



HAL
open science

Prise en charge de l'insomnie chronique du sujet âgé par les médecins généralistes : place des thérapeutiques non médicamenteuses

Mamou Sissoko

► To cite this version:

Mamou Sissoko. Prise en charge de l'insomnie chronique du sujet âgé par les médecins généralistes : place des thérapeutiques non médicamenteuses. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03109344

HAL Id: dumas-03109344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03109344>

Submitted on 13 Jan 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Prise en charge de l'insomnie chronique du sujet âgé par les médecins
généralistes : place des thérapeutiques non médicamenteuses**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 16 Décembre 2020

Par Madame Mamou SISSOKO

Née le 27 mars 1987 à Montreuil (93)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur BARTOLOMEI Fabrice

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Madame le Docteur LAMBERT Isabelle

Assesseur

Madame le Docteur BOURICHE Fatima

Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Prise en charge de l'insomnie chronique du sujet âgé par les médecins
généralistes : place des thérapeutiques non médicamenteuses**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 16 Décembre 2020

Par Madame Mamou SISSOKO

Née le 27 mars 1987 à Montreuil (93)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur BARTOLOMEI Fabrice

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Madame le Docteur LAMBERT Isabelle

Assesseur

Madame le Docteur BOURICHE Fatima

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Villani qui me fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Fabrice Bartolomei, merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury et de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent Boyer, merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury et de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance la plus sincère.

A Madame le Docteur Isabelle Lambert, merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury, merci d'avoir pris le temps de me répondre lorsque je vous avais sollicité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Fatima Bouriche, merci de m'avoir consacrée de ton temps et de m'avoir accompagnée dans la réalisation de cette thèse. Malgré nos modes de fonctionnement complètement à l'opposé tu t'es adaptée à mon rythme et tu m'as permise d'aller au bout de mon travail. Merci **Moh** pour tes encouragements répétés. Je vous souhaite plein de bonheur avec le petit **Jessim** ± les autres.

Au **Docteur Marie-Claude Icard** pour avoir accepté de me laisser intervenir dans ses services au CH d'Allauch, au **Docteur Laurent Richaud** merci pour ton aide et ta disponibilité et au **Docteur Roxane Monon** pour ta gentillesse et ton aide, un grand merci.

Au **Docteur Boniface Ciampa**, chef de service de Salon de Provence, qui m'a permis d'intervenir dans ses services.

Aux **Docteurs Aïda Blanchard, Marjorie Kayser, Magalie Monteil-Brek, Mariette Sanera-Raelison, Sandra Valero**. Merci à vous toutes pour m'avoir consacré de votre temps, un vrai plaisir pour celles nouvellement rencontrées.

A **Kathleen** et **Pierre** les deux internes des services, merci pour votre aide.

Au **Docteur Romain Lutaud** du DUMG et au **Docteur Héloïse Vanhuffel** pour m'avoir consacré du temps et répondu à mes questions.

Je tiens évidemment à remercier tous les patients qui ont accepté de participer à cette thèse.

Aux **Docteurs Jean-Marie Piala, Anne Debernardi, Laure Rocher** et **Laïd Chikhouné** du service de médecine du CH d'Arles, des médecins à l'écoute et attentifs aux besoins des jeunes internes que nous étions.

Au **Docteur Valérie Cohen** chef de service de gastroentérologie du CH de Martigues, consciencieuse, parfois rude mais toujours juste. Merci pour votre enseignement. Aux **Docteurs Guy Boulet** et **Matthieu Cappiello** merci pour vos enseignements. Au **Docteur Gilles Ekoué** des urgences, un exemple à suivre.

Au **Dr Hans Van Lidth**, mon maître de stage qui m'a transmis ses connaissances de la médecine générale.

Aux médecins du services des Urgences de l'Hôpital Nord merci à chacun d'entre vous pour m'avoir accompagnée et permise de bien vivre cette expérience aux urgences.

Et MERCI au **Docteur Catherine Fabre** ma « chef », au **Docteur Sandra Valero**, pour ta bienveillance, tes enseignements, au **Docteur Caroline Sault** à raison d'une journée par semaine, tu auras su me transmettre tes connaissances, au **Docteur Marjorie Kayser**, je n'ai pas eu la chance de faire ce choix dans ton unité mais je t'aurais quand même vu tous les jours. A **Martine**, la secrétaire dont les oreilles ont supporté ma voix dans un dictaphone, à **Christine** et **Christiane** de l'EMG, à **Stéphanie**, une assistante sociale dévouée et à **Fanny**, la plus folle des ergothérapeutes. Au **Docteur Boniface Ciampa**, chef de ce service de gériatrie du CH de Salon de Provence, je ne vais pas blasphémer ici mais je reconnais que même si vous êtes très, très loin des affirmations de votre tee-shirt, vous avez certaines qualités. Merci pour votre accompagnement pendant et après mon stage dans le service. J'ai tellement ri, tellement appris... Je suis heureuse d'avoir terminé mon cursus par ce choix, le trajet quotidien Marseille-Salon de Provence en valait la peine.

A **Batourou** et **Adia** mes copines du lycée, toujours en soutien vous êtes des modèles.

A **Gnouma**, parce que tu m'as prise par la main dans cette jungle qu'était la P1.

A **Mati**, à **Inaat** pour ces joyeux moments passés ensemble vous allez faire un super binôme dans votre cabinet.

A **Cahina**, toujours souriante et agréable.

A ma team Hépatologie **Soumayat** et **Marwa** beaucoup trop longtemps qu'on ne s'est pas revu, à **Saliman** et **Samir** on a passé tellement de temps ensemble dire que cette amitié avait commencé par une dispute « sombre histoire » de casier comme dirait l'autre... je vous kiffe.

A **Rachid, Lysa, Soukayna** et **Amine** un vrai plaisir ces moments avec vous entre les murs de cette ancienne BU.

A l'équipe de Châteauneuf les Martigues **Alain** merci de me faire confiance avec tes patients. A **Mahdia** pour cette même confiance, à **Christine** la meilleure. Des amies ayant pour qualité la sagesse, à très vite.

A **Lila** et **Mourad**, juste merci pour les personnes que vous êtes.

A **Hadjira** hyper-prévenante, **Wassila** hyper-rigolote un duo de sœurs au top.

A **Haby** toi qui déborde d'énergie, qui donne sans compter je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A **Ma Vivou** et **Ma Sanouche**, mes copines de l'externat je suis heureuse que le destin ait fait que nous nous retrouvions sur la même route. J'espère encore de belles histoires avec vous.

A **David** sans qui Arles n'aurait pas été Arles.

A **Delphine** moqueuse mais ça va ta gentillesse compense, merci pour la cohabitation marseillaise.

A **Robert** et **Adela** merci pour votre bonne humeur, un réel plaisir de vous avoir rencontrés.

A **Maelise** et **Prunette** avec qui il est impossible de passer du temps sans rire.

A ma **Zeina** et **Jérôme** aux prémices de mon sujet de thèse, merci. Merci Zeina de m'avoir encouragée jusqu'au bout.

A **Valérie**, on peut encore une fois remercier Zeina sans qui tu n'aurais pas eu la chance de me connaître... je te suis infiniment reconnaissante pour toute l'aide que tu m'as fournie pour cette thèse, et tes encouragements.

A **Aurélien, Alexandra** et **Aurélien** toujours une joie de passer du temps avec vous les amis.

A **Sophia** qui j'en suis convaincue est en vrai une méchante, impossible d'être aussi sympa et attentionnée.

A **ANNE-LAURE Edouard**, parce qu'il fallait te différencier (tu as vu, ça n'est pas écrit comme les autres), souriante toujours, compliante un peu moins, merci pour ton soutien durant le mémoire. Ma petite perle !!!

A **Nora**, ma sœur du sud, toujours là... enfin je suis toujours présente au point de tous les connaître, à **tes parents**, à **Hamid, tes oncles et tantes de Bourg**, à mes potes **Youssef et Rédouane**, aux **Benmakhlouf**, merci à tous pour votre accueil. A **Hichem**, qui comprend que je suis normal dans ma normalité. Vous n'avez pas fini de voir ma petite tête se pointer à l'improviste.

A **mon Simon**, parce que tu ne te doutais pas en faisant ce choix à Martigues que tu aurais à me subir aussi longtemps. Je te dois tellement, merci pour ton aide incroyable durant la thèse et le mémoire, mon double dans la tête mais parfait opposé physique. A **Maxime** dont la compagnie est toujours très très agréable. A **Thérèse** votre maman. Merci les Viville's je serais heureuse de passer encore aussi souvent du temps avec vous du moins tant que je serais dans le Sud.

A ma cousine **Sorona**, et ta parfaite bonté, à **Salim, Medhi et Ramata**. A **Sékéné** pas seulement le mari de ma cousine mais aussi mon binôme des urgences Nord. A **Tonton M'Baré** qui s'occupe de tous les cousins - cousines.

A ceux qui sont ma famille **les Niakaté, les Cissé, Sabrina, Célia**.

A **Diémou**, la gentillesse est toujours appréciable.

A **Ma mère**, la Reine, Diawara Dicko. Combien de fou rire, avec ou sans toi, mais de toi ;) Qui « me met toujours bien » quand je suis de retour, à mon **Beau père** force tranquille, le conseiller de l'après-midi. A **Kissima**, l'ambitieux. A **Fatima** la « sita » des grands, **Saïdou et Moussa**. A **Minata et Mayame** l'eau et le feu, à **Sirou** que le temps a assagi et à **Sabrina** tu es une superbe belle-sœur. A **Dougou** « vraiment a wa soumpou mouna », à **Roudjeï** la voix de la vérité qui m'a toujours encouragée. A **Boïbo** et son esprit d'écoute. A **Mahamadou** toujours serviable, toujours présent, toujours dévoué, tu es exceptionnel.

A DALY !!!!!!!!!!! Voilàà.

A **Fatoumata** la petite sœur, trop gentille. A **Massiga** « beau gosse de la RATP ». A **Ali Sylla** le charme, la beauté, la grandeur... la gentillesse, l'humour tout y est. A **Papou** (mama bébé), le chef de tous, mon petit choux. A **mes Beaux-frères et à Hadja, à mes neveux et nièces** qui ont une tata chiante (mais j'aime à le croire la meilleure des tatas). A mes **Oncles, Tantes, Cousins et Cousines**. A ma famille aux limites infinies que j'aime.

Malheureusement à cause du C..... vous ne serez peut être pas là pour me voir soutenir mais ce ne sont pas les occasions qui manquent pour se voir, il faudra se donner les moyens. A tous, merci d'être présents, je vous souhaite d'être heureux.

A **mon Frère**, toi qui a fait le chemin avec moi, pour m'accompagner poursuivre ma route dans le sud, à **ma Belle-mère**, et à **mon Père**. J'aurais tellement aimé vous avoir avec moi aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

I.	RESUME	3
II.	ABSTRACT	4
III.	INTRODUCTION	5
IV.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
A.	Objectif principal	7
B.	Objectif secondaire	7
V.	MATERIELS ET METHODE	8
A.	Type d'étude	8
B.	Population étudiée	8
1.	Critères d'inclusion	8
2.	Critères d'exclusion	8
C.	Recueil des données	8
1.	Mode de recueil des données	8
2.	Données recueillies	9
D.	Analyse statistique	9
VI.	RESULTATS	10
A.	Caractéristiques épidémiologiques de la population	10
B.	Caractéristiques de l'insomnie	12
C.	Objectif principal : L'offre de soins des médecins généralistes	16
1.	Les aides diagnostiques et thérapeutiques de l'insomnie	16
2.	La prise en charge médicamenteuse	17
3.	La prise en charge non médicamenteuse : la TCC	22

D. Objectif secondaire : L'hygiène de vie et du sommeil	24
1. Habitudes de sommeil	24
2. Siestes	26
3. Hygiène de vie	28
E. Objectif secondaire : Satisfaction de la prise en charge de l'insomnie	30
VII. DISCUSSION	31
VIII. CONCLUSION	49
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
X. ANNEXES	54
XI. ABREVIATIONS	63

I. RESUME

Introduction : Le sommeil est primordial. Nous y consacrons un tiers de notre vie. Il a une fonction récupératrice, intervient dans les systèmes immunitaire et cognitif. Le sommeil est en constante évolution et, avec le vieillissement, sa qualité peut être diminuée. Avec une prévalence de 15 à 20% en France, l'insomnie chronique est un des troubles du sommeil. Sa prise en charge thérapeutique repose sur des traitements médicamenteux et non médicamenteux dont la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Or, la fragilité et les potentielles comorbidités des sujets âgés les rendent sensibles aux médicaments. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'offre de soins proposée par les médecins généralistes aux patients âgés souffrant d'insomnie chronique afin de déterminer la place de la TCC dans celle-ci. Les objectifs secondaires étaient d'une part d'analyser l'hygiène de vie liée au sommeil des patients et d'autre part de déterminer leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge.

Matériels et méthode : L'étude était observationnelle, descriptive et multicentrique menée du 5 Juin au 1^{er} Octobre 2020. Les patients de plus de 65 ans, sans troubles cognitifs, déclarant présenter une insomnie évoluant depuis plus de trois mois et pour laquelle ils avaient consulté leurs médecins généralistes étaient inclus. Des entretiens individuels ont été réalisés afin de recueillir leurs réponses.

Résultats : 31 patients ont été inclus. 87% de l'effectif était féminin, l'âge moyen était de 84,4 ans et 20% des patients étaient institutionnalisés. 84% de l'effectif prenaient un traitement médicamenteux pour la correction de l'insomnie et dans 96% des cas il s'agissait d'une benzodiazépine ou d'une molécule apparentée. Les patients avaient des durées de prises médicamenteuses supérieures à 1 an dans 80% des cas. 69% de ceux qui prenaient un traitement n'avaient jamais fait de tentative de sevrage. Les patients étaient plutôt satisfaits de leur traitement médicamenteux. A une très forte majorité (97%) les patients ne connaissaient pas la TCC. Seuls 13% étaient prêts à tenter cette approche pour traiter leur insomnie. Les difficultés d'endormissement (71%) et les réveils nocturnes (51%) étaient les plaintes les plus fréquentes. Les causes de réveils étaient majoritairement les nycturies, les douleurs et les impatiences des membres inférieurs. 26% des patients faisaient une sieste quotidiennement. Concernant la prise en charge de leur insomnie, les patients étaient « satisfaits » dans 58% des cas.

Conclusion : Dans la grande majorité des cas, un traitement médicamenteux pour lutter contre l'insomnie chronique était présent. Les TCC, pourtant traitement de première intention, n'étaient jamais proposées et les patients n'étaient pas désireux de les tester.

Mots clés : insomnie – sujet âgé – thérapie cognitive et comportementale

II. ABSTRACT

Introduction: Sleep is essential. We devote a third of our life to it. It has a recuperative function, intervenes in the immune and cognitive systems. Sleep is constantly changing, and with aging its quality may be diminished. With a prevalence of 15 to 20% in France, chronic insomnia is one of the sleep disorders. It is described as the disturbance of sleep parameters and leads to an impact on people's daily lives. Its therapeutic management is based on pharmacologic and nonpharmacologic treatments including cognitive behavior therapy (CBT). The frailty and potential co-morbidities of older adults make them susceptible to drugs. The objective of our study was to evaluate the supply of care offered by general practitioners to elderly patients with chronic insomnia

Materials and methods : The study was observational, descriptive and multicentric from June 5 to October 1, 2020. Patients over the age of 65, without cognitive impairments, who reported experiencing insomnia that had progressed for more than three months and for which they had consulted their general practitioners, were included. Individual interviews were conducted in order to collect their responses.

Results : 31 patients were included. 87% of the workforce was female, the average age was 84.4 years and 20% of patients were institutionalized. 84% of patients were taking medication for the correction of insomnia and in 96% of cases it was a benzodiazepine or non-benzodiazepine hypnotics. Patients had medication intake times greater than 1 year in 80% of cases. 69% of those taking treatment had never tried to quit. Patients were quite satisfied with their drug treatment. A very large majority of patients did not know the CBT (97%). Only 13% were willing to try this approach to manage their insomnia. Difficulty falling asleep (71%) and nocturnal awakening (51%) were the majority of complaints. The causes of awakenings were mainly nocturia, pain and restless leg syndrome. 26% of patients took a nap daily. Regarding the management of their insomnia, patients were «satisfied» in 58% of cases.

Conclusion : In the vast majority of cases, drug treatment was initiated. CBTs, although a first-line treatment, were never offered and patients were unwilling to test them.

Keywords : insomnia – elderly – cognitive behavior therapy

III. INTRODUCTION

Le sommeil est un élément fondamental pour l'être humain. D'abord par le temps que nous y consacrons puisqu'il correspond à environ un tiers de notre vie, ensuite par les nombreux effets de celui-ci sur l'organisme (1). En effet, on lui attribue une fonction dans le système immunitaire, le système cognitif avec la consolidation mnésique, et une fonction récupératrice (2). Lorsque le sommeil est perturbé, il devient un facteur de risque au développement de syndrome anxio-dépressif, de maladie cardio-vasculaire, d'obésité et de diabète de type 2 (3) (4). Un bon sommeil est donc indispensable à une bonne qualité de vie.

Le sommeil normal comprend plusieurs phases, le sommeil lent et le sommeil paradoxal (SP). Le sommeil lent est divisé en stades de profondeur croissante. Le sommeil lent léger avec le stade N1 et le stade N2 et le sommeil lent profond avec le stade N3. Un cycle de sommeil est la succession de sommeil lent léger, lent profond et sommeil paradoxal. Il dure environ 90 min (5). Dès la naissance, le sommeil va être physiologiquement modifié, à l'âge adulte celui-ci est en évolution constante et progressive (6). De fait, à partir de 50 ans on observe une diminution du temps total de sommeil, une augmentation de la latence d'endormissement, une diminution du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal, des éveils nocturnes plus nombreux et plus longs participant à la diminution de l'efficacité du sommeil et une avance de phase (7)(8) (Annexe 1).

Toutefois entre 50 et 90 ans, la durée de sommeil sur 24h varie peu, le sommeil nocturne peut diminuer, mais il est compensé par des siestes (7).

L'insomnie correspond à une insuffisance de sommeil en quantité ou en qualité alors que les conditions environnementales sont favorables au sommeil (9). Les critères diagnostiques de l'insomnie sont réactualisés avec l'accroissement des connaissances sur le sujet. Trois classifications nosologiques sont utilisées pour la caractériser : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition (DSM-5), la classification internationale des troubles du sommeil 3^{ème} édition (ICSD-3) et la classification internationale des maladies 10^{ème} édition. Elles se différencient selon des facteurs de durée et d'étiologie des insomnies (10). Ainsi, le DSM-5 décrit les principaux symptômes de l'insomnie par une difficulté à initier le sommeil, une difficulté à maintenir le sommeil caractérisé par des éveils fréquents ou un problème pour se rendormir après un éveil et/ou un réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir. A ces symptômes s'ajoute un retentissement diurne (fatigue, somnolence, difficultés cognitives...), conséquence du trouble du sommeil. L'insomnie doit être présente au moins trois nuits par semaine. L'insomnie chronique se définit par un trouble présent depuis au moins trois

mois (11) (Annexe 2). Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) la prévalence de l'insomnie en France est de 15 à 20%. Les causes des insomnies sont nombreuses, il est donc nécessaire de consacrer du temps au diagnostic étiologique afin d'adapter au mieux la prise en charge thérapeutique.

L'arsenal thérapeutique de l'insomnie est étendu, il comprend diverses méthodes ayant plus ou moins fait preuve de leur efficacité. Nous pouvons citer l'hygiène du sommeil, les traitements médicamenteux mais aussi les traitements non médicamenteux tels que la thérapie cognitive et comportementale (TCC) ou les autres traitements non TCC.

