



HAL
open science

Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques utilisées par les médecins généralistes du territoire Somme Littoral Sud

Camille Chevillard

► **To cite this version:**

Camille Chevillard. Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques utilisées par les médecins généralistes du territoire Somme Littoral Sud. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04506375

HAL Id: dumas-04506375

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04506375>

Submitted on 15 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 – 187

**ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES A LA PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES UTILISEES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DU TERRITOIRE SOMME LITTORAL SUD**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 09 Novembre 2023

Par Camille Chevillard

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur JEHEL Louis

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur VINCENT Manuel

Monsieur le Docteur VASSEUR Grégoire

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur DUPRIEZ François

DEDICACES

Au président de mon jury,

Monsieur le Professeur JEHEL Louis,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Chef du Service de la consultation de psychiatrie et de psychologie médicale

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

Je vous suis excessivement reconnaissante pour votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à ce travail.

Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A mon jury,

Monsieur le Docteur VINCENT Manuel

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Coordonnateur adjoint de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury,

Je tiens à vous remercier pour votre aide et votre accompagnement depuis le début de mon internat, ainsi que pour la qualité de vos enseignements tout au long de ma formation.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur VASSEUR Grégoire

Médecin généraliste

Maître de stage universitaire de Picardie

Vous me faites l'honneur de vous rendre disponible et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans le jury de thèse et je vous en remercie.

Je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur DUPRIEZ François

Praticien hospitalier

Psychiatrie-Addictologie

Chef du pôle psychiatrie-addictologie du Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer et du Centre Hospitalier d'Hesdin

Membre du conseil scientifique de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Haut-de-France

C'est avec une grande émotion que je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail.

Par votre disponibilité, votre savoir et vos précieux conseils vous avez su me guider dans la rédaction du manuscrit.

La confiance que vous m'accordez depuis mon stage et le début de mon exercice professionnel, notamment au CHAM, m'ont confortée dans mon envie de pratiquer la médecine générale combinée à une approche psychiatrique. Je vous en suis extrêmement reconnaissante.

« Mais, ou, et, donc, or, ni, car... »

REMERCIEMENTS

A ma famille que j'aime inconditionnellement,

A **mes parents**, pour leur éducation pleine d'amour, de respect et de bienveillance : valeurs essentielles à l'exercice de la médecine. Je vous serai éternellement reconnaissante d'avoir toujours été là et de m'avoir permis de réaliser mon rêve de devenir médecin.

A **mon petit frère adoré**, et dont je suis très fière, merci pour son soutien infaillible. Je sais pouvoir toujours compter sur lui. Ainsi qu'à **Emeline** pour sa gentillesse.

A **Grand-mère et Bon-papa**, qui m'ont toujours soutenue avec amour et répondu sans jugement à mes interrogations. Merci de vous être aussi bien occupés de moi. Spéciale dédicace à Bonpapa, pédiatre réanimateur néonatal, qui m'a transmis l'envie d'exercer ce passionnant métier. Et ce, dès mon plus jeune âge en me donnant accès à ses consultations dans son bureau.

A **papi et mamie**, qui sont, je suis sûre, fiers de moi et que j'aime tendrement.

A tout le reste de **ma famille**, soudée, nous créons au fil des années des liens forts. Je sais que je pourrais toujours compter sur elle.

Spécial dédicace à **The Capello's family**, merci pour la correction du manuscrit.

A **Sébastien**, merci pour ta patience et ton soutien durant ces études. Merci pour le bonheur quotidien que tu m'apportes. Je suis fière de t'avoir à mes côtés.

A mes amis,

A **mes amies** depuis toujours : maternelle, collège, lycée, etc... : un sacré chemin parcouru ensemble. Quitterie, Aurore, Constance, Camille, Valentine, Astrid, Cécile, Charlotte, et Bérénice je tiens à vous remercier pour votre présence en toute circonstance et soutien sans faille.

A **Lucie et Clémence**, merci pour votre bonne humeur contagieuse, cette complicité incroyable qui est si précieuse pour moi. Lulu j'ai adoré ces moments privilégiés de travail sur nos thèses respectives.

A **Audrey, Nina, et Betty**, mes acolytes de médecine. Merci pour cette solide et sincère amitié et votre soutien au quotidien qui me permettent de vivre des expériences inoubliables.

A mes deux co-internes, **Corentin et Hugo**, avec qui j'ai partagé de longues heures de travail de jour comme de nuit. Merci d'avoir été des piliers sur qui j'ai pu me reposer durant mon internat.

A **la team psychiatrie, Richard** merci de m'avoir accompagnée toujours avec bienveillance dans mes premiers pas en psychiatrie. A **Océane** nouvelle amie sur qui je peux compter.

A **Karen**, merci pour ta gentillesse et ta patience durant ses longues heures de travail.

PLAN THESE :

Table des matières

1. Introduction	9
1.1. Intérêt et descriptif du travail.....	9
1.2. Définitions.....	11
1.2.1. Le sommeil normal.....	11
1.2.2. L'insomnie.....	22
1.2.3. Les méthodes de recueil et outils d'analyse du sommeil.....	27
1.3. Etat des lieux des recommandations dans le traitement de l'insomnie :.....	31
1.3.1. Prise en charge médicamenteuse : les Benzodiazépines.....	31
1.3.1.1 <i>Les principales molécules utilisées</i>	31
1.3.1.2 <i>Recommandations de l'HAS sur leur utilisation et restriction des prescriptions de benzodiazépines</i>	34
1.3.2. Les Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques ou apparentés.....	36
1.3.2.1. <i>Les alternatives thérapeutiques médicamenteuses</i>	36
1.3.2.2. <i>Les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses</i>	43
1.3.2.3. <i>Essor de nouvelles technologies : apports et retentissement le sommeil</i>	49
2. Matériel et méthode	50
2.1. Objectifs de l'étude.....	50
2.2. Type d'étude.....	50
2.3. Constitution et présentation de l'échantillon.....	50
2.4. Présentation et distribution du questionnaire.....	51
2.5. Recueil et traitements des données.....	52
3. Résultats	53
4. Discussions	68
5. Conclusion	78
6. Références bibliographiques	80
7. Table des figures	84
8. Table des tableaux	84
9. Table des annexes	84

1. Introduction

1.1. Intérêt et descriptif du travail

L'être humain dort en moyenne un tiers de son existence. Le sommeil de mauvaise qualité a un impact direct sur la qualité de vie. Les consultations ayant comme motif une problématique liée au sommeil sont donc fréquentes. La prévalence de l'insomnie chronique de la population française serait de 15,8%.

62% des Français affirment ne pas dormir correctement, et 45% des 25-35 ans déclarent ne pas dormir suffisamment. Un français sur cinq souffrirait de somnolences diurnes et près de 2 français sur 10 ont une plainte liée au sommeil, à une hypersomnolence ou à une anomalie du rythme veille sommeil (1–3).

Les troubles du sommeil sont devenus une problématique de santé publique avec la multiplication des plaintes liées au sommeil, une répercussion sur la qualité de vie des patients, et le coût économique élevé que cela engendre (coûts médicaux directs, coûts indirects en lien avec le travail, accidents de la route, coûts de la recherche et de l'éducation sur le sommeil). En 2018, dans une de ses études sur le sommeil, la professeure de neurosciences, Stéphanie Mazza, a déclaré que « le manque de sommeil coûterait 100 milliards d'euros à la France par an, soit plus de 4% du PIB national ». (2,4)

La Covid a eu des conséquences également sur le sommeil de la population et aurait engendré une augmentation de la prévalence mondiale cliniquement significative de 16,7% d'après une méta analyse réalisée entre 2019 et 2021 sur 25 pays. (5)

Depuis quelques années l'étude du sommeil et des pathologies de la nuit se sont donc mondialement étendues.

La France est l'un des pays les plus consommateurs d'hypnotiques. Selon la Haute autorité de santé (HAS), un tiers des personnes de plus de 65 ans, soit 3,5 millions de personnes consomment régulièrement des benzodiazépines (BZD). Cependant, selon L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'ANSM), le pays a largement diminué la consommation de benzodiazépines depuis les années 2000 mais se situait encore au 3ème rang des pays les plus consommateurs d'hypnotiques et d'anxiolytiques en Europe en 2022,

après l'Italie et l'Espagne. En comparaison avec l'année 2015, elle était le deuxième pays le plus consommateur de benzodiazépines, et au troisième rang des consommateurs d'hypnotiques, parmi les pays européens.(6)

L'attente d'un résultat quasi imminent est majeure pour les patients et il est difficile pour les médecins d'y donner une réponse instantanée. L'utilisation de BZD ou apparenté est donc souvent le premier recours des soignants. Ces prescriptions de traitements seraient initiées à 82% par des médecins généralistes. (6)

De multiples études ont été entreprises et ont montré, que les hypnotiques, ont un effet à court terme, dans certaines situations cliniques, mais qu'il peut exister un effet de dépendance, de tolérance, d'altération architecturale du sommeil, et plusieurs effets secondaires lors des utilisations sur le long terme.

Cependant, les patients sont souvent réticents à l'arrêt de ce traitement.

Les dernières recommandations ont demandé aux médecins traitants de diminuer/arrêter la prescription d'hypnotiques (HAS juin 2015 et 2017).(7)

Des recherches ont déjà évalué l'efficacité d'alternatives à la prescription de BZD, d'autres ont étudié les pratiques des médecins généralistes face à un diagnostic d'insomnie.(8)

Il paraît donc intéressant, plus de 5 ans après les dernières recommandations de l'HAS, d'évaluer, lors de la pratique de la médecine générale, les alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques utilisées.

