.
41. Sirdifield C, Chipchase SY, Owen S, Siriwardena AN. A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res.* févr 2017;10(1):1-15.
42. Article EXERCER - Renouvellement des benzodiazépines au-delà des durées recommandées, 2010 [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Exercer-2010.pdf>
43. Les Français et la santé | Ipsos [Internet]. 2005 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-la-sante-0>
44. COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://desklab.com/document/coreq-checklist-qualitative-research/>
45. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.

46. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research.
47. Grille de Calgary-Cambridge - Rouen / CNGE, 2003 [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
48. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
49. Rivière C. Jean-Marie Seca, Les représentations sociales, coll. «Cursus», 2001. 2001 [cité 15 sept 2024]; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/raipr_0033-9075_2001_num_140_1_3724_t1_0138_0000_2
50. Rasmussen AF, Poulsen SS, Oldenburg LIK, Vermehren C. The Barriers and Facilitators of Different Stakeholders When Deprescribing Benzodiazepine Receptor Agonists in Older Patients—A Systematic Review. *Metabolites*. 20 avr 2021;11(4):254.
51. Socias I, Leiva A, Pombo-Ramos H, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, et al. Evaluating the Implementation of a Multicomponent Intervention Consisting of Education and Feedback on Reducing Benzodiazepine Prescriptions by General Practitioners: BENZORED Hybrid Type I Cluster Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 28 juill 2021;18(15):7964.
52. Parney A, Girier P. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration [Internet]. Lyon, France; 2017 [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6p849fr>
53. Oldenhof E, Mason T, Anderson-Wurf J, Staiger PK. Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. juill 2021;71(708):e517-27.
54. l'Inertie Thérapeutique - Concepts en Médecine Générale - Thèse de Médecine - 2013 [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/840/fichier_inertie_therapeutique-08f85.pdf
55. Autret M. La consultation de suivi d'un patient atteint d'une pathologie chronique par un médecin remplaçant en médecine générale: qu'en attendent les patients ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [1969-2022, France]: Université de Rennes 1; 2022 [cité 24 sept 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8c608597-0952-458f-a96c-9fbc7e3bcb32>
56. Bullo Masuyer A. Sevrage des benzodiazépines: le médecin généraliste remplaçant peut-il aider? [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2014.
57. Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Toxicol*. déc 2015;16(1):19.
58. PERESSONI H. -Sevrage ambulatoire en hypnotiques des patients de plus de 65 ans, quelles voies d'améliorations ? - Février 2015 [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M017.pdf
59. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.
60. Kouakoua M. Represcription benzodiazépines et apparentés en médecine générale dans la région lilloise [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

