

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Clément SENNEGOND

Né le 22 novembre 1995 à Tours (37)

**ETUDE D'IMPACT D'UNE FORMATION À LA PRISE EN CHARGE
DE L'INSOMNIE DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS
PRESCRIPTIONS D'HYPNOTIQUES**

Présentée et soutenue publiquement le **02 décembre 2022** devant un jury
composé de :

Président du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILY, Neurologie, PH, CHRU Bretonneau – Tours

Docteur Aude HUMEAU-COMMIN, Médecine Générale, Médecine du Sommeil – Tours

Docteur Bastien VALVERDE, Médecine Générale, Médecine du Sommeil – Avoine

ETUDE D'IMPACT D'UNE FORMATION À LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS PRESCRIPTIONS D'HYPNOTIQUES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Un quart des primo-prescriptions d'hypnotiques ont une durée non conforme aux recommandations. Les médecins généralistes sont les premiers médecins consultés pour des troubles du sommeil. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact d'une formation à la prise en charge de l'insomnie sur leurs prescriptions d'hypnotiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODE : Cette étude quasi-expérimentale multicentrique de type avant/après avec sites contrôles contemporains de l'intervention a été menée du 01 octobre 2021 au 30 juin 2022 auprès de médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire. Deux groupes ont été constitués : un groupe recevant une formation à la prise en charge de l'insomnie et un groupe contrôle ne la recevant pas. L'analyse a porté sur l'évolution des prescriptions d'hypnotiques, représentées par les indicateurs ROSP de l'Assurance Maladie.

RÉSULTATS : Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur la prescription d'hypnotiques après notre intervention dans le groupe formation. Il a été retrouvé une diminution significative de la prescription d'hypnotiques chez les médecins ayant un taux de prescription initial élevé. Il n'a pas été retrouvé de diminution significative de la prescription d'hypnotiques chez les médecins ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le groupe contrôle.

CONCLUSION : La formation à la prise en charge de l'insomnie diminue les prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations chez les médecins généralistes ayant un taux de prescription initial élevé. L'absence de significativité des autres analyses pourrait être liée à une population d'étude insuffisante et/ou non représentative de la population générale.

MOTS-CLÉS : INSOMNIE – FORMATION – HYPNOTIQUES – ROSP – SOMMEIL –
MEDECINE GENERALE

IMPACT ASSESSMENT OF AN INSOMNIA TRAINING FOR GENERAL PRACTITIONERS ON THEIR HYPNOTIC DRUGS PRESCRIPTIONS

ABSTRACT

INTRODUCTION : Twenty five percent of first-time hypnotic prescriptions are made for a duration which is not in line with recommendations. General practitioners are the first physicians seen for sleep disorders. The aim of this study was to investigate the impact of training in the management of insomnia on their hypnotic drugs prescriptions.

MATERIALS AND METHODS : This quasi-experimental, before-and-after study with control sites was conducted from October 1, 2021 to June 30, 2022 among general practitioners practising in Indre-et-Loire. Two groups were formed : a group receiving training in the management of insomnia and a control group not receiving it. The analysis focused on the evolution of hypnotic prescriptions, represented by the ROSP indicators of the Assurance Maladie.

RESULTS : There was no significant difference in hypnotic drugs prescriptions after our intervention in the training group. There was a significant decrease in hypnotic prescription in doctors with a high initial prescription rate. There was no significant decrease in hypnotic prescription among doctors with 10 years or more of practice. No significant difference was found in the control group.

CONCLUSION : Training in the management of insomnia reduces hypnotic prescriptions for a too long duration compared to recommendations in general practitioners with a high initial prescription rate. The lack of significance of the other analysis could be related to an insufficient and/or non-representative study population.

KEYWORDS : INSOMNIA – MEDICAL EDUCATION – HYPNOTICS – ROSP – SLEEP – PRIMARY CARE MEDICINE

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE 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 VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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 Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – 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 – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEJ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
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
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
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 Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
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
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VIUILLAUUE-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
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 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
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

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

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

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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A mon jury de thèse,

Vous me faites l'honneur d'être présents et de juger mon travail. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bastien VALVERDE,

Merci pour ton encadrement sans faille tout au long de ce travail. C'est une chance inouïe que de t'avoir eu à mes côtés tout au long de l'internat en tant que directeur de thèse, maître de stage et ami.

A Raymond, Laurène, Laurent, Julien, Vincent, Marc, Alain, Olivier, Alexandre, Wilfried, Stéphane, Benjamin, Jacques, Nicolas, Clément, Nathalie, Angèle, Anaïs, Yasmine, Sylvie et Isabelle,

Vous m'avez tellement appris, merci.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

Pour votre soutien de tous les instants et votre présence aimante.

A ma famille,

A Estelle,

Pour ton amour, notre histoire et tout ce que nous avons encore à écrire.

A Cyriaque,

Pour tout, merci.

A mes amis,

Pour votre bienveillance et vos rires.

A Pablo,

Pour ton amitié et ton aide sur ce travail.

A Micheline,

Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

I – INTRODUCTION	14
II – MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
1. Schéma de l'étude	16
2. Population étudiée	16
2.1. Critères d'inclusion	16
2.2. Critères d'exclusion	16
3. Réalisation de la formation	16
4. Critères de jugement principal et secondaires	17
5. Recueil des données	18
6. Analyse des données	19
6.1. Saisie informatique des données	19
6.2. Analyse statistique	19
6.3. Ethique et protection des données	20
III – RÉSULTATS	21
1. Caractéristiques de la population d'étude	21
2. Analyse statistique	23
2.1. Evolution des indicateurs ROSP dans le groupe formation	23
2.1.1. Evolution des indicateurs ROSP	23
2.1.2. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant un indicateur initial supérieur à 47%	24
2.1.3. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans	25
2.2. Evolution des indicateurs ROSP dans le groupe contrôle	26
2.2.1. Evolution des indicateurs ROSP	26
2.2.2. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant un indicateur initial supérieur à 47%	27
2.2.3. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans	28

IV – DISCUSSION	29
1. Forces de l'étude	29
1.1. Analyses de plusieurs indicateurs ROSP	29
1.2. Légitimité de la formation	29
1.3. Reproductibilité de la formation	30
1.4. Type de formation	30
2. Limites de l'étude	30
2.1. Type d'étude	30
2.2. Population d'étude	30
2.3. Critère temps	31
2.4. Manque de puissance	31
2.5. Biais de sélection	31
2.6. Biais d'intervention	31
2.7. Biais de mesure	31
2.8. Biais de confusion	32
3. Perspectives	32
3.1. Promotion de l'adhésion à de nouvelles recommandations	32
3.2. Disponibilité de la TCC pour l'insomnie	33
3.3. Remboursement de la TCC pour l'insomnie	34
3.4. Revalorisation des consultations dédiées à l'insomnie	34
3.5. Mise en place de mesures spécifiques	34
3.6. Autorisation de mise sur le marché des antagonistes des deux récepteurs de l'orexine en France.....	35
 V – CONCLUSION	 36
 BIBLIOGRAPHIE	 37
 ANNEXE 1 : Formation	 39
ANNEXE 2 : Fiche mémoire	52
ANNEXE 3 : Consentement	53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DORA : Antagonistes des Deux Récepteurs de l'Orexine

FMC : Formation Médicale Continue

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

T0 : quatrième trimestre de 2021

T1 : premier trimestre de 2022

T2 : deuxième trimestre de 2022

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

I – INTRODUCTION

La consommation de benzodiazépines hypnotiques (zopiclone, zolpidem) et le risque inhérent à leur usage est un problème majeur de santé publique dans notre pays. La France est le troisième pays d'Europe le plus consommateur d'hypnotiques. Leur consommation diminue mais reste encore trop élevée. En 2015, 5.6% de la population française a consommé au moins une fois un hypnotique. Toujours en 2015, malgré les recommandations de limitation de prescription à 4 semaines, 24% des primo-prescriptions d'hypnotiques ont une durée non conforme aux recommandations (1).

Par ailleurs, un tiers de la population se plaint d'insomnie (2,3). Elle est définie par l'insuffisance qualitative ou quantitative de sommeil ressentie par le patient avec des conséquences diurnes ou non. Si la plainte dure moins de 3 mois, on parle d'insomnie aiguë. Si la plainte dure au moins 3 mois et concerne au moins 3 nuits par semaine, on parle d'insomnie chronique (4). Dans près de 80% des cas, la plainte d'insomnie chronique est secondaire, en lien avec une pathologie somatique, psychiatrique, la iatrogénie, ou la consommation de psychostimulants (2). Lorsqu'aucune comorbidité responsable de l'insomnie n'est retrouvée, on parle d'insomnie chronique primaire (5). Cette dernière concerne 15,8% des troubles du sommeil de l'adulte en population générale (6). Le traitement de première intention est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les hypnotiques sont recommandés en traitement à court terme à condition que la TCC ne soit pas disponible et que les règles d'hygiène de sommeil ne soient pas suffisamment efficaces (5,7–11).

Le médecin généraliste est au premier rang des médecins consultés pour des troubles du sommeil (12). En 2015, la primo-prescription de benzodiazépines et apparentés était effectuée à 82% par un médecin généraliste (1). Pour augmenter l'adhésion aux recommandations actuelles, l'Assurance Maladie a mis en place des mesures incitatives par l'intermédiaire des Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP). Les indicateurs ROSP sont des éléments de mesure décrivant la pratique des médecins généralistes, ainsi que leur évolution dans le temps. Ils permettent donc d'évaluer l'effet d'une intervention sur celle-ci.