1.2. Définitions

1.2.1. Le sommeil normal

Le mécanisme du sommeil :

A l'époque de l'immédiateté, le sommeil peut être perçu comme une perte de temps (1/3 des actifs dorment moins de 6 heures). Pourtant, bien qu'il soit une période où l'être humain est vulnérable, le sommeil n'a jamais disparu au cours de l'évolution des espèces. Il existe encore des inconnus sur son fonctionnement exact, mais la réalité est que le sommeil est indispensable à la bonne santé des individus.(9,10)

On s'intéresse au sommeil de manière plus approfondie depuis la deuxième moitié du XXème siècle. Période à laquelle on a découvert que l'organisme était régulé par une horloge interne. En effet, deux systèmes se coordonnent simultanément et harmonieusement pour induire le rythme veille-sommeil : le système homéostatique et le système circadien.

L'horloge interne prévient donc l'organisme quand il est nécessaire d'induire le sommeil pour se reposer (Figure 1).

Le système homéostatique : correspond à la disposition que possède l'organisme à s'endormir, ce qui détermine la « pression du sommeil ». A partir du moment où l'on se réveille, une dette de sommeil se crée et augmente au cours de la journée. Au moment de l'endormissement le corps humain est donc capable d'induire le sommeil, afin de rembourser cette dette accumulée. Il gère les besoins de sommeil de l'organisme sur 24 heures.

Si le sommeil au cours de la nuit a été récupérateur, la pression du sommeil le matin au réveil sera nulle, et va augmenter exponentiellement au cours de la journée jusqu'à atteindre un seuil de saturation (sommolence au cours de l'éveil).

Ainsi pour compenser une privation de sommeil importante, les phases de sommeil lent de récupération seront plus longues et plus présentes afin d'établir l'homéostasie de l'organisme.

De manière plus général, le système homéostatique détermine la quantité et la durée du sommeil réparateur au cours d'une nuit (onde delta durant le sommeil lent). (10) (3)

D'après les recherches en cours, le système homéostatique serait médié par un nucléoside : l'adénosine. Cette molécule aurait par ailleurs un rôle dans la balance énergétique. Par ailleurs,

la caféine, avec son action anti-somnolence, est un antagoniste de l'adénosine. Ce qui corrobore donc cette théorie.

Le système circadien, appelé horloge biologique, observé chez presque tous les organismes vivants, se situe dans le noyau suprachiasmatique (NSC) de l'hypothalamus. Par l'activation ou l'inhibition de signaux neuronaux ou d'activités moléculaires, le système circadien régule les fonctions biologiques. Pour cela, durant le sommeil, il met les organes en phase de pause/restauration ou au contraire en activité au cours de la journée.

Le système circadien fonctionne grâce à une activité endogène centrale (auto-régulation cyclique via une dizaine de « gènes horloges »), auquel s'ajoute des facteurs externes qui permettent de resynchroniser l'horloge biologique sur un modèle de 24h.

Ces synchronisateurs externes sont la lumière, la température extérieure, l'activité physique et interactions sociales, etc.

Bien que l'horloge biologique située dans le NSC soit considérée comme « centrale », les avancées scientifiques ont révélé l'existence d'horloges biologiques « périphériques » (localisées dans les organes) qui auraient leur propre rythmicité moléculaire. L'horloge biologique centrale garderait tout de même le rôle de « l'horloge principale », car elle détermine le rythme des fonctions biologiques en synchronisation directe avec la lumière.

Cette horloge biologique ne permet pas seulement la régulation du sommeil mais également celle du système nerveux autonome, des capacités cognitives, des activités motrices, de la sécrétion hormonale, de la division cellulaire, et même de l'apoptose des cellules cancéreuses.

(5)(2)(6)

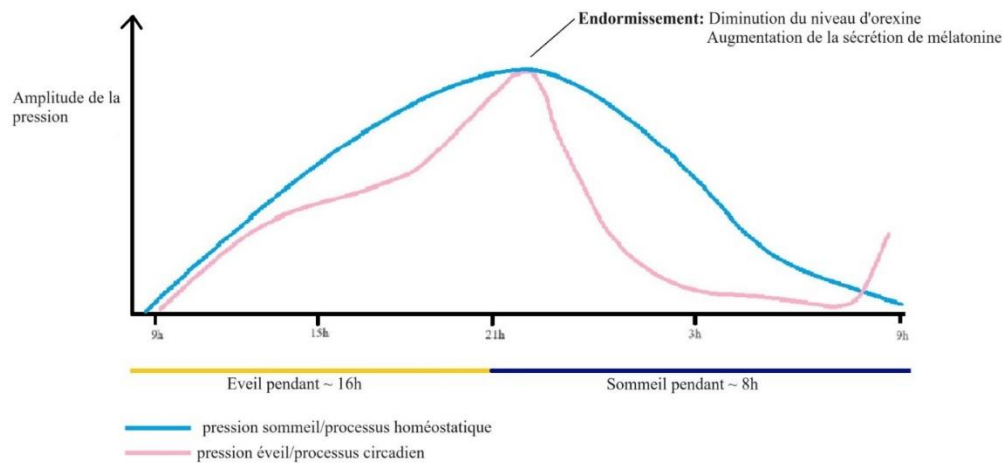
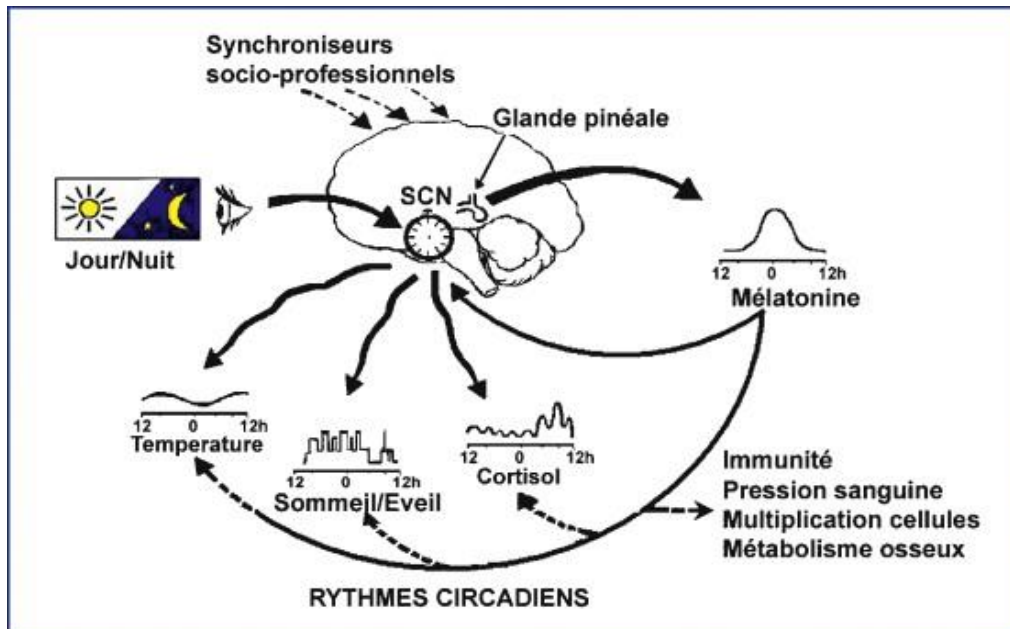


Figure 1 : Régulation du rythme veille/sommeil au cours des 24 heures : effets concomitants d'activation entre le processus circadien et homéostatique jusqu'au seuil nécessaire à l'endormissement.

La lumière peut être considérée comme l'un des synchronisateurs externes les plus importants. Elle a donc un rôle bien particulier.

La lumière peut avancer ou retarder la phase de sommeil grâce à différents paramètres comme son intensité, sa longueur d'onde, le temps et la durée d'exposition, afin de réguler l'horloge circadienne.

Par une voie différente que celle impliquée dans la vision, la lumière est photo réceptionnée au niveau des cellules ganglionnaires à la mélanopsine. Le mécanisme de fonctionnement de la voie non visuelle est encore mal connu, l'information est envoyée des cellules ganglionnaires de la rétine vers le noyau supra chiasmatique et la formation réticulée mésencéphalique afin de réguler l'horloge biologique, les états de veille et sommeil via le contrôle de la sécrétion hormonale de mélatonine. Par exemple, une exposition lumineuse tardive au cours de la soirée va entraîner un retard de phase en décalant l'horaire de sécrétion de mélatonine. Certains travaux actuels (pourraient démontrer qu'à partir de 1 lux mélanopique (c'est-à-dire dès qu'on allume la lumière dans une pièce) la sécrétion de mélatonine est stoppée (3,10,11).



source : (12)

Figure 2 : rythme circadien et synchronisateurs endogènes

L'architecture du sommeil :

Le sommeil est donc un état physiologique complexe, réversible et transitoire dans lequel l'individu a une conscience réduite de l'environnement qui l'entoure.

Il se produit généralement en position allongée ou assise, et il est normalement accompagné de la fermeture palpébrale (ce qui permet une rupture avec l'intensité lumineuse de l'environnement). Au cours du sommeil, on observe des activités cérébrales, cardiaques et métaboliques différentes de celles de l'éveil(10).

L'architecture du sommeil n'est pas uniforme. Il existe plusieurs cycles et chacun alterne plusieurs stades. Une nuit de sommeil se compose de 4 à 6 cycles durant en moyenne 1h30 chacun chez les adultes jeunes. Chaque stade est défini par une activité cérébrale qui lui est propre (activation ou au contraire inhibition de systèmes neuronaux). Les différents stades interviennent lors d'un cycle dans l'ordre suivant :

1. Le stade 1 (N1) : La phase d'endormissement : c'est la phase du passage de l'état de veille au sommeil par la rupture progressive du contact avec l'environnement.
2. Le sommeil lent où l'activité cérébrale est peu importante. Il est composé :

- Du sommeil lent léger, stade 2 (N2), qui représente une part importante du temps de sommeil total.
 - Et du stade 3 (N3), sommeil lent profond, qui est le sommeil dit réparateur.
3. Le sommeil paradoxal durant lequel l'activité cérébrale est plus importante. Période où nous rêvons.