12. Driot D, Ouhayoun S, Perinelli F, Grézy-Chabardès C, Birebent J, Bismuth M, et al. Non-drug and drug alternatives to benzodiazepines for insomnia in primary care: Study among GPs and pharmacies in a Southwest region of France. *Therapies*. 1 oct 2019;74(5):537-46.
62. Chan NY, Chan JWY, Li SX, Wing YK. Non-pharmacological Approaches for Management of Insomnia. *Neurotherapeutics*. janv 2021;18(1):32-43.
63. Hamed Sangsari G, Abramovici F, Jaunay LB. Intérêt de l'hypnose dans les troubles du sommeil chronique, chez des médecins généralistes hypnothérapeutes. *EXERCER*. 1 oct 2020;31(166):349-55.
64. Bonnard M, Tetart J, Legereau L, Barbaroux A. VECU DES MEDECINS CONCERNANT LA FORMATION A L HYPNOSE ET SON APPLICATION A L INSOMNIE. *EXERCER*. 1 févr 2023;34(190):60-6.
65. LES CONSULTATIONS À MOTIFS MULTIPLES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DU POINT DE VUE DES PATIENTS. [Internet]. [cité 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02050547/document>
66. Winckler M. Motifs multiples en consultation de Médecine Générale : Comportement et attentes des patients.
67. Dejean C, Chabaud F, Pigeot E, Bouet R, Richard D, Levy-Chavagnat D. Évolution des pratiques de prescription des benzodiazépines et apparentés. Qu'en est-il de leur association ? *Eur Psychiatry*. nov 2014;29(S3):655-655.
68. Lähteenmäki R, Neuvonen PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Räihä I, et al. Withdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quality of life in older adults with primary insomnia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2019;124(3):330-40.
69. Crescenzo FD, D'Alò GL, Ostinelli EG, Ciabattini M, Franco VD, Watanabe N, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 16 juill 2022;400(10347):170-84.
70. Weiss K, Pichierri G, Grischott T, Groth S, Neuner-Jehle S. Impact of a deprescribing tool on the use of sedative hypnotics among older patients: study protocol for a cluster randomised controlled trial in Swiss primary care (the HYPE trial). *BMJ Open*. 19 sept 2023;13(9):e075828.
71. Magin P, Tapley A, Dunlop AJ, Davey A, van Driel M, Holliday E, et al. Changes in Australian Early-Career General Practitioners' Benzodiazepine Prescribing: a Longitudinal Analysis. *J Gen Intern Med*. oct 2018;33(10):1676-84.
72. Vicens C, Leiva A, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, Fiol F, et al. Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. *PLOS Med*. 6 mai 2022;19(5):e1003983.
73. Hürlimann O, Alers D, Hauri N, Leist P, Schneider C, Bolt L, et al. Barriers, facilitators and needs to deprescribe benzodiazepines and other sedatives in older adults: a mixed methods study of primary care provider perspectives. *BMC Geriatr*. 4 mai 2024;24(1):396.
74. Farrell B, Famiyeh IM, Preteroti M, Vuong V. Dix années de travaux liés aux guides de pratique clinique sur la déprescription: Où en sommes-nous maintenant? *Can Fam Physician*. oct 2023;69(10):671-4.

75. Cournède A. L' alliance thérapeutique: concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants-adolescents. 2015. 228 p.
76. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract.* 1979;16(3):252-60.
77. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol.* 1989;36(2):223-33.
78. Hawkins EJ, Lott AM, Danner AN, Malte CA, Hagedorn HJ, Berger D, et al. Primary Care and Mental Health Prescribers, Key Clinical Leaders, and Clinical Pharmacist Specialists' Perspectives on Opioids and Benzodiazepines. *Pain Med.* 25 juill 2021;22(7):1559-69.
79. Understanding Motivational Interviewing | Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://motivationalinterviewing.org/understanding-motivational-interviewing>
80. Coteur K, Van Nuland M, Schoenmakers B, Van den Broeck K, Anthierens S. "At the time I only wanted to relieve stress": Exploring motivation for behaviour change in long-term hypnotic users. *Heliyon.* 12 mai 2023;9(5):e16215.
81. l'Europe O mondiale de la SB régional de. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1998 [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/345371>
82. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
83. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
84. Patient Education and Pharmacist Consultation Influence on Nonbenzodiazepine Sedative Medication Deprescribing Success for Older Adults [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Disponible sur: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6326560&blobtype=pdf>
85. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoigoitia Iturbe A. *Benzocarta*: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Gac Sanit.* 1 nov 2020;34(6):539-45.
86. Thuillier P. Élaboration d'une fiche d'information patient sur les benzodiazépines hypnotiques et apparentés destinée aux patients consultant en médecine générale: Évaluation de la maquette par entretiens semi-dirigés avec 12 patients [Thèse d'exercice]. [1966-....., France]: Université de Rouen Normandie; 2020.
87. Ceuterick M, Christiaens T, Creupelandt H, Bracke P. And they slept happily ever after: Online interpretive repertoires on the use of benzodiazepines and z-drugs. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med.* 25 nov 2021;136345932110607.
88. Mokhar A, Kuhn S, Topp J, Dirmaier J, Härter M, Verthein U. Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. *BJGP Open.* avr 2019;3(1):bjgpopen18X101626.

