HAL
open science

# Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale

Nadège Volcler

**To cite this version:**

Nadège Volcler. Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00626587

**HAL Id: dumas-00626587**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00626587v1**

Submitted on 17 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier – Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2010 Thèse N°

# ETUDE D'IMPACT D'UNE ACTION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSOMNIAQUE EN MEDECINE GENERALE

Thèse présentée pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE**

DIPLÔME D'ETAT

VOLCLER Nadège

Née le 27 aout 1982 à Melun

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble
le 9 septembre 2010

Devant le jury composé de :

Président du Jury : M. le Pr. LEVY Patrick
Membres :
M. le Pr. VUILLEZ Jean-Philippe
M. le Pr ESTURILLO Gérard
Mme le Pr PAUMIER Françoise, Directrice de Thèse

# PU-PH 01/09/2009

| NOM | PRENOM | ADRESSE |
|---|---|---|
| ALBALADEJO | Pierre | CLINIQUE D'ANESTHESIE<br>POLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| BACONNIER | Pierre | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE - PAVILLON D<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| BAGUET | Jean-Philippe | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| BALOSSO | Jacques | RADIOTHERAPIE<br>POLE 5 CANCEROLOGIE |
| BARRET | Luc | CLINIQUE MEDECINE LEGALE<br>POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| BAUDAIN | Philippe | CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE<br>POLE 13 IMAGERIE |
| BEANI | Jean-Claude | CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE & ALLERGOLOGIE<br>POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| BENHAMOU | Pierre Yves | CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/<br>DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE |
| BERGER | François | ONCOLOGIE MEDICALE<br>POLE 5 CANCEROLOGIE |
| BLIN | Dominique | CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| BOLLA | Michel | CENTRE COORD. CANCEROLOGIE<br>POLE 5 CANCEROLOGIE |
| BONAZ | Bruno | CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| BOSSON | Jean-Luc | DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| BOUGEROL | Thierry | PSYCHIATRIE D'ADULTES – PAVILLON D.VILLARS<br>POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| BRAMBILLA | Elisabeth | DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| BRAMBILLA | Christian | CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE<br>POLE 7 MEDECINE AIGÜE ET COMMUNAUTAIRE |
| BRICHON | Pierre-Yves | CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| BRIX | Muriel | CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR .REPARATRICE |
| CAHN | Jean-Yves | CANCEROLOGIE<br>POLE 5 CANCEROLOGIE |
| CARPENTIER | Patrick | CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE<br>POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| CARPENTIER | Françoise | CLINIQUE URGENCE<br>POLE 1 SAMU SMUR |
| CESBRON | Jean-Yves | IMMUNOLOGIE – BATIMENT J. ROGET FAC MEDECINE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| CHABARDES | Stephan | CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE |
| CHABRE | Olivier | CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/<br>DIABETOLOGIE – POLE 6 DIGIDUNE |
| CHAFFANJON | Philippe | CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE |
| CHAVANON | Olivier | CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE |

| | | |
|---|---|---|
| | | POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| CHIQUET | Christophe | CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| CHIROSSEL | Jean-Paul | ANATOMIE – FACULTE DE MEDECINE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| CINQUIN | Philippe | DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| COHEN | Olivier | DELEGATION – HC FORUM (création entreprise) – rémunération universitaire conservée |
| COUTURIER | Pascal | CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE<br>POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE |
| DE GAUDEMARIS | Régis | DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| DEBILLON | Thierry | CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| DEMONGEOT | Jacques | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| DESCOTES | Jean-Luc | CLINIQUE UROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| DYON | J.François | |
| ESTEVE | François | Dir. Equipe 6 U836 – ID 17 / ESRF<br>Grenoble Institut des Neurosciences |
| FAGRET | Daniel | CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE<br>POLE 13 IMAGERIE |
| FAUCHERON | Jean-Luc | CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| FAVROT | Marie Christine | DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| FERRETTI | Gilbert | CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE<br>POLE 13 IMAGERIE |
| FEUERSTEIN | Claude | GIN |
| FONTAINE | Eric | CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE<br>POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| FRANCO | Alain | CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP<br>POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| FRANCOIS | Patrice | DPT DE VEILLE SANITAIRE<br>POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| GARNIER | Philippe | |
| GAUDIN | Philippe | CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE<br>POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE |
| GAY | Emmanuel | CLINIQUE NEUROCHIRURGIE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| GIRARDET | Pierre | |
| GUIDICELLI | Henri | |
| HALIMI | Serge | CLINIQUE ENDOCRINO – DIABETO – NUTRITION<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| HOMMEL | Marc | CLINIQUE DE NEUROLOGIE<br>POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| JOUK | Pierre-Simon | DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| JUVIN | Robert | CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE – HOPITAL SUD<br>POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE |
| KAHANE | Philippe | CLINIQUE DE NEUROLOGIE<br>POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |

| | | |
|---|---|---|
| KRACK | Paul | CLINIQUE DE NEUROLOGIE<br>POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| KRAINIK | Alexandre | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM<br>POLE 13 IMAGERIE |
| LANTUEJOUL | Sylvie | DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| LE BAS | Jean-François | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM<br>POLE 13 IMAGERIE |
| LEBEAU | Jacques | CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| LECCIA | Marie-Therese | CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE<br>POLE 8 PLURYDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| LEROUX | Dominique | DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| LEROY | Vincent | CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| LETOUBLON | Christian | CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| LEVERVE | Xavier | LABORATOIRE THERAPEUTIQUE - UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF - BP 53X |
| LEVY | Patrick | PHYSIOLOGIE<br>POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| LUNARDI | Joêl | BIOCHIMIE ADN<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| MACHECOURT | Jacques | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| MAGNE | Jean-Luc | CLINIQE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE<br>POLE 4 CARDIO VASC & THORACIQUE |
| MAITRE | Anne | Médecine du travail EPSP / DPT DE BIOLOGIE INTEGREE<br>POLE 14 BIOLOGIE – J.ROGET 4e ETAGE |
| MALLION | J. Michel | |
| MASSOT | Christian | CLINIQUE MEDECINE INTERNE<br>POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| MAURIN | Max | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| MERLOZ | Philippe | CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| MORAND | Patrice | DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| MOREL | Françoise | |
| MORO-SIBILOT | Denis | |
| MOUSSEAU | Mireille | ONCOLOGIE MEDICALE<br>POLE 5 CANCEROLOGIE |
| MOUTET | François | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE |
| PASQUIER | Basile | |
| PASSAGIA | Jean-Guy | ANATOMIE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | CLINIQUE REANIMATION<br>POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION |
| PELLOUX | Hervé | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| PEPIN | Jean-Louis | CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE<br>POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| PERENNOU | Dominique | SERVICE DE REEDUCATION<br>POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| PERNOD | Gilles | CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE |

| | | |
|---|---|---|
| | | POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| PIOLAT | Christian | CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE |
| PISON | Christophe | CLINIQUE PNEUMOLOGIE<br>POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| PLANTAZ | Dominique | CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| POLACK | Benoît | DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| POLLAK | Pierre | NEUROLOGIE<br>POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| PONS | Jean-Claude | CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| RAMBEAUD | J Jacques | CLINIQUE UROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| REYT | Emile | CLINIQUE O.R.L<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| ROMANET | J.Paul | CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| SARAGAGLIA | Dominique | CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE<br>POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE HOPITAL SUD |
| SCHAAL | Jean-Patrick | CLINIQUE UNIVERSIATIRE GYNECOLOGIE ONSTETRIQUE<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| SCHMERBER | Sebastien | CLINIQUE O.R.L<br>POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| SEIGNEURIN | Daniel | DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| SEIGNEURIN | Jean-Marie | DPT AGENTS INFECTIEUX<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| SELE | Bernard | DPT GENETIQUE & PROCREATION<br>POLE 9 COUPLE / ENFANT |
| SESSA | Carmine | CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| SOTTO | Jean-Jacques | |
| STAHL | Jean-Paul | CLINIQUE INFECTIOLOGIE<br>POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| TIMSIT | Jean-François | CLINIQUE REANIMATION MEDICALE<br>POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| TONETTI | Jérôme | CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE<br>POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE |
| TOUSSAINT | Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE<br>POLE 14 BIOLOGIE |
| VANZETTO | Gérald | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE<br>POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| ZAOUI | Philippe | CLINIQUE NEPHROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |
| ZARSKI | Jean-Pierre | CLINIQUE HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE<br>POLE 6 DIGIDUNE |

| | | |
|---|---|---|
| BOLLA | Michel | Du 13/06/09 au 31/08/2012 |
| DYON | J.François | (surnombre) |
| GARNIER | Philippe | (surnombre) |
| GIRARDET | Pierre | (surnombre) |
| GUIDICELLI | Henri | (surnombre) |
| MALLION | J. Michel | (surnombre) |
| MOREL | Françoise | Surnombre depuis le 08/08/2008→31/08/2011 |
| PASQUIER | Basile | (surnombre) |
| SEIGNEURIN | J. Marie | Du 11/02/2009 au 31/12/2012 |
| SOTTO | J. Jacques | (surnombre) |

## MCU-PH 01/09/2009

| | | |
|---|---|---|
| BOTTARI | Serge | Département de Biologie Intégrée<br>Pôle 14 Biologie |
| BOUTONNAT | Jean | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule<br>Pôle 14 Biologie |
| BRENIER-PINCHART | M.Pierre | Département des agents infectieux – Parasitologie – Mycologie<br>Pôle 14 Biologie |
| BRICAULT | Ivan | Clinique de radiologie et imagerie médicale<br>Pôle 13 Imagerie |
| BRIOT | Raphaël | Pôle Urgence SAMU |
| CALLANAN-WILSON | Mary | Génétique IAB |
| CARAVEL | Jean-Pierre | Clinique de médecine nucléaire<br>Pôle 13 Imagerie |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | Laboratoire de Pharmacologie |
| CROIZE | Jacques | Département des agents infectieux – Microbiovigilance<br>Pôle 14 Biologie |
| DEMATTEIS | Maurice | Clinique de physiologie – sommeil et exercice<br>Pôle 12 Rééducation et physiologie |
| DERANSART | Colin | GIN – BATIMENT E. SAFRA<br>Equipe 9 |
| DETANTE | Olivier | Clinique de Neurologie |
| DROUET | Christian | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Centre angiodème<br>Pôle 14 Biologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie – BATIMENT J. ROGET |
| EYSSERIC | Hélène | Clinique de Médecine Légale<br>Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine |
| FAURE | Anne-Karen | Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique de Procréation<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| FAURE | Julien | Département Génétique et Procréation<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| GARBAN | Frédéric | Unité Clinique Thérapie Cellulaire<br>Pôle 5 Cancérologie |
| GAVAZZI | Gaëtan | Clinique Médecine Interne Gériatrique |

| | | |
|---|---|---|
| | | Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine |
| GRAND | Sylvie | Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale<br>Pôle 13 Imagerie |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie de la Procréation / CECOS – Département Génétique et Procréation<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| HOFFMAN | Pascale | Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| JACQUOT | Claude | Clinique d'Anesthésie<br>Pôle 2 Anesthésie – Réanimation |
| LABARERE | José | Département de Veille Sanitaire<br>Pôle 17 Santé Publique |
| LAPORTE | François | Département de Biologie Intégrée<br>Pôle 14 Biologie |
| LARDY | Bernard | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'enzymologie<br>Pôle 14 Biologie |
| LARRAT | Sylvie | Département des agents infectieux<br>Pôle 14 Biologie |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. CardioRespiratoires<br>Pôle 12 Rééducation et Physiologie |
| MALLARET | Marie-Reine | Unité d'Hygiène Hospitalière - Pavillon E |
| MOREAU-GAUDRY | Alexandre | Département d'Innovations Technologiques<br>Pôle 17 Santé Publique |
| MOUCHET | Patrick | Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratories<br>Pôle 12 Rééducation et Physiologie |
| PACLET | Marie-Hélène | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule – Laboratoire d'Enzymologie<br>Pôle 14 Biologie |
| PALOMBI | Olivier | Clinique de Neurochirurgie<br>Pôle 3 Tête et Cou et Chirurgie Réparatrice |
| PASQUIER | Dominique | Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques<br>Pôle 13 Biologie |
| PELLETIER | Laurent | Centre d'Innovations Biologiques |
| PAYSANT | François | Clinique de Médecine Légale<br>Pôle 8 Pluridisciplinaire de Médecine |
| RAY | Pierre | Biologie de la Reproduction - Département Génétique et Procréation<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| RENVERSEZ | J. Charles | Département de biologie Intégrée - Biochimie et Biologie Moléculaire<br>Pôle 14 Biologie |
| RIALLE | Vincent | Laboratoire TIMC LA TRONCHE |
| SATRE | Véronique | Génétique Chromosomique - Département Génétique et Procréation<br>Pôle 9 Couple / Enfant |
| STANKE-LABESQUE | Françoise | Laboratoire Pharmacologie |
| STASIA | Marie-Josée | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule<br>Pôle 14 Biologie |
| TAMISIER | Renaud | Clinique de Physiologie sommeil et exercice – Lab. Explor. Fonct. Cardiorespiratoires<br>Pôle 12 Rééducation et Physiologier |
| WEIL | Georges | Biostatistiques et Informatique Médicale<br>Pôle 17 Santé Publique |

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur LEVY,
En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.
Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur VUILLEZ,
En vous remerciant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.
Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur ESTURILLO,
En vous remerciant pour vos enseignements et votre bienveillance à mon égard.