La durée de chaque phase dans un cycle varie au cours de la nuit. En effet la proportion de sommeil lent diminue alors que celle du sommeil paradoxal augmente au cours de la nuit. Cette variation de sommeil lent profond et de sommeil paradoxal dépend des systèmes homéostatique et circadien. En moyenne, chez un adulte jeune, le sommeil lent représente plus de 70% du temps de sommeil total avec une majorité de stade N2.(3,9,10)

Chez l'adulte, il est rare de voir le sommeil paradoxal survenir directement après l'endormissement. Cela peut être le signe d'une pathologie (narcolepsie, insomnie, sevrage médicamenteux (benzodiazépines, antidépresseurs, etc.)) (10) (11).

A noter qu'au cours du sommeil paradoxal, au niveau du tronc cérébral (probablement au niveau des noyaux pontiques), il y a une inhibition de l'influx nerveux des motoneurones spinaux, qui agit comme un « interrupteur » empêchant certaines commandes cérébrales. Il entraîne une atonie musculaire visible lors du sommeil paradoxal. Ce phénomène semble en contradiction avec l'activité cérébrale qui elle, est similaire à l'état de veille. C'est par ce mécanisme que nous ne nous déplaçons pas ou ne parlons pas durant le sommeil paradoxal. Par ailleurs, cet « interrupteur » empêche l'extériorisation des rêves et cauchemars (10,11)

« D'après l'American academy of sleep medicine et L'Association for the study of dreams , le rêve se définit de manière consensuel comme le contenu mental au cours du sommeil qui correspond à un souvenir de toutes les sensations, pensées et émotions survenues pendant le sommeil et rappelées au réveil ».(10)

Par le mécanisme des rêves, le sommeil paradoxal intervient dans le traitement des émotions. Il serait essentiel pour l'apprentissage de leur gestion et diminuerait les risques de dépression anxieuse et stress post traumatique.

Les chronotypes et sommeil :

Le temps de sommeil nocturne chez un adulte jeune s'effectue en moyenne entre 23h le soir pour le coucher et 8h du matin pour le réveil.

Néanmoins, les individus n'ont pas tous le même chronotype, c'est-à-dire que certains sujets auront une typologie circadienne vespérale et d'autres une typologie circadienne matinale.

Les facteurs déterminants le chronotype sont sensiblement les mêmes que pour la durée de sommeil (âge, génotype et hérédité, environnement socio-culturel)(10).

En comparaison avec les sujets « du soir », les individus matinaux ont une pression homéostatique qui s'accumule plus rapidement au cours de l'éveil, mais qui se dissipe plus vite au cours du sommeil. C'est-à-dire que la quantité de sommeil profond réparateur est plus importante en début de nuit mais diminue plus promptement au cours de la nuit que chez les sujets avec une typologie vespérale. Le chronotype matinal a donc une pression du sommeil plus importante et est plus sensible à la privation de sommeil. Leurs performances cognitives sont donc maximales le matin, ils ont du mal à rester éveillés le soir ou la nuit. Le pic de sécrétion de mélatonine apparaît généralement deux heures plus tôt que chez les sujets « du soir ». Cette différence de chronotype serait due à un allèle : le PER3, qui serait plus long (5 répétitions) chez les sujets du matin et plus court chez les sujets du soir (4 répétitions). A noter qu'il n'y a pas de chronotype plus efficace qu'un autre. Il paraît important de connaître sa typologie circadienne pour respecter son propre rythme. (10)

Par ailleurs, les contraintes liées aux horaires de coucher et de réveil peuvent également déterminer la durée totale de sommeil chez l'être humain.

Il est observé une différence de temps de sommeil chez les adultes en fonction des jours de la semaine : en moyenne le temps de sommeil total est de 8h30 le week-end contre 7h30 le reste de la semaine.

Sous l'influence de la génétique, il existe des petits dormeurs qui ont besoin de moins de 6h de sommeil par nuit et des gros dormeurs qui ont besoin de plus de 9h de sommeil, ces deux extrêmes ne sont pas considérés comme pathologiques s'il n'existe pas de répercussion sur leurs activités au cours de l'éveil. (3,10)

Le sommeil au cours de l'âge :

L'âge détermine également les besoins intrinsèques et définit donc l'organisation du sommeil de chacun.

Les cycles du sommeil sont habituellement plus nombreux mais plus courts chez les enfants en comparaison avec les personnes âgées. Ces phénomènes sont dus aux besoins qui changent au cours de l'existence, du neurodéveloppement chez les enfants au vieillissement physiologique des personnes âgées.

Les nouveaux nés (à terme) n'ont pas encore acquis certaines capacités neurobiologiques, il n'existe pas encore de rythme circadien. Il n'est donc pas possible de parler de sommeil lent ou paradoxal. Les termes « sommeil agité » (40 à 50% du temps de sommeil total) et « sommeil calme » (30 à 40 % du temps de sommeil total) sont donc préférés. Lors du sommeil agité il est possible de voir une activité musculaire comparable à celle de l'éveil.

Les nourrissons peuvent s'endormir en sommeil agité, le temps total de sommeil est de 17h en moyenne réparti au cours de la nuit et de la journée.

A l'âge de 3 mois, la mélatonine commence à être sécrétée en forte concentration le soir et faible concentration le matin.

Vers 6 mois, le rythme veille sommeil s'organise, avec l'apparition du sommeil paradoxal mais les phases du sommeil lent ne sont pas encore différenciées. Les bébés s'endorment de moins en moins en sommeil paradoxal. A 1 an, ils dorment environ 13 heures par jour dont 10 heures au cours de la nuit ; le reste étant réparti en siestes. Entre 3 et 12 ans l'organisation du sommeil au cours de la nuit devient progressivement similaire aux adultes, avec beaucoup de sommeil lent en début de nuit et plus de sommeil paradoxal en fin de nuit. La durée totale du temps de sommeil reste plus importante que chez l'adulte avec 10 heures par nuit en moyenne pour un enfant de 12 ans. (3,9–11)

Chez les personnes âgées, on observe une discontinuité du sommeil physiologique avec une avance de phase, une diminution d'amplitude du système circadien et une diminution de la pression du sommeil (par réduction des récepteurs à l'adénosine). C'est-à-dire qu'ils se couchent plus tôt, se lèvent plus tôt, se réveillent plus souvent pendant la nuit et ont une diminution de la durée totale de sommeil. En effet, le nombre de phases en sommeil lent profond à ondes lentes est moins important que chez l'adulte jeune et ce stade N3 dure moins longtemps.

Ce n'est pas le fonctionnement de l'horloge biologique interne qui se dégrade. Il s'agirait d'un dérèglement de l'ajustement entre les cycles veille-sommeils et les synchroniseurs externes, plus particulièrement à cause de l'amenuisement de la sécrétion de mélatonine (après le pic de l'endormissement) en fin de nuit et de troubles de l'adaptation de la température corporelle. Les causes exactes des modifications du sommeil ne sont pas encore connues. Néanmoins, les études ont démontré que les personnes âgées possédaient une meilleure résistance lors de privations de sommeil avec moins de somnolence diurne. Il ne s'agirait donc pas véritablement d'une anomalie de l'adaptation mais plus d'une évolution physiologique des besoins en sommeil des personnes vieillissantes (10,13).

Les fonctions du sommeil :

Quand le rôle et les fonctions biologiques du sommeil sur l'organisme sont connus, il est facile de comprendre les conséquences négatives qu'une insomnie chronique peut entraîner sur les patients.(8)

Pour illustration, un manque du sommeil entraîne quatre fois plus de risques d'avoir une rhinopharyngite. Les sujets atteints d'un trouble du sommeil seraient plus vulnérables sur le plan immunitaire.

C'est ce que démontre le Docteur Jan Born, professeur de neurologie à l'université de Tübingen en Allemagne. L'étude consistait à vacciner des adultes contre l'hépatite A et de les séparer en deux groupes : ceux qui pouvaient dormir en post vaccination et ceux qui devaient rester éveillés pendant 24 heures, puis d'étudier le taux d'anticorps anti-VHA produit par les individus vaccinés des deux groupes. Les sujets qui avaient pu dormir ont développé un volume d'anticorps presque deux fois plus important que les sujets de l'autre échantillon. D'après les résultats de l'étude, cet effet était visible jusqu'à un an après la vaccination(11,14).

Ce phénomène serait possible grâce à la mémoire. En effet le système nerveux et le système immunitaire sont les deux systèmes qui traitent l'information chez l'homme et qui peuvent donc former une mémoire : celle immunologique et celle psychologique. Les deux mémoires fonctionneraient de manière très similaire. Après de nombreuses études, notamment réalisées avec des enfants (au moment de la formation de la mémoire), nous savons que le sommeil facilite la création de la mémoire épisodique (mémoire biographique, spatiale et temporelle) par la réorganisation des réseaux neuronaux et la consolidation synaptique. Le processus d'organisation de la mémoire lors du sommeil se déroule en plusieurs étapes. Lors du sommeil

lent léger, la première étape, les informations sont enregistrées dans le cerveau au niveau de l'hippocampe. Puis le sommeil lent profond permet, lors de la deuxième étape, la consolidation des nouvelles données et leur assimilation. Et ainsi, former une « banque de données » qui contient les nouvelles et anciennes informations apprises. Lors de l'éveil, nous utilisons cette banque de données situées dans le cortex quand nous avons besoin de nous rappeler des informations : c'est la troisième étape dans le processus de mémoire.(11)

L'hippocampe au cours de l'éveil enregistre les nouvelles informations. Il ne peut donc pas efficacement réactiver la mémoire et enregistrer les données en même temps. Les réactivations de la mémoire se réalisent donc plus rentablement au cours du sommeil.

Les deux mémoires immunitaire et psychologique ont donc besoin de sommeil pour fonctionner correctement. Les informations sont encodées au cours de l'éveil et assimilées au cours du sommeil. Puis il y a une réactivation des anciennes et des nouvelles données grâce au sommeil. Le sommeil de la première nuit post apprentissage serait déterminant dans la consolidation mnésique des nouvelles compétences enregistrées(11,15).