L'un des indicateurs ROSP, introduit en 2012 et modifié en 2016, concerne la durée de prescription des traitements par hypnotiques à leur initiation (1) et a montré son efficacité sur la diminution de prescription des hypnotiques (13).

Les stratégies pédagogiques sont efficaces pour améliorer l'adhésion à de nouvelles recommandations (14). Les médecins généralistes n'ayant pas eu de formation déclarent initier plus facilement un traitement hypnotique devant un trouble du sommeil (15). Alors que les médecins généralistes ayant suivi un programme de formation médicale continue (FMC) sur la problématique du sommeil déclarent des prises en charge plus proches des recommandations actuelles (16). Ces études étant déclaratives, nous avons souhaité établir un lien objectif entre la réalisation d'une formation et l'amélioration des pratiques.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'une formation à la prise en charge de l'insomnie, à destination des médecins généralistes, sur leurs prescriptions d'hypnotiques par l'intermédiaire des indicateurs ROSP.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer ce même impact sur leurs prescriptions d'anxiolytiques et autres psychotropes par l'intermédiaire des indicateurs ROSP.

II – MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale, multicentrique, non randomisée, sans aveugle, de type avant/après avec site contrôle contemporain de l'intervention. L'étude s'est déroulée du 01 octobre 2021 au 30 juin 2022. Elle a concerné des médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire. Deux groupes ont été constitués : un groupe recevant une formation à la prise en charge de l'insomnie et un groupe contrôle ne recevant pas de formation. L'analyse a porté sur l'évolution des prescriptions d'hypnotiques, grâce aux indicateurs ROSP, des médecins généralistes inclus.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

Il a été réalisé un échantillonnage boule de neige pour l'inclusion. Ont été inclus des médecins généralistes libéraux et conventionnés, exerçant en Indre-et-Loire, sur la base du volontariat et par l'intermédiaire des sujets précédemment inclus.

Le groupe formation a été constitué avec les médecins disponibles pour recevoir la formation entre le 1^{er} octobre 2021 et le 31 décembre 2021.

Le groupe contrôle a été constitué avec les médecins indisponibles pour recevoir la formation durant cette même période.

2.2. Critères d'exclusion

Les médecins dont au moins un des indicateurs ROSP était manquant ont été exclus.

3. Réalisation de la formation

La formation (Annexe 1) a été réalisée sous la forme d'une intervention en présentiel et en groupe, au sein des cabinets des médecins généralistes inclus dans le groupe formation.

La formation a été réalisée entre le 15 octobre 2021 et le 20 décembre 2021.

Elle a été dispensée en binôme par les auteurs de cette étude : un médecin généraliste titulaire du diplôme inter-universitaire (DIU) « Le sommeil et sa pathologie » et un interne en médecine générale.

Les différentes parties de la formation ont été assurées par chaque animateur de manière prédéterminée. Elle a été réalisée oralement à l'aide du support informatique Keynote® et de manière mixte :

- didactique, avec la présentation de la prise en charge à l'insomnie adaptée à la médecine générale, basée sur les recommandations actuelles
- interactive, avec la discussion autour de cas de patients à travers des agendas de sommeil.

Elle a été accompagnée d'une fiche mémoire imprimée et plastifiée (Annexe 2) et d'un agenda du sommeil vierge. Ils ont été délivrés aux médecins lors de la formation. La fiche mémoire a été conservée par les médecins après la formation, son objectif étant de consolider les messages et informations dispensés lors de la présentation.

Il n'y a eu aucune intervention dans le groupe contrôle.

4. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal est l'indicateur ROSP « Part des patients du médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines » que l'on appellera ROSP 1.

Les critères de jugement secondaires sont :

- l'indicateur ROSP « Part des patients du médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines » que l'on appellera ROSP 2 ;
- l'indicateur ROSP « Part des patients du médecin traitant de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une Affection Longue Durée pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) » que l'on appellera ROSP 3.

Ces indicateurs ROSP sont exprimés en pourcentage. L'Assurance Maladie définit des objectifs intermédiaires et des objectifs cibles à atteindre par les médecins généralistes par l'intermédiaire de ces pourcentages. Pour l'indicateur ROSP 1, l'objectif intermédiaire est un indicateur entre 47% et 30%. L'objectif cible est un indicateur inférieur ou égal à 30%. L'indicateur ROSP 1 est calculé grâce à la formule suivante :

$$\text{ROSP 1} = \frac{\text{Nombre de patients ayant initié un traitement par hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines}}{\text{Totalité des patients du médecin traitant ayant initié un traitement par hypnotique}} \times 100$$

Ces indicateurs ROSP sont calculés tous les trois mois à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie prenant en compte la patientèle « consommatrice et fidèle ».

La patientèle consommatrice et fidèle correspond aux patients qui ont :

- au moins 16 ans et qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'année ;
- eu recours à des soins ayant été remboursés lors des 12 mois précédents.

Si un médecin a plusieurs cabinets, les données d'activités de ses différents cabinets sont additionnées. Pour avoir les indicateurs ROSP sus-cités, un médecin doit être installé depuis au moins un an, avoir un exercice libéral et conventionné et être médecin traitant d'au moins 5 patients.

5. Recueil des données

Les données « avant » correspondent aux valeurs des indicateurs ROSP du quatrième trimestre de l'année 2021 (T0).

Les données « après » correspondent aux valeurs des indicateurs ROSP du premier trimestre de l'année 2022 (T1) et du deuxième trimestre de l'année 2022 (T2).

Les données « avant » et « après » ont été recueillies à l'issue de la période étudiée, à partir du 01 juillet 2022, sur le compte AméliPro de chaque médecin.

Les caractéristiques de chaque médecin ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire rempli par les médecins eux-mêmes.

Les données des indicateurs ROSP ont été recueillies par les auteurs de cette étude. Les participants ont donné leur accord par écrit pour le recueil des données (Annexe 3).

6. Analyse des données

6.1. Saisie informatique des données

Toutes les données ont été répertoriées sous la forme d'une feuille de calcul Excel®. Elles ont été anonymisées a posteriori.

6.2. Analyse statistique

L'évolution des indicateurs ROSP 1, ROSP 2 et ROSP 3 dans les deux groupes a été évaluée à l'aide de tests T de Student pour valeurs appariées ou à l'aide de tests non paramétriques de Wilcoxon. Pour l'ensemble des médecins du groupe formation et du groupe contrôle, étant moins de 30 par groupe ($n < 30$), le test de Shapiro Wilk a permis de vérifier la distribution normale des valeurs, avec un risque alpha fixé à 5%. En cas de distribution normale, le test T de Student pour valeurs appariées a été pratiqué. En cas de distribution non normale, le test non paramétrique de Wilcoxon a été pratiqué.

Sur le plan statistique, nous analysons l'évolution des indicateurs ROSP 1, ROSP 2 et ROSP 3 au cours du temps (T0, T1 et T2) et dans chaque groupe.

Pour l'indicateur ROSP 1, deux analyses en sous-groupe prévues a priori ont été réalisées :

- impact de l'intervention sur les prescriptions des médecins quand leur indicateur ROSP 1 initial était supérieur à 47% (objectif intermédiaire de l'Assurance Maladie) ;
- impact de l'intervention sur les prescriptions des médecins d'ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans.

Les hypothèses étaient définies a priori. Les valeurs de p ont été renseignées pour chacune d'entre elles. Lorsque les valeurs ne suivaient pas une distribution normale et que nous avons appliqué le test de Wilcoxon, cela a été signifié par le symbole « # ».

Les analyses ont été effectuées grâce aux logiciels d'étude statistique BiostaTGV et Jamovi.

6.3. Éthique et protection des données

La base légale du traitement des données a été le consentement. Les données collectées ont été communiquées seulement aux auteurs de cette étude.

Les données sont conservées pendant 4 ans correspondant à l'échéance maximale pour la soutenance de thèse du rédacteur de cette dernière.

Les participants ont été informés de la possibilité d'accès, de rectification ou d'effacement de leurs données ainsi que de leur droit à la limitation du traitement de leurs données. Ils ont également été informés de leur possibilité d'exercer à tout moment le retrait de leur consentement au traitement de leurs données, et de leur droit à la portabilité de leurs données.

Cette étude a été exclue du champ de la loi Jardé.

La mise en conformité vis-à-vis de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) a été obtenue. L'étude a été enregistrée dans le registre des traitements informatiques du CHRU de Tours sous le n° 183_2021.

III – RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

35 médecins ont été inclus : 20 dans le groupe formation et 15 dans le groupe contrôle.

4 médecins ont été exclus du groupe formation et 2 médecins ont été exclus du groupe contrôle car ils ne disposaient pas des indicateurs ROSP concernés.

L'analyse a donc été réalisée sur 16 médecins dans le groupe formation et sur 13 médecins dans le groupe contrôle (Figure 1).