A Madame le Professeur PAUMIER,
En vous remerciant de m'avoir aidé à concrétiser ce projet et de m'avoir fait confiance dans la réalisation de ce travail. Merci pour vos enseignements de médecine générale et pour votre engagement dans la promotion de cette discipline.

A Monsieur le Docteur Alexandre MOREAU-GAUDRY,
Pour sa très grande disponibilité et ses précieux conseils en méthodologie et statistiques. Il a su apporter rigueur à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Brieuc, mon compagnon, pour son amour, sa joie de vivre, et ses conseils avisés lors de la réalisation de ce travail. A ton tour maintenant !

A ma famille : à mes parents pour leur confiance, à ma sœur, à mon grand-père qui aurait été fier d'être présent lors de l'accomplissement de ce travail, à mes grands-parents et Tante Lisette pour leurs encouragements, à mes oncles et tantes, cousins et cousines.

A Yoann et Franck, récemment thésés, pour m'avoir apporté leur expérience et leurs précieux conseils qui ont permis de perfectionner ce travail.

A mes amis pour leur joie de vivre et leur soutien : Chloé, Elophe, Valentine et Philippe, Elodie et Sylvain, Clément, Claire, Marie, Jany et Lucie, Emmanuel, Anne-Laure, Anne-Claire, Marie, Laure, Nolwenn et Max, Blandine, Isabelle, Irène, Julie et Pierre, Adeline, Aude, Marie-Pierre, Brigitte, Marion et Guillaume, Claire, Nicolas et ses parents, Christophe, Corinne et tant d'autres.
A mes co-internes de l'hôpital de Chambéry qui ont su me supporter et entendre mon questionnaire téléphonique plus de 300 fois de suite !

A toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail :
Dr AUBIN, Dr BOTTET , Stéphane SOLANILLE, Dr TAMISIER
A tous les Médecins Généralistes qui ont accepté de répondre à cette étude.

A mes Maîtres de stage, pour leur confiance et leurs encouragements
A tous ceux qui ont su me transmettre ce goût pour la médecine générale…

# TABLE DES MATIERES

ARTICLE ..... 10
RESUME ..... 10
INTRODUCTION ..... 11
CONTEXTE ..... 12
MATERIEL ET METHODES ..... 13
RESULTATS ..... 15
DISCUSSION ..... 19
CONCLUSION ..... 23

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 24

ANNEXES ..... 26
Annexe I : Charte du CNGE ..... 26
Annexe II : Diaporama de la soirée FMC ..... 29
Annexe III : Questionnaire ..... 44
Annexe IV : Résultats ..... 46

SERMENT D'HIPPOCRATE ..... 49

RESUME – MOTS CLES ..... 50

ABREVIATION UTILISEES DANS CETTE THESE :

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé
**ANOVA** : ANalysis Of Variance = Analyse de variance
**CNFMC** : Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue
**CNGE** : Collège National des Enseignants Généralistes
**EBM** : Evidence Based Medicine
**ECA** : Enseignant Clinicien ambulatoire
**FMC** : Formation médicale continue
**GSK** : GlaxoSmithKline
**HAS** : Haute Autorité de Santé
**MG** : Médecin Généraliste
**UNAFORMEC** : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continue
**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

# ÉTUDE D'IMPACT D'UNE ACTION DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSOMNIAQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

*MOTS-CLEFS : insomnie ; enseignement médical postuniversitaire ; pratiques professionnelles ; médecine générale.*

*RESUME :*

*Les troubles du sommeil constituent un véritable problème de santé publique. Le nombre de médecins généralistes diminue. L'optimisation des connaissances et des pratiques en médecine générale est essentielle. Cette étude évalue l'efficacité de soirées interactives de formation médicale continue, organisées par le Collège National des Généralistes Enseignants, « Comment améliorer la prise en charge du patient qui dort mal ? », en France, en 2007-2008.*

*Dans cette étude rétrospective déclarative observationnelle, les pratiques de 152 médecins formés et 152 médecins témoins ont été comparées, à l'aide d'un questionnaire comprenant 10 items issus des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les résultats sont synthétisés sous la forme d'un score sur 100.*

*De manière statistiquement significative, les médecins formés sont plus en adéquation avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé (59,2 +/- 15,3 versus 52,1 +/- 14,7). Cette significativité persiste après ajustement d'une variable de confusion identifiée (statut d'enseignant clinicien ambulatoire). L'utilisation, en cas d'insomnie chronique, d'un agenda du sommeil, de méthodes non médicamenteuses et de moyens psychothérapeutiques, était déclarée comme plus fréquente chez les médecins formés.*

*Cette étude montre que la participation à cette action de formation médicale continue est associée à un comportement déclaré des médecins plus conforme au référentiel. Ces résultats mériteraient d'être enrichis par une étude « avant / après » afin d'établir un lien de causalité entre formation et changement de comportement. Il reste également à déterminer si ces intentions se concrétisent dans la pratique quotidienne et sur l'état de santé des patients.*

# INTRODUCTION

**20 à 30% de la population générale française souffre d'insomnie légère à modérée, et 10% d'insomnie sévère** *[1 - 4].*
Les conséquences de l'insomnie peuvent être lourdes ; sur le plan **médical**, avec des comorbidités telles que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, des complications cardiovasculaires, cognitives, psychiatriques et iatrogénique ; sur le plan **socioprofessionnel**, elle peut être responsable d'une altération de la qualité de vie, d'accidents du travail, d'accidents de la route, d'absentéisme, de retentissements économiques *[1] [5 - 8].*

Face à cette pathologie identifiée comme un **objectif prioritaire de santé publique,** l'optimisation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes, en première ligne face à cette problématique, est primordiale *[1] [9].*

La **formation initiale universitaire** en France est pauvre sur ce sujet. Suite au programme d'action sur le sommeil lancé par le Ministère de la Santé en 2006, la **formation médicale postuniversitaire** s'est développée : notamment des sessions de Formation Médicale Continue (FMC) ont été mises en place *[9].*
Elles ont pour objectif de maintenir ou améliorer les connaissances et compétences des médecins généralistes, et de remettre en cause celles-ci dans un monde où les connaissances scientifiques et technologiques, les besoins de santé publique et la demande des patients évoluent en permanence *[10].*
L'ANAES, en 2000, après revue de la littérature internationale, affirmait que la FMC pouvait améliorer les performances des médecins et des résultats sur la santé. Elle décrivait également l'existence d'une hiérarchisation des différentes méthodes de formation : la FMC dans ses formes traditionnelles didactiques était inefficace, alors que la FMC **interactive** pouvait entraîner des changements de pratiques professionnelles (efficacité démontrée avec un effet intervention limité) *[11].*
Cependant peu d'études, en France, ont cherché à évaluer l'**efficacité de la FMC** *[11].*

Notre étude se propose d'**évaluer l'efficacité d'une série de séances de FMC, organisées par le CNGE, Collège National des Enseignants Généralistes, et intitulées : « Comment améliorer la prise en charge du patient qui dort mal ? », en France, en 2007-2008**.

# CONTEXTE

Le CNGE a mis en place, sous forme de soirées interactives, une formation concernant la prise en charge du patient insomniaque, dans plusieurs régions de France *[12].*

Cette action de FMC répond aux **critères de qualité du CNFMC** *[10] [13] :*

- justification de l'action : la prise en charge de troubles du sommeil correspond à un problème de santé publique associé à un réel besoin de formation des médecins généralistes *[1] [9].*
- Qualité scientifique de la formation : basée sur le concept d'EBM, Evidence Based Medicine. Le contenu a été élaboré par un conseil scientifique formé de généralistes et de spécialistes du sommeil, sur une base bibliographique solide *[12].*
- Qualité pédagogique de la formation : ces formations ont été animées par des experts généralistes, ayant une implication forte sur le sujet et une maîtrise pédagogique et ayant bénéficié d'une formation pédagogique spécifique sur ce sujet. Elles se sont déroulées sous forme de **soirées interactives**, avec **interventions mixtes** : exposé didactique, cas cliniques, quizz « vrai-faux », en petits groupes (maximum de 20 participants) *[12].*
- Indépendance : un partenariat logistique avec GSK (GlaxoSmithKline) a permis la mise en place de ces formations dont le contenu reste indépendant des structures qui le financent.

Ces actions de formation ont été réalisées dans le respect d'une **charte éthique et partenaire** *(Annexe1) [12].*

Les **thèmes abordés et objectifs** de cette action de formation, en accord avec les recommandations de l'HAS *[1],* ont été :

- rappels physiopathologiques,
- démarche diagnostique et principaux outils : utilisation d'un plan détaillé d'évaluation, apprentissage de l'utilisation d'un agenda du sommeil.
- prise en charge thérapeutique : acquisition de moyens non médicamenteux dans la prise en charge de l'insomnie : règles élémentaires d'hygiène du sommeil, initiation aux thérapies cognitivo-comportementales accessibles au médecin généraliste (contrôle du stimulus, restriction de sommeil, relaxation, restructuration cognitive)
  et rappels sur l'utilisation des traitements médicamenteux : choix des molécules, durée de traitement, sevrage *(Annexe 2).*

# MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une **étude déclarative, rétrospective, observationnelle, comparative** entre deux groupes de médecins généralistes : 152 médecins formés, ayant participé à une des séances de FMC, et 152 médecins témoins.

Les actions de formation ont eu lieu dans 17 départements de France, entre octobre 2007 et juin 2008.

**POPULATIONS D'ETUDE ET ECHANTILLONNAGE** :
Au total 229 médecins généralistes ont participé à cette formation et ont été contactés. Parmi ces médecins, 152 ont accepté de répondre. Les médecins généralistes témoins ont alors été contactés, par tirage au sort sur les listes de médecins généralistes du site du Conseil de l'Ordre National des Médecins, au sein des 17 départements, et appariés aux médecins formés, par ville et département, jusqu'à avoir le même nombre de médecins, soit 152 médecins témoins.

CRITERES D'INCLUSION / EXCLUSION :
Les critères d'inclusion des « médecins formés » étaient :

- être **médecin généraliste** ayant une activité de médecine générale et exerçant en **cabinet de médecine générale** (sont exclus les médecins spécialistes d'organe, les généralistes n'ayant pas la médecine générale comme exercice principal et / ou ne travaillant pas en cabinet de médecine générale).
- avoir **participé à l'une des soirées évaluées**. Les médecins ayant participé à une autre étude sur le même sujet dans les deux années précédentes étaient exclus.

Les critères d'inclusion des « médecins témoins » étaient :

- être **médecin généraliste** ayant une activité de médecine générale et exerçant en **cabinet de médecine générale** (sont exclus les médecins spécialistes d'organe, les généralistes n'ayant pas la médecine générale comme exercice principal et / ou ne travaillant pas en cabinet de médecine générale).
- **ne pas avoir participé** à une formation sur les troubles du sommeil dans les deux années précédentes.

**PERIODE** :

Le recueil de données s'est effectué entre **décembre 2008 et mai 2009** soit environ à 1 an de la formation (+/- 3 mois).

**MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES :**

L'enquête a été réalisée par **entretiens téléphoniques,** toujours initiés par une même personne, d'une quinzaine de minutes par médecin. Ces entretiens ont été testés au préalable sur une population de 3 médecins afin de perfectionner le contenu et le déroulement du questionnaire.

Le questionnaire comportait une première partie permettant d'identifier les populations et de rechercher les facteurs d'exclusion. Une deuxième partie évaluait les pratiques des médecins à partir de 10 questions inspirées des **recommandations de l'HAS 2006 « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale »** *(Annexe 3).* Les données, saisies de manière manuscrite sur le questionnaire, ont ensuite fait l'objet d'une saisie sur un tableur Excel. Un contrôle qualité a alors été réalisé par évaluation, par une tierce personne, au hasard, de 10% des données saisies.

**ANALYSE DES DONNEES :**

Il a alors été établi un **score sur 100, comparé ensuite entre les deux groupes**.

Ce score a été calculé de la façon suivante :

- Questions à double choix (Oui / Non): 3 points si la réponse correspondait aux recommandations HAS, 0 point sinon.
- Questions à quadruple choix (quatre réponses possibles par ordre croissant) : 3 points si la réponse correspondait aux recommandations HAS, puis 2, 1 ou 0 points, selon que l'on s'éloignait de la réponse préconisée par les recommandations.

Le score final était donc sur 3 x 10 questions = 30 points, ensuite ramené à 100 pour plus de clarté.