Un cerveau humain est composé d'environ 90 milliards de neurones, qui peuvent communiquer entre eux grâce aux 18 millions de milliards de synapses. 70% de l'énergie cérébrale est consacrée aux synapses. Plus un individu va apprendre au cours de l'éveil plus les synapses de son cerveau vont s'étendre, se consolider et augmenter la force synaptique entre chaque neurone. L'hypothèse du Dr Chiara Cirelli au centre du sommeil et de la conscience à l'université de Maddison aux Etats Unis, est que le sommeil régulerait l'équilibre de l'activité synaptique en permettant une reconstruction du cortex. En effet, les synapses ne peuvent pas se développer, s'étendre continuellement, l'apprentissage étant très énergivore. Le sommeil contribuerait à l'homéostasie par une déconnexion synaptique qui permettrait d'éviter une saturation synaptique et donc de perdre la capacité de l'apprentissage.(11)

Un autre rôle du sommeil serait élimination des « déchets ».

Le cerveau n'a pas de système lymphatique. Les cellules gliales, plus actives au cours du sommeil lent profond, permettraient par un système de dilatation des espaces périvasculaires d'éliminer les débris, au niveau cérébral, accumulés au cours de l'éveil. Un manque de sommeil entraînerait une accumulation de ces déchets et donc des difficultés d'apprentissages, de concentration au cours de la journée(11).

Dormir pourrait être un facteur de protection des maladies neurodégénératives.

Puisqu'il existe un vieillissement général de la population et une augmentation de la prévalence des maladies neuro dégénératives, nous ne pouvons nous soustraire à ce cas particulier dans notre travail.

Des chercheurs se sont intéressés à la corrélation qui pourrait exister avec l'apparition de certaines maladies neurodégénératives lors du vieillissement et les besoins en sommeil qui changent avec l'âge.

A Caen, au centre Cyceron, dans l'étude réalisée par le Dr Géraldine Rauchs, 130 personnes âgés de 65 à 84 ans sont soumises à différents examens psychologiques et neurologiques depuis 2016 afin d'observer les zones atrophiées et celles préservées avec le temps. L'un des résultats de l'étude a été de révéler l'influence du sommeil sur la biologie cérébrale et le développement de maladies neurodégénératives comme Alzheimer. A titre d'exemple, les individus atteints de maladies neurodégénératives font de façon conséquente des apnées du sommeil. Les hypoxies cérébrales à répétition entraîneraient une majoration de la formation de plaques amyloïdes au niveau des régions cérébrales impliquées dans la mémorisation. Ces plaques qui sont des amas protéiniques empêchent le bon fonctionnement neuronal(10,11).

Le cerveau est continuellement connecté à l'ensemble des muscles de l'organisme et ce de manière inconsciente.

Le Dr Marck Blumberg, neurologue à l'université de l'Iowa, étudie le sommeil agité des nouveaux nés (déjà décrit précédemment). Il s'intéresse plus particulièrement aux secousses musculaires des membres et de la face au cours de cette phase. Les études du Dr Blumberg ont montré que les secousses serviraient à se situer dans le système nerveux, cette phase d'apprentissage permettrait aux neurones des nourrissons de se «spécialiser». Le sommeil aiderait les nouveau-nés à apprendre à se coordonner et serait donc nécessaire pour le développement psycho moteur. (11) (10)

Les sujets peuvent lors de l'endormissement ressentir une distorsion de la réalité, des sensations hallucinatoires, c'est ce qu'on appelle l'hypnagogie. Au cours de cette phase, l'être humain est dans un état de semi conscience. Par l'activation de connexions cérébrales non présentes lors de l'éveil, le cerveau aurait accès à la formation de scénarios alternatifs et à certaines pensées créatives. A l'unité des pathologies du sommeil de la Pitié Salpêtrière, les scientifiques ont démontré qu'un réveil entre la phase N1 et N2 permettrait d'avoir accès aux moments

« Eureka ». L'effet bénéfique n'est possible que durant la phase N1 du sommeil. L'endormissement permettrait de créer une alternative à la résolution de certains problèmes en favorisant l'inspiration(11,16).

Quand on dort, on ne stocke pas plus de graisse que dans la journée contrairement aux idées reçues. En effet, un trouble du sommeil entraîne des perturbations hormonales notamment en augmentant la production de ghréline (hormone de l'appétit), en diminuant la production de leptine (hormone de satiété) et en augmentant la production de cortisol, hormone du stress, qui perturbe également l'appétit(11).

En terme d'anecdote, il a été prouvé que souffrir d'insomnie pouvait empêcher la perte de poids. Un essai clinique randomisé, réalisé en 2022, sur des volontaires en condition de vie réelle dormant habituellement moins de 6h30, a montré que le groupe ayant augmenté d'une heure et douze minutes en moyenne leur durée de sommeil avait diminué en moyenne de 270 kcal/j et avait perdu en moyenne quatre kilos en un an.

Cette étude a donc démontré qu'une prolongation du temps de sommeil était inversement corrélée à la modification de l'apport énergétique. (17)

1.2.2. L'insomnie

Devant le nombre conséquent de trouble du sommeil, l'étude détaillera seulement l'insomnie, et plus particulièrement l'insomnie chronique sans comorbidité associée.

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent dans le monde. Un récent article publié dans *Frontiers in Psychiatry* en août 2023, révèle que 10% de la population générale serait atteinte d'insomnie chronique.(6)

La prévalence est plus importante chez les femmes et chez les sujets âgés de 50 à 60 ans.

D'après la troisième édition de la classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3), l'insomnie chronique se définit comme l'association d'une perturbation du sommeil et de symptômes diurnes au moins trois fois par semaine, sur une période d'au moins trois mois. Si la durée des troubles est inférieure à ces trois mois, on parle d'insomnie à court terme ou d'insomnie aiguë. (6)

Selon le DSM-5, les critères de diagnostics du trouble de l'insomnie sont les suivants :

A. La plainte essentielle concerne une insatisfaction liée à la quantité ou à la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants : 1. Difficulté d'endormissement. 2. Difficulté de maintien du sommeil caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à retrouver le sommeil après un éveil. 3. Réveil matinal précoce assorti d'une incapacité de se rendormir.
B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une détresse marquée ou d'une altération du fonctionnement dans les domaines social, professionnel, éducatif, scolaire ou dans d'autres domaines importants.
C. Les difficultés de sommeil surviennent au moins 3 nuits par semaine.
D. Les difficultés de sommeil sont présentes depuis au moins 3 mois.
E. Les difficultés de sommeil surviennent malgré l'adéquation des conditions de sommeil.
F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'alternance veille-sommeil, ni ne survient exclusivement au cours de ce trouble (p. ex. narcolepsie, trouble du sommeil lié à la respiration, trouble du sommeil lié au rythme circadien, parasomnie).
G. L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament).
H. La coexistence d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale n'explique pas la prédominance des plaintes d'insomnie.

Tableau 1 : DSM-5 « Critères diagnostiques 307.42 (F51.01) »(18).

Ces classifications ne déterminent pas un seuil quantitatif de l'insomnie (normale ou pathologique) traduisant une plainte cliniquement significative à partir duquel un traitement serait nécessaire (10).

Il existe plusieurs formes d'insomnie en fonction de la symptomatologie des patients :

- L'insomnie initiale ou d'endormissement, qui est la difficulté à initier le sommeil en première partie de la nuit. Elle semble être plus fréquente chez les jeunes.
- L'insomnie de maintien, lorsque les patients se réveillent au cours de la nuit et n'arrivent pas à se rendormir.
- Et l'insomnie matinale ou le réveil précoce, qui est plus souvent retrouvé chez les sujets plus âgés (comme l'insomnie de maintien).
- Le décalage de phase : ces troubles du rythme circadien veille-sommeil (TRCVS) peuvent être liés au travail posté de nuit ou aux décalages horaires après des voyages répétés. Mais l'étiologie des TRCVS est souvent endogène, il s'agit alors soit d'un syndrome de retard ou d'avance de phase, soit d'un rythme circadien individuel différent de 24h (« rythme hypernyctéméral » ou en « libre cours »), soit d'un rythme veille/sommeil irrégulier (10).
- A noter qu'un trouble d'insomnie peut être mixte et cumuler plusieurs symptômes nocturnes(10,19).

Le terme « trouble de l'insomnie », utilisé par le DSM-5 et l'ICSD-3, comprend trois sous types cliniques : (insomnies chroniques sans comorbidité) :

1. L'insomnie psychophysiologique : est le sous-type le plus répandu. Elle se caractérise par la persistance de l'éveil par la combinaison de mauvaises habitudes qui ne favorisent pas le sommeil, de ruminations anxieuses et de préoccupations liées à la privation de sommeil créant des tensions internes. Les stimuli extérieurs répétés engendreraient sur le long terme un état de surexcitation empêchant le sommeil. La qualité et la quantité de sommeil d'un jour à l'autre est très variable chez les sujets souffrant d'une insomnie type psychophysiologique.
2. Chez les patients souffrant d'insomnie paradoxale, il y a une discordance entre leurs plaintes liées à la qualité ou à la quantité de leur sommeil qui sont rapportées (mesures subjectives), et entre ce qui est réellement objectivé lors des mesures objectives du sommeil. En d'autres termes, les patients semblent réellement souffrir et affirment ne pas pouvoir dormir alors qu'il n'y a pas d'anomalie architecturale du sommeil visible lors de la réalisation d'exams complémentaires. Les sujets atteints d'insomnie paradoxale semblent avoir une perception erronée de leur sommeil. La cause de

l'insomnie paradoxale n'est pas complètement comprise, mais elle paraît être multifactorielle. Ce sous-type d'insomnie est beaucoup plus rare et nécessite une prise en charge spécialisée dans les unités du sommeil.

3. L'insomnie idiopathique est la forme la plus persistante. Son traitement est plus complexe. Elle s'installe souvent insidieusement durant l'enfance sans être liée à une pathologie connue ni à un psycho traumatisme. La sévérité de l'insomnie ne semble pas variable d'un jour à l'autre contrairement aux autres sous-types. La physiopathologie n'est pas connue mais l'hypothèse la plus probable serait qu'il existe un dysfonctionnement dans la régulation de l'état de veille-sommeil. En effet, les patients souffrant de ce type d'insomnie seraient atteints de manière concomitante de trouble de l'attention et d'hyperactivité. La répercussion émotionnelle de ce type serait moindre en comparaison avec les autres sous types. Ce qui s'explique par le développement potentiel de mécanismes adaptatifs des sujets souffrant d'insomnie idiopathique depuis l'enfance (9,10).