Bien qu'ayant une prévalence de l'insomnie en France similaire à celle de l'Angleterre ou des Etats-Unis, le taux de médication est significativement plus élevé dans l'Hexagone (11). Parmi ces médications prescrites pour corriger l'insomnie on retrouve les Benzodiazépines et les apparentés benzodiazépines (Composés Z) Zopiclone et Zolpidem (12). Ces médicaments ont pour effet de réduire la latence d'endormissement et le nombre d'éveils (13). Toutefois, du fait de leurs effets secondaires et de l'apparition d'une tolérance, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une instauration du traitement pour les insomnies occasionnelles ou transitoires et pour des durées n'excédant pas 4 semaines (14).

Qu'il s'agisse de la personne âgée ou de l'adulte jeune, l'insomnie est un motif fréquent de consultation en cabinet de médecine générale (12). Les particularités physiologiques des sujets âgés avec la fragmentation de leur sommeil entraîne souvent une perception de sommeil plus léger et de moins bonne qualité (15). De plus, leur fragilité et leurs comorbidités potentielles les rendent plus sensibles au traitement médicamenteux. Il nous a donc semblé judicieux de nous intéresser plus particulièrement à la prise en charge de l'insomnie chronique chez la personne âgée.

IV. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'offre de soins proposée par les médecins généralistes aux patients âgés souffrant d'insomnie chronique afin de déterminer la place de la thérapie cognitive et comportementale dans celle-ci.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'une part d'analyser l'hygiène de vie liée au sommeil des patients et d'autre part de déterminer leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge.

V. MATRIELS ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, multicentrique.

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients de plus de 65 ans et ne présentant pas de troubles cognitifs hospitalisés dans les services de court séjour gériatrique et de soins de suite et de réadaptation du Centre Hospitalier de Salon de Provence et des services de court séjour médecine et de soins de suite et réadaptation du Centre Hospitalier d'Allauch. Par ailleurs les patients devaient présenter un trouble du sommeil à type d'insomnie chronique évoluant depuis plus de trois mois.

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients suivants :

- Insomnie de moins de trois mois ou apparue durant l'hospitalisation
- Patients n'ayant jamais fait part de leur insomnie à leur médecin traitant
- Patients présentant des troubles cognitifs avec impact sur la fiabilité des réponses
- Patients parkinsoniens (du fait d'une insomnie multifactorielle : processus dégénératif et traitement dopaminergique)
- Refus de participer à l'étude

C. Recueil des données

1. Mode de recueil des données

Un questionnaire a été établi sur « Google Form ». Les réponses ont été récoltées lors d'entretiens individuels. Ceux-ci se sont déroulés du 5 Juin 2020 au 1^{er} Octobre 2020. La fréquence de passage dans les deux établissements était de sept à dix jours.

Au préalable, l'accord des directions des hôpitaux et celui du délégué à la protection des données a été obtenu. Au Centre Hospitalier d'Allauch, une charte de protection des données a été signée. Quant au consentement des patients pour leur participation, il a été obtenu de manière orale.

2. Données recueillies

Le questionnaire comprenait 66 questions concernant l'épidémiologie, le diagnostic de l'insomnie, les habitudes de vie et de sommeil et la prise en charge (Annexe 3).

D. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Sphinx iQ2.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectif et de pourcentage. La comparaison entre deux variables qualitatives (comparaison de pourcentages) a été évaluée à l'aide du test du Chi-deux de Pearson, ainsi que du test exact de Fisher pour les effectifs théoriques inférieurs à 5. Tous les tests ont été appliqués en situation bilatérale et leur significativité fixée à $p < 0,05$.

VI. RESULTATS

Dans les deux centres hospitaliers, 124 patients de plus de 65 ans et ne présentant pas de troubles cognitifs ont été interrogés sur l'existence d'un trouble du sommeil de type insomnie chronique. 36 patients (29%) ont répondu par l'affirmative. 2 patients ont été exclus car n'ayant jamais fait part de leur insomnie à leur médecin et 3 ayant refusé de participer à l'étude. Ainsi, 31 patients ont été inclus, dont 23 au Centre Hospitalier de Salon de Provence et 8 sur celui d'Allauch. Pour les patients inclus, il a été recensé quatorze médecins généralistes traitants différents répartis sur douze communes.

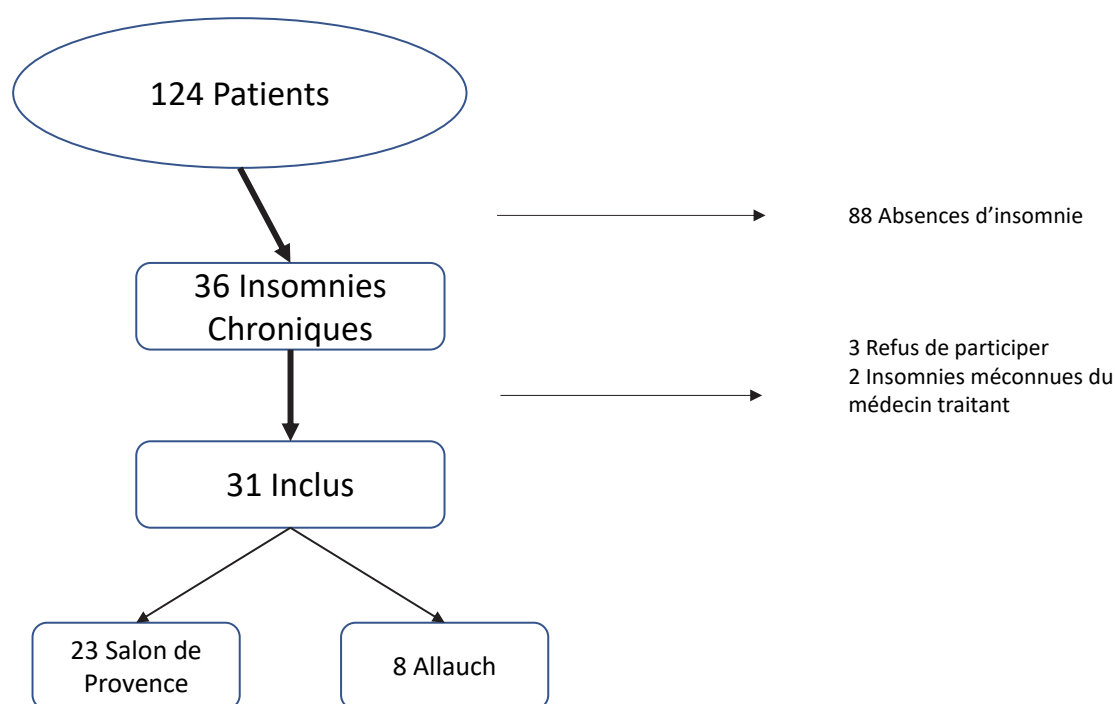


Diagramme de flux

A. Caractéristiques épidémiologiques de la population

La majorité des participants était des femmes puisqu'elles représentaient 87% de notre effectif. L'âge moyen était de 84.4 ans ($[\pm 6.9 \text{ ans}]$), avec des âges extrêmes à 68 ans et 94 ans.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 24 ($[\pm 5.6]$).

80% des patients de notre effectif n'étaient pas institutionnalisés, la plus grande partie vivant seule au domicile (58%).

Concernant l'état psychologique des répondeurs, 52% n'avaient jamais été suivis pour un syndrome anxio-dépressif, 13% l'avaient été par le passé et 35% avaient un traitement en cours. L'ensemble de ces données est résumé dans le Tableau 1.

		Effectif N=31	Pourcentage (%)
Sexe	Femme	27	87%
	Homme	4	13%
Age	> 85 ans	14	45%
	80-84 ans	11	36%
	75-79 ans	4	13%
	70-74 ans	0	0%
	< 70 ans	2	6%
IMC	< 18	1	3%
	18-21	12	39%
	22-24	8	26%
	25-30	6	19%
	> 30	4	13%
Mode de vie	Domicile particulier, Seul	18	58%
	Domicile particulier, Conjoint	5	16%
	Domicile particulier, Enfant(s)	1	3%
	Maison de retraite	6	20%
	Autonome en résidence Sénior	1	3%
Traitement antidépresseur	Jamais	16	52%
	En cours de traitement	11	35%
	Anciennement traité	4	13%

Tableau 1. Données descriptives de la population

B. Caractéristiques de l'insomnie

71% de notre échantillon rapportait des difficultés d'endormissement. Pour 11 patients, l'insomnie était liée à un symptôme, à deux symptômes pour 14 patients et à trois symptômes pour les 6 restants (Tableau 2).

	Effectif N=31	Pourcentage (%)
Difficultés d'endormissement	22	71%
Réveils nocturnes	16	51%
Réveil matinal précoce	10	32%
Quantité insuffisante de sommeil	9	29%

Tableau 2. Problématique liée au sommeil

7% des patients avaient une insomnie présente depuis moins d'un an contre depuis plus de 30 ans pour 25% des répondants (Figure 1).

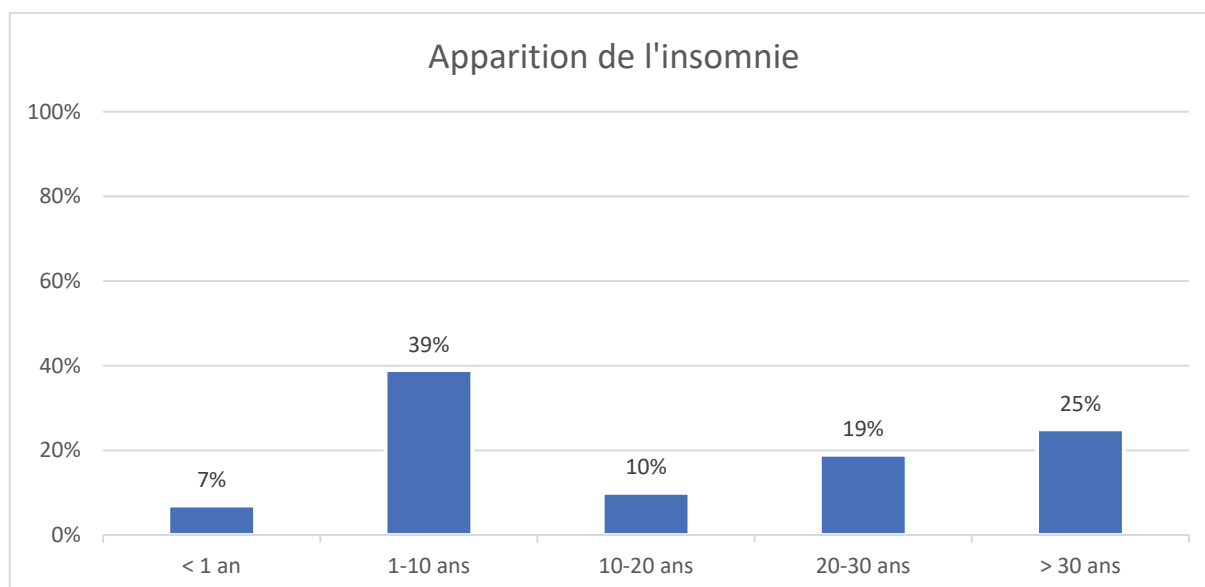


Figure 1. Date d'apparition de l'insomnie

La plainte d'insomnie était pour la majeure partie des patients quotidienne (65%), pour 6 patients elle se faisait ressentir 3 à 6 nuits par semaine et pour 5 patients 1 à 3 nuits par semaine (Figure 2).

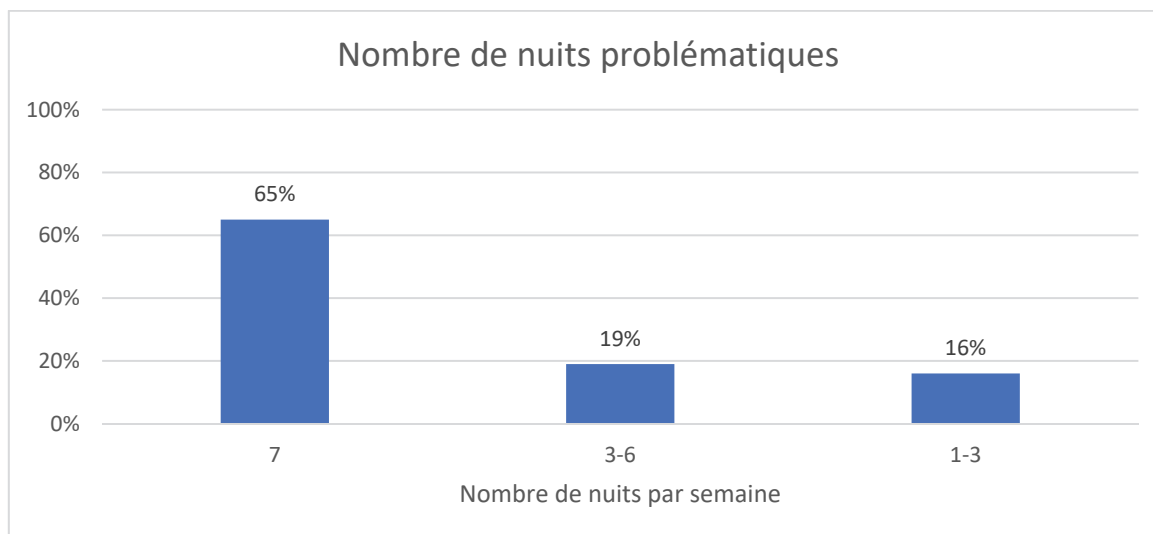


Figure 2. Nombre de nuits par semaine où la plainte d'insomnie est présente

A une faible majorité (35%) la latence d'endormissement était comprise entre 0 et 15 minutes pour les patients ayant un traitement médicamenteux. Les patients sans traitement avaient également plus souvent des latences d'endormissement inférieures à 15 minutes (Tableau 3).

	Traitement médicamenteux	
	OUI Effectif N=26 (%)	NON Effectif N=5 (%)
0 – 15 minutes	9 (35%)	3 (60%)
15 – 30 minutes	6 (23%)	0 (0%)
30 – 45 minutes	5 (19%)	1 (20%)
> 45 minutes	6 (23%)	1 (20%)

Tableau 3. Latence d'endormissement des patients répartition selon l'existence d'une prise médicamenteuse

Plus particulièrement concernant les problématiques du sommeil des patients traités et avec une latence d'endormissement supérieure à 30 minutes, 10 d'entre eux (soit 91%) se plaignaient de difficultés d'endormissement. Elles étaient associées à un autre facteur d'insomnie dans la majorité des cas. Mais pour 3 patients (30%) la difficulté d'endormissement était le seul critère de leur insomnie.

Quant au retentissement du trouble du sommeil, 15 patients (48%) n'en rapportaient aucun sur leur quotidien. L'impact le plus retrouvé était la fatigue à 29%. L'ensemble des résultats est présenté dans le Tableau 4. A noter que plusieurs choix étaient possibles.

Retentissement	Effectif N=31	Pourcentage (%)
Aucun	15	48%
Fatigue	9	29%
Somnolence	7	23%
Trouble de l'humeur : Irritabilité	5	16%
Trouble de la mémoire ou de l'attention	1	3%

Tableau 4. Retentissement de l'insomnie sur le quotidien des patients

Par ailleurs, les répondants ont été interrogés sur le motif de consultation le jour où ils ont pour la première fois abordé leur problème d'insomnie avec leur médecin généraliste. 9 patients (30%) avaient discuté de cette problématique lors d'une consultation au cours de laquelle ils venaient voir leur médecin uniquement pour ce motif. 2 patients n'avaient pas le souvenir de cette consultation initiale et pour 66% des patients, l'insomnie avait été évoquée pour la première fois lors d'une consultation dont l'objet initial était soit un renouvellement de traitement de fond soit un motif autre que l'insomnie (Figure 3).

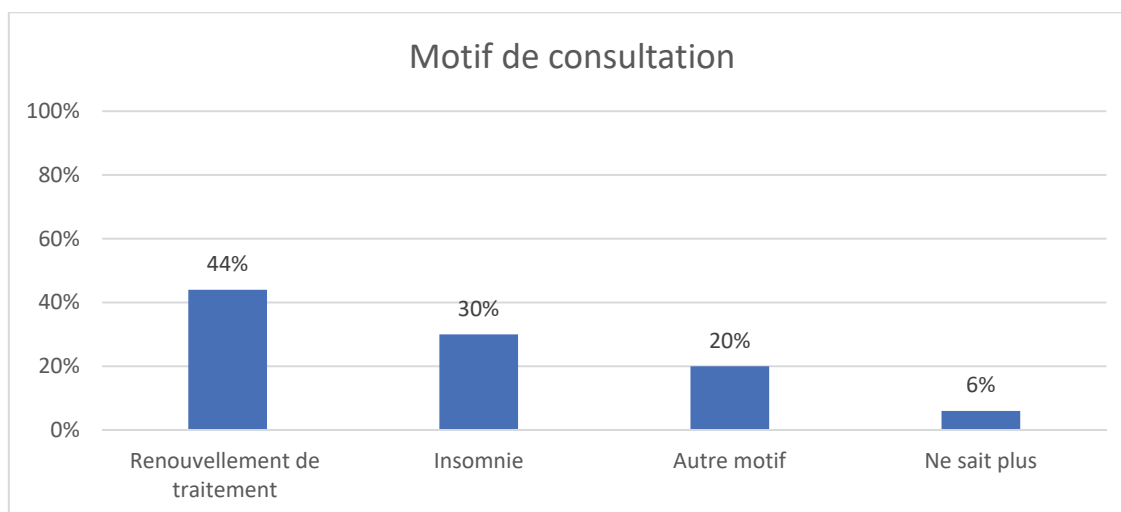


Figure 3. Motif initial de consultation lors de l'évocation de l'insomnie pour la première fois

16 patients (52%) ne déclaraient pas de facteur déclenchant à l'origine de l'installation de leur insomnie, contre 7 patients (23%) suite à un deuil (Tableau 5).

	Effectif N=31	Pourcentage (%)
Pas de facteur déclenchant	16	52%
Deuil	7	23%
Anxiété suite à des problèmes familiaux	3	10%
Retraite	2	6%
Ménopause post hystérectomie entraînant des troubles du sommeil	1	3%
Hospitalisation pour chirurgie avec multiples complications	1	3%
Violences conjugales	1	3%

Tableau 5. Facteurs à l'origine de l'apparition de l'insomnie

16 patients sur 31 ont décrit leur insomnie entre autre par un problème de réveils nocturnes. Cependant, ils étaient 27 (87%) à déclarer avoir systématiquement des réveils dans la nuit sans forcément que ceux-ci ne leurs posent problèmes (Figure 4).

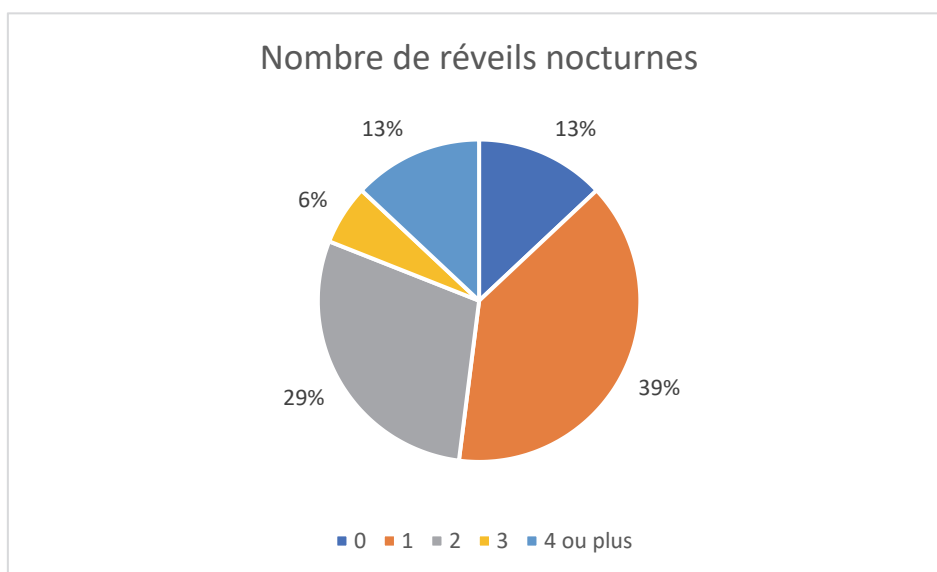


Figure 4. Nombre de réveils nocturnes

Parmi les causes évoquées, on retrouvait les nycturies pour 20 patients (74%) de l'échantillon, 3 patients (11%) parmi ceux se plaignant de nycturies n'avaient pas identifié de causes particulières à leurs réveils (Figure 5). Plusieurs réponses étaient possibles.

