



ORIGINAL ARTICLE

Comparison of the impact of amitriptyline and prazepam on sleep quality in patients with pregabalin use disorder

Fatema Zohra BENABED^{1,2,3}, Ibtissem BOUTRIF¹, NH BENAZOU¹, Meriem BENABED⁵, Nesrine FEKAR⁴, Souad GUENDOZ^{1,2,3}, Mohammed Adil SELKA^{1,2}, Fatma BOUDIA^{3,6}, Hassene BOUCIF^{1,4}, Houari TOUMI^{3,6}

ABSTRACT

Introduction Sleep disturbances are a frequent and disabling symptom of pregabalin withdrawal and represent a major risk factor for relapse. In the absence of specific therapeutic recommendations, various pharmacological strategies are used in clinical practice to improve withdrawal-related comfort. **Objective** This study aims to compare the effects of amitriptyline and prazepam on sleep quality in patients with pregabalin use disorder. **Materials and Methods** This was an open-label comparative study including 40 patients managed in an addiction medicine unit. Patients were divided into two groups receiving either amitriptyline or prazepam as part of a medically supervised withdrawal program. Sleep quality was assessed at baseline and at day 30 using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). A comparative statistical analysis was performed, with the type I error rate (α) set at 5% ($p < 0.05$). **Results** A significant improvement in the global PSQI score was observed in both groups after 30 days of treatment. No statistically significant difference was found between the two groups regarding the global PSQI score. However, sleep onset latency was significantly shorter in patients treated with amitriptyline. **Conclusion** Both amitriptyline and prazepam appear to be effective options for improving sleep quality during pregabalin withdrawal. Amitriptyline may represent a valuable non-benzodiazepine alternative, particularly in patients with predominant sleep-onset insomnia. Larger-scale studies are needed to confirm these findings.

Keywords: Pregabalin, Substance-Related Disorders, Drug Withdrawal Syndrome, Sleep Quality, Pittsburgh Sleep Quality Index.

1- Faculté de médecine de Tlemcen, Université de Tlemcen – Algérie. 2- Service de Pharmacie, CHU Tlemcen– Algérie. 3- Laboratoire de recherche en développement pharmaceutique – Algérie. 4- Service de psychiatrie, CHU Tlemcen – Algérie. 5- Université des Sciences et de la Technologie d'Oran – Algérie. 6- Faculté de Médecine d'Oran, Université d'Oran – Algérie

Received: 08 Jan 2026

Accepted: 20 Feb 2026

Correspondance to: Fatima Zohra BENABED
E-mail : fatimazohra.benabed@univ-tlemcen.dz

1. INTRODUCTION

L'usage de substances psychoactives a connu une augmentation marquée au cours de la dernière décennie. Selon le rapport mondial de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), environ 275 millions de personnes ont consommé des drogues dans le monde en 2020, contre 226 millions en 2010, traduisant une progression préoccupante du phénomène à l'échelle mondiale (1). Parallèlement, le mésusage de médicaments psychoactifs initialement prescrits dans un cadre thérapeutique est devenu une pratique fréquente, notamment par augmentation des doses ou par association de substances (2). Dans ce contexte, les gabapentinoïdes, et plus particulièrement la prégabaline, se sont imposés comme des substances de mésusage émergentes (3).

Initialement indiquée dans le traitement de l'épilepsie, des douleurs neuropathiques et des troubles anxieux, la prégabaline est aujourd'hui largement impliquée dans des conduites d'abus et de dépendance. Les données issues des réseaux européens d'addictovigilance montrent une augmentation significative des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné de la prégabaline, avec une progression constante des notifications au cours de la dernière décennie (4).

