



HAL
open science

Etat des lieux de la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes de la Somme

Thibault Cabaret

► **To cite this version:**

Thibault Cabaret. Etat des lieux de la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04495575

HAL Id: dumas-04495575

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04495575>

Submitted on 8 Mar 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2023

Thèse n° : 2023-198

Etat des lieux de la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes de la Somme

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2023

Par Thibault CABARET

PRESIDENT DU JURY:

Monsieur le Professeur William SZURHAJ

JUGES:

Monsieur le Professeur Youssef BENNIS

Madame la Docteur Marie-Cécile BEAUDOIN

DIRECTEUR DE THESE:

Monsieur le Docteur Charles-Antoine LACHARME

Au président de mon jury

Monsieur le Professeur William SZURHAJ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service de Neurophysiologie Clinique

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse en donnant votre expertise sur ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon juge

Monsieur le Professeur Youssef BENNIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Pharmacologie clinique

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A mon juge

Madame la Docteure Marie-Cécile BEAUDOIN

Médecin généraliste – Praticien Hospitalier contractuelle
Centre de santé sexuelle

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Charles-Antoine LACHARME

Médecin urgentiste – Praticien hospitalier

Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci pour ton aide précieuse dans ce travail et de m'avoir guidé tout au long de cette écriture. Que de chemin parcouru depuis le lycée, ton amitié m'est précieuse.

Je dédie cette thèse,

A Maman qui m'a donné le goût de prendre soin de l'autre, Iris qui m'a offert la chance d'être papa et m'a donné le « permis bébé » tant utile lors de mes premiers examens du nourrisson, vous me manquez. Vous serez toujours à mes côtés.

A mes sœurs, parfois loin des yeux mais toujours près du cœur.

A mes amis, j'ai de la chance de vous avoir et pour certains depuis l'école maternelle, vous êtes ma famille et je vous aime. On peut remercier Frank de m'avoir appris quelques secrets de cuisine, hâte de vous retrouver autour d'une bonne tablée.

A mes amis docteurs, je vous ai suivi, loin derrière mais j'ai fini par atteindre la ligne d'arrivée, merci de m'avoir montré la voie. Et non désolé Margaux pas d'écriture inclusive, je trouverai un autre moyen de défendre le féminisme.

A Marion et Franek pour votre soutien dans la vie et pour ma thèse. Merci pour ce gros travail de relecture et de correction. Les châtelains de Dury sont toujours là. Heureux et fier de faire partie de votre vie et de celle de vos enfants.

A Oriane et Charly qui ont su me motiver pour commencer ce travail, jusqu'à venir à l'autre bout du monde, j'aurais pu oublier...

Max, Flo les frères spécialistes de l'orchidoplastie, elle peut toujours compter sur vous.

A Charles je suis heureux de dire que j'ai fini avant ton fils.

A Marie, Quentin, Jeanne et Arsène, je sais qu'il y aura toujours une place auprès de vous. Rien ne vaut de se retrouver au coin d'un bon feu de cheminé accompagné de bonnes musiques en votre compagnie.

A Ben, Allan, Quentin, l'amitié ne se mesure pas à la distance ou au temps passé ensemble.

A ceux qui ont partagé notre aventure dans les îles, et pour certains y sont toujours, le futur est plein de promesses.

A ma belle famille en or, j'ai de la chance de vous avoir, Saint Maxent est comme ma maison.

A Sophie la seule, la vraie, l'unique, trop peu de mots peuvent décrire mon amour, ton soutien indéfectible dans toutes nos épreuves (la thèse n'étant pas la pire) qui me renforce jour après jour et au petit bout de vie qui grandit en toi.

A Esmée ou Auguste, le modèle est encore à déterminer, tu feras notre bonheur j'en suis sûr.

Au sommeil qui parfois m'a fait défaut pendant ce travail.

ABREVIATIONS UTILISEES

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ASMR: Amélioration du Service Medical Rendu

ATP: Adénosine-Triphosphate

BZD: Benzodiazépine

BZDa : Benzodiazépine apparentés

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition

Ex : Exemple

HAS: Haute Autorité de Santé

ICSD 3: International Classification of Sleep Disorders third edition

ISI: Index de Sévérité de l'Insomnie

MG : Médecin Généraliste

NSC : Noyau supra chiasmatique

PSQI : index de qualité du sommeil de Pittsburgh

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

RHD: Règle hygiéno-diététique

TCC-I: Thérapies Cognitivo-Comportementales de l'Insomnie

VLPO : noyau ventrolatéral préoptique

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS UTILISEES	13
I) INTRODUCTION	16
1. DEFINITION DE L'INSOMNIE.....	16
2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INSOMNIE EN FRANCE.....	17
3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INSOMNIE.....	18
4. REPERCUSSIONS DE L'INSOMNIE.....	20
5. DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE.....	20
6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSOMNIE PAR LE MEDECIN GENERALISTE.....	23
6.1 <i>Traitement par thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)</i> ..	23
6.1.1 <i>Hygiène du sommeil</i>	24
6.1.2 <i>Thérapie par contrôle du stimulus</i>	24
6.1.3 <i>Restriction du temps passé au lit</i>	25
6.1.4 <i>Thérapie cognitive</i>	25
6.1.5 <i>Relaxation</i>	25
6.2 <i>Traitement médicamenteux</i>	25
6.2.1 <i>Les hypnotiques benzodiazépiniques ou apparentés</i>	25
6.2.2 <i>Les antidépresseurs sédatifs</i>	26
6.2.3 <i>Les antihistaminiques H1 première génération</i>	26
6.2.4 <i>Mélatonine</i>	26
6.2.5 <i>Phytothérapie et thérapie alternative</i>	27
6.2.6 <i>Les antagonistes des récepteurs à l'orexine</i>	27
II) MATERIELS ET METHODES	28
1. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	28
2. MATERIEL.....	28
3. METHODE.....	29
III) RESULTATS	30
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE:.....	30
2. PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE.....	33

IV) DISCUSSION	45
1. FORCE ET BIAIS DE L'ETUDE	45
2. L'INSOMNIE EN CONSULTATION	45
3. DIAGNOSTIC	46
4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	47
5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSOMNIE EN PREMIERE INTENTION	48
6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSOMNIE EN DEUXIEME INTENTION	50
7. LES BENZODIAZEPINES ET APPARENTees.....	51
8. FREINS A LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE.....	53
V) CONCLUSION.....	54
VI) BIBLIOGRAPHIE	56
VII) ANNEXES.....	64
1. LETTRE DE PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS	64
2. QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS	64
3. LES 8 CATEGORIES D'INSOMNIE SELON ICSD 3.....	69
4. CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE D'INSOMNIE CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE SELON ICSD 3	70
5. SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	71
6. AGENDA DU SOMMEIL	72
7. INDEX SEVERITE INSOMNIE.....	73
8. RESTRICTION DU TEMPS PASSE AU LIT	74

I) INTRODUCTION

Avant propos

Le sommeil est un état physiologique périodique de l'organisme pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations amoindrie (1).

L'Homme passe un tiers de sa vie à dormir. Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental. Une durée de sommeil de 7 à 8 heures par jour est la plus favorablement associée à la santé chez les adultes et les personnes âgées (2).

Selon santé publique France en 2017 le temps de sommeil total des adultes dans la semaine était en baisse avec une moyenne de 6 heures 42 minutes par 24 heures (3).

Le sommeil est un des piliers pour une bonne santé, pourtant sa qualité est trop souvent reléguée au second plan et les troubles qui en découlent ont des répercussions importantes.

Les médecins généralistes jouent un rôle primordial dans la prise en charge de l'insomnie. En tant que premiers professionnels de santé consultés par les patients, ils sont souvent confrontés à des demandes de soins liées à ce trouble. Les médecins généralistes ont pour responsabilité d'évaluer, de diagnostiquer et de proposer des traitements adaptés à l'insomnie. Cependant, il est essentiel de comprendre l'état actuel de la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes afin d'identifier les lacunes et les opportunités d'amélioration.

1. DEFINITION DE L'INSOMNIE

L'insomnie est définie par l'ICSD 3(4) (*International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed*) comme un trouble persistant portant sur l'initiation, la durée, le maintien ou la qualité du sommeil, trouble qui se manifeste en dépit de circonstances et d'occasions satisfaisantes pour le sommeil et qui retentit sur le fonctionnement de la personne au cours de la journée.

Le terme « insomnie » sera défini implicitement dans ma thèse, par l'association de ces trois composantes :

- une difficulté à dormir,
- entraînant des conséquences diurnes,
- dans un contexte adéquat pour le sommeil de nuit.

La dernière édition de l'ICSD 3 classe l'insomnie en 8 catégories (Annexe 3) :

L'insomnie psychophysiologique, paradoxale, idiopathique, d'ajustements, associée à un trouble mental, associée à une condition médicale, associée à l'alcool et/ou aux médicaments et/ou aux drogues, à une hygiène de sommeil inadéquate.

2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INSOMNIE EN FRANCE

Selon le baromètre de santé publique France de 2017 L'insomnie chronique touche 13,1% des 18-75 ans (selon les critères ICSD 3), En ce qui concerne le sexe ratio, l'insomnie chronique est en général plus fréquente chez la femme 16,9% que chez l'homme 9,1% (5) et sa prévalence augmente avec l'âge.(6) De plus l'insomnie est souvent une maladie chronique, avec un taux de persistance de 40 % sur une période de 5 ans(7).

Les études plus récente démontrent une majoration des troubles du sommeil en lien avec la pandémie de Covid 19 , lors de la première enquête COCONEL (31 mars-2 avril 2020), 74% des Français interrogés rapportaient des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (pour comparaison, en 2017, 49% des adultes déclaraient avoir eu de tels problèmes).(8) Après un mois de confinement, ces prévalences étaient presque identiques, puis ont légèrement diminuées juste avant le déconfinement, tout en restant toujours très supérieures à celles de 2017.

Si l'on compare la prévalence de ces troubles pendant et avant le confinement à celles du Baromètre de Santé publique France 2017, en distinguant les deux sexes, elle a augmenté chez les femmes (de 66 à 81%) comme chez les hommes (de 42 à 56%).

Concernant les thérapeutiques, en 2015, environ 5,6 % de la population française avait consommé au moins une fois une benzodiazépine hypnotique. Cette consommation a baissé de 12,8% en France entre 2012 et 2015 (9). Cependant on a pu observer que l'utilisation d'hypnotique a été plus importante dans la période après Covid notamment chez les jeunes de moins de 30 ans (10).

3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INSOMNIE

L'étiologie et la physiopathologie de l'insomnie impliquent des facteurs génétiques, environnementaux, comportementaux et physiologiques aboutissant à une hyperexcitation.(11) (12). Malgré d'important progrès réalisés dans le domaine de la physiopathologie de l'insomnie, il reste des domaines dans lesquels des recherches supplémentaires sont nécessaires pour une meilleure compréhension. Sur le plan psychologique, plusieurs modèles ont pour fondement le modèle tripartite de Spielman et Col. (13) (Figure 1).

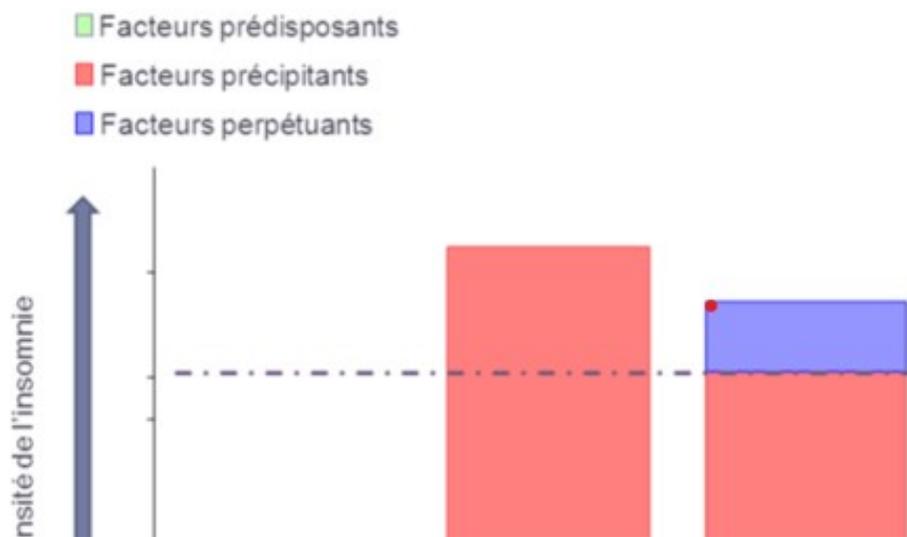


Figure 1 Le modèle tripartite de Spielman et Col

Schématiquement, on estime que l'insomnie découle de trois facteurs :

- un facteur prédisposant : susceptibilité individuelle aux troubles du sommeil (ex : facteur génétique, biologique,...)
- un facteur précipitant : basculement dans l'insomnie, (ex : évènement familial, médical, personnel,...)
- un facteur perpétuant : installation du trouble dans la durée (ex : comportement inadapté, croyances erronées sur le sommeil,...)

L'endormissement et la fin de la période du sommeil sont déterminés par l'interaction de deux processus de régulation :

- La régulation homéostatique qui est liée à l'activation progressive du noyau ventrolatérale préoptique (VLPO) par l'accumulation pendant l'éveil d'adénosine (produit de dégradation du métabolisme énergétique de l'ATP). C'est un processus accumulatif, entraînant une pression de sommeil, qui augmente tout au long de la veille et diminue pendant le sommeil. En s'activant le noyau VLPO va jouer un rôle central dans l'endormissement en inhibant les systèmes d'éveil.

- La régulation circadienne qui est liée à l'effet du noyau supra chiasmatique (NSC) et de la mélatonine. C'est un processus oscillateur circadien, entraînant une fluctuation circadienne de la pression d'éveil, relié à l'horloge biologique située dans le NSC.

Le niveau d'éveil est déterminé par la somme de la pression de sommeil et de la pression d'éveil.