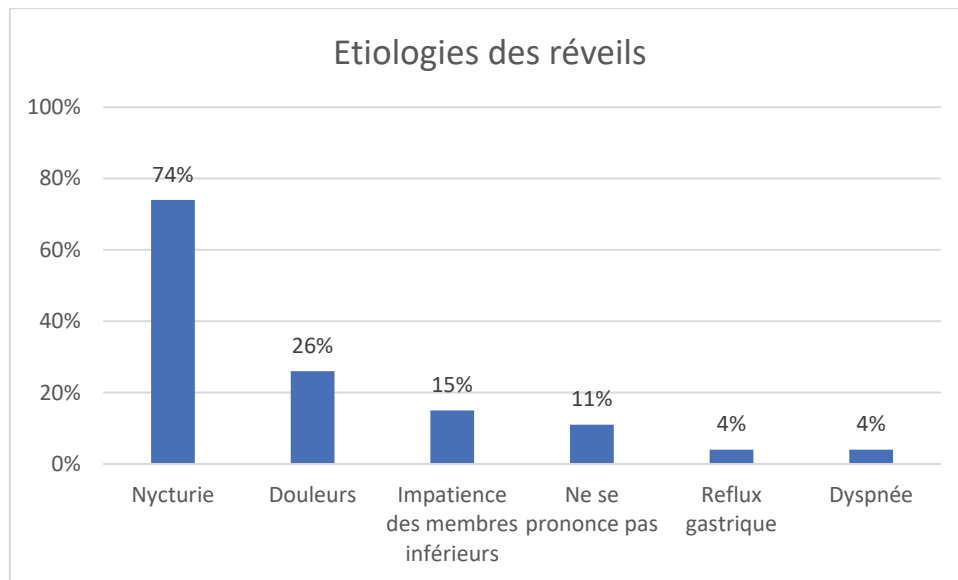


Figure 5. Etiologies des réveils rapportés par les patients

Si la majorité des patients souffrant de nycturie se réveillaient plus souvent que les autres (respectivement 60% vs 50%) pour autant cette donnée n'est pas ressortie comme étant statistiquement significative ($p=0.71$) (Tableau 6).

	Réveil > 2	Réveil < 2
Nycturie Effectif N=20	60%	40%
Absence de nycturie Effectif N=4	50%	50%

Tableau 6. Incidence de la nycturie sur le nombre de réveil

C. Objectif principal : L'offre de soins des médecins généralistes

1. Les aides diagnostiques et thérapeutiques de l'insomnie

Aucun des patients inclus n'a bénéficié de la réalisation d'un agenda du sommeil, d'une actimétrie ou d'une polysomnographie. 2 patients (100%) avaient eu accès à une polygraphie ventilatoire, il s'agissait de patients en état d'obésité avec des Indices de masse corporelle à 35 et 41. Un de ces patients était suivi pour un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

A noter qu'aucun des patients n'avait consulté dans un centre du sommeil.

26% avaient bénéficié de l'intervention d'un autre intervenant qui ne soit pas leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur insomnie, on dénombrait 4 patients (50%) ayant bénéficié de l'aide d'un psychothérapeute (Figure 6).

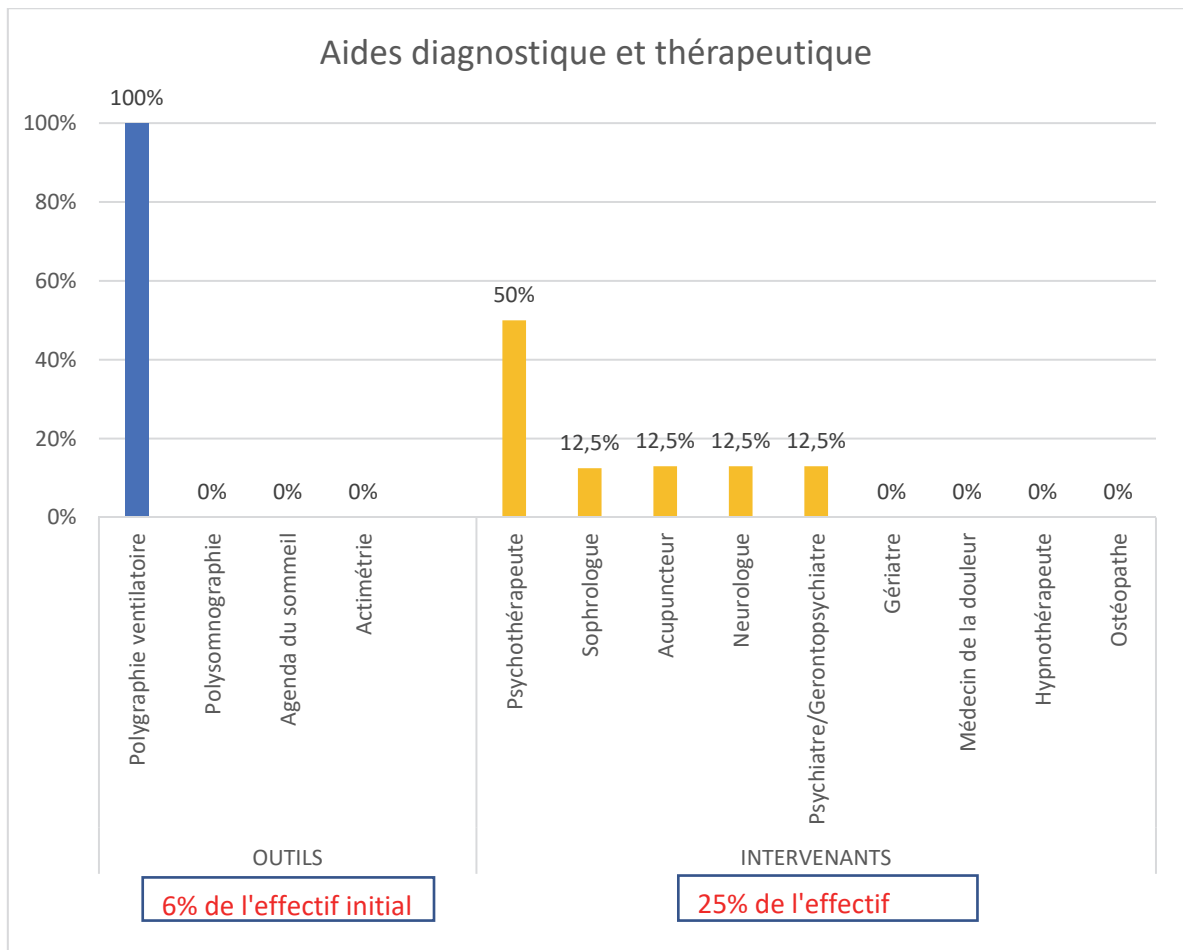


Figure 6. Outils d'aide au diagnostic et intervenants ayant participé à la prise en charge

2. La prise en charge médicamenteuse

30% des patients avaient déjà eu recours à des traitements médicamenteux qui n'étaient pas des benzodiazépines ou des molécules apparentées, mais aucun d'entre eux ne prenait ces traitements non benzodiazépines au moment de l'étude (Figure 7).

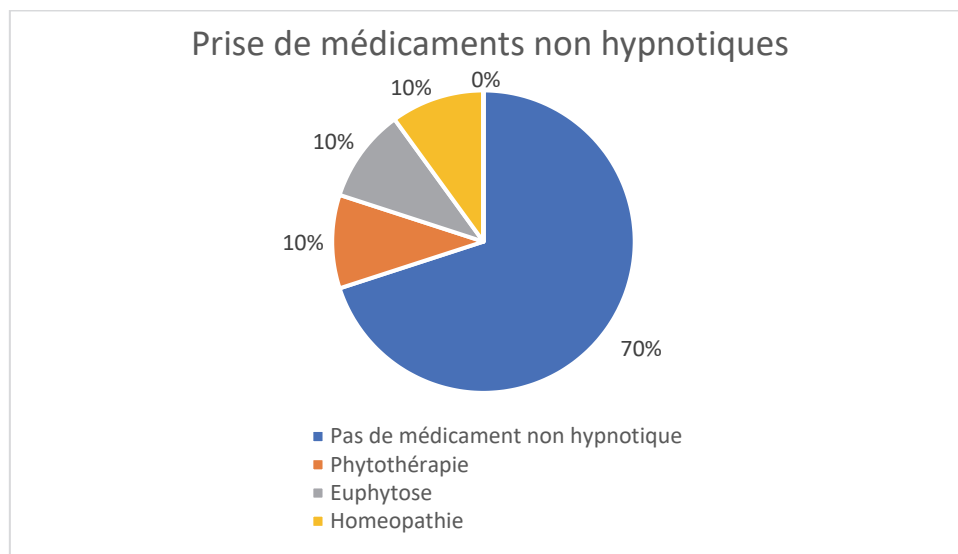


Figure 7. Patients déclarant avoir déjà eu recours à des traitements qui n'étaient pas des benzodiazépines ou molécules apparentées

84% des patients (n=26) étaient traités de façon médicamenteuse pour leur insomnie. Un répondeur parmi ceux n'ayant pas de traitement déclarait que son médecin refusait de lui en prescrire.

5 patients (19%) prenaient 2 traitements médicamenteux pour les aider à améliorer leur sommeil. 46% avaient pour traitement des composés Z, Zopiclone (Imovane®) ou Zolpidem (Stilnox®) associé ou non à une autre benzodiazépine (Tableau 7).

	Effectif N= 26	Pourcentage (%)
Imovane 3.75mg	5	19%
Imovane 7.5mg	3	12%
Imovane 7.5mg + Alprazolam 0.25mg	1	4%
Imovane 7.5mg + Seresta 10mg	2	7%
Stilnox 10mg	1	4%
Alprazolam 0.25mg	1	4%
Alprazolam 0.5mg	1	4%
Temesta 1mg	2	7%
Temesta 2.5mg	2	7%
Lexomil ¼ cp	3	12%
Lexomil ½ cp	1	4%
Seresta 10 mg	1	4%
Theralène 20 gouttes + Havlane	1	4%
Nuctalon 2mg + 2 Seresta 10mg	1	4%
Donormyl automédication	1	4%

Tableau 7. Récapitulatif des traitements pris par les patients pour leur insomnie

Dans 48% des cas, les patients s'étaient vu prescrire un traitement par leur médecin généraliste dans le mois suivant l'évocation initiale de la plainte d'insomnie et dans 32% des cas le traitement avait été initié à la première consultation pour ce motif (Figure 8).

A l'introduction du traitement médicamenteux, 2 patients (8%) s'étaient vus notifier que celui-ci était mis en place pour « une courte durée » les autres déclaraient ne pas avoir reçu cette information.

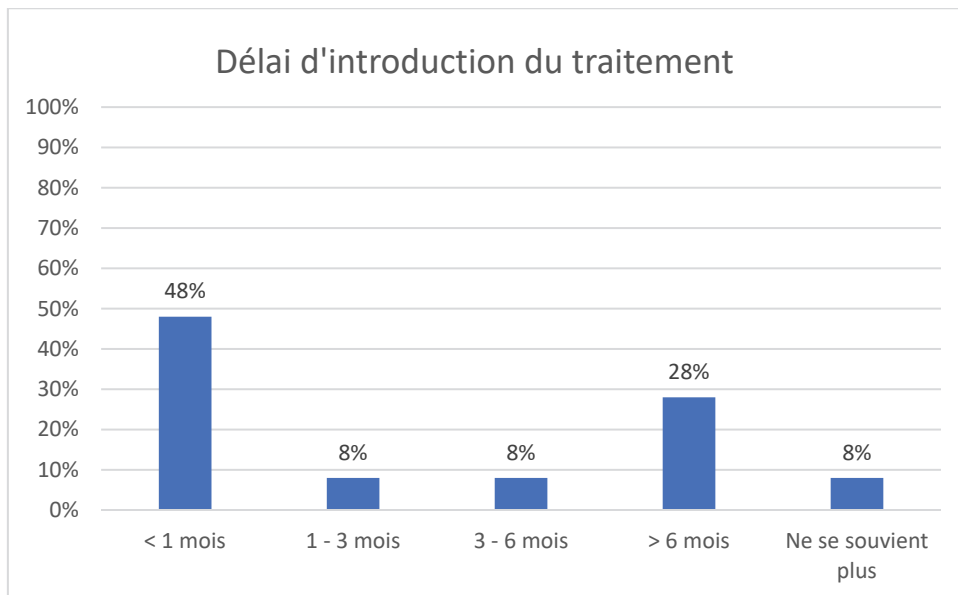


Figure 8. Délai d'introduction du traitement médicamenteux par le médecin généraliste

Le traitement était présent depuis moins d'un an pour 20% des patients, pour tous les autres la prise était au-delà. Seuls 2 patients avaient un traitement dont la durée de prise était inférieure à un mois (Figure 9).

Sur les 26 patients traités, 2 (8%) ne prenaient pas le traitement de manière quotidienne dont le répondeur s'auto-médicant avec le Donormyl®.

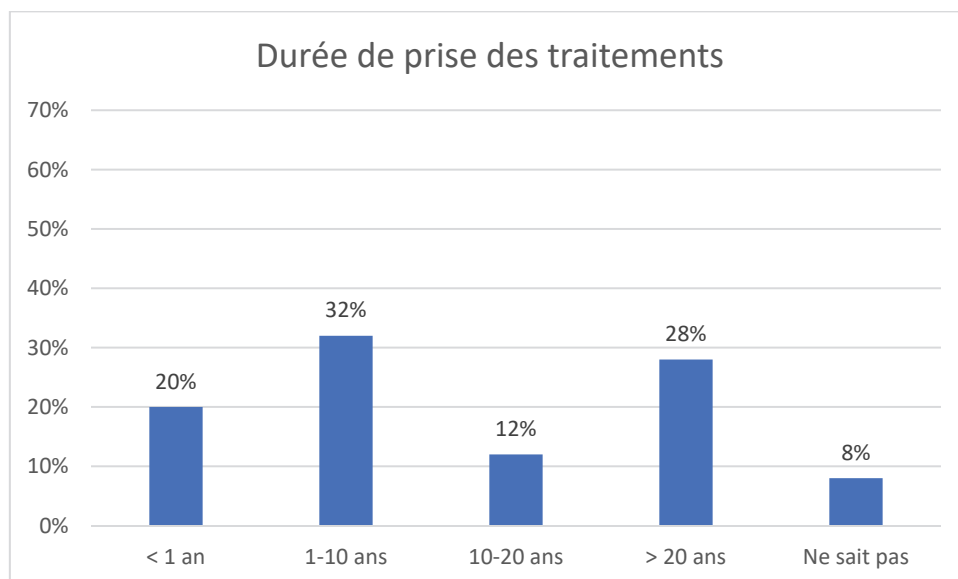


Figure 9. Date d'instauration du traitement médicamenteux

En considérant les patients qui avaient une introduction de traitement médicamenteux depuis moins de 5 ans, pour plus de 70% d'entre eux celui-ci avait été prescrit plus d'un mois après la première consultation pour insomnie ($p=0.06$) (Tableau 8). A noter que deux patients ne se souvenaient plus du délai d'introduction du traitement.

Prise de traitement médicamenteux < 5 ans	Délai d'introduction du traitement	
	> 1 mois	< 1 mois
OUI (Effectif N=10)	70%	30%
NON (Effectif N=13)	30.8%	69.2%

Tableau 8. Délai d'introduction du médicament pour les prescriptions inférieures ou supérieures à 5 ans

La majeure partie des patients (60%) n'avait jamais pris d'autres traitements médicamenteux en dehors de celui qu'il prenait au moment des entretiens (Tableau 9).

	Effectif N = 25	Pourcentage (%)
Aucun	15	60%
1	5	20%
2	1	4%
3	1	4%
Ne se souvient plus	3	12%

Tableau 9. Nombre de traitement prescrit par le médecin généraliste avant celui pris actuellement

Concernant la satisfaction par rapport à leur traitement médicamenteux, la moyenne était de 7.7 sur une échelle de 0 à 10 (Tableau 10).

Note	Effectif N=26	Pourcentage (%)
< 6	1	4%
6-7	9	35%
> 8	16	61%

Tableau 10. Satisfaction concernant le traitement médicamenteux

Par ailleurs nous avons demandé aux patients si leur traitement de l'insomnie avait été modifié durant l'hospitalisation et la répercussion sur leur sommeil. 4 ont répondu par l'affirmative. Il s'agissait de deux patients prenant 2 traitements et n'ayant pas constaté de changement sur leur sommeil, une patiente rapportant une amélioration avec le changement de traitement et la dernière patiente relatant une aggravation suite à la prise de la forme générique de son traitement habituel.

Quant à la thématique du sevrage, 69% des patients (N=18) n'avaient jamais fait de tentative de sevrage total du traitement médicamenteux.

Concernant les répondants ayant déjà fait une tentative de sevrage, 4 patients (50%) étaient à l'origine de la demande de sevrage et pour les 4 autres le médecin généraliste était celui qui avait proposé cette démarche.

Certains des patients de notre panel avaient eu droit à des adaptations thérapeutiques, changement de classe thérapeutique, décroissance posologique, mais aucun n'avait bénéficié d'un sevrage total.

Il est à noter que 84% des patients déclaraient que leurs médecins ne leur font « jamais » de proposition de sevrage (Figure 10).

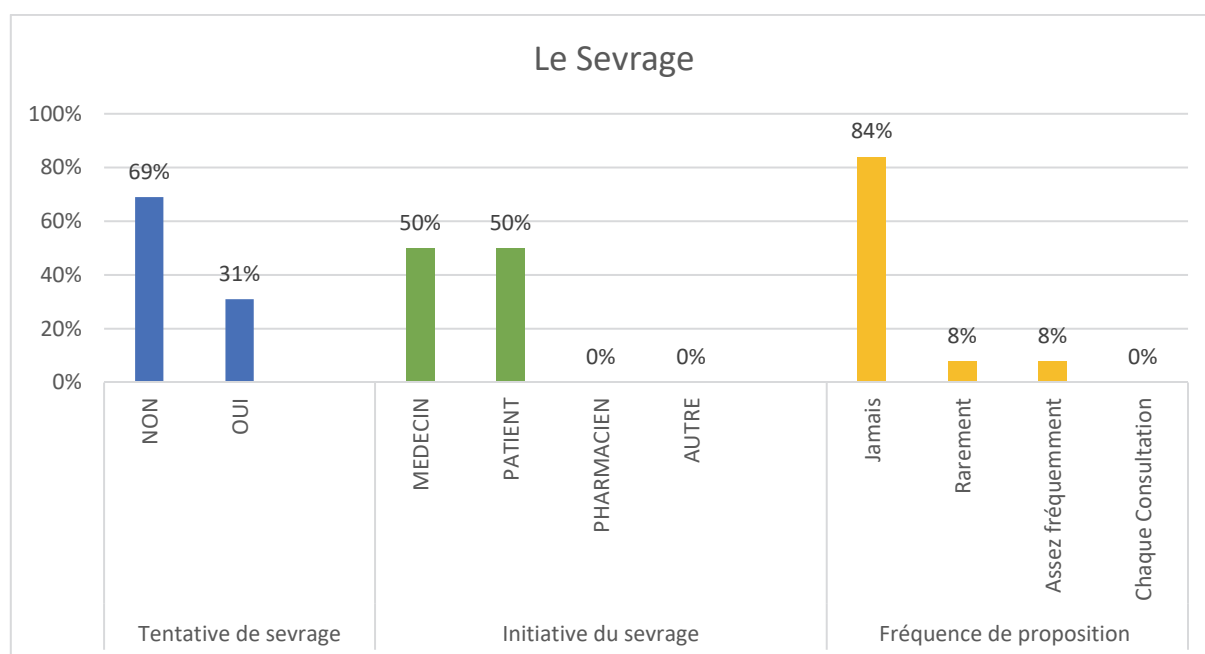


Figure 10. Données sur le sevrage médicamenteux

A ce propos, 81% des patients pensent qu'il serait impossible pour eux d'arrêter le traitement médicamenteux.

