# UNIVERSITE PARIS 7 - DENIS DIDEROT

# **FACULTE DE MEDECINE**

Année 2010 n°

# **THESE**

**POUR LE** 

# **DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

#### **MIle MOREAU Sandie**

Née le 15 février 1980 à Aubergenville (78)

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2010

Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale.

Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France.

Président : Directeur :

Madame le Professeur Marie Pia D'ORTHO Monsieur le Docteur Dan BARUCH

DES Médecine Générale

# Table des matières

l.	Introduct	troduction	
II.	Généralit	:és	10
	II.1. Le s	ommeil normal	10
	II.2. L'ins	somnie	11
	II.2.1.	Définition de l'insomnie	11
	11.2.2.	Epidémiologie de l'insomnie chronique.	15
	II.2.3.	Les répercussions de l'insomnie	16
	II.3. Les	mesures thérapeutiques dont disposent les praticiens face à l'insomnie	19
	II.3.1.	Présentation de la thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie	19
	II.3.2.	Les traitements médicamenteux	26
	II.4. Pris	e en charge de l'insomnie chronique : état des lieux en France	32
	II.4.1.	Des médicaments trop prescrits, malgré une efficacité limitée	32
	11.4.2.	Recommandations HAS pour la prescription des hypnotiques dans l'insomnie	33
	11.4.3.	Les TCC-I ont une efficacité reconnue et largement étudiée	34
	11.4.4.	Perspectives de prise en charge de l'insomnie dans l'avenir : Combinaison somnifères / TCC-I	35
	II.5. De l	l'intérêt de prendre en charge les patients insomniaques	37
	II.6. Just	ification de la réalisation d'un guide de consultation pour le traitement de l'insomnie chronique به	oar
	TCC-I, destir	né aux généralistes	38
	II.6.1.	Le médecin généraliste : en première ligne pour détecter et traiter la plainte d'insomnie	38
	11.6.2.	Recours aux TCC-I en soins primaires	39
	II.6.3.	Documents existants : des initiatives qui s'adressent essentiellement aux patients	40
	11.6.4.	Documents existants pour les médecins : Recommandations HAS de 2006	41
	II.6.5.	Choix du support : un guide support pour le médecin et des fiches mémo pour les patients	42
Ш	. Object	iifs	45
	III.1. Obje	ectif principal : réaliser un guide support pour le recours aux TCC-I par les généralistes en ambula	itoire
			45
	III.2. Obje	ectifs secondaires	47
	III.2.1.	Définir les pratiques des médecins généralistes auxquels le guide a été envoyé	47
	III.2.2.	Evaluer le guide, sur le terrain, auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant en	
	libéral		47
	III.2.3.	Evaluer, à l'épreuve des faits, si ces mesures sont applicables par les médecins volontaires	47
IV	. Métho	odologie	48
	IV.1. Elak	poration du guide	48
	IV.1.1.	Choix des chapitres et des informations apportées par le guide	48
	IV.1.2.	Sources et références utilisées	49
	IV.1.3.	Choix de mise en page	52
	IV.1.4.	Pré-test auprès d'un échantillon de médecins généralistes	53

	IV.1.	5. Réalisation d'un support informatique complémentaire au guide papier	54
IV	.2.	Interventions : Enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes	55
	IV.2.	1. Choix de la population cible	55
	IV.2.	2. Enquête descriptive : évaluation des pratiques et opinion des généralistes sur le guide	56
	IV.2.	3. Ebauche d'étude d'impact du guide sur les pratiques des généralistes volontaires	57
v.	Résu	ıltats	59
V.	1.	Le Guide	59
V.	2.	Caractéristiques sociodémographiques du premier échantillon de médecins généralistes	59
V.	3.	Evaluation des pratiques des médecins généralistes, dans l'insomnie, avant lecture du guide	61
	V.3.1	1. L'insomnie est-elle un motif fréquent de consultation ?	61
	V.3.2	<ol><li>Comment les médecins généralistes abordent-ils les problèmes d'insomnie ?</li></ol>	62
	V.3.3	3. Formations des MG sur les TCC de l'insomnie	63
	V.3.4		64
	V.3.5		66
	V.3.6	6. Consultations de suivi	67
	V.3.7	7. Les centres du sommeil	69
V.	4.	Opinion des médecins sur le guide	70
	V.4.1		70
	V.4.2		70
	V.4.3		71
	V.4.4		72
	V.4.5	· · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	72
	V.4.6	5. Situations pour lesquelles les généralistes pensent recourir à ce type de traitement	73
V.	5.	Ebauche d'étude d'impact : Réponses des médecins concernant leur utilisation du guide	74
V.	6.	Le site Internet	80
VI.	Di	iscussion	82
VI	'.1.	A propos des pratiques des généralistes dans l'insomnie	82
	VI.1.	1. Insomnie : un motif fréquent de consultation	82
	VI.1.	2. Dépistage de l'insomnie dans la patientèle des généralistes : plus fréquent s'il existe des	
	com	orbidités ou dans le cadre d'un bilan de santé	83
	VI.1.	3. Formation spécifique des généralistes aux TCC-l	84
	VI.1.	4. Une réponse thérapeutique diversifiée	86
	VI.1.	5. Prise de conscience d'un suivi nécessaire, mais encore rarement dans le cadre d'une consultation	on
	dédi	ée au sommeil	88
	VI.1.	6. Centres du sommeil : peu de recours	90
VI	.2.	Opinion des médecins à propos du guide	91
	VI.2.	1. Un retour positif sur la forme et le fond.	91
	VI.2.	2. Intention des médecins pour l'avenir	92
VI	.3.	Ebauche d'étude d'impact, évaluation des pratiques, 4 mois après le recueil du premier questionnaire	: un
tr	essail	lement de changement mais des habitudes de prescriptions bien ancrées	95

VI.3.1.	Guide papier versus guide en ligne	96
VI.3.2.	Quelques changements dans les pratiques	97
4. Co	mparaison à la littérature	100
VI.4.1.	Les généralistes sont intéressés et réceptifs à la diffusion de tels documents	100
VI.4.2. Changer les pratiques : un travail difficile, même lorsque les recommandations e		que les
médecin	s sont informés sur ces mesures	101
VI.4.3.	Un outil de consultation pour la médecine générale : indépendant des laboratoires et avec	un
double r	egard spécialiste/généraliste	102
VI.4.4.	Des obstacles persistant qui freinent l'utilisation des TCC-I par les médecins généralistes	103
VI.4.5.	Le développement des TCC-I en soins primaires nécessite l'adhésion et la motivation des p	atients,
mais ava	nt tout des généralistes convaincus par ces méthodes et qui s'investissent	105
5. Lin	ites du travail	106
VI.5.1.	Mode d'envoi du document	106
VI.5.2.	Choix des médecins	106
VI.5.3.	Faible taux de participation	107
VI.5.4.	Mode de recueil des résultats	108
6. Pei	spectives pour une utilisation et une évaluation à grande échelle	108
VI.6.1.	Modifications que l'on pourrait apporter au guide	108
VI.6.2.	Augmenter l'impact du guide sur les généralistes : association à une FMC	110
VI.6.3.	L'informatique est-elle à privilégier par rapport au support papier ?	111
Concl	usion	112
Biblio	graphie	113
Anne	kes.	118
1. An	nexe 1 : le guide	118
2. An	nexe 2 : le site Internet	133
	VI.3.2.  4. Cor VI.4.1. VI.4.2. médecin VI.4.3. double re VI.4.4. VI.4.5. mais ava 5. Lim VI.5.1. VI.5.2. VI.5.3. VI.5.4. 6. Per VI.6.1. VI.6.2. VI.6.3. Conclusting Biblio Annex 1. Annex	VI.3.2. Quelques changements dans les pratiques  4. Comparaison à la littérature  VI.4.1. Les généralistes sont intéressés et réceptifs à la diffusion de tels documents  VI.4.2. Changer les pratiques : un travail difficile, même lorsque les recommandations existent et médecins sont informés sur ces mesures  VI.4.3. Un outil de consultation pour la médecine générale : indépendant des laboratoires et avec double regard spécialiste/généraliste  VI.4.4. Des obstacles persistant qui freinent l'utilisation des TCC-I par les médecins généralistes  VI.4.5. Le développement des TCC-I en soins primaires nécessite l'adhésion et la motivation des p. mais avant tout des généralistes convaincus par ces méthodes et qui s'investissent  5. Limites du travail  VI.5.1. Mode d'envoi du document  VI.5.2. Choix des médecins  VI.5.3. Faible taux de participation  VI.5.4. Mode de recueil des résultats  6. Perspectives pour une utilisation et une évaluation à grande échelle  VI.6.1. Modifications que l'on pourrait apporter au guide  VI.6.2. Augmenter l'impact du guide sur les généralistes : association à une FMC  VI.6.3. L'informatique est-elle à privilégier par rapport au support papier ?  Conclusion  Bibliographie  Annexes.  1. Annexe 1 : le guide

# Remerciements

# A Madame le Pr Marie-Pia D'Ortho,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury, et de votre accompagnement tout au long de ce travail. Votre aide m'a été précieuse.

# Aux membres du jury, Monsieur le Pr Casalino, Monsieur le Pr Faye et Monsieur le Pr Lejeune,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

# Au Docteur Dan Baruch, mon directeur de thèse,

Vous m'avez guidé à chacune des étapes de ce long travail. Merci pour votre gentillesse et votre écoute.

# A mes parents et à ma sœur,

J'espère qu'ils seront fiers de ce travail

# Aux amis,

Pour leurs encouragements, leurs conseils avisés et le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à la relecture de ma thèse.

# A Romain,

Pour ton aide, qui a permis la réalisation du site. Pour ta patience et ton aptitude à faire face à toutes mes sautes d'humeur.

# Aux médecins,

Qui ont pris le temps de participer à ce travail en répondant aux questionnaires.

# Le Serment D'Hippocrate:

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# I. Introduction

« Vous n'oublierez pas de noter mon médicament pour le sommeil, Docteur ? », ou bien encore « ah oui, et puis je suis très fatigué, je n'arrive plus à dormir Docteur ! Est-ce que vous auriez un médicament pour m'aider ? ». Voici quelques demandes parmi tant d'autres, très courantes pour le médecin généraliste. Elles arrivent le plus souvent en fin de consultation, prenant ce dernier de court. Faute de temps, la prescription du médicament "miracle" pour le sommeil est souvent la réponse à cette demande.

L'insomnie est un problème de santé fréquent. D'après une étude épidémiologique réalisée auprès de la population française et utilisant les critères des classifications DSM IV et ISCD de l'insomnie, la prévalence de l'insomnie chronique est estimée à 19% chez les adultes de plus de 18 ans. D'autant plus fréquent que la prévalence augmente avec l'âge : on a évalué qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans ont une insomnie plus ou moins continue.

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de cette pathologie. Face à cela on constate plusieurs problèmes :

- L'insomnie est souvent une pathologie "négligée" par les patients et leur médecin. Ainsi dans l'enquête de la société Gallup publiée en 1991, 69% des sujets qui indiquaient avoir des troubles du sommeil n'en avaient jamais parlé à leur médecin. Et dans un grand nombre de cas, ils profitent d'une consultation pour un autre motif pour évoquer le problème. Ce qui aboutit fréquemment à une prise en charge succincte du problème et à la prescription d'hypnotiques par le médecin. 7 à 10% des insomniaques ont recours à des médicaments inducteurs de sommeil (1).
- Les médecins généralistes, même s'ils sont conscients des limites des traitements médicamenteux, manquent souvent d'outils permettant de faire le diagnostic. A titre d'exemple,

seulement 7,1% d'entre eux utilisent des outils subjectifs simples tels que l'agenda du sommeil ou l'échelle de somnolence d'Epworth.

Il existe un manque de connaissance, au sein de la communauté médicale, sur le "pouvoir et le potentiel" des traitements comportementaux dans le cadre de l'insomnie (2). Il serait nécessaire de développer plus de communication autour de ces prises en charge, afin d'informer les médecins et de permettre de fait la diffusion de ces pratiques.

- Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité, notamment dans la prise en charge de l'insomnie chronique, sont souvent peu connues et de fait très peu utilisées en soins primaires. Elles restent l'apanage des centres du sommeil, dont le nombre n'est pas suffisant pour prendre en charge tous les patients insomniaques.

Lorsqu'on les interroge, 62% des généralistes déclarent qu'ils aimeraient recevoir de l'information sur les outils tels que l'agenda du sommeil.

Peut-on aider les médecins à initier ce type de traitement chez leurs patients insomniaques, à l'aide d'un support de consultation ? Un guide papier et un site Internet accessible en ligne regroupant les principaux éléments de la thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie (TCC-I) peuvent-ils les inciter à ce type de démarche ?

L'objectif principal de ce travail a été de concevoir un guide, informatif sans être trop long, agréable à lire, utilisable par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, accessible sans formation spécifique préalable aux TCC-I.

Ce guide doit apporter aux médecins généralistes des connaissances nouvelles sur les mesures de TCC-I. Il doit également favoriser le recours aux outils d'évaluation de l'insomnie et aux traitements non médicamenteux.

Les objectifs secondaires ont consisté à recueillir l'opinion d'un échantillon de médecins généralistes, afin de répondre à plusieurs questions : Quelles sont leurs pratiques actuelles face à la plainte d'insomnie et est-ce que le guide leur apporte réellement des connaissances nouvelles ? Pensent-ils que le guide puisse leur être utile et qu'ils s'en serviront ? Enfin, est-ce qu'en pratique, les médecins parviennent à recourir au guide et à appliquer, au moins en partie, certaines des mesures qu'il préconise ?

# II. Généralités

# **II.1.Le sommeil normal** (3)

Le sommeil est généralement perçu comme un état de repos pour le corps et pour l'esprit.

On dit couramment que l'on a sommeil pour exprimer sa fatigue et le besoin d'aller se coucher.

Dans le dictionnaire, il est défini comme :

1/ " Le repos périodique des sens et de la vie consciente, qui correspond à un besoin de l'organisme"

2/ " Le besoin de dormir".

Si au sens figuré le sommeil est un état transitoire d'inactivité, pour les scientifiques et les médecins, il ne se résume pas seulement à une absence d'éveil ou un état d'inactivité. En effet, grâce aux enregistrements du sommeil réalisés, le sommeil apparaît comme "complexe mais très régulé", avec des phases de sommeil organisées en cycles qui se répètent tout au long de la nuit. Les rêves et la sécrétion de certaines hormones, sélectivement au cours du sommeil, sont des exemples de l'activité du corps au cours de celui-ci.

On parle d'un sommeil normal lorsqu'on se réveille le matin en ayant l'impression d'avoir bien dormi et en se sentant reposé (4).

# II.2.L'insomnie

#### II.2.1. Définition de l'insomnie(5) (6) (1)

La définition de l'insomnie n'a pas toujours été la même en fonction des études, ce qui pose problème pour réaliser des comparaisons. Dans les premières études sur le sommeil, elle était basée sur une simple plainte ou symptômes rapportés par les patients. Depuis elle a évolué et des classifications permettent de la définir plus précisément. Notamment le DSM-III-R, utilisé pour la première fois dans une étude en 1994 par Hohagen et al. l'ICSD et plus récemment le DSM-IV.

L'insomnie est définie alors comme une plainte subjective, d'une difficulté à initier le sommeil et/ou à le maintenir, soit du fait de réveils nocturnes fréquents ou en raison de réveils matinaux précoces. Ces perturbations du sommeil sont à l'origine d'un retentissement diurne, dont les manifestations les plus fréquentes sont une fatigue diurne, une sensation de manque d'énergie, des troubles de la mémoire et de la concentration. On évalue ainsi l'altération du fonctionnement social, professionnel.

On précise également la durée des troubles. Cela permet de discerner les insomnies aiguës ou transitoires, des insomnies chroniques, dont la prise en charge thérapeutique diffère.

#### II.2.1.1. Selon le DSM IV

D'après les critères du DSM IV, fréquemment utilisés par les études sur le sommeil, l'insomnie primaire, chronique est définie par la présence d'au moins un des critères ci-dessous :

- difficultés à initier le sommeil,
- réveils nocturnes avec des difficultés pour se rendormir,
- réveil matinal précoce,
  - Avec un sommeil non réparateur, sensation de fatigue au réveil et conséquences négatives sur le fonctionnement diurne (irritabilité, manque de concentration),
  - Depuis au moins un mois et minimum 3 fois par semaine,
  - Sans autre trouble du sommeil, tel que le syndrome des apnées du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos,
  - Sans trouble mental : état dépressif majeur, anxiété généralisée, accès maniaque,
  - Sans prise de substances toxiques ou médicamenteuses, ni d'affection médicale pouvant induire le trouble du sommeil.

•

#### II.2.1.2. Selon l'ICSD

La dernière édition de l'ICSD (classification internationale des troubles du sommeil) 2005 classe l'insomnie en 9 catégories, lesquelles sont reprises par Billiard M. dans son ouvrage sur les troubles du sommeil. Cette classification a été reprise pour la rédaction de notre guide. Elle a le mérite d'être pratique et d'orienter directement vers la prise en charge spécifique du trouble. On distingue ainsi :

#### • Insomnie d'ajustement :

Il s'agit d'un épisode d'insomnie aiguë, transitoire, liée à un stress auquel le patient doit s'adapter. Elle peut s'étendre de quelques jours à trois mois. Elle disparaît généralement lorsque le facteur de stress déclencheur a disparu. Sauf si le patient a déjà mis en place des comportements inadaptés qui vont favoriser le passage à la chronicité. C'est pour cette raison qu'il est primordial de détecter et de prendre en charge rapidement ces insomnies aiguës. Le traitement repose généralement sur la gestion du facteur déclenchant, la réassurance du patient, l'application des mesures d'hygiène du sommeil qui favorisent le sommeil et le recours éventuel, sur la plus courte période possible et à la dose la plus faible d'un hypnotique.

# • Insomnie chronique sans comorbidité :

# - Insomnie psychophysiologique:

Elle apparaît généralement à la suite d'un épisode d'insomnie aiguë, liée à une douleur, un changement, un stress dans la vie familiale ou professionnelle. L'épisode initial n'ayant pas été correctement pris en charge, le patient a développé de mauvaises habitudes de sommeil, réalisant un conditionnement négatif qui auto-entretient l'insomnie. Il existe également un hyperéveil incompatible avec le sommeil. C'est une insomnie fréquente et pour laquelle les mesures de TCC-I sont indiquées.

Insomnie paradoxale, anciennement appelée trouble de la perception du sommeil :

Le patient se plaint d'insomnie, de ne pas fermer l'œil de la nuit, alors même que la réalisation d'enregistrements du sommeil montre une organisation et un temps de sommeil normaux.

#### Insomnie idiopathique :

Il s'agit d'une insomnie chronique qui remonte à l'enfance, pour laquelle on ne retrouve pas de facteur causal. Elle nécessite une prise en charge spécifique et un renforcement des mesures d'hygiène du sommeil.

# • L'insomnie chronique avec comorbidités :

#### Insomnie secondaire à une maladie mentale :

Dans certaines situations, l'insomnie peut précéder de quelques jours ou semaines l'émergence de la pathologie psychiatrique. Le plus souvent, la pathologie est déjà diagnostiquée : les troubles de l'humeur et les troubles anxieux étant les plus fréquemment associés à l'insomnie. Les psychoses peuvent elles aussi être associées à une insomnie.

# - Insomnie secondaire à affection organique :

Une pathologie médicale est responsable de l'insomnie, soit du fait des symptômes qui perturbent le sommeil (maladie respiratoire, cardio-vasculaire, digestive ou rhumatismale), soit en raison de l'angoisse engendrée par le diagnostic de cette maladie, soit parce que la maladie en elle-même est responsable d'une atteinte des mécanismes du sommeil (c'est le cas notamment dans les maladies neuro-dégénératives).

#### - Insomnie secondaire à un médicament ou à une substance :

L'insomnie peut alors être la conséquence des effets indésirables d'un médicament, ou bien de l'abus d'une drogue ou du sevrage à un médicament.

• Insomnie due à un trouble du sommeil.

Il s'agit des patients souffrant d'un syndrome d'apnées du sommeil, ou bien du syndrome des jambes sans repos et de mouvements périodiques des jambes.

• Insomnie liée à l'environnement et à une mauvaise hygiène de sommeil.

On retrouve dans ce cas une ou plusieurs mauvaises habitudes autour du sommeil : soit une consommation de substances stimulantes (nicotine, caféine, alcool), soit un environnement de chambre à coucher inadapté au sommeil, soit des activités physiques ou intellectuelles trop proches du coucher ou bien encore un mauvais planning de sommeil.

# II.2.2. Epidémiologie de l'insomnie chronique.

# *II.2.2.1. Une plainte fréquente au sein de la population française.*

Les difficultés de sommeil sont une plainte fréquente au sein de la population (73%)(6). Chacun d'entre nous rencontrera un jour ou l'autre des difficultés avec le sommeil.

Si on se réfère à la définition du DSM IV, d'après une enquête réalisée par Léger et al., publiée en 2000, auprès d'un échantillon de 12778 français représentatifs de la population, 19% des adultes de plus de 18 ans souffrent d'insomnie chronique et 9% présentent une insomnie sévère(6). Ces chiffres sont confirmés par Ohayon et Lemoine, dans leur étude publiée en 2004 dans l'encéphale. Leur enquête épidémiologique, réalisée avec le système expert sleep-eval auprès de 5622 français âgés de 15 ans et plus, retrouve qu'un français sur cinq, tout âge confondu, se plaint d'insomnie (7).

# II.2.2.2. Vieillissement de la population et augmentation de la prévalence de l'insomnie avec l'âge : un problème de santé publique évident.

Après 65 ans, deux fois plus de patients souffrent d'insomnie par rapport aux sujets de moins de 45 ans. (7)

Selon l'observatoire de médecine générale de la SFMG, à partir de 50 ans, quel que soit le sexe, l'insomnie est un motif de consultation de plus en plus fréquent. Pour les personnes de plus de 80 ans cela représente 11% des motifs de consultations.

La durée médiane d'une insomnie est de 5 ans et seulement 7,7% des personnes présentent une insomnie depuis moins d'un mois (7).

# II.2.3. Les répercussions de l'insomnie

Au-delà d'une simple perturbation du sommeil, l'insomnie entraine souvent un retentissement sur le fonctionnement diurne. Dans l'étude d'Ohayon et Lemoine, 67% des patients se plaignant d'insomnie présentent des répercussions sur le fonctionnement diurne (7). Ces symptômes diurnes sont plus fréquents chez les sujets de moins de 65 ans, en raison des contraintes professionnelles et familiales qui ne permettent pas de compenser par des siestes en journée.

Si ces répercussions ne sont pas toujours prises en compte dans les études scientifiques, Leger a montré que les médecins généralistes, quant à eux, avaient largement conscience de l'existence du retentissement social et/ou professionnel de l'insomnie (8).

# • Fatigue.

Le manque de sommeil, notamment lorsqu'il s'accumule, après plusieurs nuits d'insomnie, entraîne un épuisement physique et psychique.

• Troubles de la concentration, de la mémoire.

Le sommeil permet au corps et à l'esprit de récupérer de la journée et de fait le manque de sommeil altère le fonctionnement cognitif.

• Troubles de l'humeur, irritabilité.

Ils sont liés à la fatigue, aux difficultés de concentration ou bien encore aux efforts nécessaires pour accomplir des tâches habituellement simples (lorsque l'on a suffisamment dormi). Les personnes insomniaques sont généralement plus à fleur de peau et susceptibles de s'énerver pour un rien.

Plusieurs études ont également mis en évidence que les patients insomniaques étaient plus à risque de développer une dépression (9). Ce risque est environ quatre fois plus élevé chez les patients insomniaques que chez les bons dormeurs (10).

• Retentissement social, professionnel et familiale.

La fatigue, l'irritabilité peuvent générer plus facilement des conflits au sein de la famille ou du travail. Le manque de concentration, les oublis liés au manque d'attention rendent moins performant et réactif dans le cadre du travail. L'insomnie peut également être à l'origine d'un plus grand absentéisme au travail ainsi que d'accidents de travail.

Fait intéressant, on a constaté qu'il pouvait y avoir une amplification du retentissement de l'insomnie liée à la prise de somnifères. Ainsi les troubles de la concentration, de l'attention et les problèmes mnésiques sont plus souvent retrouvés chez les patients insomniaques prenant des

psychotropes. Pour exemple, une étude a mis en évidence que les troubles mnésiques ont trois fois plus de chance d'être rapportés par des sujets de moins de 65 ans, consommant un psychotrope (7).

Les répercussions sont également d'ordre économique pour la société. En 1995, le coût direct lié à l'insomnie a été évalué à 1,5 milliards d'euros. Cette évaluation prenait seulement en compte les dépenses liées à la prescription d'hypnotiques, aux consultations d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste pour la prise en charge d'un trouble du sommeil (11).

# II.3.Les mesures thérapeutiques dont disposent les praticiens face à l'insomnie

# II.3.1. Présentation de la thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie

La TCC vise à rétablir un rythme veille-sommeil satisfaisant, à corriger les mauvaises habitudes de sommeil, à diminuer les tensions et les fausses croyances qui entretiennent les troubles du sommeil.

Les principales mesures de la thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie sont :

- l'hygiène du sommeil,
- le contrôle du stimulus,
- la restriction du sommeil,
- la thérapie cognitive,
- la relaxation.

Ces traitements sont proposés essentiellement dans le cadre des insomnies chroniques primaires ou psychophysiologiques et dans une moindre mesure dans les insomnies chroniques secondaires. Elles ont fait l'objet d'études scientifiques depuis près de 25 ans.

Ces dernières ont prouvé leur efficacité à moyen et à long terme, contrairement aux somnifères, dont l'efficacité n'a été prouvée que sur le court terme. Sur la base de l'ensemble des études réalisées pour évaluer les techniques cognitives et comportementales, entre 60 et 75% des personnes souffrant d'insomnie chronique ont obtenu des effets bénéfiques durables des TCC(3).

Plus récemment, des études ont cherché à savoir si ces mesures pourraient être utilisées par des médecins de famille dans un contexte de pratique clinique courante en médecine générale (10).