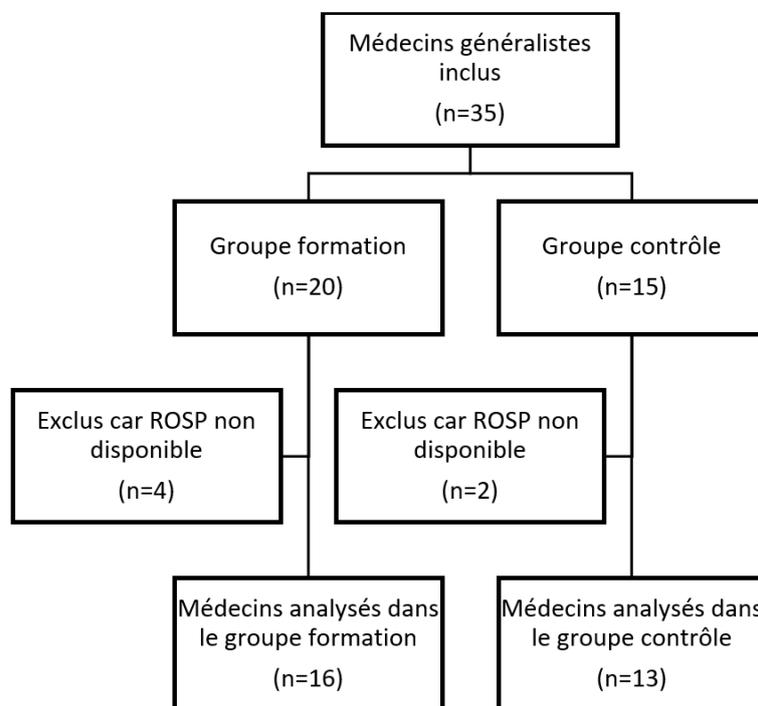


Figure 1 : Diagramme de flux

L'âge moyen du groupe formation était de 43,6 ans, tandis que celui du groupe contrôle était de 47,4 ans. Les médecins inclus exerçaient en majorité en maison de santé pluridisciplinaire. L'ancienneté d'exercice moyenne était de 10,2 ans dans le groupe formation et de 14,5 ans dans le groupe contrôle. Tous les médecins inclus ont eu une formation initiale de médecin généraliste (Tableau 1).

Nous observons une proportion plus importante de médecins ayant déjà bénéficié antérieurement d'une formation à la prise en charge de l'insomnie dans le groupe formation (n=7 ; 43,8%) que dans le groupe contrôle (n=3 ; 23,1%). Il y avait plus de médecins estimant avoir un trouble du sommeil dans le groupe contrôle (n=4 ; 30,8%) que dans le groupe formation (n=3 ; 18,8%) (Tableau 1).

Caractéristiques	Effectifs en nombre (pourcentage)	
	Formation (n=16)	Contrôle (n=13)
Sexe		
Homme	9 (56,2%)	6 (46,2%)
Femme	7 (43,8%)	7 (53,8%)
Age		
Moyenne (ans) (extrêmes)	43,6 (30-62)	47,4 (31-63)
Médiane (ans)	42,5	47
Lieu d'exercice (selon la grille de densité communale de l'INSEE)		
Urbain (niveau 1 et 2)	6 (37,5%)	6 (46,2%)
Rural (niveau 3 et 4)	10 (62,5%)	7 (53,8%)
Type d'exercice		
Maison de Santé Pluridisciplinaire	10 (62,5%)	12 (92,3%)
Cabinet de groupe	6 (37,5%)	1 (7,7%)
Seul	0 (0%)	0 (0%)
Ancienneté d'exercice		
Moyenne (extrêmes) (ans)	10,2 (1,5-32)	14,5 (2-31)
< 10 ans	6 (37,5%)	6 (46,2%)
≥ 10 ans	10 (62,5%)	7 (53,8%)
Formation initiale		
Médecine Générale	16 (100%)	13 (100%)
Autres	0 (0%)	0 (0%)
Formation à la prise en charge de l'insomnie antérieure		
Oui	7 (43,8%)	3 (23,1%)
Non	9 (56,2%)	10 (76,9%)
Titulaire d'un DIU « Le sommeil et sa pathologie »		
Oui	0 (0%)	0 (0%)
Non	16 (100%)	13 (100%)
Médecins estimant souffrir d'un trouble du sommeil		
Oui	3 (18,8%)	4 (30,8%)
Non	13 (81,2%)	9 (69,2%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

2. Analyse statistique

2.1. Evolution des indicateurs ROSP dans le groupe formation

Nous avons testé 2 hypothèses pour l'indicateur ROSP 1 (tests unilatéraux) :

- $T0 > T1$: il existe une diminution de l'indicateur ROSP 1 à T1 comparativement à T0,
- $T0 > T2$: il existe une diminution de l'indicateur ROSP 1 à T2 comparativement à T0.

Nous avons testé 2 hypothèses pour les indicateurs ROSP 2 et ROSP 3 (tests bilatéraux) :

- $T0 \neq T1$: il existe une différence entre les indicateurs ROSP à T1 et à T0,
- $T0 \neq T2$: il existe une différence entre les indicateurs ROSP à T2 et à T0.

2.1.1. Evolution des indicateurs ROSP

Le tableau 2 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP des médecins du groupe formation en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)			ROSP 2 (pourcentage moyen)			ROSP 3 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Médecins (n=16)	41,55%	39,61%	39,14%	15,54%	16,57%	15,04%	3,56%	3,32%	3,32%
Hypothèse		$T0 > T1$	$T0 > T2$		$T0 \neq T1$	$T0 \neq T2$		$T0 \neq T1$	$T0 \neq T2$
p value		0,29	0,31		0,36	0,72		0,15#	0,38#

Tableau 2 : Moyennes des indicateurs ROSP des médecins du groupe formation et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2.

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 1, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,29$) comme à 6 mois ($p=0,31$).

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 2, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,36$) comme à 6 mois ($p=0,72$).

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 3, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,15\#$) comme à 6 mois ($p=0,38\#$).

L'évolution de la moyenne des indicateurs ROSP au cours du temps dans le groupe formation est stable (Figure 2).

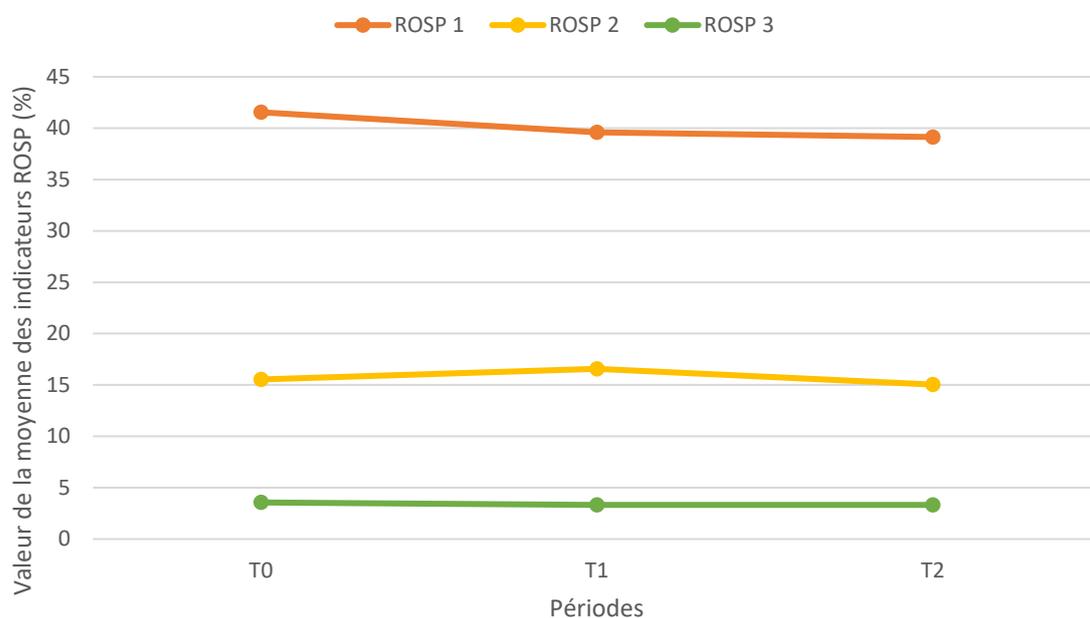


Figure 2 : Evolution de la moyenne des indicateurs ROSP des médecins du groupe formation en fonction des périodes

2.1.2. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%

Le tableau 3 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47% en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2
Médecins (n=8)	56,89%	46,91%	42,99%
Hypothèse		T0>T1	T0>T2
p value		p=0,005	p=0,019

Tableau 3 : Moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47% et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2.

Chez les médecins du groupe formation ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%, nous observons une diminution statistiquement significative de l'indicateur ROSP 1 à 3 mois ($p=0,005$) et 6 mois ($p=0,019$).

La moyenne de l'indicateur ROSP 1 diminue de 9,98 points à 3 mois et de 13,9 points à 6 mois.

A 6 mois, 4 médecins sont passés sous le seuil de l'objectif intermédiaire de 47% établi par l'Assurance Maladie et 2 médecins sont passés sous le seuil de l'objectif cible de 30% (Figure 3).