Les raisons énoncées par les patients sont exposées dans le Tableau 11.

Parmi les 19% (5 patients) qui pensaient que le sevrage médicamenteux était possible, trois avaient déjà fait une tentative de sevrage. Pour deux d'entre eux le médecin était à l'origine de la proposition de sevrage, le troisième ayant pris l'initiative de demander à son médecin.

	Effectif N=21	Pourcentage (%)
« Impossible de dormir sans »	8	38,1%
NON répondant	4	19%
« Je pense que je ne dormirai pas »	2	10%
« Prise depuis trop longtemps »	1	4,7%
« Je ne sais pas »	1	4,7%
« Habitude »	1	4,7%
« J'en ai besoin ne me fait rien mais il le faut »	1	4,7%
« J'en ai besoin, majoration récente »	1	4,7%
« Mieux depuis l'instauration »	1	4,7%
« J'ai essayé d'arrêter le traitement ça n'a pas marché »	1	4,7%

Tableau 11. Raisons évoquées pour expliquer l'impossibilité de sevrage

3. La prise en charge non médicamenteuse : la TCC

Aucun des patients interrogés n'avait demandé à son médecin généraliste une prise en charge par une alternative autre que le traitement médicamenteux.

2 patients (6%) de notre effectif total s'étaient vus proposer une gestion différente de leur insomnie :

- Une prise en charge par psychothérapie pour le traitement d'une insomnie associée à un syndrome dépressif
- Une prise en charge par acupuncture par le médecin généraliste qui pratiquait également cette discipline.

Chez les patients ayant répondu que leur médecin généraliste ne leur avait jamais proposé d'alternatives au traitement médicamenteux, une patiente a complété sa réponse en affirmant « il sait que je n'aurais pas accepté ».

Technique de choix de la prise en charge de l'insomnie, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) n'était connue que d'un seul patient et celui-ci n'en avait jamais bénéficié. Ils étaient une majorité 87% à ne pas vouloir tenter une prise en charge par cette technique.

Les raisons évoquées ont été regroupées dans le Tableau 12 (plusieurs réponses possibles).

	Effectif N= 31	Pourcentage (%)
« Ça ne m'intéresse pas »	4	13%
« Pas efficace »	3	10%
« Bien avec le traitement médicamenteux »	3	10%
« Pas à mon âge »	2	6%
« Je ne peux pas modifier mes habitudes »	2	6%
« Problème de sommeil surtout lié au réveil pour uriner »	1	3%
« Je dors 5h ça me suffit »	1	3%
« Pas envie de voir un psychologue »	1	3%

Tableau 12. Raisons évoqués par les patients pour expliquer le refus de la TCC

De plus, les réponders étaient peu enclins à tenter des méthodes alternatives pour la correction de leur insomnie. Ainsi, 75% refusaient les alternatives proposées, 19% étaient intéressés par une prise en charge avec de la sophrologie du yoga ou de la méditation et 6% souhaitaient essayer l'acupuncture (Figure 11).

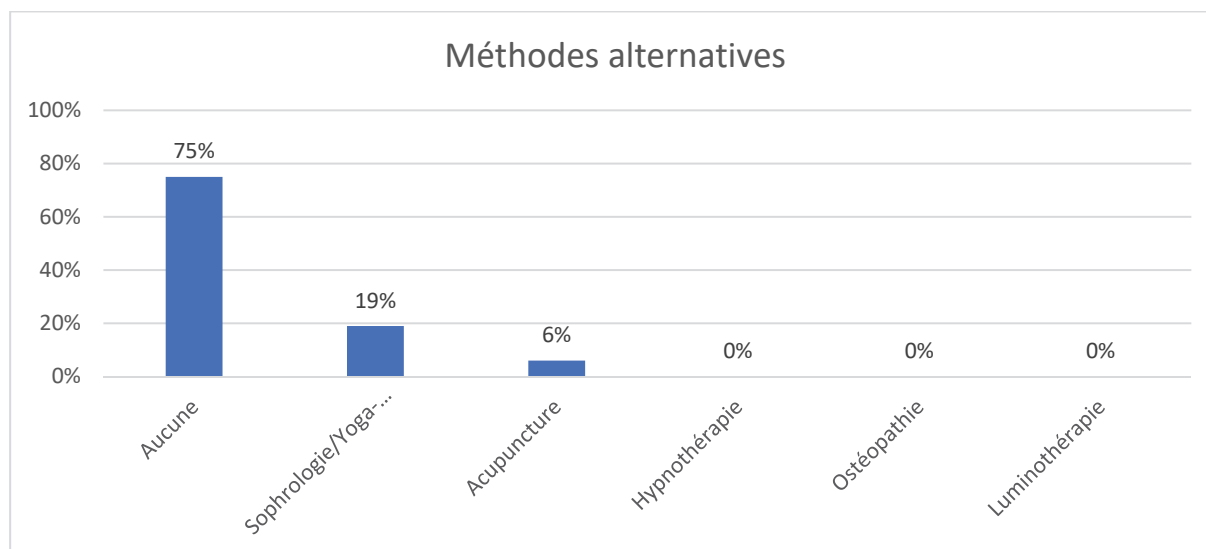


Figure 11. Proportion de patients disposés à essayer les méthodes alternatives suggérées

Nous avons soumis aux patients des éléments qui, selon nous, pourraient limiter leur intérêt pour la TCC. 29% n'ont pas répondu à la question. Pour 48% le fait d'avoir besoin de se déplacer pour bénéficier du traitement, pour 16% le fait que les séances puissent se dérouler en groupe et pour 10% le coût seraient potentiellement des freins à leur adhésion à cette prise en charge (Figure 12). A noter qu'il s'agissait d'une question à choix multiples.

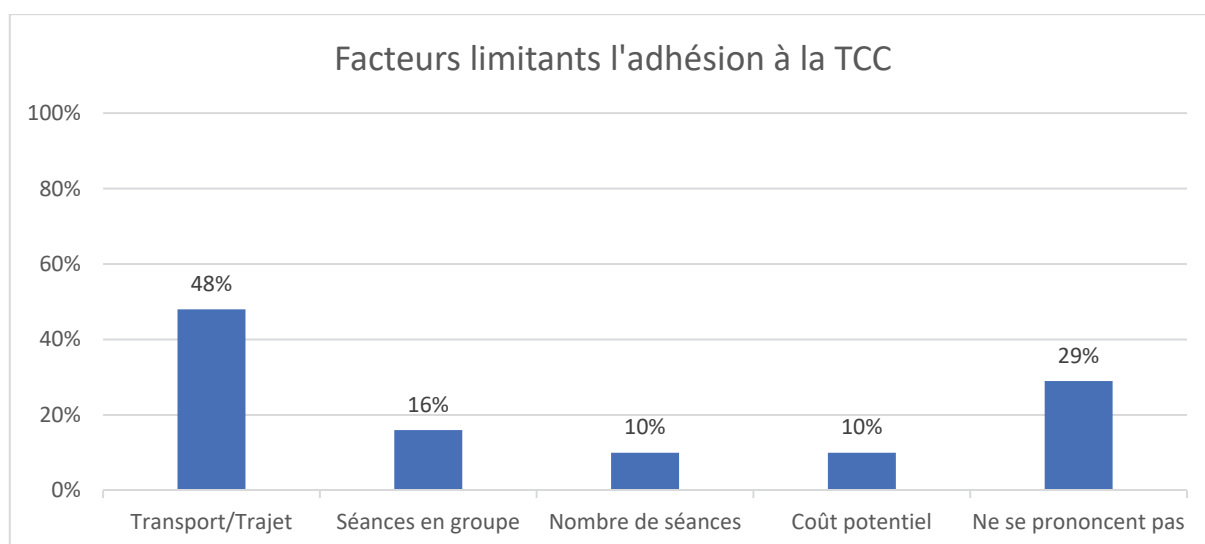


Figure 12. Eléments suggérés aux patients limitant l'adhésion à la TCC

D. Objectif secondaire : L'hygiène de vie et du sommeil

1. Habitudes de sommeil

Dans 45% des cas, l'horaire de coucher était compris entre 21h et 23h, il allait au-delà de 23h pour 26% des patients.

Pour 55% des patients l'horaire du lever était compris entre 5h et 7h du matin, le lever survenant avant 5h pour 26% des patients.

45% des patients estimaient leur temps de sommeil sur une nuit inférieure à 5h (Figure 13).

A noter que vivre en maison de retraite n'avait pas d'incidence sur l'heure de coucher ($p=0.13$) (Figure 14).

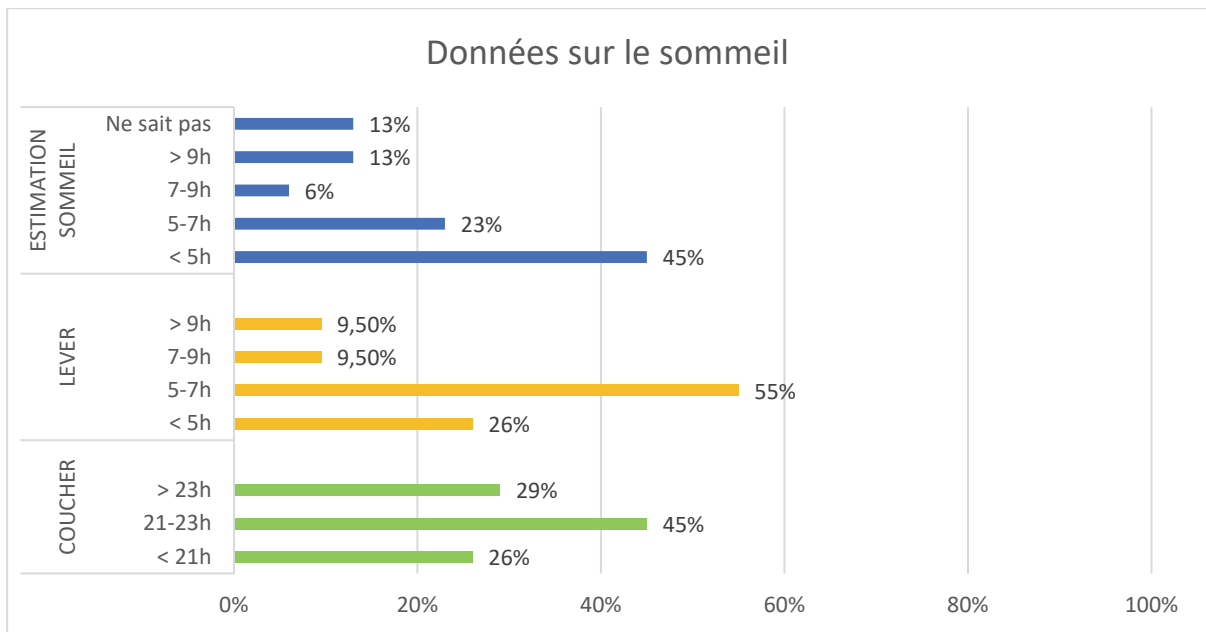


Figure 13. Données sur le sommeil des patients

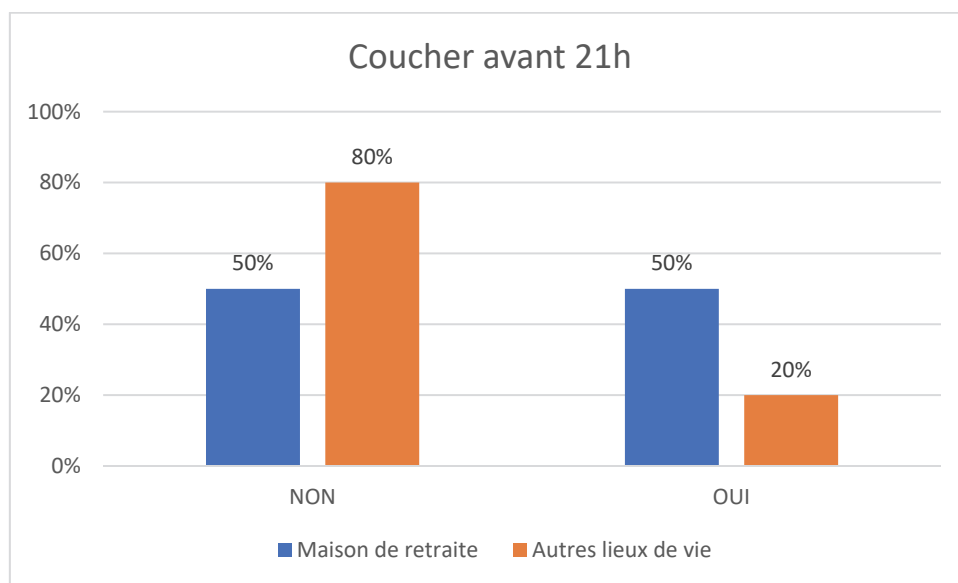


Figure 14. Données sur les couchers « tôt » selon le lieu de vie

Les patients considéraient avoir un bon environnement de sommeil (Température de la pièce, absence de bruit, obscurité, bonne literie) sur une échelle de 0 à 10 ils lui attribuaient une note de 8.1 ([±1.16]).

Concernant les habitudes de sommeil, 48.4% avaient un horaire de coucher fixe, contre 61% pour l'horaire de lever.

74% des réponders regardaient la télévision ou d'autres écrans pour les aider à trouver le sommeil.

Quand notre effectif total rejoignait son lit ou lors de réveils nocturnes, ils restaient majoritairement (74%) dans leur lit jusqu'à être pris par le sommeil.

Concernant l'appréhension à trouver le sommeil, ils étaient 61% à dire qu'ils n'en avaient jamais. Seul 3% craignaient chaque jour de ne pas réussir à s'endormir. A noter qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative entre l'appréhension à trouver le sommeil et l'existence de difficultés d'endormissement (Tableau 13).

Appréhension	Effectif N=31 (%)	Effectif avec difficulté d'endormissement N=22 (%)
Jamais	19 (61%)	14 (63.6%)
Rarement	6 (20%)	3 (13.6%)
Souvent	5 (16%)	4 (18.3%)
Tous les jours	1 (3%)	1 (4.5%)

Tableau 13. Appréhension nocturne concernant la difficulté à trouver le sommeil

2. Siestes

15 patients (48%) déclaraient ne jamais faire de sieste, pour 8 répondants (26%) elle était quotidienne, 5 patients en faisaient une à trois par semaine et 3 patients en faisaient quatre à six par semaine (Figure 15).

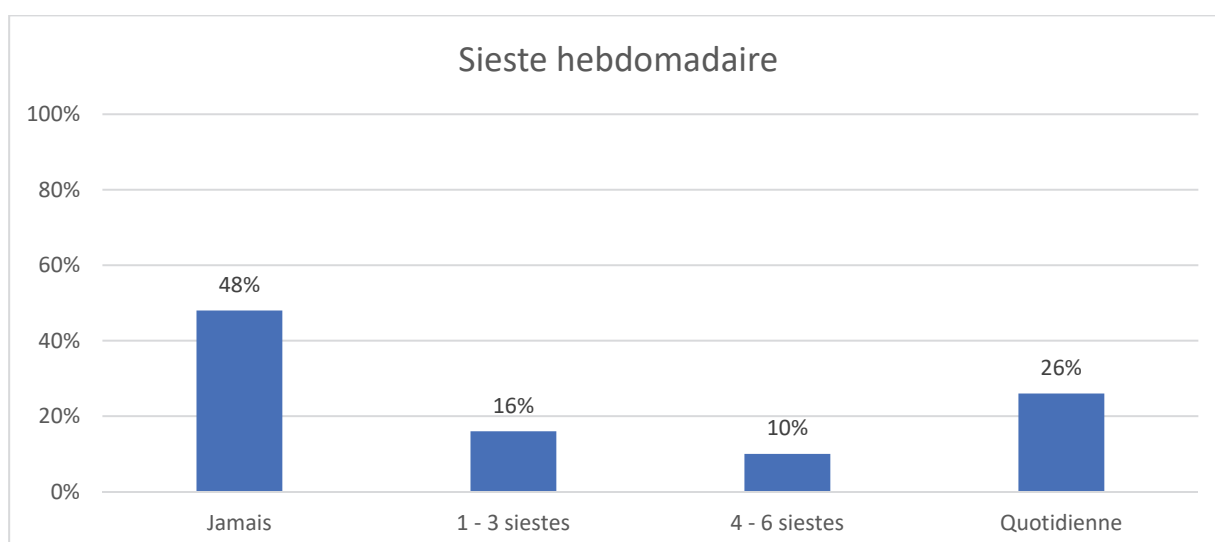


Figure 15. Proportion des patients déclarant faire des siestes sur une semaine

Les durées des siestes étaient variables. Pour 57% elles duraient plus de trente minutes (Tableau 14).

Durées	Effectif N=31	Pourcentage (%)
< 15 minutes	2	12%
15 – 30 minutes	5	31%
30 – 45 minutes	3	19%
>45 minutes	6	38%

Tableau 14. Durée des siestes des patients

La durée des siestes des patients qui en faisaient de manière quotidienne était significativement supérieure à 45 minutes ($p=0.04$) (Tableau 15).

		Durée > 45 minutes	Durée < 45 minutes
Sieste quotidienne	OUI Effectif N=8(%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
	NON Effectif N=8(%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)

Tableau 15. Association siestes quotidienne et leur durée

Parmi les 19 patients vivant seuls au domicile, la majorité (72.7%) effectuait des siestes plus de 4 fois par semaine sans que les données ne soient statistiquement significatives ($p=0.33$) (Tableau 16).

Seuls 3 patients de notre panel disaient faire rarement des siestes après 15h, pour tous les autres elles avaient lieu avant cet horaire.

	Seul au domicile	
	OUI	NON
> 4 siestes hebdomadaire N=11 (%)	8 (72.7%)	3 (27,3%)
< 4 siestes hebdomadaire N=20 (%)	11 (55%)	9 (45%)

Tableau 16. Association fréquence des siestes et mode de vie « seul »

3. Hygiène de vie

Concernant l'activité physique, était considérée comme telle toute activité sportive, activités de jardinage ou bricolage mais également les activités de marche (y compris à allure modérée) si leur durée était supérieure à 10 min.

La majorité des patients de notre étude (58%) ne pratiquaient pas d'activité physique.

Quatre des cinq patients qui avaient une durée d'activité physique de 15 à 30 minutes étaient des patients qui faisaient une à deux séances d'activité par semaine. A contrario les cinq patients avec une activité physique supérieure à 45 minutes avaient des séances 3 à 4 fois par semaine pour un patient et 5 à 7 fois par semaine pour 4 patients (Figure 16).