# II.3.1.1. L'hygiène du sommeil : un élément important de la prise en charge mais pas suffisant.

En mars 2008, l'INPES à réaliser une enquête auprès de français âgés de 25 à 45 ans, sur les représentations, les attitudes, les connaissances et les pratiques du sommeil des jeunes adultes en France (12). Cette étude, réalisée sur une base déclarative, retrouve un taux d'insomniaques de 12 %, comparable à ce que l'on retrouve dans la littérature. Au-delà de l'insomnie, elle met également en évidence qu'un pourcentage non négligeable de jeunes adultes (environ 17 % de l'échantillon) présente une dette de sommeil, c'est à dire que ces personnes dorment moins que le nombre d'heures de sommeil dont elles ont besoin et ce de façon régulière (12). Ainsi, un tiers des sujets de l'échantillon présente un manque de sommeil chronique soit en rapport avec une insomnie, soit en lien avec une dette de sommeil.

Concernant les habitudes de sommeil des français de cette tranche d'âge, l'étude permet de voir qu'il existe plus souvent des erreurs d'hygiène du sommeil chez les personnes qui présentent des difficultés de sommeil. Ce qui confirme la nécessité d'insister sur ces mesures simples, dans le cadre d'une prise en charge de l'insomnie, notamment par le médecin généraliste.

Parmi les adultes âgés de 25-45 ans, plus des deux tiers consomment des excitants après 17h : que ce soit du tabac (29 %), du café (27 %), de l'alcool (26 %), des sodas caféinés (notamment du Coca-Cola) (22 %) ou du thé (21 %). Les insomniaques sont plus nombreux (73 %) à en consommer que les autres (12).

La pratique d'activités stimulantes pour l'esprit, dans l'heure qui précède le coucher, est fréquente dans cette tranche d'âge :

- 74% de l'échantillon regarde la télévision et 25% le fait dans son lit,
- 35% d'entre eux surfent sur le net ou jouent à des jeux vidéo,
- 50% lisent avant de s'endormir et considèrent que cette activité favorise le sommeil, mais 84% d'entre eux lisent dans leur lit.(12)

L'hygiène du sommeil est la méthode qui est le plus souvent utilisée par les omnipraticiens. D'après Baillargeon, 87% des médecins recommandent souvent à leurs patients de réduire leur consommation de stimulants et 42% leur suggèrent de faire une activité sportive (13). Or selon une méta-analyse de Morin, les mesures d'hygiène du sommeil sont inefficaces lorsqu'elles sont utilisées seules (14). L'hygiène du sommeil est donc une mesure qui doit être utilisée, dans la mesure où elle est appliquée conjointement avec une ou plusieurs autres techniques non médicamenteuses de l'insomnie (15).

Les principales recommandations concernant l'hygiène du sommeil retrouvées dans la littérature sont :

- Limiter sa consommation de stimulants comme le thé, le café, les boissons gazeuses caféinées dans les 4 à 6 heures qui précèdent le coucher. La nicotine doit être évitée au coucher et au cours des éveils nocturnes.
- Limiter sa consommation d'alcool. Même si l'alcool peut favoriser l'endormissement, il cause également une fragmentation du sommeil en deuxième partie de nuit.
- Préférer une alimentation suffisante mais pas trop riche au dîner.

- Adopter des horaires réguliers de coucher et de lever, y compris le weekend.
- Essayer de pratiquer une activité sportive, au moins 3-4 heures avant le coucher, afin d'éviter à l'inverse une stimulation des systèmes d'éveil.
- Faire de sa chambre un environnement calme propice au sommeil.

#### II.3.1.2. Le contrôle du stimulus

Développé en 1977 par Bootzin, le contrôle du stimulus permet de renforcer l'association entre le sommeil et la chambre à coucher.

L'efficacité de cette méthode est considérée comme supérieure aux autres traitements et ceci de façon durable (14) (15). Des diminutions de l'ordre de 50% du délai d'endormissement et de la durée des éveils nocturnes ont été obtenues avec cette technique (16) (17).

Elle repose sur l'hypothèse que l'insomnie est le résultat d'un conditionnement négatif entre des stimuli environnementaux et le sommeil. De ce fait elle vise à renforcer le lien entre la chambre à coucher et le sommeil par un conditionnement positif.

Les patients insomniaques ont souvent développés des comportements inappropriés au moment du coucher qui entretiennent l'insomnie. Il peut s'agir de stimulations extérieures, telles que regarder la télévision, écouter de la musique, travailler dans son lit ou bien de ruminations des problèmes de la journée. En limitant le temps passé au lit éveillé, on fait en sorte que la chambre à coucher et le lit redeviennent des signaux pour le sommeil.

Le contrôle du stimulus repose sur cinq consignes principales(1) (15):

• Utiliser le lit et la chambre à coucher seulement pour le sommeil et l'activité sexuelle.

- Se coucher seulement lorsque le sommeil se fait sentir.
- Se lever tous les matins à la même heure, y compris les weekends, quelle que soit l'heure.
   du coucher et le nombre d'heures de sommeil de la nuit.
- Si le sommeil ne vient pas en 20 à 30 minutes, se lever et aller dans une autre pièce pour effectuer une activité calme (préparation d'une boisson chaude, lecture facile, écoute de musique douce, ...).
- Retourner se coucher uniquement lorsque le sommeil se fait sentir.
- Eviter de faire la sieste dans la journée, afin de ne pas diminuer la pression de sommeil le soir.

#### II.3.1.3. La restriction du sommeil

Connue depuis 1987, date à laquelle Spielman, Saskin et Thorpy l'ont présentée, cette technique repose sur l'observation que les insomniaques passent souvent un temps excessif au lit à chercher le sommeil et que ceci contribue à maintenir l'insomnie(18).

Cette mesure comportementale a pour objectif d'améliorer l'efficacité du sommeil, en limitant le temps passé au lit de sorte qu'il coïncide avec le temps de sommeil moyen du patient.

L'efficacité du sommeil est définie par le rapport du temps de sommeil moyen sur le temps passé au lit, multiplié par 100. On considère qu'une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% correspond à un sommeil moins fractionné et donc de meilleure qualité.

La tenue d'un agenda du sommeil pendant au moins 15 jours avant la mise en place de la restriction du sommeil, est nécessaire afin de pouvoir prescrire le temps passé au lit. Le patient devra continuer à tenir son agenda du sommeil, pendant l'application de cette mesure afin de

pouvoir adapter le temps passé au lit en fonction de l'amélioration ou non de l'efficacité du sommeil.

Lorsque l'efficacité du sommeil est supérieure à 85% pendant au moins une semaine, le temps passé au lit peut être augmenté de 15 à 20 minutes. Après une période d'ajustement du temps de sommeil, basé sur l'efficacité du sommeil, le patient obtiendra un temps de sommeil adéquat en termes de durée et de qualité.

Cette technique a souvent été utilisée conjointement avec d'autres mesures : contrôle du stimulus ou relaxation notamment. De ce fait l'évaluation de son efficacité propre est difficile. Malgré tout, deux études suggèrent qu'elle serait très efficace pour la prise en charge des troubles de l'initiation du sommeil et pour les troubles de maintien du sommeil (18) (19).

Cette mesure reste difficile à appliquer, et son recours en médecine de ville peut paraître compliqué, du fait qu'elle nécessite un suivi hebdomadaire étroit pour adapter le temps passé au lit, que l'agenda du sommeil doit être tenu régulièrement et qu'il peut y avoir en début de traitement une somnolence diurne excessive qui peut nécessiter un arrêt de travail pour le patient.

Cependant, même s'il a été démontré que l'adhérence au traitement par restriction du sommeil et contrôle du stimulus est parfois difficile, avec un taux d'adhérence variant en fonction des études de 55% à 89%, il n'en demeure pas moins qu'elles sont reconnues efficaces. L'adhésion pourrait être améliorée par des mesures simples, impliquant une meilleure information du patient au préalable sur les inconvénients du traitement. Ou bien encore, en introduisant les mesures de restriction du sommeil, dans un deuxième temps, une fois que le recours aux autres mesures thérapeutiques a permis une diminution de la fatigue et de la somnolence (20).

#### II.3.1.4. La relaxation.

Il existe de nombreuses méthodes de relaxation : la relaxation musculaire progressive, le training autogène, la méditation, le yoga, l'imagerie mentale, la respiration rythmique.

A ce jour aucune de ces techniques n'est plus efficace qu'une autre pour le traitement de l'insomnie.

Il a été démontré que la relaxation était efficace dans l'insomnie initiale, en diminuant le temps de latence d'endormissement de façon significative et également dans les troubles du maintien du sommeil, en diminuant le temps d'éveil nocturne. De plus ces gains thérapeutiques se maintiennent sur le moyen et long terme (15).

Le recours à la relaxation repose sur l'idée que le patient insomniaque présente, au moment du coucher, des tensions physiques et ou psychiques, une anxiété (lié à l'anticipation anxieuse de la nuit à venir, à la peur du retentissement sur la journée du lendemain) incompatibles avec le processus d'endormissement. Alors que la détente du corps et de l'esprit, favorisée par la relaxation, est propice à celui-ci.

Cette mesure nécessite un apprentissage sur plusieurs semaines, initialement avec un thérapeute puis seul, en pratiquant un entrainement quotidien voir biquotidien. Cette rigueur initiale permettra à l'individu d'être en mesure de se relaxer en toutes circonstances. Et son utilisation au coucher ne peut être envisagée qu'une fois la technique de relaxation maitrisée.

La technique la plus utilisée est la relaxation musculaire progressive de Jacobson. Elle consiste en des successions de contractions et de relâchements des différents groupes musculaires. Elle permet de prendre conscience des tensions musculaires afin d'être capable ensuite de se détendre.

# II.3.1.5. La thérapie cognitive

Les patients présentant une insomnie chronique développent souvent des comportements inappropriés ou des croyances erronées sur le sommeil. Celles-ci maintiennent un niveau d'éveil élevé, favorisent une angoisse de performance par rapport à l'endormissement et donc entretiennent le cercle vicieux de l'insomnie.

La thérapie cognitive consiste à repérer ces croyances et ces pensées, à les remettre en question et à amener le patient à envisager les choses différemment, en trouvant des alternatives.

La thérapie cognitive va aider le patient à :

- Garder des attentes réalistes concernant le sommeil.
- Eviter de blâmer l'insomnie pour tous ses maux.
- Dédramatiser une mauvaise nuit de sommeil.
- Ne pas chercher à dormir à tout prix.

#### II.3.2. Les traitements médicamenteux

Parmi les thérapeutiques médicamenteuses de l'insomnie, on retrouve les benzodiazépines, le Zolpidem et le Zopiclone. Ces traitements sont efficaces dans le traitement de l'insomnie à court terme, mais il n'y a pas d'étude sur leur efficacité à long terme (exception faite de l'Eszopiclone, non commercialisé en France, et qui à une efficacité retrouvée sur 6 mois (21).

# II.3.2.1. Les benzodiazépines

Il en existe de nombreuses. Elles se différencient les unes des autres en fonction de leur pic plasmatique, de leur demi-vie et de leur affinité pour les récepteurs. Les benzodiazépines permettent d'améliorer la continuité du sommeil en diminuant la latence d'endormissement, le

nombre et la durée des éveils nocturnes, ce qui améliore le temps de sommeil total et l'efficacité du sommeil. On sait également qu'elles modifient, de façon variable, l'architecture du sommeil. On a observé une diminution des stades 3 et 4 du sommeil, et une réduction modérée et transitoire du sommeil paradoxal.

On leur connaît des effets indésirables qui varient en fonction des doses de médicaments utilisées, de la pharmacocinétique et pharmacodynamique des molécules. Plus la demi-vie d'élimination du médicament est longue, plus les effets sédatifs seront marqués, au contraire si la demi-vie est courte, il y a plus de risque d'insomnie rebond.

A court terme, on observe surtout un risque de somnolence, de diminution de vigilance pouvant être responsable d'accident et de diminution des performances, des troubles de la mémoire et un risque d'insomnie rebond à l'arrêt du médicament.

A moyen terme, il peut y avoir un phénomène de tolérance, avec une augmentation progressive des doses pour que le traitement reste efficace, voir une dépendance empêchant l'arrêt du médicament et un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brusque du traitement. L'utilisation de benzodiazépines de façon régulière pendant une période de trois mois ou plus favorise la dépendance pharmacologique. Cependant cette dépendance peut apparaître plus rapidement, soit en quelques jours ou quelques semaines, particulièrement chez des patients déjà dépendants à d'autres médicaments (22).

A long terme, il n'existe aucune preuve de l'efficacité et du bénéfice de la prise prolongée de ces traitements. Pire encore, la prise d'hypnotique serait associée à un surplus de mortalité de 25% en cas de prise quotidienne et de 10 à 15% en cas de prise occasionnelle, sans qu'il soit possible cependant d'établir une relation de cause à effet (1).

# II.3.2.2. Les hypnotiques non benzodiazépiniques

En France, il s'agit du Zopiclone et du Zolpidem. Ils appartiennent à des familles chimiques différentes des benzodiazépines, mais se fixent sur les mêmes récepteurs.

D'apparition plus récente, ils ont meilleure réputation que les benzodiazépines.

# A leur avantage:

- Une demi-vie plus courte : cinq heures pour le Zopiclone et moins de trois heures et demie pour le Zolpidem. Les effets à type d'insomnie rebond, de tolérance et de dépendance semblent moins fréquents.
- Ils modifient peu l'architecture du sommeil : des enregistrements polysomnographiques ont montré que le Zolpidem n'entraîne pas de modification des stades 3 et 4 du sommeil lent, ainsi que du sommeil paradoxal.
- Ils entraînent une réduction de la latence d'endormissement et du nombre des éveils nocturnes.

Malgré tout, la survenue d'une somnolence diurne est toujours possible avec ces deux molécules. Et si les premiers essais cliniques ont attribué au Zolpidem la réputation d'un somnifère plus sûr que les benzodiazépines, car il n'y avait pas d'évidence d'abus ou de potentiel de dépendance, en 2002 l'OMS a mis le Zolpidem sur la liste des substances pouvant induire une dépendance, au même titre que les benzodiazépines. De même en France, suite aux données collectées entre 1993 et 2002 par le CEIP (centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) la monographie Vidal du Zolpidem a été modifiée, et notifie la possibilité

de dépendance même aux doses thérapeutiques et sans qu'il y ait de facteur de risques préexistants (23).

Par conséquent, Zopiclone et Zolpidem, derniers apparus sur le marché et préconisés en première intention dans la prise en charge de l'insomnie transitoire, ne sont pas les médicaments miracles espérés.

# II.3.2.3. Les antidépresseurs

Cependant deux éléments doivent limiter le recours aux antidépresseurs dans la prise en charge de l'insomnie : d'une part leur effets indésirables (effet anti-cholinergiques, retentissement sur la sexualité, hypotension orthostatique, toxicité cardiaque) et d'autre part le fait que leur efficacité ne soit prouvée que chez les patients atteints de dépression majeure, et qu'elle ne l'est pas chez les sujets non déprimés (24).

# II.3.2.4. Les antihistaminiques

Des études, réalisées sur les antihistaminiques centraux, ont montré qu'ils étaient efficaces sur l'insomnie, à court terme. Les mieux évaluées sont la Doxylamine et la Diphénhydramine (25). Cependant, en dépit de leurs propriétés sédatives, ces molécules ont très souvent des effets indésirables non négligeables : effets anticholinergiques périphériques (constipation, nausées, bouche sèche, difficultés à uriner, vision trouble) et centraux (confusion, agitation, hallucinations visuelles, désorientation), sédation diurne, troubles cognitifs. De ce fait, ils ne sont pas plus recommandables que les benzodiazépines pour le traitement de l'insomnie.

# II.3.2.5. Les neuroleptiques

Ils sont parfois prescrits dans le cadre d'insomnies sévères. Cependant, en raison de leurs potentiels effets indésirables (aménorrhée, galactorrhée, dyskinésies), leur utilisation doit être parcimonieuse et impérativement réservée aux patients psychotiques (10)

#### II.3.2.6. La mélatonine

Il s'agit d'une hormone produite par la glande pinéale, dont la concentration plasmatique varie en fonction des périodes veille/sommeil.

Les études scientifiques sur le sommeil et le système nerveux ont permis de constater qu'elle était impliquée dans le contrôle du sommeil, via les phénomènes de régulation circadiens du sommeil. Suite à ces découvertes des médicaments intervenant directement sur les récepteurs de la mélatonine ont été développés.

D'une part, les agonistes des récepteurs de la mélatonine. Le Rameltéon a fait l'objet d'étude aux Etats-Unis et en Europe. En juin 2008, la commission d'AMM a refusé sa mise sur le marché en Europe en raison d'une balance bénéfice-risque défavorable (26). Les études réalisées contre placebo ont mis en évidence une diminution du délai d'endormissement minime, avec en contre partie des risques de somnolence diurne, de fatigue et des hyperprolactinémies. De plus des effets cancérigènes ont été observés chez des animaux(27) (28).

D'autre part, la mélatonine dont la commercialisation est autorisée en France, depuis mi-2008, sous le nom Circadin. Selon la RCP du Vidal, elle est indiquée seulement pour les patients de 55 ans et plus, pour un traitement de courte durée (trois semaines) et uniquement pour les insomnies primaires. Selon une méta-analyse publiée en 2006, la prise de mélatonine dans le cadre de troubles du sommeil secondaires (à une démence, une schizophrénie, au jet-lag ou à un travail posté), avec une durée de traitement n'excédant pas 3 mois, n'est pas plus efficace qu'un placebo (29). Il existe de plus des effets indésirables et un risque cancérigène, observés chez les animaux et qui ne peut être exclu chez l'homme en l'absence d'étude plus poussée (27).

Les données actuelles sur ces traitements sont limitées. On reconnait une efficacité pour une utilisation restreinte à des conditions bien particulières, ce qui ne permet pas d'envisager la mélatonine comme une solution thérapeutique dans le cadre de l'insomnie chronique.

# II.3.2.7. La phytothérapie (25)

L'utilisation de plantes ayant des vertus calmantes existe depuis plusieurs siècles. En France, une vingtaine de plantes sont autorisées dans la composition de médicaments "traditionnellement utilisés" en cas de troubles mineurs du sommeil.

Si pour plusieurs de ces plantes, aucune évaluation clinique n'est disponible, leur innocuité n'a pas été remise en cause. Ainsi on peut citer la mélisse, la fleur d'oranger, le tilleul, la verveine, l'aubépine et la passiflore.

Leur utilisation se fait souvent sous forme de tisanes. Ce rituel permet généralement de ménager un moment de détente avant le coucher, favorable à l'endormissement, rejoignant de cette manière les recommandations comportementales d'hygiène du sommeil.

La valériane, quant à elle a fait l'objet d'étude scientifique, qui a permis de mettre en évidence une efficacité modeste sur la qualité ressentie du sommeil, mais supérieure au placebo et proche de celle d'une benzodiazépine à dose faible. En conséquence les extraits aqueux et hydro alcooliques faibles peuvent être une alternative dans le traitement de trouble du sommeil, sans risquer des effets indésirables ou une dépendance (4) (30).

# II.4.Prise en charge de l'insomnie chronique : état des lieux en France

# II.4.1. Des médicaments trop prescrits, malgré une efficacité limitée

En 2004, la CNAM a constaté une augmentation de 1,7% du nombre de boîtes d'hypnotiques prescrites et remboursées (en 2002 cela représentait 35 millions de boîtes d'hypnotiques).

Le Stilnox est le 5<sup>ème</sup> médicament le plus prescrit en France et le psychotrope le plus prescrit en France.

Par ailleurs, les chiffres confirment, que plus l'âge avance plus la consommation d'hypnotiques augmente et d'autant plus pour les femmes. En 2005, 5,1% des femmes de 40 à 49 ans ont consommé au moins 4 boîtes d'hypnotiques contre 16,8% pour les femmes âgées de 80 à 89 ans. Pour les hommes les chiffres sont plus faibles, 3,3% pour les 40-49 ans et 12,4% pour les 80-89 ans. (D'après CNAMTS-DSES. Octobre 2006)

De nombreuses études réalisées sur les somnifères concluent qu'ils ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles du sommeil chroniques. Par contre, ils sont généralement reconnus efficaces dans les insomnies aiguës ou de courte durée (3).

En 1997, Nowell and al. ont publié une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité des benzodiazépines et du Zolpidem dans l'insomnie chronique. Ils ont retenu 22 études, réalisées entre 1966 et 1996. Ils ont conclu que les patients souffrant d'insomnie chronique sont améliorés par la prise de tels traitements, lorsqu'ils sont pris sur une courte période. En fonction des études les traitements ont été pris sur une durée allant de 4 à 35 jours avec une médiane de 7 jours. Par

contre, ces études ne permettent pas de conclure, quant à une éventuelle efficacité sur le long terme chez les patients souffrant d'insomnie chronique.(31)

# II.4.2. Recommandations HAS pour la prescription des hypnotiques dans l'insomnie

Contrairement aux recommandations récentes du National Institute of Health (NIH) et de l'American Academy of Sleep Medecine (AASM) qui placent aujourd'hui les TCC-I en traitement de première intention de l'insomnie primaire (32), les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont moins tranchées.

Ainsi est précisé que les TCC-I utilisables dans les cas d'insomnie chronique, avec ou sans comorbidité, ont également été proposées en première intention devant toute insomnie autre qu'occasionnelle. Toutefois, les délais nécessaires à l'obtention de leurs effets laissent les praticiens devant le choix de la solution la mieux adaptée à chaque patient, selon le degré de tolérance à l'insomnie et les répercussions de celle-ci sur la vie diurne. Le groupe de travail estime que la prescription ponctuelle hors AMM d'hypnotiques à faibles doses, malgré l'absence d'étude qui en démontre l'intérêt, peut s'avérer utile.

L'imprécision de ces recommandations, laisse largement le choix au médecin traitant quant au traitement qu'il peut proposer en première ligne à ses patients insomniaques. Et par voie de conséquences, elle n'incite pas à un changement de pratique des praticiens, en faveur des TCC-I. Il est plus facile de continuer à prescrire des hypnotiques, ce qui prend quelques minutes, plutôt que de prendre le temps d'éduquer le patient à récupérer un sommeil de qualité. La prescription d'hypnotiques est moins chronophage que l'application des mesures de TCC-I.

# II.4.3. Les TCC-I ont une efficacité reconnue et largement étudiée

Les thérapies comportementales et cognitives, contrairement aux benzodiazépines et autres traitements à visée hypnotique, ont une efficacité démontrée même sur le long terme.

Il y a maintenant un recul de plusieurs décennies qui permet de démontrer clairement que les TCC-I sont efficaces ; aussi efficaces que les hypnotiques sédatifs en traitement aigu (33) et plus encore sur le long terme (32) (34).

En 1999, Morin et al ont réalisé une revue de la littérature, à partir de 48 essais cliniques et deux méta-analyses. Les résultats indiquent que les traitements non-pharmacologiques produisent des changements durables sur les paramètres du sommeil. Notamment, une réduction du délai d'endormissement, du nombre des éveils nocturnes, une augmentation du temps de sommeil moyen de 30 minutes et une amélioration de la qualité du sommeil ressentie par les patients. L'amélioration des symptômes se maintenant, au minimum, jusque 6 mois après la fin du traitement (35). Et plus de 70% des patients bénéficient d'une amélioration durable de leur insomnie grâce aux TCC-I.

En 2001, Edinger et al ont publié une étude contrôlée, en double aveugle, qui comparait l'efficacité d'une TCC-I comprenant trois composantes (contrôle du stimulus, restriction du sommeil et mesures d'hygiène du sommeil) avec la relaxation progressive et contre placebo. L'évaluation était à la fois basée sur des critères subjectifs et objectifs (enregistrement polysomnographique). Ils ont trouvé que les mesures de TCC-I avaient amélioré significativement le nombre des éveils nocturnes, l'efficacité du sommeil, ainsi que les symptômes subjectifs d'insomnie des patients, après une prise en charge sur 6 semaines (36).

Les mesures de TCC-I sont également applicables chez les personnes âgées, pour lesquelles l'insomnie chronique est fréquente. Une étude randomisée, contrôlée contre placebo, réalisée chez 78 adultes avec une moyenne d'âge de 65 ans, a mis en évidence un bénéfice à court et à long terme des TCC-I sur le sommeil (37).

# II.4.4. Perspectives de prise en charge de l'insomnie dans l'avenir : Combinaison somnifères / TCC-I

L'idée d'une approche thérapeutique combinée résulte de trois constats (38) :

- Il n'existe pas actuellement de traitement qui soit efficace pour tous les patients insomniaques. Certains peuvent ne pas être améliorés par l'une ou l'autre de ces mesures. Et même lorsque la prise en charge par TCC-I ou par médicaments est efficace, l'amélioration n'est pas toujours complète.
- La réponse thérapeutique proposée doit tenir compte des attentes du patient.

  Certains préféreront une approche médicamenteuse et d'autres une approche par thérapie comportementale.
- Enfin, même si les TCC-I sont efficaces et que le médecin souhaite recourir à ces mesures, l'adhérence des patients au traitement n'est pas toujours bonne, limitant la réponse thérapeutique.

Depuis quelques années, certaines équipes qui étudient l'insomnie se sont demandées si ces traitements pouvaient se compléter et si, utilisés de façon combinée, ils pouvaient permettre une meilleure prise en charge de l'insomnie.

L'une des études les plus récentes sur cette approche a été réalisée en 2009, par Morin et al. Ils ont comparé chez 160 sujets âgés de plus de 30 ans et présentant un diagnostic d'insomnie, selon les critères du DSM-IV et de l'ICSD, l'efficacité à court et à long terme de la TCC-I seule ou associée au Zolpidem 10mg.

Le traitement initial était délivré sur 6 semaines : les patients ont reçu soit un traitement par TCC-I seule, soit un traitement combiné TCC-I et Zolpidem tous les soirs. Puis les deux groupes ont été randomisés en deux sous-groupes chacun.

Pour le groupe TCC-I seule, les patients ont été randomisés soit dans le sous-groupe "poursuite TCC-I", soit dans celui "avec absence de traitement complémentaire", sur une période de 6 mois.

Pour le groupe "TCC-I associé au Zolpidem 10mg tous les soirs", ils ont été randomisés soit dans le sous-groupe "TCC-I seule", soit dans le groupe "TCC-I associée au Zolpidem 10 mg à la demande", pendant 6 mois.

Ils ont trouvé que les patients traités par une approche combinée pendant les 6 semaines initiales avaient de meilleurs résultats sur le long terme, lorsque le traitement par Zolpidem était maintenu de façon discontinue sur les 6 mois de traitements complémentaires (39).