La physiopathologie de l'insomnie est encore mal connue. Il s'agirait de l'hyperactivation du système nerveux central entraînant le dérèglement du système veille-sommeil et une diminution de la pression homéostatique, par l'association et l'interaction de plusieurs facteurs : prédisposants, précipitants et d'entretien. C'est le modèle « 3P » (« modèle tripartite de Spielman »).

En effet, certains sujets seraient plus vulnérables au risque de développer un trouble d'insomnie. Comme détaillé précédemment, ces facteurs prédisposants seraient donc déterminés par la génétique, l'hérédité et la personnalité de chacun.

Chez les individus sujets à développer une insomnie, un événement de vie négatif peut entraîner une insomnie aigue réactionnelle à ce stress transitoire. C'est ce qu'on appelle les facteurs précipitants.

Dans la majorité des cas, le sommeil se rétablit sans séquelle lorsque l'événement négatif est terminé ou lorsque le sujet a su mettre en place des stratégies d'adaptation. Chez certaines personnes, l'insomnie se chronicise peu à peu par l'intervention des facteurs d'entretien. C'est-à-dire que les individus gèrent les conséquences de l'insomnie de manière inadaptée, en utilisant des croyances dysfonctionnelles, ce qui conditionne une hyperactivation de l'éveil. Les ruminations anxieuses, les horaires de coucher inadaptés, le temps resté au lit trop important

sont quelques exemples de facteurs d'entretien qui diminuent l'efficacité du sommeil. Sur le long terme, on observe que ces stimuli, qui conditionnent habituellement le sommeil, entraînent au contraire l'activation de l'éveil (6,10).

Par ailleurs, afin de pouvoir dormir, les sujets atteints d'un trouble de l'insomnie auraient tendance à consommer des substances addictives en auto-médication. Être insomniaque serait donc également un facteur de risque de dépendance à des substances nocives comme l'alcool et les drogues.(6,8,20)

La suractivation de l'éveil au cours de la nuit se traduit par une activité métabolique élevée . Chez les personnes insomniaques, on observe une incapacité à contrôler les pensées lors de l'endormissement et lors des réveils nocturnes, entraînant une hyperactivation émotionnelle accompagnée de ruminations anxieuses et souvent d'hypervigilance. Ce qui génère une modification architecturale du sommeil : avec des changements de cycles plus fréquents, une augmentation du nombre d'éveils et de micro-réveils, une majoration de la durée des stades N1 et N2, mais une diminution du sommeil lent profond (10).

Les symptômes diurnes d'un trouble d'insomnie sont variés. On retrouve des plaintes liées à l'asthénie, à la somnolence excessive, à une altération de l'attention et de concentration, à des troubles de l'humeur (dysphorie, irritabilité, tristesse), et à l'anxiété.

Néanmoins, il n'est pas objectivé plus de somnolence diurne chez les insomniaques sans comorbidité associée que chez les sujets sains. Cette caractéristique serait due à la suractivation de l'éveil chez les patients souffrant d'insomnie. Il est donc important de faire une différence entre la plainte (de fatigue et de somnolence diurne) exprimée par le patient et la somnolence diurne réellement objectivée.(10)

Il existe de nombreux diagnostics différentiels comprenant les autres troubles du sommeil, des pathologies somatiques, et psychiatriques. Il est parfois complexe de poser un diagnostic d'insomnie.(10,18)

Parmi les plus courants, il y a le syndrome des jambes sans repos, les troubles respiratoires liés au sommeil, les pathologies neurodégénératives débutantes, et les pathologies psychiatriques.

Les troubles de l'insomnie engendrent de multiples conséquences néfastes pour l'organisme . Les recherches ont montré que ces effets négatifs sur le quotidien des patients sont proportionnels à la sévérité de l'insomnie.

Parmi les conséquences les plus fréquemment rencontrées il y a :

Les conséquences endocrino-métaboliques et cardio-métaboliques:

Le sommeil est un régulateur de la fonction endocrino-métabolique jouant un rôle au niveau de l'axe corticotrope (via le cortisol : ACTH), de l'axe thyroïdienne (via la thyrotropine : TSH), de l'axe somatotrope (via l'hormone de croissance : GH), du système rénine-angiotensine-aldostérone, de l'axe gonadotrope (via la testostérone et l'hormone lutéinisante), et du métabolisme glucidique (via le taux de glucose et d'insuline). Les perturbations du sommeil ou une durée de sommeil insuffisante entraînent des dérèglements hormonaux et favorisent donc le risque d'obésité, et syndrome métabolique. Moins de six heures de sommeil entraîne deux fois plus de risques de développer un diabète de type 2 et moins de cinq heures de sommeil majore de 48% le risque d'infarctus et de 15% le risque d'accident vasculaire cérébral (10,19,20).

Et les conséquences psychiatriques :

Les troubles psychiatriques sont des comorbidés fréquemment retrouvés. L'insomnie peut être l'un des symptômes d'une pathologie psychiatrique comme dans les troubles anxio-dépressifs, les troubles de l'humeur, ou la schizophrénie. A l'inverse, la privation de sommeil chronique augmente également le risque d'irritabilité et de symptômes dépressifs.

En réalité, 40 % des patients atteints d'une pathologie psychiatrique ont des troubles du sommeil associés.(6)

1.2.3. Les méthodes de recueil et outils d'analyse du sommeil.

Avec les progrès de la neurobiologie, de la génétique, de l'imagerie et des nouvelles technologies d'enregistrement, comme l'intelligence artificielle, les scientifiques appréhendent mieux le sommeil et son rôle dans l'homéostasie de l'organisme.

Par la compréhension de sa physiologie, il est actuellement plus facile de faire le diagnostic clinique d'un trouble du sommeil chez les patients.

L'évaluation médicale doit préciser le type d'insomnie, le type de symptômes associés, sa durée, son évolution, ses conséquences sur la qualité de vie et doit déterminer l'existence de dépendances associées afin de mettre en place les meilleures cibles thérapeutiques. « L'entrevue diagnostique de l'insomnie » ou « l'entretien structuré pour le DSM-5 » peuvent aider les soignants lors de la première consultation pour trouble d'insomnie chez l'adulte (10).

Il existe plusieurs outils qui permettent de caractériser les troubles du sommeil mais aussi de faire les diagnostics différentiels afin d'accompagner et d'aider au mieux les patients atteints d'insomnie.

Parmi les évaluations complémentaires à la disposition des médecins on retrouve :

-l'agenda du sommeil : (Annexe 1)

Il permet de mieux définir la nature du trouble du sommeil et sa sévérité. Le but est de demander aux patients de remplir, pendant au moins une semaine et dans des conditions de vie habituelle, un planning qui se présente sous forme d'une grille d'auto-évaluation. Les informations inscrites sont : l'heure du coucher, le temps d'endormissement, la durée et la qualité du sommeil ressentie, les heures et durées des réveils nocturnes, les prises médicamenteuses.

Il permet de mettre en évidence les facteurs d'entretien responsable de la persistance de l'insomnie.

Pour observer l'évolution favorable et fixer des objectifs, il est également utilisé lors des thérapies cognitivo- comportementales sur le sommeil.

- l'échelle de somnolence d'Epworth, permet de mettre en évidence une somnolence diurne excessive (Annexe 1)

- Il existe également d'autres questionnaires sur le sommeil et l'insomnie qui précisent le diagnostic, la sévérité du trouble. Ils mettent en évidence les conséquences négatives sur la qualité de vie des patients. Ils peuvent être utilisés comme support de renforcement thérapeutique pour les patients acteurs de leur prise en charge. Parmi ceux-ci, on retrouve l'index de sévérité de l'insomnie, l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh, l'échelle sur les croyances et attitudes envers le sommeil, l'inventaire multidimensionnel de la fatigue, et le questionnaire de typologie circadienne, etc. (Annexe 1). A noter que cette liste est non exhaustive (10,13,21). On reviendra sur ce sujet au cours de l'étude, tout en notant qu'ils sont peu utilisés en pratique de médecine générale car ils nécessitent beaucoup de temps pour être complétés.

- L'actimétrie, utilisée seulement dans les centres du sommeil, est un outil objectif qui permet de déterminer les périodes d'éveil et de sommeil grâce à un bracelet qui analyse les mouvements. Il est porté par le patient pendant 10 jours environ. Cet examen complémentaire est souvent utilisé dans les troubles du rythme circadien veille-sommeil et il est souvent complété par un agenda du sommeil.

- La polysomnographie (PSG)

Si un patient présente des symptômes autres que ceux de l'insomnie comme des ronflements, une hypersomnolence, la suspicion d'un syndrome des jambes sans repos ou d'un syndrome d'apnées du sommeil obstructif, il est recommandé d'avoir recours à la polysomnographie. Elle est également indiquée lorsque que les symptômes diurnes sont sévères ou que le patient ne répond pas aux traitements déjà mis en place dans l'insomnie.

Elle étudie le sommeil des sujets grâce au contrôle de l'activité cérébrale mais aussi d'autres paramètres comme le tonus musculaire et l'activité cardio respiratoire. Elle utilise l'électrooculogramme (EOG), l'électromyogramme (EMG), l'électrocardiogramme (ECG), et les paramètres respiratoires (débit respiratoire, spO2, effort respiratoire, et ronflement) (Tableau 2, Figure 3) (10).

Tableau 2 : Paramètres Normaux PSG (10).

