

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'État

par

Quentin CHANTREUIL

Né le 15/08/1988 à RENNES (35)

**Insomnies primaires de l'adulte en cabinets de médecine générale euréliens
en 2019 : état des lieux des pratiques, recours aux prises en charges
alternatives et mise en perspective.**

Présentée et soutenue publiquement le **28 octobre 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur MEREGHETTI Laurent, Bactériologie-virologie, Hygiène hospitalière, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Gilles PAINAUD, Pharmacologie médicale, Pôle biologie médicale, CHRU – Tours

Professeur Jean-Marc TADIE, Réanimation médicale, CHU Pontchaillou – Rennes

Directrices de thèse :

Docteur Agnès CARNET, Médecine d'urgence / Soins palliatifs, PH – Dreux / La Loupe

Madame Anne HERON, Unité de recherche clinique, CH Victor JOUSSELIN - Dreux

Insomnies primaires de l'adulte en cabinets de médecine générale euréliens en 2019 : état des lieux es pratiques, recours aux prises en charges alternatives et mise en perspective

L'insomnie touche près de 20% de la population dans les pays occidentaux. Il s'agit d'un trouble multifactoriel dont le diagnostic repose exclusivement sur l'apport subjectif du patient, rendant la précision du diagnostic ainsi que l'orientation thérapeutique hasardeuses. Que ce soit par leur haut risque iatrogénique, leur potentiel de soumission chimique ou encore par la modification architecturale délétère du sommeil, le recours massif aux hypnotiques est de plus en plus décrié depuis les années 2000. Cependant malgré la recommandation en première intention des thérapies cognitivo-comportementales, les benzodiazépines et apparentés restent de très loin le recours prioritairement privilégié par les médecins généralistes. Ce travail a permis une revue des thérapeutiques alternatives disponibles sur le marché français du sommeil. Sur les 171 médecins généralistes libéraux sollicités en Eure et Loir, 40 ont complété ce questionnaire via la plateforme en ligne Google Forms. Il s'est avéré que 28 des médecins n'avaient bénéficié d'aucune formation à l'utilisation des médecines alternatives dites douces lors des cinq dernières années. Parmi les médecins interrogés, 29 estimaient avoir plutôt peu recours aux benzodiazépines et apparentés, 28 déclaraient une prescription minimum de sept jours et 31 jugeaient en tenter régulièrement le sevrage. Par ailleurs, 16 médecins témoignaient prescrire une phytothérapie en première intention, alors qu'en parallèle 24 d'entre eux jugeaient cette alternative plutôt inefficace. 30 médecins souhaitaient pouvoir bénéficier d'un accès à des ressources supplémentaire dans cette indication, au premier rang desquelles la création d'une consultation protocolisée dédiée, le développement d'un réseau régional, l'existence d'une formation continue aux techniques cognitivo-comportementales ou encore la généralisation du remboursement des psychothérapies.

Primary adult insomnia in Eurelian general practices in 2019 : practical assessment, use of alternative care and perspective

Insomnia affects nearly 20% of the population in western countries. It is a multifactorial disorder whose diagnosis is based exclusively on patient's subjective contribution. Thus it makes diagnosis accuracy and therapeutic orientation hazardous as well. Whether through their high iatrogenic risk, their potential chemical submission or through their harmful architectural modification of sleep, the massive hypnotics use has been increasingly criticized since the 2000s. However, despite first-line recommendations for cognitive-behavioural therapies, benzodiazepines and related drugs remain by far the most favoured use by general practitioners. This work allowed a review of alternative therapies available on the French sleep market. 40 of the 171 self-employed general practitioners requested in Eure et Loir completed the survey through Google Forms' online platform. It turned out 28 medics had not received any training in the use of so-called alternative medicines over the last five years. Among surveyed physicians, 29 felt they had relatively low use of benzodiazepines and related products, 28 reported a minimum prescription for a week and 31 reported often trying to stop using this therapeutics. In addition, 16 doctors testified prescribing herbal medicine as first intention treatment, while in the meantime 24 were considering this alternative rather ineffective. 30 doctors wanted to benefit additional resources in this indication, first and foremost creation of a dedicated protocolized consultation, spreading of a geographic sectorial network, continuous training in cognitive and behavioural techniques' availability or improvement for psychological therapies' refund.

Mots clés

Médecin généraliste, trouble du sommeil, insomnie, somnolence, hypnotique, benzodiazépine, antihistaminique, phytothérapie, photothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, aromathérapie, hygiène du sommeil, formation continue, outil diagnostique validé, mélatonine, psychologue, hypnose, homéopathie, acupuncture, somnifère, ostéopathie, anxiolytique, antidépresseur, fleurs de Bach, neuroleptique, mésothérapie.

Key words

General practitioner, sleep disorder, insomnia, drowsiness, hypnotic, benzodiazepine, antihistamine, phytotherapy, phototherapy, cognitive behavioural therapy, aromatherapy, sleep hygiene, continuous education, validated diagnostic tool, melatonin, psychologist, hypnosis, homeopathy, acupuncture, sleeping pill, osteopathy, anxiolytics, antidepressant, Bach flowers, neuroleptic, mesotherapy.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

UNIVERSITÉ DE TOURS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI –
P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D.
SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas..... | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora..... | Pharmacologie clinique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Héléne..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CALAIS Gilles..... | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent..... | Psychiatrie d'adultes |
| COLOMBAT Philippe..... | Hématologie, transfusion |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri..... | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| DUMONT Pascal..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Réanimation |
| FAUCHIER Laurent..... | Cardiologie |
| FAVARD Luc..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard..... | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves..... | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier..... | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique..... | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |

| | |
|------------------------------|--|
| MARUANI Annabel..... | Dermatologie-vénérologie |
| MEREGHETTI Laurent..... | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine..... | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain..... | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa..... | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis..... | Rhumatologie |
| ODENT Thierry..... | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi..... | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna..... | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique..... | Réanimation médicale, médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck..... | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean..... | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent..... | Physiologie |
| REMERAND Francis..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe..... | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline..... | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem..... | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab..... | Dermatologie-vénérologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre..... | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick..... | Génétique |
| VAILLANT Loïc..... | Dermato-vénérologie |
| VELUT Stéphane..... | Anatomie |
| VOURC'H Patrick..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé..... | Immunologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUZ Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie

| | |
|-----------------------------------|--|
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno..... | Pédiatrie |
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| PIVER Éric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille..... | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Thérapeutique |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| BOREL Stéphanie..... | Orthophonie |
| NICOGLOU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|----------------------|-------------------|
| RUIZ Christophe..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

| | |
|-------------------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253 |
| MAZURIER Frédéric..... | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| PAGET Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William..... | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| SI TAHAR Mustapha..... | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|---------------------|-----------------------|
| MAJZOUB Samuel..... | Praticien Hospitalier |
|---------------------|-----------------------|

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice..... | Praticien Hospitalier |
|-----------------------|-----------------------|

Remerciements

À Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Malgré une spécialisation relativement éloignée du sujet du jour, merci néanmoins d'y avoir porté de l'intérêt et de vous être rendu disponible. Pour cela, veuillez croire en l'expression de mes remerciements sincères et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Gilles PAINAUD,

La pharmacologie restant encore à ce jour bien souvent indissociable de la prise en charge de l'insomnieux, c'est un honneur et une satisfaction de vous voir siéger dans mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Marc TADIE,

Procédant toujours fort logiquement, c'est d'abord en tenues de tennis que nous avons échangé, avant d'en revenir à la blouse. Parmi tes plus grands fans pour Dieu sait quelle raison je te suis très reconnaissant d'effectuer le déplacement pour ce modeste évènement. Sois certain de mon amitié, de ma gratitude et de mon respect.

À Madame le Docteur Agnès CARNET,

Notre attrait pour la recherche et les travaux universitaires nous a tout naturellement réuni dans la conception de cet ouvrage. Tu fais partie des quelques rencontres mémorables de mon cursus d'interne. Merci pour ton aide, ta sympathie et ton dynamisme. Le cumul de tes mandats d'urgentiste et de soins palliatifs force le respect et l'admiration.

Aux médecins croisés au cours de mon parcours,

Le Docteur Belaïboud, pour son accueil sympathique et formateur à l'automne 2014 et qui a su donner la confiance nécessaire au jeune interne que j'étais.

Le Docteur Dekkiche, pour nos gardes posées, nos conversations diverses mais passionnées, pour ta gentillesse, ton hospitalité et ton jambon !

Le Docteur Grenneville, grâce à qui j'ai appris que face à la mort un sourire, un mot, un instant de complicité valent parfois le meilleur des traitements.

Le Docteur Derbali, sans qui je n'aurais jamais gagné si rapidement en autonomie.

Le Docteur Bigard, pour votre dévouement, votre patience et votre pédagogie

Le Docteur Miranda, puits de science digne des meilleurs universitaires, que sa modestie, sa simplicité et sa sympathie rendent d'autant plus remarquable.

À ma secrétaire et mon aide-soignante préférées, Chantal et Cristel,

Comme quoi les courriers ce n'est pas forcément une corvée, et même en cas de retard, une petite remontada et on est de nouveau à jour !

Plus globalement un grand merci au service de gériatrie de Dreux.

À ma famille que j'aime, profitez-en je ne le dirai pas deux fois : à mes parents qui ont probablement douté longuement de m'avoir transmis un quelconque atout mais ont tout fait pour que « succeed my studies.

À Maman, maman poule aux principes et à la tête durs mais au cœur tendre et à la générosité hors pair.

À Papa, pour ton soutien discret mais sans faille ainsi que pour l'admiration et la sympathie que tu as toujours naturellement témoigné pour la profession.

À mon frère Grégoire si différent mais si proche, qui sait au besoin m'écouter et inversement. À tes vins, tes pizzas, tes sorbets...frérot !

À mon amoureuse Tamarie, pour ton soutien inconditionnel, ta sincérité, ta gentillesse, ton calme et bien plus encore ; mais pas pour ton chat ! Je t'aime Myst. $\text{moyz\grave{a}n\text{b}\grave{a}r}$

À mes amis, les vrais, pour ces instants mémorables passés et à venir,

Honneur aux femmes, Marlène et Rapha, ma deuxième et troisième mère, merci pour votre fidélité, votre oreille toujours disposée et attentive, votre hospitalité et surtout votre patience j'imagine.

Florent et Pierre, les anciens de la 2nde2, les secousses des études supérieures n'ont pas réussi à nous séparer. L'époque des M&M's, des monologues sur le Président Bush ou encore du charisme naturel des rugbymen... tout cela paraît toujours si proche. Merci pour votre simplicité et votre fidélité.

Choutre mon colocataire, à monsieur Il Professore, le meilleur d'entre nous, le pragmatique qui remet sans sourciller les points sur les i. Au marin qui au sens propre me donne le mal de mer mais qui au figuré m'a entraîné dans son sillage pour trouver la lumière à la sortie de la première année. Lumière qui s'est ensuite un peu éteinte ou peut être ai-je la vue qui a baissé.

Alexis, gros tchatteur égaré des 70's, seul professionnel à signer d'un A à la pointe du mulet.

Charlot, ah Charlot... Poids plume dans la vie mais costaud au micro. Merci pour ta fiabilité, ton sens de l'humour, du récit, de la chanson, du mime. Squasheur du dimanche, mais aussi du lundi du mardi du mercredi...

Hugues, pour ton enthousiasme, ton goût pour la gastronomie, nos soirées électro sans artifice, pour les parties de frisbee, et il faut bien l'admettre parce qu'avec Marlène j'étais bien contraint de me récupérer le paquet.

Nico la Grabl' c'est un plaisir de t'avoir rencontré, sociable, sportif et toujours bien luné, ton enthousiasme fait clairement le taff ne change rien.

Chargeur, un ami, proche en tout point : en taille, dans l'alphabet, en indice de performance. Amateur de son, de sports nautiques et de belles motorisations.

Jessy, un pote au sens masculin du terme : pizza devant le foot en parlant voitures autrement dit l'assurance d'un passage en Eure et Loir réussi.

Solène, co-interne puis amie, on l'entend et ensuite on la voit... La gastronomie et bistronomie ce n'est pas sorcier, il suffit d'avoir les bons châteaux !

François Junior, jeune et ambitieux, parfois malchanceux mais toujours heureux dans ton fidèle coupé bleu !

Table des matières.

| | |
|---|-----------|
| Liste des annexes | 14 |
| Liste des abréviations | 15 |
| Introduction | 16 |
| I. Rappels physiologiques | 18 |
| I.1. Les six stades du sommeil : description et fonction | 18 |
| I.2. Neurorégulation du sommeil | 18 |
| I.3. Régulation homéostatique et circadienne du sommeil | 19 |
| I.4. Fonctions du sommeil | 20 |
| II. Ressources thérapeutiques | 20 |
| II.1. Restructurer le sommeil | 20 |
| II.1.1. Rappel des règles d'hygiène du sommeil | 20 |
| II.1.2. Rappel des facteurs synchroniseurs du sommeil | 21 |
| II.1.3. Contrôle des stimuli | 21 |
| II.2. Restriction du temps passé au lit | 22 |
| II.3. La thérapie cognitivo-comportementale | 22 |
| II.4. Les techniques alternatives et/ou complémentaires | 24 |
| II.4.1. Méditation ou pleine conscience | 24 |
| II.4.2. Biofeedback | 25 |
| II.4.2. Relaxation | 25 |
| II.4.3. Hypnose | 25 |
| II.4.4. Acupuncture | 25 |
| II.4.5. Homéopathie | 25 |
| II.4.6. Phyto-aromathérapie | 25 |
| II.4.7. Mésothérapie | 26 |
| II.5. Traitements pharmacologiques de l'insomnie | 27 |
| II.5.1. Hypnotiques | 27 |
| II.5.1.1. Benzodiazépines et apparentés | 27 |

| | |
|--|----|
| II.5.1.2 Antihistaminiques | 28 |
| II.5.1.3 Antidépresseurs | 28 |
| II.5.1.4 Antipsychotiques | 28 |
| II.5.2. Mélatonine | 30 |
| III. Matériel et méthodes | 31 |
| III.1. Présentation de l'étude | 31 |
| III.2. Critères de jugement | 31 |
| III.3. Elaboration du questionnaire | 31 |
| III.4. Déroulement de l'étude | 31 |
| III.4.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon : questions 1-11 | 31 |
| III.4.2. Evaluation des pratiques actuelles : questions 12-30 | 31 |
| III.4.3. Estimation de l'intérêt pour les prises en charge alternatives : Questions 31-75 | 32 |
| III.5. Critères d'inclusion | 32 |
| IV. Résultats | 33 |
| IV.1. Caractéristiques de l'échantillon | 33 |
| IV.1.1. Taille de l'échantillon | 33 |
| IV.1.2. Distribution des médecins par tranche d'âge | 33 |
| IV.1.3. Distribution des médecins selon leur genre | 34 |
| IV.1.4. Distribution des médecins selon leur activité hebdomadaire | 34 |
| IV.1.5. Distribution des médecins selon leur secteur d'exercice | 36 |
| IV.1.6. Distribution des médecins selon leurs compétences et formations additionnelles | 35 |
| IV.2. Critère principal de l'étude : prise en charge proposée en cas d'insomnie primaire de l'adulte par les médecins généralistes d'Eure et Loir en 2019 | 37 |
| IV.3. Critères secondaires de l'étude : connaissance et intérêt des médecins généralistes euréliens en 2019 pour les thérapies alternatives aux benzodiazépines et apparentés | 46 |
| V. Discussion | 51 |

| | |
|---|-----------|
| V.1. Rappel des principaux résultats | 51 |
| V.2. Interprétation des résultats | 51 |
| V.3. Forces et faiblesses de l'étude | 52 |
| Conclusion | 53 |
| Bibliographie | 54 |
| Annexes | 61 |

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire médecin

Annexe n°2 : Synthèse des recommandations HAS – Principes généraux(1)

Annexe n°3 : Arbre décisionnel HAS(1)

Annexe n°4 : Agenda du sommeil(2)

Annexe n°5 : Echelle HAD

Annexe n°6 : Echelle de fatigue de Pichot

Annexe n°7 : Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Annexe n°8 : Echelle de sévérité de l'insomnie (ISI)

Annexe n°9 : Echelle de somnolence d'Epworth

Annexe n°10 : Critères diagnostiques d'insomnie chronique ICSD-3(3)

Annexe n°11 : Critères diagnostiques d'insomnie chronique DSM-V(4)

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

APA : American Psychiatric Association

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

DSM-V (publié par l'APA American Psychiatric Association) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECAB : Echelle d'Attachement Aux Benzodiazépines

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD-3 : International Classification of Sleep Disorders - version 3

IMAO : Inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine

IRS : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la noradrénaline

ISI : Index de sévérité de l'insomnie

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

INPES : Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

PROSOM : Association nationale pour la PROMotion du SOMmeil

PSQI : Index de qualité du sommeil

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Les sociétés occidentales du XXIème siècle clament sanctuariser épanouissement et bien être ainsi que santé physique et mentale tant à l'échelle individuelle que collective. Cependant, les notions de productivité, de rendement, d'optimisation temporelle, inhérentes au quotidien, urbain à plus de 80 %(5), ainsi que l'essor des loisirs nocturnes poussent les individus à adapter leur mode de vie et à adopter des habitudes délétères en termes d'hygiène du sommeil, rognant ainsi sur l'activité principale d'une vie humaine : dormir(6).

Le sommeil est en effet une nécessité physiologique inhérente à l'équilibre des fonctions métaboliques, immunitaires(7-9) et même au bon fonctionnement des facultés supérieures.

La plainte d'insomnie, motif de consultation quotidien en cabinet de médecine générale, touche en Europe environ 33 millions de personnes, 12 millions en France soient près de 20% de la population(10,11)

Il s'agit d'une pathologie hétérogène qui se définit comme la sensation de sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité. Elle serait liée à une instabilité des systèmes régulateurs du sommeil, homéostatiques et chronobiologiques. Elle peut se manifester par une durée du sommeil raccourcie, par une difficulté à obtenir ou maintenir le sommeil, par un sommeil de mauvaise qualité, ou encore par une mauvaise perception du sommeil sans modification majeure de sa macrostructure(6,12).

L'insomnie chronique se définit par plus de trois nuits par semaine depuis au moins quatre semaines. Elle est primaire et isolée chez 12-15 % des patients en souffrant(13).

La durée de sommeil optimale recommandée est de 7 à 9h pour les adultes(6,14,15). En deçà, les répercussions physiques(16-24), psychiques voire psychiatriques(25-28) sont multiples et dorénavant connues et reconnues. L'éloquence des publications scientifiques sur le sujet porte même à réflexion quant à l'intégration de l'insomnie parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires. De récents travaux ont également souligné la notion d'un vieillissement accéléré à l'échelon génétique par raccourcissement télomérique global et prématuré(29).

Au-delà du retentissement individuel l'insomnie impacte également sensiblement le quotidien de la collectivité. En quelques chiffres, l'insomnie multiplie le risque d'accident de la route par huit, induit un absentéisme professionnel pour 8% des salariés, ou encore une baisse de productivité au travail(12).

Face à un taux de consultation récurrent voire croissant en cabinets de médecine générale, l'insomnie reste massivement sous diagnostiquée(30). Parfois difficile à établir jusqu'alors, le diagnostic d'insomnie a bénéficié d'une mise à jour et d'une harmonisation par les différentes sociétés savantes notamment au travers des plus sollicitées en pratique DSM-V(31) et ICSD-3(3).

Initialement représentées par des drogues d'origines végétales, en passant par les barbituriques au début du XXème siècle, les thérapeutiques à but hypnotique sont aujourd'hui principalement représentées par la classe des benzodiazépines et dérivés, certes de plus en plus controversée, mais qui représentait toujours en 2015 plus de 110 millions de boîtes délivrées en France, deuxième consommateur mondial(6,32). Depuis les années 2000 cependant, après un âge d'or de plus de quarante années de recommandations et d'utilisation en première intention, la balance bénéfique risque de ces molécules sur le long terme s'inverse lentement(32,33) au gré de drames médiatisés(34-36) et d'études à charge(37-40), incitant les autorités à tenter d'en restreindre l'utilisation(41-43).

Un traitement hypnotique idéal permettrait un endormissement rapide et un sommeil continu et réparateur sans effets secondaires et permettant un lever facile sans effet résiduel diurne. Son utilisation quotidienne ne serait pas contre-indiquée par une quelconque accoutumance ou dépendance(6).

A ce jour, malgré des recommandations en première intention(42,44) des thérapie cognitivo-comportementales de l'insomnie (TCC-I) ainsi qu'une supériorité scientifiquement mise à mal des

hypnotiques « historiques », la prescription de benzodiazépines et apparentés en première ligne dans le contexte d'insomnie chronique reste la norme sur le terrain.

De diagnostic moins aisé que la plupart des pathologies rencontrées au quotidien en cabinets de médecine générale, l'insomnie pâtit probablement encore aujourd'hui des zones d'ombre qui subsistent quant à sa physiopathologie, de l'absence de révolution thérapeutique, et de fait, de certains préjugés au sein du grand public mais probablement aussi des corps médicaux.

L'objectif de ce travail est d'effectuer un état des lieux des pratiques en cabinets de médecine générale euréliens en 2019 et d'estimer la place des thérapeutiques alternatives aux benzodiazépines et apparentés dans la prise en charge de l'insomnieux.

I. Rappels physiologiques

La notion de base concernant le sommeil est qu'il ne s'agit pas d'un long processus linéaire mais d'une succession de cycles de durée quasi constante de 80 à 100 minutes. Ces derniers sont identiques dans leur architecture en six phases dont les durées diffèrent cependant au fil de la nuit. Même s'il existe probablement une variabilité interindividuelle génétiquement établie et donc non modifiable, il existe une variabilité importante d'origine environnementale et contextuelle impactant la durée des cycles de seconde partie de nuit principalement.

I.1. Les six stades du sommeil : description et fonction(45)

- Éveil : Passage obligé de quelques secondes initiant chaque nouveau cycle, provoqué par l'activité noradrénergique du locus coeruleus (noyau mésencéphalique).

- Stade 1 = endormissement : Perte progressive de conscience avec ralentissement de l'activité électrique à l'EEG. Elle est notamment caractérisée par la présence fréquente de myoclonies d'endormissement (sensation de chute dans un trou). Ce stade occupe de 3 à 5 % de la durée totale de sommeil.

- Stade 2 = sommeil lent léger : L'EEG se ralentit (rythme thêta : 6-7c/seconde) et les mouvements oculaires ainsi que la tension résiduelle de certains groupes musculaires disparaissent progressivement. Ce stade occupe de 45 à 50 % de la durée totale de sommeil.