89. Gallagher H. Addressing the Issue of Chronic, Inappropriate Benzodiazepine Use: How Can Pharmacists Play a Role? *Pharmacy*. 25 sept 2013;1(2):65-93.
90. Bourbon C, Pinaud P, Buno L, Deloute AS. Impact de l'ordonnance sécurisée sur la prescription du zolpidem. *EXERCER*. 1 mai 2020;31(163):204-11.
91. Gentile G, Lapeyre-Mestre M, Micallef J. Combatting the misuse of benzodiazepines and related Z drugs in French general practice: a clinical review. *BJGP Open*. avr 2020;4(1):bjgpopen20X101014.
92. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 sept 2024]. QUVIVIQ (daridorexant) - Insomnie chronique. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3443615/fr/quviviq-daridorexant-insomnie-chronique
93. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*. févr 2010;14(1):19-31.
94. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry*. nov 2004;161(11):2126-8.
95. Résumé des Caractéristiques du Produit - QUVIVIQ - EMA.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2024]. Disponible sur:
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2024/20240510162463/anx_162463_fr.pdf

VII. ANNEXES

Guide d'entretien

Brise glace : Avez-vous déjà vaincu le ZOPICLONE ? Ou son acolyte le ZOLPIDEM ?

1. Données démographiques
 - Age / sexe
 - o +/- 45ans
 - o H ou F
 - Situation familiale ; célibataire, marié...
 - Statut : internes ? remplaçant ? Installé ? Autres spécialistes ?
 - Activités : cabinet seul ? De groupe ? Collaborateurs ?

Questions	Idées	Relances
2. Quel est votre ressenti sur l'état des prescriptions actuelles des Z-Drug dans votre patientèle ?	Usage intéressant ? Prescription trop importante ? Rattrapage du mésusage antérieur ?	Trouvez-vous cet état actuel : <ul style="list-style-type: none">- Satisfaisant ?- Perfectible ?
3. Comment décririez-vous la démarche de déprescription ?	Définition générale du déprescripteur ? Votre cas personnel ? Crédibilité à déprescrire ? Déconstruction du « miracle du médecin prescripteur » ?	En quoi difficile de déprescrire ? Quel type de déprescripteur êtes-vous ? <ul style="list-style-type: none">o Pour les autres médicaments hors Z-drug ?
4. Qu'est-ce qu'il vous vient à l'esprit si je dis : « Réévaluation d'ordonnance » ?		

<p>Description du modèle théorique :</p> <p><u>Découpage d'une consultation en 4 actes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire - Examen clinique - Fin de consultation - Post-Consultation 		
<p>5. Quelles stratégies mettez-vous en place pour déprescrire une Z-Drug lors de l'interrogatoire du patient ?</p>	<p>Evaluation de la dépendance : ECAB ?</p> <p>Image de son médicament par le patient ?</p> <p>Discussion : Utilité ? Ritualisation ? Efficacité ?</p>	<p>Quelle approche adoptez-vous avec le patient ?</p> <p>Utilisez-vous des outils / aides ?</p>
<p>6. Quelles stratégies mettez-vous en place pour déprescrire une Z-Drug lors de l'examen clinique / de votre discours et dans le renouvellement des traitements ?</p>	<p>Diminution posologies ou switch ?</p> <p>Alternatives non médicamenteuses : hygiène du sommeil... ?</p> <p>Posture éco-responsable ?</p> <p>Ordo sécurisée ? (ZOLPIDEM > ZOPICLONE ?)</p>	<p>Comment orientez-vous le patient dans la démarche de diminution ou de sevrage ?</p> <p>Quels outils donnez-vous au patient, pour diminuer comme pour comprendre ?</p>
<p>7. Quelles stratégies mettez-vous en place pour déprescrire une Z-Drug en dehors de la consultation ?</p>	<p>Empowerment ?</p> <p>Avis autres spécialistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primo-prescripteur ? - Pharmacien ? - Spécialiste du sommeil ? <p>Relance pour prochaine consultation dédiée ?</p>	<p>Comment faire fructifier la démarche entreprise une fois la consultation terminée ?</p> <p>Demandez-vous de l'aide ? Si oui, à qui ?</p>
<p>8. Comment la position ou l'attitude du patient influence-t-elle votre démarche de déprescription ?</p>	<p>Pro actif ?</p> <p>Attentiste ?</p> <p>Hostilité à la déprescription ?</p>	<p>Quel profil de patient favorise ou entrave la déprescription ?</p> <p>La déprescription est-elle toujours faisable ?</p>
<p>9. Comment mieux intégrer la démarche de déprescription des Z-drug dans la pratique courante ?</p>	<p>Proposition consultation spécifique ?</p> <p>Entretien motivationnel ?</p> <p>Démarche de modération globale des traitements sur ordonnances ?</p> <p>Salle d'attente ?</p>	<p>Comment sensibiliser un patient non concerné ?</p> <p>...Par quels outils ?</p>