Mais ces résultats nécessitent des études complémentaires pour être confirmés et pour définir les modalités les plus efficaces, en termes de résultats pour les patients. Une autre étude a en effet montré que l'association d'un traitement médicamenteux permet une amélioration plus rapide de l'insomnie en aigu et une meilleure adhésion à la thérapie cognitive et comportementale, mais que le maintien des résultats à long terme étaient ensuite moins bons (40).

#### II.5.De l'intérêt de prendre en charge les patients insomniaques

La prise en charge de l'insomnie est importante sur le plan individuel, pour soulager et améliorer la qualité de vie des patients. L'enquête Gallup réalisée en 1991, régulièrement citée dans les études sur l'insomnie, a montré que les insomniaques chroniques signalent avoir de moins bonnes performances professionnelles, plus de troubles de la mémoire et de la concentration, et qu'ils ont deux fois plus d'accidents liés à la fatigue que les bons dormeurs (10).

Au-delà du retentissement individuel, l'insomnie a également des conséquences pour la société, en raison du coût qu'elle peut représenter par l'absentéisme et la baisse de productivité des individus. L'insomnie a effectivement été retrouvée comme le meilleur indicateur d'absentéisme, parmi 37 autres co-facteurs (41) et les personnes insomniaques sont également moins efficaces comparées aux bons dormeurs, dans leur travail (42).

Enfin, il existe un surcroit de consultations chez les patients insomniaques : les personnes souffrant d'insomnie sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé que les bons dormeurs et cette utilisation augmente en fonction de la sévérité et de la chronicité des troubles (43). Cela peut s'expliquer par l'association qui existe entre l'insomnie et le développement de troubles somatiques et psychologiques, tels que l'alcoolisme, la dépression et le tabagisme (44). Le risque de développer une dépression est approximativement quatre fois plus élevée chez le sujet insomniaque que chez le bon dormeur (45). Il existe également une association significative entre insomnie et maladies cardiovasculaires ou respiratoires ; l'insomnie pouvant jouer un rôle dans le développement et l'évolution de certaines de ces maladies (10).

Compte tenu de la forte prévalence de l'insomnie chronique, et en raison de toutes ses comorbidités, il apparaît essentiel de dépister et traiter les patients insomniaques. Cette démarche

apparaît d'autant plus applicable que les occasions de dépister ce trouble, pour peu que l'on soit averti, sont multiples : Morin et Blais ont retrouvé que les personnes souffrant d'insomnie rapportaient entre 3 et 5 consultations médicales, dans les trois derniers mois qui avaient précédés leur étude (43).

Un autre élément incite à prendre en charge l'insomnie notamment chez les personnes âgées : une étude a mis en évidence un sur-risque de chutes chez les personnes âgées insomniaques. Les sujets insomniaques non traités ont un risque de chute majoré de 55% par rapport aux sujets non insomniaques (46).

II.6.Justification de la réalisation d'un guide de consultation pour le traitement de l'insomnie chronique par TCC-I, destiné aux généralistes

# II.6.1. Le médecin généraliste : en première ligne pour détecter et traiter la plainte d'insomnie (43) (9)

Les patients insomniaques abordent peu leurs problèmes d'insomnie avec leur médecin et le font souvent de façon "indirecte" : seulement 18% des insomniaques ont consulté un médecin pour leur insomnie et pour 47% d'entre eux dans le cadre d'une consultation pour un autre motif (43).

Ce constat est d'autant plus vrai que les sujets souffrent d'insomnie transitoire. Dans ce cas, ils ont plus souvent recours à d'autres professionnels de santé (psychologue, pharmacien) et

utilisent des produits naturels ou des médicaments sans ordonnance pour retrouver le sommeil (9).

Pourtant, les patients insomniaques sont plus susceptibles de recourir au service de santé que les bons dormeurs (43), notamment en cas d'insomnie chronique. Ainsi, les études réalisées auprès de patients consultant dans des cliniques de médecine générale retrouvent une prévalence plus élevée de consultations que dans la population générale.

Léger et Poursain ont réalisé une étude internationale sur la prévalence et les caractéristiques de l'insomnie, au sein de la population française, italienne, japonaise et américaine. L'étude a été réalisée auprès d'adultes âgés de plus de 18 ans, qui ont répondu à une interview standardisée de 10-15 minutes, réalisée par téléphone par des professionnels de santé. Ils ont retrouvé, qu'en dépit d'un retentissement important de l'insomnie sur leur vie, de nombreux individus ne prennent aucune mesure pour réduire leurs symptômes (47).

Il est donc essentiel que les médecins soient vigilants, afin de détecter les patients souffrant d'insomnie et de pouvoir leur proposer les traitements adaptés.

#### II.6.2. Recours aux TCC-I en soins primaires

Pendant longtemps les TCC ont été considérées comme des traitements ne pouvant être délivrés que par les psychologues ou par des médecins spécialisés dans la prise en charge du sommeil. Depuis quelques années, devant la fréquence élevée des troubles du sommeil, les preuves de plus en plus nombreuses de l'efficacité des mesures non médicamenteuses de l'insomnie et la constatation d'une inadéquation entre la demande de soins et l'offre disponible,

plusieurs études ont été réalisées, afin de savoir si elles pouvaient être délivrées par des soignants d'accès plus simple et plus rapide pour les patients : les médecins généralistes, les infirmières.

Une étude en simple aveugle, réalisée en 2003 par Edinger et al, a permis de démonter qu'une TCC-I abrégée était efficace pour réduire les troubles du sommeil subjectifs et les symptômes d'insomnie parmi les patients vus en soins primaires(48).

Espie et al. ont évalué l'efficacité des TCC-I appliquées par des infirmières "relais", en soins de premier recours. Les infirmières font partie d'un réseau de soins aux côtés de médecins généralistes. Elles sont formées aux TCC et se chargent de leur application en relais du médecin.

Dans une de ses études, Baillargeon a démontré que le recours au contrôle du stimulus par des médecins généralistes apportait des résultats cliniquement significatifs pour des patients souffrant d'une insomnie chronique. Les médecins avaient au préalable reçu une formation de trois heures sur ce type de traitement, délivrée par un psychologue spécialisé dans les thérapies comportementales de l'insomnie. De plus, ils ont rapporté que c'était une mesure facile à utiliser (49).

# II.6.3. Documents existants : des initiatives qui s'adressent essentiellement aux patients

D'autres documents ont déjà été réalisés. Le plus souvent, ils ont comme cible les patients. C'est notamment le cas du document réalisé par l'institut du sommeil et de la vigilance, que l'on peut retrouver sur le site du réseau Morphée : "Passeport pour le sommeil".

L'INPES a également édité en 2009 un livret de 30 pages intitulé : « Bien dormir, mieux vivre : Le sommeil c'est la santé, conseil pour les adultes».

Ces documents véhiculent des notions sur le sommeil et l'insomnie. Le second est très détaillé sur les problèmes d'hygiène du sommeil et tente de sensibiliser les patients aux problèmes des somnifères. Rares sont les documents destinés à former ou informer les médecins.

## II.6.4. Documents existants pour les médecins : Recommandations HAS de 2006

En 2006, l'HAS et la SFTG ont publié des recommandations concernant la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Ce document est disponible sur Internet et comprend 41 pages. Il évoque à la fois l'évaluation de l'insomnie, les modalités thérapeutiques auxquelles les médecins généralistes peuvent recourir, ainsi que les limites des hypnotiques et leur sevrage. Les mesures d'hygiène du sommeil, de contrôle du stimulus et de restriction du sommeil sont abordées. On peut cependant regretter que ce document reste assez pessimiste sur l'utilisation des TCC-I par les médecins généralistes. Il se conclut effectivement en disant que ces mesures ne constituent qu'une alternative assez théorique.

D'après le travail de thèse du Dr Barbier (50) sur l'impact de ces recommandations sur les pratiques des médecins généralistes, il s'avère que seulement la moitié des médecins généralistes de l'étude ont lu les recommandations, après avoir été informé de leur publication ; et parmi eux, la moitié des médecins a déclaré que cela n'avait pas changé leur pratique.

## II.6.5. Choix du support : un guide support pour le médecin et des fiches mémo pour les patients

#### II.6.5.1. Un guide didactique et attrayant, accessible facilement, centré sur les TCC-I

Après la lecture de livres, d'articles et de recommandations sur la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, il est apparu évident que les connaissances actuelles sur l'efficacité des TCC de l'insomnie étaient bien étayées. Cependant, ces documents sont souvent volumineux, très détaillés et ne s'adressent pas spécifiquement aux médecins généralistes.

L'exercice de la médecine libérale, ne laisse pas beaucoup de temps pour se former. Les médecins généralistes prennent en charge, des pathologies très variées et tous n'ont pas les mêmes centres d'intérêts. Par conséquent, chacun se forme ou complète ses connaissances en fonction de ce qui l'intéresse et des offres de formations.

L'envoi de documents d'informations écrits (guide, plaquettes) est souvent utilisé par les laboratoires pharmaceutiques, les autorités de santé pour diffuser des connaissances ou des recommandations sur un thème ou un médicament donné.

L'élaboration d'un tel document, sur la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par TCC-I, est apparue comme un bon outil pour diffuser ces connaissances, auprès des généralistes.

### II.6.5.2. Médecin : une aide pour structurer sa prise en charge et appuyer ses propos.

L'information, les conseils donnés par le médecin sont généralement verbaux. Au cours de la consultation, l'écrit peut permettre au médecin de renforcer son discours en s'appuyant sur un

document qui sert de référence. Après la consultation, il peut remettre un document, lequel permet de laisser une trace de l'information délivrée. Le patient pourra de nouveau s'y référer et se remémorer les recommandations thérapeutiques à suivre.

La délivrance de documents informatifs, par le médecin, dans le prolongement de ce qui a été abordé pendant la consultation, a un impact plus important que la simple consultation d'une fiche mise à disposition dans la seule d'attente. On sait que les conseils du médecin sont plus à même d'être l'élément déclencheur d'un changement concernant les habitudes de santé que d'autres sources d'information (51).

Les médecins eux-mêmes reconnaissent l'utilité de ce type d'outils. Sur un sondage de 400 médecins, 94% pensent que les brochures d'information facilitent le dialogue, 86% qu'elles permettent d'aborder plus facilement certains sujets délicats, 81 % qu'elles favorisent le dépistage (52).

#### II.6.5.3. Patient : favoriser l'adhésion au traitement

L'utilisation de supports écrits, validés, est à la fois une aide rassurante et structurante au départ pour le médecin ; dont il pourra se détacher par la suite, lorsqu'il se sera approprié ces mesures. Et pour le patient la remise d'un document d'information permet de répondre à une attente. Des études ont en effet montré que la plupart des patients sont demandeurs d'informations écrites à consulter chez eux (53).

Les informations écrites permettent d'améliorer les connaissances des patients (51). Le patient est un acteur à part entière dans la mise en application de son traitement, d'autant plus dans le traitement de l'insomnie par la TCC-I. Mieux il comprendra le fonctionnement du

sommeil, les risques inhérents à la prise médicamenteuse, plus il sera enclin à mettre en place les conseils donnés malgré les difficultés parfois rencontrées.

Le recours à des fiches-patients semble d'autant plus important en médecine générale où le temps de consultation est limité et ne permet pas toujours d'approfondir. Une étude réalisée en Grande-Bretagne par le Dr Little auprès de 636 patients âgés de 16 à 80 ans consultant en médecine générale, montre que le fait de fournir une information écrite lors de la consultation améliore sensiblement la satisfaction des patients et ce, d'autant plus que la consultation est brève (54).

Ces fiches-patients n'ont pas été intégrées au guide papier. Elles sont par contre accessibles sur le site internet. Elles peuvent ainsi être consultées et imprimées à la demande, lorsque le médecin souhaite remettre une ou plusieurs de ces fiches aux patients. Cela permet également de ne pas alourdir la présentation du guide, par l'ajout de cinq pages supplémentaires. Les médecins de l'étude avaient été informés, lors des courriers de rappel, de la présence de ces fiches sur le site internet.

#### III. Objectifs

# III.1. Objectif principal : réaliser un guide support pour le recours aux TCC-I par les généralistes en ambulatoire

L'objectif principal de ce travail a été d'élaborer un document qui informe et met à la disposition des médecins généralistes, les principales mesures de thérapies comportementales et cognitives de l'insomnie, dans le but de leur permettre d'y recourir dans leur pratique quotidienne.

A l'heure actuelle, tout le monde s'accorde sur le fait que les somnifères ne sont efficaces que sur une très courte durée, qu'ils présentent des effets délétères et que par conséquent leur utilisation doit être limitée. Les TCC-I, quant à elles ont été largement étudiées et il existe un consensus pour dire qu'elles sont efficaces sur le long terme et doivent être utilisées en première intention. Or, dans notre système de santé, les médecins qui sont les plus à même d'initier ce type de prise en charge, sont également ceux qui ont le moins de connaissances sur ces mesures thérapeutiques.

Peut-on faire en sorte que les médecins généralistes deviennent les premiers maillons d'une prise en charge par TCC-I de l'insomnie ?

La diffusion de ces connaissances et des outils de prise en charge de l'insomnie par TCC-I, auprès des médecins généralistes, semble être une étape essentielle pour y parvenir. L'élaboration d'un livret au format A5, dont la rédaction s'appuiera sur les connaissances validées, par la littérature française et anglo-saxonne, dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, est apparue comme un bon moyen de diffuser ces connaissances.

#### Ce document devra répondre à plusieurs critères :

- Etre adapté à la pratique du médecin généraliste et facilement consultable par celui-ci.
- Présenter les principaux outils utiles dans la prise en charge de l'insomnie : l'agenda du sommeil, l'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire d'évaluation des troubles du sommeil.
- Expliquer ce que sont les mesures de thérapie comportementale et cognitive et comment les mettre en pratique, afin qu'il soit possible aux médecins généralistes d'y recourir.
- Permettre aux médecins de savoir quand et comment passer le relais au spécialiste si besoin.
- Utiliser un langage simple, tout en employant le bon vocabulaire, afin que les généralistes puissent éduquer leur patient et que leur discours soit accessible pour ces derniers.

#### III.2. Objectifs secondaires

# III.2.1. Définir les pratiques des médecins généralistes auxquels le guide a été envoyé

Nous avons souhaité savoir si les médecins auxquels nous avons envoyé le questionnaire avaient des connaissances préalables à la diffusion du guide, sur ce type de prise en charge. Nous souhaitions aussi déterminer si les pratiques des médecins qui ont répondu étaient comparables aux données de la littérature.

# III.2.2. Evaluer le guide, sur le terrain, auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant en libéral

Une fois le guide élaboré, nous avons souhaité le faire évaluer par un échantillon de médecins généralistes, afin d'avoir un retour et de déterminer si ce document pouvait effectivement les intéresser et s'il leur apportait des connaissances nouvelles.

## III.2.3. Evaluer, à l'épreuve des faits, si ces mesures sont applicables par les médecins volontaires

A la fin du premier questionnaire, il a été proposé aux médecins qui le souhaitaient de les recontacter, pour déterminer si dans les faits ils avaient utilisé le guide et recouru à certaines des mesures de thérapies cognitives et comportementales. L'intérêt de cette évaluation était d'essayer de faire la part des choses entre ce que les médecins aimeraient faire et ce qu'ils parviennent effectivement à mettre en place, dans la réalité de leur pratique quotidienne.

#### IV. Méthodologie

#### IV.1. Elaboration du guide

#### IV.1.1.Choix des chapitres et des informations apportées par le guide

Nous avons réalisé un guide de 24 pages, au format A5, qui reprend les principales informations médicales disponibles sur :

- la définition de l'insomnie,
- les caractéristiques du sommeil,
- l'agenda du sommeil,
- les mesures de thérapies comportementales et cognitives.

Les hypnotiques ont été évoqués très succinctement et c'est volontairement qu'il n'y a aucun chapitre dédié à l'utilisation des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie.

D'après les données collectées dans la littérature, il apparaît très clairement que les hypnotiques sont largement utilisés pour la prise en charge de l'insomnie. D'après Hohagen, 63% des personnes souffrant d'insomnie sévère prennent des hypnotiques depuis plus d'un an (9). Selon des études anglo-saxonnes, 50% des insomniaques reçoivent une ordonnance d'hypnotiques et bien que l'utilisation d'hypnotiques ne soit pas recommandée au-delà de quelques semaines, un nombre significatif de patients prolongent leur utilisation pendant des mois voire des années.

De plus l'objectif de ce travail est de s'inscrire dans une démarche de traitement non médicamenteux de l'insomnie, en favorisant la diffusion de ces mesures auprès des généralistes.

Dans le guide, les somnifères sont évoqués seulement à deux reprises :

- une première fois dans le chapitre II. : "Insomnie, comment aborder la plainte du patient",
- et une deuxième fois dans le chapitre VII : Pour conclure, adapter la réponse thérapeutique en fonction des caractéristiques de l'insomnie". Le mode de prescription conseillée est alors toujours sur la plus courte durée possible, à la demande, dans le cadre des insomnies d'aiguës et en complément de la prise en charge du facteur déclenchant.

Le choix et l'agencement des chapitres correspondent à la volonté de suivre la démarche logique de la prise en charge d'un patient insomniaque. D'abord connaître et pouvoir expliquer au patient l'évolution du "trouble insomnie", ensuite aborder la plainte, remettre et savoir utiliser les outils d'évaluation de l'insomnie, enfin appliquer les mesures thérapeutiques non médicamenteuses et si besoin orienter vers un spécialiste ou un centre du sommeil.

#### IV.1.2. Sources et références utilisées

Ce guide a été élaboré à partir d'articles, de recommandations officielles de l'AFSSAPS pour la pratique clinique et de livres portant sur les traitements de l'insomnie. Il regroupe et fait la synthèse des informations actuellement disponibles sur ce thème. Sa rédaction s'est également appuyée sur la lecture de documents s'adressant directement aux patients, l'objectif étant que les informations apportées aux médecins et qu'ils utiliseront ensuite pour leurs patients soient le plus compréhensibles possibles pour ces derniers.

Pour chacun des chapitres du guide, une ou plusieurs références ont été utilisées :

### IV.1.2.1. Chapitre 1 : quelques informations sur le sommeil, pour discuter avec vos patients

La rédaction des paragraphes "les différents stades du sommeil" et "Histoire naturelle de l'insomnie" s'est inspirée du chapitre insomnie, de l'EMC de neurologie écrit par Billiard et Dauvilliers paru en 2004.

#### IV.1.2.2. Chapitre 2 : insomnie : comment aborder la plainte ?

Les recommandations de bonne pratique, de la société scientifique de médecine générale 2006, ont permis d'élaborer le questionnaire d'évaluation donné dans le guide au paragraphe II.2. Il repose sur 12 questions. Certaines questions ont été empruntées telles quelles à ces recommandations de prise en charge de l'insomnie en première ligne de soins, d'autres ont été en partie adaptées, de manière à les simplifier.

Le paragraphe II.3 sur les insomnies secondaires et leur prise en charge, s'est appuyé sur le protocole de soins du réseau Morphée : "diagnostic de l'insomnie", et sur le chapitre insomnie, de l'EMC de neurologie écrit par Billiard et Dauvilliers, paru en 2004.

#### IV.1.2.3. Chapitre 3: l'agenda du sommeil

Le modèle d'agenda du sommeil a été repris des documents utilisés par le réseau Morphée, que l'on peut voir à la fois dans le protocole de soins pour le diagnostic de l'insomnie et également dans le passeport pour le sommeil réalisé par le réseau, destiné aux patients. Les conseils concernant l'utilisation de cet outil, pour le médecin et pour le patient, ont été rédigés à partir de l'article paru dans le médecin du Québec de septembre 2002, sur l'évaluation de l'insomnie (55).

#### IV.1.2.4. Chapitre 4 : les mesures à l'usage du médecin généraliste

Le paragraphe sur l'hygiène du sommeil a été écrit à partir du chapitre 9 du livre de CM Morin : "the basics of good sleep hygiène", dans Relief from insomnia,

Les paragraphes sur le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil, s'appuient sur le chapitre 6 : " Changing poor sleep habits", ainsi que l'article paru dans la revue Le médecin du Québec : " l'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire".

#### IV.1.2.5. Chapitre 5 : les mesures plus spécifiques.

Le paragraphe sur la thérapie cognitive a été rédigé à partir du Chapitre 9 "cognitive therapy component" dans le livre Insomnia de CM Morin et de l'article paru dans la revue Le médecin du Québec : "l'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire".

Le paragraphe sur la relaxation s'appuie sur le chapitre "learning to relax your mind and body" du livre de CM Morin : Relief from insomnia.

#### IV.1.2.6. Chapitre 6: la TCC que faire, quand, comment?

La TCC : que faire, quand, comment ? S'inspire du plan de traitement TCC de Vallières et Morin dans le médecin du Québec 2004.

#### IV.1.2.7. Chapitre 7: pour conclure.

Les recommandations de la HAS ont été la base pour le paragraphe : "Adapter la réponse thérapeutique en fonction du type d'insomnie."

Le paragraphe intitulé : "quand adresser ?" a été rédigé à l'aide de ces mêmes recommandations et également en s'appuyant sur le chapitre écrit par S. Royant-Parola dans le livre "les troubles du sommeil" de D. Leger.

#### IV.1.2.8. Annexe 3 Questions/Réponses : 9 idées reçues sur l'insomnie.

Ce chapitre a été rédigé à l'aide de deux livres.

Tout d'abord le livre de C.A Espie, Réussir à surmonter l'insomnie et les problèmes de sommeil avec les TCC de l'insomnie. Le chapitre 6 : comprendre le sommeil et l'insomnie, présente une partie sous forme de quiz, qui permet d'aborder des croyances ou des questions souvent rencontrées dans le cadre de l'insomnie, pour lesquels il apporte des réponses simples.

Et ensuite un petit livret sur l'insomnie sous forme de questions/réponses. Cette présentation, nous a semblé ludique, même si certaines informations étaient redondantes avec le chapitre sur la thérapie cognitive. C'est pour cette raison que nous l'avons mise en annexe.

#### IV.1.3.Choix de mise en page

Au-delà de la pertinence des informations contenues dans le guide, nous avons essayé de faire une mise en page qui donne envie au lecteur de consulter le guide. Par le choix des couleurs d'une part et par l'agencement, l'aération du texte, d'autre part.

La consultation de plusieurs brochures médicales, s'adressant soit aux patients ("Vivre avec une migraine : 10 histoires pour mieux comprendre" du Dr S. Chauvet), soit aux médecins ("Chroniques de l'asthme" réalisé par un comité de médecins, avec l'aide du laboratoire Astra Zeneca) m'a aidée à structurer le guide avec des chapitres, des sous-chapitres, un code couleur et à essayer de mettre en avant les points importants.

Après un premier jet, l'avis d'une personne ayant travaillée dans le milieu de l'édition a permis d'alléger la mise en page. La première version de ce guide contenait en effet beaucoup de couleurs, de phrases soulignées ou mises en gras, ainsi que des encarts, dont le but était d'attirer

le regard du lecteur. La forme prenait le pas sur le fond et cela donnait au lecteur l'impression de ne pas s'y retrouver.

Nous avons souhaité réaliser un document scientifique, un support d'informations médicales valide et non pas une plaquette publicitaire. La mise en page a été allégée, de sorte que le document soit agréable à lire, tout en restant sobre :

- Un code couleur différent pour les chapitres et les sous-chapitres,
- Des cadres soulignant les points importants ont été insérés,
- Une présentation sous forme de tableaux dans certains cas, pour que l'information soit plus synthétique.

Le choix d'une couleur vive pour la couverture du guide a été fait, de sorte qu'il soit facilement identifiable sur le bureau du médecin, même s'il est noyé parmi d'autres documents.

Le titre du guide : "Guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte, à l'usage du médecin généraliste" a pour objectifs d'informer sur le contenu et la cible de ce document.

.

#### IV.1.4.Pré-test auprès d'un échantillon de médecins généralistes

Un pré-test du guide a été réalisé avant de l'envoyer à un plus grand nombre de médecins et avant l'impression définitive sur papier glacé, afin d'avoir un retour sur la mise en page du guide, sur l'intérêt des chapitres et du guide dans la pratique des médecins généralistes.

Sept médecins ont répondu à cette pré-évaluation du guide : Quatre femmes généralistes et trois hommes.

Cela a permis de faire ressortir que le sujet et les chapitres abordés les intéressaient, que le guide était agréable (100% des réponses), avec un nombre suffisant de pages pour 85% d'entre eux. 43% des médecins ont trouvé que le guide était tout à fait adapté à leur pratique, 43% plutôt adapté et seulement 14% peu adapté.

A l'exception des chapitres : l'agenda du sommeil et les mesures plus spécifiques, pour lesquels deux médecins sur sept ont trouvés ces chapitres peu intéressant, les autres chapitres ont été validés par l'ensemble des médecins.

Dans l'ensemble, ce guide leur a apporté des connaissances nouvelles, dans la mesure où seulement 1 médecin sur les 7 interrogés avait déjà eu une formation sur les troubles du sommeil.

#### IV.1.5. Réalisation d'un support informatique complémentaire au guide papier

A la suite du pré-test, il est ressorti que la réalisation d'un site, en complément du guide papier, pouvait être un plus en terme d'accessibilité à l'information pour les médecins. Avec l'aide d'un informaticien, nous avons conçu un site Internet. Ce site permet d'accéder en ligne au guide. Il permet également d'obtenir des fiches de synthèse thérapeutiques pour les patients (qui peuvent être remises en fin de consultation) et un agenda du sommeil. La présentation informatique vient compléter le guide papier, à l'heure où l'informatique prend de plus en plus de place dans la pratique médicale et notamment dans celle du médecin généraliste.

Ce format permet d'accéder au guide rapidement, dans la mesure où le cabinet médical dispose d'un accès Internet et où le médecin a enregistré l'adresse du site dans ses favoris de navigation.

Il évite l'accumulation de documents et éventuellement leur égarement dans une pile de documents sur le coin du bureau.

Un accès direct à des fiches patients et à l'agenda du sommeil, permet de remettre en temps réel la ou les fiche(s) que le médecin souhaite délivrer au patient, dans la continuité des recommandations données en cours de consultation.

# IV.2. Interventions : Enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes

#### IV.2.1.Choix de la population cible

Le premier questionnaire a été envoyé à 110 médecins généralistes.