- Stade 3 et 4 = sommeil lent profond : L'activité EEG est à son minimum (rythme delta : 4c/seconde), il ne persiste aucun mouvement oculaire ni aucune activité musculaire striée. Il s'agit des stades préférentiels de la régénération physique. Ces stades occupent de 10 à 20 % de la durée totale de sommeil.

- Stade REM (rapid eye movements) = sommeil paradoxal = sommeil profond à EEG rapide : stade de sommeil le plus profond. Il s'agit du stade de la récupération psychique avec encodage de la mémoire. Le caractère « paradoxal » provient en fait de l'association d'un sommeil physique profond apparent et d'une activité EEG comparable à celle de l'éveil.

I.2. Neurorégulation du sommeil(6)

De nombreuses études ont permis d'identifier différentes populations neuronales impliquées dans les phases d'endormissement et de maintien du sommeil :

- Neurones GABAergiques de la région ventrale de l'aire préoptique (VLPO) et préoptique médiane (MnPO) de l'hypothalamus antérieur et inhibiteurs des structures de l'éveil.

- Neurones de la zone para-faciale médullaire (ZPF) située en arrière de la racine descendante du nerf facial, de nature GABAergiques également.

La phase d'endormissement : les neurones du VLPO et MnPO sont activés par l'adénosine, facteur hypnogène accumulé tout au long de l'éveil. Ils sont également hautement sensibles au glucose qui augmente l'excitabilité des neurones promoteurs de sommeil du VLPO et inhibe l'activité des neurones d'éveil à hypocrétine et orexine.

Passage du sommeil lent au sommeil paradoxal : la régression de la pression de sommeil lent en contexte d'inhibition des structures d'éveil serait favorable à l'éveil progressif des structures neuronales responsables du sommeil paradoxal situées au niveau du tronc cérébral (tegmenum dorsal du pont). Les noyaux glutamatergiques du noyau sublatérodorsal (SLD), actifs préférentiellement au cours du sommeil paradoxal, sont pour grande partie responsables de l'atonie musculaire striée caractéristique du sommeil paradoxal.

Cette phase de sommeil paradoxale est modulée par les neurones GABAergiques et à hormone de mélanocortine de l'hypothalamus.

Retour à l'éveil : cette phase quasi immédiate résulte entre autres de la réactivation des structures neuronales d'éveil du locus coeruleus et à hypocretine/ oréxine.

La variation des états de vigilance résulte donc d'un équilibre ponctuel précaire, influencé par les facteurs environnementaux, le statut métabolique de l'individu ou encore son état de stress.

I.3. Régulation homéostatique et circadienne du sommeil

Les profils de lever/coucher, la durée, l'organisation du sommeil de chacun sont individuels et en partie génétiquement programmés. Ils sont soumis à deux systèmes de régulation du cycle veille/sommeil : le processus homéostatique et le processus circadien.

Le processus homéostatique vise par définition à maintenir un équilibre « viable » entre quantité de veille et de sommeil, la force de pression de sommeil étant notamment proportionnelle à la durée d'éveil préalable. Ce facteur sommeil pourrait être l'adénosine, un neurotransmetteur relargué par les neurones et la glie en périodes de forte activité métabolique.

Le processus circadien, dont le plus puissant synchroniseur est la lumière, est régulé par les horloges biologiques intra-cérébrales sur un étalon de 24h-28h. Il se traduit par la variation cyclique de certaines caractéristiques biologiques ou non telle la température corporelle ou encore la concentration en cortisol, en mélatonine...

La régulation du cycle veille/sommeil résulte ainsi de l'interaction entre processus homéostatique et processus circadien au cours du nyctémère.

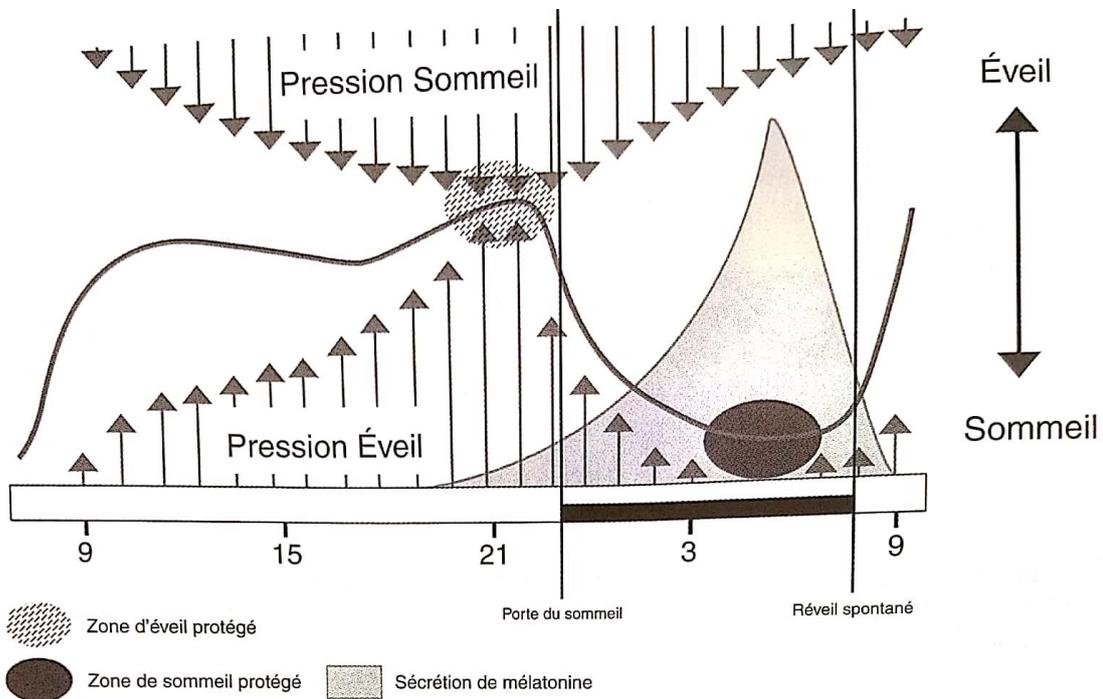


Figure 1 Régulation du cycle veille-sommeil. Interactions entre processus homéostatique et circadien au cours du nyctémère(6)

I.4. Fonctions du sommeil

- Récupération physique

- Récupération psychique

_ Fonction de consolidation hippocampique de la mémoire, notamment du fait de l'activité de synaptogénèse, par le phénomène de replay de la mémoire hippocampique au cours du sommeil et d'encodage cortical durable(46,47).

_ Fonction de nettoyage cérébral par élimination des déchets métaboliques par accélération du flux cérébro-spinal jusqu'à 10 fois au cours du sommeil ; une moindre qualité ou durée de sommeil a par ailleurs démontré une majoration de la charge amyloïde et de protéine TAU notamment, au niveau de certaines aires cérébrales.

- Sécrétions hormonales spécifiques

_ L'hormone de croissance, dont le pic sécrétoire se situe en début de nuit vers 00h-1h.

_ Le cortisol, surtout en deuxième partie et fin de nuit, responsable du réveil des différents appareils.

_ La vasopressine (ADH = anti-diurétique hormone), sécrétée tout au long du sommeil par l'hypophyse sous commande hypothalamique. C'est grâce à ce système que le système néphrologique se met en mode « rétention d'eau », évitant ainsi toute nécessité de levers nocturnes.

_ La mélatonine ou hormone du sommeil, sécrétée par la glande pinéale est la traduction « biologique » du rythme circadien et signale la « nuit biologique » à l'ensemble des organes.

II. Ressources thérapeutiques

Lorsque l'on traite d'insomnie, la première notion à expliquer au patient est qu'il n'existe pas de thérapeutique miracle. De plus, ce trouble qui par définition s'est installé sur le long terme nécessitera beaucoup de temps pour être enraillé. L'objectif principal de la prise en charge est de minimiser les répercussions des insomnies, la chronicité du trouble tenant en effet pour majeure partie de l'anxiété de performance liée au sommeil.(48)

II.1. Restructurer le sommeil

II.1.1. Rappel des règles d'hygiène du sommeil(42)

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (>16 h).
 - Adopter un horaire régulier de lever et de coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
 - Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17h.
 - Éviter les repas trop copieux le soir.

II.1.2. Rappel des facteurs synchroniseurs du sommeil(6)

- La lumière

Synchroniseur le plus puissant de notre rythme biologique, une exposition matinale suffisante permettra une avance de phase du sommeil tandis qu'une exposition en soirée provoquera un retard de phase. L'exposition à la lumière naturelle ou artificielle par luminothérapie (aussi appelé luxthérapie) de spectre proche de la lumière blanche est ainsi recommandée au minimum 20 à 30 minutes par jour.

- L'activité physique

Par renforcement de l'éveil, enrichissement du sommeil en sommeil profond, et également par son rôle anxiolytique. Les sociétés américaines de sport et de cardiologie ont même recommandé la pratique d'un effort physique modéré (30 minutes sur 5 jours de la semaine) voire plus intense (20 minutes sur 3 jours)(49,50).

- Les relations et interactions sociales de groupe

Le groupe social est un repère temporel qui régule les rythmes biologiques. C'est par exemple le cas du travail qui marque le plus souvent la journée par la mise en relation avec autrui. A contrario les situations notamment de chômage ou de travail posté mettent les individus dans une situation de perte de repères temporels. Cette notion est un axe intéressant de prise en charge de l'insomnie pour renforcer et réassocier l'état de veille au liens sociaux(51).

- Prise de repas à heures régulières

La prise de repas structure en effet tout autant nos journées et nos rythmes biologiques. Il est ainsi démontré et recommandé de s'alimenter à heures régulières et de ne pas se coucher moins de deux heures après le diner(52).

II.1.3. Contrôle des stimuli

Souvent associé à la TCC, son objectif est de s'attaquer aux réflexes conditionnés. Cette approche vise à réduire les risques d'association entre la chambre à coucher et le fait de ne pas dormir. Ainsi, lorsque les patients atteignent un état de frustration dû au fait de ne pas dormir, ils ont la consigne de changer de pièce pour s'y détendre. Les activités doivent alors être légères et propices au retour du besoin de dormir(6,53) :

- Se mettre au lit uniquement lorsque l'on est somnolent, non pas juste fatigué.
- Se lever lorsque l'on ne parvient pas à trouver le sommeil (>20 minutes) et se recoucher lorsque le besoin de sommeil se fait de nouveau ressentir.
- Bannir du lit toutes les activités incompatibles avec le sommeil : manger, regarder des écrans, écouter la radio...
- Se lever à heure régulière quel que soit la quantité de sommeil de la nuit précédente.
- Éviter les siestes.

En cas de difficultés d'endormissement : bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) et éviter la lumière forte ou l'activité physique le soir.

En cas de réveil matinal trop précoce : ne pas rester au lit après réveil, favoriser l'activité physique et utiliser une ambiance lumineuse forte en soirée.

II.2. Restriction du temps passé au lit

Le patient insomniaque, soucieux de la performance de son sommeil, a tendance au fil du temps à se coucher de plus en plus tôt et se lever de plus en plus tard, sans pour autant dormir plus.

Basé sur ce constat, la technique de restriction du temps passé au lit a pour but de refaire coïncider au plus juste le temps passé au lit avec le temps effectif de sommeil. A horaire de réveil constante, l'heure du coucher est ainsi retardée jusqu'à ce que l'efficacité du sommeil dépasse 85 % puis progressivement rallongé du juste nécessaire pour que la forme diurne subjective soit satisfaisante(54).

Cette technique est rapidement efficace notamment sur la latence d'endormissement et la qualité du sommeil. Cependant la privation de sommeil initiale assez nette avec somnolence diurne pendant plusieurs jours, pouvant justifier d'un arrêt de travail passager(55).

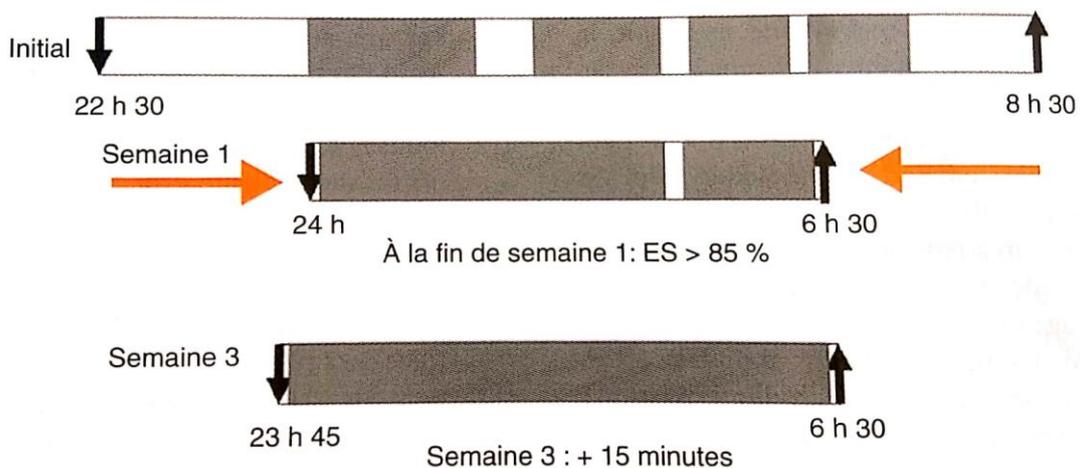


Figure 2 Représentation des étapes habituelles de la restriction de temps passé au lit(6)

II.3. La thérapie cognitivo-comportementale

Délivrée par différents corps de métier (psychologue, psychiatre, infirmier, orthophoniste...) elle vise à faire travailler le patient sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Cette méthode vise à mieux comprendre le problème en le divisant en plusieurs éléments plus distincts et à cibler par le patient lui-même les pensées dysfonctionnelles (entretien avec le patient, questionnaire CAS sur les croyances et attitudes concernant le sommeil). Il ne s'agit pas d'une thérapie rapide et elle s'étale en général sur plusieurs mois.

Pratiquée en groupe ou individuellement elle vise à décortiquer avec l'aide du thérapeute la complexité de l'insomnie chronique liée à l'histoire personnelle de chacun pour en dissocier les facteurs pérennisant, les facteurs précipitants (liés aux comorbidités éventuellement associées) et les facteurs prédisposants inhérents à chaque individu(56,57).

| Situation | Émotion | Pensées automatiques | Comportement | Alternative |
|--|--|--|--|--|
| Notez le moment ou l'événement difficile | Quel type d'émotion ressentez-vous : anxiété, tristesse, colère... Et évaluez son niveau 0-10 | Ce sont les pensées conscientes qui vous viennent en premier. Dites jusqu'à quel point vous en êtes convaincu (niveau de croyance) Évaluez de 0-10 | Que faites-vous ensuite ? Utilisez-vous une contre-mesure ? | Réexaminez vos pensées et vos comportements. Est-ce qu'ils améliorent ou aggravent la situation ? Si oui, recherchez des pensées ou comportements alternatifs |

Figure 3
Colonnes de Beck adaptées à l'insomnie(6)

Cette technique se base sur quelques fondamentaux :

- Des exercices comportementaux comme par exemple l'intention paradoxale(55).
- Des exercices cognitifs restructurants visant à modifier les pensées inadaptées en les remplaçant par des convictions plus fonctionnelles.
- Des exercices émotionnels (contrôle des ruminations et pensées intrusives) visant à développer l'acceptation et la conscience des différentes émotions pour apprendre à mieux les maîtriser et ce en dehors de la chambre à coucher.
- Des exercices corporels à visée myorelaxante et anxiolytique, par exemple la technique d'imagerie mentale(6,58).

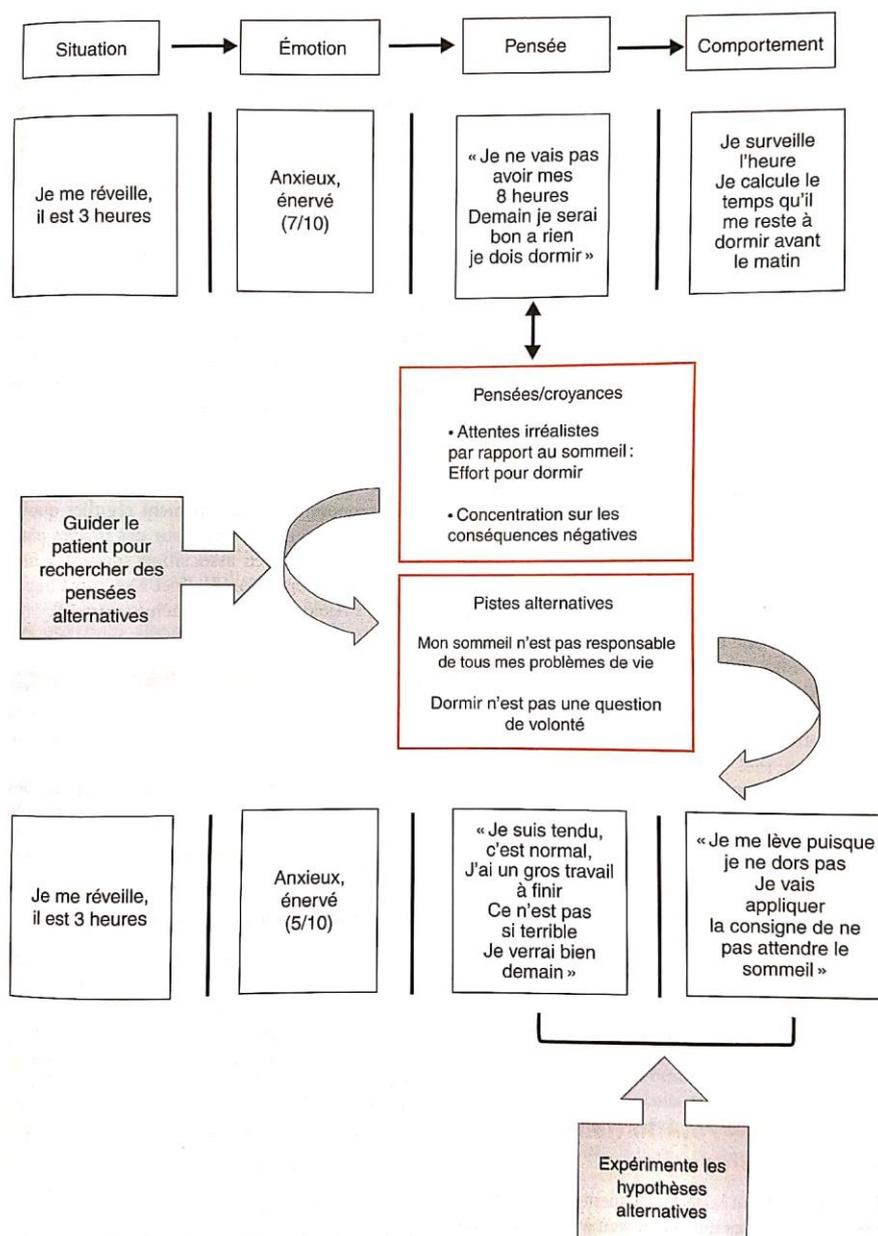


Figure 4 Exemple de restructuration cognitive(6)

II.4. Les techniques alternatives et/ou complémentaires

Pour la plus grande partie d'entre elles, celle que nous citerons ici, leur efficacité a été scientifiquement démontrée. Cependant sur les 20 % de patients insomniaques qui y auraient recours, moins de 25 % en parlent à leur médecin. PEC de l'insomnie p.161

Employées seules certaines de ces techniques (Mindfulness, biofeedback, neurofeedback, relaxation, hypnose...) ont montré une faible efficacité sur l'insomnie chronique. Elles prennent tout leur sens lors de leur intégration dans des programmes de TCC.

II.4.1. Méditation ou pleine conscience

A raison de 30 minutes quotidiennes, cette technique vise à apporter relâchement et calme intérieur en focalisant l'attention sur le moment présent ; l'exercice le plus caractéristique étant celui

du grain de raisin. Certes modeste, les effets bénéfiques ont été démontrés sur la diminution des éveils intra-sommeil et l'amélioration de l'efficacité du sommeil(6,59).

II.4.2. Biofeedback

Très peu utilisée en France, cette technique vise à développer des stratégies de contrôle d'un système physiologique donné par l'augmentation de la maîtrise du système sympathico-vagal, concrètement un comportement récompensé a plus de chance de se voir spontanément reproduit par la suite. Dans le cas de l'insomnie chronique le plus utilisé est la cohérence cardiaque par des travaux respiratoires influençant les paramètres cardiaques à visées anxiolytique et de relaxation. 30 à 60 minutes deux à trois fois par semaine sont requises afin d'être pleinement efficaces.

Une autre technique se développe dans la prise en charge de l'insomnie chronique : le neurofeedback qui vise à contrôler de manière consciente les ondes électroencéphalographiques par le sujet. Très efficace en particulier sur les latences d'endormissement, cette dernière présente malgré tout un frein non négligeable en pratique de par la nécessité d'un praticien entraîné à la lecture de l'EEG(60).

II.4.2. Relaxation

Elle comprend différentes techniques telle la relaxation musculaire progressive (relâchement musculaire groupe musculaire par groupe musculaire, progressivement étendu au corps entier), la respiration diaphragmatique ou encore l'imagerie mentale.

L'obstacle principal à son emploi est la capacité d'adhésion à la méthode par le patient, qui peut néanmoins être améliorée par la pratique d'activités proches telles que le yoga, le Tai-Chi ou encore la sophrologie(6,61–64).

II.4.3. Hypnose

Plus proche de la rêverie que du sommeil, la transe hypnotique a démontré une efficacité comparable à celle des méthodes de relaxation sur l'insomnie chronique(6,65,66).

II.4.4. Acupuncture

Issue de la médecine chinoise traditionnelle taïste, son but est de réduire les déséquilibres énergétiques et par la même la régulation du stress par modulation de neurotransmetteurs (dopamine, GABA, sérotonine, mélatonine). L'acupuncture, plus particulièrement l'acupuncture auriculaire a montré son efficacité sur la latence d'endormissement(67–70).

II.4.5. Homéopathie

Cette méthode thérapeutique reposant sur les principes de similitude (soigner par ce qui ressemble à la maladie) et d'infinitésimalité (forte dilution au dixième ou au centième, preuve de son innocuité). Dans le cadre d'insomnies chroniques le *Viscum Album*, issu du Gui, a démontré son efficacité versus placebo en particulier sur la qualité et la quantité de sommeil(71,72).

II.4.6. Phyto-aromathérapie

De nombreuses plantes possèdent des caractéristiques hypnotiques par leurs similitudes d'actions aux benzodiazépines sur les récepteurs GABAergiques(6). C'est le cas de la sauge, du thym, de la valériane(73), la passiflore, la camomille(74), l'aubépine, le houblon, le kava, la mélisse, le ginseng indien, le ginko biloba, la scutellaire casquée, l'hydrocotyle, les fleurs de Bach(75), parmi lesquelles 10 ont récemment montré leur efficacité et leur bien moindre innocuité comparativement aux BZD et apparentés(76,77).