Les paramètres quantitatifs ont été décrits par leur moyenne ± écart-type. Après vérification des conditions d'application des tests, la comparaison de moyenne a été réalisée à l'aide du test t de student et une analyse de variance à deux facteurs a été réalisée pour l'étude de deux facteurs de variabilité et de leur interaction. La comparaison de variables qualitatives a été réalisée à l'aide du test de Khi2 après vérification des conditions d'application des tests. L'analyse de données a été réalisée à l'aide du logiciel GNU R.

Le seuil de significativité retenu était de 0,05 (p-valeur < 5%).

# RESULTATS

*TAUX DE REPONSE :*

*Le taux de réponse était de 66,4% pour les médecins formés (229 médecins contactés), 26,1% pour les médecins témoins (582 médecins contactés), soit 152 médecins dans chaque groupe.*

**ETUDE DES POPULATIONS DE MEDECINS** :

Les populations étaient relativement homogènes : il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge, le sexe, les années d'exercice, le lieu de travail, le mode d'exercice, la formation initiale, et la population d'insomniaque prise en charge *(Annexe 4).*

Un seul facteur était différent entre les deux groupes : le statut d'**enseignant clinicien ambulatoire (ECA)** ou maître de stage**.** Les médecins formés étaient statistiquement plus nombreux à être enseignants cliniciens ambulatoires (25%) que les médecins témoins (12,5%) *(p = 0,0075).*

**ETUDE DES RESULTATS** :

SCORE FINAL :

Le score final était de **59,2** ± 15,3 pour le groupe des médecins formés, et de **52,1** ± 14,7 pour le groupe des médecins témoins. Une différence statistiquement significative a été mise en évidence entre les deux groupes *(p < 0,001).*

Une première étude de l'impact du facteur de variabilité (ECA) a été réalisée par comparaison du score final entre médecins formés et médecins témoins, dans les deux sous-populations des médecins ECA et Non-ECA. La significativité des comparaisons des scores entre médecins formés et médecins témoins était conservée, respectivement dans la population des ECA (Formé : 67,1 ± 13,4; Témoin: 52,8 ± 13,5; p<0,001) et des non-ECA (Formé: 56,6 ± 15,1; Témoin: 51,99 ± 14,9 ; p=0,02). Enfin, la recherche d'une interaction entre les deux facteurs de variabilité FMC et ECA a été réalisée à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs. De manière statistiquement significative, une interaction positive (comme l'illustre le graphe des interactions de la figure 1) a été mise en évidence (FMC : p < 0,001; ECA : p<0,001; FMC*ECA : p=0,03).

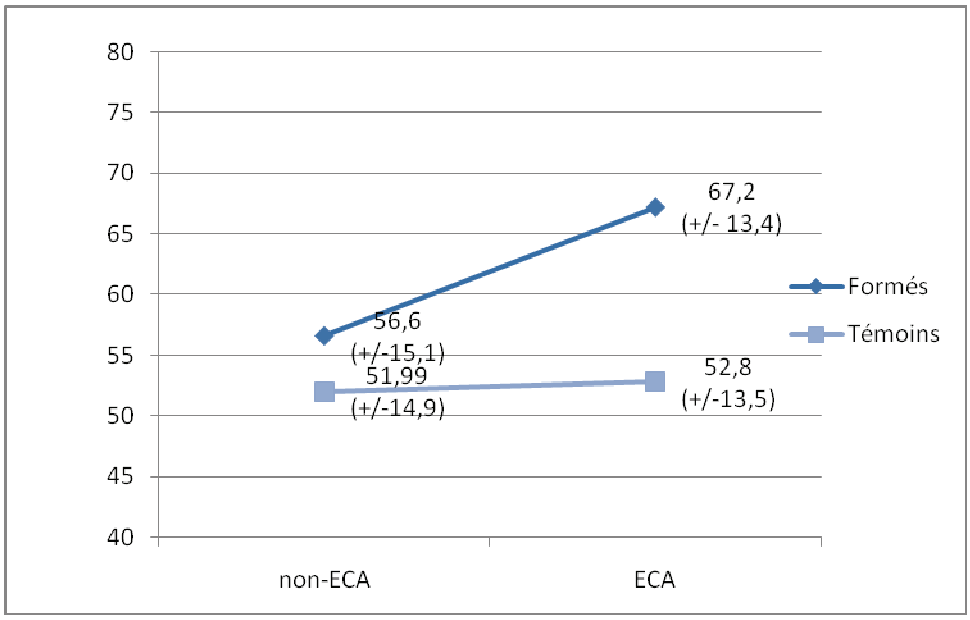



*Figure 1 : Scores sur 100 en fonction du statut ECA / non ECA et Médecins Formés / Témoins*

RESULTATS DES DIFFERENTS ITEMS CARACTERISANT LE SCORE GLOBAL :

Dix items ont été explorés, extraits des recommandations de l'HAS 2006.

1- REALISATION D'UN ENTRETIEN APPROFONDI :

L'entretien approfondi était réalisé régulièrement voire systématiquement pour plus de la moitié des médecins, de façon identique dans les deux groupes *(p = 0 ,4373).*

2- UTILISATION DE L'AGENDA DU SOMMEIL :

Les médecins formés se servaient plus de l'**agenda du sommeil** pour 93 *(61,2%)* médecins formés, contre 30 *(19,7%)* médecins témoins *(p<0,0001).*

Parmi les médecins utilisant l'agenda du sommeil : 68,9% des médecins formés et 46,7% de médecins témoins trouvaient son utilisation bénéfique pour la suite de la prise en charge du trouble du sommeil.

3- UTILISATION DE MOYENS NON MEDICAMENTEUX, DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE :

Les médecins formés affirmaient utiliser plus souvent en première intention des **moyens non médicamenteux** *(p = 0,0042) (Figure 2). Les moyens non médicamenteux (non allopathiques) les plus souvent cités étaient les Règles Hygiéno-diététiques (48%), psychothérapie (25%), phytothérapie (13%) et homéopathie (13%).*

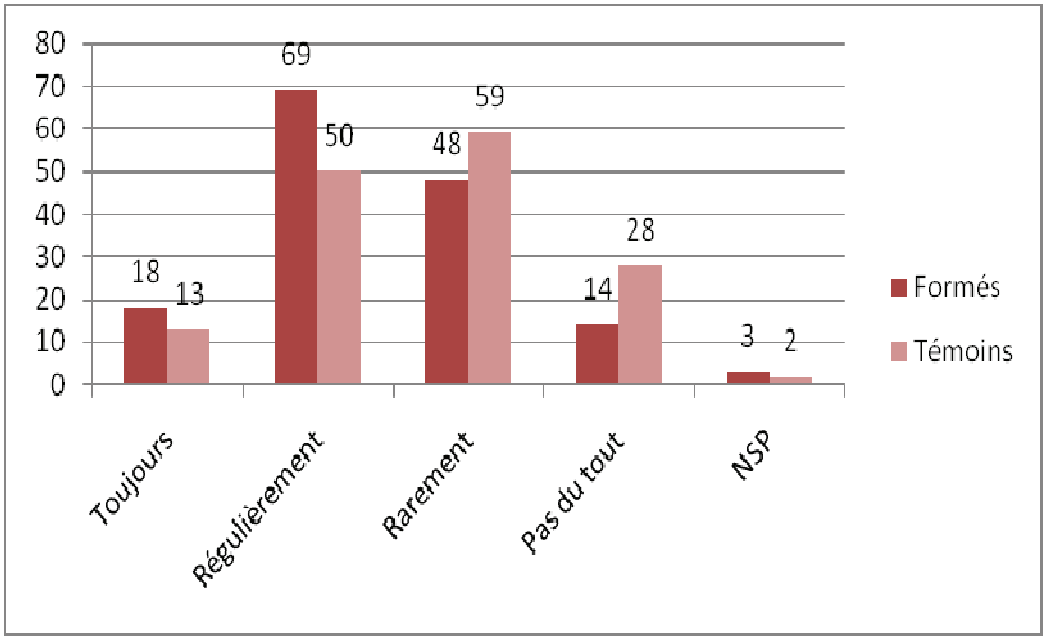



*Figure 2 : Utilisation de moyens non médicamenteux*

.

4- <u>UTILISATION DE MOYENS PSYCHOTHERAPEUTIQUES DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE</u> :

Les médecins formés affirmaient utiliser plus souvent des **moyens psychothérapeutiques** *(p = 0,0004) (Figure 3).*

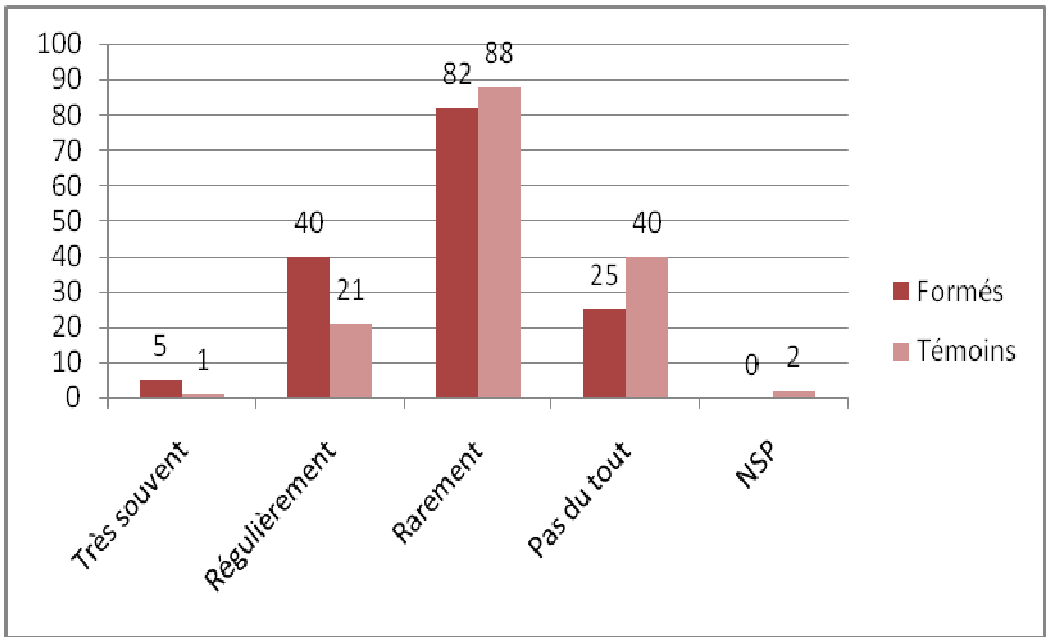



*Figure 3 : Utilisation de moyens psychothérapeutiques*

5- NON-PRESCRIPTION DE PLUSIEURS PSYCHOTROPES A VISEE HYPNOTIQUE :

L'association de médicaments psychotropes à visée hypnotique n'était pas utilisée, pour plus de 80% des médecins, de façon identique dans les deux groupes *(p = 0,5394).*

6- DUREE INITIALE DE TRAITEMENT HYPNOTIQUE :

Lors de l'initiation d'un traitement psychotrope à visée hypnotique, plus de 75% des médecins prescrivaient ce traitement pour une durée inférieure ou égale à un mois, sans différence significative entre les deux groupes *(p = 0,1628).*

7- REEVALUATION SYSTEMATIQUE D'UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE :

Plus de 75% des médecins affirmaient réévaluer la situation de leur patient, à chaque renouvellement de traitement hypnotique, sans différence significative entre les deux groupes *(p = 0,8318).*

8- PROPOSITION DE SEVRAGE D'UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE :

35% des médecins affirmaient proposer un sevrage à leur patient à chaque renouvellement, 24% tous les 3 mois, 16% une fois par an, 9% jamais et 16% ne se prononçaient pas, sans différence significative entre les deux groupes *(p = 0,2749).*

9- SUCCES DU SEVRAGE D'UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE :

2% des médecins affirmaient réussir tout le temps les sevrages proposés, 14% souvent, 69% quelques fois, 13% jamais et 2% ne se prononçaient pas. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes *(p = 0,2121).*

10- CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS HAS 2006 SUR LA « PRISE EN CHARGE DU PATIENT ADULTE SE PLAIGNANT D'INSOMNIE EN MEDECINE GENERALE » :

Un tiers des médecins affirmaient avoir lu ces recommandations, sans différence significative entre les deux groupes *(p = 0,3509).*

Il a par ailleurs été retrouvé un lien entre les 3 items qui ressortent de ces résultats : les médecins (formés et témoins) utilisant l'agenda du sommeil utilisaient plus souvent des moyens non médicamenteux ($p < 0,0001$) et psychothérapeutiques ($p < 0,001$).

# DISCUSSION

**SUR LES RESULTATS :**

**Cette étude montre que la participation à cette action de formation médicale continue est associée à un comportement déclaré des médecins généralistes plus en adéquation avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé.** Cette significativité est conservée lors de l'analyse en sous-population. **Cette association semble conforter le postulat d'efficacité de cette action de FMC.**

Concernant la prise en charge diagnostique, l'entretien approfondi est réalisé régulièrement voire systématiquement par l'ensemble des médecins. Par contre l'**agenda du sommeil**, mal connu des médecins non formés, semble apporter un certain bénéfice dans la démarche diagnostique.