60 d'entre eux ont été choisis au hasard, parmi les médecins enseignants de la faculté de paris VII, à partir de la liste des noms des enseignants, disponible sur le site de la faculté.

50 ont été choisis au hasard, sur les pages jaunes, à la catégorie : médecins généralistes du Val-de-Marne et de Paris.

Le choix d'envoyer le questionnaire à des médecins enseignants, c'est fait parce qu'il était plus facile d'accéder à leurs coordonnées et parce qu'ils sont généralement intéressés et plus au fait des nouveautés médicales. Mais il nous a semblé qu'il serait intéressant d'élargir l'étude à des

médecins généralistes non enseignants, afin d'avoir un regard de médecins ayant une pratique qui soit plus le reflet de la pratique de la médecine ambulatoire et éventuellement voir s'il y avait une différence entre ces deux sous-groupes.

## IV.2.2.Enquête descriptive : évaluation des pratiques et opinion des généralistes sur le guide

L'enquête postale a débuté en décembre 2009 : le guide papier a été envoyé par courrier à chacun des médecins avec une lettre expliquant l'objectif de mon travail, ainsi que le questionnaire d'évaluation du guide. Deux rappels ont été faits par e-mail et courrier mi-janvier et début mars. A cette occasion, les médecins ont été informés de la mise en ligne du site Internet pour un accès en ligne du guide.

Un échantillon de 110 médecins généralistes a été sélectionné. 60 des médecins généralistes ayant reçu le questionnaire étaient également enseignants à la faculté de médecine, ils ont été choisis au hasard dans la liste des médecins enseignants disponibles sur le site de la faculté. Les 50 autres médecins ont été choisis au hasard à partir des pages jaunes, en effectuant la recherche : "médecin généraliste" pour les départements du 75 et du 94.

Un taux de réponse de 25% a été obtenu. Parmi les questionnaires retournés deux n'ont pas été retenus pour l'analyse, car ils n'ont pas été correctement remplis.

Le questionnaire n°1 a été élaboré après lecture de la bibliographie / revue de la littérature. Il a été envoyé par courrier en même temps que le guide, à chacun des 110 médecins sélectionnés.

Il comprend 21 questions dont deux questions à réponses ouvertes. Les questions à réponses fermées (à choix simples ou multiples) portent sur l'insomnie, les connaissances et pratiques des médecins généralistes sur ce thème et leur opinion sur le guide.

On peut regrouper les questions :

Questions 1 à 5 : caractéristiques du médecin et de sa pratique.

Questions 6 à 7 : prévalence de l'insomnie dans la pratique du médecin.

Question 8 : mode d'approche du médecin généraliste à l'égard de la plainte insomnie.

Question 9 : formation des médecins sur les TCC de l'insomnie.

Questions 10 à 11 : réponses thérapeutiques et suivi de l'insomnie par les médecins généralistes.

Question 12 : connaissance et place des centres du sommeil.

Questions 13 à 18 : opinion des médecins sur le guide proposé.

Question 19 à 21 : intention de changement de pratique après lecture du guide.

## IV.2.3.Ebauche d'étude d'impact du guide sur les pratiques des généralistes volontaires

Dans un deuxième temps pour les médecins qui ont répondu positivement à la question : « Etes-vous d'accord pour que je vous recontacte ultérieurement, afin d'évaluer avec vous les mesures que vous êtes parvenus à mettre en place et les difficultés que vous avez rencontrées ? », un second questionnaire a été envoyé par courrier. Début mai 2010, ce deuxième questionnaire a été envoyé, avec une lettre d'information, à 18 médecins. Le questionnaire comportait 15 questions.

Ses objectifs étaient de savoir si :

- Les médecins ont utilisé le guide, le site Internet ou bien les deux.
- Ils étaient satisfaits de ce type de prise en charge.
- Leur prise en charge de l'insomnie avait été modifiée sur certains points grâce au guide,

Notamment, en évaluant s'il y avait des modifications de pratique dans la prise en charge de l'insomnie, parmi les médecins qui avaient bien voulu être recontactés. Pour cela je me suis basée sur trois composantes :

- 1/ D'une part les changements en amont de la réponse thérapeutique :
  - Est-ce que les médecins réalisent des consultations spécifiques ?
  - Diffèrent-ils la prise en charge si le problème de l'insomnie est abordé en fin de consultation ?
  - Réalisent-ils une évaluation de l'insomnie ? A l'aide du questionnaire et/ou en faisant remplir des agendas du sommeil ?
- 2/ D'autre part les changements lors de la prise en charge thérapeutique :
  - Utilisent-ils certaines mesures de TCC-I et lesquelles ?
  - Ont-ils prescrit moins d'hypnotiques ?
- 3/ Enfin, les changements en aval :
  - Ont-ils adressé leur patient à des centres du sommeil ?

#### V. Résultats

#### V.1.Le Guide

Ce travail a abouti à la réalisation d'un guide au format A5, de 24 pages, annexes comprises. Il a été imprimé sur papier glacé, pour une présentation comparable aux brochures habituellement distribuées par les laboratoires ou par l'INPES. Il comporte 7 chapitres et 3 annexes. L'organisation des chapitres a été faite de manière à suivre une démarche standard de prise en charge de l'insomnie : tout d'abord l'évaluation de l'insomnie, les informations à donner aux patients, puis les outils de consultation, les mesures non médicamenteuses et enfin les informations utiles pour passer le relais au spécialiste si nécessaire. Ce guide se veut le plus compréhensible possible, tout en essayant de ne pas trop simplifier l'information.

Vous pouvez le consulter en annexe.

# V.2.Caractéristiques sociodémographiques du premier échantillon de médecins généralistes

Le taux de participation à cette étude a été de 25%. 28 questionnaires ont été renvoyés sur les 110 envoyés. Sur ces 28 questionnaires, 2 n'étaient pas exploitables, car incomplets.

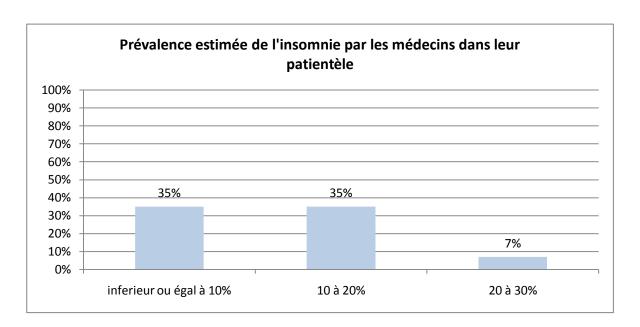
Les caractéristiques des médecins sont regroupées dans le tableau ci-après :

variables	N	%
SEXE		
Féminin	9	35%
Masculin	17	65%
AGE		
29-40 ans	2	8%
41-54 ans	10	38%
55 ans et plus	13	50%
Age non communiqué	1	4%
MODE D'EXERCICE		
Seul	12	46%
En groupe	14	54%
DUREE MOYENNE		
CONSULTATION		
15-20 minutes	17	66%
30 minutes	5	19%
> 30 minutes	4	15%
CATEGORIES		
Médecins Enseignants	16	62%
Médecins non Enseignants	10	38%

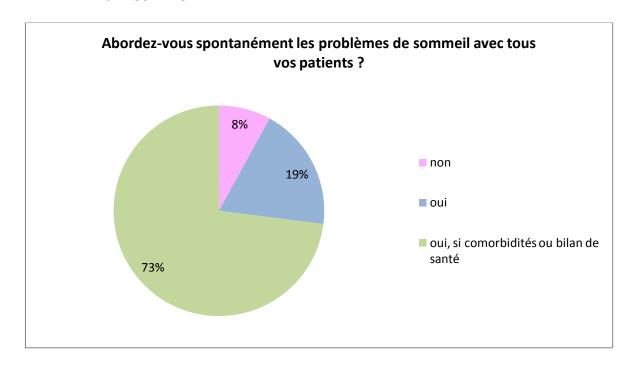
# V.3. Evaluation des pratiques des médecins généralistes, dans l'insomnie, avant lecture du guide

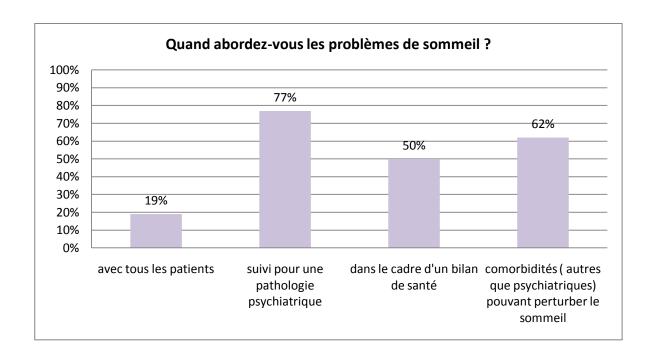
#### V.3.1. L'insomnie est-elle un motif fréquent de consultation?

77% des médecins ont répondu que l'insomnie était un motif fréquent de consultation dans leur patientèle.

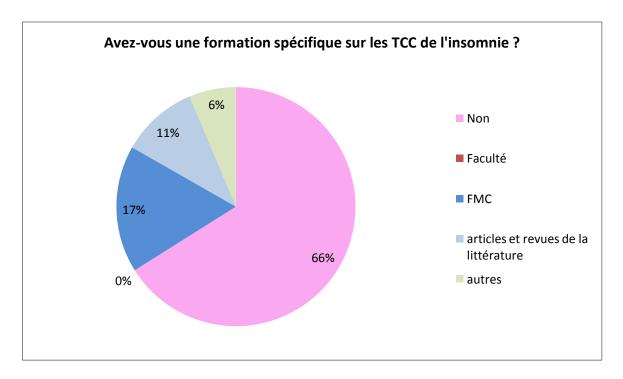


# V.3.2. Comment les médecins généralistes abordent-ils les problèmes d'insomnie ?

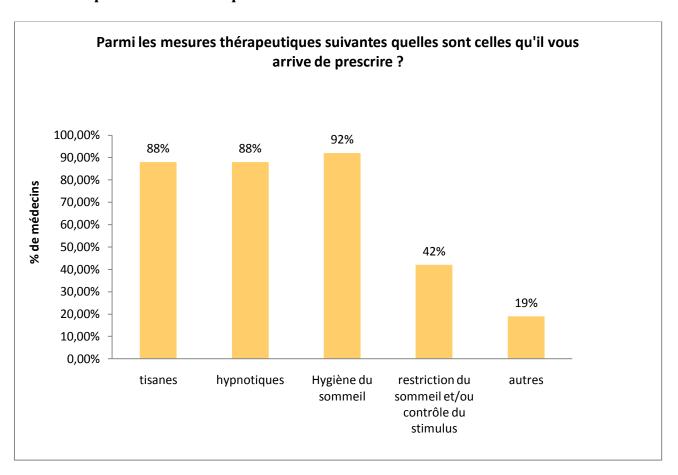


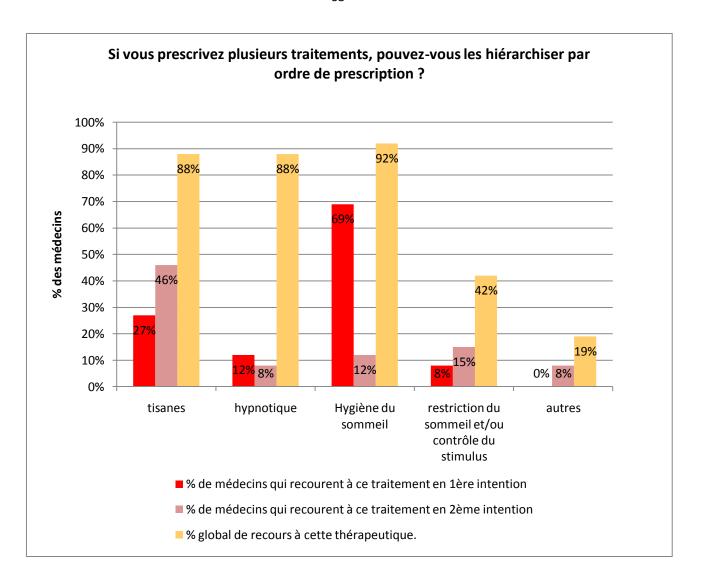


#### V.3.3. Formations des MG sur les TCC de l'insomnie

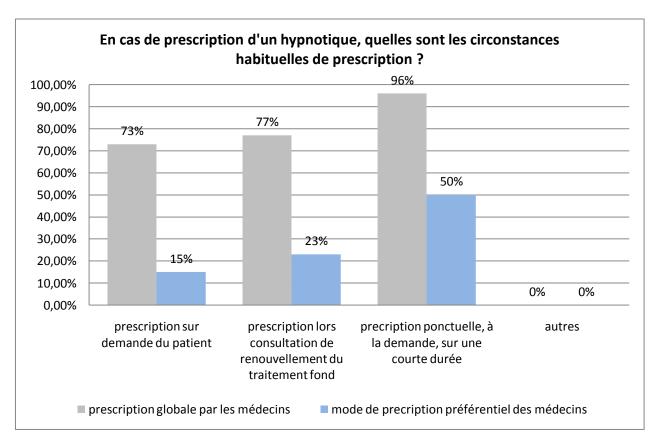


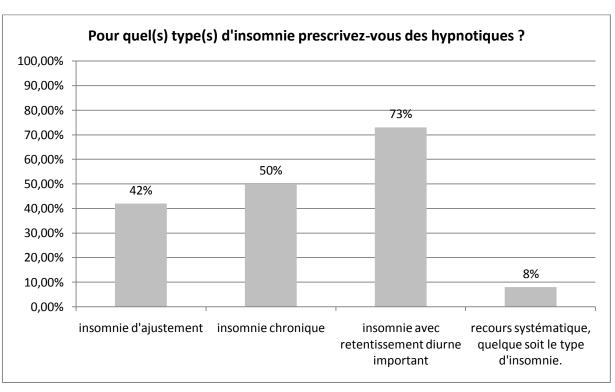
# V.3.4. Les mesures thérapeutiques proposées par les généralistes à leurs patients insomniaques



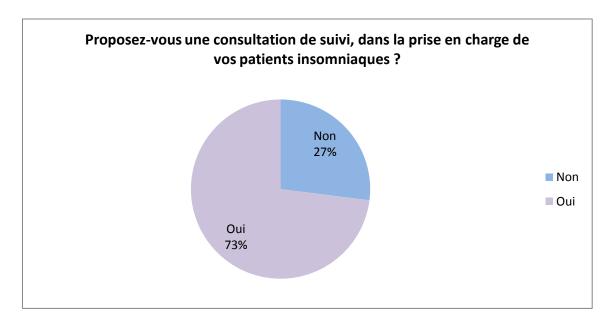


#### V.3.5. Circonstances de prescription des hypnotiques

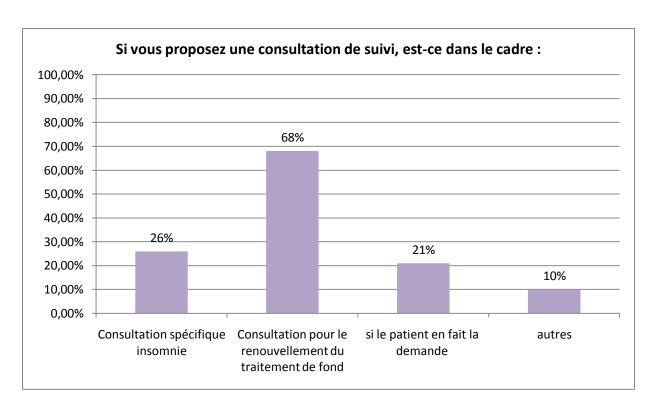


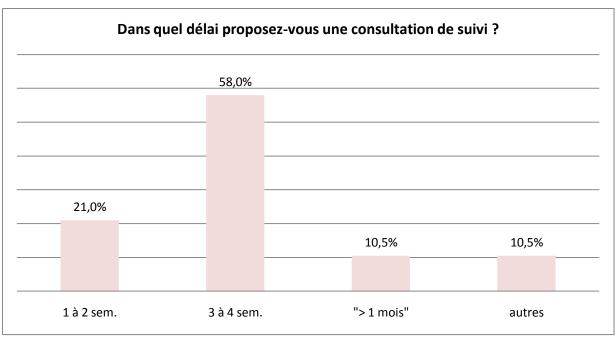


V.3.6. Consultations de suivi



Lorsque les médecins proposent aux patients insomniaques de les revoir, seulement 26% d'entre eux le font dans le cadre d'une consultation spécifique.

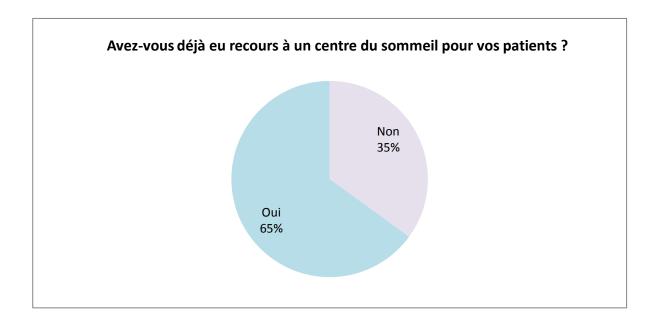




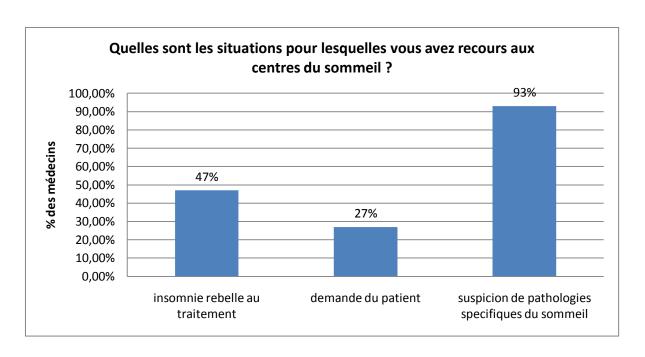
#### V.3.7. Les centres du sommeil

Seulement 12% des médecins interrogés ont dit ne pas connaître l'existence de centre du sommeil.

Parmi les médecins qui connaissent l'existence de centres du sommeil, 65% leur ont déjà adressé des patients insomniaques.



Le motif principal pour lequel les médecins adressent leur patient à un centre du sommeil est la suspicion d'une pathologie spécifique du sommeil, nécessitant un enregistrement polysomnographique.



#### V.4. Opinion des médecins sur le guide

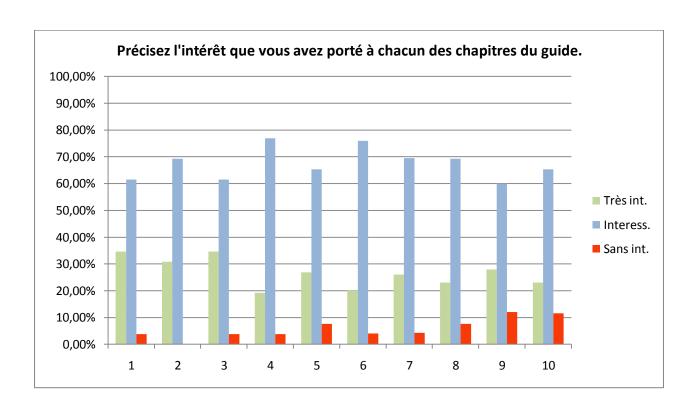
#### V.4.1. Utilité du guide dans la pratique

Tous les médecins qui ont reçu ce guide ont estimé qu'il pouvait leur être utile et que son mode de présentation était adapté à leur pratique.

#### V.4.2. Le guide apporte-t-il des connaissances nouvelles ?

Seulement 5 des médecins, soit 19% de l'échantillon, n'ont pas trouvé que le guide leur apportait des connaissances nouvelles sur les traitements de l'insomnie.

#### V.4.3. Intérêt des médecins pour les chapitres du guide

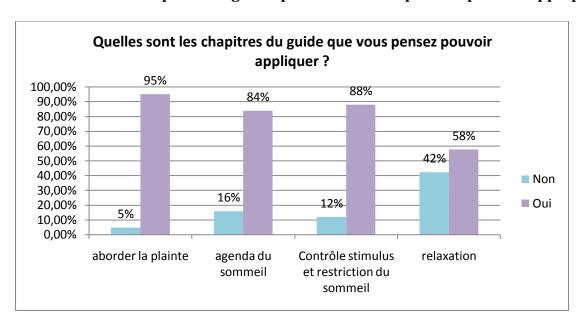


#### Chapitres du guide :

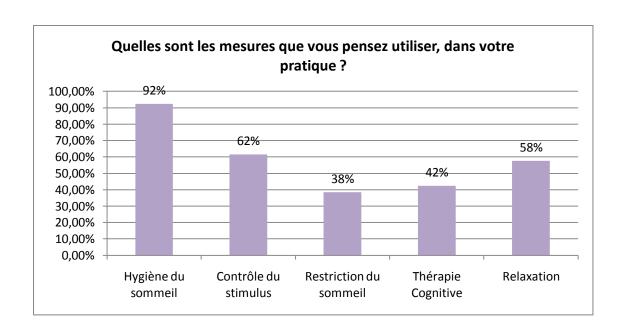
- 1. Généralités sur le sommeil.
- 2. Aborder la plainte d'insomnie.
- 3. Agenda du sommeil
- 4. Contrôle du stimulus et restriction du sommeil.
- 5. Thérapie cognitive et relaxation.

- 6. Comment organiser la TCC.
- 7. Conclusion.
- 8. Comment aborder la plainte : annexe
- 9. Agenda du sommeil : annexe.
- 10. Idées reçues sur l'insomnie.

#### V.4.4. Les chapitres du guide que les médecins pensent pouvoir appliquer

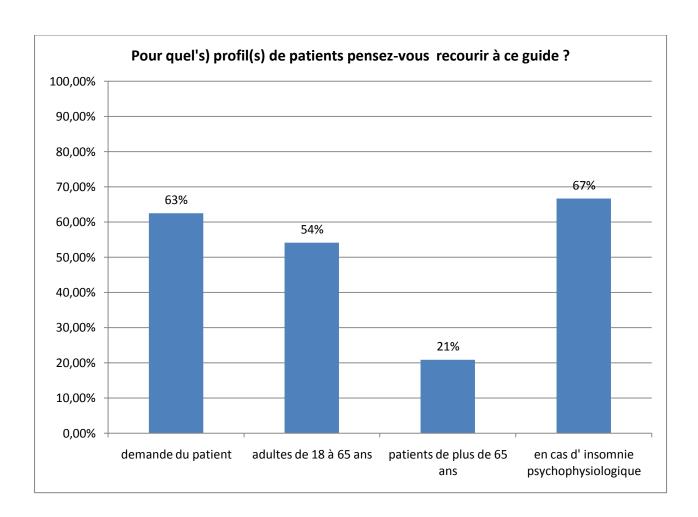


### V.4.5. Les mesures thérapeutiques de la TCC que les médecins pensent utiliser dans leur pratique



### V.4.6. Situations pour lesquelles les généralistes pensent recourir à ce type de traitement

92% des médecins ont déclaré qu'ils pensaient avoir recours au guide, lors de leurs prochaines prises en charge de patients insomniaques. Parmi les médecins qui ont répondu négativement, l'un a dit qu'il n'y avait pas assez d'informations dans le guide pour y recourir et le second que le guide ne lui apportait pas de nouvelles connaissances sur le sujet, par rapport à sa pratique actuelle.



## V.5.Ebauche d'étude d'impact : Réponses des médecins concernant leur utilisation du guide

Neuf médecins ont répondu au deuxième questionnaire. Les caractéristiques sociodémographiques de ce groupe sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

variables	n	%
SEXE		
Féminin	2	22%
Masculin	7	78%
AGE		
29-40 ans	0	0%
41-54 ans	2	23%
55 ans et plus	7	77%
MODE D'EXERCICE		
Seul	3	33%
En groupe	6	77%
CATEGORIES		
Médecins-Enseignants Paris VII	6	77%
Médecins non enseignants	3	33%

Les réponses individuelles des médecins aux différentes questions de ce deuxième questionnaire, sont détaillées dans les tableaux suivants.

1.1 Avez-vous	1.1 Avez-vous eu recours au guide ?						
	non	Oui, souvent	Oui, parfois	Oui, rarement			
1	х						
2		Х					
3	х						
4	Х						
5	х						
6		Х					
7			Х				
8	х						
9			Х				

1.2 Avez-voi	1.2 Avez-vous consulté le site Internet ?							
	non	Oui, une fois	Oui, consulter guide	Oui, questionnaire	Oui, les fiches	Oui, agenda sommeil		
1	x							
2	×							
3	х							
4	x							
5	х							
6		х	х	Х	х	х		
7		Х						
8	Х							
9	Х							

#### 1.3 Supports d'information le plus adapté à la pratique, selon vous ?

	Guide papier	Site Internet	autre
1	Х		
2	Х		
3	Х		
4			X FMC
5		Х	
6		Х	
7	Х	Х	
8			
9	Х		

#### 1.4 et 1.5 Ce type de prise en charge apporte-t-il une satisfaction :

	Aux patients			A vous même		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
1	х			x		
2	x			x		
3			x			x
4			х			х
5	х			х		
6			х	х		
7	х			х		
8	-	-	-	-	-	-
9	х			х		

	2.1 réalisé des consultations spécifiques ?		2.2 différé une demande insomnie fin de consultation ?		2.3 utilisé le questionnaire d'évaluation ?		2.4 fait remplir des agendas du sommeil ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1		Х	х		х			х
2		Х		Х		х		Х
3		х		х		х		х
4		х		х		х		х
5		Х	х			Х		Х
6		х	х		х		Х	
7	Х		х		х		Х	
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Х		Х		х		х	

#### Commentaires libres sur l'agenda du sommeil :

Un médecin trouve que c'est un outil inadapté à la médecine de ville.

Un autre a précisé que "remplir sans arrêt des grilles d'évaluation, le hérisse."

Un autre a précisé qu'il avait du mal en général à faire remplir des agendas que ce soit pour les migraines, l'asthme ou l'alimentation. Il se demande "quels sont les patients qui veulent bien s'arrêter pour les remplir et se poser des questions ?"