En Algérie, le phénomène est plus récent mais en nette expansion, touchant principalement une population jeune. Les données épidémiologiques restent limitées ; toutefois, une étude menée à Tlemcen en 2019 a rapporté une prévalence de 3,7 % d'usage récréatif de la prégabaline chez des chauffeurs professionnels (5). Face à cette situation, de nouvelles conditions de prescription et de délivrance ont été instaurées à partir du 16 août 2021, imposant une prescription sécurisée afin de limiter les abus (6). L'usage problématique de la prégabaline s'accompagne fréquemment de troubles du sommeil, en particulier lors des tentatives de réduction ou d'arrêt. L'insomnie, les réveils nocturnes et l'altération de la qualité du sommeil constituent des symptômes précoces du sevrage et jouent un rôle déterminant dans le maintien de la dépendance ainsi que dans le risque de rechute (7,8).

À ce jour, il n'existe pas de recommandations officielles concernant la prise en charge du sevrage de la prégabaline (9). En pratique clinique, les stratégies thérapeutiques reposent souvent sur l'adaptation de protocoles utilisés dans d'autres troubles de l'usage de substances, notamment l'association d'un sevrage progressif à une benzodiazépine à demi-vie longue ou à un antidépresseur à visée sédative (10).

Les benzodiazépines à demi-vie longues, telles que le prazépam, sont fréquemment prescrites pour soulager l'anxiété et les troubles du sommeil, mais leur potentiel de dépendance limite leur utilisation prolongée (11). L'amitriptyline, antidépresseur tricyclique aux propriétés sédatives, représente une alternative non benzodiazépinique intéressante, notamment dans une optique de réduction de l'exposition aux benzodiazépines (12). Cependant, aucune étude comparative n'a, à notre connaissance, évalué spécifiquement l'impact de ces deux stratégies sur la qualité du sommeil lors du sevrage de la prégabaline. Cette étude vise donc à comparer l'effet de l'amitriptyline et du prazépam sur la qualité du sommeil chez des patients présentant un trouble de l'usage de la prégabaline.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude pilote exploratoire, interventionnelle, comparative, randomisée, ouverte, à deux bras, visant à comparer l'effet de deux stratégies pharmacologiques sur la qualité du sommeil chez des patients présentant un trouble de l'usage de la prégabaline.

Population étudiée

Le choix de l'effectif a été réalisé en concertation avec le psychiatre addictologue de l'unité, en tenant compte des contraintes cliniques et du flux réel de patients. Un effectif de 20 patients par bras de traitement a ainsi été retenu comme effectif initial raisonnable pour cette phase pilote. L'étude a inclus 40 patients présentant un trouble de l'usage isolé de la prégabaline, pris en charge dans le cadre d'un sevrage médicalement supervisé au sein de l'unité d'addictologie du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen. Les patients ont été recrutés sur une période allant du 8 Janvier 2023 au 18 mai 2023.

Ont été inclus dans l'étude les patients présentant un trouble de l'usage de la prégabaline en monodépendance, consultant pour la première fois pour cette problématique et ayant accepté de participer à l'étude. L'inclusion nécessitait un arrêt préalable de la consommation de prégabaline depuis au moins 48 heures au moment de l'évaluation initiale. Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement éclairé écrit avant leur inclusion. N'ont pas été inclus les patients présentant un usage concomitant d'autres substances psychoactives, à l'exception du tabac, ainsi que les patients n'ayant pas interrompu la consommation de prégabaline.

Randomisation et intervention

Après inclusion, les patients ont été répartis en deux groupes de taille égale (n = 20 par groupe) par randomisation simple par tirage au sort : *groupe amitriptyline* : amitriptyline (Laroxyl®), sous forme de solution buvable 40 mg/ml, à la posologie de 5 gouttes le matin et 20 gouttes le soir (25 mg/jour) ; et *groupe prazépam* : prazépam (Lysanxia®), comprimé de 10 mg le soir.