<p>10. Comment vous formez vous pour optimiser vos compétences en déprescription ?</p>	<p>GEP, formation de groupe ? Bibliographie, revue ? Internet, numérique ? Congrès ?</p>	<p>Quels outils utilisez-vous pour étayer vos compétences ?</p>
--	--	--

Outils de discussion :

- Echolalie
- Reformulation : réappropriation du propos
- Clariifcation
- **Relances standard :**
 - o « Oui ? »
 - o « Mais encore ? »
 - o « Pouvez-vous m'en dire plus ? »

Lettre d'information relatives au Travail de Recherche

Guilherm JEANNIN
1B Avenue du Général Leclerc, 76250, Déville-Lès-Rouen
Courriel : guilherm.jeannin@etu.univ-rouen.fr

Destinataire
Adresse

Rouen, le ././....

Objet : Participation à une étude portant sur la Déprescription des Hypnotique en Z.

Madame, Monsieur,

Étudiant en Médecine Générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur l'Etude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z par les médecins généralistes en Seine Maritime et dans l'Eure. Ce faisant, je m'adresse à vous pour la réalisation d'entretiens portant sur votre expérience, vos habitudes et vos perspectives de cette démarche dans votre quotidien de la pratique de la Médecine.

À ce titre, je me permets de vous solliciter après avoir obtenu vos coordonnées par (barrer mentions inutiles) :

- Boite mail professionnelle transmises par un Confrère / une Consoeur
- Contact téléphonique direct de vote cabinet
- Numéro personnel transmises par un Confrère / une Consoeur

Afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien semi-dirigé me permettant d'obtenir votre avis sur vos pratiques dans le cadre de ce sujet de recherche.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes :

- Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit une fois le travail de recherche terminé ou, si le souhaitez, dès la retranscription faite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse. Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.
- Dans le cadre de ce travail, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation ainsi que d'opposition de vos données collectées. De même vous disposez du droit de supprimer votre consentement à tout moment (se référer au paragraphe ci-dessus).
- Les autres personnes, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données correspondent à ma directrice de thèse, le Dr MARINO Isabella, ainsi que possiblement mon confrère ou ma consœur qui participera à la triangulation des données dans le cadre du codage. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

En cas de difficulté, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Rouen par téléphone au 02-35-15-61-33, par courriel à l'adresse dpo@univ-rouen.fr ou par voie postale à l'adresse :

Monsieur le Délégué à la Protection de Données
Bâtiment 26A
Université de Rouen Normandie
1 rue Thomas Becket
76821 Mont Saint Aignan Cedex

Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits relatifs à la protection de vos données personnelles n'ont pas été respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle locale via le site <http://www.cnil.fr>.
Soyez assuré que je reste disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant ma requête.