#### 2.5 Depuis la lecture du guide, quelles sont les mesures auxquelles vous avez eu recours ?

	Hygiè som	ne du meil		ôle du ulus		tion du meil		rapie itive	Relax	ation
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	X		X			X	X			X
2	X			X		X		X	X	
3		X		X		X		X		X
4	X			X		X		X	X	
5	X		X			X		X	X	
6	X		X			X		X	X	
7		X		X		X		X		X
8	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
9	X		X			X	X		X	

#### 2.6 Pour chaque mesure préciser si elle relève du médecin généraliste ou du spécialiste, selon vous :

	Hyg	giène	Cont	rôle	Restri	ction	Théra	apie	Relax	ation	Agend	da du
	son	nmeil	stim	ulus	somi	neil	cogn	itive			somr	neil
	Génér.	Spécial.	Génér.	Spéc.								
1	X		X			X	X			X	X	
2	X			X		X		X		X	X	
3	X		X		X			X		X	X	
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	X		X		X		X		X		X	
6	X		X			X	X			X	X	
7	-	-	ı	ı	-	ı	ı	ı	ı	-	ı	-
8	-	-	ı	ı	-	ı	ı	ı	ı	-		_
9	X			X		X	X		X		X	

### ${f 2.7}$ Pensez-vous avoir prescrit moins d'hypnotiques grâce à l'agenda du sommeil et aux TCC-I ?

	Oui	Non	Ne sait pas
1		Х	
2		x, en prescrit très peu	
3			X
4			X
5		x, en prescrit très peu	
6	X		
7	X		
8	-	-	-
9	X		

#### 2.8~Adressez-vous des patients à des centres du sommeil ?

	Oui, autant qu'avant	Oui, plus souvent	Non
1			X
2	X		
3			X
4	-	-	-
5			X
6			X
7			X
8	-	-	-
9			X

80

V.6.Le site Internet

Il nous est apparu intéressant de reprendre le guide papier sur un site Internet.

Les intérêts de l'accès Internet sont multiples :

- Un accès aisé de n' importe où

Un classement facile du document

- L'absence de stockage de documents papiers, quand on connait le nombre de

documents administratifs et de supports d'éducation dans un cabinet de médecine

générale.

- Une édition à la demande

- La réalisation de mise à jour pour l'auteur est beaucoup plus simple.

Le guide a donc été mis intégralement sur deux sites :

- Un site facultaire: http://www.bichat-larib.com/sommeil.index.php

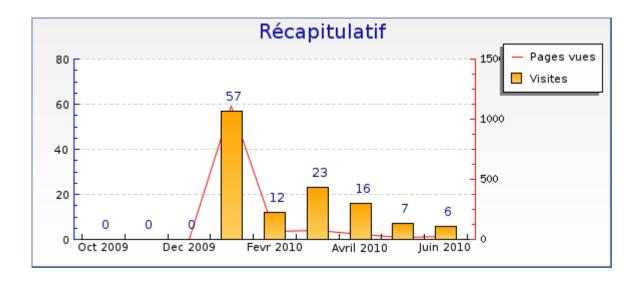
- Un site libre d'accès : www.tccgénéraliste.free.fr

Seul ce dernier a pu bénéficier d'un compteur de passage. Les résultats des visites ont été sur la

période du 20 janvier 2010 (date à laquelle a été effectuée la première relance par courrier auprès

des médecins généralistes et où ils ont été informés de la mise en ligne du site) au 15 juillet 2010.

.



Ce tableau permet de voir le nombre de passages et le nombre de pages consultées sur le site <u>www.tccgénéraliste.free.fr</u>. On peut constater que le nombre des médecins ayant consulté le site à sa parution est assez important, qu'il y a un deuxième pic au moment de la relance en mars 2010. Les médecins qui continuent à consulter le site à distance des relances est assez faible.

En janvier, il y avait eu 57 passages dont 30 visiteurs uniques. Ce qui signifie que certains médecins ont consulté plusieurs fois le site, sans que l'on puisse quantifier exactement le nombre exact de consultations pour chaque médecin, dans la mesure où il ne leur avait pas été attribué de code individuel pour s'y connecter.

Une copie d'écran a été mise en annexe 2, pour pouvoir se faire une idée de la mise en page du site

#### VI. Discussion

#### VI.1. A propos des pratiques des généralistes dans l'insomnie

Les résultats de cette étude montrent des réponses assez proches de ce que l'on peut retrouver dans les études déjà réalisées auprès de généralistes français et québécois.

#### VI.1.1.Insomnie : un motif fréquent de consultation

Les réponses au premier questionnaire, montrent que plus de 7 généralistes sur 10 considèrent que la plainte d'insomnie est un motif fréquent de consultation, au sein de leur patientèle. La prévalence estimée varie en fonction des médecins. 9 médecins sur 26 l'estiment à moins de 10%, tout en considérant que c'est un motif fréquent de consultation. 9 sur 26 l'estiment comprise entre 10 et 20% et enfin 2 sur 26 entre 20 et 30%. Ces réponses sont concordantes avec les dernières données de l'observatoire de la médecine générale de la SFMG, recueillies en 2007. Toutes tranches d'âges confondues, l'insomnie est le 21ème motif de consultations le plus fréquent, sur 50 pathologies répertoriées. Ce qui représente environ 3,4% des consultations. Toujours d'après ces données, l'insomnie est un motif de consultation du médecin généraliste, tout âge confondu, plus fréquent que le diabète de type 2.

Pour cette question, on peut regretter le choix d'une question à choix multiples, avec des tranches proposées trop larges. Afin d'avoir une estimation plus précise de la prévalence de l'insomnie, il aurait été préférable, de choisir des tranches moins larges, par exemple de 5%, avec des propositions comprises entre 0 et 30%.

### VI.1.2.Dépistage de l'insomnie dans la patientèle des généralistes : plus fréquent s'il existe des comorbidités ou dans le cadre d'un bilan de santé

Concernant l'abord de l'insomnie par les généralistes, 9 médecins sur 10 ont répondu positivement à la question : "abordez-vous spontanément les problèmes de sommeil avec vos patients ?" Cette réponse est très satisfaisante et en même temps très surprenante. En effet, ce chiffre est de loin très supérieur à ce que l'on retrouve dans la littérature. Notamment dans l'enquête de Léger, auprès de 6043 généralistes, où 44,7% d'entre eux ont dit aborder systématiquement la question du sommeil avec leur patient.

Cependant la deuxième partie de la question, permet de nuancer ces résultats et de constater que finalement, la question est le plus souvent posée lorsqu'il existe un contexte particulier, dans lequel peut survenir une insomnie.

Les situations les plus courantes qui amènent à cette recherche étant l'existence d'une pathologie psychiatrique connue, pour laquelle il existe un suivi (83%), la présence d'une comorbidité (autre que psychiatrique) susceptible de perturber le sommeil (67%), la réalisation d'un bilan de santé (54%).

Il n'y a finalement que 19% des médecins qui abordent spontanément la question du sommeil, avec tous leurs patients, qu'il y ait des comorbidités ou non.

Ce dernier chiffre semblent plus cohérent avec ce que l'on retrouve dans la littérature : les médecins n'explorent pas systématiquement la présence d'éventuels troubles du sommeil (56) et ils en sont en partie conscients : 54% d'entre eux pensent que leurs confrères sous estiment les problèmes de sommeil (8).

Le mode de recueil des informations est en partie responsable des discordances retrouvées dans ces chiffres, qui de fait ne permettent pas réellement de juger du dépistage de l'insomnie fait par les médecins dans leur patientèle. Seule une étude sur dossier le permettrait. Les questionnaires se basent en effet sur les déclarations des médecins et sont donc sujet au biais de désirabilité.

Ce dépistage systématique, au sein de la patientèle des généralistes, se justifie pourtant pleinement. D'une part parce que les patients n'abordent pas toujours ce problème spontanément avec leur médecin (8) (57). La prévalence de l'insomnie est probablement supérieure aux chiffres habituellement cités. Une enquête des Dr Varsat, Gamble et al., a été réalisée auprès de 1046 adultes français de plus de 40ans, en leur demandant de remplir un auto-questionnaire pour dépister les troubles du sommeil. Les critères de diagnostic de l'insomnie étaient similaires à ceux du DSMIV. Ils ont retrouvé une prévalence de l'insomnie typique de 30,7% et pour l'insomnie sévère de 25% (58). Ce qui est beaucoup plus élevé que les chiffres habituellement cités, qui sont plutôt de 19% (8). D'autre part, en raison des potentielles conséquences importantes de l'insomnie sur la santé des patients.

#### VI.1.3. Formation spécifique des généralistes aux TCC-I

Ce travail retrouve que peu de médecins généralistes ont reçu une formation spécifique sur les traitements de type TCC-I : 7 médecins sur 10 ont répondu non à la question 2.4, qui portait sur la formation sur les mesures thérapeutiques non médicamenteuses de l'insomnie.

Pour ceux d'entre eux qui ont reçu une formation, il s'agit toujours d'une démarche individuelle et non pas d'une formation dans la cadre du cursus universitaire. En premier lieu, on

trouve les FMC et en deuxième la lecture de revues médicales. Aucun médecin n'a déclaré avoir reçu une formation au cours de ses études universitaires. La moyenne d'âge élevée de notre échantillon est probablement corrélée au fait qu'aucun des médecins n'a reçu une formation au cours de ces études, sur ces mesures non médicamenteuses.

Depuis 2004, les troubles du sommeil font partie des questions au programme de l'ECN (item 43 : troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte). Mais ces cours ne traitent pas que de l'insomnie et ce thème n'est abordé que succinctement, les thérapies cognitives et comportementales de l'insomnie ne sont pas toujours évoquées (exception faite de l'hygiène du sommeil), contrairement au mesures médicamenteuses. (Ex université de Grenoble). Ainsi, parmi les médecins de l'étude, le seul médecin de moins de 35 ans, ayant pu bénéficier de cette formation, évoque comme source de connaissance, la lecture d'article et n'évoque pas la formation de la faculté.

Le fait d'être enseignant à la faculté, en plus d'être généraliste, ne semble pas jouer quant au niveau de formation sur les TCC-I.

En 2005, un étudiant a réalisé sa thèse sur la prise en charge de l'insomnie de l'adulte par les médecins généralistes de l'est parisien, auprès de 37 médecins (59). Dans son travail, il s'est également intéressé à la formation des médecins généralistes sur les troubles du sommeil. Il a retrouvé que 27% des médecins pensaient être correctement formés sur les troubles du sommeil et que les deux principales sources de formation étaient les revues médicales et la FMC. 30% citent les cours de la faculté comme source de formation. Si ces résultats sont similaires, à l'égard des FMC et des revues médicales comme principales sources de formation, ils diffèrent de ce que nous avons retrouvé concernant le rôle de la faculté pour cette même formation. Cette différence

peut s'expliquer par le fait que nous nous sommes intéressés spécifiquement à la formation des médecins sur les TCC-I, tandis que le travail suscité s'est intéressé aux connaissances sur les troubles du sommeil en général

Ces résultats, en confirmant le manque de formation, sur les troubles du sommeil en général et sur les mesures de TCC-I, en particulier, confortent notre démarche de diffusion d'informations sur ces mesures, auprès des généralistes.

#### VI.1.4.Une réponse thérapeutique diversifiée

D'après notre enquête, l'arsenal thérapeutique des médecins généralistes semble être assez large. Pour la plupart, ils ont rarement une seule ligne de conduite et ont recours à des traitements tels que la phytothérapie, l'hygiène du sommeil, les hypnotiques, l'homéopathie voir même les mesures comportementales.

Les mesures d'hygiène du sommeil sont largement utilisées : 92% des médecins y ont recours et pour bon nombre c'est la mesure qu'ils privilégient (69%).

La phytothérapie et notamment la prescription de tisanes ayant des vertus supposées sur le sommeil viennent ensuite et sont autant utilisées que les hypnotiques : 88% des répondants.

De façon assez surprenante, dans la mesure où seulement 27% (n=7) des médecins ont dit avoir une formation sur les TCC-I, 42% (n=11) ont déclaré qu'ils recouraient à des mesures comportementales telles que le contrôle du stimulus ou la restriction du sommeil. Pour un médecin seulement en première intention. Devant cette discordance, on peut imaginer que soit ces médecins ont des connaissances sur ces mesures thérapeutiques, mais n'ont pas jugé que l'acquisition de ces connaissances rentrait dans le cadre de la question sur la formation

spécifique. Soit que le fait de proposer des choix multiples, les a amenés à cocher cette mesure alors qu'ils n'y ont pas réellement recours.

Concernant les hypnotiques, 88% des médecins ont déclaré en prescrire, ce qui semble cohérent avec le fort taux de consommation d'hypnotiques par les patients en France (60). Cependant, on peut noter une nuance dans ces prescriptions, dans la mesure où les médecins interrogés sont beaucoup moins nombreux à y recourir en première intention. Seulement 12% déclarent le prescrire en première intention et 8% en deuxième intention.

L'existence d'un retentissement diurne important et la demande du patient sont des éléments décisifs, à la prescription d'un hypnotique.

La prescription ponctuelle, à la demande, sur une courte durée est largement plébiscitée : 96% des médecins, pour la moitié d'entre eux c'est le mode de prescription le plus fréquent. Mais c'est le seul mode de prescription déclaré pour seulement 16% d'entre eux.

Malgré cela, on retrouve de façon assez fréquente que la prescription des somnifères a lieu avec le renouvellement du traitement de fond (77% des médecins). Ce qui laisse penser que ces médicaments sont prescrits régulièrement et peut être même de façon systématique sans qu'il y est eu une réelle réévaluation de leur indication.

Depuis plusieurs années, les autorités de santé tentent de réduire la prescription des psychotropes et plus particulièrement des hypnotiques en France. Nos résultats montrent que certains changements s'opèrent et notamment qu'il existe une volonté des médecins généralistes de limiter le recours aux hypnotiques, dans la prise en charge de l'insomnie. Même si, dans le même temps, cela ne signifie pas forcément qu'il y est une réelle orientation vers les TCC-I. Plus que les mesures de TCC-I, c'est l'utilisation des mesures de phytothérapie et d'hygiène du

sommeil qui retarde, voir évite l'utilisation des hypnotiques. Pourtant ces mesures n'ont pas forcément une efficacité prouvée, notamment lorsqu'elles sont utilisées seules : c'est le cas de l'hygiène du sommeil (15) (48).

Ces données sont concordantes avec ce qu'a retrouvé Baillargeon, dans son enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens (13). Les médecins recommandent peu les traitements cognitifs et comportementaux pour l'insomnie. Les interventions qu'ils utilisent le plus souvent, sont des recommandations pour modifier les habitudes de vie et des conseils généraux.

Concernant les hypnotiques, on retrouve certaines tendances de prescription que Leger avait décrites dans son enquête auprès de 6043 généralistes de France (8). Les réponses premières des médecins, lorsqu'on leur demande s'ils prescrivent des hypnotiques sont qu'ils en prescrivent peu : Un tiers des médecins généralistes prescrivent des traitements hypnotiques dès la première plainte, le plus souvent sur un mode à la demande. Cependant l'existence d'un retentissement diurne important ou l'association de l'insomnie à des troubles physiques ou psychiatriques, incitent les médecins à en prescrire. Et dans ce cadre, on constate une prescription d'hypnotiques pour 96% d'entre eux. De même la demande du patient, amène à une prescription pour 2/3 des médecins.

### VI.1.5.Prise de conscience d'un suivi nécessaire, mais encore rarement dans le cadre d'une consultation dédiée au sommeil

Un des éléments positif qui ressort de cette étude est que plus des deux tiers des médecins ont répondu qu'ils avaient pour habitude de proposer une consultation de suivi, dans le cadre de la

prise en charge des patients insomniaques. Le plus souvent dans un délai de 3 à 4 semaines et pour un petit nombre d'entre eux dans un délai d'une à deux semaines.

Dans la mesure où le principal problème de l'insomnie est son passage à la chronicité et le retentissement qui en découle sur la qualité de vie du patient, il est essentiel que la notion de prise en charge sur le long cours et de suivi soit connue et appliquée par les médecins généralistes. A l'image du diabète ou de l'hypertension, c'est une maladie qui nécessite une prise en charge globale, dans laquelle le patient s'implique activement.

On note cependant un bémol : si les médecins ont majoritairement répondu qu'ils proposaient une consultation de suivi, seulement un sur cinq le fait dans le cadre d'une consultation spécifique dédiée au sommeil. 68% proposent aux patients de les revoir, dans le cadre de la consultation pour le renouvellement de leur traitement habituel. Peut-on alors vraiment considérer qu'il s'agit d'une consultation de suivi de l'insomnie ? L'insomnie semble rester un motif de consultation secondaire, que l'on évoque ou que l'on traite très souvent, au cours d'une consultation pour un autre motif. S'il arrive parfois que les patients consultent spécifiquement pour ce motif, il est encore rare que le médecin propose de se revoir dans 15 jours, 3 semaines, pour faire le point sur le traitement ou pour discuter des résultats de l'agenda du sommeil. Tout le monde sera d'accord pour dire qu'un sommeil de qualité et suffisant est essentiel. Pourtant, l'idée que les médecins n'ont pas le temps, de prendre le temps de traiter cette affection, reste ancrée dans les esprits et les pratiques. S'accorder le temps d'une consultation dédiée au sommeil, n'est-il pas le meilleur moyen d'avoir ce temps qui semble manquer ? Peutêtre devons-nous juste apprendre, patients et médecins, à se laisser ce temps nécessaire à la prise en charge de cette affection, de la même manière que nous prenons le temps qu'il faut pour équilibrer un diabète ou une hypertension.

#### VI.1.6.Centres du sommeil : peu de recours

La majorité des médecins qui ont répondu au questionnaire connaissent l'existence des centres du sommeil et pour les deux tiers, ils y ont déjà eu recours. Le plus souvent lorsqu'ils suspectaient une pathologie spécifique du sommeil, qui peut nécessiter un enregistrement polysomnographique.

L'existence de centre du sommeil est donc une chose bien connue des médecins généralistes, ce qui est très important dans le cadre d'une prise en charge en réseau des patients insomniaques. Par contre on ne sait pas si ces mêmes médecins travaillent déjà avec un centre du sommeil en particulier ou s'ils savent juste que cela existe, sans avoir une adresse spécifique.

La suspicion d'un trouble spécifique du sommeil, tel que le syndrome des jambes sans repos ou le syndrome d'apnées du sommeil est un argument fort pour adresser aux centres du sommeil, ce qui n'est pas le cas s'il existe une persistance de l'insomnie, malgré le traitement instauré.

Il est positif de voir que les médecins ont connaissances de l'existence de telles structures, et que lorsqu'ils le jugent nécessaire ils y adressent des patients. Face à ce constat, certaines limites demeurent et notamment le faible nombre de médecins spécifiquement formés aux pathologies du sommeil (2). Les délais pour obtenir une consultation en centre du sommeil peuvent parfois être longs, limitant ainsi les possibilités de recours pour le médecin généraliste et donc le patient à un médecin-référent "TCC-Troubles du sommeil". On peut d'autant plus le déplorer que dans une enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens, 58% des généralistes ont déclaré que la rareté des ressources professionnelles est, un facteur important dans la décision de prescrire une benzodiazépine à un patient insomniaque (13). Il parait donc

essentiel de former les généralistes pour qu'ils dépistent mieux l'insomnie, qu'ils puissent proposer un traitement non médicamenteux, en premier recours, en attendant de passer le relais aux centres du sommeil, dans les cas difficiles.

#### VI.2. Opinion des médecins à propos du guide

Les informations dispensées par ce guide, notamment les notions sur le sommeil, les outils d'évaluation, les mesures thérapeutiques de TCC-I, ont été validées par le Professeur D'Ortho, qui a joué le rôle d'expert sur le sommeil. La deuxième partie du premier questionnaire, quant à elle, a permis d'évaluer si le guide répondait à ses objectifs.

#### VI.2.1.Un retour positif sur la forme et le fond.

Lorsque nous avons conçu ce guide, nous avons souhaité qu'il soit autant que possible : didactique, adapté à la pratique des médecins et que ces derniers le trouvent suffisamment informatif et clair pour pouvoir y recourir dans leur pratique.

Au vu des réponses que nous avons obtenu aux premiers questionnaires, on peut estimer que le guide répond à ses objectifs, pour ces différents points. En effet, tous les médecins interrogés dans notre étude ont trouvé que le guide était utile et que le contenu leur semblait adapté à leur pratique.

Dans les remarques libres, deux médecins ont fait des commentaires, notamment sur la forme du guide. Ils ont mis en avant que le guide était "simple, clair, rapide [...] qu'on retrouve facilement les chapitres" et qu'il est "concis et agréable à consulter".

Pour la majorité des médecins, ce document a apporté des connaissances nouvelles. Seulement cinq généralistes sur 26, soit 19% de l'échantillon, ont déclaré que le guide ne leur avait pas apporté de connaissances nouvelles sur les traitements de l'insomnie. Parmi ces médecins, deux avaient déclarés avoir eu une formation spécifique sur les troubles du sommeil.

Le guide comporte 7 chapitres et 3 annexes. Nous avons tenté de savoir si certains chapitres avaient plus intéressé les médecins que d'autres. Globalement, on peut dire que tous les chapitres les ont intéressés, avec une petite démarcation pour les chapitres : "généralités sur le sommeil"," aborder la plainte d'insomnie" et "l'agenda du sommeil", pour lesquels un plus grand nombre de médecins a utilisé le qualificatif « très intéressants ». Concernant les annexes, celle qui suscite le plus d'intérêt est le questionnaire qui reprend les questions permettant d'aborder la plainte d'insomnie. Celles sur « l'agenda du sommeil » et « les idées reçues sur l'insomnie » ont suscité l'intérêt, avec une nuance dans la mesure où 12% des médecins ont trouvé que ces deux annexes étaient sans intérêt.

#### VI.2.2.Intention des médecins pour l'avenir

Le nombre de médecins qui pensent recourir à ce guide, lors de leurs prochaines prises en charge de patients insomniaques, est très élevé, ce qui est très encourageant. Ainsi, seulement deux médecins ont dit qu'ils n'utiliseraient pas le guide. Pour l'un parce qu'il applique déjà l'ensemble de ces mesures et que le guide ne lui a pas apporté de nouvelles connaissances, pour le second parce que le guide ne contient pas suffisamment d'informations pour appliquer ces mesures.

On peut relever plusieurs points concernant les circonstances dans lesquelles les médecins se disent prêts à recourir au guide :

63% des médecins ont dit qu'ils pensaient recourir aux mesures de TCC-I, si le patient était demandeurs de ce type de prise en charge. Cette réponse montre que les médecins sont à l'écoute et qu'ils sont prêts à adapter leur prise en charge en fonction des préférences thérapeutiques de leurs patients. Il faut cependant garder à l'esprit que, nombre de patients insomniaques, ne connaissent pas l'existence de telles prises en charge. Il est donc important que les médecins sachent y recourent lorsqu'ils le jugent utile, même si le patient n'en fait pas la demande.

Les médecins qui envisagent de recourir à ce type de traitement, pour les personnes de plus de 65 ans, sont peu nombreux : 21%. Pourtant, la prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge et les personnes âgées sont les plus fragiles et les plus exposées aux effets indésirables des médicaments, notamment les somnifères. Les résultats de cette question montrent l'ampleur du travail et des prises de conscience qui sont encore nécessaires. Le recours aux TCC-I, chez les personnes âgées a fait l'objet d'études qui montrent une efficacité, avec une amélioration du sommeil. C'est le cas d'une étude réalisée auprès de 26 personnes âgées avec un âge moyen de 68 ans, qui ont rempli un agenda du sommeil puis bénéficié d'un programme d'éducation, sur deux sessions, pour discuter des principaux facteurs pouvant améliorer le sommeil. Au terme de ce travail, il a été constaté une amélioration subjective et objective (par actimétrie) de la qualité du sommeil (61).

Après lecture du guide, la mesure que la majorité des médecins pensent utiliser, reste l'hygiène du sommeil. Avant lecture du guide, c'était exactement le même pourcentage de médecins qui disait utiliser l'hygiène du sommeil. Cependant si l'on regarde de plus près, les deux

médecins qui ne recouraient pas à l'hygiène du sommeil avant, ont déclaré penser l'utiliser après lecture du guide. Et parmi les deux médecins qui n'ont pas déclaré utiliser cette mesure après lecture du guide, l'un n'a pas répondu à cette question, car il connaît déjà ces traitements et le guide ne lui a pas apporté de nouvelles informations et l'autre utilisait déjà l'hygiène du sommeil avant lecture du guide, en première intention, donc on peut imaginer qu'il n'a pas coché cette case car pour lui c'est une pratique déjà acquise et non pas une pratique qu'il pense utiliser.

Par conséquent, on peut dire que 100% des médecins adhèrent à l'utilisation des mesures d'hygiène du sommeil.

La deuxième mesure que les médecins semblent prêts à utiliser est le contrôle du stimulus, ensuite vient la relaxation. Les deux mesures qui ont le moins d'intention sont la restriction du sommeil et la thérapie cognitive

La majorité des médecins pensent utiliser plusieurs de ces mesures. 72% d'entre eux a en effet exprimé l'intention d'utiliser 2 ou 3 des mesures proposées, seul un médecin pense n'utiliser que l'hygiène du sommeil.

# VI.3. Ebauche d'étude d'impact, évaluation des pratiques, 4 mois après le recueil du premier questionnaire : un tressaillement de changement mais des habitudes de prescriptions bien ancrées

Au cours de cette étude nous avons souhaité savoir si, au-delà des intentions émises lors du premier questionnaire, les médecins généralistes parvenaient effectivement à mettre en place certaines des mesures de TCC-I. Si oui, lesquelles de ces mesures ? Et est-ce qu'ils s'étaient référés au guide pendant les mois ayant suivi la réception de celui-ci. Existe-t-il des freins à l'utilisation de ces mesures et quels sont-ils ?

18 médecins avaient répondu favorablement à la question : " Souhaitez-vous être recontacté ultérieurement, pour évaluer avec vous les mesures que vous êtes parvenus à mettre en place et les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées ?"

Parmi ces médecins, sept faisaient partie du groupe non-enseignant et onze étaient enseignants à la faculté Paris VII.

Finalement, seulement neuf médecins ont renvoyé le deuxième questionnaire, malgré une relance. Six parmi le groupe sont enseignants et trois non-enseignants.

Ces réponses permettent de noter des tendances parmi les médecins généralistes, sans réellement permettre de tirer des généralités, en raison du faible effectif de répondants.