Évaluation de la qualité du sommeil

La qualité du sommeil a été évaluée à l'aide du *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (13), un questionnaire largement utilisé dans la recherche clinique et validé dans de nombreuses populations, notamment nord-africaine (14). Le PSQI comporte 19 items répartis en sept composantes (qualité subjective, latence d'endormissement, durée du sommeil, efficacité du sommeil, troubles du sommeil, utilisation de médicaments hypnotiques et dysfonctionnement diurne), donnant un score global compris entre 0 et 21. Un score strictement supérieur à 5 définit une mauvaise qualité du sommeil. L'évaluation du PSQI a été réalisée à l'inclusion (48 heures après la dernière consommation de prégabaline), puis à J30 après l'instauration du traitement.

Analyse statistique

La normalité de la distribution des variables quantitatives a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro–Wilk. Pour les comparaisons intra-groupes (avant/après traitement) et les comparaisons inter-groupes (variables indépendantes), le test t de Student pour données

appariées a été utilisés. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du χ^2 de Pearson. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 dans au moins une cellule, le test exact de Fisher a été utilisé. Les corrélations entre deux variables quantitatives ont été analysées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Le risque d'erreur de première espèce (α) a été fixé à 5 % pour l'ensemble des tests, avec un seuil de significativité retenu pour $p < 0,05$. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics®, version 25.0.

3. RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Tous les participants étaient de sexe masculin, comme le montre le tableau 1, qui présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients inclus dans l'étude à l'inclusion. Les deux groupes étaient strictement comparables avant l'intervention. Aucun écart statistiquement significatif n'a été observé concernant l'âge, la consommation journalière de prégabaline, l'âge de début de la consommation ou la qualité initiale du sommeil évaluée par le score PSQI.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients à l'inclusion.

Variables	Groupe Prazépam (n = 20)	Groupe Amitriptyline (n =20)	Valeur de p
Sexe (H/F)	20 / 0	20 / 0	—
Âge (années), moyenne \pm SD	23,10 \pm 3,28	24,30 \pm 5,25	0,548
Âge (min-max)	19 – 29	18 – 35	—
Consommation journalière de prégabaline (mg/j), moyenne \pm SD	1148,6 \pm 524,4	1122,8 \pm 527,2	0,914
Âge de début de la consommation (années), moyenne \pm SD	20,10 \pm 3,21	21,50 \pm 4,30	0,420
Âge de début (min-max)	15 – 27	17 – 30	—

SD : standard deviation

Effet du prazépam sur la qualité du sommeil

Dans le groupe traité par prazépam, une amélioration globale des différentes composantes de la qualité du sommeil a été observée après trente jours de prise en charge, bien que la majorité des paramètres n'ait pas atteint le seuil de significativité statistique (tableau 2). La qualité subjective du sommeil s'est améliorée chez une proportion notable de patients, avec une augmentation des déclarations de sommeil jugé « assez bon », sans différence statistiquement significative ($p = 0,731$). De même, une réduction de la latence d'endormissement a été constatée, traduite par un déplacement vers des délais plus courts, sans toutefois atteindre la significativité statistique ($p = 0,29$). La durée du sommeil a également augmenté chez la majorité des patients, mais cette évolution n'était pas statistiquement significative ($p = 0,108$). En revanche, une amélioration significative de l'efficacité habituelle du sommeil a été mise en évidence, le score moyen passant de 65,2 % \pm 17,35 à 79,0 % \pm 7,78 après traitement ($p = 0,007$).

Aucun patient n'a rapporté le recours à un médicament hypnotique durant la période d'étude. Concernant le fonctionnement diurne, une amélioration a été observée, caractérisée par une diminution des difficultés à réaliser les activités quotidiennes, bien que cette évolution ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,313$).

Avant l'instauration du traitement, l'ensemble des patients présentait un score global du PSQI supérieur à 5, traduisant une mauvaise qualité du sommeil. Après quinze jours de traitement par prazépam, 50 % des patients étaient devenus de « bons dormeurs » ($PSQI \leq 5$). Par ailleurs, le score moyen du PSQI a significativement diminué, passant de 12,60 \pm 3,41 à 6,90 \pm 3,90 ($p = 0,001$), témoignant d'une amélioration globale significative de la qualité du sommeil.