Très sincèrement,

Guilherm JEANNIN

Formulaire de consentement

Titre du projet : Etude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z par les médecins généralistes en Seine Maritime et dans l'Eure

Chercheur principal : JEANNIN Guilherm, médecin généraliste remplaçant, diplômé de la Faculté de Médecine de Rouen

Objectifs du projet : Le but de cette recherche est d'étudier les modalités et les méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z, en condition pratiques, par les Médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure. Il vous est proposé de participer à cette recherche via un entretien semi-dirigés dont je serais l'animateur et vous serez le sujet. Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio ou vidéo via une application ou un site dédiée.

Compensation financière : Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette recherche.

Vous pouvez me joindre par courrier électronique à l'adresse guilherm.jeannin@etu.univ-rouen.fr pour toute information ou tout problème lié au projet de recherche. Cette recherche est réalisée sous la supervision du Dr MARINO Isabella, Docteur en médecine générale et Assistante Universitaire de Médecine Générale à la Faculté de Rouen.

Consentement libre et éclairé du participant :

Je, soussigné(e) _____ consens au traitement de mes données à caractère personnel par Mr JEANNIN Guilherm pour la réalisation d'une étude sur les méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z par les médecins généralistes en Seine Maritime et dans l'Eure

Rentrant dans le cadre de sa formation en médecine à l'Université de Rouen Normandie. Je déclare avoir lu et compris les informations contenues dans le présent document et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends le motif et les modalités de ma participation que la nature de l'étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie du document « Fiche d'informations relatives au Travail de Recherche » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement. J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Par la présente, j'accepte de participer à cette recherche.

Consentement à l'enregistrement audio et ou vidéo :

J'autorise Mr JEANNIN Guilherm à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude. Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après aboutissement du travail de recherche et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait le _____ A _____

Signature :

Consentement à l'enregistrement audio et/ou video

Je, soussigné(e)... autorise

M. JEANNIN Guilherm à effectuer un enregistrement de l'entretien que nous avons ce jour à l'occasion de la réalisation d'une étude portant sur les Méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z par les médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure et entrant dans le cadre de la formation en Médecine Générale de l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir été informé que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Fait à

Le

Signature

Dans le cas d'un enregistrement d'un entretien téléphonique, en début d'enregistrement merci de poser la question « Acceptez-vous que notre conversation soit enregistrée » et de vous assurer d'obtenir une réponse positive.

TABLEAU (Version complète)

	<u>Méthodes ACTIVES</u>	<u>Méthodes COOPERATIVES</u>	<u>Méthodes PASSIVES</u>
<u>1. Statut et position générale du Médecin</u>	<p>Démarche générale de Déprescription</p> <p>Discours de Priorisation de la Santé du patient</p> <p>Faible Prescripteur au sens large</p> <p>Non-Médication du Sommeil</p> <p>Scepticisme envers hypnotiques-en-Z</p>		<p>Caractéristiques générales du médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> o Situation démographique o Statut de l'habitude o Statut de nouveauté o Statut de REMPLACANT
<u>2. Démarche Réévaluative</u>	<p>Démarche Opportuniste</p> <ul style="list-style-type: none"> o Motif Prétexe o Plainte associée o Symptômes de sevrage o Argument clinique o Idées Forces 	<p>Réévaluation étiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> o Indication initiale o Etiquetage précis de trouble o Approche du mode de vie o Approche psychologique o Approche somatique <p>Réévaluation de l'usage</p> <ul style="list-style-type: none"> o Durée antérieure de prescription o Observance – Consommation <p>Réévaluation symptomatique</p>	
<u>3. Conceptions – Emotions</u>	<p>Restructuration cognitive</p> <p>Culture du Patient-Exemple</p>		<p>Image des Hypnotiques dans l'inconscient collectif</p> <p>Conceptions du Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> o Image du spécialiste o Ritualisation et attachement à l'hypnotique o Sacralisation du sommeil <p>Expériences - Vécu du Médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> o Antériorités des sevrages o Confiance en les autres alternatives o Soucis personnels o Contre-Transfert