Un des médecins à uniquement répondu à la première question, pour préciser qu'il n'avait pas eu le temps de recourir au guide. Son questionnaire n'est donc pas exploitable pour les résultats.

#### VI.3.1.Guide papier versus guide en ligne

Sur les huit réponses exploitables, la moitié des médecins ont eu recours au guide, pour deux d'entre eux souvent et pour les deux autres occasionnellement.

La consultation du site Internet a été beaucoup moins importante. Seuls deux médecins parmi les répondants ont dit l'avoir consulté et un seul a déclaré l'avoir utiliser pour recourir aux fiches, au guide ou à l'agenda du sommeil. Pour ces médecins il parait évident que le support papier est le support le plus adapté à leur pratique (n=5/8). L'adresse du site Internet a été donnée à tous les médecins ayant reçu le guide et sur l'un des sites un compteur de passages a été installé. Cela a permis de comptabiliser le nombre de passages sur le site. Contrairement aux conclusions qui découlent des réponses précédentes, il y a eu de nombreuses consultations du site. Surtout au moment de l'envoi du courrier annonçant sa mise en ligne, puis un peu moins les mois suivants. D'après les passages, il y a surtout eu un effet de curiosité au début, mais peu d'utilisation régulière à moyen terme.

On peut imaginer que d'une part tous les médecins ne sont pas forcément équipés informatiquement parlant. Quand ils le sont, ils n'ont pas toujours un accès Internet, limitant ainsi l'accès au site. Enfin, il n'est pas toujours évident dans le temps de la consultation, d'aller consulter Internet. Bien que nous ayons essayé de choisir un intitulé facile à retenir « tccgénéraliste », si le site n'a pas été enregistré dans les favoris, il est toujours possible que les médecins ne retrouvent pas l'adresse et ne puissent donc pas consulter le site.

Compte tenu de la forte fréquentation sur le site et de l'intérêt suscité on peut imaginer que l'accès via l'informatique est une bonne idée, mais que pour qu'elle soit plus facilement

accessible, il faudrait l'intégrer à un logiciel médical. Même si là encore, on reste confronté à une difficulté : tous les médecins n'utilisent pas le même logiciel informatique.

#### VI.3.2.Quelques changements dans les pratiques

### VI.3.2.1. Une influence positive sur l'évaluation de l'insomnie, la réalisation d'agenda du sommeil et la prescription d'hypnotiques

On peut constater que presque tous les médecins qui ont eu recours au guide dans leur pratique, ont réalisé des évaluations de l'insomnie à l'aide du questionnaire d'évaluation et 3 sur 4 ont fait remplir des agendas du sommeil, alors que les médecins qui ne l'ont pas utilisé n'ont appliqué aucune de ces deux mesures. Et même s'ils n'y ont pas eu tous recours, 6 médecins sur 8 sont d'accord pour dire que l'agenda du sommeil peut être réalisé par le médecin généraliste.

La prescription d'hypnotiques semble avoir été influencée par la lecture et l'utilisation du guide, 3 médecins sur 4 ont dit qu'ils pensaient avoir prescrit moins d'hypnotiques grâce aux mesures de TCC-I, parmi les médecins ayant recouru au guide.

### VI.3.2.2. Très peu d'impact sur la demande d'avis spécialisé et la réalisation de consultations spécifiques

Aucun médecin, aussi bien parmi ceux qui ont utilisé le guide que ceux qui n'y ont pas eu recours, n'a adressé plus de patients à un centre du sommeil pour un avis spécialisé. La réalisation de consultations spécifiques dédiées au sommeil a également été peu modifiée par le guide. Seuls 2 médecins sur les 4 ont dit en réaliser, parmi ceux qui ont utilisé le guide, alors qu'ils n'en réalisaient pas avant la lecture du guide.

### VI.3.2.3. Des résultats partagés concernant l'impact du guide, sur le recours aux mesures de TCC-I

Les mesures auxquelles les médecins recours le plus sont

- toujours en premier l'hygiène du sommeil (6/8),
- ensuite la relaxation (5/8),
- puis le contrôle du stimulus (4/8)

Aucun des médecins n'a eu recours à la restriction du sommeil. Il serait intéressant de savoir pourquoi : le manque de temps et notamment la nécessité d'un suivi rapproché, pour adapter le temps de sommeil sont probablement en cause. Les explications du guide étaient-elles insuffisantes ou pas assez explicites ? Les médecins ont-ils eu le sentiment que c'était une mesure trop compliquée à mettre en place pour le patient.

Quant à la thérapie cognitive, 2 médecins ont dit y avoir recours, de manière assez surprenante dans la mesure où c'est souvent l'une des mesures les plus difficile à mettre en place, même pour les spécialistes, réalisant des consultations du sommeil depuis des années. Un des deux avait déclaré avoir eu une formation antérieure à l'occasion d'une FMC, on peut donc imaginer que cela l'a aidé à utiliser cette mesure.

Il ressort de façon assez nette que l'hygiène du sommeil et le contrôle du stimulus sont les mesures que les médecins considèrent de leur ressort et qu'ils utilisent lorsqu'ils ont reçu une formation appropriée. Ces réponses sont concordantes avec les résultats du premier questionnaire. Les mesures que les médecins avaient jugés applicables et qu'ils pensaient utiliser par la suite étaient : en premier l'hygiène du sommeil, ensuite le contrôle du stimulus et enfin la relaxation.

Les réponses sont discordantes concernant la relaxation, dans la mesure où certains médecins ayant dit appliquer cette technique thérapeutique, pensent dans le même temps qu'elle relève du spécialiste.

Dans la mesure où les médecins parviennent à dégager du temps pour consulter les outils spécifiques d'évaluation, ils parviennent à les utiliser.

Pour développer ces mesures en soins primaires par les généralistes, il est essentiel qu'ils adhérent et soient convaincus de l'efficacité de ces traitements.

Le manque de temps et le sentiment que les patients "ne s'arrêteront pas" pour réfléchir à leurs problèmes de sommeil sont les premiers freins exprimés par les médecins.

#### VI.3.2.4. Des incohérences dans les réponses des médecins

Le faible taux de réponse au deuxième questionnaire, ne permet pas de généraliser les résultats, mais il permet de discerner quelques tendances. Celles-ci sont d'ailleurs assez concordantes avec les réponses que l'on avait obtenues au premier questionnaire. Sur le plan individuel, on peut s'interroger sur certaines réponses. Ainsi, un des neuf médecins ayant répondu au deuxième questionnaire, a déclaré avoir eu recours souvent au guide. Mais ensuite il n'a jamais fait d'évaluation spécifique à l'aide du questionnaire, ni demandé d'agendas du sommeil. Un autre a utilisé le guide, réalisé des évaluations et des agendas du sommeil, mais n'a appliqué aucune mesure de TCC-I, tout en déclarant qu'il avait prescrit moins d'hypnotiques, depuis la lecture du guide. A-t-il manqué de temps ? A-t-il eu recours à d'autres mesures telles que l'acupuncture, la phytothérapie, l'homéopathie ?

On peut également s'interroger sur les réponses de deux médecins, qui ont dit ne pas avoir eu recours au guide, mais qui ont aussi déclaré avoir appliqué certaines mesures de TCC-I. On peut imaginer qu'ils avaient donc une formation préalable sur ce thème.

#### VI.4. Comparaison à la littérature

### VI.4.1.Les généralistes sont intéressés et réceptifs à la diffusion de tels documents

Un travail similaire a été réalisé par une consœur, dans le cadre de son travail de thèse, dans la région nantaise (62). Elle a réalisé un guide pratique de l'insomnie en médecine générale qui comporte trois principaux chapitres : connaissances générales, fiches pratiques médecin et fiches pratiques patient. Son guide est très clair et complet. Il reprend toutes les notions nécessaires sur la définition de l'insomnie, les démarches diagnostiques, les mesures thérapeutiques médicamenteuses, les mesures non médicamenteuse, les centres du sommeil de la région nantaise. L'évaluation qui a été réalisée auprès de 19 médecins généralistes tend à montrer que ce guide a été bien accueilli, qu'il a apporté des informations utiles et que la diffusion de ce genre de document serait souhaitable.

A la lecture de ce travail, j'ai trouvé que l'idée de réaliser un document pour les médecins afin de les aider dans leur prise en charge d'une pathologie était intéressante, mais que le document que ma consœur avait produit avait l'inconvénient d'être beaucoup trop volumineux pour être un outil quotidien dans la consultation. Le guide contient en effet 91 pages, ce qui en fait plus un support de connaissances pour rafraichir ses connaissances ou apprendre de nouvelles

notions. Il s'adresse aux médecins généralistes mais il reste difficilement consultable en cours de consultation.

VI.4.2.Changer les pratiques : un travail difficile, même lorsque les recommandations existent et que les médecins sont informés sur ces mesures

Une étude a été réalisée en 2009, afin d'évaluer l'impact des recommandations de l'HAS sur la prise en charge ambulatoire du patient adulte se plaignant d'insomnie. Une étude "avantaprès" a donc été réalisée auprès de médecins généralistes du Rhône. Parmi les médecins qui ont répondu seulement 11 sur 20 ont lu les recommandations après avoir été averti de leur publication. Pour la moitié de ces médecins cela n'a pas changé leur pratique. Il est apparu que pour les médecins qui avaient lu les recommandations, ils réalisaient plus de demandes d'agenda du sommeil.

Par contre, il n'y avait pas plus de consultation entière dédiée au sommeil, les médecins n'utilisaient pas plus les méthodes de TCC et ne demandaient pas plus d'avis spécialisés.

Les résultats présentés dans notre travail sont similaires.

Concernant la demande d'un avis spécialisé, seulement un médecin sur neuf a déclaré avoir adressé des patients à un centre du sommeil. Et seulement deux médecins sur neuf ont dit réaliser des consultations spécifiques dédiées au sommeil.

Concernant l'agenda du sommeil, il est plus difficile de trancher :

Parmi les médecins qui ont répondu au deuxième questionnaire, six sur neuf ont trouvé le chapitre sur l'agenda du sommeil intéressant et ont dit pouvoir y recourir dans leur pratique. Ils sont tout aussi nombreux à penser que la réalisation d'un agenda du sommeil relève du médecin généraliste et pourtant, à l'épreuve des faits, seuls trois d'entre eux ont déclaré avoir fait remplir des agendas du sommeil. C'est résultats restent encourageants, il faut très certainement laisser du temps pour que les généralistes recourent plus souvent à l'agenda du sommeil.

### VI.4.3.Un outil de consultation pour la médecine générale : indépendant des laboratoires et avec un double regard spécialiste/généraliste

Il est courant de retrouver dans les cabinets médicaux des documents pour aider les médecins dans leur prise en charge, que ce soit sous forme de livrets, de blocs, de questionnaire-fiche à faire remplir aux patients, de plaquettes format A4 récapitulatives.

La majorité de ces documents sont financés par des laboratoires. De ce fait certaines des informations qu'ils véhiculent peuvent être sujettes à caution. Une étude réalisée sur l'art de réaliser des documents d'informations pour les patients, confirme que l'information donnée doit être fiable et indépendante de tout intérêt commercial (63).

C'est la règle que nous avons suivie pour la réalisation de ce document et ce qui en fait un élément intéressant, dans la mesure où il a été réalisé de façon indépendante, en se basant sur les données actuelles de la science. Au-delà du caractère indépendant de l'information, il est également intéressant que ce document soit le fruit d'un travail entre un médecin spécialiste du sommeil et des médecins généralistes exerçant en médecine ambulatoire. Cela permet d'avoir

conscience des contraintes de la pratique du médecin généraliste et d'essayer de retenir seulement les informations qui peuvent leur être utiles.

### VI.4.4.Des obstacles persistant qui freinent l'utilisation des TCC-I par les médecins généralistes

En 2006, une enquête de l'URML PACA, auprès de médecins généralistes de la région, donnait comme obstacles à la prévention avancée par les médecins :

- le manque de temps (pour 66,4 %d'entre eux),
- l'absence de rémunération spécifique pour cette activité (34,9 %),
- la résistance des patients (33,8 %),
- le manque de formation (27,5 %),
- un sentiment d'inefficacité (17,7 %) (64).

Certains de ces freins sont probablement aussi valables dans le cadre de la prise en charge de l'insomnie chronique par des mesures non médicamenteuses.

 Le manque de temps a été évoqué par plusieurs médecins ayant répondu au premier ou au deuxième questionnaire.

Pourtant, le médecin généraliste est souvent le médecin qui est amené à connaître le mieux un patient, du fait d'un suivi au long cours, parfois de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Sa facilité d'accès, sa prise en charge du patient dans sa globalité, la confiance réciproque née d'un suivi régulier devraient être des bases solides pour instaurer ce type de traitement.

- Le manque de formation et par conséquent la méconnaissance de ces traitements, est un des points essentiels dans la sous utilisations des TCC-I en médecine ambulatoire. 66% des médecins de notre étude n'a eu aucune formation. Et pour ceux qui en ont reçu, il s'agit le plus souvent d'une FMC ou de la lecture d'articles médicaux. Ainsi, seuls les médecins qui ont une démarche active de formation, ou bien qui sont intéressés par le sujet seront formés.
- Concernant la résistance des patients, évoquée par l'enquête de l'URML PACA, il n'est pas certain que les patients soient seulement demandeurs d'une réponse pharmacologique, dans la mesure où ils sont informés de la limite de ces traitements et des possibles effets indésirables. Ainsi dans une étude sur les préférences des patients, dans la prise en charge de l'insomnie chronique, les auteurs ont retrouvé que la plupart des patients insomniaques, soit après qu'ils aient reçu une information sur les mesures comportementales, soit après qu'ils aient bénéficié de ce type de traitement, estimaient que les thérapies comportementales et cognitives étaient plus acceptables et plus efficace sur le long terme que la prescription médicamenteuse (65) (66).

Au manque de temps et à l'absence de formation peut s'ajouter :

Le confort de la prescription, dans la mesure où des années de prescriptions de somnifères perpétuent l'idée qu'ils sont efficaces. L'absence de mise en échec, car si un traitement médicamenteux ne marche pas, on peut toujours augmenter la dose ou bien en essayer un autre, qui lui marchera surement. Alors que des recommandations comportementales et cognitives impliquent plus le thérapeute, nécessitent du temps pour observer des résultats, dans une société qui n'a généralement pas le temps d'attendre.

## VI.4.5.Le développement des TCC-I en soins primaires nécessite l'adhésion et la motivation des patients, mais avant tout des généralistes convaincus par ces méthodes et qui s'investissent

Un confrère a réalisé en 2009, un travail très intéressant sur l'impact de deux conférences d'une heure et demi chacune, traitant des troubles du sommeil et de leur prise en charge (67).

L'objectif était d'inciter les patients à consulter leur médecin généraliste en cas d'insomnie et de favoriser leur adhésion au traitement non médicamenteux et à la réalisation d'agenda du sommeil. Cinq médecins généralistes ont participé à cette expérience. Ils ont réalisé une éducation thérapeutique de groupe. Cette étude a montré qu'un processus éducatif faisant intervenir les acteurs locaux et les médecins de famille d'un secteur géographique donné, permettait d'obtenir des changements de comportements et une amélioration de la qualité de sommeil chez les participants à moyen terme.

Ce travail met en avant, que des médecins informés sur ces thérapeutiques, convaincus de leur efficacité et qui s'impliquent dans ce type de prise en charge peuvent améliorer la prise en charge initiale des patients insomniaques.

Il soulève également une question, qui se pose dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques, nécessitant une éducation thérapeutique des patients : la prise en charge de l'insomnie chronique par TCC-I, doit-elle s'envisager en thérapie de groupe, plutôt qu'en thérapie individuelle, afin qu'elle puisse s'intégrer, plus facilement dans l'emploi du temps surchargé des médecins ? Ce type d'organisation, ne peut cependant, à ce jour, s'envisager que dans le cadre de réseaux de soins, lesquels ne sont pas suffisamment nombreux pour faire face à la prévalence des patients insomniaques. De plus, l'application des TCC en thérapie de groupe n'est pas plus efficace, que l'apprentissage en thérapie individuelle (68).

#### VI.5. Limites du travail

#### VI.5.1.Mode d'envoi du document

L'envoi par courrier a été un élément limitant dans la diffusion du guide. D'une part en raison du coût de l'impression et d'autre part du fait des frais postaux pour l'envoi d'un tel document.

Il aurait pu être envoyé à un plus grand nombre de médecins si l'envoi avait été fait par mail. Mais je ne disposais pas de l'adresse mail de tous les médecins ; de plus, il n'est pas sûr que les médecins auraient ouvert le mail, ou bien encore ouvert la pièce jointe. A mon sens, il était important que le guide ait une réalité physique, qu'il puisse être feuilleté, manipulé, que sa présence s'impose au médecin.

#### VI.5.2.Choix des médecins

Concernant le mode d'exercice, 54% des médecins de l'étude ont déclaré travailler en groupe et 46% dans un cabinet isolé. Ces proportions sont proches de celles observées auprès de l'ensemble des omnipraticiens d'Ile-de-France. Avec cependant une répartition inverse de celles observées dans une enquête de la DREES en 2003, qui retrouve que 39% des omnipraticiens exerçaient en groupe et que 53% exerçaient seuls.

Lorsque l'on compare entre les médecins enseignants et non enseignants l'exercice en groupe prédomine pour les premiers (62%) alors que pour les seconds l'exercice seul prédomine (40% exercent en groupe).

On peut expliquer cette différence par le mode de choix des médecins ayant participé à l'étude. Il y a une surreprésentation des médecins enseignants dans notre groupe, liée au mode de recrutement. Les médecins auxquels le questionnaire a été envoyé, ont été choisis d'une part parmi des médecins enseignants de la faculté Paris VII et d'autre part parmi des généralistes dont les coordonnées ont été trouvées sur les pages jaunes. Afin que l'échantillon puisse être mieux représentatif sur ce point, il aurait fallu choisir l'ensemble des médecins au hasard parmi les pages jaunes et leur demander ensuite dans le questionnaire, s'ils étaient enseignant ou pas au sein d'une faculté de médecine.

#### VI.5.3. Faible taux de participation

En raison du faible taux de réponses, il est difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes d'Ile-de-France. Malgré tout, si l'on compare les caractéristiques socio-démographiques, notre échantillon est représentatif concernant l'âge, le sexe et le temps de consultation. Parmi les médecins ayant répondu, 65% sont des hommes et 35% sont des femmes, ce qui est proche de la répartition retrouvée en 2009 dans la population des médecins généralistes d'Ile-de-France : avec 67% d'hommes et 33% de femmes.

50% des médecins ayant répondu ont 55ans ou plus, ce qui se rapproche de la proportion retrouvée pour l'ensemble des médecins d'Ile-de-France (46%). L'âge moyen des répondants est de 54 ans. L'âge moyen des médecins généralistes de la région était estimé à 53 ans dans le dernier rapport de l'ordre des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Concernant le temps moyen de consultation, la majorité des médecins a un temps de consultation compris entre 15 et 20 minutes, ce qui correspond à la moyenne des généralistes

français, dont la durée moyenne de consultation a été évaluée en 2002 par la DREES à 16 minutes.

#### VI.5.4. Mode de recueil des résultats

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auto-administrés, de ce fait les informations peuvent être touchées par le biais de désirabilité. Pour avoir des données qui ne soient pas influencées par ce biais, il aurait fallu faire un recueil d'informations en se basant sur les dossiers médicaux des patients.

### VI.6. Perspectives pour une utilisation et une évaluation à grande échelle

#### VI.6.1. Modifications que l'on pourrait apporter au guide

#### VI.6.1.1. Sur la taille du document, la mise en page et la présentation

Concernant la densité de l'ouvrage, seuls trois médecins ont effectué des commentaires. L'un d'eux a trouvé que le guide était " trop dense". A l'inverse deux médecins ont précisé que le guide était, pour le premier : "simple, claire, rapide et que les chapitres étaient faciles à trouver" et pour le deuxième "concis et agréable à consulter". Je pense que du point de vue de la quantité d'informations contenues dans le guide, il n'y a pas de modifications à apporter.

Par contre, certaines modifications sur l'agencement, la présentation des notions peuvent être améliorées. En se basant sur les commentaires libres du questionnaire et des propositions pour améliorer ou compléter le guide.

Les propositions portant sur la forme ont été :

- " Mettre des résumés. Insister sur les points pratiques."
- " Faire une fiche de synthèse à distribuer aux patients."

Sur ce deuxième point, le site internet vient compléter le guide papier en permettant aux médecins d'imprimer des fiches-patients. Pour chacune des mesures thérapeutiques, il est possible de cliquer sur l'item, pour faire apparaître la fiche-patient et l'imprimer.

### VI.6.1.2. Sur le choix des chapitres

Il serait peut être nécessaire d'insister plus sur les bénéfices prouvés des TCC-I sur le sommeil, en citant des références d'études ayant prouvées l'efficacité de ces mesures, dans un chapitre à part.

D'autre part, même si le guide a été voulu dédié aux TCC-I, il serait probablement intéressant d'ajouter un chapitre pour guider les médecins dans la réalisation d'un sevrage des benzodiazépines. En effet, les médecins sont confrontés à de nouvelles plaintes d'insomnie, chez des patients "vierges de tout traitement hypnotique", pour lesquelles ils peuvent appliquer les mesures comportementales et cognitives après une évaluation des troubles. Mais ils suivent aussi bon nombre de patients insomniaques qui sont déjà sous somnifères, parfois depuis longtemps et pour lesquels il faudra, en plus de l'application des TCC-I, réaliser un arrêt progressif des benzodiazépines. La HAS a édité en octobre 2007 une synthèse des recommandations professionnelles pour l'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé, qui pourrait servir de base pour la rédaction de ce chapitre.

### VI.6.2. Augmenter l'impact du guide sur les généralistes : association à une FMC

Ce guide a le mérite de diffuser auprès des médecins généralistes les connaissances actuelles sur les mesures de thérapies comportementales et cognitives de l'insomnie. Il a été conçu et relu à la fois par un médecin généraliste et un spécialiste, ce qui permet d'avoir une double approche. Celle du spécialiste, qui gère quasi-exclusivement au quotidien des patients présentant des troubles du sommeil et entre autre l'insomnie. Son expérience a servi à définir les éléments importants devant figurer dans le guide et à les expliquer, le plus justement possible. L'expérience de la médecine générale, a elle permit d'essayer de simplifier les explications et d'essayer de sélectionner les points qui semblaient les plus applicables en médecine générale.

Il n'en demeure pas moins, qu'un document écrit apporte des connaissances, mais qu'il n'est pas en mesure de répondre aux questions que son contenu peut susciter auprès du lecteur. Comme certains médecins l'ont fait remarquer, il n'est pas possible d'aborder la TCC-I par cette seule source d'information. On pourrait envisager que ce document soit distribué à la fin d'une formation médicale continue, aux participants, afin de garder une trace et un outil auquel il puisse se référer à distance de la formation. Cette démarche permettrait probablement d'augmenter l'usage du guide. Une étude récente a déjà permis de montrer que les médecins généralistes parvenaient à appliquer efficacement les mesures de contrôle du stimulus, après une formation initiale de 3 heures (49). Aussi pratique qu'il soit, un guide papier reste souvent trop théorique, et sans possibilité d'échange.

### VI.6.3.L'informatique est-elle à privilégier par rapport au support papier?

Il est difficile de trouver l'outil idéal qui convienne à tous les médecins et il n'existe probablement pas. L'approche doit donc être multiple (guide d'information papier, support informatique, fiches patient à remettre en consultation, site Internet interactif, soirée FMC, recommandations des hautes autorités de santé), de sorte que l'on puisse toucher le maximum de médecins et par voie de conséquences de patients. Il y a peut-être aussi une question de génération : les jeunes médecins sont habitués à se former et à pouvoir chercher des informations via Internet ; ils ne sont plus habitués aux dossiers papiers, de ce fait l'outil informatique est probablement, le plus adapté pour eux. A l'inverse les médecins plus âgés ne sont pas tous formés ou équipés pour recourir aux outils informatiques, les documents papiers et les formations orales sont alors probablement plus adaptées.

### VII. Conclusion

Le médecin généraliste est très souvent le premier interlocuteur des patients se plaignant d'insomnie (8). La prise en charge adaptée de ce trouble, fréquent au sein de la population générale et dans la patientèle des généralistes, est limitée par deux points essentiels : l'absence de formation de ces derniers sur l'utilisation et l'efficacité des mesures de TCC-I ; le manque de temps ou peut-être plutôt, la non réalisation de consultations dédiées au traitement de l'insomnie. Face à ce constat, les généralistes interrogés, souhaitent être plus formés sur les outils d'évaluation de l'insomnie (13).

Le guide que nous avons réalisé tente de répondre au premier point : il met à la disposition des généralistes, de façon claire et synthétique, les connaissances validées sur les TCC-I et les outils d'évaluation de l'insomnie. Il fait entrer la TCC-I dans les cabinets médicaux des généralistes, y compris ceux qui n'avaient jamais entendu parler de ces mesures. Parmi les médecins qui ont répondu aux questionnaires et utilisé le guide, on note déjà quelques changements dans les pratiques : notamment la réalisation d'évaluations des troubles du sommeil, à l'aide du questionnaire et des demandes d'agenda du sommeil.

Les généralistes semblent ouverts à la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, dans la mesure où ils sont convaincus de l'utilité et de l'efficacité des mesures. Malgré tout il est difficile de changer les habitudes de prescriptions, notamment lorsque cela implique un plus grand investissement en écoute et en temps. Ces changements passent inévitablement par une diffusion des connaissances auprès des généralistes, une formation adaptée véhiculant ces messages. Le guide seul ou le site Internet ne sont pas suffisants. Mais s'ils s'inscrivent dans une approche globale, associée à une FMC ou diffuser dans le cadre d'un réseau, il y a de forte chance que l'impact soit plus fort et que les changements s'opèrent, au bénéfice des patients.