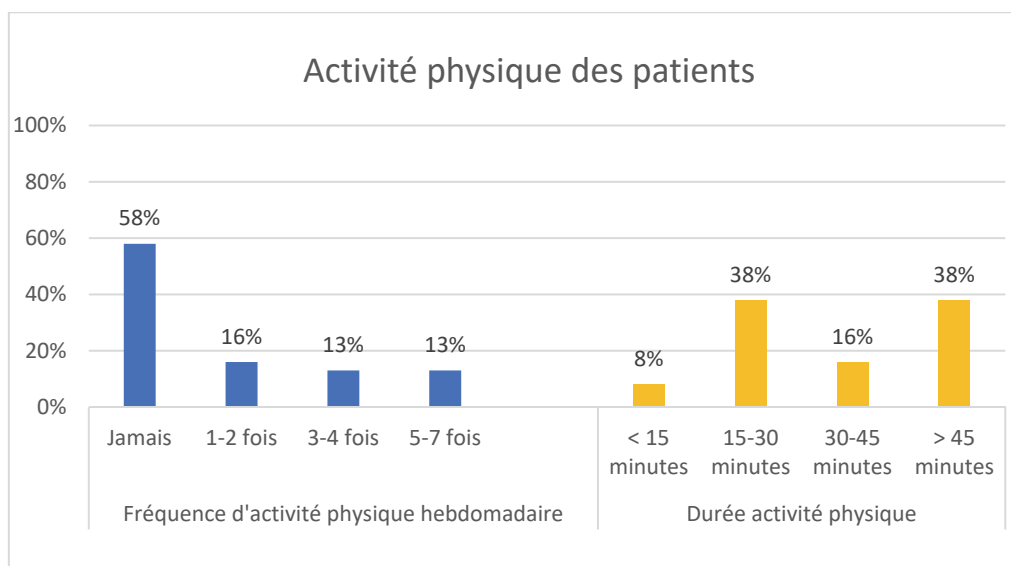


Figure 16. Fréquence et durée de l'activité physique hebdomadaire

Concernant le temps passé à l'extérieur afin d'évaluer une potentielle exposition à la lumière, 29% déclaraient passer moins de 10 minutes à l'extérieur chaque jour et ils étaient 32% à y passer plus de 45 minutes.

Parmi ceux passant moins de 10 minutes quotidienne, à l'extérieur 89% étaient des patients qui ne faisaient jamais d'activité physique. Le manque d'activité physique n'était pas synonyme d'absence de sortie, puisque 55% de ceux passant plus de 45 minutes à l'extérieur étaient des patients ne pratiquant jamais d'activité physique (Figure 17).

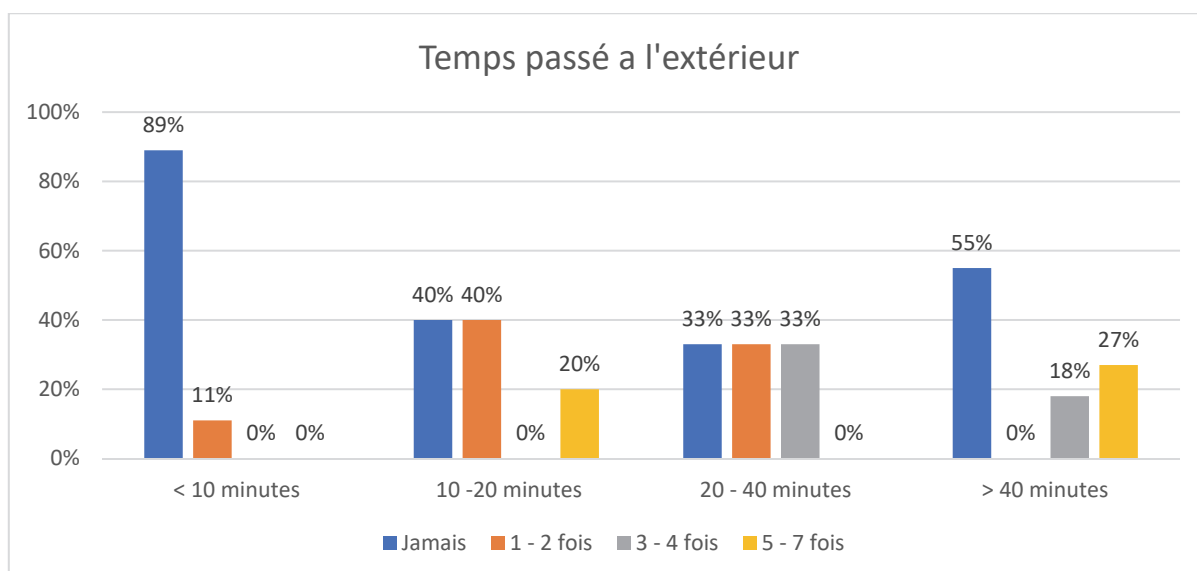


Figure 17. Temps moyen quotidien passé à l'extérieur selon la fréquence d'activité physique hebdomadaire

Quant à la consommation tardive (fixée à 18h ou au-delà) de substances pouvant interférer dans l'apparition du sommeil ou dans la qualité de celui-ci, 6% des patients consommaient du café et 6% de l'alcool (Tableau 17).

SUBSTANCES	Effectif N=31	Pourcentage de l'effectif total N=31 (%)
Café	2	6%
Alcool	2	6%
Thé	0	0%
Tabac	0	0%

Tableau 17. Proportion des patients consommant les substances ci-dessus après 18h

Enfin concernant les différents items développés ci-dessus sur l'hygiène de vie et du sommeil, 32% des patients avaient été informés au moins partiellement par leurs médecins que ceux-ci pouvaient influencer sur la survenue et la qualité du sommeil, cependant aucun d'entre eux n'avaient modifié le ou les facteur(s) posant problème.

E. Objectif secondaire : Satisfaction de la prise en charge de l'insomnie

Les patients étaient pour la plupart, à 58%, « satisfaits » de la gestion de leur insomnie par le corps médical (Figure 18).

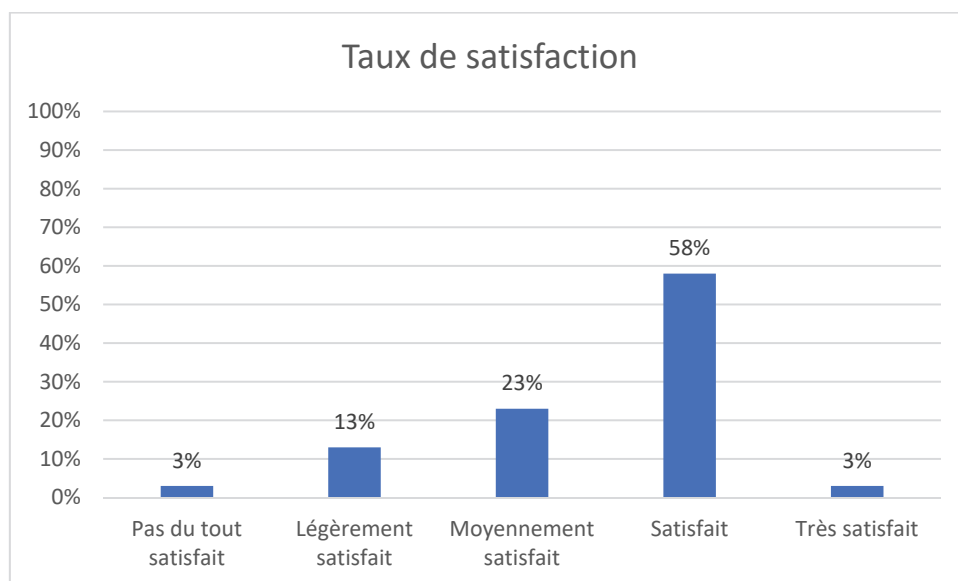


Figure 18. Taux de satisfaction des patients concernant la prise en charge globale de leur insomnie

VII. DISCUSSION

Notre population d'étude était essentiellement féminine et plutôt âgée, quand on sait que selon le rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) 45% avaient plus de 84 ans et que l'espérance de vie à la naissance dans les Bouches du Rhône en 2019 est de 85,7 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes (16). Selon un autre rapport de l'INSEE en 2014, 28% des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur avaient plus de 60 ans, les plus de 85 ans « grand âge » ayant augmenté de moitié sur 15 ans et devraient doubler d'ici 2040 (17). Notre effectif essentiellement féminin s'explique par le fait qu'au-delà de 65 ans le nombre de femmes est supérieur à celui des hommes en France et à partir de 84 ans elles sont au moins 1,5 fois plus nombreuses si on considère chaque tranche d'âge (18). De plus, l'insomnie touche plus souvent les femmes puisque la littérature rapporte un ratio femme/homme de 1.6 (12).

L'IMC moyen était de 24, parmi l'effectif 32% étaient en surpoids ou en état d'obésité. En France, en 2012, la part de surpoids ou d'obésité était de près de 60% chez les plus de 65 ans. Ce taux bas retrouvé dans notre population s'explique en partie par le fait que la prévalence du surpoids diminue avec l'avance en âge et chez les femmes, mais également par le fait que la région n'est pas une zone de forte prévalence (19).

80% de nos répondeurs n'étaient pas institutionnalisés et 58% vivaient seul au domicile, là encore nos données sont conformes à la littérature puisque les personnes âgées en PACA vivent plus souvent à domicile y compris après 85 ans (17).

Dans notre échantillon, 29% des patients déclaraient souffrir d'insomnie chronique, taux supérieur à la prévalence nationale en France qui est de 15 à 20% chez les 18-75 ans (20). Il n'existe pas de données sur la prévalence spécifique à la personne âgée (21). Toutefois, plusieurs études mettent en évidence que 40 à 50% des sujets de plus de 65 ans se plaignent de troubles du sommeil avec pour la plupart une plainte d'insomnie (22)(23). Par ailleurs, les personnes présentant un syndrome dépressif ont 7 à 10 fois plus de risque de souffrir d'insomnie (9). Un syndrome dépressif était retrouvé dans notre effectif dans 35% des cas contre 15 à 20% chez les 18-75 ans (24). Ces différentes données permettent d'expliquer partiellement le taux plus élevé d'insomnie dans notre échantillon. Par ailleurs, notons que 2 personnes ont été exclues car n'ayant pas abordé l'insomnie avec leur médecin. De fait, une étude américaine rapporte que 50% des patients ne déclaraient pas leur problème d'insomnie à leur médecin, sans savoir

si la pathologie était chronique ou non (25). La problématique de l'insomnie semble donc être difficile à estimer.

Parmi les critères diagnostiques de l'insomnie dans notre travail, 71% rapportaient une difficulté d'endormissement, 51% des réveils nocturnes et 32% un réveil matinal précoce. En comparaison, dans l'étude sur le suivi des recommandations HAS en médecine générale, les réponses étaient respectivement pour chacune des données énoncées 75,5%, 61,3% et 42,3% pour les réveils précoces en considérant un panel de patients âgés de 18 à 93 ans (26). 29% de nos patients estimaient avoir une quantité insuffisante de sommeil. Plus que la quantité, c'est la qualité du sommeil qui semble poser problème dans notre étude. L'insomnie évoluait depuis plus d'un an pour 93% des patients et depuis plus de 30 ans pour 25% d'entre eux. Pour 65% de notre effectif, la plainte était quotidienne, pour 5 patients (16%) la plainte était présente un à trois jours par semaine, ce qui ne correspond pas à la définition de l'insomnie chronique, mais il n'a pas été précisé si la fréquence était celle après traitement ou avant l'introduction de thérapeutique. En effet, si le patient prend un traitement hypnotique, cette temporalité n'est plus prise en compte selon les critères de l'ICSD-3.

La latence d'endormissement chez les patients prenant un traitement médicamenteux était inférieure à 15 minutes pour 35% d'entre eux. Cet élément est considéré comme pathologique au-delà de 30 minutes (27). Pour onze patients parmi ceux prenant un traitement médicamenteux, la latence était supérieure à 30 min. 10 patients se plaignaient de difficultés d'endormissement. Pour 3 d'entre eux (soit 30%) la plainte de difficulté d'endormissement n'était accompagnée d'aucun autre symptôme. On peut donc se demander ce qui justifie le maintien du traitement médicamenteux alors que celui-ci ne semble pas apporter d'amélioration majeure.

La définition de l'insomnie du DSM-5 implique la notion d'un retentissement diurne (voir annexe 2), or près de la moitié des patients (48%) rapportait ne pas avoir de retentissement de l'insomnie durant la journée. Notons que les données que nous avons recueillies dans notre étude l'ont été a posteriori du diagnostic d'insomnie par le médecin, et de l'introduction d'un traitement médicamenteux pour certains patients. On observe malgré tout la persistance de critères définissant l'insomnie.

Les trois classifications de l'insomnie (DSM-5, ICSD -3 et CIM-10) ont vu leurs critères diagnostiques et étiologiques se modifier avec le temps. Une grande partie des écrits que l'on retrouve concernant l'insomnie reprennent les anciens critères. Malgré les changements de

classification, la démarche diagnostique s'appuie en premier lieu sur l'interrogatoire du patient et de ses proches (12,23).

Dans leur article sur l'insomnie, Billiard et Dauvilliers rapportent la physiopathologie de celle-ci avec les trois facteurs qui la composent : les facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien. Les facteurs prédisposants ou de vulnérabilité rendent compte de l'hyperéveil du sujet insomniaque, cet hyperéveil est physiologique, cognitif et émotionnel. L'hyperéveil physiologique correspond à la majoration de paramètres comme la fréquence cardiaque, la température. Il existe une activation visible à l'électroencéphalogramme du système nerveux central qui s'oppose au sommeil. L'hyperéveil cognitif est la tendance du sujet à la rumination, une difficulté à contrôler ses pensées. L'hyperéveil émotionnel est le fait que les insomniaques sont émotionnellement plus réactifs, à une situation donnée stressante ils vont mettre plus de temps qu'un non insomniaque à revenir à un état émotionnel de base. Les facteurs précipitants vont être associés au développement de l'insomnie, éléments déclencheurs (facteurs familiaux, professionnels...). Enfin, les facteurs d'entretien correspondent aux mauvais comportements du sommeil et aux croyances erronées sur le sommeil (28).

Pour 30% seulement de notre effectif le problème d'insomnie avait été abordé lors d'une consultation prévue à cet effet. Le patient en a fait principalement état au cours d'une consultation pour un autre motif, parfois en fin de consultation. Or, le diagnostic d'insomnie nécessite d'y consacrer du temps. Le patient doit se voir demander un autre rendez-vous, voire plusieurs, pour avoir une prise en charge thérapeutique la plus adaptée possible (12,26). Après avoir déterminé la nature de la plainte, sa durée, ses répercussions, sa sévérité, le médecin s'attache à savoir si des facteurs environnementaux, un rythme de vie, des mauvaises habitudes concernant le sommeil peuvent expliquer la plainte. Il recherchera également des facteurs déclenchants (12). Les patients de notre étude n'avaient pas identifié de facteur déclenchant dans 52% des cas. Quand il l'était, le deuil revenait en premier lieu dans 23% des cas. Pour 6% la survenue de l'insomnie avait été favorisée par le passage en retraite, le sujet âgé n'a alors plus de contraintes horaires et désorganise son rythme de sommeil (22).

Lors de son interrogatoire, le médecin doit rechercher un autre trouble du sommeil ou une pathologie associée à l'origine de la plainte d'insomnie. Chez le sujet âgé, plusieurs facteurs associés coexistent souvent simultanément et aggravent le trouble du sommeil (12,22). Pour cela, nous avons recherché les causes de réveils nocturnes. Ainsi, 87% des répondants déclaraient avoir systématiquement des réveils nocturnes. Allant de 1 à plus de 4 réveils par nuit, majoritairement 1 réveil pour 39% de l'effectif. Les causes rapportées de ces réveils étaient majoritairement des nycturies pour 74% des patients. Cette dernière entraînait plus de 2 réveils

nocturnes pour 60% des patients sans que ce chiffre ne soit statistiquement significatif. 26% d'entre eux avaient des réveils provoqués par des douleurs. 15% (4 patients) déclaraient avoir des impatiences des membres inférieurs, un patient parmi eux avait un traitement par Sifrol® pour leurs prises en charge. Ces divers éléments sont reconnus comme étant des facteurs comorbides de l'insomnie (28–30). La moitié des patients se plaignant de nycturie avait dans leurs traitements médicamenteux un diurétique ou souffrait d'hypertrophie bénigne de la prostate mais ces données n'ont pu être corrélées à la survenue de la nycturie. Ce d'autant que la nycturie peut être le symptôme d'une apnée du sommeil. Dans notre effectif, 32% des patients étaient en surpoids ou obèse, 6% seulement avaient bénéficié d'une polygraphie. Même si chez le sujet âgé le surpoids est moins souvent associé au syndrome d'apnée du sommeil que chez le sujet jeune (22), celui-ci reste malgré tout un facteur de risque et l'apnée du sommeil doit être recherchée. D'autant que le tableau clinique typique de l'apnée du sommeil n'est pas toujours présent chez le sujet âgé (22). La coexistence d'une insomnie et d'un syndrome d'apnée du sommeil est fréquente (31). La prévalence de l'insomnie chez les patients avec un syndrome d'apnée du sommeil est de 47% à 67% selon les études soit une prévalence d'insomnie plus importante que dans la population générale (31). L'apnée du sommeil, les nycturies et leurs causes, les douleurs, les reflux gastriques etc, en somme tous les facteurs intervenants dans la perturbation du sommeil doivent être recherchés pour optimiser la prise en charge thérapeutique du patient (21). Le médecin doit également rechercher une iatrogénie. Certains médicaments sont connus comme potentiellement insomniants mais leur imputabilité à l'insomnie est difficile, la fréquence de survenue de celle-ci étant faible. On peut citer les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les bêta-mimétiques, les corticoïdes, la thyroxine, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (28).

Le médecin, en plus de l'interrogatoire, dispose d'autres éléments comme l'agenda du sommeil (Annexe 5). Il doit absolument faire partie de la démarche diagnostique des insomnies chroniques (12). Le patient y note de manière quotidienne le matin et le soir, les informations sur ses heures de sommeil, la perception qu'il a eu de son sommeil, la qualité de son éveil, des événements particuliers dans la journée, la prise de traitements. L'agenda sera tenu pendant 1 semaine à quelques mois, il permet de manière subjective d'avoir une meilleure description de l'insomnie, de définir l'efficacité du sommeil et de faire le suivi du sommeil du patient (32). Aucun de nos patients n'avait jamais rempli d'agenda du sommeil.

Le praticien peut également s'appuyer sur des questionnaires du sommeil et sur l'aide d'autres intervenants qu'il s'agisse de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique. 25% des patients avaient été pris en charge par un intervenant autre que leur médecin généraliste. Pour 25% il

s'agissait d'un médecin psychiatre ou neurologue et pour 75% d'une personne impliquée dans leur traitement telle que psychologue, sophrologue ou acupuncteur. Si l'enquête diagnostique évoque un trouble du sommeil nécessitant une exploration complémentaire ou alors si le diagnostic est incertain, qu'il n'existe pas d'amélioration après traitement, le patient doit être dirigé vers un spécialiste du sommeil et au besoin bénéficier d'examen tel que la polysomnographie, la polygraphie ventilatoire ou l'actimétrie.

Pour leurs insomnies, les patients se sont vus prescrire des traitements médicamenteux. Ceux utilisés pour la prise en charge de l'insomnie sont les traitements hypnotiques. Parmi les benzodiazépines hypnotiques, on retrouve l'estazolam (NUCTALON®) et le loprazolam (HAVLANE®). Les molécules apparentées dit composé Z forment la seconde classe d'hypnotiques, elle comprend le Zopiclone (IMOVANE®) et le Zolpidem (STILNOX®) (33). Ils sont fréquemment utilisés mais aucun de ces hypnotiques n'a d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans l'insomnie chronique (12). Les benzodiazépines anxiolytiques non hypnotiques sont également utilisées dans la prise en charge de l'insomnie. En 2015, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a remis un état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France qui rapporte qu'environ 3.5 millions de personnes (5.6% de la population) ont consommé un hypnotique et 6.5 millions une benzodiazépine à visée anxiolytique, les plus de 80 ans étant les principaux consommateurs. A noter tout de même qu'entre 2000 et 2015 la consommation est en baisse même si la France reste au deuxième rang Européen derrière l'Espagne (34).

Ces thérapeutiques médicamenteuses vont agir sur le sommeil en réduisant la latence d'endormissement et en diminuant le nombre d'éveils, améliorant ainsi le temps de sommeil total et l'efficacité du sommeil (13)(15). Ces deux notions sont des paramètres permettant de quantifier le sommeil. Le temps de sommeil total correspond à la différence entre la période de sommeil total (temps passé au lit=durée entre l'heure d'endormissement et le réveil définitif) et la durée de veille intra-sommeil. L'efficacité du sommeil est le rapport entre le temps total de sommeil et la période de sommeil total (32).