	Tonus musculaire	Fréquence respiratoire	Fréquence cardiaque	Température	Activité électrique cérébrale (EEG)
Eveil	Forte activité musculaire et mouvements oculaires importants	Rapide et hétérogène	élevée	37°C en moyenne	<u>Onde alpha :</u> Peu ample (bas voltage 50 µV), fréquences rapides : ondes bêta et gamma (rythme 20-40 Hz)
Endormissement/ sommeil lent léger	↓ du tonus musculaire	Calme et régulière	↓	↓	<u>Onde thêta :</u> Ralentissement de l'activité électrique cérébrale : fréquences lentes 12-14 Hz
Sommeil lent profond = Sommeil synchronisé (sommeil non-REM)	~	~	~	36°C	<u>Onde delta :</u> Ondes lentes (basse fréquence 0,5-4,5 Hz), mais de haut voltage (ondes amples : 300 µV) = ondes deltas
Sommeil paradoxal = Sommeil désynchronisé (rapid eye movement (REM) sleep)	-Atonie des muscles posturaux squelettiques (vasoconstriction du territoire musculaire) = phase tonique - Activation intermittente des muscles striés faciaux et muscles oculomoteurs= phase phasique	Les fréquences cardio-respiratoires sont irrégulières (la tension artérielle est globalement diminuée, avec des phases d'hyper ou hypotension)		↓ de la température périphérique mais ↑ de la température cérébrale	<u>Ondes mixtes alpha et thêta :</u> Ondes rapides avec un bas voltage = tracé en dent de scie, similaire l'activité cérébrale lors de l'éveil



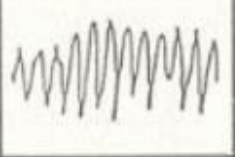


DELTA	THETA	ALPHA	BETA	GAMMA
Inférieure à 4Hz	4 à 8 Hz	8 à 13 Hz	13 à 35 Hz	Supérieure à 35Hz
Sommeil profond	Somnolence	Relaxation	Une attention à son maximum	Excitation
				

Figure 3 : Caractéristiques des ondes de l'EEG (37)

La PSG permet l'étude des différentes phases grâce notamment à l'EEG. Le réveil se définit comme une reprise brutale de la conscience (majoration de l'activité électro encéphalique) et du tonus. Si un réveil dure moins de 15 secondes, il est alors considéré comme un micro-réveil. Il en survient un certain nombre au cours du sommeil de manière inconsciente. Cela devient pathologique s'il y en a plus de 10/heure. (10)

-Les centres spécialisés du sommeil sont pluridisciplinaires et rassemblent des experts des pathologies du sommeil. (13,22)

Les patients peuvent donc être adressés dans ces différents centres spécialisés en cas de situation complexe de trouble du sommeil nécessitant des examens complémentaires (PSG, IRM, mesures objectives de la somnolence ou de la vigilance, test itératif d'endormissement ou de maintien de l'éveil, ect...). Pour essayer d'avoir un accès simplifié à ces centres pour les médecins généralistes, l'institut national du sommeil et de la vigilance a proposé une cartographie des centres du sommeil en France en ligne.(13)

1.3. Etat des lieux des recommandations dans le traitement de l'insomnie :

L'insomnie peut être primaire et secondaire. Contrairement aux idées reçues l'insomnie ne disparaît pas toujours à la résolution de la problématique initiale et peut être perçue comme un symptôme résiduel qui doit être traité au même titre que l'étiologie principale. (8)

En 2017, la Société Européenne de la Recherche sur le Sommeil a donné une ligne directrice pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie. Les traitements proposés concernent l'insomnie chronique. Celle-ci est considérée comme une pathologie à part entière indépendamment d'une pathologie organique ou mentale. (6)

Le traitement de l'insomnie repose sur plusieurs piliers thérapeutiques pouvant être combinés. Ils sont l'éducation des patients, la pharmacothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, et l'approche non pharmacologique. (10)

1.3.1. Prise en charge médicamenteuse : les Benzodiazépines

1.3.1.1 Les principales molécules utilisées

L'acide gamma-aminobutyrique, appelé GABA, est un neurotransmetteur dont le rôle principal est d'empêcher l'excitation prolongée des neurones et possède donc une action inhibitrice du système de l'éveil.

Les benzodiazépines (BZD) et les Z-drugs (ZD), dérivés des benzodiazépines, en se liant à différentes sous unités alphas, potentialisent l'activité du GABA. Elles permettent un endormissement rapide, diminuent le nombre de réveils nocturnes, et augmentent de 40 min en moyenne la durée totale de sommeil.

Ces traitements modifient également l'architecture du sommeil en augmentant le stade N2 (sommeil lent léger) et en diminuant les stades N3 et N4 (sommeil lent profond). On observe également une diminution, dose et molécule dépendante, du temps de sommeil paradoxal.

Les effets indésirables couramment retrouvés sont :

- Un effet résiduel: majoration de la somnolence diurne, apparition de troubles mnésiques, et de troubles locomoteurs. En effet, leur action amnésiante perturberait la consolidation de la mémoire épisodique. L'utilisation des BZD avec une demi-vie longue de plus de 24 heures majore le risque de développer une démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans et augmente le risque de chutes, et d'accident vasculaire cérébral.
- Un effet de tolérance et une dépendance aux hypnotiques, auquel s'ajoute le risque d'effet rebond de l'insomnie à l'arrêt du traitement : De manière indirecte les BZD et ZD augmentent la libération de la dopamine, cette majoration de concentration dopaminergique est responsable des effets addictifs. La tolérance aux benzodiazépines s'observe rapidement en 3 à 15 jours. L'effet du traitement s'estompe en quelques semaines .

Il a été démontré qu'environ 20 à 50 % des patients ayant un traitement par benzodiazépines subiraient un sevrage « léger » lors de l'arrêt et que plus de 3% de ces patients auraient des signes cliniques de dépendance (physique et psychologique) aux benzodiazépines.(6)

Les symptômes de sevrage, l'effet rebond de l'insomnie, associés au haut potentiel de tolérance entraînent donc les usagers à consommer des BZD à dose parfois extrême. Les sujets deviennent peu réceptifs et peu compliants aux demandes de sevrage de la part des médecins.(8)

- L'insomnie est considérée comme une comorbidité fréquente dans le syndrome apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et les BZD ont tendance à augmenter les apnées, hypopnées du sommeil.

Une demi-vie courte permet de réduire les effets secondaires résiduels de la molécule.

Il sont donc préférés pour les patients souffrant de trouble de l'endormissement, pour les personnes âgées, et pour diminuer la sédation le lendemain matin. A l'inverse pour les patients souffrant d'un mauvais maintien du sommeil, de réveils précoces, qui nécessitent une anxiolyse prolongée les BZD à T1/2 plus longue seront préférées.

A noter que l'utilisation de BZD à demi-vie courte augmente le risque de symptômes de sevrage et d'effet rebond de l'insomnie et d'anxiété à l'arrêt du traitement

Le bénéfice risque doit être évalué individuellement en tenant compte des symptômes, mais aussi de l'âge des patients.

Malgré l'élimination plus rapide et la durée d'action plus courte (T1/2 plus faible), les ZD entraîneraient plus de troubles du comportements et mnésiques, diminueraient les capacités psychomotrices lors de l'utilisation à long terme.

Les BZD sont également utilisées pour leurs propriétés anxiolytique, myorelaxante, et anticonvulsivante.

Or, l'insomnie (plus particulièrement lorsqu'il y a des difficultés d'endormissement), est souvent corrélée à une problématique anxieuse. Dans ce cas les médecins peuvent être amenés à utiliser des BZD à visée hypnotique et anxiolytique sur de courte durée. Faute d'alternatives on retrouve des traitements de ce type au long court.

Tableau 3 : « Principaux hypnotiques possédant une AMM sans le traitement de l'insomnie »(23)

DCI	Nom commercial	Forme galénique et dosage	Population cible de l'AMM
Benzodiazépines			
Estazolam	Nuctalon®	Comprimés non sécables 2 mg	Adultes
Loprazolam	Havlane®	Comprimés sécables 1 mg	
Lormétazépam	Noctamide®	Comprimés sécables 1 et 2 mg	
Nitrazépam	Mogadon®	Comprimés sécables 5 mg	
Apparentés aux benzodiazépines			
Imidazopyridine : zolpidem	Stilnox®	Comprimés sécables 10 mg	Adultes
Cyclopyrrolone : zopiclone	Imovane®	Comprimés sécables 7,5 mg et comprimés non sécables 3,75 mg	

source :(23)

Tableau 4 : « Principales propriétés pharmacocinétiques des hypnotiques »(23)

DCI	Absorption (T _{max} h)	Liaison aux protéines plasmatiques (%)	Biodisponibilité orale (%)	Métabolisme	Demi-vie d'élimination (h)	Métabolites actifs cliniquement pertinents	Voie d'élimination majoritaire
Estazolam	2	93	ND	Hépatique	17	Non	Rénale
Loprazolam	1	80	80	Hépatique	8	Non	Rénale
Lormétazépam	3	88	80	Hépatique	10-12	Lorazépam	Rénale
Nitrazépam	2-3	85	55-95	Hépatique	16-48	Non	Rénale
Zolpidem	0,5-3	92	70	Hépatique	2,4	Non	Rénale
Zopiclone	1,5-2	45	80	Hépatique	5	Dérivé N-oxyde peu actif	Rénale

source : (23)

1.3.1.2 Recommandations de l'HAS sur leur utilisation et restriction des prescriptions de benzodiazépines

Le constat des risques encourus dans l'utilisation des benzodiazépines dans le long terme a poussé l'ANSM et l'HAS, entre 2015 et 2017, à revoir les indications et recommandations d'utilisation de ces molécules (7,24).

En effet, aujourd'hui les benzodiazépines et les agents agonistes des récepteurs des benzodiazépines ont une indication thérapeutique seulement dans le traitement de l'insomnie à court terme, c'est-à-dire l'insomnie aiguë ou l'insomnie réactionnelle. Leur efficacité dans le traitement de l'insomnie chronique n'ayant pas été prouvée contrairement à leurs effets secondaires décrits précédemment. Le bénéfice/risque n'est donc positif que sur une durée inférieure ou égale à 4 semaines (Tableau 3; Tableau 4)(7).