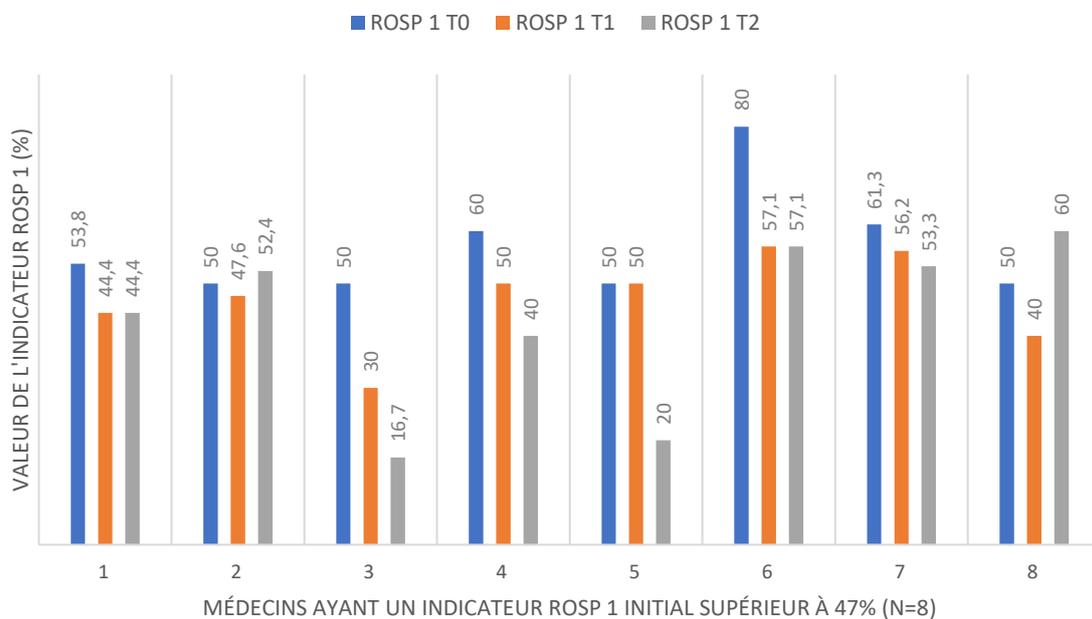


Figure 3 : Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%

2.1.3. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans

Le tableau 4 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2
Médecins (n=10)	42,30%	41,34%	38,52%
Hypothèse		T0>T1	T0>T2
p value		p=0,43	p=0,24

Tableau 4 : Moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe formation ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2

Chez les médecins du groupe formation ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans, nous n'avons pas pu mettre en évidence de diminution statistiquement significative de l'indicateur ROSP 1 à 3 mois ($p=0,43$) comme à 6 mois ($p=0,24$).

2.2. Evolution des indicateurs ROSP dans le groupe contrôle

Nous avons testé 2 hypothèses pour tous les indicateurs ROSP (tests bilatéraux) :

- $T0 \neq T1$: il existe une différence entre les indicateurs ROSP à T1 et à T0,
- $T0 \neq T2$: il existe une différence entre les indicateurs ROSP à T2 et à T0.

2.2.1. Evolution des indicateurs ROSP

Le tableau 5 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP des médecins du groupe contrôle en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)			ROSP 2 (pourcentage moyen)			ROSP 3 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Médecins (n=13)	33,82%	36,83%	34,43%	14,19%	14,92%	14,20%	3,32%	3,47%	3,72%
Hypothèses		T0≠T1	T0≠T2		T0≠T1	T0≠T2		T0≠T1	T0≠T2
p value		p=0,27	p=0,90		p=0,58	p=0,99		p=0,67#	p=0,24#

Tableau 5 : Moyennes des indicateurs ROSP des médecins du groupe contrôle et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 1, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,27$) comme à 6 mois ($p=0,90$).

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 2, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,58$) comme à 6 mois ($p=0,99$).

Concernant l'évolution de l'indicateur ROSP 3, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,67\#$) comme à 6 mois ($p=0,24\#$).

2.2.2. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%

Le tableau 6 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47% en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2
Médecins (n=4)	57,72%	55,95%	55,42%
Hypothèse		T0≠T1	T0≠T2
<i>p</i> value		$p=0,52$	$p=0,85$

Tableau 6 : Moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47% et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2

Chez les médecins du groupe contrôle ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative à 3 mois ($p=0,52$) comme à 6 mois ($p=0,85$). La différence retrouvée dans le groupe formation n'est donc pas retrouvée dans le groupe contrôle.

2.2.3. Evolution de l'indicateur ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans

Le tableau 7 représente l'évolution des moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans en fonction des périodes.

Période	ROSP 1 (pourcentage moyen)		
	T0	T1	T2
Médecins (n=7)	35,26%	39,78%	40,98%
Hypothèse		T0≠T1	T0≠T2
<i>p</i> value		<i>p</i> =0,38	<i>p</i> =0,35

Tableau 7 : Moyennes des indicateurs ROSP 1 des médecins du groupe contrôle ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans et comparaison des indicateurs obtenus à T0, T1 et T2

Chez les médecins du groupe contrôle ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans, nous n'avons pas pu mettre en évidence de diminution statistiquement significative de l'indicateur ROSP 1 à 3 mois ($p=0,38$) comme à 6 mois ($p=0,35$).

IV – DISCUSSION

Notre objectif était d'évaluer l'impact d'une formation des médecins généralistes à la prise en charge de l'insomnie sur leurs prescriptions d'hypnotiques. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur le taux prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations après notre intervention dans le groupe formation.

Nous avons retrouvé une diminution statistiquement significative du taux de prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations après notre intervention chez les médecins ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47%. La moyenne de l'indicateur ROSP 1 a diminué de 9,98 points à 3 mois et de 13,9 points à 6 mois.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur le taux prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations après notre intervention chez les médecins ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans.

Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les analyses du groupe contrôle.

1. Forces de l'étude

1.1. Analyses de plusieurs indicateurs ROSP

Cette étude a évalué l'évolution de plusieurs indicateurs ROSP. La diminution du taux de prescription d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations chez les médecins ayant un indicateur ROSP 1 initial supérieur à 47% n'a pas été en lien avec un report des prescriptions vers les benzodiazépines anxiolytiques (ROSP 2) ou d'autres psychotropes (ROSP 3) dans le groupe formation.

1.2. Légitimité de la formation

La formation a été réalisée sous la supervision d'un médecin généraliste titulaire d'un DIU « Le sommeil et sa pathologie » assurant sa pertinence.

1.3. Reproductibilité de la formation

Les formations ont été réalisées avec le même matériel éducatif à chaque intervention. Les animateurs ont conservé la même répartition de la formation à chaque intervention également.

1.4. Type de formation

L'efficacité de notre type d'intervention est en accord avec la littérature qui retrouve un effet positif sur la pratique des formations mixtes didactiques/interactives (17,18). L'évaluation de l'impact d'une formation est le seul moyen de déterminer si les connaissances ont été réellement converties en pratique (19).

2. Limites de l'étude

2.1. Type d'étude

En raison du type de l'étude, il a pu exister des variations liées à un autre facteur que la formation. Parce qu'il n'a pas été possible de masquer l'intervention, les participants ont pu modifier leur comportement se sachant observés ou comparés à un autre groupe. Nous ne pouvons donc pas affirmer que les variations observées sont uniquement liées à l'intervention.

2.2. Population d'étude

L'étude a principalement inclus des médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire. Elle n'a pas inclus de médecin exerçant seul. L'échantillon n'a donc pas été représentatif de la population générale des médecins généralistes.

Nous avons observé une proportion plus importante de médecins ayant déjà bénéficié antérieurement d'une formation à la prise en charge de l'insomnie dans le groupe formation ($n=7$; 43,8%) que dans le groupe contrôle ($n=3$; 23,1%). Il a donc été possible que les médecins inclus dans le groupe formation aient une prise en charge initiale de l'insomnie plus proche des recommandations actuelles. Cela a pu diminuer la taille de l'effet de la formation.

2.3. Critère temps

Neuf des seize médecins du groupe formation ont reçu la formation en octobre 2021. Dans l'hypothèse où l'impact de la formation a débuté dès sa réalisation, la valeur des indicateurs ROSP « avant » a pu être biaisée. Cela a pu diminuer la taille de l'effet de la formation.

De plus, l'évaluation de l'impact de la formation à trois et six mois n'a pas permis de juger de son efficacité à plus long terme.

2.4. Manque de puissance

Le caractère non significatif de certaines améliorations constatées peut s'expliquer par le nombre relativement faible de médecins participant à l'étude.

2.5. Biais de sélection

Le recrutement par échantillonnage boule de neige a impliqué un biais de sélection : être en relation avec beaucoup de confrères a augmenté les chances d'être recruté. Ceci a pu expliquer l'absence de médecins exerçant seuls dans l'étude.

Egalement, les médecins ayant accepté de participer à la formation ont dû libérer du temps personnel. Cette implication a pu être le reflet d'une motivation déjà présente à améliorer ses connaissances sur l'insomnie.

2.6. Biais d'intervention

Malgré la répartition prédéfinie des parties de la formation, l'intervention a pu ne pas être exactement la même entre chaque groupe. La solution à ce biais aurait été d'enregistrer la formation en vidéo et de la diffuser à chaque intervention. Cependant, cela aurait privé la formation de son versant interactif.