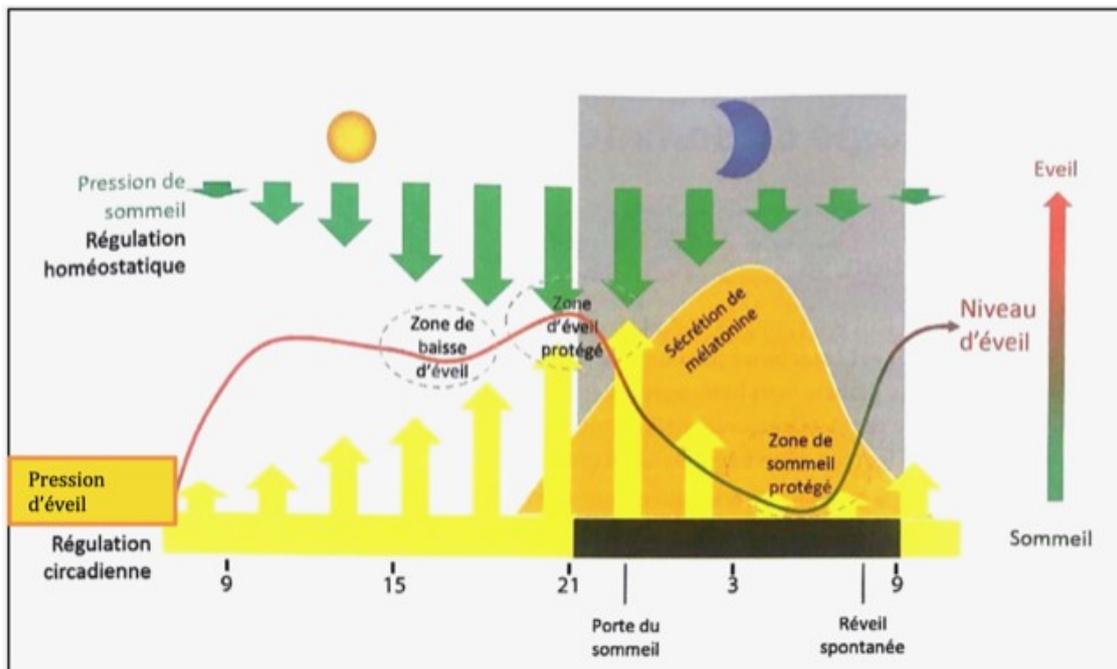


Figure 2 Régulation circadienne et homéostatique du sommeil et de la veille(14)

Sur le plan moléculaire, aucun neurotransmetteur ni aucune molécule endogène ne semblent spécifiquement responsable de la physiopathologie de l'insomnie. Quelques résultats ont permis d'incriminer les systèmes GABAergique, sérotoninergique ou du cortisol, mais aucun ne semble précisément et isolément impliqué dans l'insomnie. Ainsi, il semble de plus en plus évident que l'insomnie est multiforme et qu'il faudrait apprendre à en discriminer les différents types pour les étudier individuellement (15).

4. REPERCUSSIONS DE L'INSOMNIE

L'insomnie s'accompagne de dysfonctionnements diurnes tels que fatigue, troubles cognitifs (ex: trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire), perturbation de l'humeur (ex : irritabilité, dysphorie), troubles comportementaux (ex : hyperactivité, impulsivité, agressivité), des problèmes accidentologiques et sociaux avec un impact négatif sur le fonctionnement familial et professionnel (16). Il convient notamment de noter que l'insomnie est fortement liée à une baisse de la qualité de vie et de la satisfaction personnelle dans la vie.

De nombreuses études montrent que l'insomnie est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires (17) (18), de diabète de type 2(19), d'obésité(20) et de dépression (21).

D'après une étude internationale menée par Rand l'insomnie entraîne des répercussions économiques importantes avec une estimation de la perte annuelle de produit intérieur brut de 1,23% du PIB associée à la baisse de productivité (22).

5. DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE

Il existe trois classifications nosologiques proposant une définition et des critères diagnostiques de l'insomnie :

1. le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*[DSM-5]) (23).
2. la *Classification internationale des troubles du sommeil*, 3^e édition (*International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed.* [ICSD-3]) (24).
3. la *Classification internationale des maladies*, 11^e édition (CIM-11) (25).

Depuis les modifications apportées à la dernière version de la CIM-11 en 2022, les critères diagnostiques des 3 classifications sont uniformisés.

Dans cette étude nous utiliserons les critères diagnostiques de l'ICSD3 (Annexe 4).

Selon l'ICSD 3 l'insomnie aiguë est définie pour des symptômes évoluant depuis moins de 3 mois. Chronique si les symptômes durent depuis 3 mois ou plus.

Démarche diagnostique de l'insomnie par le médecin généraliste

Le diagnostic de l'insomnie repose essentiellement sur une plainte subjective du patient.

En décembre 2006 la SFTG (*Société de formation thérapeutique du généraliste*) en partenariat avec la HAS (*Haute autorité de santé*) a établi une synthèse pour la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale (annexe 5) (16).

Elle préconise une consultation dédiée à la plainte d'insomnie afin de :

a. Identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures :

- type, ancienneté et fréquence, sévérité.
- répercussions diurnes : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, somnolence excessive.
- traitements déjà utilisés pour dormir et éventuellement en cours.
- temps passé au lit, temps de sommeil, besoin de sommeil habituel.

Selon son orientation clinique le praticien peut s'aider de différents outils :

L'agenda du sommeil (annexe 6) est un relevé réalisé par le patient, nuit après nuit. Il permet de connaître : les horaires habituels de sommeil, le temps passé au lit, la fréquence des troubles, la répercussion de l'insomnie sur la journée. Il permet d'estimer la latence d'endormissement et l'efficacité de sommeil qui est définie par le rapport entre le temps de sommeil total sur le temps passé au lit.

L'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) : est un questionnaire comportant 19 questions d'auto-évaluation se combinant pour donner 7 «composantes» du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3. Zéro voulant dire qu'il n'y a aucune difficulté, et 21 indique au contraire des difficultés majeures (26).

L'échelle de somnolence d'Epworth : est un questionnaire couramment utilisé pour évaluer le niveau de somnolence d'un individu Il s'agit d'une série de huit questions, cotées de 0 à 3, évaluant la propension d'un sujet à s'endormir. Il est pathologique quand le score est supérieur à 10/24 (27).

L'échelle de fatigue de Pichot : est un questionnaire organisé en 8 items permettant d'évaluer l'intensité de la fatigue ainsi que son impact sur la vie quotidienne de la personne. Un score total supérieur à 22 signe une fatigue excessive (28).

Il existe également une approche plus objective en utilisant **l'actimétrie** (29) ; c'est une technique d'investigation du sommeil et des rythmes de veille-sommeil peu invasive en évaluant les mouvements le plus souvent du poignet.

b. Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil (activités vespérales, rituels, siestes, etc.), les facteurs d'hyperstimulation (activités excitantes en fin de journée, l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, etc...), l'existence d'événements déclenchant sources possibles de stress.

c. Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés (ex : apnées, syndrome des jambes sans repos,...).

d. Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique :

- état douloureux,

- troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs : en cas de suspicion clinique d'une insomnie en lien avec une dépression le praticien peut être amené à réaliser un test d'évaluation de la dépression (échelle Hamilton, inventaire abrégé de Beck,...) (30),

- troubles somatiques (ex: cardiopathies, troubles respiratoires, thyroïdiens, etc...).

e. Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par ex. : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

f. Il est possible d'évaluer la sévérité de l'insomnie selon les critères utilisés par la HAS (16) :

- L'insomnie légère: ayant lieu une nuit par semaine, avec un faible retentissement diurne.

- L'insomnie modérée: ayant lieu deux ou trois nuits par semaine avec un retentissement diurne à type de fatigue, état maussade, tension, irritabilité.

- L'insomnie sévère: ayant lieu quatre nuits ou plus par semaine avec retentissement diurne à type de fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées.

Il est également possible d'évaluer le niveau de sévérité par un auto questionnaire grâce à l'échelle de sévérité de l'insomnie (ISI) (annexe 6) (31) plus communément utilisé dans la littérature et utilisant des critères différents de la HAS.

6. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSOMNIE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

La prise en charge de l'insomnie implique généralement une approche globale qui combine des stratégies non médicamenteuses (éducatives, cognitives et comportementales) et, si nécessaire, des options médicamenteuses.

6.1 Traitement par thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)

Les TCC-I ont un niveau de preuve élevé. Elles correspondent au traitement de première intention et de référence du trouble d'insomnie chronique (32) (33). Les bénéfices à court terme sont similaires aux hypnotiques, et se maintiennent à long terme contrairement aux hypnotiques(34). Les TCC-I sont effectuées par un clinicien qualifié généralement en quatre à huit séances (35).

Les TCC-I ont pour but de modifier le conditionnement et les cognitions dysfonctionnelles, et de diminuer l'hyperéveil.

Les TCC-I pour l'insomnie comprennent généralement :

- une psychoéducation aux règles d'hygiène du sommeil,
- une intervention comportementale (contrôle du stimulus et restriction du temps passé au lit),
- une intervention cognitive,
- une intervention émotionnelle (entraînement à la relaxation).

6.1.1 Hygiène du sommeil

Le sommeil est un comportement affecté par une multitude de facteurs associés au mode de vie de l'individu (ex : alimentation, activité physique, facteurs environnementaux, horaire de coucher et de lever, etc...) Des conseils de base concernant les bonnes pratiques à adopter pour maintenir une bonne hygiène du sommeil peuvent réduire l'impact des facteurs interférant avec le sommeil. Selon une étude française réalisée en 2010, une bonne hygiène de sommeil contribue à améliorer les troubles du sommeil du sujet âgé (36).

Selon la HAS les règles élémentaires d'hygiène du sommeil à promouvoir sont:

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée: le sport favorise le sommeil, mais il ne doit pas être pratiqué dans les 4 heures qui précèdent le coucher.
- Éviter les repas trop copieux le soir.

L'éviction des écrans le soir fait également partie des recommandations classiques, d'une part ils tiennent en éveil l'utilisateur puisque ce dernier est actif en interagissant. D'autre part, ces écrans émettent une lumière bleue dont la longueur d'onde bloque dix fois plus que la lumière blanche la sécrétion de mélatonine, hormone ouvrant les portes du sommeil (37).

6.1.2 Thérapie par contrôle du stimulus

Plusieurs facteurs environnementaux et comportementaux liés au sommeil peuvent nuire à celui-ci. En effet, selon les habitudes mises en place pour lutter contre l'insomnie à court terme, une association entre l'éveil et le lit peut se créer renforçant ainsi l'insomnie. Le contrôle par le stimulus consiste donc à délivrer une série d'instructions afin de renforcer le lien entre lit et sommeil (38).

6.1.3 Restriction du temps passé au lit

Les insomniaques passent généralement trop de temps au lit sans dormir. La restriction du temps passé au lit utilise le phénomène de pression de sommeil pour favoriser l'endormissement et augmenter l'efficacité du sommeil. La technique consiste donc à réduire le temps passé au lit pour le faire coïncider le plus possible avec le temps de sommeil que la personne déclare dormir. Ceci va favoriser la profondeur et la continuité du sommeil plutôt que la quantité. (Annexe 8) La méthode de restriction du sommeil a démontré son efficacité de manière autonome ou associée lors d'une TCC-I(39).

6.1.4 Thérapie cognitive

Les stratégies cognitives sont des méthodes psychothérapeutiques conçues pour identifier, remettre en question et changer les idées fausses sur le sommeil et les croyances erronées sur l'insomnie et ses conséquences diurnes perçues.(40) Ces stratégies comprennent des méthodes visant à réduire ou à prévenir une surveillance excessive de l'insomnie et l'inquiétude de ses conséquences.

6.1.5 Relaxation

La thérapie de relaxation comprend des procédures cliniques visant à réduire le niveau d'anxiété et d'hyperveil (ex : relaxation musculaire progressive) ou les pensées intrusives au moment du coucher (ex: méditation).

6.2 Traitement médicamenteux

6.2.1 Les hypnotiques benzodiazépiniques ou apparentés

Les benzodiazépines (BZD) et les benzodiazépines apparentées (BZDa) sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes.

Les hypnotiques benzodiazépiniques (ex :Lormétazépam, Loprazolam) et les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (ex :Zolipidem , Zopiclone) sont indiqués dans le traitement symptomatique de courte durée (<4 semaines) de l'insomnie aiguë chez l'adulte uniquement en cas de troubles sévères, invalidants ou générant une détresse extrême (41).

Les BZD et les BZDa sont efficaces dans le traitement à court terme de l'insomnie (≤ 4 semaines) (42) avec des réponses positives au traitement dans 76,7 % des cas et des rémissions chez 47,7 %. (43) .

Cependant des comparaisons récentes dans des méta-analyses ont conclu à l'existence d'effets placebo significatifs dans les essais cliniques de traitements pharmacologiques contre l'insomnie. Plus particulièrement, Winkler et Rief en 2015(44) ont découvert que plus de 60 % de la réponse aux médicaments était également observée avec le placebo.

Les principaux effets indésirables sont l'hypersomnolence diurne résiduelle, la plainte mnésique, les troubles de l'équilibre (avec majoration des risques de chutes notamment chez les personnes âgées), la xylostomie (« sensation de gueule de bois »), une dépendance et le risque de syndrome de sevrage. Ils peuvent induire une insomnie de rebond notamment en cas d'arrêt brutal. De plus différentes méta-analyses relèvent une possible augmentation du risque de survenue de démence (45) (46) et ils modifient l'architecture du sommeil (47).

Dans ces conditions la balance bénéfice risque est une exigence pour chaque patient lors de la primo prescription et son renouvellement doit être pleinement justifié.

6.2.2 Les antidépresseurs sédatifs

Les antidépresseurs sédatifs, en tant que traitement de l'insomnie, malgré un usage courant en pratique, n'ont pas fait la preuve de leur intérêt, même si ce symptôme peut être amélioré dans le cadre d'un traitement d'une dépression. Des essais de qualité élevée pour rechercher un intérêt des antidépresseurs sédatifs dans le traitement de l'insomnie sont requis(48). Selon une étude réalisée en 2014 l'efficacité des antidépresseurs sédatifs est plus faible que celle des BZD/BZDa (49).

6.2.3 Les antihistaminiques H1 première génération

Les antihistaminiques n'ont qu'une efficacité faible à modérée dans le traitement de l'insomnie et une tolérance à ces substances se développe rapidement(50). De plus les antihistaminiques H1, présente des contre-indications non négligeables (ex : glaucome à angle fermé, trouble uréthro-prostatique, QT long, risque de rétention urinaire..).

6.2.4 Mélatonine

La mélatonine est la principale hormone impliquée dans le contrôle du cycle veille-sommeil. Elle est facilement synthétisée et peut être administrée par voie orale, ce qui a suscité l'intérêt pour son utilisation comme traitement de l'insomnie.

La mélatonine diminue la latence d'endormissement, augmente la durée totale du sommeil et améliore la qualité globale du sommeil.

Les effets de la mélatonine sur le sommeil sont modestes mais ne semblent pas se dissiper avec une utilisation continue de la mélatonine. Bien que le bénéfice absolu de la mélatonine par rapport au placebo soit inférieur à celui des autres traitements pharmacologiques de l'insomnie, la mélatonine a sa place dans le traitement de l'insomnie étant donné son profil d'effets secondaires relativement bénins par rapport aux autres traitements pharmacologiques (51).

6.2.5 Phytothérapie et thérapie alternative

Dans le domaine de la médecine complémentaire et alternative, plusieurs traitements contre l'insomnie ont été proposés, notamment l'acupuncture, l'acupression, l'aromathérapie, la réflexologie plantaire, l'homéopathie, la musicothérapie et le yoga. Cependant, la mauvaise qualité de nombreuses études originales rend difficile l'établissement de conclusions claires.