Effet de l'amitriptyline sur la qualité du sommeil

Dans le groupe traité par amitriptyline, l'amélioration de la qualité du sommeil était globalement plus marquée et concernait plusieurs composantes du PSQI, dont certaines de manière statistiquement significative (tableau 3). La qualité subjective du sommeil s'est nettement améliorée, l'ensemble des patients décrivant à J30 un sommeil jugé « assez bon » ou « très bon », bien que cette évolution

n'ait pas atteint le seuil de significativité statistique ($p = 0,053$). Une diminution de la latence d'endormissement a également été observée, avec une augmentation du nombre de patients s'endormant en moins de 15 minutes, sans différence statistiquement significative ($p = 0,125$).

Tableau 2. Évolution des composantes du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) avant (J0) et après 30 jours (J30) de traitement par prazépam.

Composantes du Score PSQI	Avant traitement (J0)	Après traitement (J30)	Valeur de p
Qualité subjective du sommeil	Très mauvaise : 50% Assez mauvaise : 40% Assez bonne : 10%	Assez bonne : 50% Assez mauvaise : 30% Très mauvaise : 10% Très bonne : 10%	0.731
Latence du sommeil	> 60 min : 80% 31–60 min : 20%	31–60 min : 40% 16–30 min : 40% < 15 min : 10% > 60 min : 10%	0.290
Durée du sommeil	< 5 h : 40% 6–7 h : 60%	> 7 h : 60% 6–7 h : 20% 5–6 h : 20%	0.108
Efficacité habituelle du sommeil (%)	65.20 ± 17.35	79.90 ± 7.78	0.007
Utilisation d'un médicament du sommeil	0%	0%	—
Mauvaise forme durant la journée	30 % difficultés importantes 70 % difficultés variables	80 % difficultés minimales 20 % aucune difficulté	0.313
Score global PSQI	12,60 ± 3,41	6,90 ± 3,90	0.001

Tableau 3. Évolution des composantes du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) avant (J0) et après 30 jours (J30) de traitement par amitriptylline.

Composantes du PSQI	Avant traitement (J0)	Après traitement (J30)	Valeur de p
Qualité subjective du sommeil	80 % très mauvaise 20 % assez bonne	60 % assez bonne 40 % très bonne	0,053
Latence d'endormissement	60 % > 60 min 20 % : 31–60 min 10 % : 16–30 min 10 % : < 15 min	40 % > 60 min 20 % : 16–30 min 40 % : < 15 min	0,125
Durée du sommeil	40 % < 5 h 30 % : 5–6 h 20 % : 6–7 h 10 % > 7 h	80 % > 7 h 10 % : 6–7 h 10 % < 5 h	0,710
Efficacité habituelle du sommeil (%)	64,70 ± 22,15	82,70 ± 4,69	0,005
Utilisation d'un médicament hypnotique	0 %	0 %	—
Dysfonctionnement diurne	10 % aucune difficulté 10 % difficultés minimales 50 % difficultés certaines 30 % difficultés importantes	20 % aucune difficulté 80 % difficultés minimales	0,019
Score global PSQI	13.10 ± 3.479	4.90 ± 3.315	0.000

La durée du sommeil s'est améliorée chez la majorité des patients, 80 % d'entre eux déclarant dormir plus de sept heures par nuit à J28, sans significativité statistique ($p = 0,710$). En revanche, l'efficacité habituelle du sommeil s'est significativement améliorée, le score moyen passant de 64,7 % ± 22,15 à 82,7 % ± 4,69 après traitement ($p = 0,005$). Aucun patient n'a rapporté l'utilisation d'un médicament hypnotique durant la période de suivi. L'état diurne s'est également amélioré de manière significative, avec une réduction notable des difficultés à accomplir les activités quotidiennes ($p = 0,019$).

À l'inclusion, l'ensemble des patients présentait une mauvaise qualité du sommeil, avec un score PSQI supérieur à 5. Après trente jours de traitement par amitriptyline, 60 % des patients étaient devenus de « bons dormeurs » (PSQI ≤ 5). De plus, le score moyen global du PSQI a significativement diminué, passant de 13,10 ± 3,48 à 4,90 ± 3,32 (p < 0,001), traduisant une amélioration globale significative de la qualité du sommeil.