Pour rappel, le 3 juin 2015, par la décision n°2015.0143, l'HAS a lancé une campagne d'« arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés » et crée une fiche mémo nommée :« démarche du médecin traitant en ambulatoire » ; afin de faciliter le sevrage de ces molécules. Ces recommandations contiennent des outils à la disposition des médecins généralistes et des patients ;(« le questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines), l'exemple de courrier d'information de la part du médecin traitant, ou un calendrier de suivi d'arrêt à l'attention des patients, etc.). Les principaux objectifs étaient d'encourager le sevrage des BZD et d'informer les patients sur l'utilisation de ces molécules (7,24,25).

Pour réduire l'utilisation et éviter les excès les autorités sanitaires Françaises ont réduit leur remboursement par l'assurance maladie. Depuis 2014, le pourcentage à payer « reste à charge patients » est passé de 15% à 85% du prix total des molécules, les hypnotiques étant désormais inscrits dans la liste des médicaments à « service médical faible » (26)

La France, depuis 2017, en raison d'un potentiel particulièrement addictogène, a rendu obligatoire la prescription de Zolpidem sur ordonnances sécurisées pour une durée maximale de 28 jours. Néanmoins les autres BZD et ZD n'ont pas cette obligation, contrairement à la Suisse où l'ensemble des BZD est répertorié dans la liste des médicaments au même niveau que des stupéfiants.

1.3.1.3 Etat actuel des prescriptions de benzodiazépines et apparentés

Malgré les campagnes de sensibilisation et les mesures de restrictions mises en place par les autorités sanitaires en Europe, les dernières études réalisées en 2022 ont montré que les prescriptions de BZD et ZD représentent 92% des traitements prescrits pour l'insomnie.

A noter qu'un nombre conséquent de ces prescriptions concernerait l'oxazépam et l'alprazolam, qui comme nous le reverrons prochainement dans l'étude, ont été prescrites en moyenne 230 jours pour le traitement de l'insomnie en France.

Comme représenté dans le tableau 5, en Europe le temps de prescription dépasse amplement les 4 semaines, durée maximale recommandée pour le traitement de l'insomnie aiguë. (20,27)

Tableau 5 : Durée d'utilisation moyenne en Europe des prescriptions de BZD et ZD (9).

PAYS	Prescriptions BZDs (semaines)	Prescriptions ZDs (semaines)
ROYAUME UNI	7,1	8,1
ALLEMAGNE	10	14,3
FRANCE	14	19,2
ESPAGNE	23	22,2
ITALIE	22	23,8
Moyenne Européenne	15,3	17,8

Source: Ipsos, Online questionnaire study among healthcare professionals (N=602) involved in clinical management of people with insomnia. 2022.

1.3.2. Les Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques ou apparentés

1.3.2.1. Les alternatives thérapeutiques médicamenteuses

La Mélatonine :

Comme décrit dans la partie sur la physiologie du sommeil, la mélatonine est une neurohormone endogène sécrétée par la glande pinéale. Sa sécrétion est inhibée par la lumière. Plus précisément l'absence de stimulation lumineuse entraîne l'activation de la voie rétinohypothalamique qui permet une transmission noradrénergique. Cette libération nocturne de la noradrénaline permet, à partir du tryptophane, la synthèse de la N-acetyl-transférase, enzyme essentielle à la synthèse de la mélatonine (Figure 4).

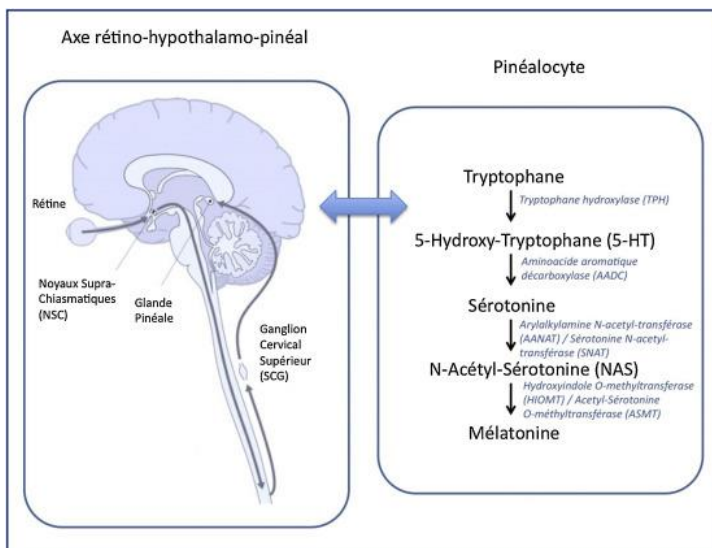


Figure 4 : synthèse mélatonine. Source (28,29)

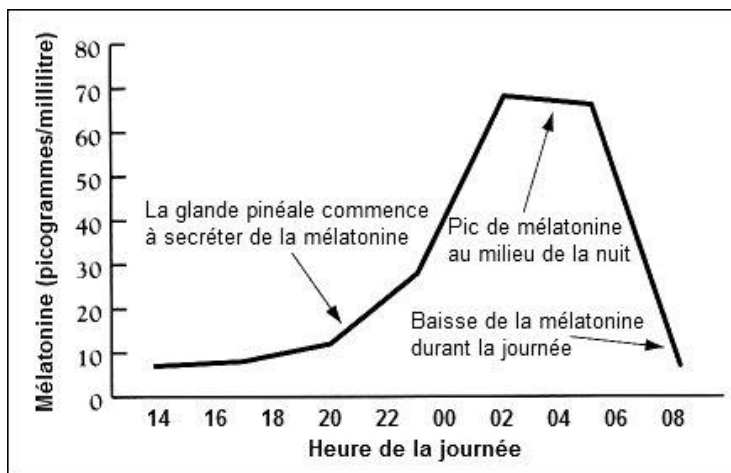
L'absence de stockage de la mélatonine au niveau de la glande pinéale (ou intra épiphysaire) engendre une libération directe de celle-ci dans la circulation sanguine. La mélatonine circulante reflète donc la sécrétion hormonale en temps réel. Il est possible d'observer le rythme nyctéméral à l'aide de prélèvements plasmatiques, salivaires et dosage urinaire de sulfatoxymélatonine, puisque la dégradation de la mélatonine est hépatique, sa demi-vie courte d'environ 20 min et son élimination urinaire. La sécrétion de mélatonine se réalise sur environ 10 heures avec un pic en milieu de nuit. L'heure de la concentration maximale varie d'un

chronotype à l'autre. Il faut également souligner qu'il existe une variabilité individuelle de réponse au taux de mélatonine.

Après la réalisation d'un agenda du sommeil et parfois d'une actimétrie, des dosages de mélatonine peuvent être demandés pour diagnostiquer un dérèglement circadien. Cet examen complémentaire n'est possible que dans des centres spécialisés, les conditions de prélèvements étant difficiles et contraignantes.

La dégradation de la mélatonine est rapide (métabolisme hépatique), sa demi-vie étant d'environ 20 min. L'élimination est urinaire.(10,12)

Figure 5 : Sécrétion de la mélatonine au cours de 24 heures. Source (30)

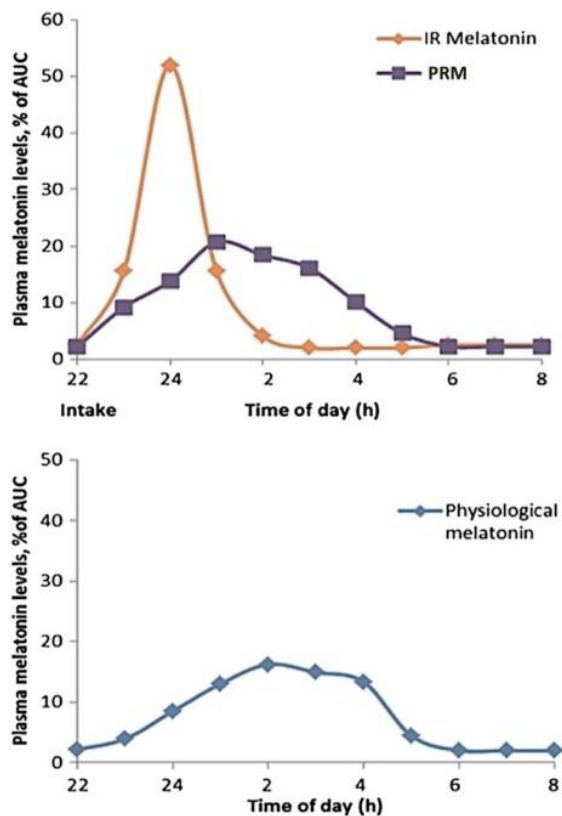


La mélatonine permet la régulation du rythme circadien. Il y a également une corrélation directe entre le sommeil, la sécrétion de mélatonine et la température centrale. En effet vers 4h du matin, horaire du pic de sécrétion de mélatonine, la température centrale est au minimum. La sécrétion de mélatonine permet l'abaissement de la température centrale grâce à une vasodilatation périphérique permettant l'évacuation de la chaleur (10).

Figure 6 : Les différentes formes galéniques : (31–33)

Formes galéniques	Pharmacocinétique	Effets sur le sommeil	Mode d'administration	Durée du traitement
Mélatonine à libération immédiate (LI)	T _{max} =50 min , Demi-vie <45 min	-L'effet chronobiotique (dose minimale nécessaire : 0,5 mg). -L'effet soporifique (dose minimale nécessaire entre 2 et 5 mg)	La voie orale permet l'absorption de 30% de la dose contenue dans le comprimé de mélatonine. et le traitement doit être ingéré 1 à 2 heures avant le coucher	Minimum 3 semaines (consolidation du sommeil) le traitement peut être poursuivi jusqu'à 13 semaines
Mélatonine à libération prolongée (LP)	T _{max} =3h, Demi-vie= 3,5 à 4h	Maintien du sommeil (dose minimale nécessaire : 2mg))		= effet thérapeutique progressif

Figure 7 : Taux plasmatiques moyens de mélatonine exogène (2 mg) et endogène. PRM = mélatonine exogène à libération prolongée, IR = mélatonine exogène à libération immédiate.