Il n'existe actuellement pas suffisamment de preuves pour conclure que la phytothérapie présente un quelconque bénéfice pour les adultes souffrant d'insomnie (52) Si l'efficacité de ces substances reste incertaine, il peut néanmoins en être fait usage à titre de placebo.

6.2.6 Les antagonistes des récepteurs à l'orexine

Les orexines A et B, aussi appelées hypocrétines, sont deux neuropeptides qui agissent sur la régulation du cycle éveil-sommeil. Le système orexine est très actif pendant l'éveil et il est peu activé pendant le sommeil.

Cette nouvelle famille de molécules comporte principalement le Suvorexant, le Lemborexant et la première utilisée le Daridorexant (Quviviq R) qui possède une AMM dans de multiples pays mais pas encore en France. La littérature nous montre une efficacité sur le paramètre objectif et subjectif du sommeil au long cours (12 mois) avec une bonne tolérance et une faible incidence d'événement indésirable. Deux études françaises sont en cours d'extension phase III pour évaluer le traitement jusqu'à 40 semaines (53) (54).

Un rapport de la HAS de mai 2023 sur le Daridorexant reposant principalement sur les deux études cliniques française donne un avis favorable à une AMM pour la prise en charge de l'insomnie chronique avec une amélioration du service médical rendu mineure (55).

II) MATERIELS ET METHODES

Cette thèse a été réalisée via une étude observationnelle descriptive de type quantitative à l'aide d'un questionnaire (annexe 2) destiné à l'ensemble des médecins généralistes (MG) de la Somme.

1. Objectifs de recherche

Après avoir revu quelques généralités concernant l'insomnie et conscient du rôle central des médecins généralistes dans sa prise en charge.

L'objectif principal de cette thèse était d'identifier les pratiques diagnostiques et thérapeutiques mises en place par les médecins généralistes de la Somme pour lutter contre l'insomnie.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'application des recommandations de la HAS dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes de la Somme.

2. Matériel

- Population étudiée :

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en libéral dans le département de la Somme.

- Questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré à l'aide des données recueillies lors des recherches bibliographiques afin de répondre au mieux à la question de recherche.

Le questionnaire comportait 16 questions réparties en 2 principales catégories :

- Une première partie concernant le profil du médecin.
- Une deuxième partie concernant la prise en charge de l'insomnie.

3. Méthode

- Recueil des données :

Le recueil des données a été effectué par le biais d'un questionnaire en ligne via le logiciel Google® Forms sur internet et adressé à des groupes d'échanges de pratique.

La période de recueil s'étendait du 3 mai 2023 au 4 octobre 2023.

- Traitement des données :

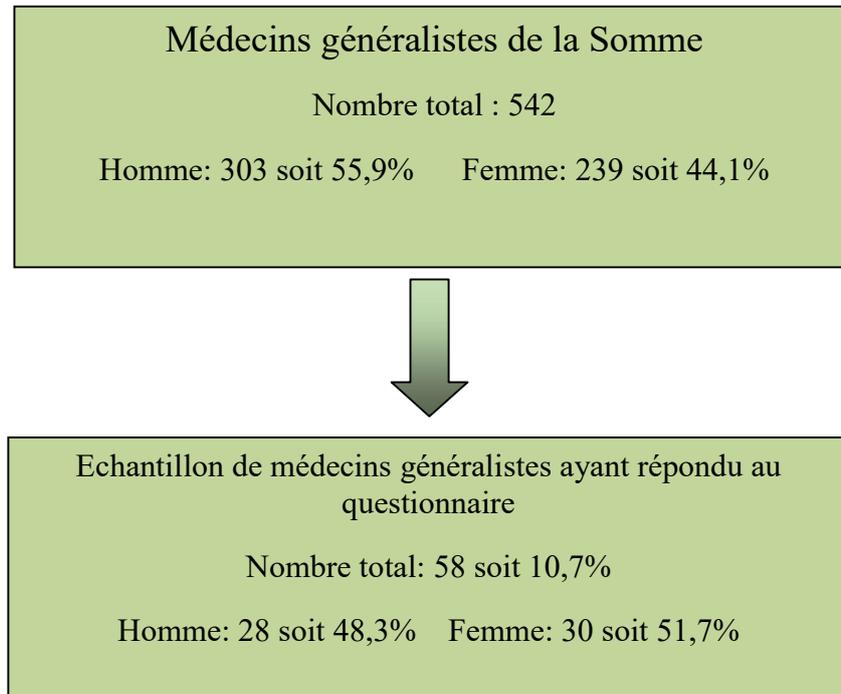
Les réponses aux questionnaires ont été récupérées sur Google® Forms.

Les données ont été collectées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel Office.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Sphinx iQ3® avec un seuil de significativité alpha fixé à 5%.

III) RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE:



1.1 Question 1 « Quel est votre genre? »

L'échantillon de médécins étant composé de 48,3% hommes (n=28) et 51,7% (n=30) de femmes.

1.2 Question 2 « Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ? »

Parmi les MG répondants,

- 65,5% (n=38) avaient moins de 10 ans d'exercice libéral.
- 29,3% (n=17) avaient entre 10 à 30 ans d'exercice.
- 5,2% (n=3) exerçaient depuis plus de 30 ans.

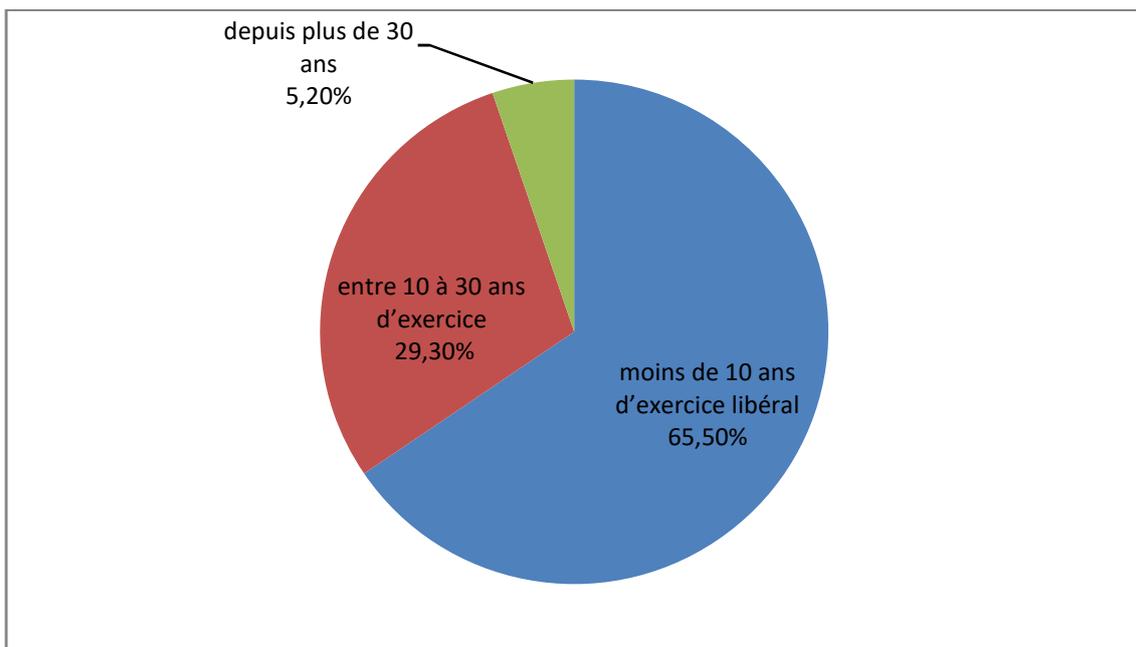


Figure 3 Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?

1.3 Question 3 « Quel est votre lieu d'exercice ? »

Les MG répondants exerçaient pour,

- 55,2% (n=32) en milieu semi urbain.
- 29,3% (n=17) en milieu urbain.
- 15,5% (n=9) en milieu rural.

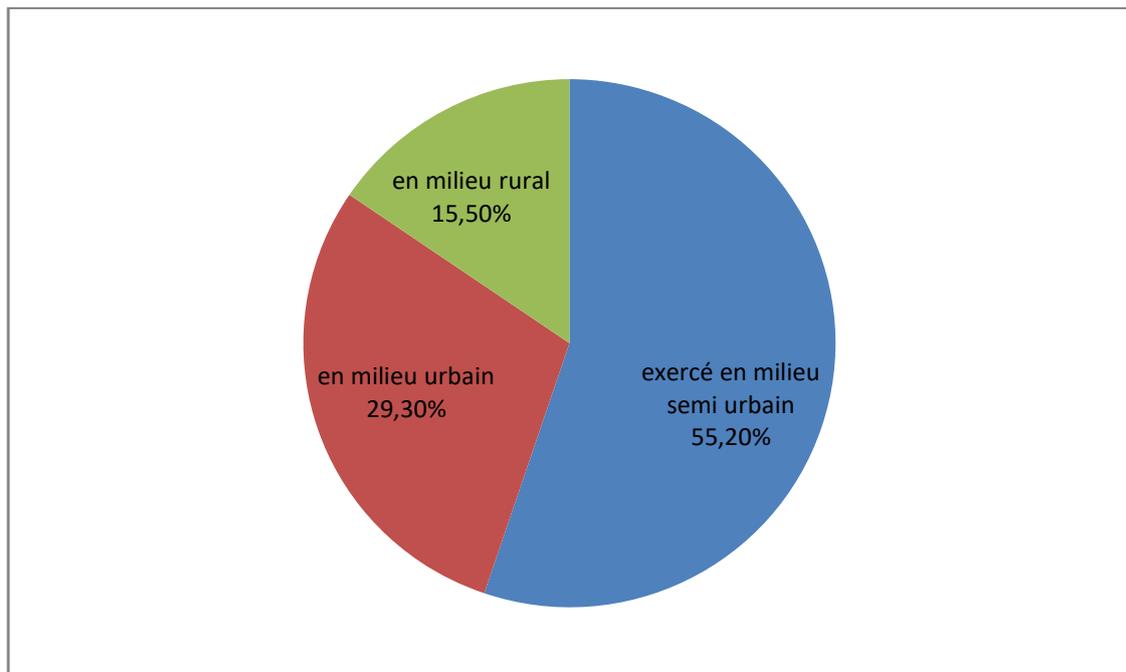


Figure 4 Quel est votre lieu d'exercice ?

2. PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE

2.1 Question 4 « L'insomnie est-il un motif de consultation fréquent ? »

Pour les MG interrogés, l'insomnie est un motif de consultation :

- Hebdomadaire pour 55,2%(n=32).
- quotidien pour 32,8% (n=19).
- mensuel pour 12,1%(n=7).

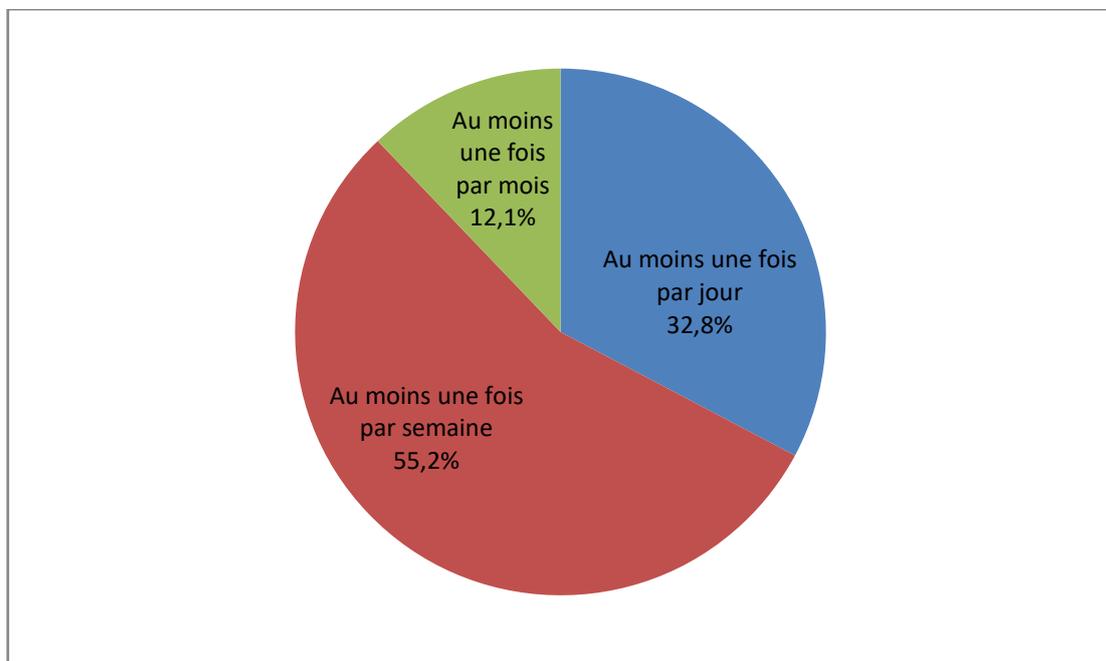


Figure 5 L'insomnie est-il un motif de consultation fréquent ?

2.2 Question 5 « Dans quel contexte parlent-ils de leur trouble du sommeil ? »

- Pour 93,1% (n=54) des MG répondants, le trouble du sommeil est évoqué au cours d'une consultation parmi d'autres motifs,
- Pour 6,9% (n=4) des MG restant, le patient a pris une consultation dédiée à ce problème.

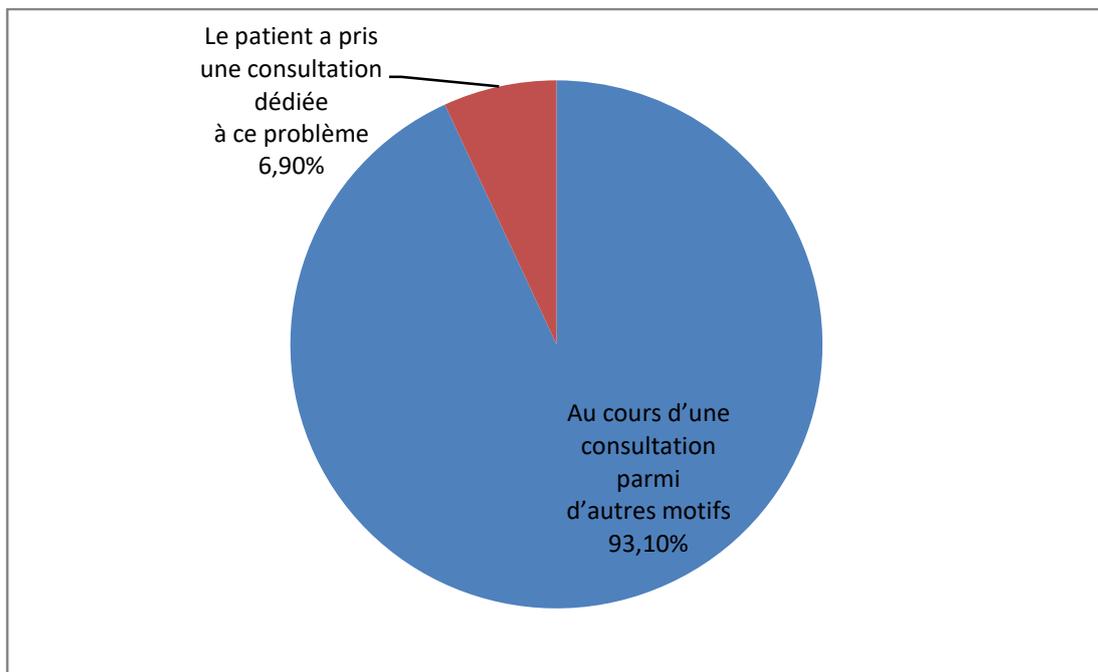


Figure 6 Dans quel contexte parle-t-il de leur trouble du sommeil ?