Il existe très peu de données concernant l'utilisation de cet outil par les médecins généralistes, dans la littérature. Néanmoins les recommandations de l'HAS préconisent l'utilisation de l'agenda du sommeil à visée diagnostique et thérapeutique *[1].* En effet, l'agenda permettrait de mieux cibler la problématique du patient et d'apporter des réponses thérapeutiques plus adaptées. On constate, dans cette étude, que les médecins utilisant l'agenda du sommeil utilisaient plus souvent des moyens non médicamenteux et psychothérapeutiques. Ces moyens psychothérapeutiques, notamment thérapies cognitivo-comportementales (TCC), ont prouvé, dans la littérature, leur efficacité supérieure par rapport aux moyens médicamenteux dans l'insomnie chronique *[1] [14] [15] [16].*

L'agenda du sommeil, plus utilisé des médecins formés, semble apporter une base de travail pour l'instauration et le suivi de traitements non médicamenteux (notamment psychothérapeutiques), souvent plus adaptés dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

Concernant la prise en charge thérapeutique, l'utilisation de **moyens non médicamenteux** ainsi que **psychothérapeutiques** en cas d'insomnie chronique, était plus importante chez les médecins formés. La durée initiale de traitement courte et sa réévaluation semblaient appliquées par la majorité des médecins. Par contre, le sevrage et son maintien paraissaient difficiles à mettre en application quelle que soit la catégorie de médecin, beaucoup précisant que ce point des recommandations ne leur paraissait pas adapté à leur pratique médicale. A

noter d'ailleurs que 1/3 seulement des médecins déclaraient avoir lu les recommandations sur la prise en charge des troubles du sommeil *[1].*
On aurait pu s'attendre à ce que l'augmentation d'utilisation de moyens non médicamenteux et psychothérapeutiques chez les médecins formés entraîne une augmentation des sevrages en psychotropes à visée hypnotique. Notons que l'action de FMC a moins insisté sur ce point (avec seulement 1 diapositive sur 87 concernant le sevrage des benzodiazépines). Il est par ailleurs possible que ce lien ne soit pas établi du fait d'un manque de recul, les changements d'habitudes concernant les prescriptions médicamenteuses et les tentatives de sevrage étant longues à instaurer, autant pour les médecins prescripteurs que pour les patients. Le retentissement sur l'utilisation de psychotropes serait donc intéressant à réévaluer à distance.

Ces résultats bien que positifs sont modérés : seule l'évaluation de **trois items sur dix**, établit une différence de comportement entre les médecins : l'**utilisation de l'agenda du sommeil,** et de **moyens non médicamenteux** et **psychothérapeutiques** dans l'insomnie chronique. Ces derniers correspondent aux items les moins connus des médecins et pourtant pas des moins importants puisqu'ils permettent dans l'insomnie chronique des alternatives à l'emploi des psychotropes « sur-utilisés », notamment par la mise en place de moyens psychothérapeutiques ayant prouvé leur efficacité supérieure par rapport aux traitements pharmacologiques.
Cette action de FMC avait privilégié, dans sa présentation, le travail sur l'acquisition de nouveaux outils comme l'agenda du sommeil (1/3 des diapositives), et de moyens non médicamenteux comme les psychothérapies (1/3 des diapositives) dans la prise en charge de l'insomnie chronique. Voulant insister sur ces derniers points, cette action de FMC s'est réservé moins de temps autour de la discussion des thérapeutiques pharmacologiques (1/6$^{e}$ des diapositives), dont on pourrait espérer malgré tout une diminution secondaire, grâce à l'acquisition de nouveaux outils thérapeutiques. Cette action de FMC semble ainsi avoir atteint en grande partie ses objectifs *(Annexe 2).*

Ces résultats positifs, **semblent confirmer l'efficacité de cette action de FMC**, dont le niveau d'évaluation ne correspond pas aux connaissances des médecins mais à leur comportement : on retrouve une **différence de comportement** déclaré entre les médecins formés et les médecins témoins *[13] [18].*

Les résultats de cette étude sont en accord avec les travaux de **Davis**, qui montrent que la FMC est efficace sur l'amélioration des performances des médecins, voire des résultats sur la santé *[17].* Il montre également une hiérarchisation des différentes méthodes de formation : la FMC dans ses formes traditionnelles didactiques est inefficace, alors que la FMC interactive peut entraîner des changements démontrés de pratiques professionnelles *[13] [18 - 20].*

L'**ANAES** en 2000, après revue de la littérature, ne peut réaliser qu'un état des lieux de l'évaluation des différentes pratiques de FMC à défaut de recommandations, devant la rareté des travaux réalisés, notamment français. Elle classe les différents types d'interventions de FMC et estime que la FMC interactive est d'efficacité démontrée (avec un effet intervention limitée). Elle ajoute que les principaux critères d'efficacité d'une action de FMC qui ressortent de ces travaux seraient : une formation répondant aux besoins des médecins et centrée sur leur pratique, l'utilisation de méthodes interactives, l'association de différentes méthodes pédagogiques (interventions mixtes), et l'utilisation d'actions répétées dans le temps *[11].*
Cette action de FMC **répond aux critères de besoins des médecins, d'interactivité, d'interventions mixtes,** mais a été ponctuelle, ne permettant probablement qu'une action de sensibilisation à la prise en charge des troubles du sommeil en médecine générale.

**SUR LES LIMITES DE L'ETUDE** :
Un **facteur de confusion** important apparaît dans cette étude: le **statut d'enseignant clinicien ambulatoire (ECA)** ou maître de stage, venant perturber le lien entre la participation à l'action de FMC évaluée et le comportement des médecins.
Le score global était supérieur chez les ECA par rapport aux médecins Non-ECA. Le statut d'enseignant clinicien ambulatoire semble être en soi un facteur de meilleures pratiques médicales *[21].*
Pour chaque catégorie de population prise, enseignant clinicien ambulatoire ou non, il persistait bien un bénéfice sur le changement de comportement des médecins suite à la formation.

**Le statut d'enseignant clinicien ambulatoire et la participation à la formation évaluée sont deux facteurs distincts, associés à un comportement déclaré des médecins plus conforme au référentiel. On retrouve un « effet cumul positif » de ces deux facteurs.**

Il faut par ailleurs souligner dans cette étude la présence de :

- **Biais de réalisation et d'évaluation,** étant donné l'absence de randomisation et de travail en aveugle. Les questionnaires téléphoniques ont pu être influencés involontairement par la connaissance de la catégorie d'appartenance des médecins.
- **Biais de déclaration** : Il s'agit d'une enquête d'opinion avec des réponses d'intention.
- **Biais d'exhaustivité** : seulement 66,4% des médecins formés et 26,1% des médecins témoins contactés ont répondu au questionnaire, possiblement les plus motivés.
- **Biais de sélection** : Il a été décidé d'exclure les médecins ayant participé, dans les deux années précédentes, à une autre action de FMC sur le thème du sommeil. Il n'est malgré tout pas possible de considérer que ces deux populations de médecins possèdent le même niveau de formation. Les médecins formés déclarent d'ailleurs utiliser plus de moyens de formation différents par rapport aux médecins témoins.

S'agissant d'une étude observationnelle, sans randomisation et sans aveugle, le **lien de causalité** entre FMC et comportement des médecins ne peut être affirmé, mais seulement **supposé**. On conclut alors à une **différence de comportement** et non à un changement de comportement des médecins.

Afin d'améliorer la puissance de cette étude et renforcer ce lien de causalité, il serait intéressant de compléter ce travail par d'autres études :

- **Etude « Avant / Après »,** évaluant le bénéfice direct de la formation (changement de comportement) et non le bénéfice estimé en comparaison à un groupe témoin (différence de comportement).
- Etude évaluant l'**état de santé des patients** : cette étude évalue la différence de comportement des médecins, mais il est difficile d'extrapoler cet impact sur la santé des patients.
- **Série d'évaluations chronologiques**, permettant d'évaluer le bénéfice d'une telle formation sur le long terme. Cette étude a évalué le comportement des médecins à 1 an. La plupart des travaux montre une diminution rapide de l'impact des interventions à l'arrêt de celle-ci *[11] [13].*

# CONCLUSION

En conclusion, suite au programme d'action sur le sommeil lancé par le Ministère de la Sante en 2006, les troubles du sommeil deviennent une priorité de santé publique en France. Le contexte est alors favorable au développement d'actions de Formation Médicale Continue dans ce domaine.

Cette action, réalisée sous forme de soirées interactives, est associée à un comportement des médecins généralistes plus en adéquation avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé, concernant la prise en charge du patient insomniaque. Le statut d'enseignant clinicien ambulatoire est également un facteur de meilleure pratique médicale, dont l'effet bénéfique se cumule avec la participation à cette action de FMC.

Cette étude montre que la participation à cette action de formation médicale continue est associée à un comportement déclaré des médecins plus conforme au référentiel. Ces résultats mériteraient d'être enrichis par une étude « avant / après » afin d'établir un lien de causalité entre formation et changement de comportement. Il reste également à déterminer si ces intentions se concrétisent dans la pratique quotidienne et sur l'état de santé des patients.

Thèse soutenue par : Nadège VOLCLER Septembre 2010

# ETUDE D'IMPACT D'UNE ACTION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSOMNIAQUE EN MEDECINE GENERALE

*MOTS-CLEFS : insomnie ; enseignement médical postuniversitaire ; pratiques professionnelles ; médecine générale.*

*KEYWORDS : insomnia ; Continuing Medical Education ; professional practice ; general practitioners.*

Les troubles du sommeil constituent un véritable problème de santé publique. Le nombre de généralistes diminue. L'optimisation des connaissances et des pratiques en médecine générale est essentielle. Cette étude évalue l'efficacité de soirées interactives de formation médicale continue, organisées par le Collège National des Généralistes Enseignants, « Comment améliorer la prise en charge du patient qui dort mal ? », en France, en 2007-2008.

Dans cette étude rétrospective déclarative observationnelle, les pratiques de 152 médecins formés et 152 médecins témoins ont été comparées, à l'aide d'un questionnaire comprenant 10 items issus des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les résultats sont synthétisés sous la forme d'un score sur 100.

De manière statistiquement significative, les médecins formés sont plus en adéquation avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé (59,2 +/- 15,3 versus 52,1 +/- 14,7). Cette significativité persiste après ajustement d'une variable de confusion identifiée (statut d'enseignant clinicien ambulatoire). L'utilisation, en cas d'insomnie chronique, d'un agenda du sommeil, de méthodes non médicamenteuses et de moyens psychothérapeutiques, était déclarée comme plus fréquente chez les médecins formés.

Cette étude montre que la participation à cette action de formation médicale continue est associée à un comportement déclaré des médecins plus conforme au référentiel. Ces résultats mériteraient d'être enrichis par une étude « avant / après » afin d'établir un lien de causalité entre formation et changement de comportement. Il reste également à déterminer si ces intentions se concrétisent dans la pratique quotidienne et sur l'état de santé des patients.