Rappelons ici que le sommeil se compose de différents stades. Le stade N1 environ 5% du temps de sommeil correspond à la transition état de veille endormissement, le stade N2 le plus long 50% du temps de sommeil ces deux stades forment le sommeil lent léger, le stade N3 sommeil lent profond occupe 20% du temps et le sommeil paradoxal (SP) 25% du temps de sommeil (29). Avec l'avance en âge, le sommeil lent profond et le SP tendent à diminuer au

profit du sommeil lent léger. Or, les benzodiazépines hypnotiques diminuent également le sommeil lent profond, le SP et augmentent le stade N2, accentuant l'effet du vieillissement physiologique (15)(2). Les patients dorment plus mais le sommeil étant léger, il est moins réparateur.

L'autre problématique réside dans leurs effets indésirables. Les benzodiazépines hypnotiques ont un effet sédatif qui entraîne une somnolence associée à un effet myorelaxant, ces 2 facteurs étant à l'origine d'une augmentation du risque de chute (et donc de leur morbi-mortalité chez le sujet âgé) (35). Ils provoquent aussi l'apparition de troubles cognitifs, syndromes confusionnels. Ils sont inducteurs de dépendance et leur sevrage peut occasionner l'apparition d'insomnie rebond (8)(31).

Les composés Z semblent être pourvoyeurs d'effets indésirables moindres que les benzodiazépines. Ils semblent préserver l'architecture du sommeil sur le stade N3 et le SP. Ils entraînent moins d'insomnie rebond et moins de dépendance (13)(28). N'ayant pas d'effet myorelaxant ils ont été utilisés dans une étude américaine en 2009 pour traiter l'insomnie ou améliorer la compliance à la pression positive continue chez les patients souffrant de syndrome d'apnée du sommeil (31). Toutefois la fiche technique du Vidal® mentionne une contre-indication d'utilisation dans cette pathologie.

Lors de la prescription de ces traitements chez les patients âgés du fait d'un métabolisme plus lent, de potentielles comorbidités et polymédication, il est primordial d'évaluer la balance bénéfice/risque (14). Dans une méta-analyse publiée en 2005, Glass et al. reprend clairement les bénéfices sur le sommeil apportés par les benzodiazépines et molécules apparentées mais également leurs effets indésirables chez le sujet âgé (36).

C'est au vu des effets indésirables des hypnotiques et de leur surconsommation qu'en 2008 la HAS a émis des recommandations de bonne pratique concernant les « modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé »(37).

Dans notre étude, 84% des patients prenaient un traitement médicamenteux et, à l'exception d'un patient, tous prenaient un traitement par benzodiazépine ou apparentés. Dans la classe des hypnotiques, les composés Z étaient prescrits dans 46% des cas et les benzodiazépines dans seulement 8% des cas. Une enquête réalisée dans une pharmacie des Hauts de Seine sur les années 2016 et 2017 retrouvait une diminution de la prescription des benzodiazépines hypnotiques et à l'inverse une majoration de délivrance des composés Z, l'hypothèse avancée à cette augmentation étant la plus courte demi vie de ces molécules et donc des effets résiduels moindres sur la journée avec une meilleure adaptabilité au rythme veille sommeil (38). Dans la

classe thérapeutique des composés Z, la majorité de notre effectif prenait de l'Imovane[®], seul un patient était traité par Stilnox[®] ce qui contredit les données de l'ANSM puisqu'en 2015 le Stilnox[®] était parmi les benzodiazépines et composés Z le traitement le plus prescrit chez les plus de 65 ans (34). En effet, son Tmax plus court le rendrait intéressant dans les difficultés d'endormissement (Annexe 4). L'explication la plus probable réside probablement dans la modification par les autorités en Avril 2017 des modalités de délivrance du Stilnox[®], pour lequel une ordonnance sécurisée est devenue obligatoire (39), entraînant un changement d'habitude de prescription des médecins. Dans son travail de thèse à partir des données de l'assurance maladie, C Bourbon met en lumière une diminution de moitié des prescriptions de Stilnox[®] lors de la mise en place des nouvelles mesures (40).

Concernant les modalités de prescription du traitement médicamenteux, l'information sur la durée brève du traitement à son instauration était rapportée par nos réponders dans seulement 8% des cas, la durée totale de prise médicamenteuse était inférieure ou égale à 4 semaines pour 8% des patients et la prise était quotidienne dans la quasi-totalité de notre échantillon. Les règles de bon usage du médicament de la HAS sont ici peu respectées (33). De plus, l'information dès l'instauration permet de préparer le patient à une prise en charge de courte durée et occasionnelle. Plus encore, 19% des patients traités avaient une association de deux traitements benzodiazépines et apparentés, association pourtant déconseillée et à l'origine d'un surrisque de morbi-mortalité pour les patients (14). Ces posologies sont à mettre en parallèle avec le développement de la tolérance aux benzodiazépines apparaissant avec la chronicité de la prise, l'épuisement de l'effet de la benzodiazépine poussant à majorer les doses pour obtenir le même résultat (34)(41)(15).

Dans notre travail, dans la plupart des cas, l'instauration du traitement survenait relativement tôt dans la prise en charge et pour 32% elle avait lieu à la première consultation. Nous avons cherché à savoir si dans leurs prescriptions les plus récentes les médecins prenaient plus de temps à initier le traitement. Avec une limite établie aux cinq dernières années, nous constatons que les traitements semblaient prescrits dans 70% des cas de notre étude après un mois de suivi de l'insomnie. A l'inverse, les prescriptions les plus anciennes survenaient dans le mois suivant la première consultation pour insomnie dans 69.2% des cas. Cette information n'était pas statistiquement significative mais elle interroge sur la possible sensibilisation des médecins à l'utilisation des benzodiazépines et apparentés dont la prescription est en baisse (34).

Nous avons retrouvé que les patients étaient plutôt satisfaits de leurs traitements médicamenteux avec une note moyenne de 7,7/10 sans que nous ne puissions comparer cette donnée à la littérature.

A noter que d'autres classes médicamenteuses peuvent être utilisées pour améliorer une insomnie. Les antidépresseurs sédatifs à faible dose sont par exemple efficaces même en l'absence de syndrome dépressif associé. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les tricycliques ; mais également les antihistaminiques sont utilisés. Toutefois, tricycliques et antihistaminiques sont à éviter chez le sujet âgé du fait de leur effet anticholinergique, somnolence diurne excessive et risque confusio-gène (28)(35).

Des modifications thérapeutiques avaient été opérées chez nos répondeurs durant leurs hospitalisations, 2 patients avec une bithérapie avaient bénéficié d'une réduction posologique qui selon eux n'avaient pas changé leurs perceptions du sommeil (les traitements étaient pris depuis 1 mois pour l'un et 10 ans pour l'autre), une benzodiazépine à demi-vie courte avait été relayée par une autre de demi-vie longue, le patient avait ressenti une amélioration de son sommeil, et un dernier répondeur avait eu un générique à la place de son princeps et rapportait une aggravation de sa pathologie. En 2016, une enquête pour la caisse nationale d'assurance maladie rapporte une confiance du grand public envers les médicaments génériques à 6,8/10 (42). Cela dit, si le patient doute de son traitement, son efficacité ou la perception de celle-ci sera modifiée. L'absence de majoration de l'insomnie à la diminution de posologie nous amène à considérer que les prescriptions médicamenteuses ne doivent pas être figées, et ce même si elles sont présentes depuis plusieurs années. Par ailleurs, le traitement par benzodiazépine ne doit pas être vu comme à proscrire si la situation l'oblige, le patient doit être soulagé au besoin par un maintien ou une majoration en gardant à l'esprit qu'il faut une réévaluation et que la prise doit rester ponctuelle (33).

En principe, le sevrage médicamenteux doit être proposé à tous les patients car les benzodiazépines et apparentés ne sont pas dénués d'effets secondaires. Chez le sujet âgé, nous l'avons vu plus haut, les particularités du sommeil et son état général poussent à encore plus de prudence. De plus, la iatrogénie est 2 à 7 fois plus élevée après 65 ans (43). Mais le sevrage est rendu difficile par la dépendance physique et psychique induite par les benzodiazépines (44).

Seul 2 de nos patients (8% des patients traités) avaient une durée de traitement inférieure à celle des recommandations qui est de 4 semaines pour les hypnotiques et 12 semaines pour les anxiolytiques, période de décroissance non comprise (33). Nous avons 92% de patients traités au-delà des délais recommandés et pourtant ils étaient 69% à déclarer n'avoir jamais fait de tentative de sevrage.

Une très forte majorité (84%) affirmait que le médecin ne leur proposait « jamais » d'essayer un sevrage lors des renouvellements, la prescription est « automatique ». Un patient traité depuis

2 ans disait que son médecin lui avait dit « qu'il aurait le somnifère à vie ». La HAS, dans ses recommandations pour la pratique clinique sur l'insomnie, reprend les données d'une étude londonienne chez le sujet âgé qui évoque la surestimation par le médecin de la difficulté du sevrage médicamenteux. Le médecin n'est pas le seul responsable puisque les auteurs retrouvaient un manque de motivation des patients et une sous-estimation des inconvénients du traitement (12). D'ailleurs, ils sont 81% de notre effectif à penser que le sevrage médicamenteux n'est pas possible. Beaucoup se sentent incapables « impossible de dormir sans traitement » ou « prise depuis trop longtemps », mais d'autres sont moins francs dans leur discours « j'en ai besoin, ne me fait rien je le sais mais il le faut », « habitude », « je pense que je ne dormirai pas », « je ne sais pas ». Ce sont dans ces derniers cas, avec des patients qui donnent l'impression d'être dans le doute sur leurs capacités, que la sollicitation répétée du médecin et son travail de mise en confiance du patient que les chances d'aboutir à une adhésion à la tentative de sevrage sont les plus élevées.

Parmi les patients qui avaient déjà entrepris un sevrage, dans la moitié des cas ceux-ci étaient à l'origine de la demande. Et dans les 5 patients qui pensaient que le sevrage était possible, 3 répondaient que le médecin ne leur proposait « jamais ». On peut supposer que si le médecin ne propose pas, ces patients risquent de ne jamais avoir accès au sevrage puisque tous les patients ne sont pas entreprenants.

Dans tous les cas, l'arrêt d'une benzodiazépine ou apparentée se fait de manière progressive. Plus la prise est prolongée et les doses importantes, plus la dépendance est forte et le sevrage difficile (44). Il n'y a pas de protocole unique de sevrage. Il se fait évidemment en accord avec le patient, en fonction de ses antécédents, de son traitement pour le sommeil, de la durée de prise et posologie après évaluation de « l'attachement » aux benzodiazépines. L'objectif est l'arrêt total mais une diminution est déjà un bon résultat. La HAS propose d'accomplir le sevrage sur une période de 4 à 10 semaines en faisant intervenir si besoin un spécialiste et en effectuant une surveillance hebdomadaire (37). Bélanger et al. présente un plan de sevrage sur 10 semaines avec réduction progressive de la posologie puis introduction graduelle de nuit sans traitement. Ainsi, initialement et ce pendant quelques semaines, le médecin réduit progressivement les dosages des médicaments. Puis quand le patient se sent prêt, des nuits sans prise médicamenteuse sont introduites. Le patient et le médecin déterminent pour la semaine à venir quels seront les jours où le patient ne prendra pas de traitement. Le patient ne peut en aucun cas modifier les jours de prises. S'il pense avoir du mal à s'endormir durant une nuit mais que le traitement n'est pas autorisé ce jour-là, alors il ne peut le prendre. Cette méthode

permet de faire le sevrage sans que le patient n'associe le fait de dormir à la prise de médicament (15).

Dans notre travail, nous avons pris le parti de ne pas nous attarder sur les thérapeutiques médicamenteuses autres que les benzodiazépines et apparentés. 30% des patients en avaient déjà disposé mais aucune prise n'était en cours au moment des entretiens. Il n'a pas été précisé si le conseil pour la prise avait été donné par le médecin, par un pharmacien ou par un tiers. Leur prescription médicale n'est pas indispensable car ceux-ci sont disponibles en libre accès. En ce qui concerne la phytothérapie, certaines plantes ont des vertus sédatives et sont reconnues dans l'amélioration de l'insomnie, on peut lister Valériane, Eschscholtzia, Aubépine, Passiflore, Coquelicot (45), Houblon, Mélisse. Elles sont disponibles sous différentes forme et posologie, on citera en particulier l'Euphytose[®], une association de plantes. Lorsque les traitements sont vendus dans le cadre d'une prise en charge de l'insomnie, les dosages proposés ne sont pas toxiques mais l'avis du pharmacien peut s'avérer précieux car certaines préparations sont sous dosées et donc moins efficaces. Celui-ci pourra conseiller au mieux le patient dans le choix de la molécule en prenant en compte les contre-indications (46). Les traitements étant en vente libre, les laboratoires ont peu d'intérêt à investir dans des études prouvant leur efficacité, c'est pourquoi elles sont peu nombreuses (47)(28).

La mélatonine est un synchronisateur interne du sommeil, hormone produite par la glande pinéale avec les variations luminosité/obscurité. Sa concentration est maximale durant la nuit. Chez le sujet âgé, sa baisse est établie, c'est pourquoi l'AMM mentionne une prise chez les sujets de plus de 55 ans. Cependant, les études apportant des précisions sur sa diminution chez le sujet âgé ou insomniaque restent contradictoires (12)(28)(35). A noter qu'aucun de nos patients n'en avait utilisé.

La prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique, et d'autant plus chez le sujet âgé, repose en premier lieu sur les traitements non pharmacologiques (12). Dans notre étude, aucun patient n'avait demandé à son médecin une prise en charge autre que le traitement médicamenteux. De plus, 94% des médecins n'auraient pas proposé d'alternatives au traitement médicamenteux et donc pas non plus de TCC. D'après une étude réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes, les recommandations de prises en charge de l'insomnie étaient respectées dans 52.9% des cas. Le non-respect s'expliquerait en partie par le manque d'information. Les auteurs émettent l'hypothèse que les thérapies cognitives et comportementales qui constituent l'axe majeur de la prise en charge non pharmacologique de

l'insomnie chronique ne sont pas proposées car les médecins manquent de connaissances sur le sujet (26).

Un seul patient de notre effectif connaissait la TCC et n'en avait jamais bénéficié. Nous avons donc cherché à savoir si les patients pouvaient être intéressés par ce traitement. Pour se faire, nous leur avons soumis l'idée d'un protocole de soins inspiré de celui proposé par le « Réseau Morphée » (48). Nous leur avons donné des explications sur le principe de la TCC, la dimension cognitive, la dimension comportementale et la dimension éducationnelle (qui permet de renforcer l'implication du patient, en connaissant mieux son trouble il pourra mieux l'appréhender). Puis nous avons expliqué qu'après une prise en charge diagnostique par un médecin, il s'agissait de faire 3 sessions d'environ une heure en petit groupe animé par un psychologue afin d'identifier au mieux leurs problématiques et de les corriger. Les sessions ont lieu tous les 15 jours pour permettre aux patients d'appliquer les consignes reçues. Au décours de cette prise en charge initiale, ils peuvent bénéficier de séances de suivi afin de renforcer leurs acquis.

Seul 13% acceptaient d'essayer ce traitement. Or, pour être efficace les TCC requièrent une bonne participation du patient (28). Parmi les raisons de refus évoquées : un manque d'intérêt, la conviction que le traitement était inefficace, une prise en charge de leur insomnie contrôlée par le traitement médicamenteux, 2 patients ne voulaient pas essayer du fait de leur âge avancé.

D'autres alternatives aux traitements médicamenteux ont été soumises aux patients. 19% étaient prêt à accepter d'essayer la sophrologie, le yoga ou la méditation, plus que pour la TCC. Peut-être l'acceptation plus importante est-elle liée au fait qu'ils connaissent ces alternatives à la différence de la TCC ? 6% auraient pu accepter l'acupuncture. Deux études sur la sophrologie réalisées en France en 2000 et 2012 rapporte une amélioration de la qualité du sommeil sur des paramètres subjectifs (49,50).

Afin de déterminer si des problématiques logistiques pouvaient intervenir dans la décision de prise en charge par la TCC, une question à choix multiples a été posée et pour 48% le fait d'avoir à faire un trajet pour se rendre sur le lieu de soins pourrait éventuellement poser problème. Nous n'avons pas déterminé de manière précise l'état de mobilité de nos patients mais 58% d'entre eux déclaraient ne jamais faire d'activité physique et selon l'INSEE la perte d'autonomie chez les séniors vivant au domicile est plus fréquente dans notre région probablement du fait d'une moyenne d'âge plus élevée. Mais cette perte d'autonomie est également plus importante chez la femme (17). Nous pouvons donc supposer que ce facteur

trajet est limitant du fait de la condition physique de notre panel. 16% étaient gênés par la prise en charge en groupe. L'intérêt de séances en groupe est d'intégrer un échange entre des patients qui souffrent d'une même problématique, les solutions thérapeutiques sont parfois mieux acceptées si elles proviennent d'une personne ayant vécu la même expérience. La prise en charge en groupe permet également de diminuer le coût de la thérapie (48). Concernant le coût, il semblait peu poser problème à nos patients (10%). Toutefois, si dans le réseau Morphée la prise en charge de la TCC est assurée par un financement de l'agence régionale de santé (ARS) de la région Ile de France, un des freins à ces thérapies réside dans leur coût. Robert et al mentionnent dans leur étude de 2019 que le traitement médicamenteux est le seul traitement accessible facilement et remboursé par l'assurance maladie (26). Si on considère l'Imovane 7.5mg, traitement le plus prescrit dans notre population d'étude, selon l'estimation du Vidal® le prix d'une boîte de quatorze comprimés est de 2.08 euros (51) soit pour un mois environ 4.16 euros remboursés à 15% par la sécurité sociale. Avant la tenue d'une commission de transparence par la HAS en 2014, les hypnotiques étaient remboursés à 65% (52). Le coût direct de la prise en charge par hypnotique comprend la consultation médicale, le prix du médicament et éventuellement le coût d'hospitalisation et exploration suite à la prise de ce traitement (41). Pour le patient, ce coût se résume essentiellement au prix de la boîte de médicament, et à une consultation chez le médecin si le renouvellement n'est pas fait pendant un renouvellement de traitements d'autres pathologies. S'il doit payer la consultation, elle sera remboursée partiellement au moins par l'assurance maladie. Dans le cas de la TCC, le patient peut également être remboursé en partie ou totalement si celle-ci est réalisée par un psychiatre. Mais pour une prise en charge par un psychologue, elle n'entre pas dans le cadre des rares remboursements de consultation (53). Le patient devra donc payer. Dans son rapport de juillet 2015 sur l'arrêt des benzodiazépines et molécules apparentées, la HAS affirme que, dans les insomnies qui ne sont pas occasionnelles, les thérapies cognitives et comportementales doivent être favorisées en première intention (54). Or ces thérapies ont un coût qui à l'heure actuelle n'est pas pris en charge de manière efficace par la sécurité sociale.

Celui-ci pourrait être moins conséquent si la TCC était pratiquée par les médecins généralistes. Encore faut-il que ceux-ci se forment à ces techniques et qu'ils puissent y consacrer du temps (12)(15,26) dans des emplois du temps déjà bien chargés (55).

Le nombre de séances était également peu problématique, le choix d'un programme court permettant une meilleure adhésion du patient à la prise en charge dans son entièreté (48).

Les thérapies cognitives et comportementales s'intéressent aux facteurs de vulnérabilité et d'entretien de l'insomnie (28). Les principaux objectifs sont de promouvoir une bonne hygiène

du sommeil, d'éliminer certaines habitudes néfastes et de corriger les conceptions erronées du sommeil (15). Les règles d'hygiène du sommeil vont constituer le premier élément de la prise en charge par TCC. Concernant la partie comportementale, deux techniques sont particulièrement indiquées chez le sujet âgé : le contrôle des stimuli et la restriction de sommeil (30), puisqu'elles vont permettre de restructurer le sommeil (56). Le patient peut également se voir proposer une thérapie de relaxation. Les techniques sont nombreuses relaxation musculaire, biofeedback, technique d'imagerie mentale, méditation respiration diaphragmatique, training autogène de Schultz (13,30).