2.3 Question 6 « Lorsqu'un patient vous parle de trouble du sommeil au cours d'une consultation pour un autre motif (renouvellement ordonnance, surveillance tensionnelle, ou autre), organisez-vous une consultation dédiée ? »

- 87,9% (n=51) non, je gère cette plainte sur la même consultation
- 12,1%(n=7) oui j'organise une consultation dédiée

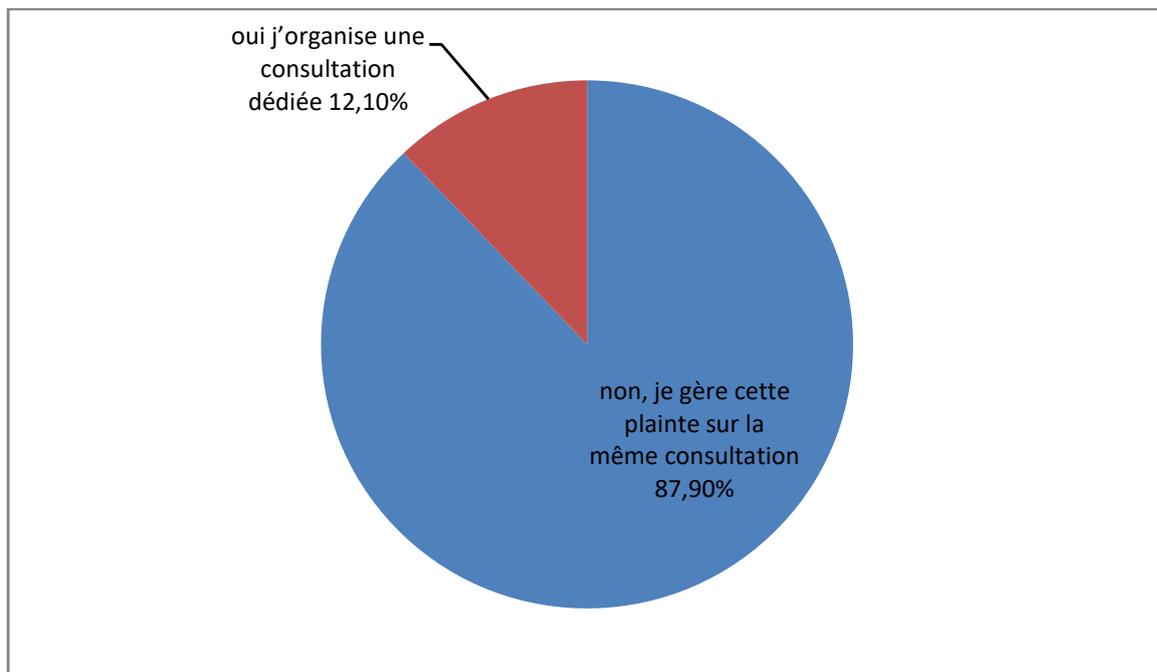


Figure 7 Lorsqu'un patient vous parle de trouble du sommeil au cours d'une consultation pour un autre motif (renouvellement ordonnance, surveillance tensionnelle, ou autre), organisez-vous une consultation dédiée ?

2.4 Question 7 « En cas de plainte d'insomnie, quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ? »

Selon les répondants, ils ont recours pour:

- 55,2% (n=32) à un bilan biologique,
- 48,3% (n=28) à l'agenda du sommeil,
- 43,1% (n=25) test d'évaluation d'une dépression (Hamilton, Beck),
- 25,9% (n=15) l'échelle d'Epworth,
- 19% (n=11) n'effectue aucun questionnaire ou examen complémentaire,
- 3,4% (n=2) le PSQI,
- 1,7% (n=1) Index de sévérité de l'insomnie,
- 1,7% (n=1) l'échelle de fatigue de Pichot,
- Enfin aucun répondant (n=0) ne réalise d'actimétrie.

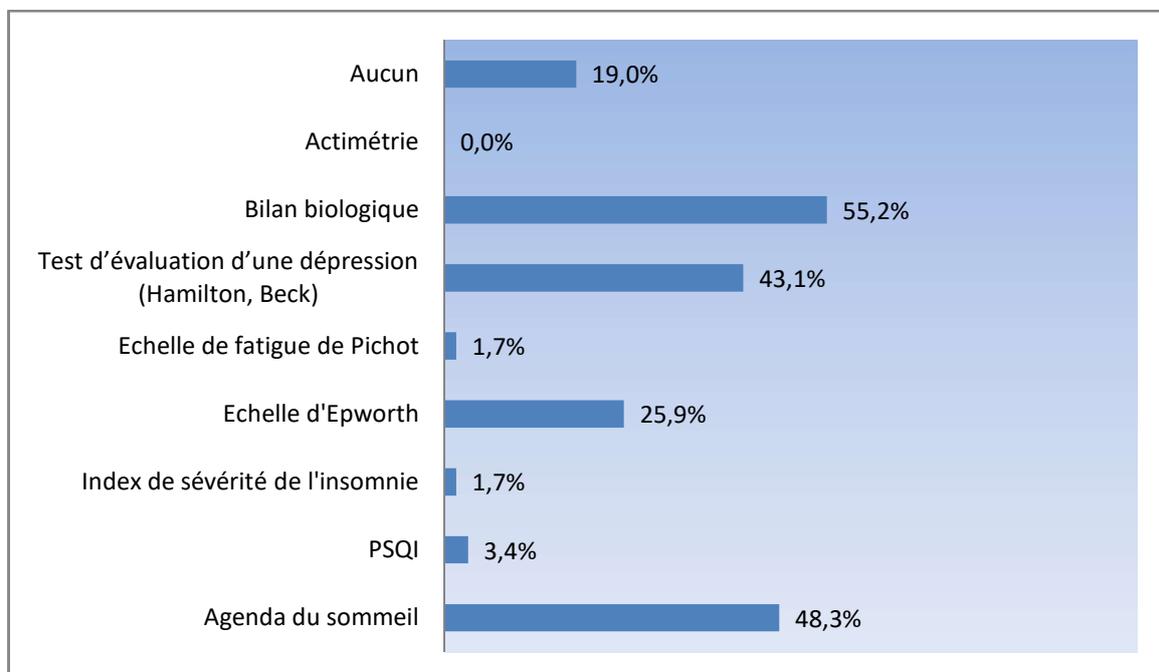


Figure 8 En cas de plainte d'insomnie, quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?

2.5 Question 8 « Comment différenciez vous l'insomnie chronique de l'insomnie aiguë ?

Les répondants indiquent les critères suivants pour :

- 56,9%(n=31) trouble présent depuis au moins 3 mois,
- 53,4% (n=31) trouble présent au moins 3 fois par semaine,
- 20,7%(n=12) trouble présent depuis au moins 1 mois,
- 13,8% (n=8) trouble depuis au moins 6 mois,
- 12,1% (n=7) trouble présent au moins 1 fois par semaine,
- 3,4%(n=2) ne différencient pas.

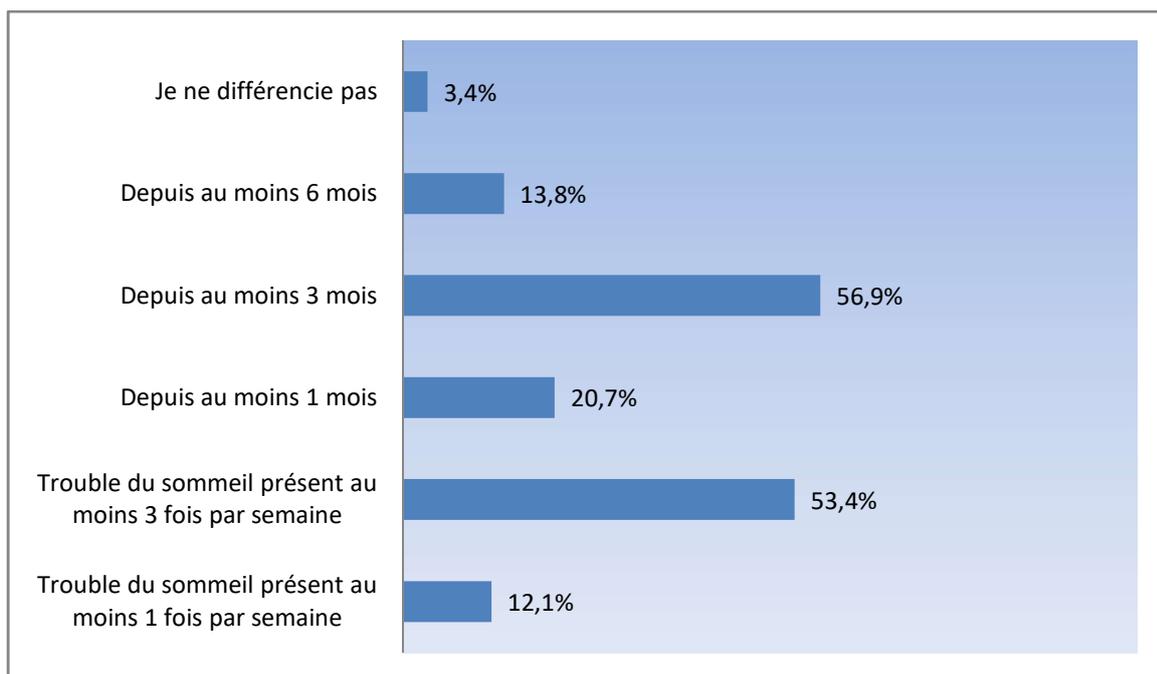


Figure 9 Comment différenciez-vous l'insomnie chronique de l'insomnie aiguë ?

2.6 Stratégie mise en place en cas d'insomnie aiguë.

2.6.1 Question 9 « Que mettez-vous en place en première intention en cas d'insomnie aiguë ? »

Selon les répondants,

- 96,6%(n=56) des règles hygiéno-diététiques (RHD) d'aide au sommeil par conseils oraux,
- 36,2%(n=21) la mélatonine,
- 17,2%(n=10) un antihistaminique H1,
- 5,2%(n=3) des RHD d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale,
- 5,2%(n=3) une BZD à visée hypnotique,
- 3,4%(n=2) adressaient à un professionnel en vue d'une Thérapie cognitivo-comportementale.

2.6.2 Question 10 « Si échec, que mettez-vous en place en deuxième intention en cas d'insomnie aiguë ? »

Parmi les MG répondants,

- 48,3%(n=28) une BZD à visée hypnotique,
- 37,9%(n=22) des RHD d'aide au sommeil par conseils oraux,
- 31%(n=18) un antihistaminique H1,
- 27,6%(n=16) la mélatonine,
- 17,2%(n=10) adressaient à un professionnel en vue d'une Thérapie cognitivo-comportementale,
- 10,3%(n=6) des RHD d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.

2.7 Stratégie mise en place en cas d'insomnie chronique.

2.7.1 Question 11 « Que mettez-vous en place en première intention en cas d'insomnie chronique ? ».

Parmi les 58 MG répondants,

- 86,2%(n=50) des RHD d'aide au sommeil par conseils oraux,
- 46,6(n=27) la mélatonine,
- 24,1%(n=14) adressaient à un professionnel en vue d'une Thérapie cognitivo-comportementale,
- 20,7%(n=12) un antihistaminique H1,
- 17,2%(n=10) une BZD à visée hypnotique,
- 8,6%(n=5) des RHD d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.

2.7.2 Question 12 « Si échec, que mettez-vous en place en deuxième intention en cas d'insomnie chronique ? ».

Selon les répondants,

- 75,9% (n=44) une BZD à visée hypnotique,
- 43,1%(n=25) des règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par conseils oraux,
- 31%(n=18) adressaient à un professionnel en vue d'une Thérapie cognitivo-comportementale,
- 17,2%(n=10) la mélatonine,
- 13,8%(n=8) un antihistaminique H1,
- 2,1%(n=7) des règles hygiéno-diététiques par le biais d'une ordonnance comportementale.

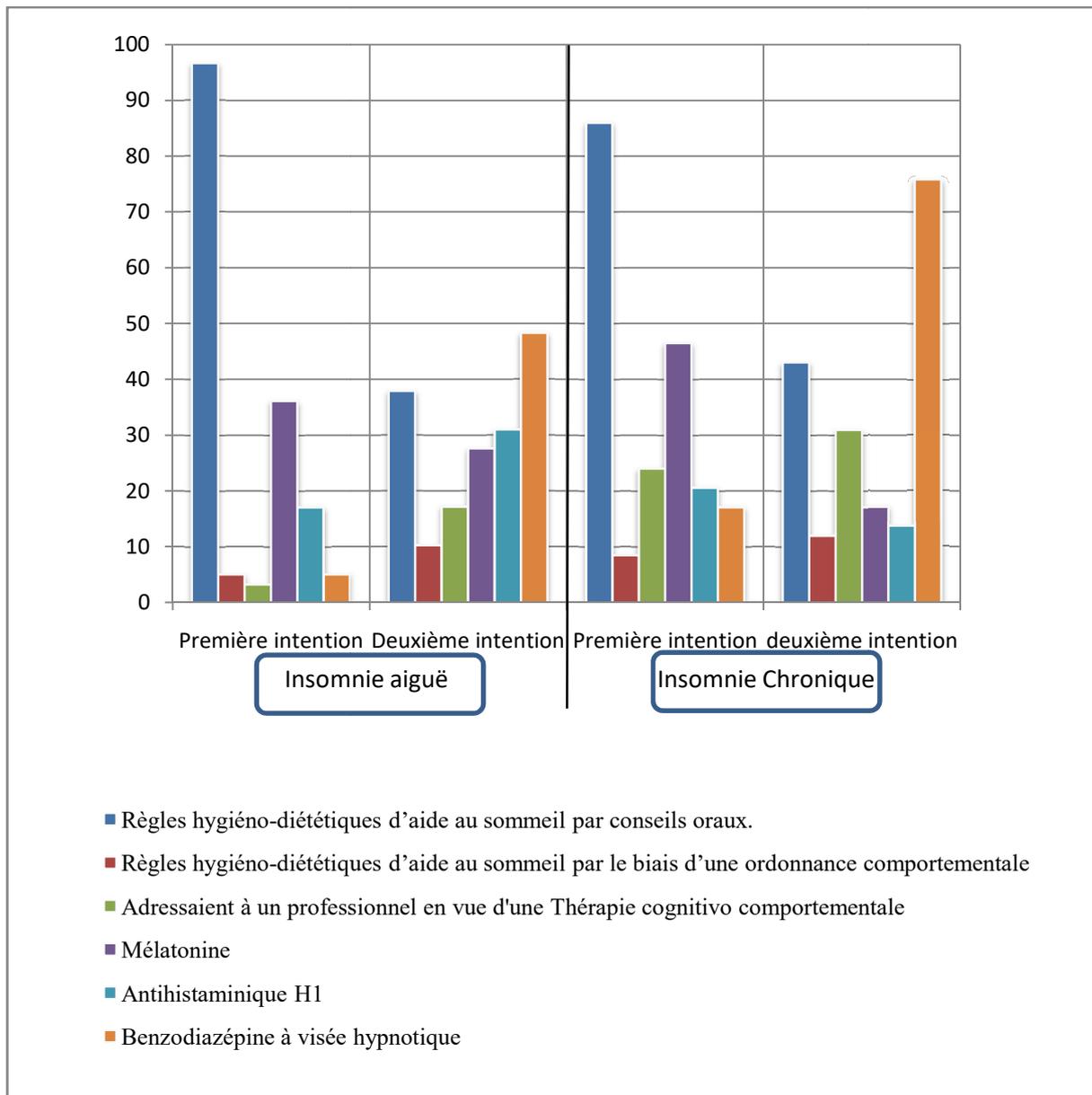


Figure 10 Prise en charge de l'insomnie aiguë et chronique en première et deuxième intention

2.8 Question 13 « Comment prescrivez-vous un hypnotique benzodiazépine ou apparenté en cas de trouble du sommeil ? ».

75,9%(n=44) prescription en si besoin,

17,2%(n=10) prescription en systématique au coucher,

72,4%(n=42) réévaluation entre 2 et 4 semaines,

10,3%(n=6) réévaluation entre 4 et 8 semaines,

1,7%(n=1) je n'en prescris pas dans les troubles du sommeil.