L'aromathérapie, souvent considérée comme une sous-catégorie de la phytothérapie, s'en distingue majoritairement par ses voies d'absorption (onctions, crèmes, lotions, aérosols...). Dans le cas des insomnies chroniques, certaines substances ont tout particulièrement fait l'objet d'études et

montré leur efficacité : l'huile de violette par instillation intra-nasale(78), les huiles lavandières par diffuseur(79–82) ou par massages transcutanés(83) notamment.

II.4.7. Mésothérapie

Consistant en l'injection sous cutanée locale et très superficielle d'extraits médicamenteux dilués, elle n'a à ce jour fait l'objet d'aucune étude sérieuse, ni même fait la preuve de son innocuité ni de son efficacité(84). Elle aurait un impact sur l'état d'anxiété et de dépression des sujets traités(85).

II.5. Traitements pharmacologiques de l'insomnie.

II.5.1. Hypnotiques

Ce champ thérapeutique majoritairement représenté par les benzodiazépines et apparentés (Z-drugs) n'est dorénavant recommandé en première intention qu'en cas de gravité de l'insomnie (répercussions diurne importantes) ou d'insomnie aiguë, et ce avec une réévaluation clinique systématique au terme de la durée maximale de 4 semaines consécutives prônée par les recommandations.(37,39,42,43,86)

Ces notions doivent impérativement être signifiées au patient à l'instauration du traitement et assorties d'une tentative d'implication active du patient par la recherche de modifications comportementales adaptées voire d'un suivi évolutif du trouble par tenue d'un agenda du sommeil.

II.5.1.1. Benzodiazépines et apparentés

Par leur action agoniste sur les récepteurs GABAergiques elles entraînent 5 effets caractéristiques à présents bien connus : sédation, anxiolyse, myorelaxation, amnésie et action anticonvulsivante. Les différentes molécules de cette classe diffèrent notamment par la disparité de leur demi-vie plasmatique, pour certaines totalement inadaptée au cycle veille-sommeil.

| Produit | Tmax (h) | 1/2 vie (h) |
|---|-----------|-------------|
| Benzodiazépines à demi-vie longue | | |
| Prazépam (Lysanxia®) | 4 à 6 | 78 |
| Clobazam (Urbanyl®) | 2 | 50 |
| Clorzébate dipotassique (Tranxène®) | 1 | 40 |
| Diazépam (Valium®) | 0,5 à 1 | 32 |
| Nitrazépam (Mogadon®) | 2 | 25 |
| Benzodiazépines à demi-vie intermédiaire | | |
| Chlordiazépoxyde (Librax®) | 2 à 4 | 20 à 24 |
| Bromazépam (Lexomil®) | 1 à 4 | 20 |
| Estrazolam (Nuctalon®) | 2,6 | 17 |
| Flunitrazépam (Rohypnol®) | 1 | 19 |
| Lorazépam (Temesta®) | 0,5 à 4 | 10 à 20 |
| Alprazolam (Xanax®) | 0,5 à 2 | 10 à 20 |
| Lormétazépam (Noctamide®) | 2 à 3 | 10 |
| Oxazépam (Seresta®) | 2 | 8 |
| Loprazolam (Havlane®) | 1 | 8 |
| Témazépam (Normison®) | 0,5 à 0,8 | 5 à 8 |
| Z-Drugs | | |
| Zopiclone (Imovane®) | 1,5 à 2 | 5 |
| Zolpidem (Stilnox®) | 0,5 à 3 | 2,4 |

Figure 5 Benzodiazépines utilisées à visée hypnotique(6)

De plus les effets indésirables des molécules de cette classe ont fait l'objet de nombreuses études d'ampleur et sont dorénavant pour la plupart indiscutables : troubles de la mémoire, trouble de la concentration et de l'attention, retard d'ajustement psychologique au stress aigu, altération

d'encodage mémoriel de l'apprentissage, dépression, dépendance, accoutumance, interactions médicamenteuses(37,39,43).

Depuis plusieurs années l'efficacité de ces molécules est néanmoins remise en question, en témoignent les récentes prises de position de plusieurs autorités de santé internationales (HAS, FDA, ANSM...) visant à restreindre l'utilisation et la délivrance de ces molécules(33,43,87).

En effet les effets subjectifs constatés par l'insomniaque sur la qualité de son sommeil semblent en grande partie trompeurs et loin d'être objectivement corroborés. Malgré une diminution nette de la latence d'endormissement, les benzodiazépines et apparentés augmentent la quantité de sommeil lent léger et diminuent la quantité de sommeil lent profond ainsi que la quantité de sommeil paradoxal(86).

II.5.1.2. Antihistaminiques

Ils agissent essentiellement par leur propriété d'antagoniste des récepteurs histaminiques H1 non spécifique, ce qui explique les nombreux effets indésirables associés et leur tolérance aléatoire : constipation, rétention urinaire, trouble de l'accommodation, hypotension, symptômes extrapyramidaux, allongement du QTc, effets résiduels en début de journée...

Parmi ces molécules, 4 ont obtenu l'AMM pour le traitement de l'insomnie chronique : prométhazine PHENERGAN, alimémazine THERALENE, hydroxyzine ATARAX et doxylamine DONORMYL.

Les recommandations d'utilisation sont similaires à celles des benzodiazépines et apparentés(6,88,89).

II.5.1.3. Antidépresseurs

Ils sont essentiellement recherchés pour leur effet sédatif comme la Miansérine, la Trazodone, Doxépine QUITAXON(6). Cependant mis à part la Doxépine ayant fait l'objet d'études pour son utilisation dans l'insomnie(90), leurs effets à plus ou moins long terme sur le sommeil n'ont pour le moment pas été scientifiquement évalués(91). L'absence de dépendance physique en fait néanmoins une classe au potentiel intéressant(6).

II.5.1.4. Antipsychotiques

Plutôt d'ordre empirique comme les antidépresseurs, leur recours face à l'insomnie primaire n'est pas recommandé. Préférentiellement employés pour chez le sujet psychotique, leur utilisation fait majoritairement appel aux antipsychotiques atypiques pour leurs propriétés sédatives : quétiapine XEROQUEL, cyamémazine TERCIAN ou la loxapine LOXAPAC. Leur effet retard ainsi que les effets indésirables fréquents (sommolence résiduelle diurne, allongement du QTc, syndrome extrapyramidal...) en font une classe thérapeutique de deuxième ligne(92,93).

| Medication | Dose (mg) | Approximate time to peak (hours) | Approximate half-life (hours) | Cost* | Recommended use |
|---|---------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------|
| Benzodiazepines | | | | | |
| Estazolam | 0.5 to 2 | 2 | 10 to 24 | \$14 | Sleep maintenance† |
| Flurazepam | 15 to 30 | 1 | 47 to 100 | \$12 | Sleep maintenance† |
| Quazepam (Doral) | 7.5 to 15 | 2 | 25 to 84 | (NA) \$357 | Sleep maintenance† |
| Temazepam (Restoril) | 7.5 to 30 | 1.5 | 3.5 to 18.4 | \$102 (\$600) | Sleep onset and maintenance† |
| Triazolam | 0.125 to 0.25 | 2 | 1.5 to 5.5 | \$21 | Sleep onset† |
| Z-drugs | | | | | |
| Eszopiclone (Lunesta) | 1 to 3 | 1 | 6 | \$25 (\$437) | Sleep onset and maintenance |
| Zaleplon (Sonata) | 5 to 10 | 1 | 1 | \$17 (\$278) | Sleep onset |
| Zolpidem (Ambien) | 5 to 10 | 1.6 | 2.6 | \$8 (\$488) | Sleep onset and maintenance |
| Zolpidem, extended release (Ambien CR) | 6.25 to 12.5 | 1.5 | 2.8 | \$66 (\$488) | Sleep onset and maintenance |
| Zolpidem, sublingual (Intermezzo) | 1.75 or 3.5 | 1 | 2.5 | \$105 (\$357) | Night awakening‡ |
| Melatonin agonists | | | | | |
| Melatonin, controlled release | 1 | 1.5 | 3.5 | \$1 | Sleep onset |
| Ramelteon (Rozerem) | 8 | 0.75 | 2.5 | NA (\$351) | Sleep onset |
| Tricyclic/quatracyclic antidepressants | | | | | |
| Amitriptyline | 25 to 150 | 4 | 30 | \$4 | Limited use§ |
| Doxepin (Silenor) | 3 to 6 | 3.5 | 15 | NA (\$383) | Sleep maintenance |
| Mirtazapine (Remeron) | 7.5 to 15 | 2 | 30 | \$28 (\$185) | Not recommended |
| Nortriptyline (Pamelor) | 25 to 150 | 8 | 30 | \$4 (\$1,024) | Limited use§ |
| Trazodone | 50 to 100 | 1 | 10 | \$4 | Not recommended |
| Orexin receptor antagonist | | | | | |
| Suvorexant (Belsomra) | 5 to 20 | 2 | 15 | \$314 | Sleep onset and maintenance |
| Antihistamines | | | | | |
| Diphenhydramine (Benadryl) | 25 to 50 | 2.5 | 8.5 | \$3 (\$5) | Not recommended |
| Doxylamine | 25 to 50 | 2.4 | 10 | \$5 | Not recommended |
| Hydroxyzine | 50 to 100 | 2 | 20 | \$4 | Not recommended |
| Antipsychotics | | | | | |
| Olanzapine (Zyprexa) | 2.5 to 20 | 6 | 30 | \$13 (\$325) | Limited use¶ |
| Quetiapine (Seroquel) | 50 to 400 | 1.5 | 6 | \$12 (\$205) | Limited use¶ |
| Risperidone (Risperdal) | 0.25 to 6 | 1 | 20 | \$11 (\$246) | Limited use¶ |
| Anticonvulsants | | | | | |
| Gabapentin (Neurontin) | 300 to 600 | 2.5 | 6 | \$6 (\$129) | Limited use** |
| Pregabalin (Lyrica) | 50 to 300 | 3 | 6 | NA (\$185) | Limited use** |

NA = not available.

*—Estimated retail price of one month's treatment at the lowest dose based on information obtained at <http://www.goodrx.com> for prescription medications and <http://www.walgreens.com> for over-the-counter medications (both accessed December 16, 2016). Generic price listed first; brand name in parentheses.

†—Benzodiazepines should be avoided if possible and are recommended for use only in healthy adults for brief periods. They should be avoided entirely in older adults and in patients with a history of substance abuse or sleep apnea.

‡—Use only if three to four hours remain before planned awakening.

§—Use only for insomnia with comorbid depression, fibromyalgia, and/or chronic neuropathic pain.

||—Generic formulation is available in 10-mg capsules (\$9 for 30). Although safe, this dosage has not been approved by the U.S. Food and Drug Administration for the treatment of insomnia.

¶—Use only for insomnia with comorbid schizophrenia or bipolar disorder.

**—Use only for insomnia with comorbid seizure disorder, fibromyalgia, restless legs syndrome, or neuropathic pain.

Figure 6
Comparaison des différentes thérapeutiques prescrites pour leurs propriétés hypnotiques(94)

II.5.2. Mélatonine

Sécrétée par l'épiphyse, elle est responsable de la régulation du rythme veille/sommeil mais peut être apportée de manière exogène. Son influence sur l'organisation temporelle des fonctions corporelles par modification de l'horloge biologique lui procure principalement un rôle de re phasage du cycle jour/nuit sur 24h et une avance de phase lorsque la prise est avancée quelques heures avant l'heure de coucher souhaitée.

Les nombreux travaux sur la mélatonine ont permis la mise au point de puissants agonistes mélatoninergiques qui ont par ailleurs dans certains pays occidentaux obtenu l'AMM dans le traitement de l'insomnie primaire (Ramelteon et Tasimelteon).

Elle est disponible sur prescription médicale en pharmacie en profils de libération immédiat ou prolongé (CIRCADIN 2mg) mais est également disponible en vente libre, associée à des produits phytothérapeutiques ou encore des oligo-éléments.

Il convient de préciser que sa sécrétion est bloquée par les bêta-bloquants et la stimulation lumineuse via les cellules à mélanopsine de la rétine, et au contraire majorée par l'activité physique(45).

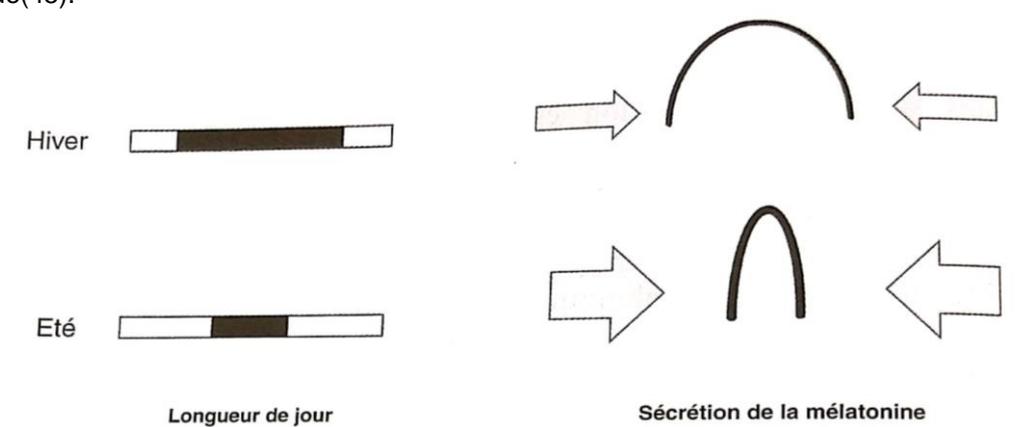


Figure 7 La sécrétion de la mélatonine dépend de la lumière du jour(6)

III. Matériel et méthodes

III.1. Présentation de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective descriptive, réalisée à l'échelon départemental en Eure-et-Loir, à partir d'un auto-questionnaire en ligne (Annexe). L'entrée en vigueur depuis mai 2018 de la loi RGPD concernant la protection des données personnelles a clairement impacté la diffusion par voie électronique de l'étude auprès des médecins généralistes libéraux du département.

Les données ont été recueillies bénévolement sur la base du volontariat. Chaque questionnaire était anonymisé. Les résultats ont été répertoriés dans Excel.....

III.2. Critères de jugement

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une photographie des prises en charges proposées en cas d'insomnie primaire par les médecins généralistes d'Eure et Loir en 2019.

Les objectifs secondaires étaient d'estimer en 2019 le recours aux prises en charge alternatives aux BZD et apparentés en cas d'insomnie primaire mais également d'évaluer l'adhésion et la confiance des médecins généralistes euréliens en ces alternatives.

III.3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (cf. annexe 1) s'est basé majoritairement sur des données bibliographiques ainsi que les recommandations HAS(42,95), et eu égard aux travaux déjà existants au sujet de la définition et du diagnostic de l'insomnie primaire, cette étude était volontairement axée sur le versant thérapeutique.

Le questionnaire a été élaboré avec le plus possible de questions fermées à choix multiples ou à réponses ouvertes courtes pour en limiter la durée à moins de dix minutes.

Le questionnaire était précédé d'un court préambule visant à expliquer le but de l'étude mais également à rappeler quelques notions pré-requises.

Le questionnaire réalisé à l'aide du logiciel Google form(96) était divisé en trois parties successives s'étalant sur 55 questions : 44 questions à choix simple dont 28 s'inspirant des enquêtes d'opinion avec utilisation d'échelles de Likert, 5 questions à choix multiples et 6 questions ouvertes.

III.4. Données recueillies

III.4.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon : questions 1 à 11

Sexe, âge, taux d'activité, volume de la patientèle hebdomadaire, secteur d'exercice, qualification supplémentaire, taux de plainte pour insomnie.

III.4.2. Evaluation des pratiques actuelles : questions 12 à 30

Proposition d'une consultation dédiée ultérieure, nombre de consultations avant proposition de prise en charge thérapeutique, utilisation des outils diagnostiques validés, rappel des règles hygiéno-diététiques, proposition de première intention faite au patient insomniaque et raison de ce choix, fréquence de recours aux BZD et apparentés, objectifs de durée maximale de prescription, fréquence des tentatives

de servage, méthodologie des tentatives de sevrage, fréquence de recours à une prise en charge de deuxième intention, orientation vers un autre professionnel de santé et à quelle fréquence, propositions concernant les principaux freins à l'utilisation de médecines alternatives, avis sur l'efficacité similaire des techniques de TCC versus les molécules hypnotiques, avis concernant la préférence du patient pour un traitement remboursé, avis concernant la création d'une consultation sommeil dédiée, souhait et propositions de ressources supplémentaires sur cette question de prise en charge de l'insomnie primaire.

III.4.3. Estimation de l'intérêt porté aux prises en charge alternatives : questions 31 à 75

Avis et confiance en : l'acupuncture, l'aromathérapie, la cohérence cardiaque, le contrôle du stimulus, les fleurs de Bach, l'homéopathie, l'éducation à l'hygiène de vie et du sommeil, l'hypnose, l'intention paradoxale, la méditation de pleine conscience, la mélatonine, la mésothérapie, l'ostéopathie, la photothérapie, phytothérapie, psychoéducation et modulation des croyances, restriction du temps passé au lit, sophrologie.

III.5. Critères d'inclusion

Sur les 278 praticiens généralistes qui exercent actuellement en Eure et Loir selon l'évaluation démographique de l'ARS au 20/08/2019(97) 219 ont une activité libérale totale ou partielle(78). Nous sommes parvenus à adresser le questionnaire à 186 d'entre eux. La période de recueil s'étendait du 10/05/2019 au 31/08/2019. Seules les réponses validées avant le 13/09/2019 ont été retenues.

Le lien du questionnaire a tout d'abord été adressé par mail aux 70 maitres de stages universitaires via le conseil départemental d'Eure et Loir.

L'hôpital de Houdan a permis d'adresser le questionnaire à 30 médecins libéraux supplémentaires.

Un démarchage téléphonique exhaustif des cabinets restants a permis l'envoi de 35 questionnaires de plus.

Enfin, un passage physique « au cabinet » a été réalisé chez 51 professionnels au sein du département, aléatoirement désignés à l'aide du logiciel en ligne dcode(99), permettant la diffusion de 36 questionnaires.

IV. Résultats

IV.1. Caractéristiques de l'échantillon

IV.1.1. Taille de l'échantillon

Celle-ci a été calculée à l'aide du logiciel en ligne surveymonkey(100). Pour un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur à 5% la taille cible était de 140 réponses au questionnaire, pour une marge d'erreur à 10% la taille nécessaire était de 67 réponses.

Au terme de la fenêtre d'inclusion et après exclusion des questionnaires partiellement complétés, le recueil était finalement seulement de 40 questionnaires complets ce qui correspond à une marge d'erreur de 14% pour un intervalle de confiance de 95%.

IV.1.2. Distribution des médecins par tranche d'âge

Les données démographiques des médecins généralistes d'Eure et Loir 2018 ont été récupérées sur le site gouvernemental de la DREES(101).

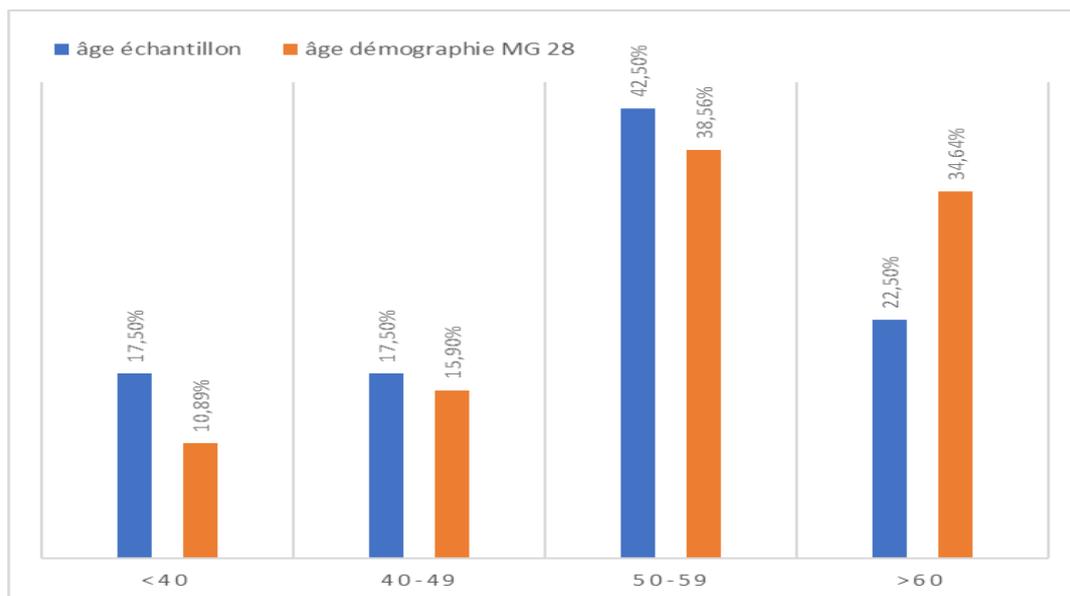


Figure 8 Répartition comparative de l'âge des médecins généralistes euréliens de l'échantillon et du recueil DREES 2018

IV.1.3. Distribution des médecins selon leur genre

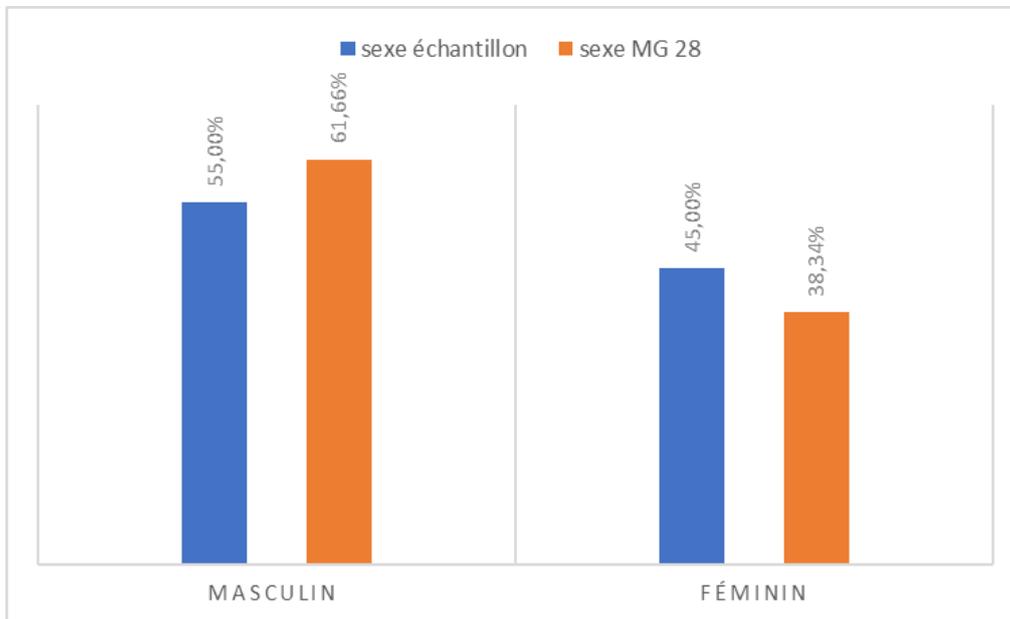


Figure 9 Répartition comparative du genre des médecins généralistes euréliens de l'échantillon et du recueil DREES 2018

IV.1.4. Distribution des médecins selon leur activité hebdomadaire

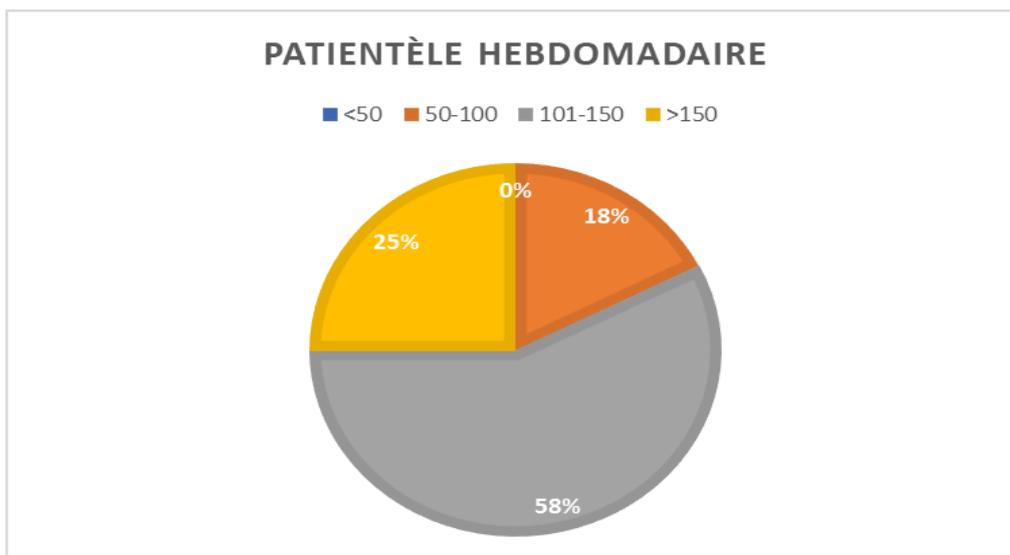


Figure 10 Répartition du volume de la patientèle hebdomadaire chez les praticiens inclus dans l'étude

IV.1.5. Distribution des médecins selon leur secteur d'exercice

Parmi les médecins intégrés à l'étude, 30 ont un exercice libéral exclusif et plus des trois quarts ont un exercice rural ou semi-rural.