Prazépam versus amitriptyline

L'analyse comparative intergroupes des composantes du PSQI à J30 montre que seule la latence d'endormissement était significativement différente entre les deux groupes (p = 0,041), les patients du groupe amitriptyline s'endormant plus rapidement que ceux du groupe prazépam. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les groupes concernant la qualité subjective du sommeil, la durée du sommeil, l'efficacité habituelle du sommeil, les troubles du sommeil, le fonctionnement diurne ou le score global du PSQI (tableau 4).

Tableau 4. comparaison des résultats de la qualité du sommeil entre les deux groupes.

Composantes du score global PSQI	valeur de P
qualité subjective	0.117
latence du sommeil	0.041
durée du sommeil	0.306
efficacité habituelle	0.339
troubles du sommeil	0.587
prise de médicament	/
mauvaise forme durant la journée	0.261
score global PSQI	0.232

Facteurs associés à la qualité du sommeil à J30

L'analyse des corrélations a retrouvé une corrélation négative significative entre la consommation journalière initiale et le score PSQI à J30 (r = -0,487 ; p = 0,029), suggérant qu'une consommation initiale plus élevée était associée à une moins bonne qualité du sommeil après traitement. Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les autres variables quantitatives ou qualitatives (âge, niveau d'instruction, psychothérapie, hospitalisation, activité physique) et les paramètres évalués à J30 (tableau 5).

Tableau 5. Analyse de corrélation et d'association entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et le score PSQI à J28.

Variabiles étudiées	Coefficient de Pearson/ khi ²	Valeur de P
Âge du patient	0.121	0.611
Âge de début de consommation	0.197	0.406
Consommation journalière de prégabaline	-0.487	0.029*
Niveau d'instruction	0.202	0.904
Problèmes judiciaires	2.78	0.095
Suivi de psychothérapie	0.642	0.423
Antécédents d'hospitalisation	1.818	0.175
Pratique sportive	0.303	0.582

4. DISCUSSION

À ce jour, il n'existe pas de recommandations formalisées concernant la prise en charge du sevrage de la prégabaline. En pratique clinique, les stratégies thérapeutiques reposent le plus souvent sur l'adaptation de protocoles utilisés dans d'autres troubles de l'usage de substances, notamment l'association d'un sevrage progressif à une benzodiazépine à demi-vie longue ou à un antidépresseur à visée sédatrice, afin d'atténuer les symptômes anxieux et les troubles du sommeil, particulièrement fréquents lors de l'arrêt de la prégabaline (15).

Dans cette étude comparative, le prazépam et l'amitriptyline ont tous deux permis une amélioration significative de la qualité du sommeil, évaluée par le score global du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), après trente jours de prise en charge. Les deux groupes étaient comparables à l'inclusion, ce qui renforce la validité de la comparaison. Dans chaque groupe, une proportion importante de patients est passée du statut de « mauvais dormeurs » à celui de « bons dormeurs », traduisant un bénéfice clinique réel sur le sommeil au cours du sevrage. Ces résultats confirment l'intérêt des stratégies visant à cibler les troubles du sommeil, symptômes centraux du sevrage et facteurs reconnus de rechute (7,8).