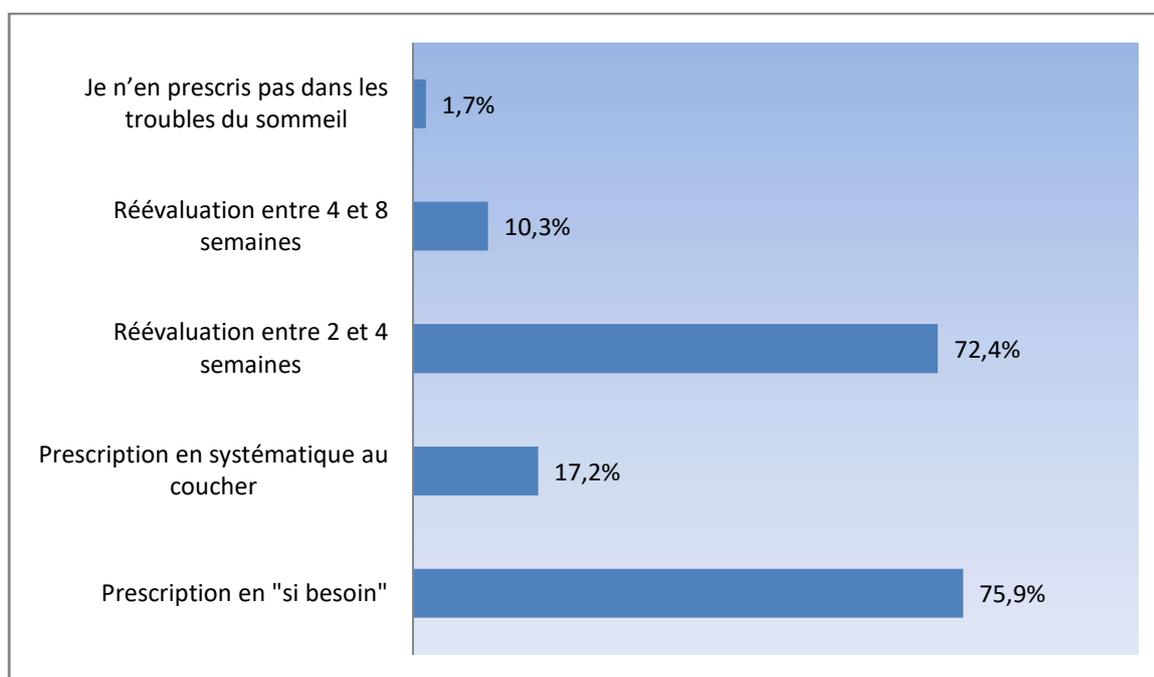


Figure 11 Comment prescrivez-vous un hypnotique benzodiazépine ou apparenté en cas de trouble du sommeil ?

2.9 Question 14 « Selon vous, parmi vos patients sous hypnotique benzodiazépine ou apparenté pour trouble du sommeil, quel est le pourcentage de patients qui prennent ce médicament depuis plus de 4 semaines ».

- 10,3%(n=6) ont répondu 100% de leurs patients.
- 50%(n=29) ont répondu 75% de leurs patients.
- 27,6%(n=7) ont répondu 50% de leurs patients.
- 12,1%(n=7) ont répondu 25% de leurs patients.
- 0 ont répondu 0% de leurs patients.

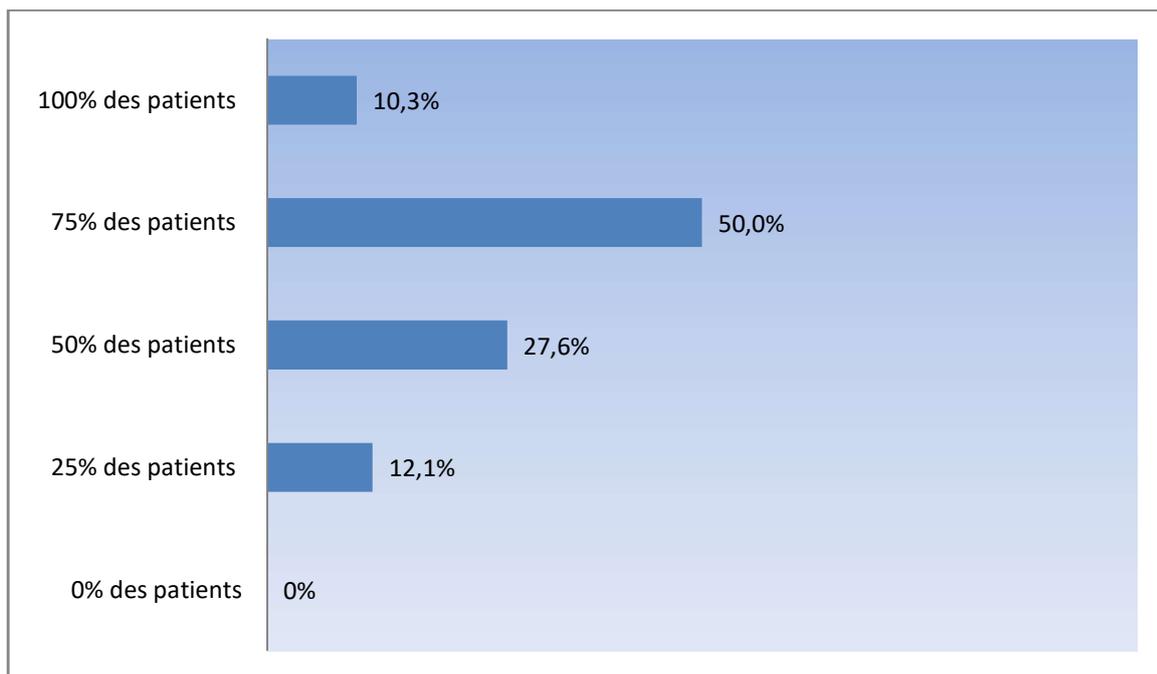


Figure 12 Selon vous, parmi vos patients sous hypnotique benzodiazépine ou apparenté pour trouble du sommeil, quel est le pourcentage de patients qui prennent ce médicament depuis plus de 4 semaines

2.10 Question 15 « Selon vous quel impact la prescription sur ordonnance sécurisée du Zolpidem depuis 2017 a-t-elle eu sur votre pratique ? ».

- Pour 65,5%(n=38) des MG répondants il y a une diminution de la prescription du Zolpidem,
- 44,8%(n=26) il y a eu une modification pour un autre hypnotique,
- 29,3% (n=17) une diminution de la prescription d'hypnotique de manière générale,
- 19%(n=11) aucun changement dans l'utilisation du Zolpidem,
- 8,6%(n=5) modification de la posologie du Zolpidem.

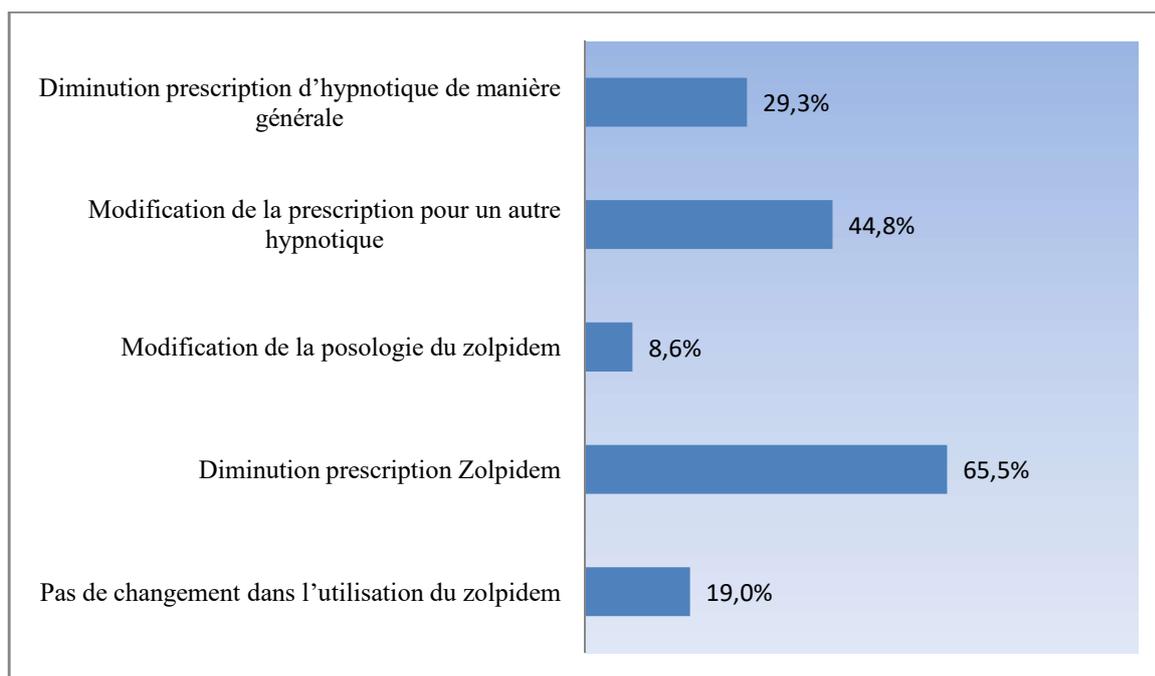


Figure 13 Selon vous quel impact la prescription sur ordonnance sécurisée du Zolpidem depuis 2017 a-t-elle eu sur votre pratique ?

2.11 Question 16 « Selon vous quels sont les freins à la prise en charge de l'insomnie ? ».

Parmi les MG répondants,

- 74,1%(n=43) estimaient que le manque de temps lors de la consultation était un frein,
- 58,6%(n= 34) attribuaient le manque de formation,
- 50%(n=29) évoquaient des difficultés d'accessibilité aux moyens non médicamenteux,
- 43,1%(n=25) mettaient en évidence l'absence de remboursement de certain traitement médicamenteux,
- 1,7%(n=1) n'exprimaient pas de difficulté.

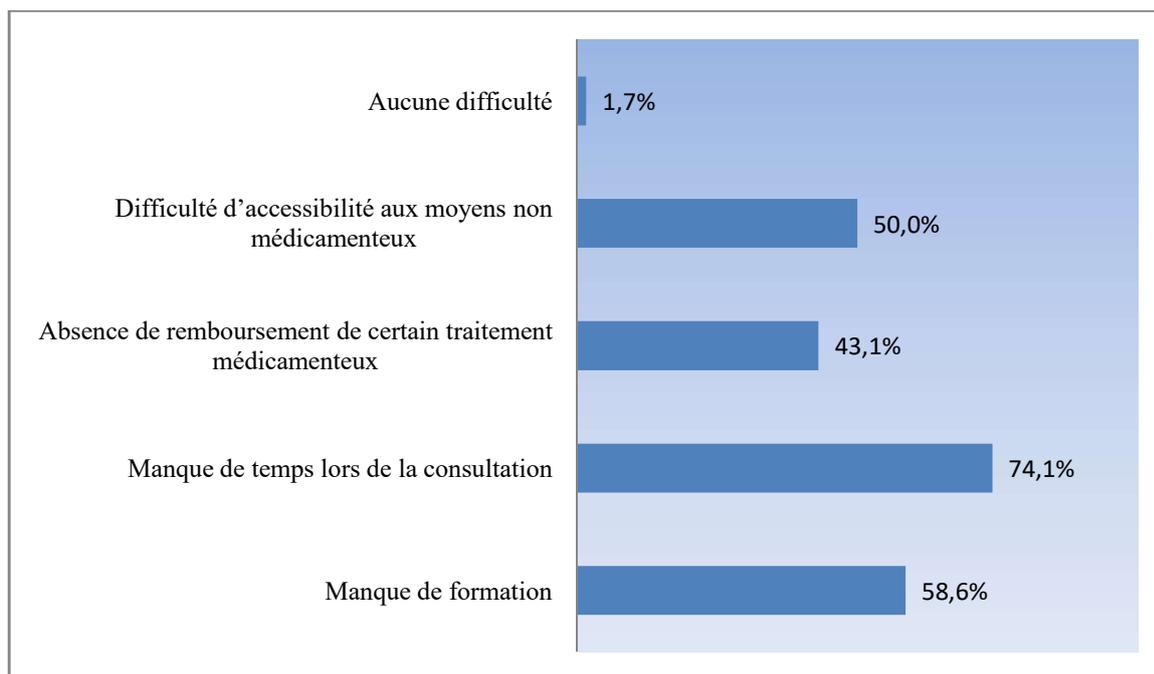


Figure 14 Selon vous quels sont les freins à la prise en charge de l'insomnie ?

IV) DISCUSSION

1. Force et biais de l'étude.

La population choisie était l'ensemble des médecins généralistes (MG) de la Somme soit 542 médecins généralistes exerçant en libéral, donnée issue de la base de l'ARS des hauts de France de 2022. Seulement 58 médecins généralistes ont répondu aux questionnaires soit 10,7%.