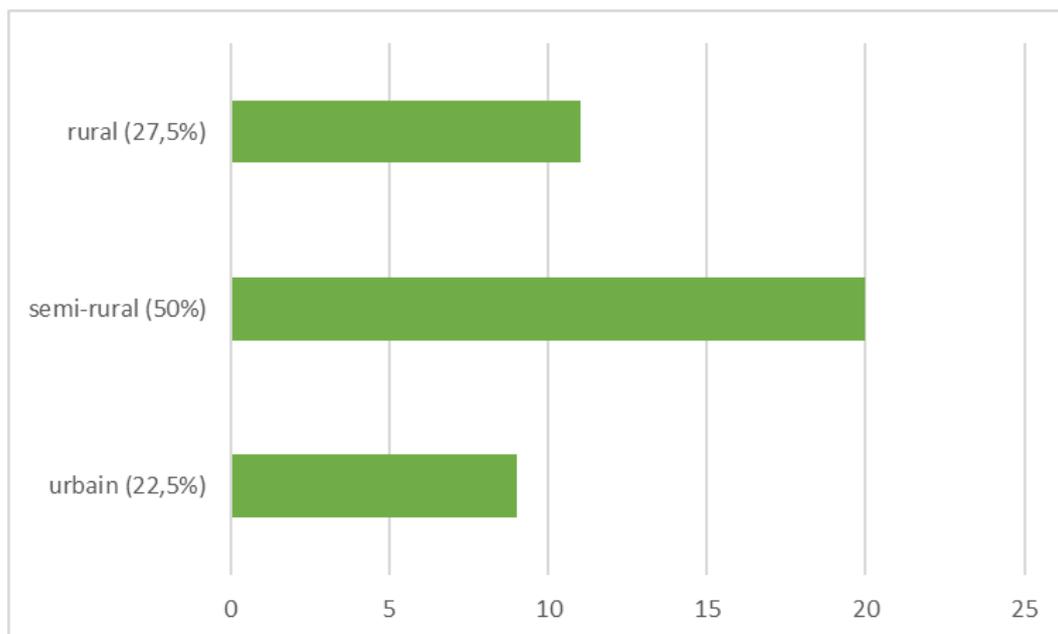


Figure 11 Profil de l'exercice des praticiens inclus dans l'étude

IV.1.6. Distribution des médecins selon leurs compétences et formations additionnelles

Parmi les médecins intégrés à l'étude, 15 ont une qualification supplémentaire à la médecine générale. Ces compétences supplémentaires sont plutôt diverses et homogènes : gériatrie, homéopathie, aromathérapie, géobiologie, mésothérapie, soins palliatifs, dermatologie, acupuncture, nutrition, hypnose, médecine d'urgence, santé publique, médecine du sport ou encore psychothérapie.

70% des médecins n'ont pas bénéficié de programme de formation continue sensibilisant à l'utilisation des médecines douces et alternatives au cours des cinq dernières années.

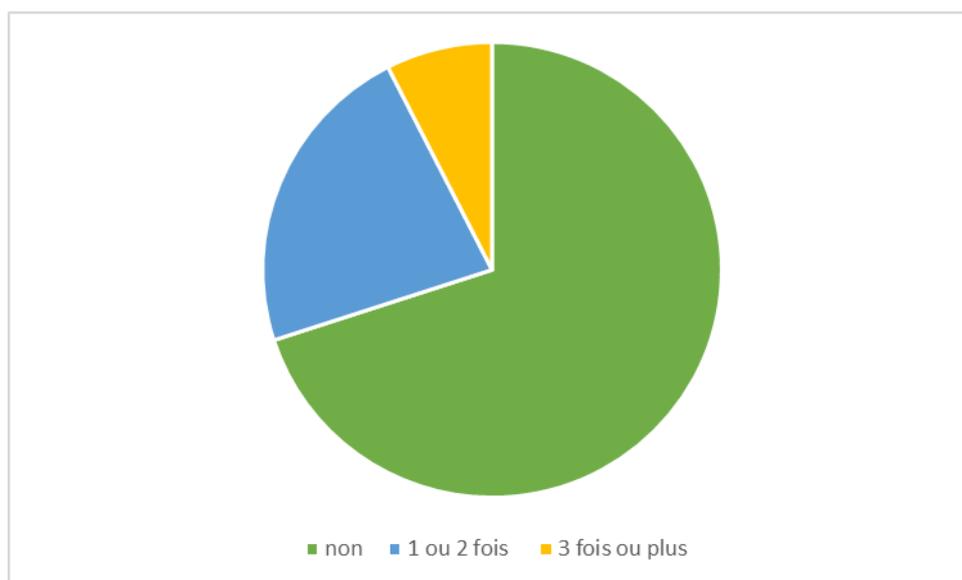


Figure 12 « Au cours des 5 dernières années avez-vous bénéficié de session de formation continue traitant de l'utilisation des médecines douces et alternatives ? »

IV.2. Critère principal de l'étude : prise en charge proposée en cas d'insomnie primaire de l'adulte par les médecins généralistes d'Eure et Loir en 2019.

L'analyse statistique des données recueillies pour l'objectif principal de l'étude a été réalisée avec le logiciel en ligne pvalue(102).

L'échantillon n'étant pas statistiquement suffisamment représentatif, l'utilisation du test du Khi2 n'était pas envisageable et a été remplacé par un test de Fisher.

Sur les 40 médecins ayant répondu, 31 (77,5%) effectuent au moins une consultation supplémentaire avant de proposer une quelconque prise en charge.

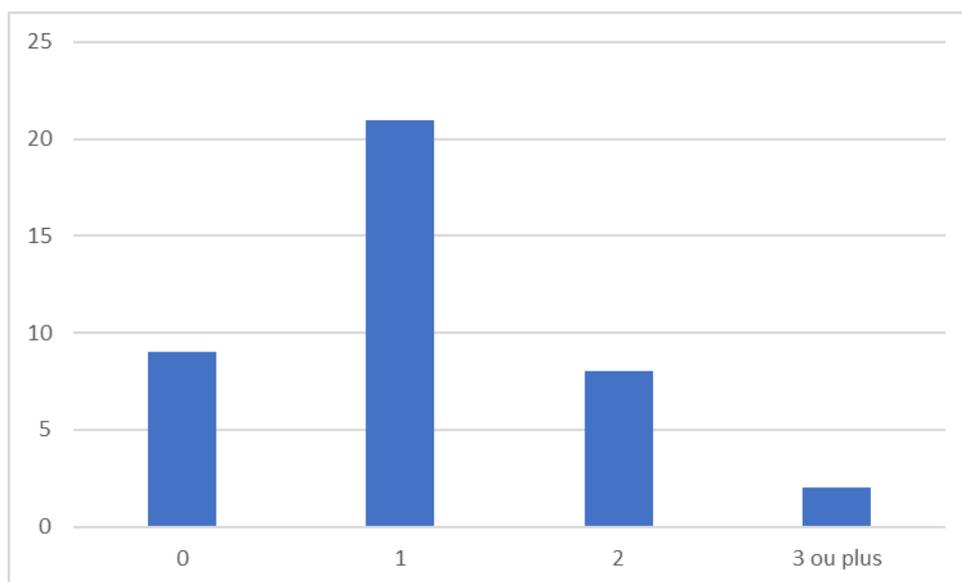


Figure 13 "Habituellement, combien de consultations menez-vous avant de proposer une quelconque prise en charge thérapeutique (allopathique ou non) ?"

15 (37,5%) d'entre eux utilisent les échelles diagnostiques validées. L'analyse univariée met en évidence une influence significative ($p = 0,043$) de l'âge sur l'utilisation des outils diagnostiques.

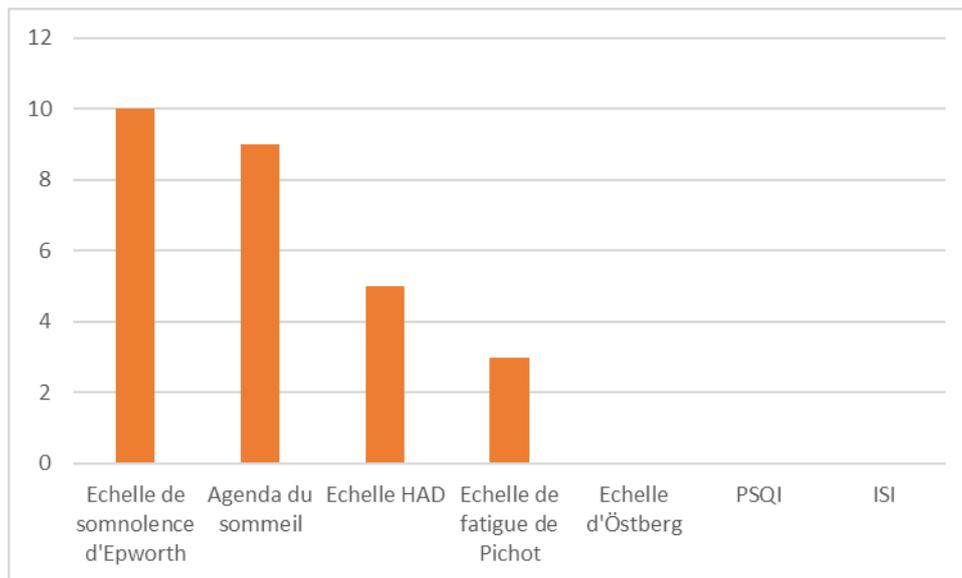


Figure 14 "Si vous en utilisez, quels sont les outils diagnostiques validés dont vous vous servez ?"

39 (97,5%) d'entre eux effectuent des rappels des règles d'hygiène du sommeil :

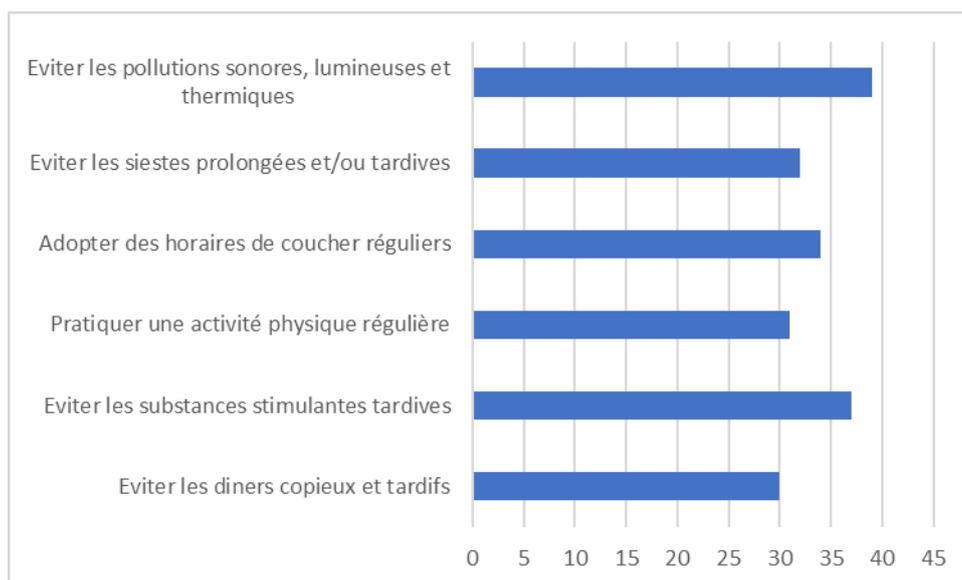


Figure 15 "Rappelez-vous généralement aux patients les règles hygiéno-diététiques du sommeil ?"

En première intention, 17 (42,5%) d'entre eux prescrivent une phytothérapie, 7 (17,5%) de l'homéopathie, 6 (15%) des antihistaminiques. Les principales motivations de ces choix sont la faible iatrogénie pour 28 (70%), l'habitude d'utilisation pour 17 (42,5%) et une efficacité démontrée pour 13 (32,5%).

L'analyse univariée met en évidence une influence significative ($p = 0,048$) du nombre de consultations préalables sur le choix du traitement de première intention.

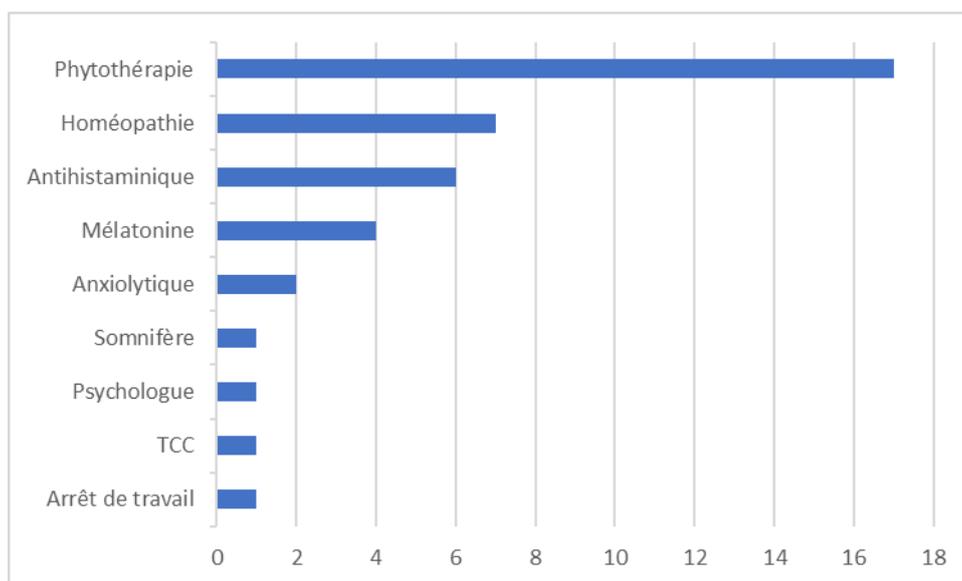


Figure 16 « Quelle solution de première intention proposez-vous généralement aux patients souffrant d'insomnie primaire ? »

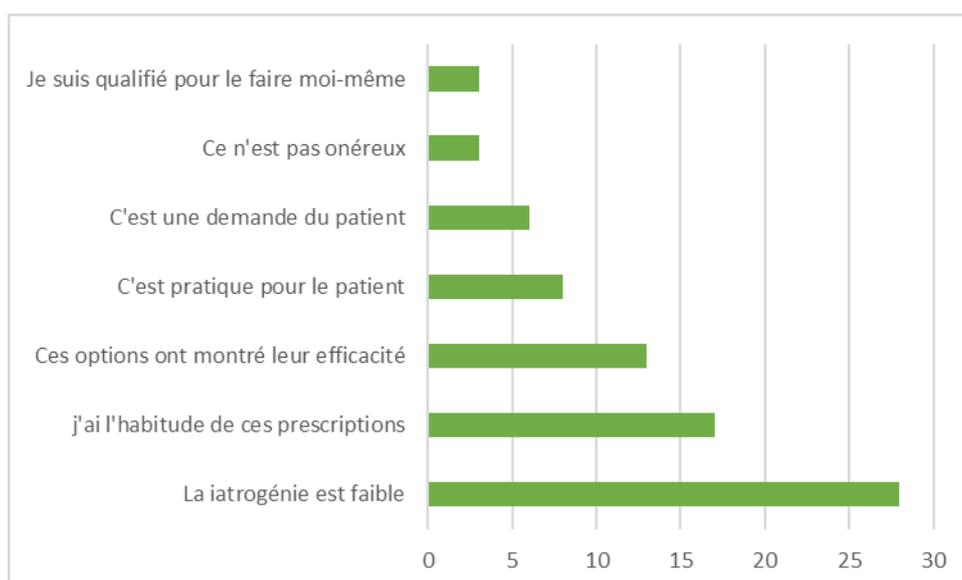


Figure 17 « Quelles sont les raisons principales motivant le choix de première intention ? »

Dans 67,5% (27) des cas les médecins s'estiment plutôt rarement contraints de passer à une prise en charge de deuxième intention.

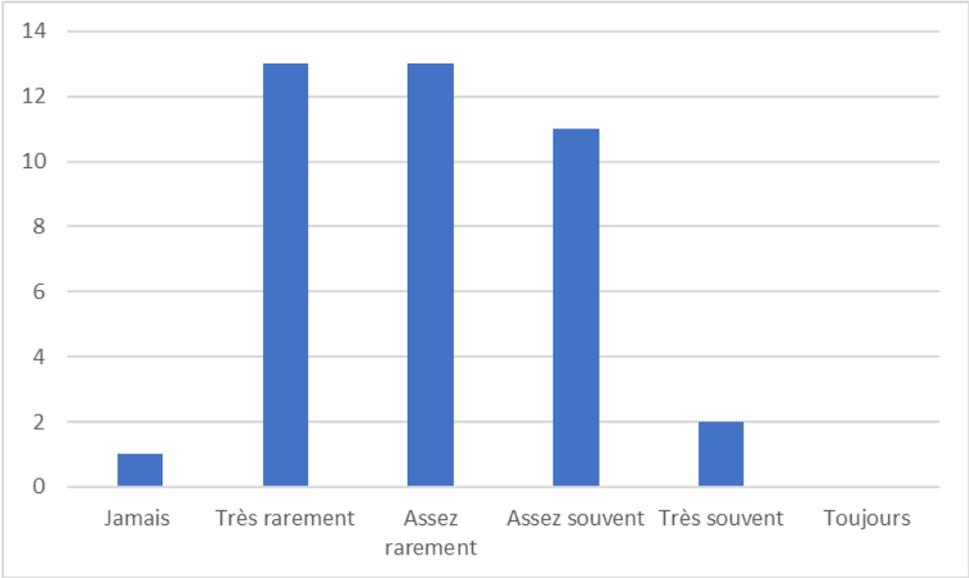


Figure 18 "Dans quelles proportions êtes-vous contraint(e) de passer à une prise en charge de deuxième intention ?"

En deuxième intention, 8 (20%) d'entre eux prescrivent un somnifère, 7 (17,5%) un antihistaminique, 5 (12,5%) des anxiolytiques. Les principales motivations de ces choix sont une efficacité avérée pour 17 (42,5%), l'habitude d'utilisation pour 15 (37,5%) et une iatrogénie faible pour 13 (32,5%).

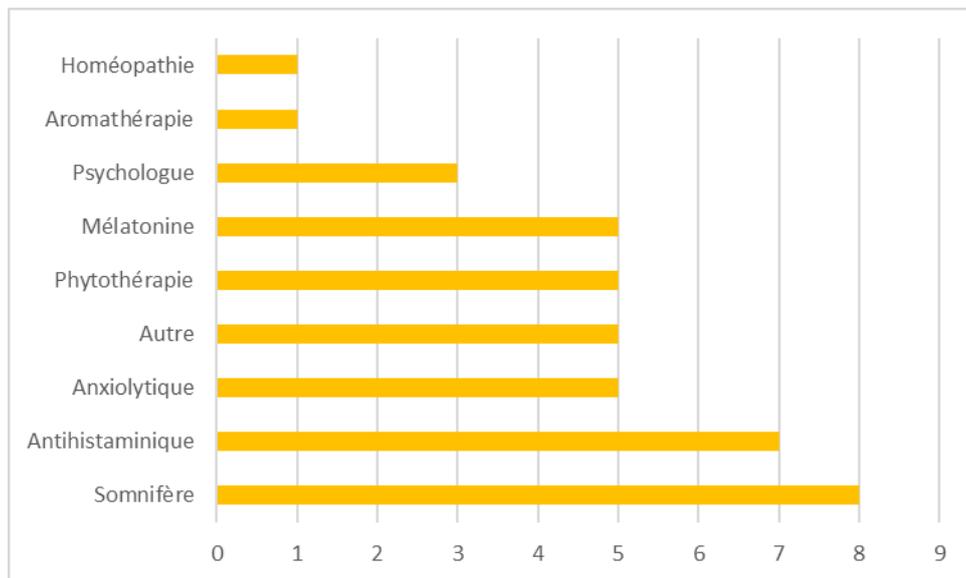


Figure 19 « Quelle solution de deuxième intention proposez-vous généralement aux patients souffrant d'insomnie primaire ? »

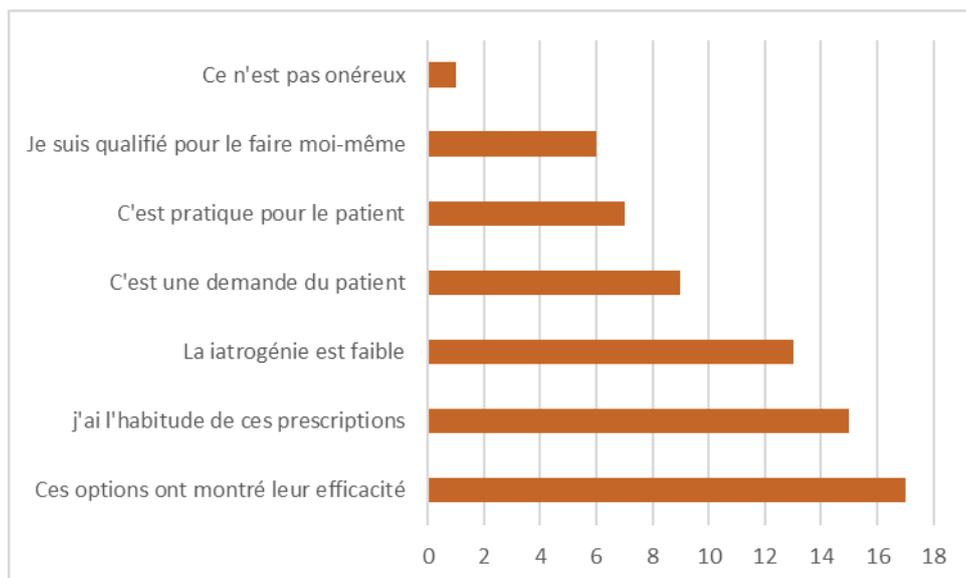


Figure 20 « Quelles sont les raisons principales motivant le choix de deuxième intention ? »

Une majorité de médecins estime ne pas avoir une approche systématique identique selon les patients (62,5%).