Pr. Bernard Sèle
Doyen de la Faculté de Médecine
Vice Président Santé
Université Joseph Fourier

Pr Patrick LEVY

# *REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :*


*1. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. 2006 Dec.*

*2. M.Ohayon. Epidemiology of insomnia : what we know and what we still need to learn. Sleep Med. 2002;6 (2) : 97-111.*

*3. D.Leger, J.P.Dreyfus,C.Guilleminault, C.Delahaye, M.Paillard. Prevalence of insomnia in a survey 12778 adults in France. J Sleep Res. 2000 Mar;9 (1) : 35-42.*

*4. Les Français et leur sommeil. Dossier de presse, INPES. 2008 Mar.*

*5. M.J.Sateia, P.D.Nowell. Insomnia. Lancet. 2004 Nov;364 : 1959 – 1973.*

*6. M.Ohayon, P.Lemoine. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. L'encéphale. 2004;XXX : 222-7*

*7. M.Billard, Y.Dauvilliers. Les troubles du sommeil. Masson. 2005.*

*8. Troubles du sommeil. Monographie de la Revue du Praticien. 2007 Sep; 57 (14) : 1518-1582.*

9. *Xavier Bertrand. Programme d'action sur le sommeil, Discours et dossier de presse. Ministère de la santé et des solidarités. 2007 Jan.*

*10. Site de l'UNAFORMEC : www.unaformec.org*

*11. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. 2000 Jan.*

*12. Site du CNGE : www.cnge.fr*

*13. P.Gallois. La Formation Médicale Continue : Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Edition Flammarion. 1997.*

*14. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistant insomnia. Am J Psychiatry. 2002 Jan;159 (1) : 5-11.*

*15. F.Delormas, M.Dépinoy, S.Broussouloux. Dossier : Eduquer au sommeil. La Santé de l'Homme, 2007 Mar;388 : 13-56.*

*16. Plaintes de mauvais sommeil, Stratégies. La Revue Prescrire. 2008 Feb;28 (292) : 111-118.*

*17. David A. Davis, M.A.Thomson, A.D.Oxman, R.B.Haynes. Evidence for the effectiveness of CME : a review of 50 randomized controlled trials. JAMA. 1992 Sep;268 (9) : 1111-1117.*

*18. David A. Davis, M.A.Thomson, A.D.Oxman, R.B.Haynes. Changing Physician Performance : a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995 Sep;274 (9) : 700-705.*

*19. D.Davis, M.A.Thomson O'Brien, N.Freemantle, F.M.Wolf, P.Mazmanian, A Taylor-Valsey. Impact of Formal Continuing Medical Education : Do conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes ? JAMA. 1999; 282 : 867-874.*

*20. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing Education Meetings and Workshops : effects on professional practice and health care outcomes (Review). Tthe Cochrane collaboration. 2001;issue 1.*

*21. E.Dubois, P.Clémént. Maître de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale ? Thèse de médecine générale. 2009 Jan.*

# ANNEXES

## ANNEXE I : CHARTE DU CNGE

**LA CHARTE ETHIQUE DU CNGE**

Le collège des généralistes enseignants (CNGE) est une société scientifique, émanation des collèges régionaux de généralistes enseignants. Il a la vocation à représenter tous les enseignants de médecine générale quelle que soit leur fonction, impliqués d' une part en tant que professionnels de la prise en charge de la santé des sujets qui s'adressent à eux (médecins généralistes), d'autre part en tant que professionnels de l'enseignement des étudiants en médecine (universitaires).
A ces titres, le CNGE est en relation permanente avec les collèges régionaux de généralistes enseignants, avec ses adhérents, avec les départements universitaires de médecine générale et avec les universités.
A ces titres, le CNGE noue des relations avec de nombreux organismes et institutions publics et privés ayant la santé et l'enseignement dans leur champ d'activité, des sociétés scientifiques, d'autres associations, des entreprises et notamment celles de l'industrie pharmaceutique.
Le CNGE souhaite se doter d'une charte visant à promouvoir le respect de règles éthiques, dans le cadre déontologique, réglementaire et législatif existant. Il souhaite que l'ensemble des rapports qu'il peut entretenir individuellement et collectivement avec les enseignants de médecine générale, avec l'université, avec l'ensemble de ses partenaires et interlocuteurs , soient soumis au respect de ces règles dans un principe de transparence et de rigueur. Les règles éthiques du CNGE se fondent sur les valeurs universelles de respect et de dignité de la personne humaine et des Droits de l'Homme. Elles affirment la nécessité de transparence concernant les conflits d'intérêts des personnes et des structures.

1/ L'ensemble des actions du CNGE a pour finalité l'amélioration du système de santé et de la prise en charge des sujets, aussi bien sur le plan collectif qu'individuel.

2/ Au service de cette finalité, le CNGE préconise des axes prioritaires de développement pour le système de santé : la santé publique, la promotion de la santé et l'éducation du patient.

3/ Au service de la même finalité, le CNGE préconise un système de distribution de soins orienté vers les soins primaires, privilégiant autant la prédiction et la prévention des maladies que la distribution de soins, en se référant en permanence au concept d' « Evidence Based Medecine » (EBM).

4/ Le CNGE s'engage à promouvoir ces préconisations dans les trois valences universitaires de la discipline médecine générale, le soin, l'enseignement, la recherche, avec une même démarche qualité.

5/ Le CNGE a pour objectif prioritaire de former les étudiants en médecine, et notamment les futurs généralistes, afin qu'ils deviennent des praticiens réflexifs, responsables, attentifs à la santé publique, à la santé des personnes qui se confient à eux et à la qualité des soins qu'ils délivrent.

6/ Le CNGE promeut l'égal accès aux moyens d'apprentissage pour tous les étudiants en médecine, et veille à ce que l'ensemble des critères de sélection, de validation, de certification, soit fondé sur des objectifs et des procédures impartiales définies à l'avance dans le respect de l'équité et de la transparence. La confidentialité des informations personnelles concernant les étudiants est garantie par les enseignants qui en seraient dépositaires.

7/ Le CNGE a également pour objectif de former les enseignants de la discipline afin qu'au-delà de leurs qualités professionnelles, ils agissent en pédagogues pertinents, respectueux des étudiants, et prennent en compte la dimension éthique de l'enseignement.

8/ Le CNGE s'engage à ce qu'il soit accordé une attention particulière au respect de la dignité et au recueil du consentement éclairé des sujets et des malades se prêtant à l'enseignement, et à la confidentialité des informations les concernant.

9/ Les actions du CNGE visent à faire bénéficier collectivement les collèges régionaux et individuellement les généralistes enseignants, des avancées négociées pour la structure et pour la discipline ;

10/ Le CNGE met en œuvre des formations des médecins généralistes et, notamment des enseignants.

Dans ce cadre, ces formations doivent respecter les articles de la charte éthique. Elles doivent être en adéquation avec les besoins et attentes des formés, du système de santé et des sujets.

Le contenu de ces formations doit être conçu et formalisé indépendamment des structures qui le financent, en harmonie avec le concept de l'EBM et ses trois dimensions. Lorsque des produits ou matériels pharmaceutiques sont mentionnés, les références aux industriels qui les commercialisent et aux marques déposées sont évitées ; les médicaments doivent être cités en dénomination commune.

11/ Le CNGE, pour atteindre ses objectifs, met en œuvre un logique pédagogique inspirée de la théorie constructiviste de l'apprentissage et de l'évaluation authentique. Il s'attache à développer la qualité de la pédagogie à partir de méthodes validées. Il encourage la réflexion pédagogique sur les contenus et les méthodes dans l'ensemble du cursus des études médicales.

12/ Le CNGE pour atteindre ses objectifs et en référence à sa finalité, développe des travaux de recherche disciplinaire, en soins primaires. Le développement de la recherche en soins primaires vise à mettre à disposition de la communauté scientifique de nouvelles données pertinentes et valides concourant à la qualité des soins et de l'enseignement.

Les travaux de recherche sont conçus en privilégiant le respect du à la personne humaine, et notamment la protection des sujets se prêtant à ces travaux dans le respect des lois de bioéthique et des avis des CCPPRB, ainsi que la confidentialité des informations les concernant.

13/ Les formateurs du CNGE intervenant dans les formations organisées par la structure doivent produire une déclaration de conflits d'intérêts.

14/ Toute collaboration formalisée ou contractualisée entre le CNGE et une autre structure fera référence à cette charte acceptée par les deux parties.

15/ Tout membre du CNGE ne peut parler ou s'engager au nom de la structure qu'en ayant reçu mandat. Tout membre ayant une responsabilité ou mission dans la structure est tenu au respect de cette charte éthique.

16/ Toute action du CNGE devra respecter les principes et l'ensemble des articles énoncés dans cette charte.

**LA CHARTE PARTENAIRE** :

Le partenariat avec le collège national des généralistes enseignants (CNGE) doit respecter l'ensemble des principes énoncés dans la charte éthique du CNGE ainsi que chacun de ces articles.

Ce partenariat pose par ailleurs les objectifs suivants auxquels déclare adhérer le partenaire du CNGE :

1/ Reconnaître la représentativité du CNGE auprès de tous les enseignants médecins généralistes impliqués d'une part en tant que professionnels de la prise en charge de la santé des sujets qui s'adressent à eux, d'autre part en tant que professionnels de l'enseignement des étudiants en médecine.

2/ Reconnaître la médecine générale comme une discipline scientifique à statut universitaire, spécialité médicale en soins primaires.

3/ Associer les collèges régionaux autant que faire se peut au partenariat avec le CNGE.

4/ Construire des projets axés sur la formation des généralistes et la recherche en soins primaires.

5/ Rémunérer le travail individuel de chacun des intervenants, rémunérer le travail collectif et institutionnel des structures nationale et régionales, envisager le financement de travaux de recherche disciplinaires promus par la structure.

6/ Contractualiser précisément l'ensemble du partenariat, soumis au bureau du CNGE pour validation, et en assurer le suivi conformément à tous les objectifs.

# ANNEXE II : soirée FMC

Dossier documentaire contenant le diaporama de la soirée de formation :

CNGE Formation

F.M.C

**COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT QUI DORT MAL ?**

gsk GlaxoSmithKline

## SCENARIO PEDAGOGIQUE

- ***Accueil*** des participants / recueil des attentes
- ***Séquence I*** : comment améliorer notre niveau diagnostique face à un patient qui dort mal ? 60mn.
- ***Séquence II*** : comment améliorer notre niveau de prise en charge de ce patient ? 60mn.
- ***Conclusion*** 10mn

2

## REACTIVATION DES CONNAISSANCES

## Rappels rapides sur le sommeil

3

## C'EST QUOI LE SOMMEIL ?

- ***Phénomène actif*** : 8h/24h chez l'homme adulte.
  Entre l'âne (3h) et le cochon (10h)
- ***Déterminé génétiquement***.
  Petit dormeur < 6h / gros dormeur > 9h.
- ***Évolutif*** au cours de l'existence.
  de 15-16h à la naissance à 6-7h après 75 ans.
- ***Évolutif*** au cours de la nuit.

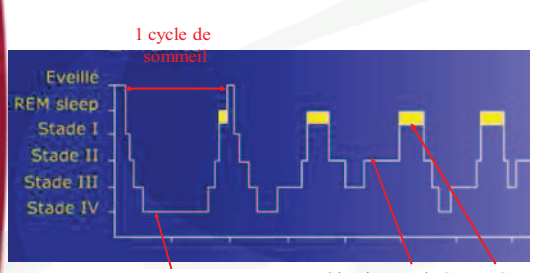
4

## C'EST QUOI LE SOMMEIL ?

- ***Endormissement*** en moins de 30mn.
- ***Sommeil lent*** - léger (SLL) = stade I et II
  - profond (SLP) = stade III et IV
- ***Sommeil paradoxal*** (SP) ou ***REM*** (Rapid Eye Mouvement)
- ***Cycle sommeil*** = succession SLL + SLP + SP.
  90 minutes, variable selon les individus

5

## C'EST QUOI LE SOMMEIL ?




Prédominance de SLP en début de nuit

Prédominance de SLL et SP en fin de nuit

6

## A QUOI SERT LE SOMMEIL ?

- ***Repos physique*** (sommeil lent profond).
- ***Repos psychique*** (sommeil paradoxal).
- ***Sécrétions hormonales*** (hormone croissance).
- ***Renforcement des processus de mémorisation et d'apprentissages***.
- ***Sommeil et immunité.***

7

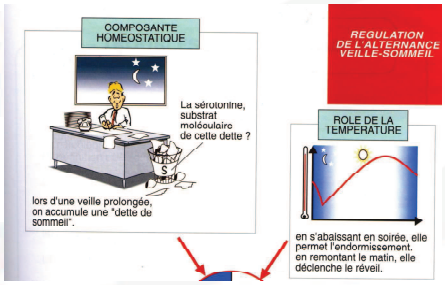
## REGULATION DU SOMMEIL ?

DEUX PROCESSUS PRINCIPAUX :

- ***Processus homéostasique*** (dette de sommeil) ou processus S.
- ***Processus circadien*** (alternance jour / nuit) ou processus C.

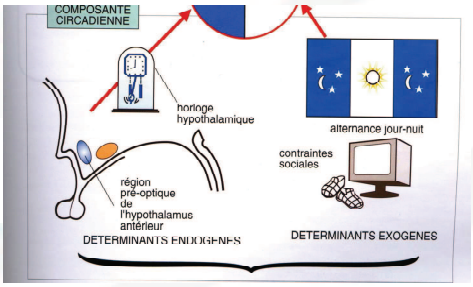
8

## REGULATION DU SOMMEIL ?




9

## REGULATION DU SOMMEIL ?




10

## MODES DE REGULATION

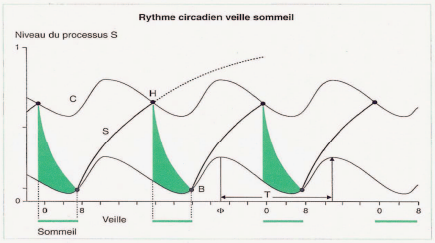



Figure 5. Schéma du modèle d'autorégulation du sommeil de Daan *et al.* (1984).

11

## SEQUENCE I :

**COMMENT AMELIORER NOTRE NIVEAU DIAGNOSTIQUE ?**

12

## Quelles sont les difficultés diagnostiques que vous rencontrez en pratique?

13

## MISE EN SITUATION

14

## AGENDA DU SOMMEIL ?

- ***Distribution*** d'un agenda vierge.
  - Principes,
  - Description,
  - Explications des items.
- ***Comment l'utiliser*** ?

15

## AGENDA DU SOMMEIL ?

***Conseils*** :

- à remplir le matin
- noter toute prise de médicament, alcool, sport…

16

## COMMENT LE REMPLIR ?

- ***Lecture*** d'un cas clinique.
- ***Remplissage*** par les participants d'un agenda du sommeil.
- ***Échanges***.