Malheureusement ni l'URPS, ni l'ordre des médecins des hauts de France n'ont pu nous communiquer les adresses postales ou courriels des médecins du département, ce qui nous aurait permis d'augmenter la puissance de notre étude.

Le questionnaire a été envoyé aux MG participants à des groupes d'échanges de pratiques ce qui exclut une partie des MG de la Somme.

De plus sa diffusion via Google® Forms a probablement favorisé la réponse des jeunes médecins. En effet 65,5% des répondants étaient installés depuis moins de 10 ans.

La participation à ce questionnaire, basée sur le volontariat, peut laisser supposer que les médecins intéressés par le sujet étaient ceux qui répondaient le plus, et probablement ceux ayant réalisé une formation complémentaire à la prise en charge de l'insomnie.

Notre questionnaire comportait uniquement des questions fermées, à choix unique ou multiples, ce qui a pu influencer certaines réponses sur des situations non évoquées.

Il est difficile de conclure de manière formelle pour savoir si le faible taux de réponse est dû à un manque d'intérêt des MG pour la prise en charge de l'insomnie ou s'il est dû à des éléments extérieurs.

Devant la faiblesse de l'échantillon il a été impossible d'effectuer une analyse statistique en sous groupe.

2. L'insomnie en consultation.

Nous pouvons remarquer que l'insomnie est un motif fréquent de consultation, avec un recours quotidien pour 33% des MG répondants et hebdomadaire pour 55%. Cependant ces chiffres semblent relativement faibles au vu de la prévalence élevée de l'insomnie dans la population générale. Les données dans le rapport de la HAS de 2006 retrouvaient que seulement 24 à 25% des patients présentant une insomnie exprimaient explicitement leur plainte lors d'une consultation (16).

Parmi les MG interrogés, **seul 12% organisaient une consultation dédiée** lorsque leurs patients évoquaient un problème d'insomnie au cours d'une consultation. **Or , c'est ce que les recommandations de la HAS de 2006 préconisent (16)**. De plus selon 93% des MG répondants les patients abordent leur problème de sommeil lors d'une consultation parmi d'autres motifs.

En effet selon une étude réalisée en 2014 chaque consultation comporte en moyenne 2,6 motifs de consultation (56), ce qui ne permet pas une prise en charge optimale de chaque plainte.

Comme décrit dans une étude réalisée à Toulouse en 2012, les conséquences d'une consultations à motifs multiples sont nombreuses : difficulté à hiérarchiser les motifs ; des problèmes organisationnels ; entraînant des émotions négative et un ressenti d'altération de la qualité des prises en charges (57).

L'autre difficulté rencontrée pour la prise en charge de l'insomnie serait en lien avec la chronologie de la consultation. En effet, le problème de l'insomnie est souvent évoqué à la fin d'une consultation pour un autre motif, au moment de la rédaction de l'ordonnance(58) (59).

Un travail réalisé en 2013 dans l'arc Alpin explique la difficulté des médecins généralistes à reconvoquer les patients par manque de temps et par peur d' une incompréhension du patient (58).

L'insomnie est donc une plainte fréquente en médecine générale qui malheureusement aboutit rarement à une consultation dédiée.

3. Diagnostic.

La première difficulté du diagnostic de l'insomnie repose sur la subjectivité des symptômes décrits par le patient. Les critères du diagnostic sont nombreux, stricte et difficile à établir durant l'anamnèse. En effet les patients déclarent souvent « je suis fatigué docteur », « je dors mal », mais relèvent-ils tous pour autant du diagnostique d'insomnie ?

Une autre difficulté diagnostique réside dans le décalage pouvant exister entre la littérature internationale et les recommandations de la HAS notamment concernant le degré de sévérité. En effet dans le guide de la HAS les degrés de sévérité sont en lien avec la fréquence hebdomadaire des troubles et leur retentissement diurne. Or dans la classification

internationale ICSD3 le diagnostic d'insomnie est applicable aux patients présentant des troubles à partir de trois nuits par semaines.

C'est pourquoi, toutes les insomnies répondant aux critères de l'ICSD3 sont considérées comme modérées selon les recommandations de la HAS 2006.

Cette différence dans les degrés de sévérité ne pourrait-elle pas être à l'origine d'une confusion chez les médecins généralistes.

D'ailleurs notre étude met en évidence cette difficulté de diagnostic car **seulement 57% des médecins généralistes différencient l'insomnie chronique de l'insomnie aiguë.**

L'insomnie peut être imbriquée à d'autres pathologies compliquant son diagnostic ainsi que sa prise en charge (par exemple l'insomnie est un symptôme de la dépression, mais l'insomnie persistante peut représenter un facteur de risque pour la dépression (21)).

4. Examens complémentaires.

48,3% des MG de notre étude avaient recours à l'agenda du sommeil, méthode recommandée par la HAS (16). Ce résultat montre une évolution favorable car une étude de 2005 évaluait son recours à seulement 7,1% (60).

55 % des MG prescrivent un bilan biologique, ce qui peut être indiqué afin d'éliminer une insomnie liée à un autre trouble somatique.

Et 43% utilisent des tests d'évaluation d'une dépression (Hamilton, Beck), ce qui peut être utile pour éliminer une insomnie en lien avec une dépression.

Selon les données cliniques à disposition du médecin généraliste, ces deux derniers éléments complémentaires ont toute leur place dans le diagnostic et la prise en charge de l'insomnie.

Les tests d'évaluations d'une dépression (Hamilton, Beck) bénéficient d'une cotation spécifique permettant une rémunération adaptée au temps nécessaire pour sa réalisation.

Nous pouvons donc nous demander si la création d'une cotation spécifique, pour la réalisation des tests d'évaluation de l'insomnie souvent chronophage, permettrait d'augmenter leur utilisation.

Nous pouvons remarquer qu'aucun des MG interrogés n'a déclaré utiliser l'actimétrie. Cet examen n'est pas recommandé en première intention mais selon les données cliniques il peut présenter un intérêt du fait de son objectivité.

Nous pouvons supposer que les freins principaux à son utilisation sont le manque de formation et la nécessité d'avoir recours à un équipement spécifique (actimètre, logiciel...).

La multiplication des objets connectés (montres..) seront probablement une aide dans les futures recherches et prises en charges cliniques (61).

5. Prise en charge thérapeutique de l'insomnie en première intention.

Les Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil sont fortement utilisées par les MG répondants.

En effet 96% déclarent les utiliser en première intention dans l'insomnie aiguë et 86% en première intention dans l'insomnie chronique. Cependant seul 5% déclarent l'associer à la rédaction d'une ordonnance de RHD dans l'insomnie aiguë et 10% dans l'insomnie chronique.

Ces résultats sont comparables à une étude réalisée au niveau de la Picardie en 2020 qui retrouvait une utilisation des RHD dans l'insomnie aiguë légère à 89 % (62). (74% insomnie aiguë modérée) Notre étude ne prend pas en compte les critères de sévérité.

Ceci est **en accord avec les recommandations de la HAS** qui préconise en cas d'insomnie, et avant toute autre initiative, de s'assurer que les RHD d'aide au sommeil sont réunies. Cependant les RHD d'aide au sommeil seules, n'ont pas fait preuve de leur efficacité(63). Elles sont nécessaires mais doivent être associées à une autre technique notamment dans les TCC-I (64).

Lors de la prise en charge en première intention, le recours à un traitement médicamenteux (mélatonine, antihistaminique H1 ou BZD) semble être augmenté par le caractère chronique de l'insomnie, en effet les MG interrogés étaient 60% (n=40) à proposer une solution médicamenteuse dans l'insomnie chronique contre 47% (n=27) dans l'insomnie aiguë (p-value=0,01).

Les antihistaminiques H1 semblent être utilisés de manière équivalente en première intention dans l'insomnie aiguë et chronique 17% versus 21% (p-value=0,63), selon la HAS ils ont une indication uniquement dans l'insomnie aiguë où ils ont une efficacité modérée mais leurs effets secondaires constituent une réelle difficulté(16).

La mélatonine est très largement utilisée par les MG de notre étude, préférentiellement en première intention, dans l'insomnie aiguë à 36% et dans l'insomnie chronique à 47%.

Ceci est probablement lié au fait que les effets secondaires sont relativement bénins par rapport aux autres traitements pharmacologiques.

La mélatonine présente un regain d'intérêt dans le traitement de l'insomnie aiguë pour des populations spécifiques tel que les enfants de 2 à 18 ans présentant un trouble du spectre autistique (AMM du Slenyto®) (65) , pour les patients de 55 ans ou plus (AMM du Circadin®) et chez les personnes âgées souffrant de troubles neurodégénératifs (66).

Il est difficile de comparer l'usage actuel de la mélatonine par rapport au guide de référence de la HAS puisque celui-ci datant de 2006, la mélatonine était ni recommandé, ni autorisé, ni commercialisé en tant que médicament en France.

En tout état de cause la mélatonine semble être largement utilisée dans le traitement de l'insomnie en première intention. Cependant, les effets faibles d'un point de vue clinique ne font pas de la mélatonine un traitement recommandé de manière générale par le consensus européen (67).

Seulement 5% des MG interrogés utilisaient les BZD hypnotiques en première intention dans l'insomnie aiguë, en revanche ils semblaient plus nombreux à y recourir en première intention dans l'insomnie chronique 17%.

Concernant la TTC-I, la formulation de la réponse « adressé à un professionnel en vue d'une TCC » a pu être un biais de confusion, en effet même si peu de médecins sont formés aux techniques de TCC-I comme le montre une étude réalisée dans le calvados en 2020, seulement 5% des médecins étaient formés à réaliser une TCC-I (56), il en demeure que certains MG pratiquaient peut être eux-mêmes cette thérapie pour leur patient sans avoir recours à un autre professionnel.

Notre étude révèle une **faible utilisation des TCC-I dans la prise en charge de l'insomnie chronique, 24% des MG la proposaient en première intention**. Ces données peuvent être confortées par une revue systématique de littérature réalisée en 2022 qui a mis en évidence que seulement 0 à 25% des médecins proposaient en première intention la TCC-I aux patients souffrant d'insomnie(68).

Rappelons que **les TCC-I ont un niveau de preuve élevé et correspondent au traitement de première intention et de référence de l'insomnie chronique (32) (33).**

Dans la prise en charge de l'insomnie en première intention, on constate que la mise en place des RHD est largement répandue tandis que les traitements médicamenteux semblaient être plus utilisés dans les formes chroniques.

La prise en charge par les TTC-I quant à elles, malgré les recommandations et un fort niveau de preuve d'efficacité, était très peu utilisée dans la prise en charge de première intention de l'insomnie chronique.

6. Prise en charge thérapeutique de l'insomnie en deuxième intention.

Lors de la prise en charge en deuxième intention le recours aux solutions médicamenteuses (mélatonine, antihistaminique H1 ou BZD) est fortement proposée sans différence statistique entre l'insomnie aiguë et chronique. (p-value=0,22) :

En effet dans **l'insomnie chronique** une très grande majorité, 93%(n=54) des MG de l'enquête proposaient une solution médicamenteuse en deuxième intention avec **un recours aux BZD hypnotiques pour 76% des MG interrogés.**

Dans l'insomnie aiguë les MG répondants sont 86 % (n=50) à proposer une solution médicamenteuse en deuxième intention et 48% à proposer une BZD hypnotique.

En deuxième intention le caractère chronique majore significativement l'utilisation des BZD hypnotiques : les MG répondants sont 76% à utiliser cette thérapeutique contre 48% dans l'insomnie aiguë (p-value=0,002).

Ces données viennent confirmer les résultats d'une étude réalisée en 2005 qui démontrait que la chronicité des symptômes influence à la hausse la prescription d'hypnotique (60).

Or d'après les recommandations de la HAS de 2006, les BZD hypnotiques n'ont pas d'indication dans le traitement de l'insomnie chronique.

Dans l'insomnie chronique on remarque **une diminution de l'utilisation de la mélatonine en deuxième intention** par rapport à l'utilisation en première intention 47% versus 17% (p-value<0,001).

Tout comme en première intention les TCC-I sont très peu utilisées dans l'insomnie chronique puisque **seulement 31% des MG interrogés utilisaient les TCC-I en deuxième intention dans la prise en charge de l'insomnie chronique** ce qui n'est pas en accord avec les recommandations.

D'après les recommandations de la HAS de 2006 le traitement médicamenteux est à envisager uniquement si les TCC-I ont échouées. Cependant, à la lecture de ces recommandations, les hypnotiques restent une solution possible pour chaque situation en fonction du contexte clinique.

7. Les benzodiazépines et apparentées.

En France selon un rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament datant de 2017 le traitement par BZD est initié à 82 % par un médecin généraliste.

Dans notre étude les MG interrogés ont une faible utilisation des BZD hypnotiques en première intention, même si on peut noter une utilisation par 17% des MG interrogés en première intention dans l'insomnie chronique.

Les MG répondants prescrivaient en majorité, à 76% les BZD hypnotiques en « si besoin » et 72% effectuaient une réévaluation entre deux et quatre semaines de traitement.

Un élément marquant de notre étude révèle que pour 60 % des MG interrogés, leurs patients sous BZD hypnotique le sont depuis plus de 4 semaines dans au moins 75% des cas.

On peut l'expliquer par différents facteurs :

Il est reconnu que les BZD hypnotiques ont un fort risque de dépendance et les médecins généralistes éprouvent des difficultés à les arrêter.

Les difficultés rencontrées par les médecins, à l'arrêt de ce traitement, sont exprimées dans différentes études notamment celle réalisée en 2020 en Picardie où la moitié des MG

interrogés essayaient le sevrage des BZD « à chaque renouvellement » et plus d'un quart « une fois tous les 3 mois » (62).

Cette difficulté est également rencontrée dans l'étude réalisée à Grenoble en 2015 où les principaux obstacles à l'arrêt, quand la prescription était devenue chronique, étaient :

L'attachement du patient au traitement, le contexte de prescription et le manque de temps.

Pour certains médecins, la perception d'un manque d'alternatives efficaces conduisait à un renouvellement du traitement par défaut, et parfois, à un abandon progressif des tentatives de sevrage par résignation (69).

Certains patients notamment les plus âgés consomment des BZD hypnotiques depuis longtemps. Un arrêt de traitement peut signifier pour eux la remise en cause d'un certain équilibre, voire la crainte d'un changement du mode de vie auquel ils sont habitués.

Impact de la prescription sur ordonnance sécurisée du Zolpidem :

La surconsommation de BZD en France est un enjeu de santé publique. Dans l'objectif de favoriser le bon usage des BZD les autorités sanitaires ont instauré en Avril 2017 une nouvelle réglementation entraînant la prescription sur ordonnance sécurisée du Zolpidem.

Dans notre étude 66 % des MG interrogés ont diminué leur prescription de Zolpidem suite à cette mesure, 45% des répondants nous révèlent avoir remplacé le Zolpidem par un autre hypnotique et surtout ils étaient **29% à avoir diminué le recours aux hypnotiques.**

Les données retrouvées peuvent être confortées par une étude réalisée en 2020 révélant que la prévalence de l'utilisation du Zolpidem en France avait été divisée par deux après la mise en place de tablettes de prescription sécurisées en 2017(70).