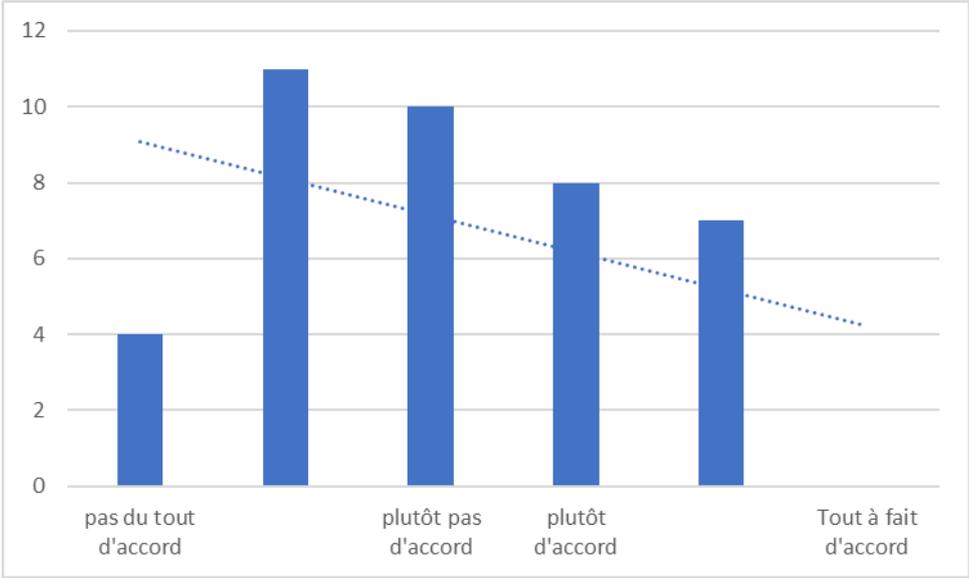


Figure 21 " Je traite tous mes patients de la même manière en première intention "

29 (72,5%) médecins jugent avoir plutôt peu recours aux benzodiazépines et apparentés en situation d'insomnie primaire. L'analyse univariée met en évidence une influence significative du sexe des médecins ($p = 0,031$) sur la fréquence de prescription des BZD et apparentés mais aussi une influence significative du nombre de consultations préalables ($p = 0,021$) sur la fréquence de prescription des BZD et apparentés.

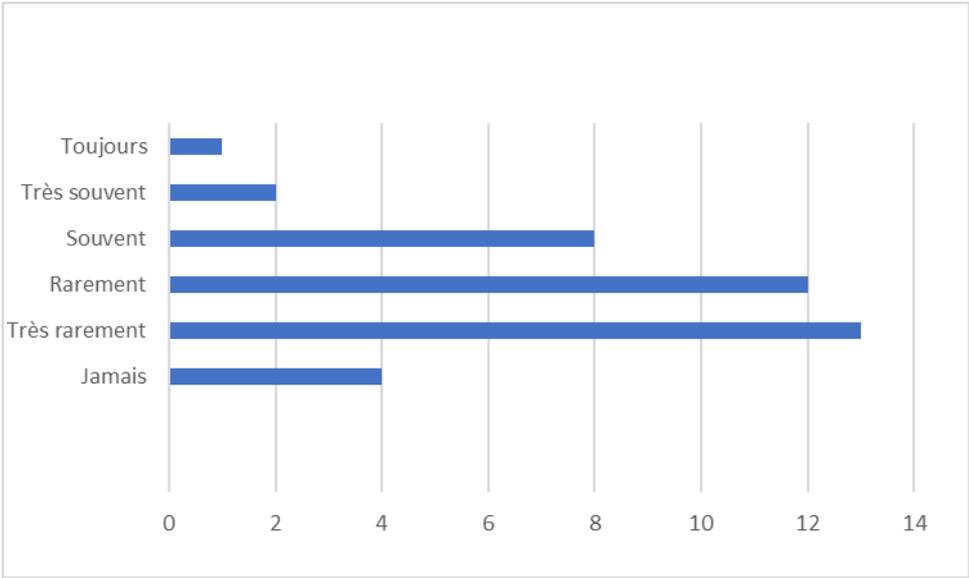


Figure 22 " À quelle fréquence estimez-vous avoir recours aux BZD ou apparentés dans cette indication ? "

En cas de nécessité, la grande majorité, soient 29 (72,5%) des praticiens utilisent les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines.

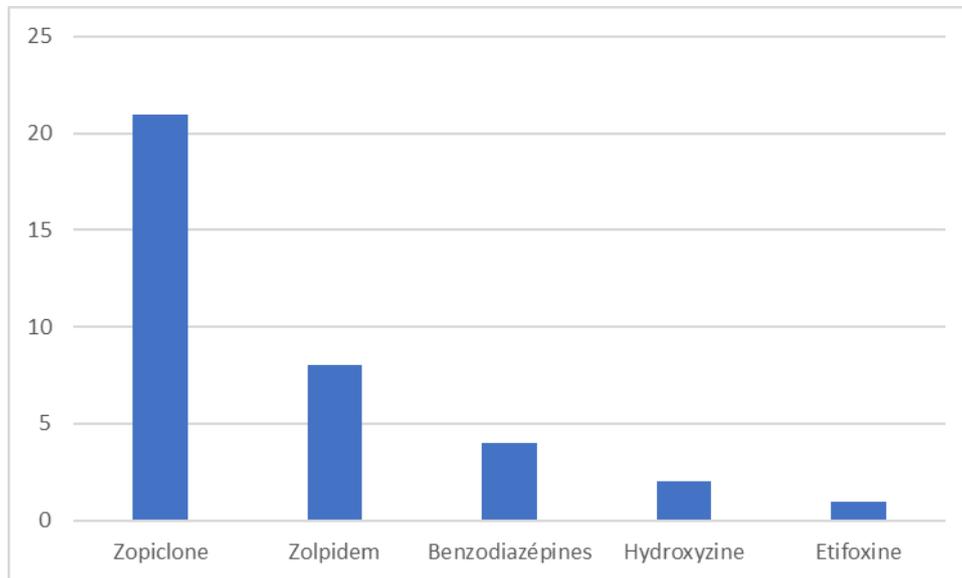


Figure 23 " S'il vous arrive d'y avoir recours, quels traitements hypnotiques utilisez-vous le plus souvent ?"

La quasi-totalité de l'échantillon (39) prescrit ces traitements pendant moins d'un mois et 31 (77,5%) d'entre eux estimaient en tenter le sevrage plutôt souvent. 25 (62,5%) médecins procèdent en prescrivant des prises intermittentes d'hypnotique en vue d'un arrêt. Les autres méthodes sont utilisées par moins de la moitié de l'effectif.

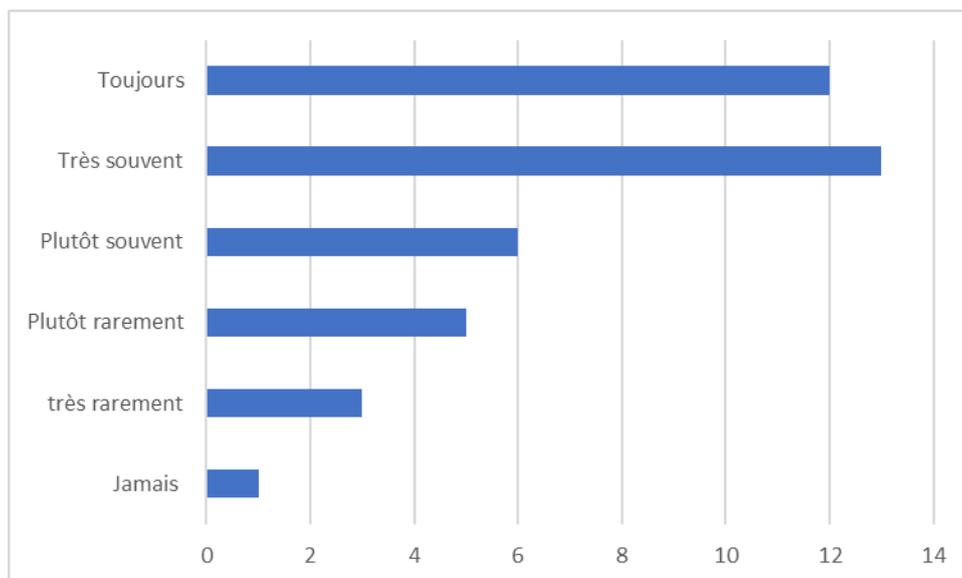


Figure 24 " À quelle fréquence tentez-vous le sevrage des patients sous hypnotique au long cours ?"

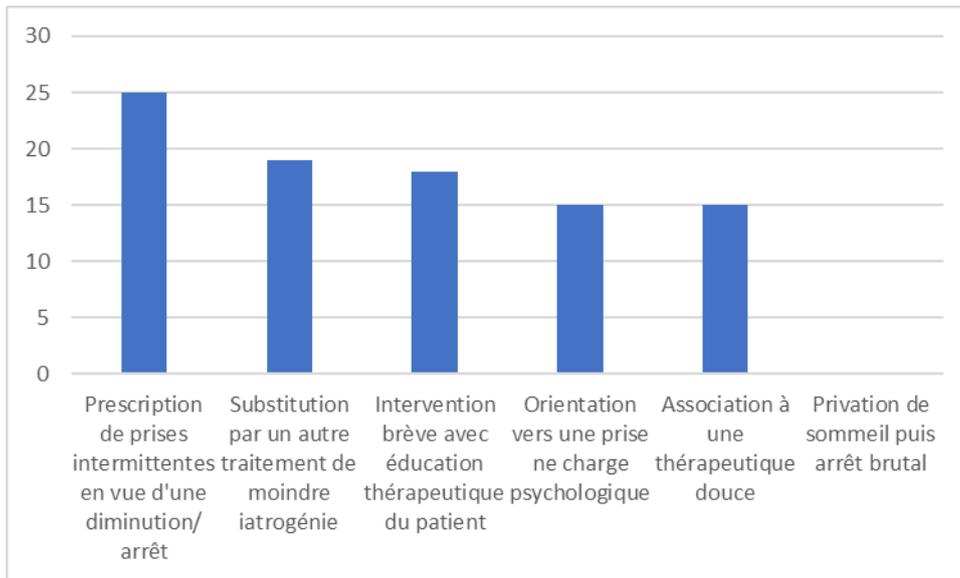


Figure 25 " En cas de tentative de sevrage, comment procédez-vous ? "

Il arrive à 28 (70%) médecins d'orienter leurs patients vers d'autres professionnels de santé, médicaux ou para-médicaux, dont 5 (12,5%) qui jugent avoir recours plutôt souvent à l'expertise d'un autre professionnel de santé.

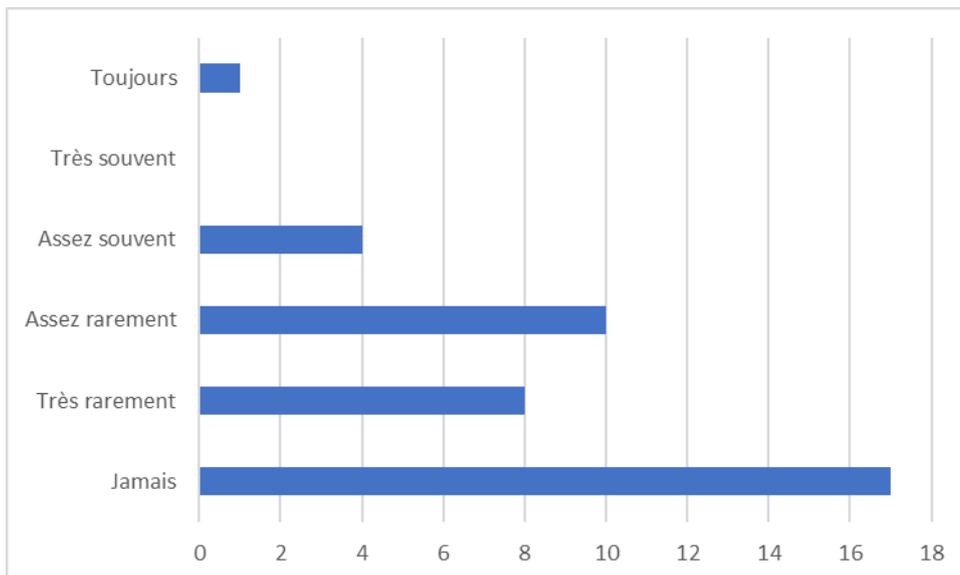


Figure 26 " À quelle fréquence sollicitez-vous l'expertise d'un autre professionnel de santé ? "

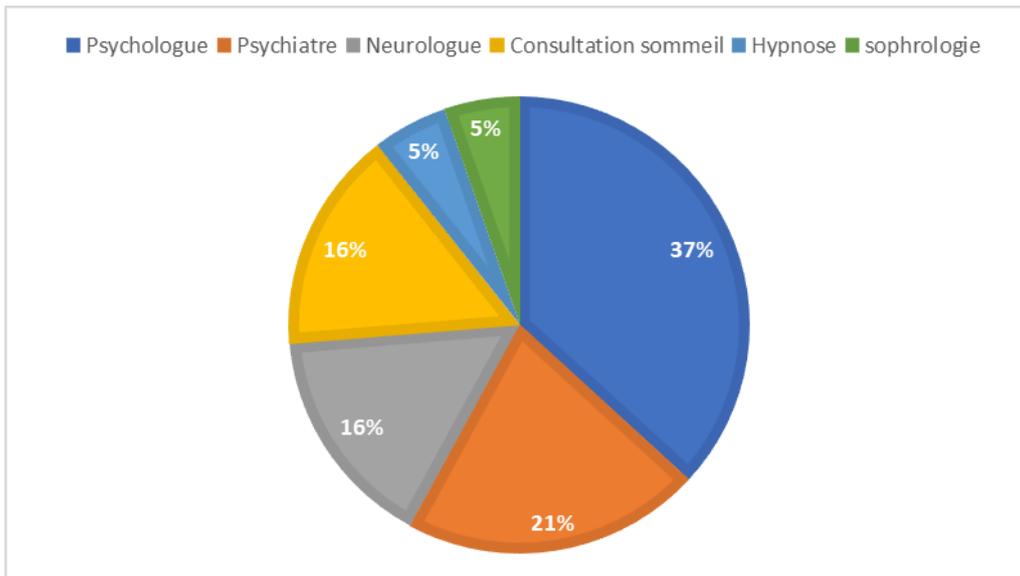


Figure 27 Répartition des professionnels sollicités

IV.3. Critères secondaires de l'étude : connaissance et intérêt des médecins généralistes euréliens en 2019 pour les thérapies alternatives aux benzodiazépines et apparentés

30 (75%) des praticiens interrogés sont plutôt conscients de l'efficacité de la TCC en cas d'insomnie primaire.

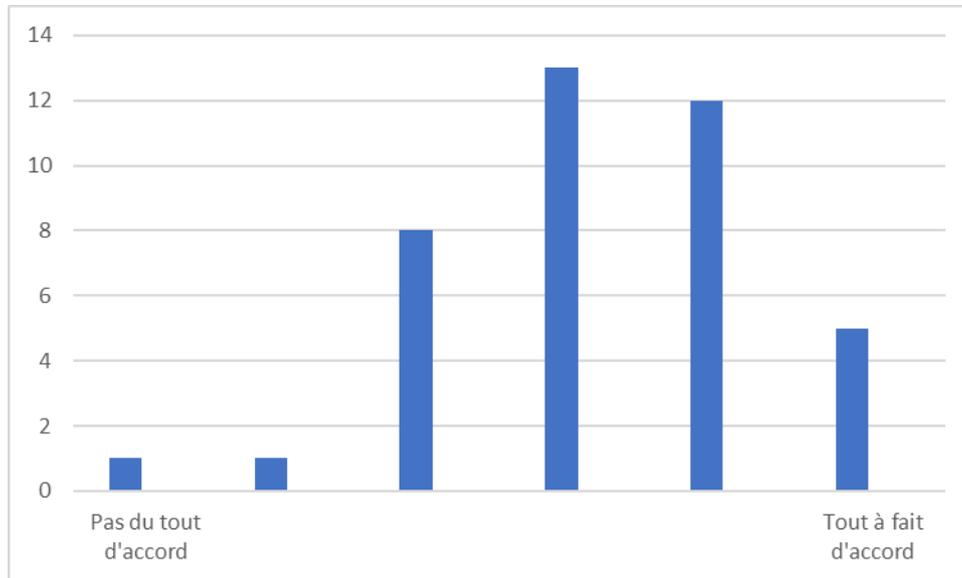


Figure 28 " En situation d'insomnie primaire chronique, la thérapie-cognitivo-comportementale apporte une efficacité comparable à un traitement hypnotique ou anxiolytique classique : "

Les alternatives les mieux connues, qui motivent un avis significatif par plus de 75% des médecins, sont la phytothérapie (40), les méthodes de relaxation (39), l'éducation à l'hygiène du sommeil (38), la mélatonine (35) et la sophrologie (34).

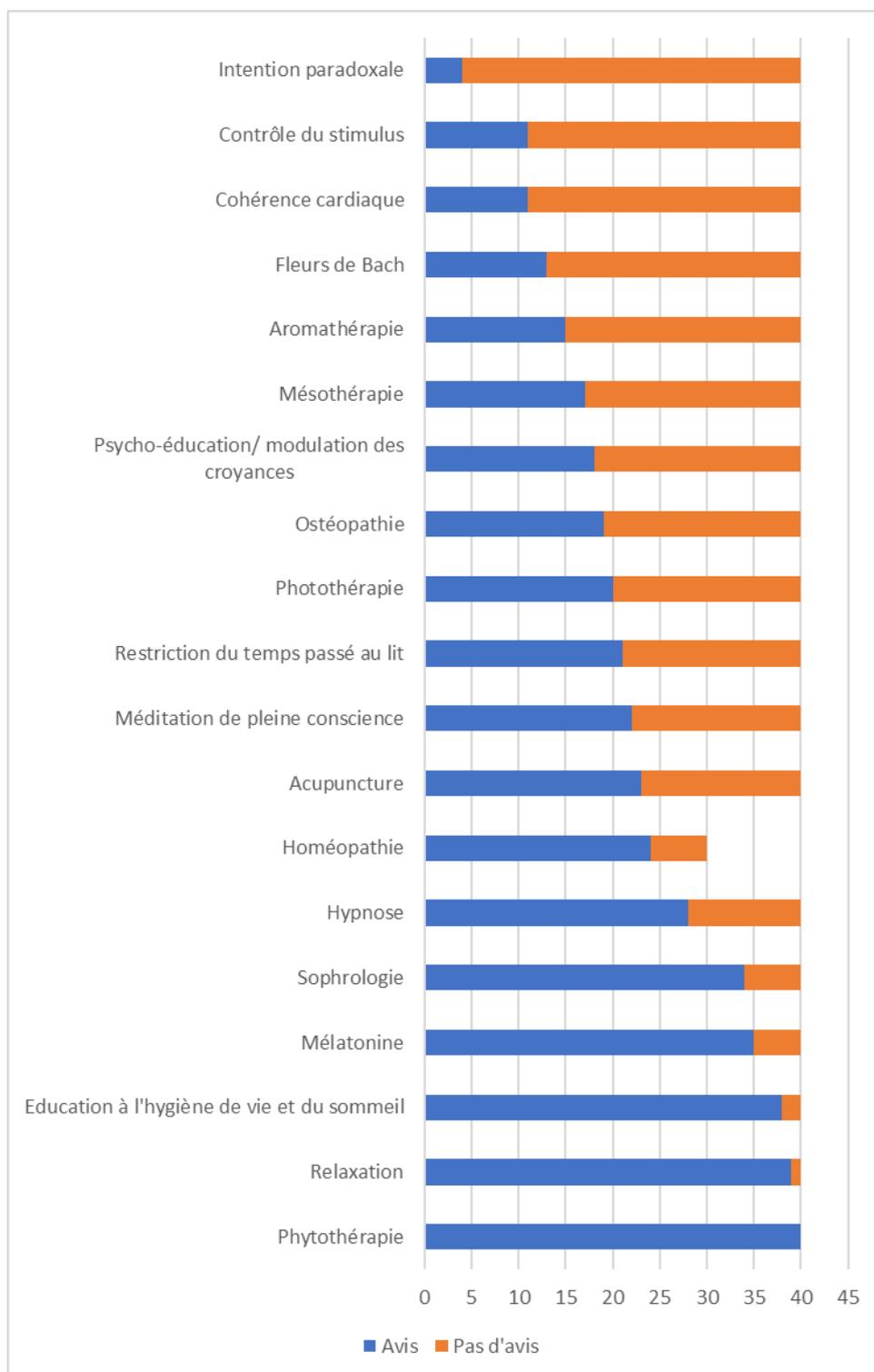


Figure 29 Connaissance et intérêt des médecins généralistes d'Eure et Loir pour les thérapies alternatives aux benzodiazépines et apparentés