17

## AGENDA DE Mme DURAND

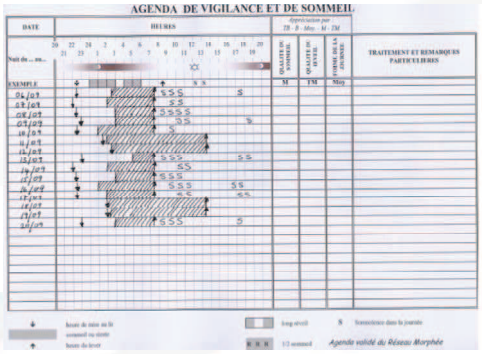
18

# QUE RECHERCHER SUR L'AGENDA ?

- Les horaires de sommeil,
- Leur régularité,
- Efficacité du sommeil,
- Le type de trouble du sommeil : endormissement, milieu de nuit, fin de nuit, mauvaise qualité du sommeil, de l'éveil…
- Retentissement sur la journée : fatigue, sieste, somnolence…
- Prise de médicaments, tabac, alcool, drogue…

19

**AGENDA I : adolescent de 16 ans, asthénie**



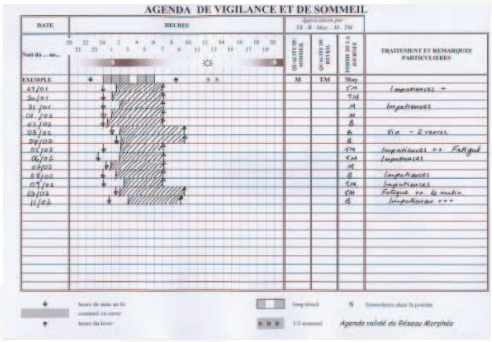

20

# AGENDA I

- ***Recueil sémiologique*** :
  - **coucher** 22h30 en semaine / 02h le WE,
  - **lever** 07h30 en semaine / 13h00 le WE,
  - **temps du sommeil** 5 h en semaine et 11 h le WE,
  - **efficacité du sommeil** 55% = semaine / 100% WE,
  - **Somnolence diurne** la semaine, pas le WE.

21

**AGENDA II : femme de 40 ans, bonne santé, insomnie depuis 8 mois.**



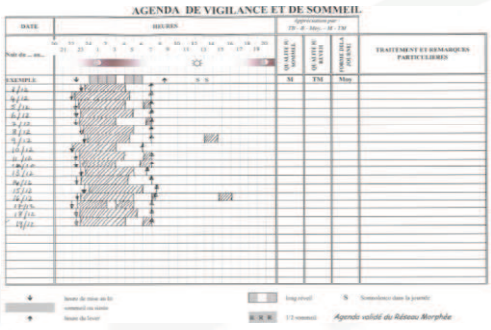

22

# AGENDA II

- ***Recueil sémiologique :***
  - **Coucher** régulier 00h – 01h,
  - **Lever** 07h00 en semaine et 9h30 le WE,
  - **Temps de sommeil** régulier : 6h par nuit,
  - **Efficacité** : régulière à 80%,
  - **Somnolence diurne :** non mais asthénie.

23

**AGENDA III : femme de 46 ans, bonne santé, troubles depuis 4 mois**




24

## AGENDA III

- ***Recueil sémiologique :***
  - **Coucher** régulier 22h30-23h,
  - **Lever** régulier à 07h00 en semaine et le WE,
  - **Temps de sommeil** régulier : 5h30 par nuit,
  - **Efficacité** : régulière et abaissée à 67%,
  - **Somnolence diurne** : oui avec parfois une sieste.

25

## ANALYSE REFLEXIVE

26

## INTERETS DE L'AGENDA ?

- ***Renseigne sur l'hygiène du sommeil***,
  outil **diagnostique**
- ***Implique le patient***,
  outil **pédagogique** (auto-évaluation/auto-formation)
- ***Dédramatise les troubles du sommeil***,
  outil **thérapeutique** (perceptions/réalité)

27

## QUEL CADRE NOSOLOGIQUE ?

***Deux questions à se poser :***

- Trouble du sommeil ***aigu ou chronique*** (> 3 semaines) ?
- Trouble du sommeil chronique ***organique ou non organique*** ?

28

## QUEL CADRE NOSOLOGIQUE ?

***CAUSES ORGANIQUES :***

- ***Symptômes*** : douleurs, dyspnée, prurit
- ***Syndromes*** - d'apnée du sommeil
  - des jambes sans repos
- ***Maladies*** - reflux gastro-oesophagien
  - hyperthyroïdie
  - démences

Moffit PF et all. Sleep difficulties, pain and other correlates; J. Intern Med 1991; 230:245-49

29

## QUEL CADRE NOSOLOGIQUE ?

***CAUSES NON ORGANIQUES :***

- ***Environnementales :***
  - Activités professionnelles, de loisirs,
  - Hygiène de vie.
- ***Psychologiques :***
  - Troubles anxieux,
  - Dépression,
- ***Psychophysiologiques***
- ***Médicamenteuses***

30

## CADRE NOSOLOGIQUE

### *Appliqué aux agendas :*

- ***Agenda I :*** **retard de phase**
  - trouble du rythme circadien, très fréquent chez l'adolescent.
- ***Agenda II :*** **insomnie d'endormissement**
  - syndrome des jambes sans repos ? (impatiences)
- ***Agenda III :*** **insomnie de réveil**
  - dépression.

31

## CONCLUSION

- ***Trois grands cadres nosologiques :***
  - troubles du sommeil liés à des **problématiques psychologiques** (1/3),
  - troubles du sommeil **psychophysiologiques** ou **ressentis comme** pathologiques par le patient (1/3)
  - troubles du sommeil liés à des **problématiques bio-médicales** (1/3),
- ***Le diagnostic conditionne la prise en charge.***

32

## DES QUESTIONS??

33

## SEQUENCE II :

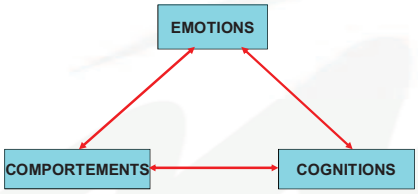
### COMMENT AMELIORER NOTRE PRISE EN CHARGE ?

34

## REACTIVATION DES CONNAISSANCES

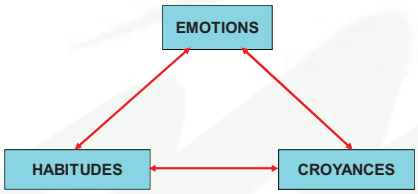
35

## LE TRIANGLE DE BECK




36

## LE TRIANGLE DE L'INSOMNIE




37

## LES EMOTIONS

- Joie,
- Tristesse,
- Colère,
- Angoisse,
- Autres

38

## LES CROYANCES

- ***Fausses attentes et croyances erronées :***
  - Standard de sommeil
  - Dramatisation d'une mauvaise nuit
- ***Les peurs irraisonnées :***
  - Peur de perdre le contrôle de soi
  - Peur de ne plus exister,
  - Peur de ne pas se réveiller…

39

## COLONNES DE BECK

| SITUATIONS | EMOTIONS | PENSEES AUTOMATIQUES | PENSEES ALTERNATIVES |
|---|---|---|---|
| « Je me réveille la nuit » | anxieux | Il faut que je me rendorme | Je vais attendre le prochain train du sommeil |
| « Ce matin à mon réveil… » | découragé | Comment vais-je tenir ? | Au pire je ferais une relax de 10' après manger. |
| « Hier soir au moment de me coucher… » | anxieux | récupérer et bien dormir | D'abord penser à me détendre et à lâcher prise |

40

## LES COMPORTEMENTS

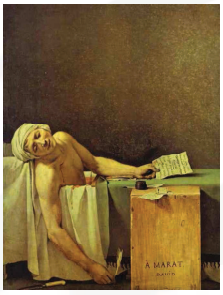
- Habitudes,
- Hygiène du sommeil,
- Les marqueurs de temps.

41

## MISE EN SITUATION

42

Un bain chaud
facilite
le sommeil !




43

Fumer avant de se coucher permet de se relaxer et de mieux s'endormir !

44

En cas d'insomnie il faut toujours se lever à la même heure le matin !

45

En cas d'insomnie il faut faire une sieste dans la journée !

46

## FACTEURS INFLUENCANT LE SOMMEIL

- ***Le bruit et la lumière*** sont des ennemis du sommeil,
- ***Le confort*** : une chambre propre et un matelas confortable permettent de mieux dormir.

47

## FACTEURS INFLUENCANT LE SOMMEIL

- ***Le repas du soir*** trop copieux ou insuffisant nuit au sommeil,
- ***L'exercice physique*** a un effet favorable sur le sommeil (sauf avant le coucher),
- ***Une température modérée*** (19 C) dans la chambre favorise l'endormissement,

48

## FACTEURS INFLUENCANT LE SOMMEIL

- ***La caféine*** est un stimulant et devrait être évitée 4 à 6 heures avant le sommeil,
- ***La nicotine*** est un stimulant et devrait être évitée à l'heure du coucher et/ou en cas de réveil nocturne,
- ***L'alcool*** a des effets délétères sur le sommeil.

49

## LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

50

## TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX ?

- ***Éducation en Santé,***
- ***Traitement comportemental,***
- ***Traitement cognitif,***
- ***Relaxation,***
- ***Lux thérapie.***

51

## LES THERAPIES COMPORTEMENTALES

- ***Objectifs :***
  - Donner des règles d'hygiène du sommeil,
  - Diminuer le niveau de vigilance.
- ***Modalités :***
  - Le contrôle des stimuli,
  - La restriction de sommeil.

Lainey E. le traitement comportemental et cognitif de l'insomnie, ann Med Psychol 2002;160:93-96.

52

## LES THERAPIES COMPORTEMENTALES

### Le contrôle des stimuli

- ***Physiopathologie*** : association négative entre trouble du sommeil et environnement / circonstances.
- ***Principe*** : rétablir un lien positif entre chambre à coucher et endormissement rapide.
- ***Modalités*** : changer ses habitudes = règles à respecter.

53

## Le contrôle des stimuli : règles à respecter

- Ne pas se ***coucher*** tant que l'on a pas sommeil,
- Lorsque l'on n'arrive pas à ***s'endormir*** au bout de 20 minutes, sortir de son lit, quitter la chambre et faire une activité apaisante type lecture,
- ***Recommencer*** autant de fois que nécessaire,

54

## Le contrôle des stimuli : règles à respecter

- N'utiliser son ***lit*** que pour le sommeil (et les activités sexuelles)
- Se ***lever*** tous les matins à la même heure,
- Ne pas faire de ***sieste*** dans la journée.

55

## LES THERAPIES COMPORTEMENTALES

**La restriction de sommeil :**

- ***Physiopathologie*** : pour compenser leur trouble du sommeil, les insomniaques allongent leur temps au lit. (efficacité < 85%)
- ***Principe*** : limiter strictement le temps au lit au temps de sommeil, sous réserve :
  - de ne pas descendre au dessous de 5h,
  - de décaler plutôt l'heure du coucher,
  - du contrôle par agenda du sommeil.

56

## LE TRAITEMENT COGNITIF

- ***Physiopathologie*** : les fausses croyances, les attentes irréalistes, les attributions erronées sur les causes ou conséquences du trouble du sommeil aggravent celui-ci.
- ***Principes*** : corriger ces pensées et ces croyances pour les remplacer par des savoirs adaptés.

57

## LA RELAXATION

- ***Physiopathologie*** : la tension (physique ou psychique) liée à l'anxiété inhibe les processus d'endormissement ou de maintien du sommeil.
- ***Principes*** : réduire l'anxiété et la tension liées au sommeil.
- ***Modalités*** : training autogène, relaxation musculaire progressive, imagerie mentale, biofeedback, hypnose, yoga, sophrologie.

58

## LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

59

## L'HYPNOTIQUE IDEAL

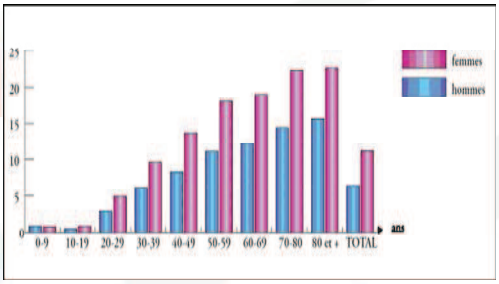
- ***Efficace*** sur l'insomnie,
- ***Respectant la vigilance*** du lendemain,
- ***Sans danger***,
- Sans risque de ***pharmacodépendance***,

***IL N'EXISTE PAS***

Brion A. Actualités dans le traitement médicamenteux de l'insomnie; Ann Med Psychol 2002;160:97-101

60

## CONSOMMATION




CREDES : chiffres 2002

61

## TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ?

- ***La phytothérapie,***
- ***Les antihistaminiques,***
- ***Les antidépresseurs sédatifs,***
- ***Les benzodiazépines.***

62

## LA PHYTOTHERAPIE

- ***En vente libre***

  La mélisse, l'oranger, le tilleul et la verveine odorante = pas d'effet clinique démontré

- ***En pharmacologie***

  **La valériane** : effet comparable à BZD à faible dose

  Extrait aqueux ou hydro alcoolique

- ***Prise infusion = moment de détente avant le coucher***

Plainte d'insomnie : une place pour la phytothérapie traditionnelle. Prescrire 2005;258:111.