Le prazépam a montré une amélioration significative du score global du PSQI, principalement portée par l'amélioration de l'efficacité habituelle du sommeil. Ce résultat confirme l'intérêt des benzodiazépines à demi-vie longue dans la prise en charge des troubles du sommeil liés au sevrage, comme cela est largement décrit dans le sevrage alcoolique et le sevrage aux benzodiazépines (16,17). L'amitriptyline a également permis une amélioration significative de la qualité du sommeil, avec un impact favorable sur plusieurs composantes du PSQI, notamment les troubles du sommeil nocturnes et le fonctionnement diurne. La latence d'endormissement était significativement plus courte dans le groupe amitriptyline comparativement au groupe prazépam, indiquant un avantage potentiel de cette molécule chez les patients présentant une insomnie d'endormissement prédominante lors du sevrage. Cet effet peut être expliqué par les propriétés pharmacologiques de l'amitriptyline, dont l'action antihistaminique et anticholinergique confère un effet sédatif favorisant l'initiation du sommeil (12,18). Des résultats similaires ont été rapportés dans le sevrage des opiacés, où l'amitriptyline s'est révélée aussi efficace que les benzodiazépines sur l'insomnie (19).

La comparaison intergroupes n'a pas mis en évidence de différence significative concernant le score global du PSQI, suggérant une efficacité globale comparable des deux stratégies sur la qualité du sommeil. Ces résultats sont cohérents avec des travaux antérieurs ayant rapporté une efficacité similaire des benzodiazépines et des antidépresseurs tricycliques dans la prise en charge de l'insomnie associée au sevrage d'autres substances psychoactives, notamment les opiacés (19).

Il convient toutefois d'interpréter avec prudence les améliorations observées pour certaines composantes du PSQI n'ayant pas atteint le seuil de significativité statistique. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, l'étude peut manquer de puissance pour détecter des différences modestes mais cliniquement pertinentes. Ainsi, certaines évolutions décrites comme des améliorations cliniques ou des tendances doivent être considérées comme des observations descriptives, ne permettant pas de conclure formellement à une supériorité d'une stratégie sur l'autre.

Enfin, l'analyse des facteurs associés à la réponse au traitement a montré qu'une consommation initiale élevée de prégabaline était associée à une meilleure qualité du sommeil à J30. Ce résultat doit être interprété avec prudence compte tenu de la taille réduite de l'échantillon et du caractère multifactoriel des troubles du sommeil dans l'addiction. À ce jour, aucune étude contrôlée n'a exploré directement les facteurs prédictifs de l'amélioration de la qualité du sommeil après sevrage de la prégabaline. Toutefois, plusieurs travaux suggèrent que des facteurs cliniques, psychosociaux et psychiatriques associés influencent fortement la qualité du sommeil chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances, indépendamment de la substance consommée (20).

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques, notamment le recrutement effectué exclusivement au sein de l'unité d'addictologie du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen, impliquant des patients consultant volontairement pour une prise en charge. Cette situation introduit un biais de sélection et limite la représentativité des résultats à l'ensemble de la population présentant un trouble de l'usage de la prégabaline.

La taille relativement modeste de l'échantillon, en lien avec la difficulté de recrutement, peut également réduire la puissance statistique de certaines analyses et peut expliquer l'absence de significativité pour certaines comparaisons, malgré des améliorations cliniques observées. Cette limitation justifie une interprétation prudente des résultats et souligne la nécessité d'études ultérieures à plus grande échelle. De plus, l'étude repose en partie sur des données auto-rapportées recueillies à l'aide de questionnaires, exposant à un biais de déclaration, d'autant plus que l'enquête était réalisée en face-à-face et que certaines questions sollicitaient la mémoire des patients, pouvant entraîner un biais de mesure. La comparaison a été réalisée à deux temps (J0 et J30), sans suivi quotidien des paramètres évalués, ce qui aurait permis une analyse plus fine de l'évolution des symptômes.

Malgré ces limites, cette étude présente plusieurs points forts, notamment son caractère comparatif, l'utilisation d'outils d'évaluation validés tels que le PSQI, et son originalité dans l'exploration de stratégies thérapeutiques peu étudiées dans le sevrage de la prégabaline. Elle apporte ainsi des données cliniques utiles dans un contexte où les recommandations formalisées font encore défaut et ouvre la voie à des travaux prospectifs de plus grande envergure.