La thérapie cognitive consiste à modifier les fausses croyances et les attitudes du patient à propos de son sommeil (13). Par exemple « Si je ne dors pas 8h, je ne serai pas en forme », « Si je me réveille avant 3h le reste de la nuit est fichu », « Si je ne suis pas en forme c'est à cause de mes difficultés de sommeil » « J'ai perdu la capacité de dormir » (48). L'idée est de reprendre ces croyances négatives née d'une mauvaise expérience de sommeil et de les remplacer par des substituts plus adaptés, au moyen de techniques de restructuration (28,48). Il existe différentes approches de thérapies cognitives, leurs mises en pratiques vont dépendre du thérapeute et du diagnostic de l'insomnie (56). Tout comme les composantes comportementales qui seront fonction de l'analyse de la plainte de sommeil du patient (15).

Dans notre étude l'horaire de lever était majoritairement compris entre 5h et 7h. Ce qui correspond à l'horaire moyen de lever chez les français âgés de 18 à 75 ans qui est à 6h48 (57). On dénombrait 29% de patients avec un lever précoce avant 5h. L'horaire de coucher était compris pour la plupart des patients (45%) entre 21h et 23h, l'horaire moyen de coucher était 22h30, il est inférieur à l'horaire moyen de coucher en semaine dans la population de 18 à 75 ans qui est à 23h15 (57). Nous avons cherché à savoir si le lieu de vie influait sur l'horaire de coucher. 80% des patients au domicile se couchaient après 21h. En institution, ils étaient 50% à se coucher avant 21h. Les résultats n'étaient pas significatifs. Ce résultat ne concorde pas avec les données de la littérature qui mettent en évidence une avance de phase fréquente en institution (30) du fait du mode de vie avec des horaires de coucher ou du moins des horaires auxquels le patient regagne sa chambre réglementé et survenant tôt dans la soirée. Malheureusement, le fonctionnement actuel des structures permet peu d'adaptabilité au rythme de vie du patient. Il est fort probable que cette donnée n'a pu être mise en évidence devant le faible effectif de patients institutionnalisés de notre étude (6 patients). 45% des patients déclaraient dormir moins de 5h par nuit, une valeur bien inférieure aux 6h55 déclarées dans la population générale chez les 18-75 ans (57). Cette donnée est une estimation du patient, néanmoins il est décrit que les insomniaques ont tendances à sous-estimer leur temps de sommeil (28). Cette information

pourrait être corroborée par exemple par la tenue d'un agenda du sommeil. Concernant les règles d'hygiène du sommeil qui s'appliquent au moment du coucher, un bon environnement constitue l'un des facteurs. Nous pouvons citer par exemple que la chambre ne doit pas être trop chauffée et à l'abri du bruit et de la lumière, la literie doit être confortable etc. Notons d'ailleurs que le sujet âgé est plus vulnérable aux bruits à la chaleur (23). Ceci n'est pas ressorti comme problématique dans notre effectif puisque celui-ci considérait avoir un bon environnement avec une note de satisfaction à 8.1/10, sans donnée comparable à la littérature.

De plus, les horaires de coucher et de lever doivent être le plus fixe possible. Si la maîtrise de l'heure du coucher ne peut être garantie, celle du lever ne doit pas être variable (48). Dans notre échantillon, le coucher était fixe pour 48,4% et le lever pour 61% d'entre eux (pas de comparaison possible dans notre bibliographie).

Parmi les autres règles d'hygiène du sommeil existantes, nous pouvons citer le fait d'introduire un rituel de coucher qui permet d'améliorer le sommeil (tisane, lecture, etc.). Sont à éviter les repas trop copieux le soir, le fait d'aller se mettre au lit tôt et regarder des écrans pour aider à trouver le sommeil (30,48). Or, 74% des patients interrogés avaient pour habitude de regarder des écrans pour favoriser l'endormissement. On se rend compte qu'il s'agit d'une habitude de vie avec l'enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2008 chez les 25-45 ans en population générale et pas seulement chez des insomniaques, qui retrouve que 74% d'entre eux regardent la télévision le soir avant de dormir et 14% s'endormiraient devant (58).

Le contrôle des stimuli vise à renforcer l'association lit/chambre/ sommeil. La chambre est réservée au sommeil : si le patient ne parvient pas à s'endormir, il ne doit pas rester dans la chambre. De même pour le lit, il ne doit pas servir à la lecture, à la consultation d'écran : ordinateur, téléphone, etc. (28,48,59). Or, notre effectif avait pour 74% tendance à rester dans le lit lorsqu'il ne trouvait pas le sommeil, que ça soit au coucher initial ou lors de réveils dans la nuit. La restriction du sommeil permet, en réduisant le temps passé au lit, d'améliorer l'efficacité du sommeil. Au préalable, le patient remplit un agenda du sommeil sur environ 2 semaines et le médecin analyse le temps passé au lit et le temps de sommeil. L'objectif étant initialement de diminuer le temps passé au lit afin que celui-ci se rapproche au mieux du temps de sommeil. La réduction du temps passé au lit permet également de créer une dette de sommeil, ce qui augmente la pression de sommeil, améliorant l'endormissement et la continuité du sommeil (48). Le médecin et le patient fixent des horaires de coucher et de lever que ce dernier devra respecter, week-end compris. Si l'efficacité du sommeil (temps de sommeil/ temps passé

au lit) s'améliore, alors le temps au lit peut être augmenté progressivement jusqu'à obtenir la quantité de sommeil dont le patient a besoin pour se sentir en forme dans la journée (28,60).

Pour notre étude nous avons demandé aux patients s'ils appréhendaient de ne pas réussir à trouver le sommeil étonnement la réponse était « jamais » pour 61% d'entre eux, seuls 16% répondaient « souvent ». Nous n'avons pas retrouvé d'analyse comparative pour ce paramètre. Par ailleurs nous avons cherché à savoir si les patients rapportant une difficulté d'endormissement avaient plus d'appréhension à trouver le sommeil ils répondaient « jamais » à 63,6% les données n'étaient pas statistiquement significatives.

Le sommeil est conditionné par des synchroniseurs internes tels que la mélatonine, d'autres hormones et la température interne mais également par des synchroniseurs externes comme l'activité physique, l'exposition à la lumière, aux variations de température ou des horaires de repas et coucher trop précoces (12)(35). Nous avons investigué sur une partie des règles diurnes de l'hygiène du sommeil telles que la présence ou non de siestes ainsi que leurs caractéristiques, la pratique d'une activité physique, l'exposition à la lumière et la consommation de substances excitantes. Concernant les siestes, 52% des patients déclaraient en faire au moins une par semaine. D'après une enquête de Santé Publique France en 2017 chez les 65-75 ans, il était retrouvé 42.1% des réponders faisant au moins une sieste par semaine. Globalement, la proportion de siestes déclarée augmente avec l'âge, ce qui va dans le sens de nos résultats (57). Une grande majorité de notre effectif ne faisait pas de siestes après 15h. En effet, la sieste tardive perturbe la survenue du sommeil nocturne, les patients devant limiter la fréquence et la durée des siestes (23,30,48). Pour 57% des patients, la sieste durait 30 minutes ou plus alors qu'il n'est pas recommandé de faire des siestes de plus de 30 minutes. Lorsqu'elle était quotidienne, sa durée était significativement plus souvent supérieure à 45 minutes ($p=0.04$). Cette donnée n'était pas comparable à celles de l'enquête de Santé Publique France. Au demeurant, 72,7% des patients vivant seuls au domicile faisaient plus de 4 siestes par semaine. Même si les chiffres n'étaient pas significatifs ($p=0,33$), et même si le fait de vivre seul n'est pas synonyme de solitude au quotidien, on peut se demander si l'isolement favorise l'augmentation de la fréquence des siestes. De fait, sans faire partie des règles d'hygiène du sommeil, le contact social est un synchroniseur du sommeil (23,30).

Dans notre étude, 58% des patients déclaraient ne jamais faire d'activité physique, il est difficile de définir la prévalence de l'activité physique chez les plus de 65 ans, les études étant réalisées en incluant toutes les tranches d'âges (61). Les 38% qui rapportaient des durées d'activités physiques les plus longues (> 45 minutes) étaient parmi ceux qui pratiquaient le plus fréquemment une activité physique. Rappelons que l'activité physique permet un

endormissement plus rapide et une augmentation du sommeil profond (62). Cependant, son efficacité sur le sommeil tient à la durée, il est donc préconisé une activité modérée d'une demi-heure 3 fois par semaine au minimum (62) et elle ne doit pas être faite dans les heures précédant le coucher (48)(30). 29% des patients passaient moins de 10 minutes à l'extérieur chaque jour, ce qui laisse supposer un manque d'exposition à la lumière. Même si les patients allument leurs éclairages, les intensités lumineuses de ceux-ci sont insuffisantes pour inhiber la synthèse de mélatonine dans la journée perturbant le rythme veille-sommeil (35). Par ailleurs, les patients avaient peu tendance à consommer des substances excitantes comme le café et l'alcool en soirée. L'alcool facilite l'endormissement mais entraîne une fragmentation du sommeil (27).

32% des patients avaient reçu de leur médecin des conseils sur l'hygiène du sommeil, aucun n'avait modifié l'élément problématique. A noter que le rappel des règles d'hygiène de sommeil seul n'a pas fait preuve de son efficacité dans l'insomnie en médecine générale, il s'agit d'une bonne base qui doit être associée à d'autres parties du champ de la TCC (12).

Avec un taux de patients qui se déclaraient, concernant la prise en charge de leur insomnie, « très satisfait » à 3%, « satisfait » à 58% et les autres peu satisfait (moyennement, légèrement ou pas du tout), on constate que des améliorations sont encore possible dans le domaine.

Pour en revenir aux TCC, leur efficacité est mise en évidence dans plusieurs travaux. On citera par exemple que son efficacité est plus durable que le traitement par benzodiazépines (23), le sevrage hypnotique lorsqu'il est combiné aux TCC a un meilleur taux de succès et le sommeil est de meilleure qualité (15). A la lumière de ces informations et des recommandations de prise en charge (12) les TCC doivent être proposées bien plus fréquemment. On peut supposer qu'une des raisons de refus des patients est le manque de connaissances sur ces thérapies en effet certains pensent qu'elles sont inefficaces. De plus comme nous l'avons vu les patients sont plutôt satisfait de leur traitement médicamenteux (7,7/10). Bien que les médecins généralistes soient peu formés aux techniques de la TCC, ils peuvent enseigner aux patients les principes basiques de la TCC que sont le contrôle des stimuli et la restriction de sommeil (25). Dans les pathologies chroniques les personnes âgées sont capables d'acquérir des compétences autour de leur maladie et de leur traitement (63), le patient doit être acteur de sa santé.

L'insomnie chronique et ses conséquences ont un coût élevé dans la population générale (12). Ses répercussions sur la santé sont également problématiques. Or la prise en charge des patients est encore loin d'être idéale. Les connaissances des médecins généralistes sont insuffisantes sur le sujet (26). Il semble nécessaire de leur apporter durant les études médicales une meilleure formation aux alternatives non médicamenteuses. La formation continue des médecins

généralistes sur la thématique de l'insomnie permettrait de leur garantir une mise à jour et un approfondissement de leurs connaissances. Par ailleurs les praticiens subissent au cabinet médical la pression des patients qui sont en demande d'un traitement hypnotique (26). A défaut d'une meilleure proposition, les médecins cèdent.

La thématique du sommeil, déclarée comme enjeu de santé publique en 2006, souffre d'un manque d'intérêt de la part des autorités publiques. Cette année-là, elle a fait l'objet de la rédaction d'un « Programme d'actions sur le sommeil » (64). Ce programme listait les actions que l'Etat prévoyait de mettre en place pour apporter aux français une information sur le sommeil. Les différents supports étaient à destination des personnes âgées, des enfants, des personnels éducatifs, des médecins etc. Cependant, les français, comme notre population d'étude, ignorent les différentes solutions thérapeutiques de l'insomnie. Depuis ce rapport des enquêtes épidémiologiques en population générale ont été réalisées de manière relativement fréquentes sur la question spécifique de l'insomnie, mais celles-ci n'ont découlées sur aucune action concrète de prise en charge nationale. La proportion de sujets âgés est amenée à croître dans les années à venir, et donc potentiellement la proportion d'insomniaque. Si les autorités de santé publique souhaitent un changement des pratiques avec la diminution des consommations de benzodiazépines et apparentés, il leur faudra passer par la sensibilisation de la population, à l'aide de la mise en œuvre d'une politique de santé publique plus incitative.

Il nous faut aborder ici les limites de notre travail. L'idée d'un recrutement hospitalier était d'avoir un panel de patients suivis par des médecins généralistes différents afin d'étudier des modalités de prises en charge multiples. Dans le même temps, ce recrutement en milieu hospitalier nous a confrontés à la problématique de l'âge élevé des réponders. La TCC, bien que solution idéale pour le sujet âgé et sa fragilité, va se heurter aux habitudes de celui-ci, et à l'altération de sa forme physique. Comment préconiser l'activité physique chez des personnes dont la mobilité se retrouve réduite par le vieillissement ?

Une autre des limites de notre étude concernait l'inclusion initiale des patients. L'absence de trouble cognitif était déterminée soit objectivement par des tests appropriés (Mini Mental State Examination - MMS), soit parce que les médecins hospitaliers n'avaient pas décelé de troubles cognitifs. La déclaration d'un trouble cognitif était donc parfois subjective. Les questionnaires d'entretien que nous avons réalisés étaient longs. L'ajout d'un questionnaire MMS pour les patients qui n'en avaient pas eu nous semblait être une source complémentaire

« d'épuisement ». La réalisation du MMS et du Questionnaire (Annexe 3) n'aurait pu être opérée dans le même temps.

Par ailleurs, la taille réduite de l'effectif a entraîné un manque de puissance pour les analyses statistiques.

Enfin, la problématique majeure de cette étude concerne le biais de déclaration. Les patients devaient répondre sur des faits anciens.

VIII. CONCLUSION

L'insomnie chronique est une problématique qui concerne tous les âges de la vie, et qui se renforce avec le vieillissement. Elle n'est pas seulement une altération de la qualité ou de la quantité du sommeil, elle est source de développement d'autres pathologies, ce qui rend sa prise en charge essentielle au maintien d'une bonne qualité de vie des personnes. Celle-ci repose sur des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Le sujet âgé par sa fragilité physiologique ou pathologique est plus sensible aux thérapeutiques médicamenteuses basées dans la majorité des cas sur les benzodiazépines et apparentés.

Alors que les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont le traitement de première intention pour la prise en charge de l'insomnie chronique, et malgré leur efficacité reconnue, aucun des patients de l'étude n'en avait bénéficié. Ils étaient même 97% à ne pas avoir connaissance de leurs existences. Notre étude a permis de mettre en évidence que 81% des patients prenaient un traitement médicamenteux par benzodiazépine ou apparentés pour aider à l'amélioration de leur sommeil. Le principal problème n'était pas le recours à ces molécules mais la durée de prise excessivement longue allant bien au-delà des recommandations de la HAS. En effet, pour 28% de l'effectif, la prise de traitement était supérieure à 20 ans. Les patients étaient plutôt satisfaits de leurs traitements médicamenteux, ce qui les rendaient peu disposés à adhérer à une prise en charge par thérapie cognitive et comportementale. Mais la méconnaissance des TCC avant la réalisation de l'étude devait avoir un impact certain dans leur non adhésion. De plus, avec un âge moyen de 84 ans, la population de l'étude se retrouvait confrontée aux limites de sa condition physique qui rendait difficile la mise en œuvre de certains aspects de la TCC. Par ailleurs, le coût, bien que non essentiel pour les patients de l'étude, reste un facteur non négligeable dans ces thérapies.

La réponse des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insomnie chronique réside donc bien trop souvent dans une prescription médicamenteuse alors que celle-ci est délétère à long terme. Les thérapies non médicamenteuses ne sont quasiment jamais proposées et les TCC semblent être peu connues des médecins généralistes. Il paraît indispensable de les promouvoir et de former les médecins à leur utilisation.

La modification des pratiques passe également par l'information de la population générale. Le sommeil doit être mis au cœur de la santé publique. De fait, le dernier programme de santé publique sur ce sujet « programme d'actions sur le sommeil » date de 2006. Des campagnes d'informations (expliquer que le médicament n'est pas la seule solution) semblent nécessaires mais aussi le remboursement de ces thérapies, si on veut espérer diminuer la consommation des benzodiazépines et apparentés dans l'indication d'insomnie chronique.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sommeil [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sommeil>
2. Nonnonhou DV. Le Sommeil chez le Sujet âgé. :62.
3. Fiche_sommeil.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: http://www.sfrms-sommeil.org/IMG/pdf/Fiche_sommeil.pdf
4. wcms_118388.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/publication/wcms_118388.pdf
5. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/troubles-du-sommeil-lenfant-ladulte>
6. Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vitiello M. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*. 1 déc 2004;27:1255-73.
7. Vecchierini DMF. Evolution du sommeil avec l'âge. :43.
8. Thierry DV. Le sommeil du sujet vieillissant. :134.
9. Insomnie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>
10. Staner L. Chapitre 1. Classification des troubles du sommeil [Internet]. Sommeil et psychiatrie. Dunod; 2016 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/sommeil-et-psychiatrie--9782100749560-page-1.htm>
11. Elsevier. Insomnie chez l'adulte [Internet]. Elsevier Connect. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/insomnie-chez-ladulte>
12. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*. déc 2007;4(14):5-27.
13. Doucet J, Kerkhofs M. Exploration du sommeil chez l'adulte et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie*. 1 juill 2004;1(3):176-87.
14. Troubles du sommeil: stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1500930/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees
15. Bélanger L, Vallières A, Morin CM. Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés. *Can Fam Physician*. 10 août 2006;52(8):968-73.
16. Espérance de vie en 2019 | Insee [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>

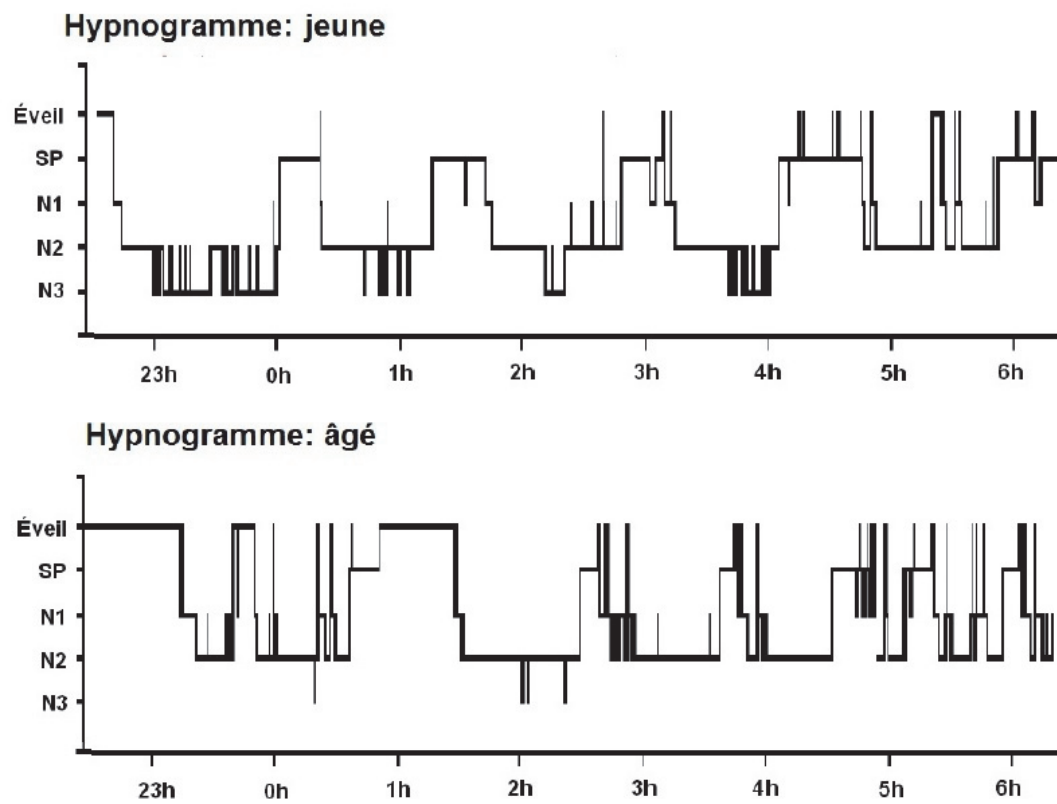
17. Perte d'autonomie des seniors à domicile : plus fréquente en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur - 41 [Internet]. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3557984>
18. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
19. obepi_2012.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
20. Insomnie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>
21. Plaintes du sommeil-Insomnie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_937775/fr/plaintes-du-sommeil-insomnie
22. Nguyen-Michel VH, Lâm XY, Sebban C. Le sommeil et ses troubles chez le sujet âgé. *L'information psychiatrique*. 2010;Volume 86(1):57-65.
23. Onen F. Insomnie du sujet âgé. *Médecine du Sommeil*. 1 sept 2005;2(5):11-6.
24. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
25. *American Family Physician*. 2009;79(2):6.
26. Robert C, Villain C, Fayard F, Urbain F. Insomnie en médecine générale : estimation de la conformité des prises en charge aux recommandations de l'HAS-SFTG et ses déterminants. *Médecine du Sommeil*. 1 déc 2019;16(4):254-61.
27. *Guide de Pratique*. 2013;132.
28. Billiard M, Dauvilliers Y. Insomnie. *EMC - Neurologie*. 1 juill 2004;1(3):209-22.
29. Blain H, Dauvilliers Y. Troubles du sommeil fréquemment observés chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 févr 2010;10(55):6-13.
30. Blain H, Dauvilliers Y. Prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 févr 2010;10(55):14-20.
31. Mollo J-L. Insomnie et syndrome d'apnée obstructive du sommeil : une liaison dangereuse. *Médecine du Sommeil*. 1 oct 2014;11(4):197-205.
32. Rey M. L'agenda de sommeil. *Médecine du Sommeil*. 1 déc 2005;2(6):33-6.
33. bzd_insomnie_v2.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf
34. *Etat des lieux de la consommation des benzodiazepines en France*. :60.
35. Montemayor T. Sommeil du sujet âgé : Évolution, troubles et prise en charge. *Médecine du Sommeil*. 1 mars 2008;5(15):5-9.

36. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 nov 2005;331(7526):1169.
37. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
38. Berliet C. Insomnie, rôle de l'équipe officinale. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 sept 2019;58(588, Supplément):11-3.
39. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
40. document.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02161830/document>
41. Touitou Y. Médicaments du sommeil et de la vigilance Troubles du sommeil et hypnotiques. :9.
42. dp_medicaments_generiques.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_medicaments_generiques.pdf
43. Netgen. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée : que devons-nous savoir ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-76/31613>
44. Radan C. Benzodiazépines, du traitement au sevrage. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2017;56(564):46-8.
45. Goetz P. Phytothérapie de l'insomnie. *Phytothérapie*. 1 févr 2011;9(1):38-41.
46. Fonteneau J-M. La phytothérapie au service du patient insomniaque. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 sept 2019;58(588, Supplément):14-6.
47. Hennebelle T, Sahpaz S, Bailleul F. Plantes sédatives : évaluation pharmacologique et clinique. *Médecine du Sommeil*. 1 sept 2007;4(13):4-14.
48. Londe V, Royant-Parola S, Liane M-T, Storch Y, Dagneaux S, Aussert F, et al. Prise en charge de l'insomnie chronique : les ateliers insomnie du Réseau Morphée. *Médecine du Sommeil*. 1 oct 2011;8(4):166-72.
49. Delatte E. Prévention des troubles du sommeil des seniors par la sophrologie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2013;13(77):280-5.
50. Stal V, Meyer A, Houlette G, Watsubo Y, Elbaz M, Leger D. Efficacité de la sophrologie dans le traitement de l'insomnie chronique. :2.
51. IMOVANE 7,5 mg cp pellic séc [Internet]. VIDAL. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>

52. Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite
53. Expérimentation du remboursement des psychologues libéraux [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.sfpsy.org/spip.php?article422>
54. [fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines_2015_06_17.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines_2015_06_17.pdf) [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines_2015_06_17.pdf
55. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
56. Adam P. Pleine conscience et insomnie : état des connaissances. Médecine du Sommeil. 1 juin 2016;13(2):56-64.
57. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
58. SPF. Les Français en manque de sommeil. [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: </notices/les-francais-en-manque-de-sommeil>
59. Goulet J. Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie : manuel d'information destiné aux patients. 2013;22.
60. [fiche_patient_restriction_sommeil.pdf](http://www.bichat-larib.com/source/docs/fiche_patient_restriction_sommeil.pdf) [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/source/docs/fiche_patient_restriction_sommeil.pdf
61. [expcol_2015_chutes_08ch.pdf](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/expcol_2015_chutes_08ch.pdf?sequence=16&isAllowed=y) [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/expcol_2015_chutes_08ch.pdf?sequence=16&isAllowed=y
62. [Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf) [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf
63. Legrain S. Education thérapeutique du sujet âgé. :76.
64. Bertrand X. Ministre de la Santé et des Solidarités. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2006;7(2):3.

X. ANNEXES

ANNEXE 1 : Hypnogramme en fonction de l'âge : sujet jeune et sujet âgé



ANNEXE 2 : Critères diagnostiques du trouble d'insomnie chez l'adulte selon le DSM-5

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

ANNEXE 3 : Questionnaire de thèse

Epidémiologie

- Sexe : Féminin Masculin
 - Age ?.....
 - IMC ?.....
 - Médecin traitant, ville d'exercice ?.....
 - Avez-vous des problèmes de santé ? Si oui lesquels ? Traitements ?.....
 - Mode de vie :
- Seul Avec conjoint Enfant(s) Domicile particulier Autonome en résidence senior
- Maison de retraite

Diagnostic de l'insomnie

- Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie ?.....
 - Votre problème d'insomnie a-t'il été abordé la première fois lors d'une consultation uniquement pour ce motif ?
- Oui Non, au cours d'une consultation pour renouvellement des traitements Non, au cours d'une consultation pour un autre motif
- Votre insomnie est-elle apparue suite à un événement particulier ?
- Deuil Annonce de maladie Hospitalisation Non Autre :
- Quel est votre problème ? (Plusieurs choix possibles)
- Quantité insuffisante de sommeil Difficultés d'endormissement Réveils nocturnes
- Réveil matinal précoce
- Cette insomnie a-t-elle un retentissement sur votre quotidien ?
- Fatigue Somnolence diurne Troubles de l'humeur : Irritabilité Trouble de la mémoire, de l'attention Pas de retentissement Autre :
- Nombre de nuits problématiques par semaine
- 1-2 3-6 7
- Combien de temps vous faut-il pour vous endormir sans traitement ?
- 0-15 min 15-30 min 30-45 min > 45 min
- Combien de temps vous faut-il pour vous endormir avec traitement ?
- 0-15 min 15-30 min 30-45 min > 45 min

(suite Annexe 3)

Habitudes de vie et sommeil

- Restez-vous au lit jusqu'à trouver le sommeil ?
Oui Non
- Le soir appréhendez-vous le fait de ne pas réussir à trouver le sommeil ?
Jamais Rarement Souvent Tous les jours
- Regardez-vous la télévision ou d'autres écrans pour vous aider à vous endormir ?
Oui Non
- Avez-vous un horaire de coucher fixe ?
Oui Non
- Avez-vous un horaire de lever fixe ?
Oui Non
- Heure de coucher :
- Heure de lever :
- Combien de temps estimez-vous dormir chaque nuit ?
- De manière générale combien de fois vous réveillez vous chaque nuit ?
0 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois ou plus
- Dans la semaine faites-vous des siestes ?
Jamais 1-3 par semaine 4-6 par semaine Tous les jours
- Durée des siestes
<15 min 15-30 min 30-45 min > 45 min
- Vous arrive-t-il de faire des siestes après 15 h ?
Jamais Rarement Souvent Très souvent
- Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité physique ?
Jamais 1-2 fois 3-4 fois 5-7 fois
- Durée de l'activité physique
<15 min 15-30 min 30-45 min > 45min
- Combien de temps en moyenne passez-vous à l'extérieur tous les jours ?
< 10 min 10-20 min 20-40 min >40 min
- Consommez-vous ces substances après 18 h ?
Café Thé Alcool Tabac
- Concernant les réponses précédentes " habitudes de vie et sommeil ", votre médecin vous a t'il dit que ces facteurs pouvaient influencer sur votre sommeil ?
Oui Non

(suite Annexe 3)

- A la suite de cela avez-vous modifié certaines de vos habitudes, si oui lesquelles et comment ?

- Avez-vous déjà rempli un agenda du sommeil ?

Oui Non

- Pensez-vous que votre environnement de sommeil soit optimal (absence de bruit, température de la chambre, obscurité, absence d'écran, repas léger le soir, bonne literie) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Environnement inconfortable Environnement tout a fait optimal

- Etes-vous systématiquement réveillé dans la nuit par ces symptômes ?

Des douleurs Des envies d'uriner Un sentiment de difficulté à respirer Un reflux gastro œsophagien Impatiences des jambes Autre :

Prise en charge

- Avez-vous déjà bénéficié de... ?

Polysomnographie Polygraphie ventilatoire Actimétrie Aucun de ces examens

- Dans le cadre de votre insomnie, vous êtes-vous entretenus avec ... ?

Psychothérapeute Sophrologue Ostéopathe Acupuncteur Hypnothérapeute
Psychiatre/ Gériopsychiatre Gériatre Neurologue Médecin de la douleur Aucun

- Avez-vous consulté dans un centre du sommeil ?

Oui Non

- Connaissez-vous la thérapie cognitive et comportementale ?

Oui Non

- En avez-vous déjà bénéficié ?

Oui Non

- Avez-vous déjà été ou êtes-vous traité pour un syndrome anxio-dépressif ?

Jamais Anciennement En cours de traitement

- Avez-vous déjà pris ces traitements pour la prise en charge de votre insomnie ?

Homéopathie Phytothérapie (Valériane, Passiflore, Aubépine...) Euphytose
Mélatonine

(suite Annexe 3)

- Dans quel délai un traitement médicamenteux (hors homéopathie et phytothérapie) vous a-t'il été prescrit ?

Première consultation

< 1 mois 1-3 mois 3-6 mois > 6 mois Jamais aucune prise de traitement médicamenteux

- Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux pour votre insomnie ?

Oui Non

- Lors de la prescription votre médecin vous a-t'il dit que le traitement devait être pris sur une courte durée ?

Oui Non

- Lequel ? Posologie ?.....

- Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement ?.....

- Prenez-vous le traitement tous les jours ?

Oui Non

- Combien de traitement médicamenteux différents avez-vous eu avant celui que vous prenez actuellement ?.....

- Etes-vous satisfait de votre traitement médicamenteux ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfait Tout à fait satisfait

- Votre traitement de l'insomnie a-t'il été modifié durant votre hospitalisation ?

Oui Non

- Si oui cette modification a-t-elle eu un impact sur votre sommeil ?

Absence de modification Amélioration Aggravation

- Avez-vous déjà fait une tentative de sevrage du traitement médicamenteux ?

Oui Non

- Si oui qui était à l'origine de la demande de sevrage ?

Vous Votre médecin Pharmacien Autre

- Votre médecin vous propose-t'il régulièrement de diminuer ou d'arrêter votre traitement médicamenteux ?

Jamais Rarement Assez fréquemment A chaque consultation

(suite Annexe 3)

- Pensez-vous qu'il soit possible pour vous d'arrêter complètement le traitement médicamenteux ?

Oui Non

- Pourquoi ?.....

- Avez-vous demandé à votre médecin une prise en charge autre que le traitement médicamenteux ?

Oui Non

- Si oui laquelle ?.....

- Votre médecin vous a t'il déjà proposé des alternatives au traitement médicamenteux ?

Oui Non

- Si oui lesquelles ?.....

- Seriez-vous disposé à une prise en charge par thérapie cognitive et comportementale ? (3 à 5 séances d'environ 1h30, explication orale sur ce qu'est la TCC)

Oui Non

- Pourquoi ?.....

- Quels éléments pourraient être des freins à la prise en charge par TCC ?

Transport/ Trajet Coût potentiel Nombre de séances Séances en groupe

- Accepteriez-vous une prise en charge de votre insomnie par ces différentes méthodes ?

Sophrologie Yoga, Méditation Acupuncture Ostéopathie

Hypnothérapie Luminothérapie Aucune

- Globalement comment estimez-vous la prise en charge de votre insomnie ? (Explications du problème, traitements médicamenteux ou non, réévaluation, amélioration)

Pas du tout satisfait Légèrement satisfait Moyennement satisfait Satisfait Très satisfait

ANNEXE 4 : Hypnotique et leurs caractéristiques pharmacologiques

Dénomination commune internationale	Spécialité	Tmax	T1/2 (demi-vie)
Estazolam	Nuctalon®	15 à 30 minutes	17 heures
Loprazolam	Havlane®	1 heure	8 heures
Lormétazépam	Noctamide®	3 heures	10 heures
Nitrazépam	Mogadon®	2 heures	16 à 48 heures
Zolpidem	Stilnox®	0,5 à 3 heures	0,7 à 3,5 heures
Zopiclone	Imovane®	1,5 à 2 heures	5 heures

ANNEXE 5 : Exemple agenda du sommeil

DATE	HEURES																				Appréciation par :			TS	TL	Efficience	traitement et commentaire
	Nuit du ... au...																				TB - B - Moy. - M - TM	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL				
EXEMPLE																					M	TM	Moy				
11/10																					TM	Moy	TM	3	7		
12/10																					M	Moy	M	5	7		
13/10																					M	Moy	M	4	7		
14/10																					TM	Moy	TM	3	8		
15/10																					Moy	B	M	5	7		
16/10																					Moy	B	Moy	4	6 1/2		
17/10																					TM	M	M	2	8		ris fatigue épuisé
18/10																					M	M	TM	4	8		
19/10																					M	Moy	M	4	8		
20/10																					M	Moy	M	4 1/2	7		
21/10																					Moy	Moy	M	5 1/2	9 1/2		
22/10																					Moy	Moy	Moy	5	8		
23/10																					Moy	Moy	Moy	5	6 1/2		
24/10																					TM	Moy	Moy	1 1/2	8		
24/10																					TM	Moy	M	2	7 1/2		

↓ heure de mise au lit
 ↑ heure du lever
 [shaded box] long réveil
 [R R R] 1/2 sommeil
 S Somnolence dans la journée
 ^
 TS = Temps de Sommeil
 TL = Temps passé au lit

XI. ABBREVIATIONS

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CIM-10 : classification Internationale des maladies 10

DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorder 5

HAS : haute autorité de santé

ICSD-3 : international classification of sleep disorder 3

IMC : indice de masse corporelle

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

MMS : mini mental state examination

TCC : thérapie cognitive et comportementale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le sommeil est primordial. Nous y consacrons un tiers de notre vie. Il a une fonction récupératrice, intervient dans les systèmes immunitaire et cognitif. Le sommeil est en constante évolution et, avec le vieillissement, sa qualité peut être diminuée. Avec une prévalence de 15 à 20% en France, l'insomnie chronique est un des troubles du sommeil. Sa prise en charge thérapeutique repose sur des traitements médicamenteux et non médicamenteux dont la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Or, la fragilité et les potentielles comorbidités des sujets âgés les rendent sensibles aux médicaments. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'offre de soins proposée par les médecins généralistes aux patients âgés souffrant d'insomnie chronique afin de déterminer la place de la TCC dans celle-ci. Les objectifs secondaires étaient d'une part d'analyser l'hygiène de vie liée au sommeil des patients et d'autre part de déterminer leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge.

Matériels et méthode : L'étude était observationnelle, descriptive et multicentrique menée du 5 Juin au 1^{er} Octobre 2020. Les patients de plus de 65 ans, sans troubles cognitifs, déclarant présenter une insomnie évoluant depuis plus de trois mois et pour laquelle ils avaient consulté leurs médecins généralistes étaient inclus. Des entretiens individuels ont été réalisés afin de recueillir leurs réponses.

Résultats : 31 patients ont été inclus. 87% de l'effectif était féminin, l'âge moyen était de 84,4 ans et 20% des patients étaient institutionnalisés. 84% de l'effectif prenaient un traitement médicamenteux pour la correction de l'insomnie et dans 96% des cas il s'agissait d'une benzodiazépine ou d'une molécule apparentée. Les patients avaient des durées de prises médicamenteuses supérieures à 1 an dans 80% des cas. 69% de ceux qui prenaient un traitement n'avaient jamais fait de tentative de sevrage. Les patients étaient plutôt satisfaits de leur traitement médicamenteux. A une très forte majorité (97%) les patients ne connaissaient pas la TCC. Seuls 13% étaient prêts à tenter cette approche pour traiter leur insomnie. Les difficultés d'endormissement (71%) et les réveils nocturnes (51%) étaient les plaintes les plus fréquentes. Les causes de réveils étaient majoritairement les nycturies, les douleurs et les impatiences des membres inférieurs. 26% des patients faisaient une sieste quotidiennement. Concernant la prise en charge de leur insomnie, les patients étaient « satisfaits » dans 58% des cas.

Conclusion : Dans la grande majorité des cas, un traitement médicamenteux pour lutter contre l'insomnie chronique était présent. Les TCC, pourtant traitement de première intention, n'étaient jamais proposées et les patients n'étaient pas désireux de les tester.

Mots clés : insomnie – sujet âgé – thérapie cognitive et comportementale

ABSTRACT

Introduction: Sleep is essential. We devote a third of our life to it. It has a recuperative function, intervenes in the immune and cognitive systems. Sleep is constantly changing, and with aging its quality may be diminished. With a prevalence of 15 to 20% in France, chronic insomnia is one of the sleep disorders. It is described as the disturbance of sleep parameters and leads to an impact on people's daily lives. Its therapeutic management is based on pharmacologic and nonpharmacologic treatments including cognitive behavior therapy (CBT). The frailty and potential co-morbidities of older adults make them susceptible to drugs. The objective of our study was to evaluate the supply of care offered by general practitioners to elderly patients with chronic insomnia

Materials and methods : The study was observational, descriptive and multicentric from June 5 to October 1, 2020. Patients over the age of 65, without cognitive impairments, who reported experiencing insomnia that had progressed for more than three months and for which they had consulted their general practitioners, were included. Individual interviews were conducted in order to collect their responses.

Results : 31 patients were included. 87% of the workforce was female, the average age was 84.4 years and 20% of patients were institutionalized. 84% of patients were taking medication for the correction of insomnia and in 96% of cases it was a benzodiazepine or non-benzodiazepine hypnotics. Patients had medication intake times greater than 1 year in 80% of cases. 69% of those taking treatment had never tried to quit. Patients were quite satisfied with their drug treatment. A very large majority of patients did not know the CBT (97%). Only 13% were willing to try this approach to manage their insomnia. Difficulty falling asleep (71%) and nocturnal awakening (51%) were the majority of complaints. The causes of awakenings were mainly nocturia, pain and restless leg syndrome. 26% of patients took a nap daily. Regarding the management of their insomnia, patients were «satisfied» in 58% of cases.

Conclusion : In the vast majority of cases, drug treatment was initiated. CBTs, although a first-line treatment, were never offered and patients were unwilling to test them.

Keywords : insomnia – elderly – cognitive behavior therapy