Parmi les thérapies alternatives proposées, quatre sont évaluées comme plutôt efficaces. Les mesures d'hygiène du sommeil le sont par 36 (90%) des répondants, la relaxation par 29 (74%), la sophrologie par 22 (65%) et l'hypnose par 23 (82%)

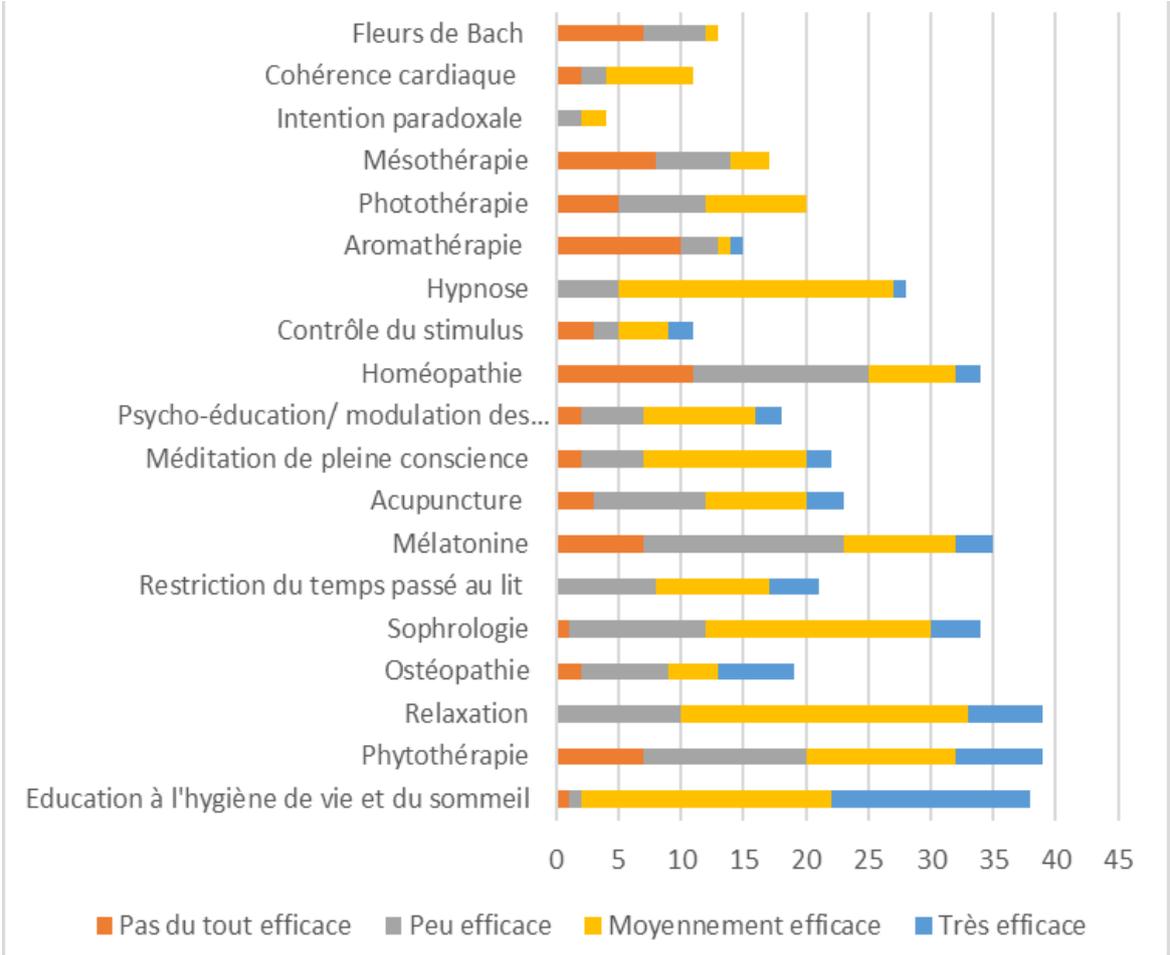


Figure 30 Adhésion des médecins ayant un avis concernant les thérapeutiques alternatives proposées

Le principal frein à l'utilisation de ces méthodes alternatives selon les médecins de l'étude est le reste à charge pour les patients (37,8%).

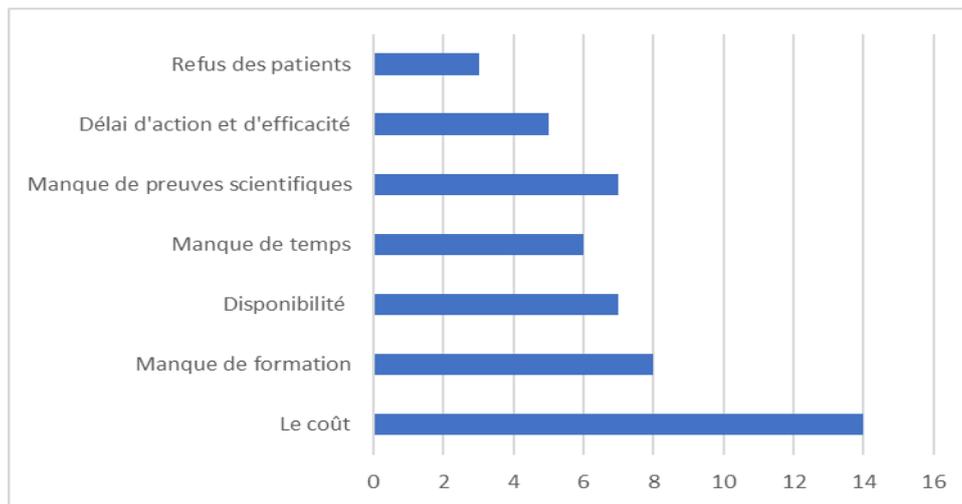


Figure 31 " Quels sont selon vous les principaux freins à l'utilisation de ces méthodes alternatives ? "

Pour 35 (87,5%) médecins, le motif d'insomnie primaire justifierait la création d'une consultation dédiée plus protocolisée.

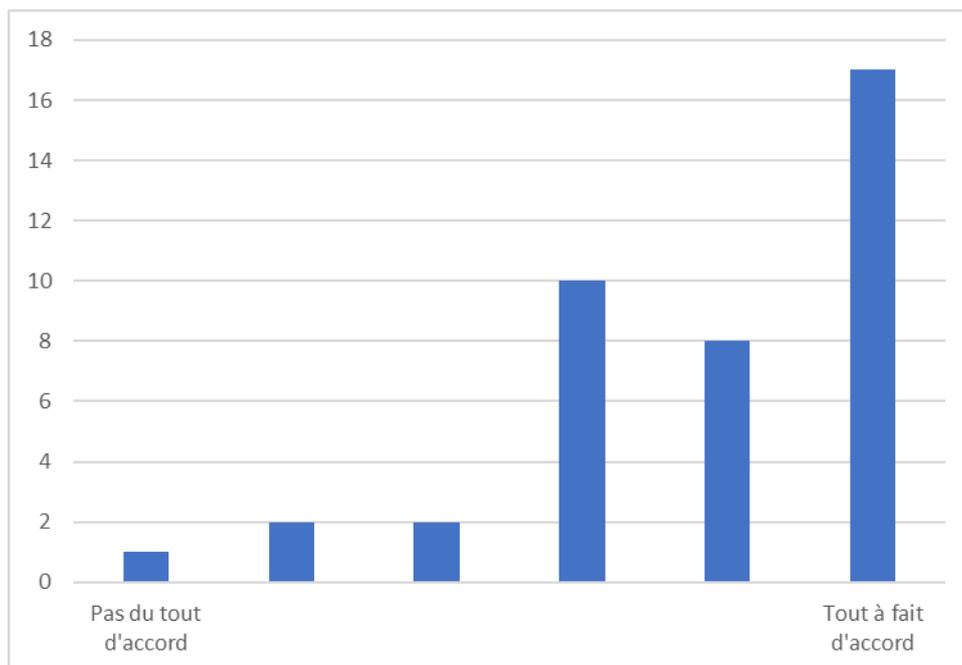


Figure 32 « Le motif d'insomnie primaire justifie-t-il selon vous l'existence d'une consultation dédiée plus protocolisée ? »

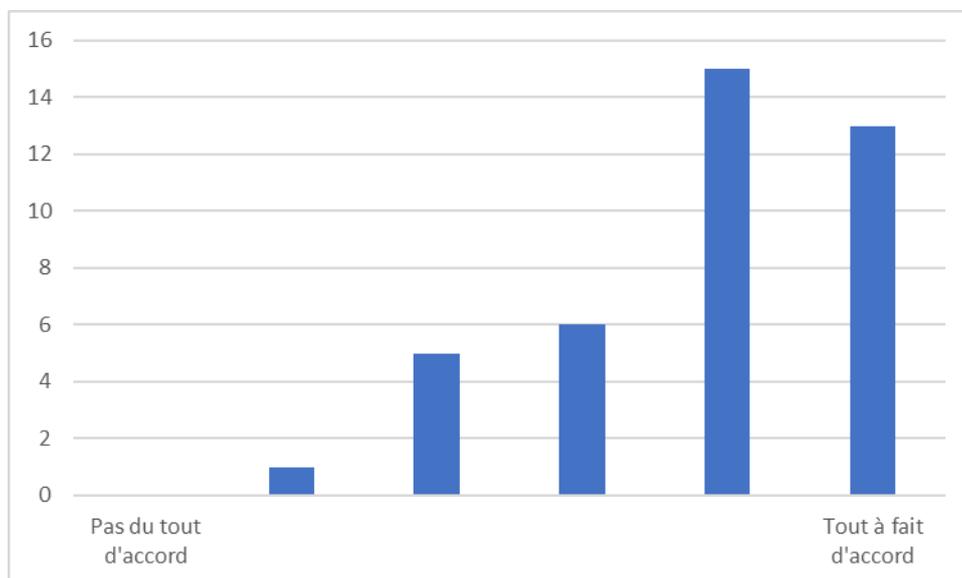


Figure 33 « À efficacité comparable, le patient privilégie généralement le traitement le mieux remboursé : »

75% des répondants souhaiteraient bénéficier de ressources supplémentaires, le questionnaire leur permettait de suggérer leur propositions.

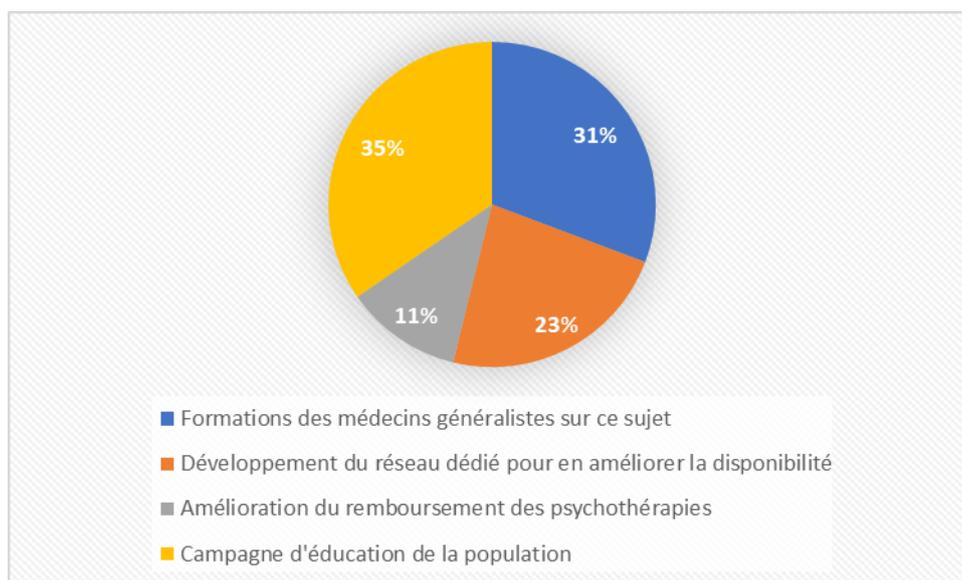


Figure 34 « De quelles ressources supplémentaires souhaiteriez-vous bénéficier ? » (Question ouverte)

V. Discussion

V.1. Rappel des principaux résultats

Compte tenu de la faible taille de l'échantillonnage aucun de ces résultats ne dispose d'une validité statistique avérée suffisante pour être interprété stricto sensu. Des tendances franches semblent néanmoins se dégager sur plusieurs problématiques.

Cette étude permet un état des lieux des prescriptions en vogue en Eure et Loir en 2019 dans la prise en charge des insomnies primaires de l'adulte.

Sur les 40 médecins inclus, plus de 77% proposent au minimum une consultation dédiée ultérieure avant une quelconque prescription. Ils rappellent les règles d'hygiène du sommeil pour plus de 97%. À peine 35% des médecins utilisent les échelles diagnostiques validées.

En première intention, ils prescrivent par ordre de fréquence une phytothérapie, de l'homéopathie, des antihistaminiques, de la mélatonine, des anxiolytiques, des somnifères, une psychothérapie ou TCC, un arrêt de travail. Les trois principales raisons de ces choix sont la faible iatrogénie, l'habitude de prescription et l'efficacité clinique avérée.

Les médecins s'estiment plutôt rarement contraints de passer à une prise en charge de deuxième intention à plus de 65%.

En deuxième intention, les médecins prescrivent un somnifère, une benzodiazépine ou un antihistaminique dans près d'un cas sur deux du fait de l'habitude de manipulation et de l'efficacité avérée de ces options thérapeutiques.

Parmi les thérapies alternatives proposées, quatre sont jugées plutôt efficaces : les mesures d'hygiène du sommeil, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose.

Même si 75% des praticiens sont tout à fait conscients de l'efficacité des TCC en cas d'insomnie primaire, aucun ne déclare y orienter ses patients, faute d'offre de soin disponible vraisemblablement et du fait d'un reste à charge trop souvent conséquent pour le patient.

Dans cette situation 70% des médecins reconnaissent malgré tout avoir déjà adressé leurs patients insomniaques vers d'autres professionnels de santé, médicaux ou para-médicaux. Mais cette attitude restent exceptionnelle et plutôt rare pour 87,5% d'entre eux.

Face au manque de ressources, plus de 87% des médecins souhaiteraient la création d'une consultation sommeil dédiée et protocolisée mais également bénéficier d'un soutien concret par des programmes de formation plus fréquents, le développement d'un réseau territorial du sommeil, la diffusion gouvernementale via différents supports d'une campagne grand public des règles d'hygiène du sommeil ou encore la majoration de la prise en charge CPAM et mutuelle des TCC.

V.2. Interprétation des résultats

Les médecins déclarent à presque 50% prescrire une phytothérapie en première intention mais la prévalence des BZD et apparentés sur les ordonnances de ville n'a cependant pas drastiquement diminué ces dernières années. De plus 60% des médecins jugent dans le même temps les phytothérapies plutôt inefficaces.

Plusieurs pistes permettent potentiellement d'expliquer cette discordance qui est peut-être simplement due au schéma déclaratif et auto-analytique de cette étude. La deuxième piste serait l'existence d'un biais de recrutement avec une sur-représentation de médecins intéressés par cette problématique inclus dans l'étude, basée sur le volontariat. La troisième explication est liée à l'efficacité très modeste des phytothérapies sur les insomnies primaires.

Cette dernière hypothèse semble la plus vraisemblable, d'autant plus que les proportions de recours aux BZD et apparentés (50%) en deuxième intention sont plus en adéquation avec la réalité du terrain.

Les médecins sont sans doute plus fréquemment contraints de passer à une thérapie de deuxième intention qu'ils ne le déclarent dans l'étude.

De plus l'étude montre une influence de l'âge sur l'utilisation des outils diagnostiques ainsi qu'une influence du sexe et du nombre de consultations préalables sur le taux de recours aux BZD et apparentés. Compte tenu de la tendance des résultats et de la féminisation actuellement inéluctable de la profession on peut imaginer que les jeunes générations, plus sensibilisées et un peu mieux formées sur ces points ont tendance à essayer de préciser le diagnostic d'insomnie primaire et de limiter la primo-prescription de BZD et apparentés.

Enfin, presque tous les médecins déclarent ne pas prescrire d'hypnotique pendant plus d'un mois, ce qui est en effet véridique puisqu'une partie de ceux-ci est à présent délivrée avec un plafonnement d'un mois. Il aurait de fait été plus intéressant de questionner les médecins sur le taux de renouvellement des traitements hypnotiques.

Autre résultat aberrant, les solutions privilégiées en première intention diffèrent fortement des options que les médecins estiment efficaces. En effet, outre le rappel des règles d'hygiène du sommeil, l'hypnose et les techniques de relaxation/ sophrologie sont très peu prescrites en pratique. La démographie actuelle fait pourtant état de 37 hypnothérapeutes et 21 sophrologues en Eure et Loir(103). Il semble donc que pour ces cas précis le frein principal ne soit pas le manque de disponibilités des thérapeutes.

Les généralistes considèrent peut-être qu'une consultation sommeil ne peut se terminer sans la délivrance d'une prescription écrite. C'est en tout cas ce que laisse à penser l'éventail des prescriptions de première intention.

Pourtant, comme le soulignait Marie METGE dans sa thèse Perception des thérapeutiques non pharmacologiques dans le traitement de l'insomnie par les médecins généralistes cette prescription systématique en fin de consultation relève plus de l'habitude et de la symbolique que de l'apport d'un réel service médical rendu au patient. Un autre travail de thèse complémentaire dirigé par Anaïs FREVILLE La non-prescription médicamenteuse en médecine générale. Le vécu des patients ayant consulté pour syndrome anxiodépressif ou insomnie démontrait que le patient accorde relativement peu d'importance à la délivrance d'une ordonnance médicamenteuse en fin de consultation.

V.3. Forces et faiblesses de l'étude

À notre connaissance il s'agit de la première étude explorant les habitudes de prescriptions des médecins généralistes dans cette indication en Eure et Loir. Son manque de puissance ne permet cependant pas d'en généraliser les résultats.

L'étude repose volontairement sur un questionnaire dématérialisé de recueil des habitudes de prescription dans l'optique d'une délivrance exhaustive à tous les médecins généralistes.

Cette étude est sujette à des biais de sélection : les médecins inclus dans l'étude ne représentent que 14% de l'ensemble des généralistes du département. Seuls les médecins informatisés étaient susceptibles de recevoir le questionnaire. Enfin, suite à l'entrée en vigueur récente de la législation européenne RGPD relative à la protection des données personnelles, seuls les médecins dont nous avons réussi à obtenir l'adresse e-mail ont logiquement été contactés.

Inhérents au schéma déclaratif de l'étude, des biais de mémorisation et d'évaluation sont également intervenus de la part des médecins.

La question traitant de la durée de prescription des hypnotiques souffre probablement d'un biais de conformisme.

Enfin, le diagnostic différentiel parfois compliqué entre insomnie primaire et insomnie secondaire pouvait créer un biais de confusion.

Conclusion

Cette étude permet de souligner l'ambiguïté de la pratique actuelle en médecine générale, contrainte par le déficit d'offre de soins adaptés à la prise en charge de l'insomnie primaire par TCC. En effet, malgré une conscience collective de l'efficacité des TCC celles-ci restent trop peu employées par rapport aux BZD et apparentés.

Cependant, faute de mieux et par refus du pire les médecins se retrouvent dans une impasse, contraints de prescrire en première intention des alternatives douces en lesquelles ils ont une confiance globalement mitigée. La HAS elle-même (5) reconnaît les limites d'application de ces thérapeutiques alternatives douces par les généralistes, du fait notamment de leur manque d'accessibilité, de l'hétérogénéité des options existantes, de l'absence de preuve solide d'efficacité, et de certains doutes quant à leur innocuité, ce qui ne participe pas à faire évoluer les pratiques.

Ainsi le manque de thérapeutes formés et le temps nécessaire à ces TCC a motivé les chercheurs à développer des approches dans lesquelles certaines séances sont remplacées par des sessions d'éducation thérapeutique sur internet ou via support téléphonique. Les premières évaluations semblent encourageantes.

Parallèlement, le biofeedback ou neurofeedback constitue également une piste de recherche clinique. Cette approche utilise l'électroencéphalographie (EEG) comme un moyen pour le patient de suivre son activité cérébrale et d'apprendre progressivement à induire des ondes favorables à l'endormissement. La stimulation magnétique transcrânienne (TMS) est également à l'étude.

L'essor de nouveaux apports complémentaires par neuro-imagerie fonctionnelle laissent entrevoir une amélioration de la compréhension de l'insomnie primaire. L'altération perceptuelle lors de l'activité onirique serait liée au maintien actif de certaines régions cérébrales malgré un état de sommeil effectif qui pourrait être à l'origine de cette sensation subjective d'éveil(76,77). Ces récentes notions de localité des différentes activités d'un cerveau endormi pourraient être impliqués dans la mauvaise perception du sommeil.

Actuellement l'hypnotique idéal n'existe pas. Des recherches sont en cours pour la mise au point de molécules plus ciblées(6). La découverte du rôle du système hypocretine-orexine sur le maintien de l'éveil s'est traduit par l'émergence récente de nouvelles molécules antagonistes (suvorexant, almorexant) qui ne sont pas encore commercialisées en France(12).

Faute de professionnels disponibles et habilités à la pratique des TCC, d'avancée thérapeutique notable, et du flou partiel qui persiste autour des différentes recommandations, les hypnotiques historiques ont probablement encore une espérance de vie non négligeable sur le marché du sommeil français.

Bibliographie

1. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
2. Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/>
3. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*. 1 nov 2014;146(5):1387-94.
4. Elsevier. Insomnie chez l'adulte [Internet]. Elsevier Connect. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/insomnie-chez-ladulte>
5. Baillet M, Edde M, Peres K, Helmer C, Catheline G, Mayo W. Différences de rythme veille/sommeil entre des populations âgées rurales et urbaines de la Gironde. *Médecine du Sommeil*. 1 mars 2017;14(1):46.
6. Prise en charge de l'insomnie - 9782294753053 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/prise-en-charge-de-linsomnie-9782294753053.html>
7. Patel SR, Malhotra A, Gao X, Hu FB, Neuman MI, Fawzi WW. A Prospective Study of Sleep Duration and Pneumonia Risk in Women. *Sleep*. 1 janv 2012;35(1):97-101.
8. Prather AA, Janicki-Deverts D, Hall MH, Cohen S. Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. *Sleep*. 1 sept 2015;38(9):1353-9.
9. Taylor DJ, Kelly K, Kohut ML, Song K-S. Is Insomnia a Risk Factor for Decreased Influenza Vaccine Response? *Behav Sleep Med*. 2017;15(4):270-87.
10. Gindin J, Shochat T, Chetrit A, Epstein S, Israel YB, Levi S, et al. Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in Long TERM care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(11):2033-9.
11. Insomnie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>
12. Insomnie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 28 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>
13. VIDAL - Insomnie de l'adulte - La maladie [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1619/insomnie_de_l_adulte/la_maladie/
14. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*. 1 juin 2015;38(6):843-4.

15. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*. 1 déc 2015;1(4):233-43.
16. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest*. août 2017;152(2):435-44.
17. Brumpton B, Mai X-M, Langhammer A, Laugsand LE, Janszky I, Strand LB. Prospective study of insomnia and incident asthma in adults: the HUNT study. *European Respiratory Journal*. 1 févr 2017;49(2):1601327.
18. Castro-Diehl C, Diez Roux AV, Redline S, Seeman T, McKinley P, Sloan R, et al. Sleep Duration and Quality in Relation to Autonomic Nervous System Measures: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Sleep*. 1 nov 2016;39(11):1927-40.
19. Kanno Y, Yoshihisa A, Watanabe S, Takiguchi M, Yokokawa T, Sato A, et al. Prognostic Significance of Insomnia in Heart Failure. *Circulation Journal*. 24 juin 2016;80(7):1571-7.
20. Lin C-L, Tsai Y-H, Yeh MC. The relationship between insomnia with short sleep duration is associated with hypercholesterolemia: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(2):339-47.
21. Li C-H, Huang K-Y, Chen W-C, Chen C-H, Tu C-Y, Lin C-L, et al. Sleep disorders in individuals without sleep apnea increase the risk of peripheral arterial disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Sleep Medicine*. 1 août 2015;16(8):966-70.
22. Guyon A, Spiegel K. Sommeil court et risque d'obésité. *Obes*. 1 mars 2015;10(1):51-9.
23. Zhan Y, Zhang F, Lu L, Wang J, Sun Y, Ding R, et al. Prevalence of dyslipidemia and its association with insomnia in a community based population in China. *BMC Public Health [Internet]*. 8 oct 2014 [cité 21 juin 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197222/>
24. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nat Rev Endocrinol*. mai 2009;5(5):253-61.
25. Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. nov 2016;40(11):2271-82.
26. Levenson JC, Benca RM, Rumble ME. Sleep Related Cognitions in Individuals with Symptoms of Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*. 15 août 2015;11(8):847-54.
27. Fernandez-Mendoza J, Shea S, Vgontzas AN, Calhoun SL, Liao D, Bixler EO. Insomnia and incident depression: role of objective sleep duration and natural history. *Journal of Sleep Research*. 2015;24(4):390-8.
28. Dolsen MR, Asarnow LD, Harvey AG. Insomnia as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. sept 2014;16(9):471.
29. Carroll JE, Esquivel S, Goldberg A, Seeman TE, Effros RB, Dock J, et al. Insomnia and Telomere Length in Older Adults. *Sleep*. 1 mars 2016;39(3):559-64.
30. Léger D, Ohayon M, Beck F, Vecchierini M-F. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique. *Médecine du Sommeil*. 1 oct 2010;7(4):139-45.
31. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1520 p.

32. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
33. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
34. Accident de Millas : le somnifère pris par la conductrice mis en cause [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/medicament/accident-de-millas-le-somnifere-pris-par-la-conductrice-mis-en-cause_3265209.html
35. Victime accident voiture : condamnation d'une conductrice sous anxiolytiques [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: http://www.fnvictimesdelaroute.asso.fr/deces_accident_voiture_conductrice_sous_anxiolytiques_c_ondamnee.php
36. Mort du jeune Owen : la conductrice sous médicaments condamnée à six mois ferme [Internet]. FIGARO. 2018 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/07/03/01016-20180703ARTFIG00381-mort-du-jeune-owen-la-conductrice-sous-medicaments-condamnee-a-six-mois-ferme.php>
37. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* [Internet]. 9 sept 2014 [cité 1 août 2019];349. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/>
38. Orriols L, Philip P, Moore N, Castot A, Gadegbeku B, Delorme B, et al. Benzodiazepine-Like Hypnotics and the Associated Risk of Road Traffic Accidents. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2011;89(4):595-601.
39. Kurko T a. T, Saastamoinen LK, Tähkäpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – a systematic review of register-based studies. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8):1037-47.
40. Brower KJ, McCammon RJ, Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, Valenstein M. Prescription Sleeping Pills, Insomnia, and Suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Clin Psychiatry*. 21 sept 2010;72(4):515-21.
41. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
42. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*. déc 2007;4(14):5-27.
43. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie

44. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
45. Bienfaits et troubles du sommeil: Comprendre pour mieux prendre en charge. De Boeck Supérieur; 2016. 578 p.
46. Buzsáki G. The Hippocampo-Neocortical Dialogue. *Cereb Cortex*. 1 mars 1996;6(2):81-92.
47. Van Someren EJW, Cirelli C, Dijk D-J, Van Cauter E, Schwartz S, Chee MWL. Disrupted Sleep: From Molecules to Cognition. *J Neurosci*. 14 oct 2015;35(41):13889-95.
48. Norm M-Z, in. Accueil [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/>
49. Chennaoui M, Arnal PJ, Sauvet F, Léger D. Sleep and exercise: A reciprocal issue? *Sleep Medicine Reviews*. 1 avr 2015;20:59-72.
50. Haskell W, Lee I-M, Pate R, Powell K, Blair S, Franklin B, et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. août 2007;39(8):1423-34.
51. Wever RA. *The Circadian System of Man: Results of Experiments Under Temporal Isolation*. Springer Science & Business Media; 2013. 285 p.
52. Scheer FAJL, Hilton MF, Mantzoros CS, Shea SA. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 17 mars 2009;106(11):4453-8.
53. Bootzin RR, Perlis ML. Nonpharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry*. juin 1992;53 Suppl:37-41.
54. Falloon K, Elley CR, Fernando A, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. août 2015;65(637):e508-15.
55. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *An american academy of sleep medicine report*. *Sleep*. nov 2006;29(11):1415-9.
56. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. déc 1987;10(4):541-53.
57. Inovagora. Thérapie comportementale et cognitive (TCC) - Thérapies - Education thérapeutique (ETP) - Soins, accompagnements et entraide - Psycom [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC>
58. manuel-dinformation-quest-ce-que-la-tcc.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/02/manuel-dinformation-quest-ce-que-la-tcc.pdf>
59. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Chronic Insomnia. *Sleep*. 1 sept 2014;37(9):1553-63.

60. Schabus M, Griessenberger H, Gnjezda M-T, Heib DPJ, Wislowska M, Hoedlmoser K. Better than sham? A double-blind placebo-controlled neurofeedback study in primary insomnia. *Brain*. avr 2017;140(4):1041-52.
61. Irwin MR, Olmstead R, Motivala SJ. Improving Sleep Quality in Older Adults with Moderate Sleep Complaints: A Randomized Controlled Trial of Tai Chi Chih. *Sleep*. 1 juill 2008;31(7):1001-8.
62. Li F, Fisher KJ, Harmer P, Irbe D, Tearse RG, Weimer C. Tai Chi and Self-Rated Quality of Sleep and Daytime Sleepiness in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(6):892-900.
63. Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, Nicassio P, Ganz PA, et al. Tai Chi Chih Compared With Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia in Survivors of Breast Cancer: A Randomized, Partially Blinded, Noninferiority Trial. *J Clin Oncol*. 10 août 2017;35(23):2656-65.
64. Wang F, Eun-Kyoung Lee O, Feng F, Vitiello MV, Wang W, Benson H, et al. The effect of meditative movement on sleep quality: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 1 déc 2016;30:43-52.
65. Becker PM. Hypnosis in the Management of Sleep Disorders. *Sleep Medicine Clinics*. 1 mars 2015;10(1):85-92.
66. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 1 oct 2015;23(5):719-32.
67. Waits A, Tang Y-R, Cheng H-M, Tai C-J, Chien L-Y. Acupressure effect on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;37:24-34.
68. Lee S-H, Lim SM. Acupuncture for insomnia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med [Internet]*. 19 juill 2016 [cité 31 juill 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4950252/>
69. Kim S-P, Kim J-H, Kim B-K, Kim H-J, Jung IC, Cho JH, et al. Electroacupuncture for insomnia disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials [Internet]*. 13 avr 2017 [cité 14 janv 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390431/>
70. Dong B, Chen Z, Yin X, Li D, Ma J, Yin P, et al. The Efficacy of Acupuncture for Treating Depression-Related Insomnia Compared with a Control Group: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int [Internet]*. 2017 [cité 14 janv 2019];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329663/>
71. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. Les médicaments homéopathiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>
72. Michael J, Singh S, Sadhukhan S, Nath A, Kundu N, Magotra N, et al. Efficacy of individualized homeopathic treatment of insomnia: Double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 1 avr 2019;43:53-9.
73. Donath F, Quispe S, Diefenbach K, Maurer A, Fietze I, Roots I. Critical Evaluation of the Effect of Valerian Extract on Sleep Structure and Sleep Quality. *Pharmacopsychiatry*. mars 2000;33(2):47-53.

74. Chang S-M, Chen C-H. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(2):306-15.
75. Siegler M, Frange C, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. Effects of Bach Flower Remedies on Menopausal Symptoms and Sleep Pattern: A Case Report. *Altern Ther Health Med*. mars 2017;23(2):44-8.
76. Tian T, Hua L, Wang J, Guan J. Efficacy and safety of herbal medicine (Bailemian capsule) for treating insomnia. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 25 janv 2019 [cité 2 août 2019];98(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6358357/>
77. Savage K, Firth J, Stough C, Sarris J. GABA-modulating phytochemicals for anxiety: A systematic review of preclinical and clinical evidence. *Phytotherapy Research*. 2018;32(1):3-18.
78. Feyzabadi Z, Rezaeitalab F, Badiie S, Taghipour A, Moharari F, Soltanifar A, et al. Efficacy of Violet oil, a traditional Iranian formula, in patients with chronic insomnia: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Ethnopharmacology*. 25 mars 2018;214:22-8.
79. Muz G, Taşçı S. Effect of aromatherapy via inhalation on the sleep quality and fatigue level in people undergoing hemodialysis. *Applied Nursing Research*. 1 oct 2017;37:28-35.
80. Lillehei AS, Halcón LL, Savik K, Reis R. Effect of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene on Self-Reported Sleep Issues: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2 juin 2015;21(7):430-8.
81. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients - Karadag - 2017 - *Nursing in Critical Care* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12198>
82. Faydalı S, Çetinkaya F. The Effect of Aromatherapy on Sleep Quality of Elderly People Residing in a Nursing Home. *Holistic Nursing Practice*. févr 2018;32(1):8-16.
83. EFFECTS OF AROMATHERAPY MASSAGE ON THE SLEEP QUALITY AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS OF PATIENTS IN A SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5412241/>
84. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. :59.
85. mesostress.pdf.
86. Morin CM. Measuring outcomes in randomized clinical trials of insomnia treatments. *Sleep Medicine Reviews*. 1 juin 2003;7(3):263-79.
87. CT-15770_ZOLPIDEM_MYLAN_QD_INS_Avis2_CT15770.pdf [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15770_ZOLPIDEM_MYLAN_QD_INS_Avis2_CT15770.pdf
88. Griend JPV, Anderson SL. Histamine-1 receptor antagonism for treatment of insomnia. *Journal of the American Pharmacists Association*. 1 nov 2012;52(6):e210-9.
89. Krystal AD, Richelson E, Roth T. Review of the histamine system and the clinical effects of H1 antagonists: Basis for a new model for understanding the effects of insomnia medications. *Sleep Medicine Reviews*. 1 août 2013;17(4):263-72.

90. Yeung W-F, Chung K-F, Yung K-P, Ng TH-Y. Doxepin for insomnia: A systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*. 1 févr 2015;19:75-83.
91. Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, Manson CC, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 14 mai 2018 [cité 2 août 2019];2018(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494576/>
92. Shah C, Sharma TR, Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacological Research*. 1 janv 2014;79:1-8.
93. Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. *Am J Health Syst Pharm*. 1 mars 2014;71(5):394-402.
94. Matheson E, Hainer BL. Insomnia: Pharmacologic Therapy. *AFP*. 1 juill 2017;96(1):29-35.
95. Vidal recommandations.
96. Insomnies primaires de l'adulte en cabinets de médecine générale euréliens: état des lieux des pratiques. [Internet]. Google Docs. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQFfx0wGfLHcUJEymv20nNWw9_No4oQVT9YGVK9vvi2Nu0RA/viewform?usp=embed_facebook
97. Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>
98. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#themesdom>
99. Tirage au Sort - Générateur de Hasard - Logiciel en Ligne [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.dcode.fr/tirage-au-sort>
100. Calculatrice de taille de l'échantillon : Comprendre les tailles d'échantillon | SurveyMonkey [Internet]. [French] SurveyMonkey. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
101. La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps#sources_et_definitions/
102. Medistica. pvalue.io, a GUI of R statistical software for scientific medical publications. [Internet]. pvalue.io. 2019 [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.pvalue.io>
103. Annuaire Thérapeutes - Annuaire des praticiens en santé naturelle [Internet]. Annuaire Thérapeutes. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.annuaire-therapeutes.com>
104. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional Neuroimaging Evidence for Hyperarousal in Insomnia. *AJP*. 1 nov 2004;161(11):2126-8.
105. Desseilles M, Dang-Vu T, Schabus M, Sterpenich V, Maquet P, Schwartz S. Neuroimaging Insights into the Pathophysiology of Sleep Disorders. *Sleep*. 1 juin 2008;31(6):777-94.

Annexe n°1 : Questionnaire médecin

Préambule :

-Insomnie primaire (= intrinsèque) sous-entend trouble d'initiation ou de maintien du sommeil non lié à une cause extérieure (perturbation environnementale, traumatisme personnel ou maladie associée), par opposition à l'insomnie secondaire.

-Insomnie chronique = >3 fois par semaine depuis >3 mois

Ce questionnaire se veut clair, lisible et simple/rapide à remplir : il ne vous en coûtera pas plus de 10 minutes.

Merci d'avance.

*Obligatoire

1. Quel est votre genre ? * Féminin ; Masculin

2. Quel âge avez-vous ? * <40 ; 40-50 ; 50-60 ; >60

3. Quel est votre taux d'activité en cabinet ? * 10% ; 20% ; 30% ; 40% ; 50% ; 60% ; 70% ; 80% ; 90% ; 100%

4. Combien de patients par semaine voyez-vous ? <50 ; 50-100 ; 101-150 ; >150

5. Quel profil d'exercice avez-vous ? * Urbain ; Semi rural ; Rural

6. Avez-vous un exercice libéral exclusif ? * Oui ; Non

7. Au cours de votre formation continue ces 5 dernières années, avez-vous été formé/ Sensibilisé à l'emploi de médecines douces ou alternatives ? * Non ; 1 ou 2 fois ; 3 fois ou plus

8. Avez-vous une qualification supplémentaire à celle de la médecine générale ? * de type acupuncture, hypnose, ostéopathie, ou autre : Oui ; Non *Passez à la question 10.*

9. Si oui laquelle, lesquelles :

10. Si vous deviez estimer le pourcentage des plaintes pour insomnie parmi l'ensemble des motifs de consultations : * 0-20 ; 21-40 ; 41-50 ; 51-60 ; 61-80 ; 81-100

11. Généralement, la première sollicitation pour trouble du sommeil est-elle le motif principal de consultation ? * Oui *Passez à la question 13* ; Non ; 50-50 ; Je ne sais pas

12. Proposez-vous une consultation dédiée ultérieure ? Jamais ; Très rarement ; Rarement ; Assez souvent ; Souvent ; Très souvent

13. Habituellement, combien de consultations menez-vous avant de proposer une quelconque prise en charge thérapeutique (qu'elle soit ou non allopathique) ? * 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; >3

14. Il existe des outils diagnostiques validés, les utilisez-vous ? * Non ; Agenda du sommeil ; Index de qualité du sommeil (PSQI) ; Index de sévérité de l'insomnie (ISI) ; Echelle de somnolence d'Epworth ; Echelle de fatigue de Pichot ; Echelle HAD ; Echelle d'Ostberg (typologie circadienne) ; Autre :

15. Rappelez-vous généralement aux patients les règles hygiéno-diététiques de base ? * Non

Eviter les dîners copieux et tardifs.
Eviter les substances stimulantes après 16h type caféine, théine, alcool, nicotine...
Pratiquer une activité physique régulière et précoce (avant 17h).
Adopter des horaires réguliers de coucher et de lever.
Eviter les siestes prolongées (>1h) et/ou trop tardives (après 16h).
Eviter autant que possible les pollutions sonores et lumineuses ainsi qu'une température trop élevée dans la chambre à coucher.
Autre :

Malgré la variabilité de la prise en charge inter-individuelle, sélectionner l'une après l'autre les deux solutions que vous êtes amené à proposer le plus fréquemment en première intention aux patients souffrant d'insomnie primaire ?

16. Le premier de ces choix *

Mélatonine ; Thérapie cognitivo-comportementale ; Aromathérapie ; Arrêt de travail ; Phytothérapie ; Antihistaminique ; Psychologue ; Hypnose ; Homéopathie ; Acupuncture ; Somnifère ; Ostéopathie ; Anxiolytique ; Photothérapie ; Antidépresseur ; Fleurs de Bach ; Neuroleptique ; Mésothérapie
Autre :

17. Quelles sont les principales raisons de ce choix ? *

J'ai l'habitude de ces prescriptions
Ces options ont montré leur efficacité
C'est pratique pour le patient
C'est pratique pour le médecin
Ce n'est pas onéreux
C'est une demande du patient
Je suis qualifié pour le faire moi même
La iatrogénie est faible
Autre :

18. A présent au deuxième *

Mélatonine ; Thérapie cognitivo-comportementale ; Aromathérapie ; Arrêt de travail ; Phytothérapie ; Antihistaminique ; Psychologue ; Hypnose ; Homéopathie ; Acupuncture ; Somnifère ; Ostéopathie ; Anxiolytique ; Photothérapie ; Antidépresseur ; Fleurs de Bach ; Neuroleptique ; Mésothérapie
Autre :

19. Quelles sont les principales raisons de ce choix ? *

J'ai l'habitude de ces prescriptions
Ces options ont montré leur efficacité
C'est pratique pour le patient
C'est pratique pour le médecin
Ce n'est pas onéreux
C'est une demande du patient
Je suis qualifié pour le faire moi même
La iatrogénie est faible
Autre :

20. En règle générale, je traite tous mes patients insomniaques de la même manière en première intention *

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 Tout à fait d'accord

21. A quelle fréquence estimez-vous avoir recours aux hypnotiques ou anxiolytiques dans cette indication ? *

Jamais 1 2 3 4 5 6 Toujours

22. Si vous en utilisez, quels traitements hypnotiques prescrivez-vous le plus fréquemment dans cette indication (néant si pas ou peu utilisés)

23. Quels sont vos objectifs en termes de durée maximale de prescription de tels traitements ? *

Je ne m'en sers pas
Quelques jours
7 jours
14 jours
21 jours
28 jours
> 1 mois

24. En général, à quelle fréquence essayez-vous de sevrer vos patients insomniaques sous hypnotiques au long cours ? * Jamais 1 2 3 4 5 6 Toujours

25. Comment procédez-vous ?

-Prescription de prises intermittentes pendant plusieurs jours/ semaines
-Intervention brève avec éducation thérapeutique du patient (risques encourus par la consommation chronique...)
-Substitution par un autre traitement à moindre iatrogénie
-Orientation vers une prise en charge psychologique
-Privation de sommeil (nuit(s) blanche(s)) puis arrêt brutal
-Association à une thérapie douce
-Autre :

26. Dans quelles proportions êtes-vous contraint(e) de passer à une prise en charge de seconde intention ? * Jamais 1 2 3 4 5 6 Très souvent

27. Que proposez-vous le plus souvent en seconde intention ?

28. Vous arrive-t-il d'orienter votre patient vers un autre professionnel de santé dans cette indication ? * Oui ; Non *Passez à la question 31.*

29. Si oui à quelle fréquence ? * Jamais 1 2 3 4 5 6 Toujours

30. Le(s)quel(s) ? *

31. Quels sont selon vous les principaux freins à l'utilisation de ces méthodes "alternatives" ?

Réponse ouverte

32. En situation d'insomnie primaire chronique, la thérapie-cognitivo-comportementale apporte une efficacité comparable à un traitement hypnotique ou anxiolytique classique : *
Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 Tout à fait d'accord

33. A efficacité comparable, le patient privilégiera généralement le traitement le mieux remboursé : *

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 Tout à fait d'accord

34. Le motif d'insomnie "primaire" justifierait-il selon vous l'existence d'une consultation dédiée plus protocolisée ? *

Tant à l'échelon diagnostique que thérapeutique.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 Tout à fait d'accord

35. Souhaiteriez-vous disposer de ressources supplémentaires sur la question de la prise en charge de l'insomnie ? * Thérapeutique, diagnostique.... Oui ; Non

36. Si oui pouvez-vous préciser?

Réponse ouverte

Pour finir pouvez-vous rapidement estimer votre adhésion aux différentes thérapeutiques citées ci-après dans cette indication :