5. CONCLUSION

L'usage détourné de la prégabaline constitue une problématique émergente de santé publique, particulièrement chez les jeunes adultes, nécessitant des stratégies de prise en charge adaptées lors du sevrage. Les résultats de cette étude suggèrent que le prazépam et l'amitriptyline permettent tous deux une amélioration significative de la qualité du sommeil au cours du sevrage, évaluée par le score global du PSQI. Si leur efficacité globale apparaît comparable, l'amitriptyline semble présenter un avantage sur la latence d'endormissement, tandis que le prazépam pourrait offrir un sevrage globalement plus confortable. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille limitée de l'échantillon et de la courte durée de suivi, mais ils soulignent l'intérêt de stratégies ciblant les troubles du sommeil, facteur majeur de souffrance et de rechute. Des études complémentaires, menées à plus grande échelle et intégrant des critères de jugement plus objectifs ainsi qu'un suivi prolongé, sont nécessaires afin de préciser la place de ces thérapeutiques dans la prise en charge du trouble de l'usage de la prégabaline.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021. Vienna: UNODC; 2021.
2. Schifano F. Misuse and abuse of pregabalin and gabapentin: cause for concern? *CNS Drugs*. 2014;28(6):491-496. doi:10.1007/s40263-014-0164-4
3. Bonnet U, Scherbaum N. How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(12):1185-1215. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.08.430
4. Chiappini S, Schifano F. A decade of gabapentinoid misuse: analysis of the European Medicines Agency database. *CNS Drugs*. 2016;30(7):647-654. doi:10.1007/s40263-016-0359-y
5. Ghomari A, Oussahla R. Prévalence de la consommation des substances psychoactives chez les chauffeurs professionnels en Algérie [thesis]. Tlemcen: Université de Tlemcen; 2019. available from: <https://dspace.univ-tlemcen.dz/server/api/core/bitstreams/4b4f6f55-b992-440b-a923-da03a642acd1/content>
6. Ministère de la Santé (Algérie). Décret du 16 août 2021 relatif aux conditions de prescription et de délivrance de la prégabaline. *Journal Officiel de la République Algérienne*; 2021.
7. Ghosh A, Gupta R, Balhara YPS, et al. Understanding pregabalin misuse and dependence: insights from a North Indian addiction treatment center. *Indian J Psychiatry*. 2024;66(8):723-728. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_307_24
8. Hägg S, Jönsson AK, Ahlner J. Current evidence on abuse and misuse of gabapentinoids. *Drug Saf*. 2020;43(12):1235-1254. doi:10.1007/s40264-020-00985-6
9. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders. Geneva: WHO; 2019.
10. Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. *N Engl J Med*. 2017;376(12):1147-1157. doi:10.1056/NEJMra1611832
11. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):295-301. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x
12. Wiegand MH. Antidepressants for the treatment of insomnia: a suitable approach? *Drugs*. 2008;68(17):2411-2417. doi:10.2165/0003495-200868170-00001
13. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
14. Oneib B, El Filali A, Abda N. Translation and validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in the Moroccan dialect. *Sleep Med Res*. 2023;14(4):213-219. doi:10.17241/smr.2023.01760
15. Ishikawa H, et al. Pregabalin withdrawal in patients without psychiatric disorders taking a regular dose of pregabalin: a case series and literature review. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2021;41(3):434-439. doi:10.1002/npr2.12195
16. Ammar M, et al. Phenobarbital versus benzodiazepines for alcohol withdrawal management: a retrospective comparison. *Crit Care Med*. 2022;50(1):452. doi:10.1097/01.ccm.0000809968.32358.26
17. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(3):249-255. doi:10.1097/01.yco.0000165594.60434.84
18. Pettinati HM. Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):785-792. doi:10.1016/j.biopsych.2004.07.016
19. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Amitriptyline versus lorazepam in the treatment of opiate-withdrawal insomnia: a randomized double-blind study. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(3):233-235. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09993.x
20. Chakravorty S, et al. Sleep management among patients with substance use disorders. *Med Clin North Am*. 2018;102(4):733-743. doi:10.1016/j.mcna.2018.02.012