2.7. Biais de mesure

Les indicateurs ROSP sont objectifs. Ils ont été utilisés par l'Assurance Maladie pour évaluer l'impact de leur mise en place sur la pratique des médecins (13).

Néanmoins, ces indicateurs ont pu ne pas être totalement représentatifs de la pratique des médecins étudiée dans ce travail.

En effet, l'Assurance Maladie n'a pas pris en compte les prescriptions réalisées pour les patients qui ne font pas partie de leur « clientèle fidèle et consommante ».

De plus, les prescriptions qui ont été prises en compte dans les indicateurs ROSP des médecins participants comprennent également celles rédigées par des médecins remplaçants ou internes. Elles n'ont donc pas été le reflet de leur seule pratique.

Enfin, les indicateurs ROSP ont pu ne pas être une bonne mesure de la prescription des médecins car ils correspondent à une proportion exprimée en pourcentage. Un indicateur plus fiable permettrait une analyse plus précise de l'impact d'une formation à la prise en charge de l'insomnie.

2.8. Biais de confusion

Cette étude a été réalisée après la pandémie de Covid-19. Cette dernière a entraîné une augmentation de la prescription de psychotropes en lien avec une augmentation des troubles anxio-dépressifs et des troubles du sommeil durant cette période (20).

3. Perspectives

3.1. Promotion de l'adhésion à de nouvelles recommandations

Pour améliorer l'adhésion à de nouvelles recommandations, plusieurs outils ont montré leur efficacité : les stratégies pédagogiques, les audits, l'utilisation de rappels, l'aide à la décision informatisée, la collaboration multi-professionnelle, les campagnes médiatiques, les interventions financières (14,19).

A ce jour, il n'existe pas d'enseignement spécifique à l'insomnie au cours du deuxième cycle des études médicales. Pourtant, la formation des étudiants en médecine à la prise en charge des troubles du sommeil pourrait améliorer leurs pratiques à l'issue de leur cursus (21). Déjà en 2006, le Ministère de la Santé et des Solidarités soulignait les difficultés de prise en charge des troubles du sommeil par les médecins puisque ces derniers ne faisaient pas l'objet d'un enseignement spécifique au cours des études médicales (22). La Commission Nationale des Etudes Médicales et la Conférence des Doyens réfléchissaient alors à promouvoir la formation à la prise en charge des troubles du sommeil au cours du cursus universitaire (22).

Il n'existe pas non plus de campagne médiatique au sujet des hypnotiques pour la sensibilisation de la population générale et des médecins. Une campagne médiatique pourrait pourtant s'avérer utile. Cela avait été réalisé pour les antibiotiques et avait montré son efficacité sur la diminution de leur prescription en période d'épidémie virale (23).

En revanche, il existe déjà en France différents modèles de diffusion des recommandations en médecine générale comme les revues *Exercer*® et *Prescrire*®.

En complément, nous pourrions étudier la mise en place d'un modèle concernant l'élaboration des recommandations en médecine générale. Depuis les années 1980 aux Pays Bas, ce sont les médecins généralistes qui réalisent leurs propres recommandations, adaptées à leur pratique. Cela permet un bon équilibre entre l'utilisation de preuves scientifiques et l'établissement de recommandations réellement réalisables. La diffusion de ces recommandations est similaire au modèle français. Ce programme est à la fois faisable et bien accepté car détenu et exploité par les généralistes eux-mêmes (24).

3.2. Disponibilité de la TCC pour l'insomnie

Une des problématiques de la TCC pour l'insomnie est son manque de disponibilité dans l'offre de soins primaires.

Une des solutions serait l'administration de la TCC par d'autres moyens :

- par internet dont l'efficacité a été prouvée (25–27). Il existe en France un site internet délivrant de la TCC pour l'insomnie : *ThéraSomnia* (28).

- par application smartphone, comme *Kanopée* développée par le CHU de Bordeaux durant la pandémie de Covid-19 (29) ou encore *Somnio* qui est une application accessible sur prescription (30).

Enfin, les médecins généralistes ont la possibilité de s'approprier plusieurs des composantes de la TCC pour l'insomnie : les règles d'hygiène de sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du temps de sommeil. Il est possible de les appliquer en consultation, tout en conservant l'efficacité de la TCC « classique » (9,10,31,32).

3.3. Remboursement de la TCC pour l'insomnie

Le coût de la TCC est une problématique qui s'ajoute à sa disponibilité. La TCC est le plus souvent dispensée par des psychologues, bien que les médecins puissent s'en approprier certaines composantes. Or, les consultations auprès de psychologues sont onéreuses et étaient encore récemment non remboursées par l'Assurance Maladie.

Pour faciliter l'accès aux soins de psychothérapie, l'Assurance Maladie a développé le dispositif MonPsy. Ce dispositif permet de bénéficier de huit séances par an remboursées par l'Assurance Maladie à hauteur de 60 % et par la complémentaire santé à hauteur de 40 %. Un annuaire est disponible pour retrouver les psychologues conventionnés participant à ce dispositif (33). Le développement du conventionnement des psychologues est prometteur.

3.4. Revalorisation des consultations dédiées à l'insomnie

Les consultations dédiées à la plainte d'insomnie nécessitent un temps spécifique et parfois long. Les médecins généralistes estiment que le manque de temps a un impact significatif sur leurs prescriptions de benzodiazépines et apparentés (34,35). La création d'un acte ad hoc dans la nomenclature pourrait permettre une amélioration des pratiques.

3.5. Mise en place de mesures spécifiques

La modification des conditions de délivrance du zolpidem a entraîné une diminution de sa prescription (1). De même, la diminution du taux de remboursement de 65 à 15% des hypnotiques dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil a montré son efficacité dans la diminution de prescription de ces molécules (1).

Pour s'approcher encore des recommandations de bonnes pratiques, il pourrait être envisageable de modifier également les conditions de délivrance du zopiclone (ordonnance sécurisée).

3.6. Autorisation de mise sur le marché des antagonistes des deux récepteurs de l'orexine en France

Les antagonistes des deux récepteurs de l'orexine (DORA) sont des traitements de l'insomnie. Ils ont une autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis, au Japon, en Australie et au Canada. Les DORA sont utilisés chez les adultes, dont les personnes âgées, pour les plaintes d'insomnie aiguë et chronique. Ils ont un bon profil de tolérance bien que responsables de divers effets indésirables médicamenteux (sommolence, asthénie, cauchemars, sécheresse buccale). Cependant, les DORA ne sont actuellement pas le traitement de première ligne de l'insomnie chronique en raison de leur coût (36,37).

Ce dernier pourrait être en partie responsable de son absence d'autorisation sur le marché en Europe et notamment en France. Avec l'augmentation de la prévalence de la plainte d'insomnie depuis la pandémie de Covid-19 (20), nous verrons probablement des avancées rapides sur le développement des DORA sur le territoire européen.

V – CONCLUSION

La formation à la prise en charge de l'insomnie diminue le taux de prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations chez les médecins généralistes ayant un taux de prescription initial élevé. L'absence de significativité des autres analyses pourrait être liée à une population d'étude insuffisante et/ou non représentative de la population générale.

Ces résultats semblent en accord avec la littérature existante. Ils confirment l'impact positif d'une formation à la prise en charge de l'insomnie sur la pratique des médecins généralistes.

Pour autant, le manque de formation à la prise en charge de l'insomnie ne semble pas être le seul élément responsable des prescriptions hors recommandations des hypnotiques. Il paraît nécessaire de promouvoir l'accès à la TCC, de revaloriser les consultations dédiées à l'insomnie, de développer l'offre médicamenteuse ou de modifier encore les conditions de délivrance des hypnotiques.

BIBLIOGRAPHIE

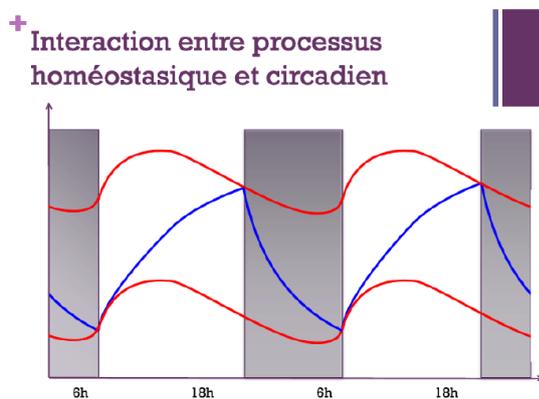
1. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, ANSM, avril 2017.
2. Prévalence et comorbidités des troubles du sommeil dans la population générale. *Rev Prat.* 2007;
3. Ogrizek P, Léger D. *Troubles du sommeil : données épidémiologiques et médico-économiques.* 2010;
4. American Psychiatric Association, DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson, 2016.
5. Haute Autorité de Santé. *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.* 2006. Haute Aut Santé.
6. Beck F, Richard JB, Leger D, Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). *Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire,* 2012.
7. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia.* *J Sleep Res.* déc 2017;
8. Annemieke van Straten, Tanja van der Zweerde, Annet Kleiboer, Pim Cuijpers, Charles M. Morin, Jaap Lancee, *Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis,* *Sleep Medicine Reviews,* 2018.
9. Chambe J, Kilic-Huck U, Rougerie F, Dumas C. *Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale.* *Exercer,* 2015.
10. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL, et al. *Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline.* *J Clin Sleep Med.* févr 2021;
11. Davidson JR, Dickson C, Han H. *Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes.* *Br J Gen Pract.* sept 2019;
12. Morin C, Leblanc M, Daley M, Gregoire J, Merette C. *Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors.* *Sleep Med.* mars 2006;
13. *La Rémunération sur objectifs de santé publique, Bilan à 1 an du dispositif,* 2018.
14. Grol R, Grimshaw J. *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.* *The Lancet.* oct 2003;
15. Sarah Pierre, *Déterminants de la prescription des hypnotiques dans l'insomnie du sujet âgé,* Thèse d'Exercice de Médecine, 2016.
16. Volcler N, Paumier F, Gaboreau I, Moreau-Gaudry A. *Prise en charge des troubles du sommeil en médecine générale.* *Exercer,* 2011;
17. Haute Autorité de Santé. *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales,* 2014.
18. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolfe F, Davis D, Herrin J. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001.
19. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. *Lost in knowledge translation: Time for a map?* *J Contin Educ Health Prof.* 2006;

20. Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., & Zureik, M. (2021). Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. *EPI-PHARE*, 27 mai 2021.
21. Schillinger E, Dement W. Teaching Family Medicine Medical Students About Sleep Disorders.
22. Bertrand X. Ministre de la Santé et des Solidarités. Douleurs Diag-Trait, avr 2006;
23. Sabuncu E, David J, Berne`de-Bauduin C, Pepin S, Leroy M, et al. (2009) Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007.
24. Grol R. Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice: *Med Care*. août 2001;
25. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, et al. (2016) Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis.
26. Hasan F, Tu YK, Yang CM, James Gordon C, Wu D, Lee HC, et al. Comparative efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev*. févr 2022;
27. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. déc 2016;
28. Lopez R, Bosco A, Chenini S, Barateau L, Evangelista E, Beziat S, et al. Évaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Therasomnia®). *Médecine Sommeil*. mars 2017;
29. Philip P, Dupuy L, Morin CM, de Sevin E, Bioulac S, Taillard J, et al. Smartphone-Based Virtual Agents to Help Individuals With Sleep Concerns During COVID-19 Confinement: Feasibility Study. *J Med Internet Res*. 18 déc 2020;
30. Simon L, Reimann J, Steubl LS, Stach M, Spiegelhalder K, Sander LB, et al. Help for insomnia from the app store? A standardized rating of mobile health applications claiming to target insomnia.
31. Sweetman A, Zwar NA, Grivell N, Lovato N, Lack L. A step-by-step model for a brief behavioural treatment for insomnia in Australian general practice. 2021;
32. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of Brief Behavioral Treatment for Chronic Insomnia in Older Adults. 23 mai 2011;
33. Direction de la sécurité sociale, Mon Psy, Flyer grand public, 2022.
34. Arnaud Faurie, Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et apparentées au-delà de trois mois. Une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de Poitou-Charentes, 2014.
35. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: A qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care*. janv 2007;
36. Kuriyama A, Tabata H. Suvorexant for the treatment of primary insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. oct 2017;
37. Wang L, Pan Y, Ye C, Guo L, Luo S, Dai S, et al. A network meta-analysis of the long- and short-term efficacy of sleep medicines in adults and older adults. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. déc 2021;

ANNEXE 1 : Formation



Quelques éléments de physiologie



Deux systèmes de régulation :

- système **homéostasique** = accumulation de pression de sommeil
- système **circadien** = horloge et cycles biologiques (t° corporelle, mélatonine, cortisol, baisse des syst. de vigilance...)

Influence de l'activité et du rythme de vie, de la physiologie et des synchroniseurs externes

Repères

C'est quoi un sommeil « normal » ?

- TST adulte : 7h30 (jeune) à 6h (âgé)
- Latence : 15-20 min
- Efficacité : 95% (jeune) à 75% (âgé)
- WASO (= éveil-intra sommeil) : 20 à 80 min
- Des « natures » et des « typologies circadiennes »
- C'est souvent un TST diminué qui amène à la plainte d'insomnie !



Définition de l'insomnie :

Ressenti d'une insuffisance quantitative (installation, maintien, durée) ou qualitative du sommeil, +/- retentissement diurne

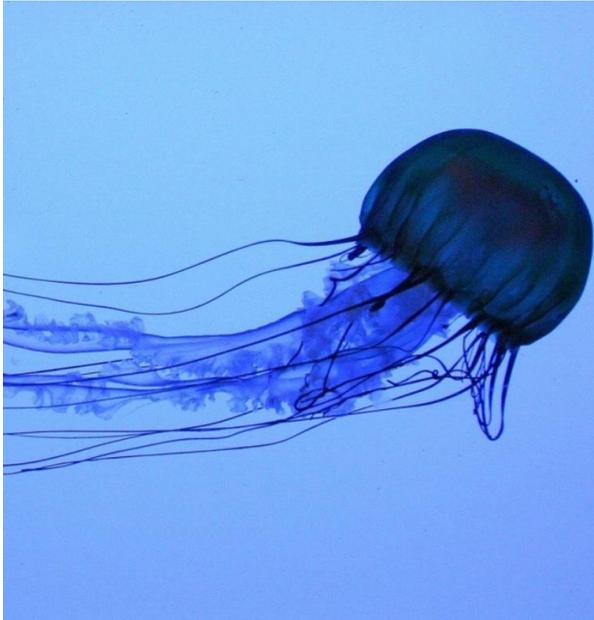
On différencie :

- Insomnie aiguë (ou transitoire)
- Insomnie chronique : primaire ou secondaire.

Plainte d'insomnie = consultation dédiée

Consommateurs chroniques d'hypnotiques = insomniaques





Définition : insomnie aigue

Plainte d'insomnie < 3 mois

Hygiène de sommeil inadéquate

Insomnie d'ajustement : jet-lag,
stress récent, déménagement...

Définition : insomnie chronique

Perturbation du sommeil à l'origine d'une
souffrance cliniquement ou socialement
significative

Au moins 3 nuits par semaine

Depuis au moins 3 mois



Définition : insomnie chronique



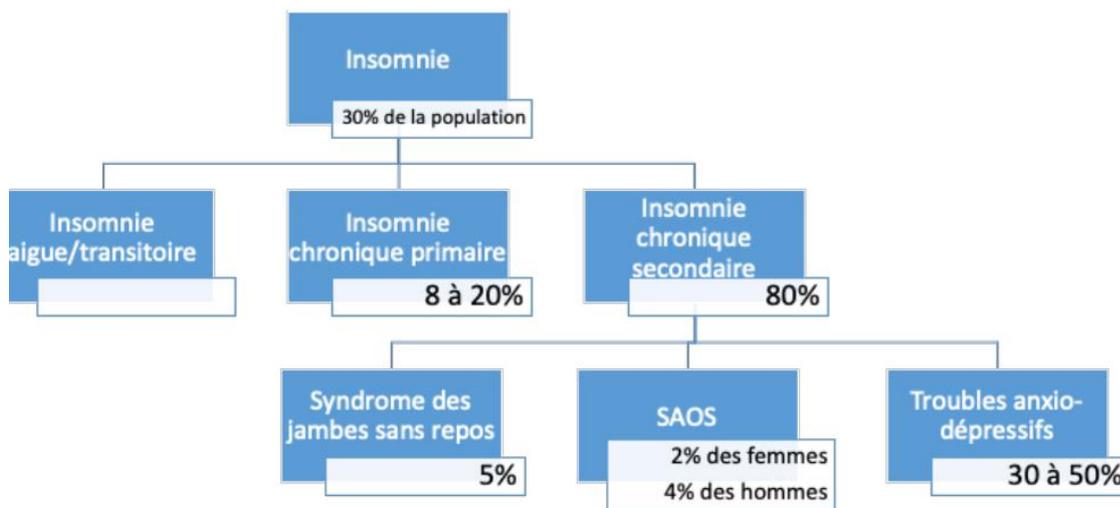
Secondaire = Insomnie comorbide

Primaire = Insomnie maladie

- Hygiène de sommeil inadéquate
- Pathologie psychiatrique
- Pathologie somatique
- Consommation de substance, iatrogénie
- Un autre trouble du sommeil

- Pas de comorbidité
- Contexte adéquat de sommeil
- Pas imputable à un trouble somatique, psychiatrique ou un autre trouble du sommeil
- Pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogue, médicament)

Epidémiologie



Anamnèse

Examens complémentaires

Examen clinique

- Systématique

- Agenda du sommeil +++
- Questionnaires (sommeil, psy)
- Bilan biologique orienté

- Avis spé : SAOS, SJSR, SMP, insomnie pharmaco-résistante, mauvaise perception du sommeil

Questionnaires du sommeil :

Dépistage : Agenda du sommeil + Sleep Condition Indicator

Somnolence & Asthénie : Bergen Insomnia Scale (mais en anglais) + Echelle de Pichot

Suivi : Agenda du sommeil, Insomnia Severity Index

PAS DE CORRELATION ENTRE INSOMNIE OBJECTIVE ET SUBJECTIVE

Questionnaires psy :

Dépistage dépression : PHQ (2-9), Beck + GDS chez le sujet âgé

Suivi dépression : Hamilton (sévérité)