### VIII. Bibliographie

- 1. Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Elsevier Masson. Paris, 2006 : 393p.
- 2. Perlis ML, Smith MT, Cacialli DO. On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia: Commentary and implications. J of Psych Res. 2003; 54(1):51-59.
- 3. Espie CA. Réussir à Surmonter L'insomnie et les Problèmes de Sommeil. Interéditions Dunod, Paris, 2008 : 213p.
- 4. Rédaction Prescrire. Plainte de mauvais sommeil : autant que possible éviter les somnifères. Rev Prescrire. 2008; 18(292):111-18.
- 5. Verdure-Poussin A., Weber J. Troubles du sommeil : un motif de consultation à part entière. Rev Prat Med Gen. 2001; 15(550):1787-1801.
- 6. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. J of Sleep Res. 2000; 9(1):35-42.
- 7. Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. Encephale. 2004; 30(3):222-227.
- 8. Léger D, Allaert F A, Massuel M A. La perception de l'insomnie en médecine générale Enquête auprès de 6043 médecins généralistes. Presse Méd. 2005; 34(19-C1):1358-1362.
- 9. Hohagen F, Rink K, Käppler C, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. Eur Arch Psych Clin Neurosci. 1993; 242(6):329-336.
- 10. Billiard M, Dauvilliers Y. Insomnie. EMC Neurologie. 2004;1(3):209-222.
- 11. Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. Sleep. 1999 1; 22 Suppl 2:S394-401.
- 12. INPES. Les français et leur sommeil. INPES; 2008. http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf
- 13. Baillargeon L, Demers M. Enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens. Can Fam Phys. 1996; 42:426-432.
- 14. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psych. 1994; 151(8):1172-1180.

- 15. Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. Can Fam Phys. 1997; 43:290-296.
- 16. Sateia M, Nowell P. Insomnia. The Lancet. 2004; 364(9449):1959-1973.
- 17. Rédaction Prescrire. L'insomnie : Les traitements cognitifs et comportementaux, alternative aux médicaments. Rev Prescrire. 1998; 18 (181) : 133-35.
- 18. Spielman A, Saskin P, thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Sleep. 1987; 10(01):45-56.
- 19. Friedman L, Bliwise DL, et al. A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. J Gerontol. 1991; 46(1):P1-8.
- 20. Vincent N, Lewycky S, Finnegan H. Barriers to engagement in sleep restriction and stimulus control in chronic insomnia. J Consult Clin Psychol. 2008; 76(5):820-828.
- 21. Walsh JK, Krystal AD, et al. Nightly Treatment of Primary Insomnia With Eszopiclone for Six Months: Effect on Sleep, Quality of Life, and Work Limitations. Sleep. 2007; 30(8):959-968.
- 22. Blais D, Pharm B, Pharm LPB. Benzodiazépines: dépendance et approche thérapeutique pour un retrait graduel. Can Fam Phys. 1987; 33: 2545-2548.
- 23. Victorri-Vigneau C, Dailly E, et al. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. Br J Clin Pharmacol. 2007; 64(2): 198-209.
- 24. Sharpley A, Cowen P. Effect of pharmacologic treatments on the sleep of depressed patients. Biological Psychiatry. 1995; 37(2):85-98.
- 25. Rédaction Prescrire. Plainte d'insomnie chez les adultes. Rev Prescrire. 2009 ; 29(313):1-6.
- 26. Rédaction Prescrire. Rameltéon et insomnie : demande d'AMM retirée, tant mieux pour les patients. Rev Prescrire. 2009; 29(305):179.
- 27. Rédaction Prescrire. Mélatonine et troubles du sommeil : pas mieux qu'un placebo. Rev Prescrire. 2006; 26(274):526.
- 28. Rédaction Prescrire. Insomnie : non aux placebos à risque. Rev Prescrire. 2008; 28(296):406-409.
- 29. Buscemi S, Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction. BMJ: 2006; 332(7538):385.
- 30. Rédaction Prescrire. Plainte d'insomnie : une place pour la phytothérapie traditionnelle. Rev Prescrire. 2005; 25(258):110-114.

- 31. Nowell PD. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. JAMA. 1997; 278(24):2170-77.
- 32. Smith MT, Perlis ML. Who is a candidate for cognitive-behavioral therapy for insomnia? Health Psychol. 2006; 25(1):15-19.
- 33. Smith MT, Perlis ML, et al. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. Am J Psych. 2002;159(1):5-11.
- 34. Morin CM, Bootzin RR, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). Sleep. 2006;29(11):1398-1414.
- 35. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. Sleep. 1999; 22(8):1134-1156.
- 36. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al.. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA. 2001; 285(14):1856-1864.
- 37. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA. 1999; 281(11):991-999.
- 38. Morin CM. Combined therapeutics for insomnia: should our first approach be behavioral or pharmacological? Sleep Med. 2006; 7 Suppl 1:S15-19.
- 39. Morin CM, Vallières A, Guay B, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. JAMA. 2009; 301(19):2005-2015.
- 40. Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? Sleep. 1997; 20(12):1111-1118.
- 41. Leigh JP. Employee and job attributes as predictors of absenteeism in a national sample of workers: the importance of health and dangerous working conditions. Soc Sci Med. 1991; 33(2):127-137.
- 42. Marchini EJ, Coates TJ, et al. What do insomniacs do, think, and feel during the day? A preliminary study. Sleep. 1983; 6(2):147-155.
- 43. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, et al. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. Can Fam Phys. 2001; 47:759-767.
- 44. Léger D, Guilleminault C, Bader G. Medical and socio-professional impact of insomnia. Sleep. 2002; 25(6):625-629.

- 45. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? JAMA. 1989 Sep 15;262(11):1479-1484.
- 46. Avidan AY, Fries BE, et al. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(6):955-962.
- 47. Sateia M, Morin C, Hauri PJ. Evaluation of chronic insomnia: an american academy of sleep medecine review. Sleep. 2000; 23(2):243-308.
- 48. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. Sleep. 2003; 26(2):177-182.
- 49. Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. Can Fam Physician. 1998; 44:73-79.
- 50. Barbier ML. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale : évaluation des pratiques professionnelles avant et après publication d'une recommandation de pratique clinique. Thèse de médecine. Lyon. 2009
- 51. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseils concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Thèse de médecine. Paris 2007
- 52. IDS France. Médecins / pharmaciens et l'information de santé. Rapport d'étude.2003; http://www.leciss.org/uploads/tx\_cissdocuments/250303\_patients.pdf
- 53. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? Arch. Intern. Med. 2001;161(5):706-713.
- 54. Little P, Dorward M, Warner G, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. BMJ. 2004; 328(7437):441.
- 55. Guay B, Morin C. Comment évaluer un problème d'insomnie ? Le médecin du Québec. 2002; 37(9):97-109.
- 56. Hajak G. Insomnia in primary care. Sleep. 2000; 23 Suppl 3:S54-63.
- 57. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. 2002; 6(2):97-111.
- 58. Varsat B, Gamble H, Touchette E, et al. Dépistage de l'insomnie et comorbidités chez les plus de 40 ans en médecine préventive. Poster. Congrès du sommeil. Marseille : 2009.
- 59. Vappou RQ. Prise en charge de l'insomnie de l'adulte par le médecin généraliste : enquête auprès de médecins généralistes et de patients dans l'Est parisien. Thèse de médecine; Paris.

- 2005; 89p
- 60. Lecadet J, Vidal P. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Rev Med Ass Maladie. 2003; 34(2):75-84.
- 61. Gauriau C, Raffray T, et al. Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. Presse Méd. 2007 ; 36(12, Part 1):1721-1731.
- 62. Rabourdin-Frin N. Réalisation et évaluation d'un guide pratque de l'insomnie en médecine générale. Thèse de médecine. Nantes. 2004; 74p
- 63. Kitching JB. Patient information leaflets--the state of the art. J R Soc Med. 1990; 83(5):298-300.
- 64. URML-PACA. Pratique des médecins généralistes en PACA en matière de préventio et opinions sur les réformes du système de santé. 2006; (23) : 24-27.
- 65. Norah V, Lionberg C. Treatment Preference and patient satisfaction in chronic insomnia. Sleep. 2001; 24(04):411-417.
- 66. Morin CM, Gaulier B, Barry T, Kowatch RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. Sleep. 1992; 15(4):302-305.
- 67. Hullar J. Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en oeuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte. Thèse de médecine. Nancy. 2009; 94p
- 68. Verbeek IH, Konings GM. Cognitive behavioral treatment in clinically referred chronic insomniacs: group versus individual treatment. Behav Sleep Med. 2006; 4(3):135-151.

### IX. Annexes.

### IX.1. <u>Annexe 1 : le guide</u>

Ci-dessous, vous trouverez un exemplaire du guide tel qu'il a été envoyé aux 110 médecins de l'étude.

Guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte, Al'usage du médecin généraliste



consultes. L'insomnie est un problème de santé fréquent, pour lequel vous êtes souvent

que la thérapie comportementale et cognitive (TCC) de l'insomnie est une méthode qui a de son efficacité à long terme, avec de surcroît des effets indésirables notables, tandis La prescription d'hypnotiques, parfois utile à court terme, n'a pas à ce jour fait la preuve sommeil qu'en médecine de ville. fait ses preuves, au cours d'études scientifiques, tant dans les centres spécialisés du

De plus, les bénéfices cliniques démontrés persistent à moyen et long terme.

en charge que les insomnies sévères, rebelles ou en échec au traitement. (recommandations HAS 2006) et que les centres du sommeil ont vocation à ne prendre C'est un traitement actuellement sous-utilisé par les généralistes, alors que c'est l'approche recommandée, en première intention, devant une insomnie chronique

l'insomnie, pour vous permettre ensuite de proposer ce traitement à vos patients. Ce guide a pour objectif de vous fournir un certain nombre de notions sur la TCC de

- L'hygiène du sommeil,
- Le contrôle du stimulus (CS),
- La restriction du sommeil (RS),
- La thérapie cognitive,

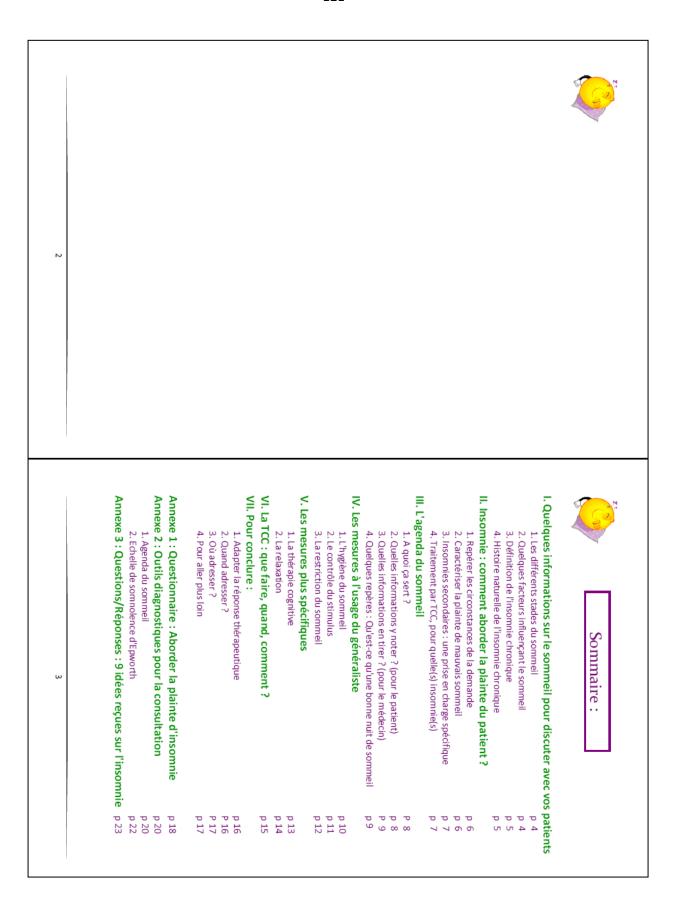
La relaxation.

condition d'avoir reçu une information minimale à ce sujet. Le médecin généraliste peut facilement s'approprier les trois premières mesures. Il peut y recourir pour ses patients, dans le cadre de sa consultation, à

grande disponibilité pour être appliquée. plus difficile ; elle nécessitera probablement une formation plus approfondie et une plus L'utilisation de la thérapie cognitive et de la relaxation semble également possible mais

consultation pour un autre motif, il est souhaitable de prévoir une consultation dédiée. Par la suite, on définira avec le patient les objectifs qui guideront le traitement. évaluation initiale du problème. Même si la demande est abordée à la fin d'une En pratique, il faut se donner le temps d'une consultation à part entière, pour faire une

du temps pour retrouver un sommeil correct. Un suivi de plusieurs semaines est toujours nécessaire. De même que l'insomnie chronique s'est installée progressivement, il faut généralement





## discuter avec vos patients Quelques informations sur le sommeil, pour

## 1. Les différents stades du sommeil

évoluer au cours de la nuit (cf. encadré). Chaque cycle comporte tous les stades de sommeil, mais la répartition de ceux-ci va Il se structure en cycles : 4 à 6 par nuit, d'une durée allant de 60 à 90 minutes chacun. Le sommeil est constitué de plusieurs stades qui se succèdent au cours d'une nuit

Stade 2 : sommeil lent léger : il occupe la moitié de la durée totale de sommeil Sommeil paradoxal (SP): il correspond aux rêves et augmente en fin de nuit. Stade 3 et 4 : sommeil lent profond (SLP). Plus important en 1 ere partie de nuit Stade 1 : phase d'endormissement : transition entre l'éveil et le sommeil.

sommeil, en ordonnée, en fonction du temps, en abscisse La succession des différents stades du sommeil, au cours de la nuit, se représente sous la forme d'un hypnogramme (figure ci-dessous). On peut y voir les différents stades de



# 2. Quelques facteurs influençant le sommeil

- 6h30 sans en être gêné et les "longs dormeurs" qui dorment entre 9 et 10h30. Ce sont des dormeurs moyens. Il existe des "courts dormeurs" qui dorment entre 4 et ■ La génétique : En moyenne les adultes dorment entre 7 et 8h30 par nuit.
- sommeil. Plus la période de veille est longue, plus le besoin de dormir sera impérieux et le sommeil profond (SP) plus important. C'est ce que l'on appelle " la pression de La durée de l'éveil précédant le sommeil : Phénomène de régulation du
- qualité. d'endormissement s'allonge, donnant l'impression d'un sommeil de moins bonne durée des éveils nocturnes augmentent, les siestes se font plus courantes, le délai L'âge: Avec l'âge le sommeil profond et paradoxal diminuent, le nombre et la

4



### 3. Définition de l'insomnie

L'insomnie se définit par l'association :

nocturnes) ou réveil matinal précoce, D'une plainte nocturne : difficulté d'endormissement, de maintien du sommeil (éveils

D'une plainte diurne : dysfonctionnement social, familial ou professionnel

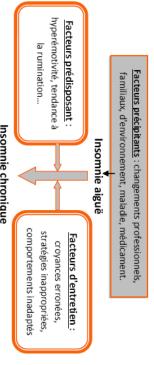
de 3 mois. Elle est dite chronique si les troubles surviennent plus de 3 fois par semaine, depuis plus

trouble du sommeil (Syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques sommeil médicament/de toxiques ou toutes autres pathologies susceptible de perturber le de jambe, syndrome d'apnées du sommeil), trouble psychiatrique, prise de On parle d'insomnie primaire psychophysiologique quand il n'y a pas d'autre

consultent spécifiquement pour ça. plus de 18 ans. 47% des insomniaques profitent d'une consultation pour un autre motif pour évoquer leur problème de sommeil. En corollaire, seulement 20% d'entre eux ■ En France, la prévalence de l'insomnie est estimée à 19% chez les adultes de

# 4. Histoire naturelle de l'insomnie chronique psychophysiologique

mettre en place, favorisant l'installation de l'insomnie chronique. Après 2 à 3 semaines de difficultés à s'endormir, le cercle vicieux de l'insomnie peut se



### Insomnie chronique

facteurs déclenchants, initialement maximale va laisser place aux facteurs d'entretien facteurs d'entretien va favoriser l'installation de l'insomnie chronique. La part des du mauvais sommeil) qui vont perpétuer l'insomnie. (temps excessif passé au lit, efforts exagérés pour s'endormir, crainte des conséquences facteur déclenchant. L'existence de facteurs prédisposants et la mise en place de Un épisode d'insomnie aiguë peut arriver à tous et survient toujours à la suite d'un



## patient? II. Insomnie : comment aborder la plainte du

## 1. Repérer les circonstances de la demande

- charge et de planifier les consultations suivantes. consultation vous permettra de définir avec le patient les objectifs de la prise en peuvent bénéficier des traitements non médicamenteux. Cette première faire l'évaluation initiale des caractéristiques de l'insomnie et repérer les patients qui Il s'agit de la demande principale : Vous êtes dans les conditions idéales pour
- l'agenda du sommeil que le patient pourra remplir d'ici la prochaine consultation. Proposez une nouvelle consultation dédiée aux problèmes de sommeil et remettez consultation : Il est essentiel de ne pas céder à la prescription d'hypnotiques. Il s'agit d'une demande associée, le problème est abordé en fin de
- ne sera envisagée qu'en cas d'insomnie aiguë. La prescription d'un hypnotique (zopiclone, zolpidem), sur une courte durée,

## 2. Caractériser la plainte de mauvais sommeil de vos patients. (Questionnaire détaillé dans l'annexe 1)

patient qui peuvent accentuer les troubles du sommeil (Q4, Q 10 et Q11). initiale responsable d'une insomnie secondaire (Q 6 à Q 9) et les habitudes de vie du à identifier les facteurs déclenchants (Q 5), l'existence éventuelle d'une pathologie Le questionnaire vous aidera à confirmer le diagnostic d'insomnie chronique (Q f 1 à Q f 3),

- Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir?
- Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ? Q 2. Est-ce-que cette insomnie à des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?
- Q 4. Avez-vous un rythme de vie, de travail décalé?
- Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie ?
- envahissent votre quotidien? Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'angoisse qui
- Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de difficultés de sommeil? Q 7. Avez-vous constaté ou vous a-t-on rapporté d'autres troubles associés à vos
- Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels susceptibles

de favoriser une insomnie ?)

6

thé, des drogues? Q 10. Consommez-vous de façon régulière des excitants : tabac, alcool, café,

- Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil?
- insomnie? Avez-vous déjà entrepris quelque chose par vous-même? Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre

# 3. Insomnies secondaires : une prise en charge spécifique

Les maladies organiques: Proposer ou adapter le traitement étiologique. Recourir aux hypnotiques si nécessaire, temporairement En cas d'échec, adresser à un centre du sommeil pour une prise en charge spécialisée.	<b>Les médicaments :</b> Envisager l'arrêt si possible	Les troubles psychiatriques: Proposer un traitement spécifique ou adresser au psychiatre.	Les troubles spécifiques du sommeil: Prendre un avis spécialisé en centre du sommeil (voir p18-19 : quand et où adresser?)
<ul> <li>- Maladie neuro-dégénérative,</li> <li>- Douleur,</li> <li>- RGO, pathologie ulcéreuse,</li> <li>- Pathologie cardiovasculaire, bronchopulmonaire.</li> </ul>	De nombreux médicaments peuvent favoriser les troubles du sommeil. Il faut lister et vérifier toutes les prises médicamenteuses.		<ul> <li>Syndrome des jambes sans repos et syndrome des mouvements périodiques nocturnes de jambes (SJSR, MPJ),</li> <li>Syndrome d'apnées du sommeil (SAS).</li> </ul>

même une fois sa cause disparue, on parle alors d'insomnie comorbide Remarque : une insomnie secondaire peut persister et évoluer pour son propre compte,

# 4. Traitement par TCC, pour quelle(s) insomnie(s)?

- Les insomnies chroniques psychophysiologiques
- Les insomnies comorbides



## III. L'agenda du sommeil

### 1. A quoi ça sert?

sommeil. C'est un outil subjectif. En début de prise en charge, il permet d'obtenir la perception que le patient a de son

qualité, de la quantité de sommeil ? Quelle est la consommation de médicaments ?) ajuster les mesures cognitives : restriction du sommeil. (Y-a-t'il une amélioration de la Une fois le traitement débuté, il aide à suivre les changements du sommeil, pour mieux

### IMPORTANT

L'agenda du sommeil n'est pas un outil de précision !

Il est important de dire à vos patients de ne pas regarder le réveil toute la nuit ! Les heures peuvent être notées avec une approximation de 15 min.

# 2. Quelles informations y noter? (pour le patient)

intéressant de comparer les agendas du sommeil entre périodes de travail et vacances). mieux cerner les caractéristiques et les variations de leur sommeil (il peut être Vous demanderez à vos patients de le remplir sur une période initiale de 15 jours, pour Vous leur donnerez les consignes suivantes :

- Notez une flèche vers le bas pour l'heure de coucher, Le matin au réveil, parce qu'il est alors plus facile de se rappeler de la nuit
- Notez une flèche vers le haut pour l'heure de lever,
- En cas d'éveils nocturnes laissez un blanc,
- Hachurez les zones correspondant aux heures de sommeil estimées,

- Notez la qualité du sommeil et de l'éveil selon les degrés suivants : Notez si vous avez pris un médicament,

Très Bien/Bien/Moyen/Mauvais/Très Mauvais.

- Le soir, en cas de sieste faite dans la journée :
- Hachurez la zone correspondante,
- Notez par un S si vous avez eu des moments de somnolence.

œ



# 3. Quelles informations en tirer? (pour le médecin)

A partir de cet agenda vous pourrez repérer :

- et l'heure d'endormissement), Le délai d'endormissement moyen (défini par le temps écoulé entre l'heure de coucher Les horaires habituels de coucher et de lever (en semaine, en week-end),
- La fréquence des éveils nocturnes et leur durée estimée
- ne correspond pas forcément au temps de sommeil réel, Le temps passé au lit (temps écoulé entre l'heure de coucher et l'heure de lever et qui
- Le temps de sommeil moyen
- L'existence d'un réveil matinal précoce
- La fréquence des troubles du sommeil

La prise d'hypnotiques et la fréquence des prises

de définir les objectifs du traitement.

Vous serez alors en mesure d'établir les valeurs moyennes des constantes mesurées et

période donnée (par exemple sur 15 jours) Vous pourrez notamment calculer l'efficacité du sommeil de votre patient, sur une

Elle se définie par : Temps de sommeil moyen x 100%

Temps passé au lit (TL)

Elle permet de suivre la qualité du sommeil et d'adapter le traitement, notamment dans le cadre de la restriction du sommeil. (Chapitre IV.1)

Vous trouverez en annexe un exemplaire d'agenda du sommeil pour vos patients.

# 4. Quelques repères : qu'est-ce qu'une bonne nuit de sommeil?

- Délai d'endormissement : 20 à 30 minutes
- Temps de sommeil : 6 à 9 heures.
- Durée de sommeil par rapport au temps passé au lit ou efficacité du sommeil ≥
- Total des éveils nocturnes < 20 minutes.
- Nombre de cycles de sommeil par nuit : 4 à 6. (ne peut être évalué que sur un enregistrement polysomnographique)



# IV. Les mesures à l'usage du généraliste

### 1. L'hygiène du sommeil

Certaines habitudes de vie peuvent perturber le sommell. La modification de ces facteurs, en complément des autres mesures de la TCC, pourra consolider le sommell. Voici les principaux conseils que vous pouvez donner à vos patients :

- Ne consommez pas de caféine (thé, café, soda, coca-cola) dans les quatre à six heures qui précédent le coucher.
- Evitez de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes.
   La nicotine est un stimulant. Fumer au moment des éveils nocturnes majore ces éveils.
- Evitez l'alcool au repas du soir. L'alcool est un dépresseur qui peut favoriser l'endormissement, mais fragmente le sommeil et favorise les éveils nocturnes.
- Gardez votre chambre à coucher calme et obscure.
- Evitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher. Le corps humain régule en permanence sa température à un niveau stable (37°C). Si la température externe est trop chaude ou trop froide, les réactions physiologiques nécessaires au maintien de cette température peuvent perturber le sommeil. La température idéale de la chambre est de 18-19°C.
- Préférez un dîner léger, mais ne vous couchez pas en ayant faim.
   Une alimentation riche en glucides lents favorise le sommeil.
- Pratiquez une activité physique régulière en début de soirée. Le sport favorise l'endormissement, diminue les éveils nocturnes et augmente le sommeil à ondes lentes qui est le plus réparateur. Toutefois attention, il ne doit pas être pratiqué dans les 4 heures qui précèdent le coucher.
- Placez votre réveil de manière à ne pas le voir.
   L'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration
- Favorisez les activités relaxantes au moins 1 heure avant le coucher pour préparer le sommeil. Mettez de côté les problèmes de la journée. La détente physique et morale favorisera l'endormissement.

10



## 2. Le contrôle du stimulus : CS

Le contrôle du stimulus va renforcer le **lien entre le lit et le sommeil.** réassocie la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec l'éveil 'appréhension de l'insomnie.

e

Les conseils à donner à vos patients :

- Couchez-vous uniquement lorsque vous ressentez le besoin de dormir. Repérez les signaux de somnolence : bâillements, sensation de refroidissement, frottement des yeux, tendance à s'assoupir...
- 1 heure avant le coucher, marquez une transition entre l'éveil et le sommeil, développez une routine, un rituel avant de vous mettre au lit (lavage des dents, se mettre en pyjama, vérifications de la maison...).
- Le lit ne doit être utilisé que pour dormir et pour les rapports sexuels... Vous ne devez pas lire, manger, regarder la télévision ou parler au téléphone dans votre lit.
- Si vous ne parvenez pas à vous endormir au bout de 20 à 30 min, levez-vous, allez dans une autre pièce, débutez une activité relaxante (lecture, écoute de musique douce, préparation d'une boisson chaude). Restez dans une ambiance lumineuse faible. Quand la somnolence réapparaît, retournez dans le lit. Cette mesure doit être répêter autant de fois que nécessaire, notamment en cas d'éveils
- N'essayez pas de vous endormir à tout prix. Cela entraîne une activation des pensées et majore l'anxiété de performance.

nocturnes.

- Réglez votre réveil-matin et levez-vous à la même heure tous les jours, quelles que soient l'heure d'endormissement de la veille et/ou la durée de sommeil de la nuit précédente.
- Ne faites pas de sieste de plus de 30 minutes

### OBJECTIFS

1. Réassocier la chambre à coucher avec le sommeil.

Régulariser le cycle veille sommeil.