63

## LES ANTIHISTAMINIQUES

- Induisent une baisse de la vigilance,
- ½ vie longue donc somnolence diurne,
- Effet anticholinergique +++,
- Efficacité inconstante.

64

## LES ANTIHISTAMINIQUES

- ***Antihistaminiques purs:***
  - Doxylamine (Donormyl®, Méréprine®) ;
  - Niaprazine (Nopron®) ;
  - Prométhazine (Phenergan®) ;
  - Alimémazine (Theralène®)
- ***Associations:***
  - NOCTRAN® : Benzodiazépine + antihistaminique + neuroleptique + phénothiazinique
  - MÉPRONIZINE®: Antihistaminique +phénothiazinique + anxiolytique (méprobamate)

65

## LES ANTIDEPRESSEURS SEDATIFS

- ***Effets sur le sommeil***
  - Augmentent le sommeil lent en première partie de nuit,
  - Retardent l'apparition du sommeil paradoxal,
  - Diminuent la quantité de sommeil paradoxal.
- ***Effets sur l'éveil***
  - Diminuent la vigilance,
  - Somnolence diurne en début de traitement.

66

## LES ANTIDEPRESSEURS SEDATIFS

- ***Les tricycliques:***
  - Amitriptyline (Elavil®, Laroxyl®)
  - Trimipramine (Surmontil®)
  - Doxépine (Quitaxon®)
- ***Les tétracycliques:***
  - Miansérine (Athymil®)
- ***Les IRS:***
  - Paroxétine (Deroxat®)
  - Fluvoxamine (Floxyfral®)
- ***Les IRSNA:***
  - Venlafaxine (Effexor®)
  - Mirtazapine (Norset®)

67

## LES ANTIDEPRESSEURS SEDATIFS

***Règles de prescription dans les troubles du sommeil:***

- Dose très faible, 1/4 à 1/10 des doses utilisées dans la dépression,
- Les patients n'augmentent pas les doses,
- Régulation des neuromédiateurs intervenant dans le sommeil.

68

## LES BENZODIAZEPINES ET APPARENTES

- ***Effets sur le sommeil:***
  - Diminution de la latence du sommeil,
  - Meilleure continuité du sommeil,
  - Forte diminution du sommeil lent profond,
  - Diminution du sommeil paradoxal,
  - Augmentation du sommeil lent léger.
- ***Effets sur l'éveil:***
  - Action sédative – baisse de la vigilance,
  - Troubles de la mémoire.

69

## LES BENZODIAZEPINES ET APPARENTES

***Règles de prescription dans les troubles du sommeil:***

- Adapter la demi-vie au trouble du sommeil,
- Contre indication en cas d'apnée du sommeil,
- Demi dose chez le sujet âgé,
- Durée brève et ponctuelle (dépendance / accoutumance).

70

## LES BENZODIAZEPINES ET APPARENTES

- Meilleure balance bénéfices / risques que les autres hypnotiques (à court terme),
- Pas de différence zolpidem / BZD,
- Balance bénéfices / risques défavorable pour les traitements prolongés :
  - troubles mnésiques,
  - hypotonie musculaire,
  - baisse de vigilance diurne.

Plainte d'insomnie chez les adultes : idées-forces. Prescrire 2006; 270

71

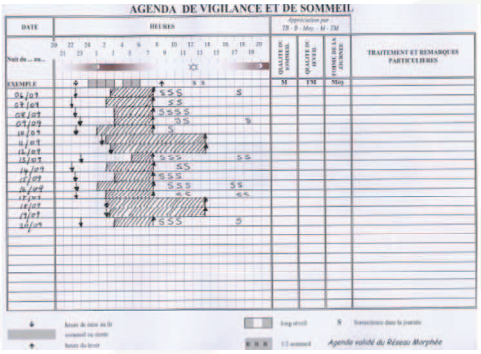
## ANALYSE REFLEXIVE

**Reprise des agendas**

**Stratégies?**

72

**AGENDA I : adolescent de 16 ans, asthénie**



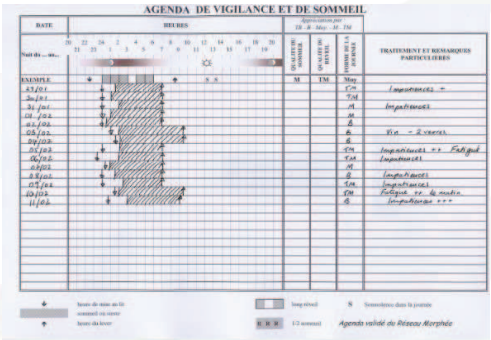

73

# AGENDA I

- ***Déterminants :***
  - Retard de phase,
  - Adolescent,
- ***Stratégies possibles :***
  - Éducation en santé,
  - Traitement cognitivo-comportemental.
- ***Hiérarchisation :***
  - selon les capacités du patient et du médecin (EBM)

74

**AGENDA II : femme de 40 ans, bonne santé, insomnie depuis 8 mois.**



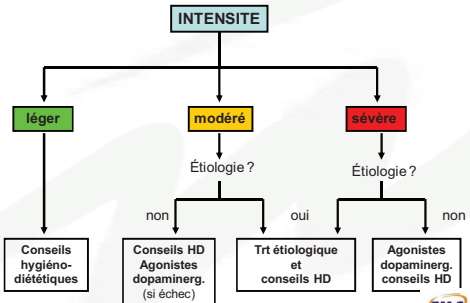

75

# AGENDA II

- ***Déterminants :***
  - Insomnie chronique : Syndrome des jambes sans repos,
  - Mise en évidence d'une étiologie (carence martiale, médicamenteuse, insuffisance rénale…)
  - Adulte jeune, en bonne santé.
- ***Stratégies possibles :***
  - Règles d'hygiène du sommeil,
  - Traitement d'une étiologie (carence martiale…)
  - Traitement spécifique (agonistes dopaminergiques).
- ***Hiérarchisation :***
  - selon les circonstances cliniques, les capacités du patient et du médecin (EBM)

76

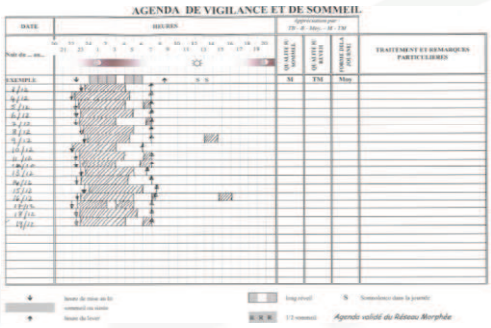
# Traitement du SJSR




Commission de la transparence de la H.A.S. Quelle place pour le ropinirole dans le SDJSR? décembre 2006

77

**AGENDA III : femme de 46 ans, bonne santé, troubles depuis 4 mois**




78

## AGENDA III

- ***Déterminants :***
  - insomnie chronique : dépression,
  - Pas d'autre problème de santé connu.
- ***Stratégies possibles :***
  - Education en santé (hygiène du sommeil)
  - Traitement de l'étiologie (psychothérapie et/ou antidépresseur)
- ***Hiérarchisation :***
  - Thérapie cognitive et/ou comportementale,
  - Antidépresseur IRS, IRSNA, Amytriptyline.

79

## STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

***Deux circonstances cliniques :***

- Trouble du sommeil **aigu**,
- Trouble du sommeil **chronique**.

80

## STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

***Insomnies aiguës :***

- **Traitements non médicamenteux :**
  - Prioritaire,
  - Invariant : éducation en santé,
  - Variables : thérapies (cognitive et/ou comportementale…)
- **Traitements médicamenteux**

81

## STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

***Insomnies aiguës :***

**Traitements médicamenteux**

- ***Insomnie de début de nuit :***
  - hypnotique ou anxiolytique au coucher
  - en discontinu,
  - par séquences.
- ***Insomnie de continuité de sommeil ou de fin de nuit :***
  - faible dose d'antidépresseur
  - ou hypnotique lors du réveil précoce
  - éviter les hypnotiques au coucher (surtout à demi-vie courte)

82

## STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

***Insomnies chroniques :***

- **Traitements non médicamenteux**
  - Éducation thérapeutique,
  - Thérapie comportementale.
- **Traitement médicamenteux**
  - Traitement étiologique (dépression, jambes sans repos, apnées du sommeil…)
  - Gestion du traitement médicamenteux existant..

83

## SEVRAGE DES HYPNOTIQUES

- ***Les conditions pour commencer un sevrage :***
  - absence de stress important,
  - pas d'anxiété manifeste,
  - pas de dépression en évolution.
- **Le sevrage**
  - Un seul hypnotique, de demi-vie intermédiaire
  - Sevrage d'un hypnotique à la fois
  - Diminution très progressive de la dose (1/4 de comprimé tous les 10 jours – plusieurs semaines)
  - Sur 6 mois voire un an
  - Avec une qualité de sommeil stable
  - Techniques de relaxation, psychothérapie si le sevrage est difficile
  - Association d'un antidépresseur à petite dose

84

## Prendre en charge un patient qui dort mal c'est :

- ***Explorer*** minutieusement cette demande pour
- ***Poser un diagnostic*** de situation le plus précis possible
- Qui conditionne le ***traitement non médicamenteux***
- Et parfois ***médicamenteux.***

85

## EN CONCLUSION

- Une consultation DEDIEE au patient insomniaque
- Usage de l'**AGENDA** du sommeil +++
- Comprendre, expliciter et accompagner
- Diagnostic et traitement étiologiques
- Prescription médicamenteuse exceptionnelle et justifiée.
- Place éventuelle du sevrage

86

## DISCUSSION

87

# ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

**QUESTIONNAIRE DES MEDECINS :**

*Date ../../….* *Numéro médecin formé témoin : F / T…*
*NOM : …… Prénom ……..*
*Sexe : ☐ M ☐ F Age : ……*
*Année de validation de la thèse : ……..*
*Vous travaillez*
☐ *En ville* ☐ *en semi-rural* ☐ *en rural*
☐ *Seul (e)* ☐ *en association*
*Êtes-vous Maître de stage ?* ☐ *Oui* ☐ *Non*

→ ***POUR LES MEDECINS FORMES : Confirmez-vous avoir assisté, en 2007 / 2008, à une formation de FMC organisée par le CNGE, sur une soirée, sur le thème « comment améliorer la prise en charge d'un patient qui dort mal « :*** ☐ *Oui* ☐ *Non*

→ ***POUR LES MEDECINS TEMOINS : Avez-vous participé en 2007 / 2008 à une formation sur le thème du sommeil ?*** ☐ *Oui* ☐ *Non* *(si Oui = critère d'exclusion)*

**Pensez-vous avoir une formation suffisante concernant la prise en charge des troubles du sommeil ?**
☐ Suffisante ☐ Insuffisante

**Par quel(s) moyen(s), (autre que la soirée mentionnée, pour les médecins formés), avez-vous été formé sur la prise en charge des troubles du sommeil ?**
☐ Cours en faculté de médecine pendant vos études ☐ Livres / revues
☐ Internet ☐ séminaires / congres ☐ contacts aves collègues
En particuliers, avez-vous participé à une autre formation de FMC sur la prise en charge des troubles du sommeil ? (= critère d'exclusion)

**Parmi vos patients, combien se plaignent spontanément de troubles du sommeil, par semaine ?**
☐ Plus de 15 ☐ entre 10 et 15 ☐ entre 5 et 10 ☐ Moins de 5

**1- En cas de troubles du sommeil, réalisez-vous un entretien approfondi ?**
☐ A chaque fois ☐ régulièrement ☐ parfois ☐ jamais

**2- Vous êtes vous déjà servi d'un agenda du sommeil ?**
☐ Oui ☐ Non

**Si oui, les résultats de cet agenda du sommeil modifient-ils la suite de la prise en charge du trouble du sommeil ?**
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

**3- En cas d'insomnie chronique, utilisez-vous des moyens non médicamenteux en première réponse au trouble du sommeil de votre patient ?**
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Occasionnellement ☐ Jamais

**Si oui, lesquels ?** ……

**4- En cas d'insomnie chronique, vous arrive-t-il d'utiliser des moyens psychothérapeutiques ?**

☐ Très souvent ☐ Régulièrement ☐ Rarement ☐ Pas du tout

**Si oui, laquelle ?** ……..

**Parmi les formes de psychothérapies suivantes, lesquelles avez-vous déjà utilisées ?**

☐ Contrôle du stimulus ☐ Restriction de sommeil ☐ Relaxation
☐ Restructuration cognitive / Lutte contre croyances ou attitudes erronées
☐ Autres ……..