37. Acupuncture

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

38. Aromathérapie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

39. Cohérence cardiaque

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

40. Contrôle du stimulus

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

41. Fleurs de Bach

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

42. Homéopathie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

43. Education à l'hygiène de vie et du sommeil

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

44. Hypnose

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

45. Intention paradoxale

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

46. Méditation de pleine conscience

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

47. Mélatonine

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

48. Mésothérapie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace
Je ne sais pas

49. Ostéopathie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

50. Photothérapie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

51. Phytothérapie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

52. Psychoéducation/ modulation des croyances

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

53. Restriction du temps passé au lit

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

54. Relaxation

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

55. Sophrologie

Pas du tout efficace 1 2 3 4 Très efficace

Je ne sais pas

56. Autre :

Réponse courte

Annexe n°2 : Synthèse des recommandations HAS – Principes généraux

Synthèse des recommandations

PRINCIPES GÉNÉRAUX

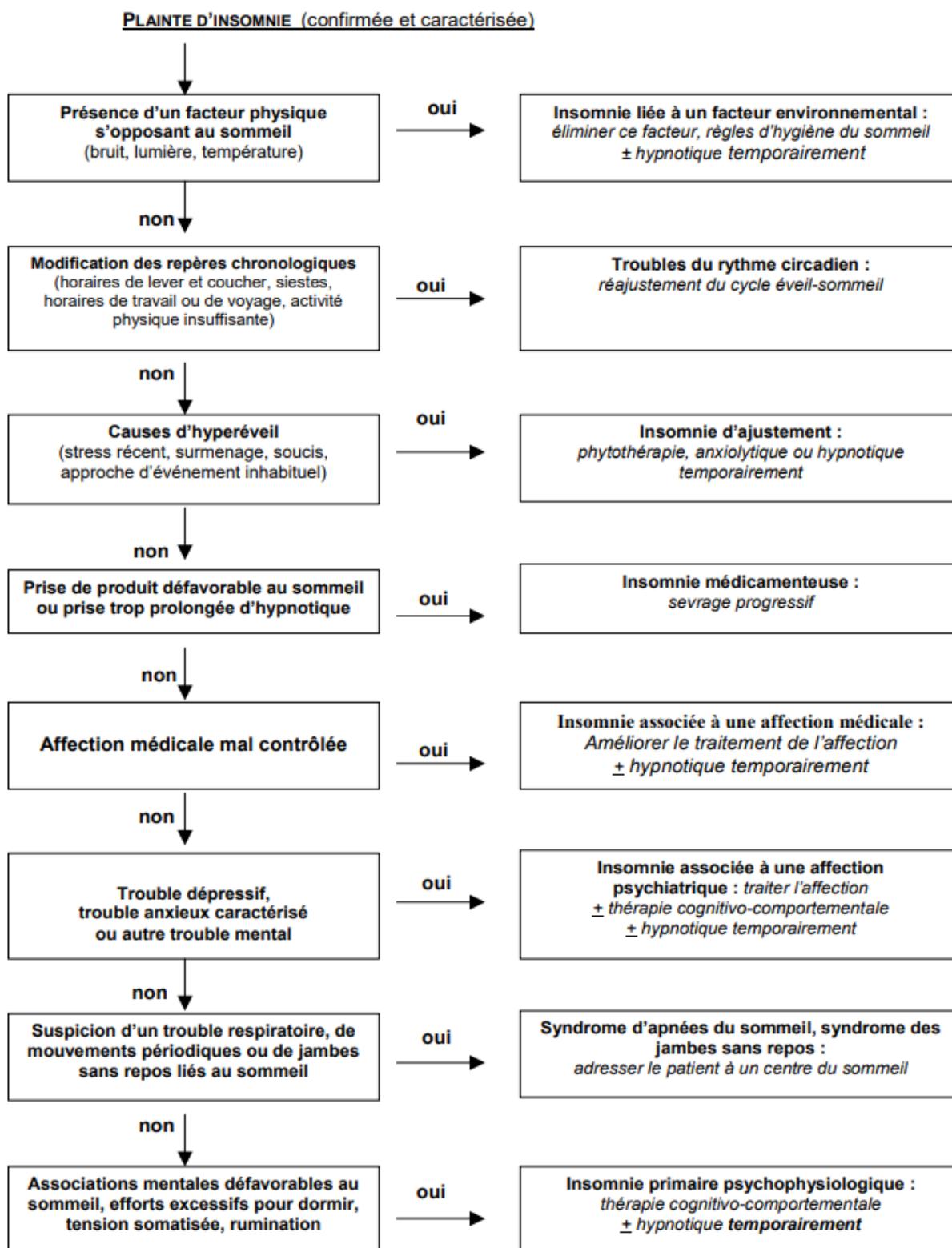
| | |
|--|---|
| DIAGNOSTIC | Consacrer à la plainte d'insomnie le temps d'une consultation |
| | Le diagnostic d'insomnie est essentiellement clinique et porte sur l'ensemble du cycle éveil-sommeil |
| | Le principal critère différentiel entre insomnie d'ajustement et insomnie chronique est l'existence d'une situation de stress |
| | La majeure partie des insomnies chroniques est liée à une pathologie dépressive ou anxieuse Une insomnie isolée est fréquemment le symptôme avant-coureur d'un état dépressif |
| RECOURS À UN SPÉCIALISTE DU SOMMEIL | Seulement en cas d'insomnies atypiques, rebelles ou liées à d'autres troubles du sommeil |
| STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES | Elles doivent comporter de façon générale : <ul style="list-style-type: none"> - un ensemble de règles élémentaires d'hygiène du sommeil - une régulation du cycle veille-sommeil avec renforcement de l'éveil diurne - un suivi programmé avec réévaluation périodique de la situation, quel que soit le traitement |
| | En cas d'insomnie d'ajustement : <ul style="list-style-type: none"> - dédramatiser la situation, assurer un soutien psychologique - si nécessaire, un traitement pharmacologique, par sédatif, anxiolytique ou hypnotique, qui doit être le plus léger et le plus bref possible |
| | En cas d'insomnie chronique : <ul style="list-style-type: none"> - outre le traitement de la pathologie éventuellement associée, - le traitement préférentiel de l'insomnie en première intention est, dans la mesure du possible, une thérapie comportementale ou une psychothérapie - réserver la prescription d'hypnotique au cas de recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle, après réévaluation de la situation du patient |

CONSIGNES PRATIQUES

| | |
|-------------------------------------|--|
| DIAGNOSTIC | Identifier la nature de la plainte (type, ancienneté, fréquence, sévérité ; répercussions diurnes ; traitements utilisés) |
| | S'appuyer sur un plan d'évaluation, un agenda du sommeil, l'arbre décisionnel <i>[ci-joint]</i> |
| PRESCRIPTION D'UN HYPNOTIQUE | CRITÈRES DE CHOIX <ul style="list-style-type: none"> - le profil d'insomnie du patient, l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique) - le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liés à la dose et à la demi-vie - les effets résiduels diurnes, le type d'activités pouvant être pratiquées au décours de la prise du produit - le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes |
| | ERREURS À ÉVITER <ul style="list-style-type: none"> - prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique - associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques - prescrire un hypnotique en cas de pathologie respiratoire - arrêter brutalement un traitement hypnotique L'effet rebond peut être limité ou évité par le choix de produits à demi-vie courte ou moyenne, à la plus faible dose efficace, et une diminution progressive de la dose |
| | INFORMER LES PATIENTS dès la prescription sur : <ul style="list-style-type: none"> - la durée du traitement, le respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai d'action du produit, les effets résiduels possibles, les modalités d'arrêt du traitement, les effets indésirables à l'arrêt - le délai à respecter à partir de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant vigilance et adresse (conduite automobile ou de machines, travaux de précision) |
| | SEVRAGE DES HYPNOTIQUES |
| CHOIX D'UNE THÉRAPIE | Choisir entre les deux méthodes comportementales praticables en soins primaires (mais peu répandues en France) : le contrôle du stimulus et la restriction du temps de sommeil |
| PERSONNES ÂGÉES | <ul style="list-style-type: none"> - Éviter des traitements hypnotiques intempestifs (différencier les modifications physiologiques du sommeil des insomnies avérées) - Si l'hypnotique paraît nécessaire, choisir des produits à demi-vie courte et à demi-doses - Veiller au risque d'interactions médicamenteuses en cas de polymédication, surtout par psychotropes ou antalgiques majeurs |

Annexe n°3 : Arbre décisionnel HAS

ARBRE DÉCISIONNEL (inspiré de M. Billiard. Quotidien du Médecin)



SFTG - HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique)/Décembre 2006



Réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil

COMMENT REMPLIR L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda se remplit à deux moments de la journée :

- ✓ le matin au réveil pour décrire le déroulement de la nuit
 - ✓ le soir pour reporter ce qui s'est passé dans la journée.
- **Le matin** : inscrivez la date (*nuit du 5 au 6 juin par exemple*).
 - Notez le moment où vous vous êtes mis au lit par une flèche vers le bas. (*même si c'était pour lire ou pour regarder la télévision*)
 - Mettez une flèche vers le haut pour indiquer votre horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
 - Hachurez la zone qui correspond à votre sommeil. Si vous vous êtes réveillé en pleine nuit et que cet éveil a été gênant, vous interrompez la zone hachurée en regard des horaires du réveil. Le but n'est pas de vous souvenir précisément que l'éveil s'est produit entre 3h17 et 4h12 mais de traduire simplement votre impression avec des horaires qui seront obligatoirement approximatifs.
 - Précisez ensuite la qualité de votre nuit, votre forme au réveil, en remplissant les colonnes de droite (*TB = très bon, B = Bon, Moy = moyen, M = mauvais, TM = très mauvais*).
 - Précisez si vous avez pris des médicaments, ou s'il s'est passé quelque chose qui a pu interférer avec votre sommeil (*par exemple faire du sport le soir, avoir mal à la tête, avoir de la fièvre...*).
 - **Le soir** : vous remplissez à nouveau l'agenda
 - Pour préciser si vous avez fait une sieste, par une zone hachurée, de la même façon que vous avez noté votre sommeil de nuit. Vous reportez si besoin les moments de somnolence en notant un « S » en regard des horaires correspondants.
 - Enfin, vous appréciez votre forme globale dans la journée.

Vous remplirez cet agenda pendant 3 semaines minimum. S'il vous est possible de le remplir à la fois sur une période de travail et une période de vacances, vous aurez beaucoup plus d'informations.

Réseau Morphée
2, Grande Rue - 92380 Garches
contact@reseau-morphee.org - www.reseau-morphee.org

Association loi 1901 - N° d'enregistrement à la préfecture
des Hauts-de-Seine : 15024940 - N°SIRET : 444 339 531 00017

Annexe n°5 : Echelle HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Echelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | |
|---|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) <ul style="list-style-type: none">- La plupart du temps 3- Souvent 2- De temps en temps 1- Jamais 0 | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué <ul style="list-style-type: none">- Jamais 0- Parfois 1- Assez souvent 2- Très souvent 3 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <ul style="list-style-type: none">- Oui, tout autant 0- Pas autant 1- Un peu seulement 2- Presque plus 3 | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence <ul style="list-style-type: none">- Plus du tout 3- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1- J'y prête autant d'attention que par le passé 0 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <ul style="list-style-type: none">- Oui, très nettement 3- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1- Pas du tout 0 | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place <ul style="list-style-type: none">- Oui, c'est tout à fait le cas 3- Un peu 2- Pas tellement 1- Pas du tout 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses <ul style="list-style-type: none">- Autant que par le passé 0- Plus autant qu'avant 1- Vraiment moins qu'avant 2- Plus du tout 3 | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses <ul style="list-style-type: none">- Autant qu'avant 0- Un peu moins qu'avant 1- Bien moins qu'avant 2- Presque jamais 3 |
| 5. Je me fais du souci <ul style="list-style-type: none">- Très souvent 3- Assez souvent 2- Occasionnellement 1- Très occasionnellement 0 | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique <ul style="list-style-type: none">- Vraiment très souvent 3- Assez souvent 2- Pas très souvent 1- Jamais 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur <ul style="list-style-type: none">- Jamais 3- Rarement 2- Assez souvent 1- La plupart du temps 0 | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision <ul style="list-style-type: none">- Souvent 0- Parfois 1- Rarement 2- Très rarement 3 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) <ul style="list-style-type: none">- Oui, quoi qu'il arrive 0- Oui, en général 1- Rarement 2- Jamais 3 | |
| 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti <ul style="list-style-type: none">- Presque toujours 3- Très souvent 2- Parfois 1- Jamais 0 | |

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Annexe n°6 : Echelle de fatigue de Pichot

Échelle de fatigue de Pichot (pour l'évaluation de la Fatigue)

(Ref. « Echelles et outils d'évaluation en médecine générale » J. Gardenas et Coll. -Le Généraliste- Supplément du N° 2187; Mars 2002).

La fatigue est une sensation d'affaiblissement physique ou psychique qui survient normalement à la suite d'un effort soutenu, et qui impose la mise au repos.

On parle de fatigue pathologique lorsque la personne se sent handicapée par rapport à son niveau de forme habituel pour effectuer ses activités quotidiennes.

L'échelle subjective de Pichot a été proposée pour mesurer l'importance de ce handicap.

| | | |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| Prénom : | Nom : | Date de naissance:..... |
| Date du test :..... | Traitement en cours | |

Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4:

(0 = pas du tout; 1= un peu, 2 = moyennement, 3= beaucoup, 4 = extrêmement)

- Je manque d'énergie..... 0 1 2 3 4
- Tout demande un effort..... 0 1 2 3 4
- Je me sens faible à certains endroits du corps..... 0 1 2 3 4
- J'ai les bras ou les jambes lourdes 0 1 2 3 4
- Je me sens fatigué sans raison..... 0 1 2 3 4
- J'ai envie de m'allonger pour me reposer..... 0 1 2 3 4
- J'ai du mal à me concentrer 0 1 2 3 4
- Je me sens fatigué, lourd et raide 0 1 2 3 4

Total (sur 32) :.....

Un total supérieur à 22 est en faveur d'une fatigue excessive, vous souffrez peut être d'un sommeil inefficace.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de Fatigue et n'établit pas de diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter des causes et des conséquences de cette fatigue dans votre vie.

Annexe n°7 : Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI)

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../..... Date de ce jour :/...../.....

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

↪ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

↪ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

↪ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

↪ Nombre d'heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

| | Pas au cours du dernier mois | Moins d'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn | | | | |

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

| | | | | |
|---|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin | | | | |
| c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes | | | | |
| d) vous n'avez pas pu respirer correctement | | | | |
| e) vous avez toussé | | | | |
| f) vous avez eu trop froid | | | | |
| g) vous avez eu trop chaud | | | | |
| h) vous avez eu de mauvais rêves | | | | |
| i) vous avez eu des douleurs | | | | |
| j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description : | | | | |
| Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons | Pas au cours du dernier mois | Moins d'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
| | | | | |

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne Assez bonne Assez mauvaise Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'1 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 3 ou 4 fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'1 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine 3 ou 4 fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème Seulement un tout petit problème Un certain problème Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

- Ni l'un, ni l'autre
- Oui, mais dans une chambre différente
- Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit
- Oui, dans le même lit

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

| | Pas au cours du dernier mois | Moins d'1 fois par semaine | 1 ou 2 fois par semaine | 3 ou 4 fois par semaine |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) un ronflement fort | | | | |
| b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil | | | | |
| c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez | | | | |
| d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil | | | | |
| e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil | | | | |

Score global au PSQI :

Calcul du score global au PSQI

Le **PSQI** comprend **19 questions d'auto-évaluation** et **5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre** (s'il en est un). Seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score. Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner **7 "composantes" du score global**, chaque composante recevant un score de 0 à 3.

Dans tous les cas, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de **0 à 21 points**, 0 voulant dire qu'il n'y a **aucune difficulté**, et 21 indiquant au contraire des **difficultés majeures**.

Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

↳ Examinez la **question 6**, et attribuez un score :

Très bonne = 0 Assez bonne = 1 Assez mauvaise = 2 Très mauvaise = 3

Score de la composante 1 =

Composante 2 : Latence du sommeil

↳ Examinez la **question 2**, et attribuez un score :

≤ 15 mn = 0 16-30 mn = 1 31-60 mn = 2 > 60 mn = 3

Score de la question 2 =

↳ Examinez la **question 5a**, et attribuez un score :

Pas au cours du dernier mois = 0 Moins d'1 fois par semaine = 1 1 ou 2 fois par semaine = 2 3 ou 4 fois par semaine = 3

Score de la question 5a =

↳ Additionnez les scores des questions 2 et 5a, et attribuez le score de la composante 2 :

Somme de 0 = 0 Somme de 1-2 = 1 Somme de 3-4 = 2 Somme de 5-6 = 3

Score de la composante 2 =

Composante 3 : Durée du sommeil

↳ Examinez la **question 4**, et attribuez un score :

> 7 h = 0 6-7 h = 1 5-6 h = 2 < 5 h = 3

Score de la composante 3 =

Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

- ↳ Indiquez le nombre d'heures de sommeil (**question 4**) :
 - ↳ Calculez le nombre d'heures passées au lit :
 - Heure du lever (**question 3**) :
 - Heure du coucher (**question 1**) :
 - Nombre d'heures passées au lit :
 - ↳ Calculez l'efficacité du sommeil : (Nb heures sommeil/Nb heures au lit) x 100 =
Efficacité habituelle (en %) \Rightarrow (...../.....) x 100 = %
 - ↳ Attribuez le score de la composante 4 :
 - > 85% = 0 75-84% = 1 65-74% = 2 < 65% = 3
- Score de la composante 4 =**

Composante 5 : Troubles du sommeil

- ↳ Examinez les **questions 5b à 5j**, et attribuez des scores à chaque question :

| | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pas au cours | Moins d'1 fois | 1 ou 2 fois | 3 ou 4 fois |
| du dernier mois = 0 | par semaine = 1 | par semaine = 2 | par semaine = 3 |
 - Score de la question 5b = 5c = 5d = 5e = 5f =**
5g = 5h = 5i = 5j =
 - ↳ Additionnez les scores des questions 5b à 5j, et attribuez le score de la composante 5 :
Somme de 0 = 0 Somme de 1-9 = 1 Somme de 10-18 = 2 Somme de 19-27 = 3
- Score de la composante 5 =**

Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

- ↳ Examinez la **question 7**, et attribuez un score :

| | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pas au cours | Moins d'1 fois | 1 ou 2 fois | 3 ou 4 fois |
| du dernier mois = 0 | par semaine = 1 | par semaine = 2 | par semaine = 3 |
- Score de la composante 6 =**

Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

↳ Examinez la **question 8**, et attribuez un score :

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Pas au cours du dernier mois = 0 | Moins d'1 fois par semaine = 1 | 1 ou 2 fois par semaine = 2 | 3 ou 4 fois par semaine = 3 |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|

Score de la question 8 =

↳ Examinez la **question 9**, et attribuez un score :

| | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Pas du tout un problème = 0 | Seulement un tout petit problème = 1 | Un certain problème = 2 | Un très gros problème = 3 |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|

Score de la question 9 =

↳ Additionnez les scores des questions 8 et 9, et attribuez le score de la composante 7 :

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Somme de 0 = 0 | Somme de 1-2 = 1 | Somme de 3-4 = 2 | Somme de 5-6 = 3 |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

Score de la composante 7 =

Score global au PSQI

↳ Additionnez les scores des 7 composantes :

Annexe n°8 : Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

| | | | | |
|--------|--------|---------|------|-------------|
| Aucune | Légère | Moyenne | Très | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

b. Difficultés à rester endormi(e):

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

| | | | | |
|----------------|-----------|---------------|-------------|------------------|
| Très Satisfait | Satisfait | Plutôt Neutre | Insatisfait | Très Insatisfait |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

| | | | | |
|------------|------------|-------------|------|-------------|
| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

| | | | | |
|------------|------------|-------------|------|-------------|
| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

| | | | | |
|------------|------------|-------------|------|-------------|
| Aucunement | Légèrement | Moyennement | Très | Extrêmement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Annexe n°9 : Echelle de somnolence d'Epworth

Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleep».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

| | | |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Prénom : | Nom : | Date de naissance:..... |
| Date du test :..... | Ronflement? oui Non..... | |

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez **0** : si *c'est exclu*. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,
notez **1** : si *ce n'est pas impossible*. «Il y a un petit risque»: **faible** chance,
notez **2** : si *c'est probable*. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance **moyenne**,
notez **3** : si *c'est systématique*. «Je somnolerais à chaque fois» :**forte** chance.

- Pendant que vous êtes occuper à lire un document 0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)..... 0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage 0 1 2 3

Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.**
- **De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

Annexe n°10 : Critères diagnostiques d'insomnie chronique ICSD-3

Table 1 Diagnostic criteria for chronic insomnia (adapted from ICSD-3)

Criteria A–F must be met

A. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following:

1. Difficulty initiating sleep
2. Difficulty maintaining sleep
3. Waking up earlier than desired
4. Resistance to going to bed on appropriate schedule
5. Difficulty sleeping without parent or caregiver intervention

B. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following related to the nighttime sleep difficulty:

1. Fatigue/malaise
2. Attention, concentration or memory impairment
3. Impaired social, family, occupational or academic performance
4. Mood disturbance/irritability
5. Daytime sleepiness
6. Behavioural problems (e.g. hyperactivity, impulsivity, aggression)
7. Reduced motivation/energy/initiative
8. Proneness for errors/accidents
9. Concerns about or dissatisfaction with sleep

C. The reported sleep/wake complaints cannot be explained purely by inadequate opportunity (i.e. enough time is allotted for sleep) or inadequate circumstances (i.e. the environment is safe, dark, quiet and comfortable) for sleep.

D. The sleep disturbance and associated daytime symptoms occur at least three times per week

E. The sleep disturbance and associated daytime symptoms have been present for at least 3 months

F. The sleep/wake difficulty is not explained more clearly by another sleep disorder

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

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

Chantreuil Quentin

86 pages – 34 figures

Insomnies primaires de l'adulte en cabinets de médecine générale euréliens en 2019 : état des lieux et pratiques, recours aux prises en charges alternatives et mise en perspective

L'insomnie touche près de 20% de la population dans les pays occidentaux. Il s'agit d'un trouble multifactoriel dont le diagnostic repose exclusivement sur l'apport subjectif du patient, rendant la précision du diagnostic ainsi que l'orientation thérapeutique hasardeuses. Que ce soit par leur haut risque iatrogénique, leur potentiel de soumission chimique ou encore par la modification architecturale délétère du sommeil, le recours massif aux hypnotiques est de plus en plus décrié depuis les années 2000. Cependant malgré la recommandation en première intention des thérapies cognitivo-comportementales, les benzodiazépines et apparentés restent de très loin le recours prioritairement privilégié par les médecins généralistes. Ce travail a permis une revue des thérapeutiques alternatives disponibles sur le marché français du sommeil. Sur les 171 médecins généralistes libéraux sollicités en Eure et Loir, 40 ont complété ce questionnaire via la plateforme en ligne Google Forms. Il s'est avéré que 28 des médecins n'avaient bénéficié d'aucune formation à l'utilisation des médecines alternatives dites douces lors des cinq dernières années. Parmi les médecins interrogés, 29 estimaient avoir plutôt peu recours aux benzodiazépines et apparentés, 28 déclaraient une prescription minimum de sept jours et 31 jugeaient en tenter régulièrement le sevrage. Par ailleurs, 16 médecins témoignaient prescrire une phytothérapie en première intention, alors qu'en parallèle 24 d'entre eux jugeaient cette alternative plutôt inefficace. 30 médecins souhaitaient pouvoir bénéficier d'un accès à des ressources supplémentaire dans cette indication, au premier rang desquelles la création d'une consultation protocolisée dédiée, le développement d'un réseau régional, l'existence d'une formation continue aux techniques cognitivo-comportementales ou encore la généralisation du remboursement des psychothérapies.

Mots clés :

Médecin généraliste, trouble du sommeil, insomnie, somnolence, hypnotique, benzodiazépine, antihistaminique, phytothérapie, phytothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, aromathérapie, hygiène du sommeil, formation continue, outil diagnostique validé, mélatonine, psychologue, hypnose, homéopathie, acupuncture, somnifère, ostéopathie, anxiolytique, antidépresseur, fleurs de Bach, neuroleptique, mésothérapie.

Jury :

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Président du Jury : | Professeur Laurent MEREGHETTI |
| Directrice de thèse : | Docteur Agnès CARNET |
| Membres du Jury : | Professeur Gilles PAINAUD |
| | Professeur Jean-Marc TADIE |

Date de soutenance : 28 octobre 2019