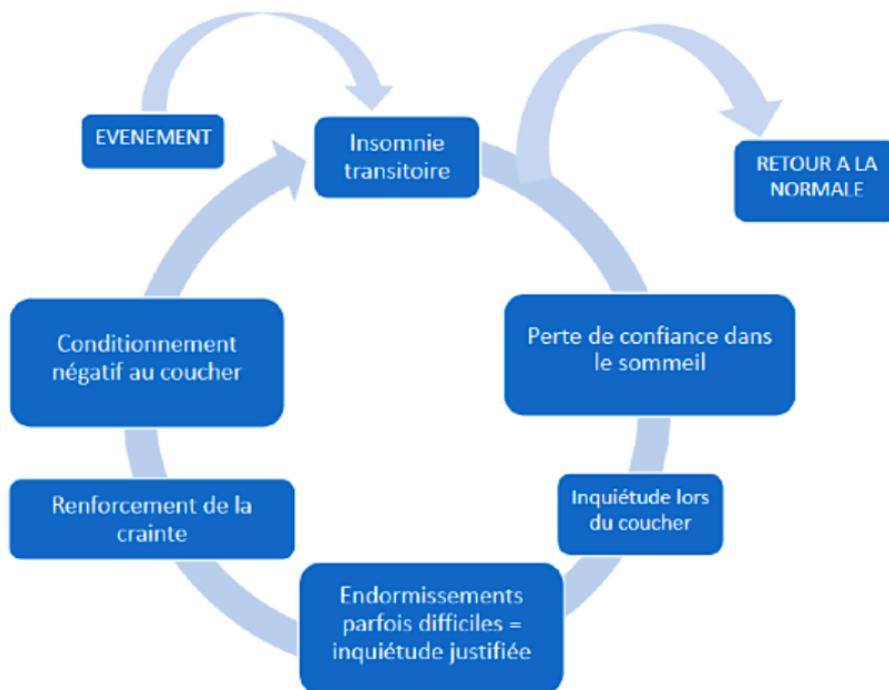
Rien de remplace l'entretien clinique

Les traitements de l'insomnie

Insomnie aiguë	Insomnie primaire	Insomnie comorbide
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien psychologique • RHS • Si nécessaire : anti-H1 sédatif, anxiolytique ou hypnotique • Le plus léger et le plus bref possible 	<ul style="list-style-type: none"> • RHS • TCC • Suivi psychologique • Prescription d'hypnotique si recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem insomnie primaire • Traitement de la pathologie associée

DANS TOUS LES CAS : HYGIENE DE SOMMEIL, RENFORCEMENT EVEIL DIURNE ET REEVALUATION

Chronicisation de l'insomnie



Règles d'hygiène de sommeil

- Siestes : ni longues (> 1 h), ni trop tardives (après 16 h).
- Horaire régulier de lever et coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- S'exposer à la lumière la journée.
- Limiter bruit, lumière et température excessive dans la chambre (pieds au chaud, corps au frais).
- Réserver le lit au sommeil et dormir selon ses besoins.
- Éviter caféine, alcool et nicotine. Eviter écrans le soir.
- Pratiquer exercice physique dans la journée, mais pas après 17 h.
- Éviter repas trop copieux ou trop gras le soir.

Thérapie Cognitivo-Comportementale... Keskecé ?

Restriction du temps de sommeil

Contrôle du stimulus

Techniques de relaxation

La thérapie cognitive

En présentiel ou sur internet !



Effets secondaires surtout liés à la restriction du temps de sommeil

Restriction temps de sommeil contre-indiquée chez certain patient (épilepsie, somnolence diurne excessive, chauffeur poids lourd ++, trouble psy ou médicaux instables)

Comment prescrire sa benzo ?

Chaque année 10 % des nouveaux cas d'insomnie traités par hypnotiques deviennent utilisateurs chroniques.

Privilégier : demi-vies courtes + dose la plus faible possible

Eviter : anxiolytiques et cumul de ttt sédatifs

Demi-posologies chez sujet âgé pour hypnotiques (ZOLPIDEM 5mg, ZOPICLONE 3,75mg)

Durée la plus **courte** possible

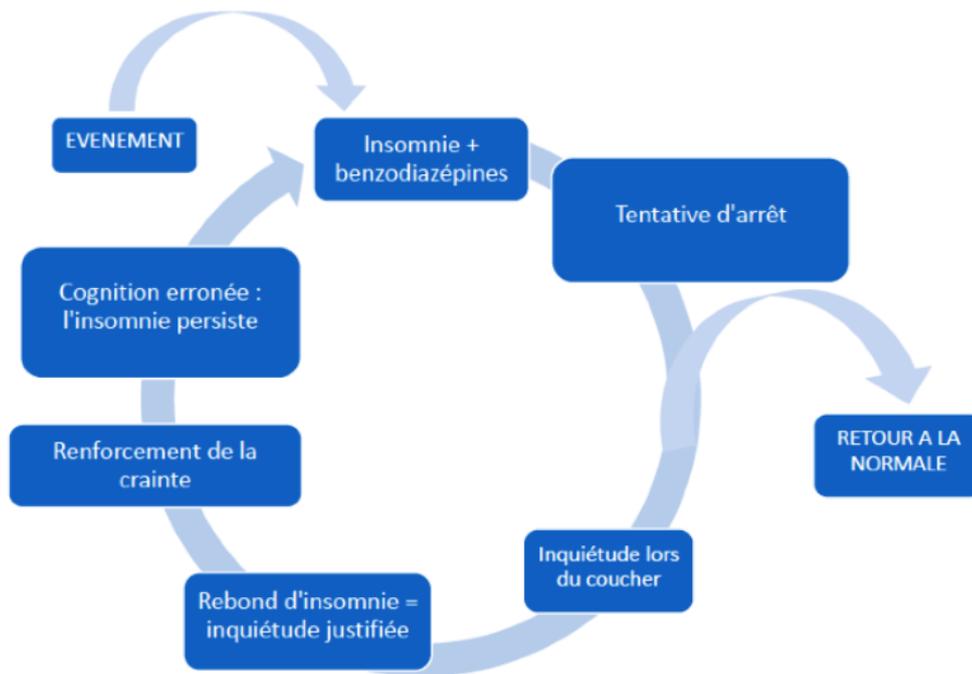
- hypnotique < 28 jours
- anxiolytique < 12 semaines

Dans tous les cas : expliquer ++ et RHS

Risques liés à l'usage des benzodiazépines et apparentés :

- Somnolence, coma, amnésie antérograde
- Confusion, chutes et leurs conséquences notamment chez la personne âgée
- Démence
- Altération des capacités de conduite
- Fente labiopalatine, hypotonie, troubles de la succion, syndrome de sevrage néo-natal lors de la grossesse (étude cas-témoin ...)
- Phénomène de tolérance, de dépendance, de mésusage ; sevrage et phénomène de rebond

La pérennisation de la prise



Point sur le sevrage

- Intervention brève
- Décision partagée
- Proposer consultation dédiée
- Arrêt progressif adapté au patient
- Peut durer plusieurs mois à années
- 1^{re} consultation une semaine après l'arrêt total puis suivi
- Proposer de rendre les boîtes restantes à la pharmacie
- Si signe de sevrage bénin sur décroissance : repasser au palier antérieur
- Si signe de sevrage bénin sur arrêt : ne pas reprendre
- Avis spé ? : doses très élevées, insomnie rebelle, dépendance, usage récréatif, troubles psy sévères, appréhension patient

Merci



Bibliographie

- HAS - Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine général
- European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia - Riemann et al. - Décembre 2017
- HAS - Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ?
- DSM-V
- Prévalence et comorbidités des troubles du sommeil dans la population générale - La Revue du Praticien - 2007
- Troubles du sommeil : données épidémiologiques et médico-Économique - Ogrizek et Léger - 2010
- Epidémiologie et définitions de l'insomnie - Pr Léger - 2017
- Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France - ANSM - 2017
- Troubles du sommeil et hypnotiques - Touitou - 2007
- Référentiel des enseignants en psychiatrie
- Référentiel des enseignants en pneumologie
- Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - HAS - Octobre 2017
- A step by step model for a brief behavioural treatment for insomnia in Australian general practice - Sweetman et al. - Mai 2021

Exemples

RESEAU MORPHEE : AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Nuit du ... au ...	HEURES																								Appréciation par			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES			
	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TM	Moy		M	21	22
EXEMPLE	[Handwritten sleep/wake patterns]																								M	TM	Moy				
4 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	M	Arrière-SCOP			
5 au 11/01	[Handwritten]																								B	B	Moy	à long à domicile (sûreté)			
6 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silence			
7 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
8 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
9 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
10 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
11 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
12 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
13 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
14 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
15 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
16 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
17 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
18 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
19 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
20 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
21 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
22 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
23 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
24 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
25 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
26 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
27 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
28 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
29 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
30 au 11/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
1 au 12/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
2 au 12/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			
3 au 12/01	[Handwritten]																								Moy	B	Moy	à silencie			

● heure de mise au lit / sommeil ou sieste ■ long réveil S Somnolence dans la journée
 ◆ heure de lever ■ 1/2 sommeil TL - Temps passé au lit