Ce phénomène a également été retrouvé dans une étude réalisée à Amiens en 2020, qui observait que 48% des MG picards avaient arrêté de prescrire du Zolpidem entraînant une décroissance significative de sa consommation non compensée par d'autres hypnotiques (71).

On peut en conclure qu'il existe un décalage entre l'utilisation des BZD hypnotiques par les médecins généralistes interrogés et les recommandations de la HAS, que ce soit dans leur utilisation dans l'insomnie chronique ou dans leur durée de prescription. Le recours aux ordonnances sécurisées pour la prescription du Zolpidem est une méthode encourageante car elle semble entraîner une diminution de prescription des BZD hypnotiques.

8. Freins à la prise en charge de l'insomnie.

Selon les MG de la Somme interrogés les principaux freins à la prise en charge étaient en premier lieu le **manque de temps lors de la consultation pour 74% d'entre eux**, le manque de formation pour plus de la moitié des MG (59%) et enfin les difficultés d'accès aux moyens non médicamenteux (50%).

La notion de manque de temps lors de la prise en charge de l'insomnie est retrouvée également en première lieu dans l'étude réalisée en 2013 dans l'arc Alpin (58). Une des solutions évoquées par les MG seraient de proposer une cotation spécifique pour les consultations longue durée, dédiée à l'insomnie.

La notion de manque de formation, quant à elle, est retrouvée dans une étude réalisée à Paris en 2016, cette notion est associée par les MG interrogés à une perception de manque de diffusion des recommandations (72).

Une étude interventionnelle publiée en 2023 ayant étudié l'amélioration de la conformité des prises en charge de l'insomnie par rapport aux recommandations de la HAS de 2006 a démontré une augmentation de 40 % du nombre de prise en charge conforme pour l'insomnie aiguë et de 55 % pour l'insomnie chronique suite à la diffusion d'un guide thérapeutique simplifié (73).

Enfin les difficultés d'accès aux moyens non médicamenteux sont retrouvées dans plusieurs études notamment l'étude Parisienne de 2016 (72) et l'étude Picarde de 2020, dans cette dernière les médecins évoquaient comme solution une meilleure formation aux TCC-I pour 56% des MG interrogés et une prise en charge par l'assurance maladie des TCC-I pour 71% d'entre eux (62).

Depuis avril 2022 l'assurance maladie propose sur la base d'une prescription médicale un remboursement jusqu'à huit séances de suivi psychologique par année civile. Ceci va peut être permettre à l'avenir de favoriser la prise en charge de l'insomnie par les psychologues et plus particulièrement ceux formés aux TCC-I.

Une autre piste d'évolution pour le développement des TCC-I serait l'utilisation de la visioconférence ou de programme en ligne qui montrent une efficacité comparable (74) (75).

V) CONCLUSION

L'insomnie est très répandue en France, avec d'importantes répercussions médicales, socioprofessionnelles et économiques.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les pratiques des médecins généralistes de la Somme pour la prise en charge de l'insomnie. Notre étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Somme a permis de réunir 58 médecins répondants.

La principale limite de ce travail se trouve dans son effectif trop faible entraînant un manque de puissance des analyses statistiques. Toutefois, nous avons pu établir un état des lieux de la prise en charge de l'insomnie, en y associant les difficultés d'application des dernières recommandations de la HAS de 2006.

Les médecins généralistes interrogés utilisaient largement l'agenda du sommeil mais ils sont très peu à organiser une consultation dédiée à la prise en charge de l'insomnie.

Dans l'insomnie aiguë la prise en charge des médecins semblait en accord avec les recommandations, avec une large diffusion des règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil.

Notre étude révélait des difficultés dans le diagnostic et dans l'application des recommandations pour la prise en charge de l'insomnie chronique. Ainsi trois constatations principales sont ressorties :

- La première concerne l'utilisation des benzodiazépines hypnotiques, en effet leur utilisation dans la prise en charge de l'insomnie chronique reste très importante et ce même au long-cour, bien que les recommandations les préconisent pour une utilisation transitoire de moins de quatre semaines.

Il faut cependant noter, que les mesures réglementant la prescription du Zolpidem via l'utilisation des ordonnances sécurisées depuis 2017, semblent diminuer l'usage des benzodiazépines hypnotiques chez les médecins généralistes de la Somme interrogés.

- La deuxième constatation concerne le faible recours aux thérapies cognitivo-comportementale dans l'insomnie chronique, que ce soit en première ou en deuxième intention, malgré le fait que ce soit le traitement de référence.

Nous pouvons penser que l'utilisation des TCC-I via des programmes en ligne ainsi que le remboursement récent des séances de psychothérapie, sont peut être des clés à l'augmentation de sa prescription.

- La dernière constatation de notre étude relève les principaux freins rencontrés par les médecins généralistes interrogés quant à la prise en charge de l'insomnie, tant aiguë que chronique. Les éléments qui sont ressortis étaient le manque de temps et le manque de formation des MG.

Une simplification des recommandations associée à une meilleure diffusion de ces dernières permettrait sans doute d'améliorer la prise en charge globale de l'insomnie par les médecins généralistes afin de soulager au mieux leurs patients et d'améliorer leur qualité de vie.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : sommeil - Dictionnaire de français Larousse [Internet].. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sommeil/73405>
2. Chaput JP, Dutil C, Featherstone R, Ross R, Giangregorio L, Saunders TJ, et al. Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab.* oct 2020;45(10 (Suppl. 2)):S218-31.
3. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
4. International Classification of Sleep disorders third edition. American Academy of sleep medicine. Wetchester, Illinois; 2014. (Diagnostic and Coding Manual).
5. Léger - Le temps de sommeil en France Sleep Time in Fran.pdf [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/pdf/2019_8-9.pdf
6. Riemann D., et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.*2017;26(6):675-700.
7. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin.* juin 2022;17(2):173-91.
8. Léger D, Beck F, Fressard L, Verger P, Peretti-Watel P, COCONEL Group. Poor sleep associated with overuse of media during the COVID-19 lockdown. *Sleep.* 13 oct 2020;43(10):zsaa125.
9. Etat des lieux de la consommation des benzodiazepines en France Rapport ANSM avril 2017.
10. Hartley S, Dagneaux S, Aussert F, Colas des Francs C, Tobie C, Palethorpe C, et al. L'utilisation des hypnotiques a-t-elle augmenté depuis la crise sanitaire ? Une étude des bases de données Morphée. *Médecine du Sommeil.* 1 mars 2023;20(1):53.
11. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA.* 20 févr 2013;309(7):706-16.

12. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The Pathophysiology of Insomnia. *Chest*. 1 avr 2015;147(4):1179-92.
13. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. déc 1987;10(4):541-53.
14. Taillard J, Gronfier C. Chapitre 3 - Régulation circadienne et homéostatique du sommeil et de la veille. In: Dauvilliers Y, éditeur. *Les Troubles du Sommeil (Troisième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2019. p. 29-45. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294748929000035>
15. Inserm. Insomnie · La science pour la santé. [Internet] Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
16. Sftg - has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*. 1 déc 2006;4(14):5-27.
17. Li M, Zhang XW, Hou WS, Tang ZY. Insomnia and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Cardiology*. 20 oct 2014;176(3):1044-7.
18. Meng L, Zheng Y, Hui R. The relationship of sleep duration and insomnia to risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertens Res*. nov 2013;36(11):985-95.
19. Lin CL, Chien WC, Chung CH, Wu FL. Risk of type 2 diabetes in patients with insomnia: A population-based historical cohort study. *Diabetes Metab Res Rev*. janv 2018;34(1).
20. Viot-Blanc V. Le manque de sommeil favorise-t-il l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires ? *Médecine du Sommeil*. 1 janv 2010;7(1):15-22.
21. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. janv 2020;45(1):74-89.
22. Hafner M, Romanelli RJ, Yerushalmi E, Troxel WM. La charge sociétale et économique de l'insomnie chez l'adulte. RAND Corporation. 2023;

23. American Psychiatric Association. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5) », American Psychiatric Publishing. 2013.
24. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. 1 nov 2014;146(5):1387-94.
25. CIM-11. 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://icd.who.int/en>
26. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research. 1 mai 1989;28(2):193-213.
27. Johns MW. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1 nov 1991;14(6):540-5.
28. Allaert FA, Courau S, Forestier A. P244: Validation d'un questionnaire d'évaluation de la vitalité, le quotient de vitalité. Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 déc 2014;28:S196-7.
29. Sadeh A, Hauri PJ, Kripke DF, Lavie P. The Role of Actigraphy in the Evaluation of Sleep Disorders. Sleep. 1 juin 1995;18(4):288-302.
30. Poirot I. Syndromes dépressifs et échelles d'évaluation (1 ère partie). Médecine du Sommeil. 1 sept 2005;2(5):38-41.
31. Morin CM, Belleville G, Bédard L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. Sleep. 1 mai 2011;34(5):601-8.
32. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 19 juill 2016;165(2):125-33.
33. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. Ann Intern Med. 4 août 2015;163(3):191-204.
34. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract. 25 mai 2012;13(1):40.

35. Ho FYY, Chung KF, Yeung WF, Ng TH, Kwan KS, Yung KP, et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*. 1 févr 2015;19:17-28.
36. 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.
37. Wood B, Rea MS, Plitnick B, Figueiro MG. Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Applied Ergonomics*. 1 mars 2013;44(2):237-40.
38. Sharma MP, Andrade C. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. *Indian J Psychiatry*. 2012;54(4):359-66.
39. Miller CB, Espie CA, Epstein DR, Friedman L, Morin CM, Pigeon WR, et al. The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep Medicine Reviews*. 1 oct 2014;18(5):415-24.
40. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Springer Science & Business Media; 2007. 184 p.
41. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
42. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*. 25 janv 2000;162(2):225-33.
43. Pillai V, Roth T, Roehrs T, Moss K, Peterson EL, Drake CL. Effectiveness of Benzodiazepine Receptor Agonists in the Treatment of Insomnia: An Examination of Response and Remission Rates. *Sleep*. 1 févr 2017;40(2):zsw044.
44. Winkler A, Rief W. Effect of Placebo Conditions on Polysomnographic Parameters in Primary Insomnia: A Meta-Analysis. *Sleep*. 1 juin 2015;38(6):925-31.
45. Billioti de Gage S, Pariente A, Bégaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf*. mai 2015;14(5):733-47.

46. Wu CC, Liao MH, Su CH, Poly TN, Lin MC. Benzodiazepine Use and the Risk of Dementia in the Elderly Population: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *J Pers Med*. 12 oct 2023;13(10):1485.
47. Terzano MG, Parrino L. Effect of hypnotic drugs on sleep architecture. *Pol J Pharmacol*. 1994;46(5):487-90.
48. Everitt H, Baldwin, DS, Stuart, B, Lipinska, G, Mayers, A, Malizia, AL, Manson, CCF, Wilson S. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 14 mai 2018;(5).
49. Winkler A, Auer C, Doering BK, Rief W. Drug Treatment of Primary Insomnia: A Meta-Analysis of Polysomnographic Randomized Controlled Trials. *CNS Drugs*. 1 sept 2014;28(9):799-816.
50. Vande Griend JP, Anderson SL. Histamine-1 receptor antagonism for treatment of insomnia. *Journal of the American Pharmacists Association*. 1 nov 2012;52(6):e210-9.
51. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-Analysis: Melatonin for the Treatment of Primary Sleep Disorders. *PLOS ONE*. 17 mai 2013;8(5):e63773.
52. Leach MJ, Page AT. Herbal medicine for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 1 déc 2015;24:1-12.
53. Mignot E, Mayleben D, Fietze I, Leger D, Zammit G, Bassetti CLA, et al. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Neurol*. févr 2022;21(2):125-39.
54. Kunz D, Dauvilliers Y, Benes H, García-Borreguero D, Plazzi G, Seboek Kinter D, et al. Long-Term Safety and Tolerability of Daridorexant in Patients with Insomnia Disorder. *CNS Drugs*. janv 2023;37(1):93-106.
55. Avis sur les médicaments. daridorexant, QUVIVIQ_25mg et 50mg, HAS [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20159_QUVIVIQ_PIC_INS_AvisDef_CT20159_EPI773.pdf

56. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;25:148-57.
57. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale: à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. Faculté des sciences médicales Rangueil: Université Paul Sabatier; 2012.
58. Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin: exploration des difficultés ressenties; 2013.
59. Gaboreau Y, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, Imbert P. Consensus, controverses and dissensions between general practitioners and patients suffering from chronic primary insomnia. *Exercer* [Internet]. 2017 ; Disponible sur: <https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-02008615>
60. Léger D, Allaert FA, Massuel MA. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *La Presse Médicale*. 1 nov 2005;34(19, Part 1):1358-62.
61. Robbins R, Seixas A, Masters LW, Chanko N, Diaby F, Vieira D, et al. Sleep tracking: A systematic review of the research using commercially available technology. *Current sleep medicine reports*. 2019;5(3):156.
62. Soriot C. Analyse des pratiques des médecins généralistes picards dans la prise en charge de l'insomnie et influence des différentes mesures mises en place par les autorités sanitaires. 24 Sep 2020.
63. Waters WF, Hurry MJ, Binks PG, Carney CE, Lajos LE, Fuller KH, et al. Behavioral and Hypnotic Treatments for Insomnia Subtypes. *Behavioral Sleep Medicine*. 1 mai 2003;1(2):81-101.
64. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998–2004). *Sleep*. nov 2006;29(11):1398-414.
65. Thümmler S, Fernandez A, Menard ML, Krieger V, Dumas LÉ, David A, et al. Autisme et troubles du sommeil : intérêts de la mélatonine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mars 2020;68(2, Supplement):1S7-10.

66. Zhang W, Chen X yan, Su S wen, Jia Q zhong, Ding T, Zhu Z ning, et al. Exogenous melatonin for sleep disorders in neurodegenerative diseases: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Neurol Sci.* 1 janv 2016;37(1):57-65.
67. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research.* 2017;26(6):675-700.
68. Revue de la littérature sur les habitudes de prescription et de prise en charge des médecins pour le traitement de l'insomnie - Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC) [Internet]. Disponible sur:
https://athena.upec.fr/discovery/fulldisplay?docid=alma998115665404611&context=L&vid=33BUCRET_INST:upec&lang=fr&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any,exact,998115665404611
69. Id H. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. 2015;
70. Caillet P, Rousselet M, Gerardin M, Jolliet P, Victorri-Vigneau C. Prevalence of zolpidem use in France halved after secure prescription pads implementation in 2017: A SNDS database nested cohort study. Bianchi C, éditeur. *PLoS ONE.* 19 févr 2020;15(2):e0228495.
71. Bourdon C. Nouvelle réglementation de la prescription du Zolpidem (Stilnox®): causes et impacts. 2019;
72. O'Mahony AB. Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Ile de France. 2016;
73. Fabre A, Monney Y, Royant-Parola S, Urbain F. Insomnie en médecine générale : évaluation du bénéfice d'un guide thérapeutique de la prise en charge de l'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil.* 1 déc 2023;20(4):223-30.
74. Lopez R, Bosco A, Chenini S, Barateau L, Evangelista E, Beziat S, et al. Évaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Therasomnia®). *Médecine du Sommeil.* 1 mars 2017;14(1):42.