**Envisagez-vous dans un avenir proche, une formation complémentaire à une de ces méthodes psychothérapeutiques ?**

☐ Oui ☐ Non

**Si non, pour quelle raison ?** ……

**Avez-vous déjà proposé à vos patients insomniaques l'utilisation de phytothérapie ?**

☐ Oui ☐ Non

**Si oui, laquelle ?** ……

**5- Vous arrive-t-il d'associer plusieurs hypnotiques ou plusieurs anxiolytiques, chez un patient insomniaque ?**

☐ Oui ☐ Non

**6- En cas de première prescription médicamenteuse allopathique, prescrivez-vous ce traitement pour ?**

☐ Moins d'1 semaine ☐ 1 semaine à 1 mois ☐ 1 mois ☐ Plus d'un mois

**7- En cas de prescription de psychotrope, réévaluez-vous la situation de votre patient , à chaque renouvellement d ordonnance ?**

☐ Oui ☐ Non

**8- A quelle fréquence proposez-vous un sevrage, chez un patient insomniaque sous psychotrope ?**

☐ A chaque renouvellement d ordonnance ☐ Une fois tous les trois mois
☐ Une fois par an ☐ Jamais

**9- Parmi les sevrages proposés, sont-ils réalisés avec succès, jusqu'au sevrage complet ?**

☐ Tout le temps ☐ Souvent ☐ Quelques fois ☐ Jamais

**10- Avez-vous lu les recommandations HAS 2006 sur « la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale » ?**

☐ Oui ☐ Non

*Remarques :*
……
……..

# ANNEXE IV : RESULTATS

Caractéristiques des populations

| | MEDECINS FORMES (152) | MEDECINS TEMOINS (152) |
|---|---|---|
| Sexe | 114 hommes / 38 femmes | 109 hommes / 43 femmes |
| Age moyen | 52 ans *(écart type 8)* | 51 ans *(écart type 9)* |
| Ancienneté d'exercice | 23 ans *(écart type 9)* | 23 ans *(écart type 10)* |
| Département d'exercice | | |
| Alpes Maritime | 17 *(11,2%)* | 19 *(12,5%)* |
| Ardennes | - | - |
| Bouches du Rhône | 16 *(10,5%)* | 24 *(15,8%)* |
| Corrèze | 5 *(3,3%)* | 5 *(3,3%)* |
| Haute Garonne | 9 *(5,9%)* | 9 *(5,9%)* |
| Ille et Vilaine | - | - |
| Indre et Loire | 15 *(9,9%)* | 11 *(7,2%)* |
| Isère | 19 *(12,5%)* | 19 *(12,5%)* |
| Loire Atlantique | 1 *(0,7%)* | 1 *(0,7%)* |
| Marne | 8 *(5,3%)* | 7 *(4,6%)* |
| Maine et Loire | 5 *(3,3%)* | 5 *(3,3%)* |
| Nord | 8 *(5,3%)* | 8 *(5,3%)* |
| Pas de Calais | 12 *(7,9%)* | 12 *(7,9%)* |
| Rhône | 15 *(9,9%)* | 13 *(8,6%)* |
| Vaucluse | 1 *(0,7%)* | 1 *(0,7%)* |
| Vendée | 4 *(2,6%)* | 4 *(2,6%)* |
| Yvelines | 17 *(11,2%)* | 14 *(9,2%)* |
| Lieu d'exercice | | |
| Ville | 101 *(66,4%)* | 115 *(75,7%)* |
| Semi-rural | 36 *(23,7%)* | 26 *(17,1%)* |
| Rural | 15 *(9,9%)* | 9 *(5,9%)* |
| Mode d'exercice | | |
| Association | 71 *(46,7%)* | 77 *(50,7%)* |
| Seul | 74 *(48,7%)* | 71 *(46,7%)* |
| Maître de stage | | |
| Oui | 38 *(25%)* | 19 *(12,5%)* |
| Non | 113 *(74,3%)* | 131 *(86,2%)* |
| Nombre de consultation du sommeil par semaine | | |
| >15 | 29 *(19,1%)* | 32 *(21,1%)* |
| 10 – 15 | 26 *(17,1%)* | 18 *(11,8%)* |
| 5 – 10 | 59 *(38,8%)* | 61 *(40,1%)* |
| < 5 | 33 *(21,7%)* | 34 *(22,4%)* |
| Formation initiale | | |
| Suffisante | 77 *(50,7%)* | 79 *(52%)* |
| Insuffisante | 71 *(46,7%)* | 67 *(44,1%)* |
| Mode Formation | | |
| Faculté de médecine | 30 *(19,7%)* | 48 *(31,6%)* |
| Littérature | 86 *(56,6%)* | 54 *(35,5%)* |

| | | |
|---|---|---|
| Internet | 14 *(9,2%)* | 7 *(4,6%)* |
| Séminaires – congres | 63 *(41,4%)* | 53 *(34,9%)* |
| Contacts avec les collègues | 25 *(16,4%)* | 12 *(7,9%)* |

Résultats obtenus

| | MEDECINS FORMES (152) | MEDECINS TEMOINS (152) |
|---|---|---|
| Réalisation d'un entretien approfondi | | |
| A chaque fois | 35 *(23%)* | 42 *(27,6%)* |
| Régulièrement | 45 *(29,6%)* | 41 *(27%)* |
| Parfois | 69 *(45,4%)* | 59 *(38,8%)* |
| Jamais | 2 *(1,3%)* | 5 *(3,3%)* |
| Utilisation de l'agenda du sommeil | | |
| Oui | 93 *(61,2%)* | 30 *(19 ,7%)* |
| Non | 59 *(38,8%)* | 120 *(78,9%)* |
| Bénéfices de l'agenda du sommeil | | |
| Toujours | 10 *(10,8%)* | 3 *(10%)* |
| Souvent | 54 *(58,1%)* | 11 *(36,7%)* |
| Rarement | 17 *(18,3%)* | 10 *(33,3%)* |
| Jamais | 6 *(6,5%)* | 2 *(6 ,7%)* |
| Utilisation de moyens non médicamenteux | | |
| Toujours | 18 *(11,8%)* | 13 *(8,6%)* |
| Régulièrement | 69 *(45,4%)* | 50 *(32,9%)* |
| Rarement | 48 *(31,6%)* | 59 *(38,8%)* |
| Pas du tout | 14 *(9,2%)* | 28 *(18,4%)* |
| Moyens non médicamenteux utilisés | | |
| Règles hygiéno-diététiques | 85 *(55,92%)* | 62 *(40,79%)* |
| Psychothérapie | 48 *(31,58%)* | 30 *(19,74%)* |
| Phytothérapie | 21 *(13,82%)* | 20 *(13,16%)* |
| Homéopathie | 14 *(9,21%)* | 28 *(18,42%)* |
| Acupuncture | 7 *(4,61%)* | 17 *(11,18%)* |
| Autres : mésothérapie, sophrologie, hypnose, ostéopathie, aromathérapie, gémothérapie, musicothérapie, stimulothérapie. | 2 *(1,3%)* | 8 *(5,3%)* |
| Utilisation de moyens psychothérapeutiques | | |
| Très souvent | 5 *(3,3%)* | 1 *(0,7%)* |
| Régulièrement | 40 *(26,3%)* | 21 *(13,8%)* |
| Rarement | 82 *(53,9%)* | 88 *(57,8%)* |

| | | |
|---|---|---|
| Pas du tout | 25 *(16,4%)* | 40 *(26,3%)* |
| Méthodes de psychothérapie | | |
| Psychothérapie de soutien | 33 *(21,71%)* | 13 *(8,55%)* |
| Relaxation / Sophrologie / | 24 *(15,79%)* | 26 *(17,11%)* |
| Yoga | 5 (3,3%) | - |
| Contrôle du stimulus | 1 *(0,7%)* | - |
| Restriction de sommeil | 4 *(2,6%)* | 4 (2,6%) |
| Thérapie cognitivo-comportementale | - | 3 *(2%)* |
| Psychanalyse | 19 (*12,5%)* | 43 *(28,29%)* |
| Recours à un spécialiste (psychiatre, psychologue…) | | |
| Besoin formation complémentaire sur méthodes psychothérapeutiques | 55 (36,2%) | 37 *(24,3%)* |
| Oui | 95 *(62,5%)* | 112 (73,7%) |
| Non | 2 *(1,3%)* | 3 *(2%)* |
| Utilisation de phytothérapie | | |
| Oui | 146 *(96%)* | 144 *(94,7%)* |
| Non | 6 *(4%)* | 6 *(4%)* |
| Association de psychotropes | | |
| Oui | 25 *(16,4%)* | 21 *(13,8%)* |
| Non | 127 *(83,6%)* | 128 *(84,2%)* |
| Durée initiale de traitement | | |
| < 1 semaine | 55 *(36,2%)* | 47 *(30,9%)* |
| 1 semaine-1mois | 77 *(50,7%)* | 71 (46,7%) |
| 1 mois | 18 *(11,8%)* | 24 *(15,8%)* |
| > 1 mois | 1 *(0,7%)* | 3 *(2%)* |
| Réévaluation du traitement | | |
| Systématiquement | 116 *(76,3%)* | 114 *(75%)* |
| Non systématiquement | *35 (23%)* | 33 *(21,7%)* |
| Proposition de sevrage du traitement | | |
| A chaque renouvellement | 51 *(33,6%)* | 55 *(36,2%)* |
| Tous les 3 mois | 47 *(30,9%)* | 25 *(16,4%)* |
| Une fois par an | 26 *(17,1%)* | 22 *(14,5%)* |
| Jamais | 8 *(5,3%)* | 20 *(13,2%)* |
| Réussite du sevrage | | |
| Tous | 2 *(1,3%)* | 4 (2,6%) |
| Souvent | 21 *(13,8%)* | 23 *(15,1%)* |
| Quelque fois | 118 *(77,6%)* | 93 *(61,2%)* |
| Jamais | 10 *(6,6%)* | 28 *(18,4%)* |
| Connaissance des recommandations de l'HAS | | |
| Oui | 65 *(42,8%)* | 56 *(36,8%)* |
| Non | 87 *(57,2%)* | 94 (61,8%) |

# SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
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.

# ETUDE D'IMPACT D'UNE ACTION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSOMNIAQUE EN MEDECINE GENERALE


**RESUME** :

*MOTS-CLEFS : insomnie ; enseignement médical postuniversitaire ; pratiques professionnelles ; médecine générale.*

Les troubles du sommeil constituent un véritable problème de santé publique. Le nombre de médecins généralistes diminue. L'optimisation des connaissances et des pratiques en médecine générale est essentielle. Cette étude évalue l'efficacité de soirées interactives de formation médicale continue, organisées par le Collège National des Généralistes Enseignants, « Comment améliorer la prise en charge du patient qui dort mal ? », en France, en 2007-2008.

Dans cette étude rétrospective déclarative observationnelle, les pratiques de 152 médecins formés et 152 médecins témoins ont été comparées, à l'aide d'un questionnaire comprenant 10 items issus des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les résultats sont synthétisés sous la forme d'un score sur 100.

De manière statistiquement significative, les médecins formés sont plus en adéquation avec le référentiel de la Haute Autorité de Santé (59,2 +/- 15,3 versus 52,1 +/- 14,7). Cette significativité persiste après ajustement d'une variable de confusion identifiée (statut d'enseignant clinicien ambulatoire). L'utilisation, en cas d'insomnie chronique, d'un agenda du sommeil, de méthodes non médicamenteuses et de moyens psychothérapeutiques, était déclarée comme plus fréquente chez les médecins formés.

Cette étude montre que la participation à cette action de formation médicale continue est associée à un comportement déclaré des médecins plus conforme au référentiel. Ces résultats mériteraient d'être enrichis par une étude « avant / après » afin d'établir un lien de causalité entre formation et changement de comportement. Il reste également à déterminer si ces intentions se concrétisent dans la pratique quotidienne et sur l'état de santé des patients.



**SUMMARY** :

*KEYWORDS : insomnia ; Continuing Medical Education ; professional practice ; general practitioners.*

*Sleeping disorders are a major problem of public health. The number of general practitioners decreases. The improvement of knowledge and practices in family practice is important. This study estimates the efficiency of an interactive training program, organized by the "Collège National des Généralistes Enseignants" : "How to improve the management of the patient who sleeps badly? ," in France, in 2007-2008.*

*In this declarative observational retrospective study, the practice of 152 trained doctors and 152 control doctors were compared, on 10 items from the recommendations of the Haute Autorité de Santé (HAS). The results are shorted in a score on 100. In a statistically significant way, trained doctors are more in adequacy with the repository of the HAS (score : 59,2 +/- 15,3 versus 52,1 +/- 14,7). This significativity persists after the adjustment of a variable of confusion identified (status of student mentor). In case of chronic insomnia, trained doctors assessed they used a sleep diary, natural methods and psychotherapic means, more frequently.*

*This study shows that training with this program is associated with a declared behavior more complying with the repository. These results would need an advanced "before / after" study in order to assert a causal link between training and behavior changes. It remains to prove if these statements are a reality in daily practice and if they influence the patient's health.*