Exemples

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM

Sleeplog Morphee

Nuit du ... au ...	HEURES																								Appréciation par			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES
	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TM	Moy	
EXEMPLE	[Handwritten sleep/wake patterns]																								M	TM	Moy	
09/01 au 21/01	[Handwritten]																								TM	Moy	Moy	Médication / Tranquill
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	Moy	Début de sommeil plus facile
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								B	B	Moy	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								B	B	B	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	B	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	Moy	(S) envoi
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	B	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	Moy	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	B	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	Moy	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								Moy	Moy	Moy	S en voiture
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								B	B	B	
09/01 au 09/01	[Handwritten]																								B	B	B	

↓ heure de mise au lit / sommeil ou sieste ■ long réveil S Somnolence dans la journée
 ↑ heure de lever ■ 1/2 sommeil

Exemples

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES																			Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES				
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13		15	17	19	QUALITE DU SOMMEIL
Nuit du ... au...	[Grid with sun icon at 12h]																										
EXEMPLE	[Grid with arrows and 'S S' at 12h]																			M	TM	Moy					
27/6 au 28	[Grid with arrows]																			B	Moy	B					
28/6 au 29	[Grid with arrows]																			B	B	B					
29/6 au 30	[Grid with arrows]																			B	B	B					
30/6 au 1/7	[Grid with arrows]																			B	R	B					
1/7 au 2/7	[Grid with arrows]																			B	Moy	B					
2/7 au 3/7	[Grid with arrows]																			B	Moy	B					
3/7 au 4/7	[Grid with arrows]																			B	Moy	B					
4/7 au 5/7	[Grid with arrows]																			B	B	B					
5/7 au 6/7	[Grid with arrows]																			B	B	Moy					
6/7 au 7/7	[Grid with arrows]																			B	B	Moy					
7/7 au 8/7	[Grid with arrows]																			B	B	B					
8/7 au 9/7	[Grid with arrows]																			B	B	B					
9/7 au 10/7	[Grid with arrows]																			B	B	Moy					
10/7 au 11/7	[Grid with arrows]																			B	B	B					
11/7 au 12/7	[Grid with arrows]																			B	B	B					

- ↓ heure de mise au lit
- ☐ sommeil ou sieste
- ↑ heure du lever
- ☐ long réveil
- R R R 1/2 sommeil
- S Somnolence dans la journée

ANNEXE 2 : Fiche mémoire

PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE DE L'ADULTE EN MEDECINE GENERALE

	Définition		Cause	Traitement
Insomnie aiguë	Plainte d'insomnie < 3 mois		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hygiène de sommeil inadéquate ▶ Insomnie d'ajustement : jet-lag, stress récent, déménagement, ... 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Soutien psychologique ☒ RHS ☒ Si nécessaire : anti-H1 sédatif, anxiolytique ou hypnotique ☒ Le plus léger et le plus bref possible
Insomnie chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Souffrance cliniquement ou socialement significative - Au moins 3 nuits par semaine - Depuis au moins 3 mois 	Primaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pas de comorbidité ▶ Contexte adéquat de sommeil ▶ Pas imputable à un trouble somatique, psychiatrique ou un autre trouble du sommeil ▶ Pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogue, médicament) 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ RHS ☒ TCC ☒ Contrôle du stimulus et restriction du temps de sommeil ☒ Suivi psychologique ☒ Prescription d'hypnotique si recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle
		Secondaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hygiène de sommeil inadéquate ▶ Evènement stressant récent ▶ Pathologie psychiatrique (bipolarité, trouble dépressif ou anxieux, ...) ▶ Pathologie somatique (hyperthyroïdie, douleur, épilepsie, cardiopathie, maladie respiratoire, RGO, neuropathie dégénérative, ...) ▶ Drogues, médicaments ▶ Un autre trouble du sommeil : SMP, SJSR, SAOS, bruxisme, parasomnies, avance ou de retard de phase, jet-lag, irrégularité des cycles veille-sommeil 	Idem insomnie chronique primaire + Traitement de la pathologie associée

DANS TOUS LES CAS : HYGIENE DE SOMMEIL, RENFORCEMENT EVEIL DIURNE ET REEVALUATION

PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE DE L'ADULTE EN MEDECINE GENERALE

C'est quoi un sommeil « normal » ? <ul style="list-style-type: none"> - TST adulte : 7h30 (jeune) à 6h (âgé) - Latence : 15-20 min - Efficacité de sommeil : 95% (jeune) à 75% (âgé) - Eveil intra-sommeil : 20 à 80 min 	Questionnaire du sommeil <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage : Agenda du sommeil + Sleep Condition Indicator - SAOS : Bergen Insomnia Scale (mais en anglais) + Echelle de Pichot - Suivi : Agenda du sommeil, Insomnia Severity Index 	Questionnaire psy <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage dépression : PHQ (2-9), Beck + GDS chez le sujet âgé - Suivi dépression : Hamilton (sévérité)
Règles d'hygiène de sommeil <ul style="list-style-type: none"> ▶ Eviter les siestes trop longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h). ▶ Horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher. ▶ S'exposer à la lumière la journée. ▶ Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher (pieds au chaud, corps au frais) ▶ Réserver lit au sommeil et dormir selon ses besoins. ▶ Eviter la caféine, l'alcool et la nicotine. ▶ Eviter les écrans le soir. ▶ Exercice physique dans la journée, mais pas après 17 h. ▶ Eviter les repas trop copieux/gras le soir. 	Comment prescrire sa benzo ? <ul style="list-style-type: none"> ▶ Demi-vies courtes ▶ Dose la plus faible possible ▶ Demi-posologies chez le sujet âgé pour les hypnotiques (ZOLPIDEM 5mg, ZOPICLONE 3,75mg) ▶ Durée la plus courte possible <ul style="list-style-type: none"> - hypnotique < 28 jours - anxiolytiques < 12 semaines ▶ Eviter les anxiolytiques et pas de cumul de traitement ▶ Dans tous les cas : expliquer ++ et RHS 	Point sur le sevrage des benzo ou hypnotiques <ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervention brève ▶ Proposer consultation dédiée ▶ Décision partagée d'arrêt ▶ Arrêt progressif adapté au patient ▶ Peut durer plusieurs mois à années ▶ Suivi après l'arrêt : 1^{re} consultation une semaine après l'arrêt total ▶ Proposer de rendre les boîtes restantes à la pharmacie ▶ Si signe de sevrage bénin sur décroissance : repasser au palier antérieur ▶ Si signe de sevrage bénin sur arrêt : ne pas reprendre ▶ Avis spé : doses très élevées, insomnie rebelle, dépendance, usage récréatif, troubles psy sévères

Date de la formation :

Sexe :

Année de naissance :

Ville d'exercice :

Lieu d'exercice (cabinet individuel, maison de santé, hôpital ...) :

Type d'exercice (salarié, libéral, mixte, ...) :

Ancienneté d'exercice :

Formation initiale (Généraliste, Gériatre, Gynécologue, Interniste, Urgentiste, ...) :

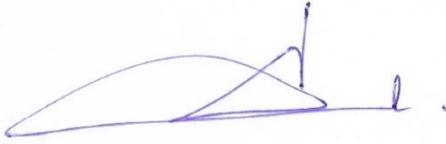
J'ai déjà participé à une formation sur l'insomnie : Oui Non

J'ai un diplôme, universitaire ou non, concernant les pathologies du sommeil : Oui Non

Pensez-vous souffrir vous-même d'un trouble du sommeil : Oui Non

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Bastien VALVERDE



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de

Tours, le

SENNEGOND Clément

57 pages – 7 tableaux – 3 figures

RESUME

INTRODUCTION : Un quart des primo-prescriptions d'hypnotiques ont une durée non conforme aux recommandations. Les médecins généralistes sont les premiers médecins consultés pour des troubles du sommeil. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact d'une formation à la prise en charge de l'insomnie sur leurs prescriptions d'hypnotiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODE : Cette étude quasi-expérimentale multicentrique de type avant/après avec sites contrôles contemporains de l'intervention a été menée du 01 octobre 2021 au 30 juin 2022 auprès de médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire. Deux groupes ont été constitués : un groupe recevant une formation à la prise en charge de l'insomnie et un groupe contrôle ne la recevant pas. L'analyse a porté sur l'évolution des prescriptions d'hypnotiques, représentées par les indicateurs ROSP de l'Assurance Maladie.

RÉSULTATS : Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur la prescription d'hypnotiques après notre intervention dans le groupe formation. Il a été retrouvé une diminution significative de la prescription d'hypnotiques chez les médecins ayant un taux de prescription initial élevé. Il n'a pas été retrouvé de diminution significative de la prescription d'hypnotiques chez les médecins ayant une ancienneté d'exercice supérieure ou égale à 10 ans. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le groupe contrôle.

CONCLUSION : La formation à la prise en charge de l'insomnie diminue les prescriptions d'hypnotiques d'une durée non conforme aux recommandations chez les médecins généralistes ayant un taux de prescription initial élevé. L'absence de significativité des autres analyses pourrait être liée à une population d'étude insuffisante et/ou non représentative de la population générale.

MOTS-CLÉS : INSOMNIE – FORMATION – HYPNOTIQUES – ROSP – SOMMEIL – MEDECINE GENERALE

Jury :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON
Directeur de Thèse : Docteur Bastien VALVERDE
Membres du Jury : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE
Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILY
Docteur Aude HUMEAU-COMMIN

Date de soutenance : le 02 décembre 2022