75. Hartley S, Dagneaux S, Liane MT, Aussert F, Colas Des Francs C, Leymarie R, et al. Thérapie cognitive et comportementale insomnie : un groupe en visioconférence est-il aussi efficace qu'un groupe en présentiel ? Médecine du Sommeil. 1 mars 2022;19(1):24.
76. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Sleep. févr 1987;10(1):45-56.

VII) ANNEXES

1. Lettre de présentation du questionnaire aux médecins

Bienvenue dans ce questionnaire portant sur la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes. L'insomnie est un trouble du sommeil fréquent qui peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des patients et sur leur santé globale. En tant que médecins généralistes, vous êtes souvent les premiers professionnels de santé consultés pour ce type de problème. Votre rôle est donc primordial dans la détection, l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez vos patients. Ce questionnaire vise à mieux comprendre vos pratiques cliniques actuelles dans la gestion de l'insomnie, ainsi que les défis et les besoins que vous rencontrez dans ce domaine. Vos réponses seront précieuses pour faire un état des lieux de la prise en charge de l'insomnie afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Merci de votre participation

2. Questionnaire aux médecins

1) Sexe :

- Femme
- Homme
- Je préfère ne pas répondre à cette question

2) Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?

- <10 ans
- 10-20 ans
- 20-30 ans
- >30 ans

3) Quel est votre lieu d'exercice ?

- Rural
- Semi rural
- Urbain

4) L'insomnie est-il un motif de consultation fréquent?

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois

5) Dans quel contexte parlent-ils de leur trouble du sommeil ?

- Au cours d'une consultation parmi d'autres motifs
- Le patient a pris une consultation dédiée à ce problème

6)-Lorsqu'un patient vous parle de trouble du sommeil au cours d'une consultation pour un autre motif (renouvellement ordonnance, surveillance tensionnelle, ou autre), organisez-vous une consultation dédiée ?

- Oui j'organise une consultation dédiée.
- Non, je gère cette plainte sur la même consultation.

Prise en charge :

7) En cas de plainte d'insomnie, quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ? (plusieurs réponses possible)

- Agenda du sommeil
- Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)
- Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)
- Echelle d'Epworth (pour évaluation de la somnolence diurne)
- Echelle de fatigue de Pichot
- Questionnaire Hamilton ou échelle de Beck (pour recherche d'une dépression associée)
- Bilan Biologique
- Actimétrie
- Aucun

8) Comment différenciez-vous l'insomnie chronique de l'insomnie aiguë ? (plusieurs réponses possible)

- Trouble du sommeil présent au moins 1 fois par semaine
- Trouble du sommeil présent au moins 3 fois par semaine
- Depuis au moins 1 mois
- Depuis au moins 3 mois
- Depuis au moins 6 mois
- Je ne différencie pas

9) Que mettez-vous en place en première intention en cas d'insomnie aiguë ? (plusieurs réponses possible)

- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par conseils oraux.
- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.
- Adressé à un professionnel en vue Thérapie cognitivo comportementale
- Mélatonine
- Antihistaminique H1
- Benzodiazépine à visée hypnotique

10) Si échec, que mettez-vous en place en deuxième intention en cas d'insomnie aiguë ? (plusieurs réponses possible)

- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par conseils oraux.
- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.
- Adressé à un professionnel en vue Thérapie cognitivo comportementale
- Mélatonine
- Antihistaminique H1
- Benzodiazépine à visée hypnotique

11) Que mettez-vous en place en première intention en cas d'insomnie chronique ? (plusieurs réponses possible)

- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par conseils oraux.
- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.
- Adressé à un professionnel en vue Thérapie cognitivo comportementale
- Mélatonine
- Antihistaminique H1
- Benzodiazépine à visée hypnotique

12) Si échec, que mettez-vous en place en deuxième intention en cas d'insomnie chronique ? (plusieurs réponses possible)

- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par conseils oraux.
- Règles hygiéno-diététiques d'aide au sommeil par le biais d'une ordonnance comportementale.
- Adressé à un professionnel en vue Thérapie cognitivo comportementale
- Mélatonine
- Antihistaminique H1
- Benzodiazépine à visée hypnotique

13) Comment prescrivez-vous un hypnotique benzodiazépine ou apparenté en cas de trouble du sommeil ? (plusieurs réponses possible)

- Prescription en " si besoin"
- Prescription en systématique au couché
- Réévaluation entre 2 et 4 semaines
- Réévaluation entre 4 et 8 semaines
- Je n'en prescris pas dans les troubles du sommeil

14) Selon vous, parmi vos patients sous hypnotique benzodiazépine ou apparenté, quel est le pourcentage de patients qui prennent ce médicament depuis plus de 4 semaines.

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- 0%

15) Selon vous quel impact la prescription sur ordonnance sécurisée du Zolpidem depuis 2017 a-t-elle sur votre pratique ?

- Pas de changement dans l'utilisation du Zolpidem
- Diminution prescription Zolpidem
- Modification de la posologie du Zolpidem
- Modification de la prescription pour un autre hypnotique
- Diminution prescription d'hypnotique de manière générale

16) Selon vous quels sont les freins à la prise en charge de l'insomnie ? (plusieurs réponses possible)

- Manque de formation
- Manque de temps lors de la consultation
- Absence de remboursement de certain traitement médicamenteux (exemple mélatonine)
- Difficulté d'accessibilité aux moyens non médicamenteux
- Aucune difficulté

3. Les 8 catégories d'insomnie selon ICSD 3 (24)

1. L'insomnie psychophysiologique est principalement caractérisée par un état d'hyperéveil et un conditionnement empêchant le sommeil, qui conduisent à la plainte d'insomnie.
2. L'insomnie paradoxale où le patient se plaint d'une insomnie sévère sans corrélation entre les données objectives et le degré allégué des troubles.
3. L'insomnie idiopathique qui débute dans l'enfance, qui ne présente pas de période de rémission soutenue et où le facteur précipitant n'est pas retraçable.
4. Insomnie d'ajustement (aiguë et transitoire, associée à un facteur de stress).
5. Insomnie associée à un trouble mental.
6. Insomnie associée à une condition médicale.
7. Insomnie associée à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues.
8. Insomnie associée à une hygiène de sommeil inadéquate (qui inclut, entre autres, les facteurs environnementaux comme la lumière, le bruit, la température ambiante, le matelas, le partenaire, les enfants...).

4. Critères diagnostiques du trouble d'insomnie chronique chez l'adulte selon ICSD 3 (24)

A. Le patient rapporte, ou le parent ou le soignant du patient observe, un ou plusieurs des éléments suivants :

1. Difficulté à initier le sommeil.
2. Difficulté à maintenir le sommeil.
3. Se réveiller plus tôt que souhaité.
4. Résistance à se coucher selon un horaire approprié.
5. Difficulté à dormir sans l'intervention d'un parent ou d'un soignant.

B. Le patient rapporte, ou le parent ou le soignant du patient observe, un ou plusieurs des éléments suivants liés aux difficultés de sommeil nocturne :

1. Fatigue/malaise.
2. Troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.
3. Altération des performances sociales, familiales, professionnelles ou académiques.
4. Troubles de l'humeur/irritabilité.
5. La somnolence diurne.
6. Problèmes comportementaux (par exemple hyperactivité, impulsivité, agressivité).
7. Motivation/énergie/initiative réduites.
8. Tendance aux erreurs/accidents.
9. Inquiétudes ou insatisfaction à l'égard du sommeil.

C. Les plaintes liées au sommeil et à l'éveil signalées ne peuvent pas être expliquées uniquement par des opportunités inadéquates (c'est-à-dire suffisamment de temps est alloué pour dormir) ou des circonstances inadéquates (c'est-à-dire que l'environnement est sûr, sombre, calme et confortable) pour dormir.

D. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins trois fois par semaine.

E. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis au moins 3 mois.

F. La difficulté sommeil/éveil ne s'explique pas mieux par un autre trouble du sommeil.

5. Synthèse des recommandations : HAS 2006

Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. 2006 décembre
SFTG en partenariat avec l'HAS.(16)

PRINCIPES GÉNÉRAUX

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

CONSIGNES PRATIQUES

DIAGNOSTIC	Identifier la nature de la plainte (type, ancienneté, fréquence, sévérité ; répercussions diurnes ; traitements utilisés) S'appuyer sur un plan d'évaluation, un agenda du sommeil, l'arbre décisionnel [ci-joint]
PRESCRIPTION D'UN HYPNOTIQUE	CRITÈRES DE CHOIX <ul style="list-style-type: none"> - le profil d'insomnie du patient, l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique) - le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liés à la dose et à la demi-vie - les effets résiduels diurnes, le type d'activités pouvant être pratiquées au décours de la prise du produit - le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes
	ERREURS À ÉVITER <ul style="list-style-type: none"> - prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique - associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques - prescrire un hypnotique en cas de pathologie respiratoire - arrêter brutalement un traitement hypnotique L'effet rebond peut être limité ou évité par le choix de produits à demi-vie courte ou moyenne, à la plus faible dose efficace, et une diminution progressive de la dose
	INFORMER LES PATIENTS dès la prescription sur : <ul style="list-style-type: none"> - la durée du traitement, le respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai d'action du produit, les effets résiduels possibles, les modalités d'arrêt du traitement, les effets indésirables à l'arrêt - le délai à respecter à partir de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant vigilance et adresse (conduite automobile ou de machines, travaux de précision)
	SEVRAGE DES HYPNOTIQUES Toujours progressif, sa durée peut s'étendre sur plusieurs mois (utilisateurs de longue durée) : <ul style="list-style-type: none"> - réduire les doses par paliers de ¼ de comprimé - instaurer un suivi attentif, y compris après arrêt total de l'hypnotique
CHOIX D'UNE THÉRAPIE	Choisir entre les deux méthodes comportementales praticables en soins primaires (mais peu répandues en France) : le contrôle du stimulus et la restriction du temps de sommeil
PERSONNES ÂGÉES	<ul style="list-style-type: none"> - Éviter des traitements hypnotiques intempestifs (différencier les modifications physiologiques du sommeil des insomnies avérées) - Si l'hypnotique paraît nécessaire, choisir des produits à demi-vie courte et à demi-doses - Veiller au risque d'interactions médicamenteuses en cas de polymédication, surtout par psychotropes ou antalgiques majeurs

7. Index sévérité insomnie(31)

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

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

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

8. Restriction du temps passé au lit

Restreindre le temps passé au lit au temps réellement dormi d'après Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ.
Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed.(76)

- Calculer le temps total de sommeil estimé sur l'agenda
- Evaluer l'heure de lever idéal dépendant du chronotype du sujet et des horaires de travail
- Evaluer le temps total de sommeil idéal (en fonction du phénotype court ou long dormeur)
- Réduire le temps passé au lit au temps total de sommeil estimé (pas en dessous de 5h30)
- Appliquer cette consigne de façon stricte les premiers jours
- insister sur l'heure du lever qui doit être tout les jours à la même heure (identique en semaine et le week-end)
- Calculer l'efficacité du sommeil : temps total de sommeil estimé/ temps passé au lit
- Lorsque l'efficacité du sommeil est satisfaisante (>85%), rallongez le temps passé au lit progressivement en se couchant plus tôt de 15 min par semaine jusqu'au temps total de sommeil idéal
- Lorsque l'efficacité du sommeil est non satisfaisante (<80%) diminuez le temps passé au lit de 15 min

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

Introduction: La prise en charge (PEC) de l'insomnie constitue un enjeu majeur de santé publique. L'objectif principal de cette thèse était d'identifier les pratiques mises en place par les médecins généralistes (MG) de la Somme pour lutter contre l'insomnie et d'évaluer l'application des recommandations de l'HAS.

Matériel et méthode: Etude observationnelle descriptive réalisée avec un questionnaire diffusé sur internet de mai à octobre 2023 visant les MG de la Somme.

Résultats: Sur les 542 MG de la Somme nous avons obtenu 58 réponses. Seul 12% des MG déclarent organiser une consultation dédiée à la PEC de l'insomnie. 48% d'entre eux ont recours à l'agenda du sommeil. Dans l'insomnie aiguë, 47% des MG prescrivent une solution médicamenteuse en première intention. Dans l'insomnie chronique 24% des MG utilisaient la thérapie cognitivo-comportementales (TCC) en première intention, 93% proposent en deuxième intention une solution médicamenteuse et 76% d'entre eux prescrivent des benzodiazépines (BZD).

Discussion : Le caractère chronique de l'insomnie semble favoriser le recours aux solutions médicamenteuses notamment aux BZD. Les résultats ont montré que les pratiques des MG concernant l'insomnie aiguë étaient en accord avec les recommandations de la HAS, alors que pour l'insomnie chronique, la pratique des MG retrouvait une faible utilisation des TCC et une sur-prescription de BZD hors recommandations.

Le recours aux TCC en ligne, une meilleure diffusion des recommandations de la HAS et le remboursement d'une consultation dédiée semblent être des pistes d'amélioration de la PEC.

Mots-clés : insomnie, médecine générale, benzodiazépines, thérapie cognitivo-comportementale.

OVERVIEW OF INSOMNIA CARE BY THE SOMME'S GENERAL PRACTITIONERS

Introduction : The care of insomnia constitutes a major public health concern. The main goal of this thesis was to identify the practises implemented by the general practitioners (GP) in the Somme to tackle insomnia and evaluate the enforcement of French High Health Authorities (FHHA) recommendations.

Material and method : Observational descriptive study made in the form of a questionnaire broadcast on the internet from May to October 2023 for GPs in the Somme department.

Results : Out of 542 GPs in the Somme, we have obtained 58 answers, only. 12% of GPs declared organizing consults specifically dedicated to the care of insomnia. 48% of them used the sleep agenda in acute insomnia, 47% of the GPs prescribe medicine as a first solution. In chronic insomnia 24% of GPs used Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) first. 93% offered medicine as a second solution and 76% of them prescribe Benzodiazepines (BZD)

Discussion : The chronic nature of insomnia seems to favour the use of medicine as a solution, notably BZDs. The results have shown that the practices of GPs relating to acute insomnia were in accordance with the recommendation of the FHHA, in the case of chronic insomnia the practice of GPs displayed a minor use of CBTs and over-prescription of BZD outside of recommendations. The recourse of online CBT, a better broadcast of FHHA recommendations and the refund of a dedicated consult seem to be areas for improvement of care.

Keywords: insomnia, general practice, benzodiazepine, Cognitive Behavioural Therapy