			<ul style="list-style-type: none"> o ATCD personnels ou familiaux avec les hypnotiques o Volonté de maintien de son autonomie <p>Conceptions du Médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> o Comparaison addictologique o Dépendance-accoutumance o Problème de santé Non prioritaire o Pénibilité de la prescription
<u>4. Relation médecin- Malade</u>	Modèle PATERNALISTE	Modèle PARTAGE Alliance Thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> o Empathie - Compréhension o Lien de confiance o Favorisation du lien Médecin patient Entretien Motivationnel <ul style="list-style-type: none"> o Qualité du sommeil o Degré d'adhésion o Besoins du patient 	Modèle d'Agence Caractéristiques du patient <ul style="list-style-type: none"> o Age o Mode de vie o ATCD - Histoire de vie o Capacité de compréhension o Durée de prescription antérieure Réactions du patient <ul style="list-style-type: none"> o Agressivité o Angoisses o Incompréhension o Réticences – Hostilité
<u>5. Sevrage – Epargne Médicamenteuse</u>	Diminution posologique directe Substitution – association à autre molécule <ul style="list-style-type: none"> o Visée étiologique o Facilitation de sevrage o Substitut au Médicament rituel o Placebo Non Instauration Non Represcription Cadre strict de Prescription <ul style="list-style-type: none"> o Cure courte o Indication notable o Réévaluation Précoce Délivrance Uni-Bi-Tri quotidiennes	Paliers de Décroissance Autogestion du pilulier	Autogestion de la décroissance Limitation à 28 jours
<u>6. Gestion Temporelle</u>	Arrêt Programmé Motif <ul style="list-style-type: none"> o Gestion du motif multiple 	Proposition de consultation dédiée Progressivité de la démarche	

	<ul style="list-style-type: none"> o Démasquage du motif caché <p><i>Timing de la consultation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Annonce dès début de consultation o Annonce en fin de consultation 		
<u>7. Empowerment -Education Thérapeutique</u>	<p><i>Débanalisation – Mise en évidence de la molécule</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Réévaluation verbale systématique o Non-Verbal o Paraverbal o Ordonnance sécurisée o Mise en page de l'ordonnance o Besoin de retour précoce à 28 jours o Exagération – Accentuation <p><i>Démarche explicative - préventive</i></p> <p><i>Faux Empowerment</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Faux Choix o Yes Set 	<p>Autoquestionnement du patient</p> <p>Ré-Appropriation du sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> o Agenda – calendrier du sommeil o Hygiène de vie o Hygiène du sommeil o Physiologie du sommeil o Enregistrement audio o TCC o Support papiers <p>Ré-Appropriation de l'hypnotique et de sa médication</p> <ul style="list-style-type: none"> o Données scientifiques générales o Iatrogénie - risques o Utilité – Inutilité à long terme o Modalités de sevrage o Autres alternatives o Explication de l'ensemble de ses traitements <p>Sensibilisation indirecte</p> <ul style="list-style-type: none"> o Salle d'attente o Campagnes de sensibilisation 	<p>Attitude proactive</p> <p>Favorisation de l'autodocumentation</p> <p>Campagnes de sensibilisation à large échelle</p>
<u>8. Aides Extérieures</u>	<p><i>Informatique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Logiciel o Sites internet 	<p>Intervenants externes</p> <ul style="list-style-type: none"> o Collaboration avec paramédicaux o Consultation spécialisée o Pharmacien o Hospitalisation 	<p>Entourage du patient</p>