## 3. La restriction du sommeil : RS

meilleure adéquation entre le temps de sommeil réel et le temps passé au lit. augmenter l'efficacité du sommeil (cf. chapitre III.3). Cette mesure favorise une La RS utilise "la pression de sommeil" pour favoriser l'endormissement et Les insomniaques passent généralement trop de temps au lit sans dormir.

continuité du sommeil plutôt que la quantité. en place. Cette technique va dans un premier temps améliorer la profondeur et la La motivation et l'encouragement de vos patients seront indispensables pour la mettre

- En pratique, vous allez définir :
- jours, de sorte que le temps passé au lit se limite au temps réel de sommeil. La durée moyenne de sommeil : définie grâce à l'agenda du sommeil rempli sur 15
- de la journée (horaire d'arrivée au bureau). Elle doit être constante, y compris le WE. L'heure de lever : Définie en fonction de l'heure habituelle de réveil et des impératifs Le temps de sommeil prescrit ne peut être inférieur à 5 heures

On parle aussi de "seuil horaire de coucher" : C'est l'heure à partir de laquelle le patient L'heure du coucher : Elle est égale à l'heure de lever – le temps de sommeil moyen.

pourra se coucher, à condition d'avoir sommeil.

- L'ES étant définie par : 1. Augmenter l'efficacité du sommeil (ES), en restreignant le temps passé au lit
- Temps de sommeil total (TST) moyen x 100%

Temps passé au lit (TL)

d'efficacité de sommeil (ES) : Les horaires de sommeil seront **réévalués chaque semaine**, en fonction de l'index

couchera 15 min plus tôt) - Si ES > 85% → on augmente le temps passé au lit de 15 min (le patient se

On réévaluera ainsi chaque semaine l'ES, en ajoutant au maximum 15 min à chaque fois, récupération. jusqu'à obtenir le temps de sommeil dont le patient a besoin pour une bonne

On évalue au bout d'une semaine pour adapter le temps de sommeil - Si ES < 80% → on diminue le temps passé au lit de 15 min.

Quelle attitude adopter à l'égard de la sieste ?

Elle risque de réduire la qualité et la profondeur du sommeil la nuit suivante ! somnolence diurne excessive, elle peut être autorisée, sous condition : Cependant, si la fenêtre de sommeil autorisée lors de l'instauration de la RS entraîne une

- Avant 15 heures,
- Dans le lit, pour renforcer l'association lit-sommeil
- Pendant moins de 30 minutes

12



## V. Les mesures plus spécifiques

# 1. La thérapie cognitive de l'insomnie : quelques notions

réfléchir sur la validité de ces attitudes ou pensées et les remplacer par des attitudes plus adaptées. En quelques mots, aidez vos patients à : propos de leur insomnie. Vous pouvez les aidez à les repérer, pour les amener ensuite à Les patients insomniaques développent souvent des croyances erronées à

Garder des attentes réalistes,

- Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil
- Ne pas blâmer l'insomnie de tous leurs maux,
- Apprendre à tolérer les effets du manque de sommeil
- Ne pas tenter de dormir à tous prix
- les principales croyances et attitudes erronées

### "Je dois dormir 8 heures par nuit"

R : Tout le monde n'est pas égal face au sommeil, comme pour la taille, le poids, la dormir le nombre d'heures de sommeil suffisant pour être en forme. couleur des yeux. Le temps de sommeil varie en fonction des individus, de l'âge. Il faut

"J'ai perdu le contrôle de mon sommeil"

R : Il n'est pas possible de tout maitriser, il en va de même du sommeil. L'échec de la maîtrise risque de favoriser l'anxiété de performance qui entretient l'insomnie.

plus longtemps le matin ou en faisant la sieste" "Quand je ne dors pas suffisamment, je dois rattraper le sommeil perdu en dormant

conditionnement négatif du patient vis à vis de son sommeil. sieste quant à elle, risque d'entraîner une insomnie la nuit suivante, contribuant au temps au lit sans dormir risque de rendre le sommeil moins efficace, plus fragmenté. La R : Il n'est nécessaire de récupérer que 1/3 du sommeil perdu. De plus passer trop de

"Quand je suis irritable, anxieux ou déprimé, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit

conséquences de l'insomnie majore le sentiment de désarroi professionnelles, financières ou familiales peuvent être impliquées. L'amplification des R : L'insomnie n'est pas forcément seule en cause : le stress, les difficultés

"L'insomnie détruit ma vie."

quotidien malgré tout. d'importance. Il est important de maintenir ses activités de loisirs, la routine du R: Le sommeil ne représente que 1/3 de notre vie, il ne faut pas lui donner trop



### 2. la relaxation

Les principes :

maintien du sommeil. En diminuant les tensions musculaires, la relaxation favorise l'endormissement et le

Un entraînement régulier de 15-20 min par séance, 1 à 2 fois par jour est nécessaire au L'utilisation d'une cassette audio, pour guider les séances de relaxation du patient chez début pour acquérir la technique. (même si cela peut paraître contraignant) lui, peut être utile.

## Exemple de la relaxation musculaire progressive

Facile à apprendre, elle ne nécessite aucun équipement.

pourront ensuite l'appliquer chez eux. Au cours d'une consultation, vous pouvez apprendre cette technique à vos patients, qu'

Votre patient doit être installé confortablement.

concentrant sur sa respiration. Vous allez lui demander de respirer lentement, régulièrement et profondément, en se

de tension entre ces deux états. créer une tension. Puis "de laisser aller" ou "relâcher", pour qu'il ressente la différence contracter successivement certains groupes musculaires pendant 10 secondes, afin de Puis vous allez lui demander de se concentrer sur certaines parties de son corps, de

Pendant toute la durée de l'exercice, le patient devra inspirer et expirer lentement et

### Groupes musculaires concernés :

8. Ouvrez grand la bouche	<ol><li>Appuyez la langue au palais</li></ol>	<ol><li>Fermez les yeux forts</li></ol>	<ol><li>Froncez les sourcils</li></ol>	<ol> <li>Hausser les épaules</li> </ol>	<ol><li>Contractez les biceps</li></ol>	<ol><li>Tendez les poignets</li></ol>	<ol> <li>Serrez les poings</li> </ol>
15. Recourbez vos orteils	<ol><li>Pointez vos orteils</li></ol>	<ol> <li>Serrez les muscles de vos cuisses</li> </ol>	<ol><li>Rentrez votre ventre</li></ol>	puis expirez lentement par le nez	<ol> <li>Respirez profondément, tenez 10 s</li> </ol>	10. Cambrez le dos	9. Bougez la tête d'avant en arrière

## Faire face à certaines difficultés :

Conseiller alors une pratique quotidienne de quelques minutes, puis d'accroître En cas de handicap ou de douleurs dans une partie du corps, le patient ne progressivement la durée au cours des séances suivantes : + 5 min par semaine. La durée d'une séance peut être initialement raccourcie, si besoin.

pratiquera pas l'exercice concernant cette zone.

14



# VI. La TCC que faire, quand, comment?

cognitivo-comportemental" de Vallières A. et Morin C. dans le Médecin du Québec, 2004 'insomnie, sur plusieurs consultations, adaptée à partir du "Plan de traitement Propositions de prise en charge simplifiée, dans le cadre d'un suivi de

### Première consultation :

- Caractériser la plainte à l'aide du questionnaire (Annexe 1),
- Identifier les insomnies secondaires : traitement spécifique,
- Repérer les mauvaises habitudes de sommeil
- Proposer l'agenda du sommeil,
- Présenter la TCC au patient, programmer la consultation suivante.

### Deuxième consultation :

- Evaluer ensemble les résultats de l'agenda du sommeil
- patient, Formuler la (les) cause(s) de l'insomnie et définir les objectifs du traitement avec le
- Informer sur le sommeil "normal" et l'insomnie,
- Discuter des erreurs d'hygiène du sommeil,
- Introduire le contrôle du stimulus (CS) et la restriction du sommeil (RS)

### Troisième consultation :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Faire le point sur les mesures précédemment mises en place (CS et RS) : résultats, tolérance. Ajuster si nécessaire,
- Essayer de renforcer positivement les acquis,
- Aider vos patients à envisager l'insomnie autrement : utiliser la thérapie cognitive.

### Les consultations suivantes :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Evaluer les progrès : le ressent i du patient, les données de l'agenda du sommeil,
- stimulus, Faire les ajustements nécessaires pour la restriction du sommeil et le contrôle du
- patients à les repérer et à les changer, Poursuivre la réflexion sur les croyances et attitudes nuisibles au sommeil. Aider vos
- Recourir à la relaxation si nécessaire



### VII. Pour conclure

mesure de proposer, dès le début d'une insomnie chronique, un traitement alternatif sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil. aux somnifères, en première ligne, grâce à des mesures simples, telles que l'hygiène du qu'un psychologue ou un médecin du sommeil pourrait le faire, mais plutôt d'être en L'objectif de cette prise en charge n'est pas de réaliser une thérapie telle

de l'insomnie 1. Adapter la réponse thérapeutique en fonction des caractéristiques

# Insomnie d'ajustement (occasionnelle ou transitoire)

Il faut d'abord identifier le "stress" qui a déclenché l'insomnie.

ou bien un environnement inhabituel ou une maladie intercurrente aiguë : toux, deuil, séparation, changement de travail, grossesse, annonce d'une maladie chronique, Il s'agit généralement d'une situation nouvelle, à laquelle le patient doit s'adapter :

à la demande et sur une courte durée, en complément des mesures précédentes. psychologique, les mesures d'hygiène du sommeil et si besoin la prise d'un hypnotique, Puis aider votre patient à faire face à cette nouvelle situation. Proposer un soutien

Insomnie chronique psychophysiologique :

C'est le CERCLE VICIEUX DE L'INSOMNIE. (Chapitre I.4) L'élément déclencheur est souvent terminé, le patient a mis en place des réactions Le traitement comportemental et cognitif présenté dans ce guide prend alors toute sa conditionnées qui entretiennent l'insomnie :

Insomnie secondaire :

place.

Prendre en charge la pathologie initiale. Si les troubles persistent, passer le relais au besoin à un centre du sommeil

### 2. Quand adresser?

- Si vous suspectez une pathologie spécifique du sommeil telle que Syndrome d'Apnées du sommeil
- Syndrome des jambes sans repos Mouvements périodiques nocturnes

enregistrement polysomnographique

En cas d'insomnie sévère

d'escalade thérapeutique. En cas d'échec des mesures thérapeutiques que vous avez mises en place ou

16



pour la relaxation ou la thérapie cognitive. en charge et au suivi de l'insomnie. Si vous souhaitez adresser votre patient S'il vous est impossible de consacrer le temps nécessaire à la prise

## 3. Où adresser? (en He-de-France)

Vigilance, Hôtel-Dieu Centre du sommeil et de la

Tél: 01 42 34 82 43 1, Place du parvis Notre-Dame -Paris 4-

Fondation A. de Rothschild

25, rue Manin

Paris 19-

Fonctionnelles

5. Service de Neurologie. Explorations

47 Boulevard de l'Hôpital Sommeil, Hôpital la Pitié-Salpêtrière, 2. Fédération des Pathologies du Tél: 01 42 17 69 04 Paris 13-

**Explorations Fonctionnelles** 

Physiologiques, Hôpital Lariboisière

3 .Unité Sommeil

Somme il, Hôpital Antoine Béclère 4. Laboratoire d'Exploration du 2 rue Ambroise Paré Tél: 01 49 95 80 76 157 Av. de la Porte de -92 Clamart-- Paris 10-

51, avenue du Maréchal de Lattre de Fonctionnelles, Hôpital Henri Mondor 6. Service d'Explorations Tél : 01 49 81 26 90 -94- Créteil-

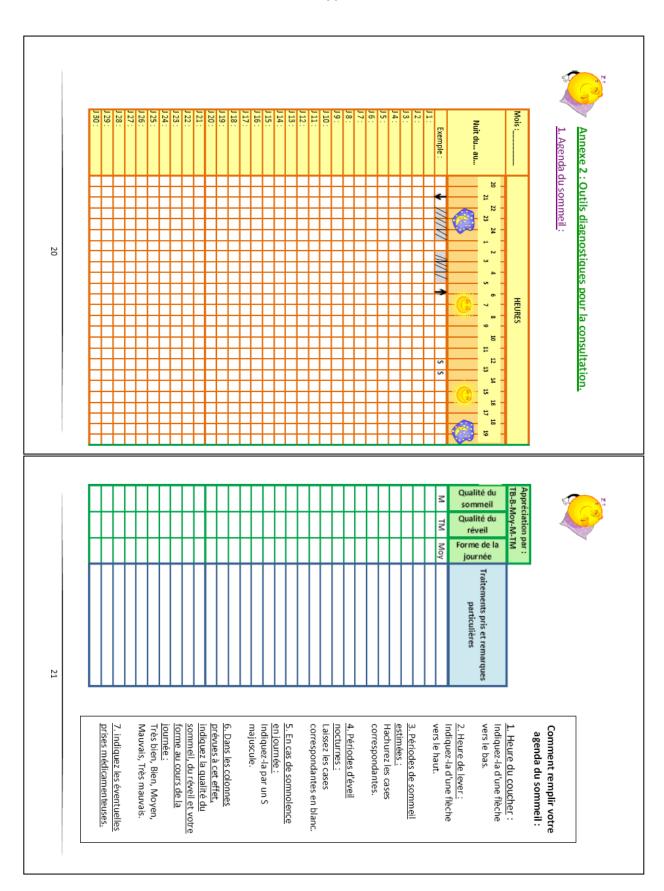
2, grande Rue Tél. : 01 47 95 64 27 Clinique du Château de Garches 7. Centre d'exploration du sommeil Réseau Morphée. -92- Garches

8. Centre du sommeil, Hôpital Bichat 46, rue Henri-Huchard Tél. : 01 40 25 84 76 -Paris 18

### 4. Pour aller plus loin

- Les Français et leur sommeil. Dossier de presse INPES 2008.
- 096FAVallieres1004.pdf) http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/octobre-2004/085l'insomnie primaire. Le médecin du Québec 2004 ; 39(10) : 85-96 (accès libre sur : Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de
- 3. Prise en charge du patient adulte se plaignant insomnie primaire en médecine générale. SFTG-HAS 2006 ; 1-143.
- 4. Espie CA. L'insomnie et les problèmes de sommeil. Votre guide pour aller mieux avec les TCC. Inter-éditions 2008; 1-117

☐ Heure de lever : en semaine _h _ en vacances _h _ ☐ Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? _ ☐ Etes-vous : Couche-tôt/lève-tôt, couche-tard/lève-tard, indifférent, ☐ Une fois couché, il vous arrive de : Lire /écouter de la musique, Regarder la télé, Travailler, Manger dans votre lit.  Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous délà entrepris quelque chose soul ?	Naissance, Déménagement. Promotion professionnelle Autre(s), précisez: Q. 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'anxiété qui envahissent votre quotidien ? Oui, précisez: Non
□ Une autre maladie : □ Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traîtements habituels) ○ Oui, précisez : ○ Non  Q 10. Consommez-vous de façon régulière : □ Tabac (nombre de cigarettes par jour : □ ), □ Alcool, vin (nombre de verres par jour : □ ), □ Café, (nombre de tasses par jour : □ ), □ Drogues (Précisez), Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ? □ Heure de coucher : en semaine _ h _ , en vacances _ h _ )	□ Plusieurs mois ou année : insomnie chronique.  Q. 4. Avez-vous un rythme de vie ou de travail décalé ?  ○ Oui, précisez : ○ Non  □ Sommeil décalé spontanément,  □ Travail de nuit,  □ Horaires de travail irréguliers : 3x8, 2x8.  □ Voyages transméridiens fréquents.  Q. 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie personnelle ou professionnelle ? (qu'ils soient positifs ou négatifs)  ○ Oui, précisez : ○ Non  □ Stress, difficultés professionnelles,  □ Deuil,  □ Conflit conjugal, familial,
Q 7. Avez-vous constaté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?  O Oui, précisez:  Ronflement, respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint,  Maux de tête au réveil,  Sensations d'Impatiences, d'agacement dans les jambes au coucher,  Mouvements des jambes pendant la nuit.  Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes au santé?  O Oui, précisez:  O Oui, précisez:  O Non  Pathologie cardiaque (notamment HTA), respiratoire,  Problèmes thyroïdiens,  Ménopause,  Des douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir,  Un reflux gastro-œsophagien,	Annexe 1 : Questionnaire, aborder la plainte d'insomnie Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir?  Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir?  Difficultés d'endormissement,  Eveils nocturnes,  Réveil matinal précoce,  Impression de ne pas dormir.  Q 2. Est-ce-que cette insomnie a des conséquences sur votre fonctionnement diurne?  O Oui, précisez :  O Vous précisez :  Vous êtes plus facilement irritable,  Vous vous réveillez fatigué le matin,  Vous êtes somnolent en journée. (Remplir l'échelle de somnolence d'Hepworth)  Vous avez des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration.  Autre(s), précisez :  Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?  Quelques nuits : insomnie occasionnelle,  Quelques semaines : insomnie transitoire,





## 2. Echelle de Somnolence d'Epworth

### **EVALUATION DE LA SOMNOLENCE**

d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter. situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques

appropriée pour chaque situation. 0= jamais d'assoupissement Pour répondre utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la

2= bonne chance de s'assoupir 1= peu de chance de s'assoupir

3= très forte chance d'assoupissement

Assis(e) en lisant un livre ou le journal

00 10 20

3

<ol> <li>Allongé(e) après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent.</li> </ol>	4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport 0 🗆 : en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption.	3. Assis (e), inactif (ve), dans un lieu public. (Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion)	2. En regardant la télévision.	
ô	b D D	0	ô	
1	? 👸	1	6	
00 10 20 30	00 10 20 30 ption.	00 10 20 30	00 10 20 30	
3	3	3	3	

Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage 6 1 20 3

Assis(e) en parlant avec quelqu'un

7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée

6 1 å

20

3

ä

20

3

Un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.

Références : Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. Sleep, 1991; 14 : 540-545

22



### l'insomnie. Annexe 3: Questions/Réponses: 9 idées reçues sur

### Q 1. Il faut dormir 8 heures par nuit

besoins de sommeil pour se sentir bien. être en forme tandis que d'autres ont besoin de 10 heures. Chacun doit identifier ses est de 7 à 8 heures, malgré tout certains n'ont besoin que de 5 heures de sommeil pour R : Le nombre d'heures de sommeil nécessaire varie en fonction des individus, de l'âge, du mode de vie. Il est vrai que dans la population générale la moyenne du temps de sommeil

## Q 2. L'alcool détend et favorise un bon sommeil.

R : L'alcool a des vertus anxiolytiques et sédatives qui peuvent favoriser

rendant le sommeil fragmenté. l'endormissement, cependant il altère le sommeil en provoquant des éveils nocturnes,

## Q 3. Après une mauvaise nuit de sommeil, je dois me coucher plus tôt pour récupérer tout le sommeil perdu de la veille.

qui risque d'entraîner des tensions, une frustration, et de favoriser une anticipation lendemain, sans avoir sommeil, vous risquez de rester éveillé à attendre le sommeil, ce R : En cas de privation de sommeil, il a été démontré que les individus n'ont besoin de anxieuse du coucher les nuits suivantes. récupérer que le tiers du sommeil perdu. De plus, si vous vous couchez plus tôt le

Il ne faut pas tenter de dormir à tout prix, vous devez vous couchez lorsque vous avez

# Q 4. Les personnes âgées ont besoin de moins dormir.

# Mes problèmes de sommeil sont liés à l'âge et je ne peux rien y faire.

R : Le sommeil évolue avec l'âge. Celui des personnes âgées contient moins de sommeil Toutes les personnes âgées ne se plaignent pas de leur sommeil, d'autres facteurs faut accepter ces changements physiologiques et adapter son sommeil en fonction. plus précoce. Dans le même temps, les siestes en journée sont souvent plus fréquentes. Il souvent "un phénomène d'avance de phase" avec un coucher trop tôt et un réveil matinal profond et est souvent plus fragmenté : éveils intra-sommeil plus fréquents. Il existe

# Q 5. Il est normal de faire la sieste après un bon repas.

peuvent donc être impliqués (cercle vicieux de l'insomnie).

R : La baisse de vigilance qui survient en début d'après-midi est liée au rythme circadien favorise le sommeil. En cas de repas riche et de prise d'alcool, cela peut accentuer l'envie du sommeil, il existe entre 13 et 15h une baisse de température physiologique qui



pour ne pas avoir d'impact sur l'envie de dormir nocturne. sommeil". Si la sieste fait partie de vos habitudes, elle doit être courte (moins de 15 min.), d'insomnie, il est préférable d'éviter les siestes, car elles réduisent "la pression du cause de cette somnolence excessive (Syndrome d'apnées du sommeil ?). En cas une sieste pour pouvoir tenir. Mais il faut alors se demander qu'elle est la Q 6. Il faut éviter les siestes dans la mesure du possible.
 R : En cas de somnolence importante en journée, il est préférable de faire

# Q 7. Mes troubles du sommeil sont liés à un dérèglement hormonal.

comportementaux qui maintiennent l'insomnie et sur lesquels il est possible d'agir déclenchant qui entraîne une insomnie aigüe ou transitoire. Si l'insomnie devient R : La ménopause peut effectivement entraîner une insomnie, mais il s'agit d'un facteur il existe certainement des facteurs d'entretiens psychologiques,

## Q 8. Un bain chaud facilite le sommeil.

pas trop chaud. En effet, le sommeil est plutôt favorisé par une baisse de la température corporelle, si le bain est trop chaud ou trop tardif, il aura plutôt tendance à retarder R : C'est vrai à condition d'être pris au moins deux heures avant le coucher et qu'il ne soit

Le bain a également des vertus relaxantes qui favorisent l'endormissement

# Q 9. Fumer avant de se coucher facilite l'endormissement.

raison du conditionnement positif qui lui est associé, fumer une cigarette favorise la détente ce qui, à l'inverse, peut aider à l'endormissement. et favorise un sommeil de mauvaise qualité, moins réparateur. Dans le même temps, en R : Le tabac est un stimulant du système nerveux : il rend l'endormissement plus difficile

Références

- Billiard M., Dauvilliers Y. Les troubles du sommell. Paris : Editions Masson 2009;
- Insonnie : Recommandation en première ligne de soins. SSMG 2005 ; 1-36.
- Espie CA. Réussir à surmorter l'insomnie et les problèmes de sommeil. Paris : Interéditions-Dunod 2008; 213 p.
- (A cas libre sur : http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/octobre Vallières A., Guay B., Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. Le médecin du Québec 2004 ; 39 (10) : 85-96.
- Prise en charge du patient adulte se plaignant insomnie primaire en médecine générale. SFTG-HAS 2006 ; 1-143. 2004/085-096FA Vallleres1004.pdf)
- Ferron K. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie dans le cadre d'un projet FAQSV. Thèse de Médecine. Bordeaux 2006. cognitive et comportementale : étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains

### Rédacteurs

- Sandie Moreau, remplaçante en médecine générale, étudiante de la faculté de médecine Paris-Di derot.
- Pr Marie Ra D'ortho, pneumologue, spécialiste des troubles du sommeil de l'hôpital Bichat, directrice de la publication du réseau HYPNOS.
- Dr Dan Baruch, médecin généraliste, enseignant du département de médecine générale de la faculté de médecine de Bichat

### Site internet

Le guide sera prochainement accessible en ligne, le site est en cours de création.

### IX.2. Annexe 2 : le site Internet

Voici un aperçu du site Internet :



### PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

Vu:

M.P. L'ONTHO

Hôpital Bichat - Claude Bernard

Physimogle - Explorations Functionnelles
Professeur Christine Clarici
A6, rue Henri Huchard
75877 PARIS Cedax 18
Tél.: 01 40 25 84 76
Tél.: 01 40 25 84 08

Vu:

Le Doyen de la Faculté de Médecine Paris 7 - Denis Diderot Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER

HOY

Vu et Permis d'Imprimer Pour le Président de l'Université Paris 7 - Denis Diderot et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

**ANNEE**: 2010

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : Moreau Sandie

PRESIDENTE DE THESE: Professeur Marie-Pia D'Ortho

### TITRE DE LA THESE:

Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France.

**RESUME** Introduction : soulager les patients insomniaques et limiter le recours aux hypnotiques en soins primaires sont deux impératifs qui ne peuvent s'appliquer que si les médecins sont en mesure de proposer une alternative thérapeutique efficace. Les TCC-I sont une des réponses possibles, elles sont d'ailleurs pour l'ASSM, à proposer en première intention dans l'insomnie chronique primaire. Leur efficacité est actuellement prouvée, mais elles demeurent peu connues des généralistes.

Objectif : réaliser un guide pour la consultation, afin d'apporter aux médecins généralistes, les connaissances sur les TCC de l'insomnie, les outils d'évaluation tels que l'agenda du sommeil, et leur permettre d'appliquer ces mesures en soins primaires. Dans un second temps, définir les pratiques des médecins généralistes dans l'insomnie de l'adulte, recueillir leur opinion sur le guide et réaliser une ébauche d'étude d'impact du guide sur les pratiques des médecins volontaires.

Méthode : l'étude concerne des médecins généralistes, exerçant en ambulatoire en Ile-de-France. Le premier temps de ce travail a consisté à réaliser, à partir des données actuelles de la science, un guide papier et numérique expliquant la prise en charge de l'insomnie par TCC-I. Le deuxième temps, a été réalisé à l'aide de deux questionnaires auto-administrés, envoyé par courrier à 110 médecins, en décembre 2010, puis aux médecins volontaires en mars 2010.

Résultats : 28 généralistes ont participé à cette étude. Ils ont tous trouvé le guide utile et adapté à leur pratique. 21 médecins (81%) ont dit qu'il leur a apporté des connaissances nouvelles. C'est donc un outil qui a sa place, dans la mesure où les 2/3 des généralistes n'avaient pas de formation antérieure aux TCC-I. La prescription d'hypnotiques, même si elle n'intervient pas en première intention, reste encore trop courante. Après lecture du guide, 92% des médecins pensent recourir au guide .A l'épreuve des faits, les mesures comportementales, qu'ils parviennent à utiliser sont l'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus et la relaxation.

Conclusion : notre guide a obtenu l'adhésion des médecins qui ont pris le temps de le lire. L'hygiène du sommeil et le contrôle du stimulus sont les mesures de TCC-I auxquelles les généralistes recourent le plus facilement, s'ils parviennent à dépasser « la barrière du manque de temps » qui aboutit trop souvent au renouvellement d'hypnotiques. Ce guide pourra avoir un plus grand impact, s'il est associé à une formation orale au cours d'une FMC.

MOTS CLES: Insomnie, traitement comportemental et cognitif, médecine générale, guide de consultation.

**ADRESSE DE L'UFR** : Faculté de médecine Lariboisière Bichat, Paris VII 16 rue Huchard 75018 Paris