<p>9. Mécanismes Pragmatiques</p>	<p>Acceptation de l'effort nécessaire</p> <p>Acceptation de la Non-Faisabilité</p> <p>Déchargement mental</p> <ul style="list-style-type: none"> o Désinvestissement des patients non-coopérants o Application des recommandations o Autre primo-prescripteur o Suivi externe o Comparaison aux autres pays <p>Questionnement sur pertinence d'une déprescription</p>	<p>Responsabilisation du patient</p>	<p>Conscientisation des difficultés</p> <ul style="list-style-type: none"> o Complexité de la démarche o Etat des prescriptions actuelles o Impasse de Coopération o Manque de temps médical o Pression des patient
<p>10. Conditionnement Positif</p>	<p>Conditionnement positif du médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> o Culture de la réussite o Valorisation de son propre travail o Retour positif des patients <p>Optimisme</p>	<p>Conditionnement positif des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> o Valorisation des efforts o Droit à l'échec 	<p>Meilleure sensibilisation globale des médecins</p>
<p>11. Optimisation des connaissances</p>	<p>Démarche auto-critique</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pratiques professionnelles o Connaissances théoriques o Supports d'informations <p>Formation personnelle – autoformation</p> <p>Formation confraternelle</p> <ul style="list-style-type: none"> o Echanges avec consœurs-confrères o Formation présentielle o Intérêt pour le travail de thèse <p>Formation facultaire – Accueil d'étudiants</p>		<p>Campagnes de sensibilisation pour médecin</p>

Tableau 5 : Méthodes Actives, Coopératives et Passives de Déprescription (Version complète)

VIII. Résumé

Etude des Méthodes de Déprescription des Hypnotiques en Z par les Médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure

Contextualisation

L'insomnie est le principal trouble du sommeil en France et l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale. Le ZOPICLONE et le ZOLPIDEM font partie des quelques molécules disposant de l'AMM dans l'insomnie sévère à court terme. Leur déprescription se heurte à de nombreux freins et difficultés.

Objectifs

L'objectif principal était d'explorer comment les médecins généralistes (MG) conçoivent-ils ou abordent-ils la déprescription des hypnotiques en Z en pratique courante. L'objectif secondaire était d'analyser comment les MG conçoivent-ils la déprescription au sens large

Méthodes

Une étude qualitative avec 12 entretiens semi-dirigés a été menée auprès des MG, utilisant la technique de l'échantillonnage en variation. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, codés avec les verbatims via le logiciel NVIVO. Les données ont été analysées, après triangulation, puis classées en analyse thématique.

Résultats obtenus ou attendus

Les entretiens ont mis en évidence près de 140 méthodes, réparties en 11 grands thèmes. L'ensemble de ces méthodes a également été classé selon la marge de manœuvre du médecin pour chacune d'entre elles en méthodes dites active, passive ou coopérative. Parmi ces grands thèmes était retrouvé la posture du médecin, ses conceptions, la relation médecin-malade, le sevrage médicamenteux, la gestion temporelle, l'éducation thérapeutique avec l'empowerment ou encore la responsabilisation du patient.

Discussion

Plus de la moitié des méthodes ne sont pas totalement du ressort du MG, pouvant expliquer certaines difficultés ressenties. La diversité des méthodes permet une large palette de stratégies et une déprescription personnalisée. Cependant les MG verbalisaient plusieurs situations d'impasses, illustrant la non-faisabilité de la déprescription dans certains cas. Les forces de l'étude étaient : l'investigateur formé à la méthode qualitative, l'échantillonnage en variation maximale, le recueil des données jusqu'à saturation et leur triangulation, la tenue d'un journal de bord et l'adaptation du guide d'entretien au cours de l'étude. Les limites de l'étude étaient l'élaboration du codage a posteriori des entretiens et le non-test préalable du questionnaire.

Conclusion et perspectives

L'ensemble des méthodes de déprescription des hypnotiques en Z démontrait des mécanismes d'adaptation des médecins. Le tableau théorique, illustrant les thèmes, élaboré au cours de travail, pourrait être complété et appliqué à d'autres classes thérapeutiques