Source (34) Zisapel,

En France, la mélatonine est autorisée en vente libre pour des dosages inférieurs à 2 mg, elle est alors considérée comme des compléments alimentaires. Il s'agit exclusivement des formes à libération immédiate.

Depuis 2007, la Mélatonine LP (Circadin® 2mg ; Slenyto ® 1mg et 5mg) a l'AMM pour les patients de plus de 55 ans dans l'insomnie primaire sans comorbidité associée.

En France, chez l'adulte, les traitements contenant de la mélatonine ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.(12,29,35)

Les indications thérapeutiques de la mélatonine (31):

De manière générale par son action chronobiotique déterminante pour la régulation des fonctions biologiques et du rythme veille-sommeil et par son action soporifique la mélatonine exogène va faciliter l'endormissement (de façon dose dépendante 2-5 mg) et va consolider le sommeil lors de la supplémentation en deuxième partie de nuit (utilisation de la forme LP). Elle ne permet pas de modifier l'architecture du sommeil.

Concernant l'âge, il existe un déficit physiologique de sécrétion de mélatonine qui apparaît au cours du vieillissement qui pourrait être responsable de la symptomatologie d'insomnie observée chez les adultes de plus de 55 ans (seuil d'âge établis par les autorités scientifiques lors de la réalisation des études sur la mélatonine), ce qui justifie l'utilisation de mélatonine exogène dans le traitement de l'insomnie primaire seulement chez adulte de plus de 55 ans sans comorbidités associées.

En effet, de récentes études de 2018, comparant l'utilisation de la mélatonine LP en fonction de l'âge (18-80 ans), ont démontrés qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité entre le placebo et la mélatonine LP chez les sujets de moins de 55 ans, ni à 3 semaines d'utilisation, ni à 3 mois d'utilisation. Alors qu'il était observé une réduction du temps d'endormissement, une amélioration de la qualité et quantité de sommeil, et une amélioration de la qualité de vie chez les sujets âgés de 55-80 ans.

Concernant les troubles du rythme circadien, la mélatonine est recommandée :

- Pour le syndrome de retard de phase. En effet la mélatonine en petite quantité (environ 0,5 mg) en libération immédiate permet d'avancer le pic de libération de mélatonine, l'heure du coucher, et de diminuer le temps d'endormissement.
- Pour le syndrome hypernycthéral, c'est-à-dire un rythme veille sommeil spontanément différent, dit en « libre cours », rencontré chez certains non-voyants n'ayant jamais connu la lumière. Dans ce cas la mélatonine, utilisée à un fort dosage, en libération immédiate de 10 mg, permet de resynchroniser les rythmes circadiens et donc améliorer le sommeil et la vigilance.
- Pour les « Jet Lag », particulièrement pour les voyages vers l'est avec un décalage de plus de 5 fuseaux horaires. La mélatonine, entre 3 et 5 mg, en libération immédiate permet de ressentir l'effet chronobiotique et soporifique. (1,36).

Concernant les pathologies psychiatriques, il semble exister une plus grande prévalence de troubles du sommeil. La mélatonine est utilisée dans le traitement de ces pathologies qui ne sont pas développées dans notre étude par choix méthodologique.

Effets secondaires de la mélatonine:

Les effets secondaires semblent rares et peu conséquents, ils seraient essentiellement liés à l'action endocrine de la mélatonine et à des réactions à la substance active des traitements (35).

Dans le traitement de plus de 3 mois il semblerait qu'il n'y aurait pas d'effet rebond ou de sevrage, la mélatonine exogène ne réduirait pas la sécrétion endogène.(31)

Les antihistaminiques :

Les antihistaminiques H1 de première génération, agissent sur les récepteurs H1 de manière moins spécifique et moins sélective. Ils possèdent donc des propriétés sédatives et anticholinergiques. Ils peuvent être utilisés dans le traitement de l'insomnie occasionnelle. Cependant l'effet anticholinergique leur confère également de nombreux effets secondaires (sécheresse des muqueuses, syndrome extrapyramidal, rétention aigue d'urine, allongement QT, constipation, etc.) mais aussi de nombreuses contre-indications (glaucome à angle fermé, pathologies prostatiques). Ils ne sont pas recommandés chez la personne âgée (fort potentiel iatrogénique).

Leurs effets sur le sommeil sont peu connus, il existe peu de données de la littérature décrivant leur action sur l'architecture du sommeil. Ils diminueraient la latence d'endormissement et augmenteraient le temps de sommeil en majorant le stade N2. C'est cet effet sur la latence d'endormissement qui génère les prescriptions antihistaminiques H1 en médecine générale.

Ils ont donc une indication seulement dans les troubles du sommeil occasionnels sur une durée maximale de 3 semaines. Leur efficacité à long terme est médiocre.

Les patients doivent être prévenus du caractère provisoire du traitement par antihistaminique de la même manière qu'avec les BZD et ZD.

Lorsque le trouble d'insomnie se chronicise il convient alors de changer de thérapeutique.

A noter que certains antihistaminiques H1, comme la doxylamine, sont en vente libre en pharmacie (10,23).

Tableau 6 : les antihistaminiques H1 de 1^{re} génération avec une AMM dans le traitement de l'insomnie occasionnelle

DCI	Nom commercial	Forme galénique et dosage	Population cible de l'AMM
Antihistaminiques H1 de 1^{re} génération			
Alimémazine	Théralène®	Comprimés sécables 5 mg	Adultes, enfants > 6 ans
		Sirop 0,05 %	Adultes, enfants > 3 ans
		Solution buvable en gouttes 4 %	
Doxylamine	Donormyl®, Lidène®, Noctyl®	Comprimés sécables 15 mg effervescent ou non	Adultes
Prométhazine	Phénergan®	Comprimés 25 mg	
Hydroxyzine	Atarax®	Comprimés sécables 25 mg	Enfants > 6 ans
		Sirop 2 mg/ml	Enfants > 3 ans

source (23)

Tableau 7 : Pharmacocinétique des antihistaminiques hypnotiques

DCI	Absorption (T _{max} * h)	Liaison aux protéines plasmatiques (%)	Biodisponibilité orale (%)	Métabolisme	Demi-vie d'élimination (h)	Métabolites actifs cliniquement pertinents	Voie d'élimination majoritaire
Alimémazine	4,5 (cp) 3,5 (sirop)	ND	70	Hépatique	4,8–8	ND	Rénale
Doxylamine	1 (cp eff.) 2 (cp)	ND	ND	Hépatique (faible)	10	ND	Rénale
Prométhazine	1,5–3	75–80	13–40	Hépatique	10–15	ND	Rénale (faible)
Hydroxyzine	2	ND	ND	Hépatique	4 (enfant 1 an) 11 (enfant 14 ans) 13–20 (adulte)	Cétirizine	Rénale

source (23)

Les antidépresseurs :

Ils sont indiqués dans le traitement de trouble du sommeil dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé avec insomnie. En effet il est observé un effondrement du sommeil paradoxal chez les patients souffrant de dépression.

Les données de la littérature ne fournissent pas d'informations probantes sur l'utilité des antidépresseurs hypnotiques sur l'architecture du sommeil chez les patients non dépressifs.

Ces molécules ne seront donc pas plus décrites dans ce travail ne concernant pas directement le sujet (10).

Phytothérapies (produits sans ordonnance) :

Il existe des médicaments en vente libre de phytothérapie, comme la valériane ou la camomille, considérés comme des compléments alimentaires.

Ils auraient des effets limités sur les troubles d'insomnie, sauf la valériane qui aurait fait l'objet d'études prouvant qu'elle aurait de discrets effets thérapeutiques.

Leur efficacité reste proche du placebo, ils peuvent cependant être une alternative thérapeutique dans le traitement de l'insomnie mineure.

Il faut souligner que l'ensemble des principes actifs composant les molécules à base de phytothérapies ne sont pas toujours connus.(10)

Les produits commercialisés sont fréquemment associés à de la mélatonine en libération immédiate de 2mg.

Comme nous le verrons par la suite, les médecins utilisent un certain nombre des thérapeutiques médicamenteuses évoquées plus haut. Il convenait donc de les décrire dans notre travail afin de comprendre ce qui peut amener les médecins généralistes à les utiliser dans leur pratique quotidienne.

1.3.2.2. Les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses

Les règles hygiéno-diététiques en lien avec un sommeil de qualité

Les facteurs d'entretien, décrits plus précisément précédemment, peuvent être définis comme des comportements inadaptés qui réduisent la qualité et quantité du sommeil. Une mauvaise hygiène du sommeil n'est généralement pas suffisante pour engendrer une insomnie mais elle peut augmenter significativement les troubles du sommeil

L'utilisation correcte des règles hygiéno-diététiques (RHD) du sommeil permet la régulation du rythme circadien veille-sommeil. Il s'agit de conseils simples donnés aux patients afin de corriger les mauvaises habitudes des sujets insomniaques.

Le tableau suivant rapporte quelques RHD du sommeil, mais il n'est pas exhaustif :

RHD du sommeil	
Dans la chambre	<ul style="list-style-type: none"> - La pièce doit être utilisée exclusivement pour dormir. - Si possible préférer un matelas adapté, qui ne se trouve pas à même le sol. - La température de la pièce doit être idéalement comprise entre 18°C et 20°C. - La pièce doit être calme et dans l'obscurité.
Le soir	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les excitants après 14h: alcool, café , thé etc. Ne pas fumer avant d'aller se coucher. - Ne pas sauter de repas, ne pas manger un repas trop copieux le soir. Eviter la position de décubitus juste après le repas. - Mettre en place un « rituel du coucher » qui comprend un alitement si possible à horaire régulier. - Eteindre les écrans comportant de la lumière bleue au moins 1 heure avant de se coucher - Il n'est pas recommandé de prendre une douche chaude avant d'aller se coucher (augmentation de la température corporelle)
Le lit	<ul style="list-style-type: none"> - Au cours d'un réveil nocturne persistant, il est conseillé de se sortir de son lit et de faire une activité douce sans écran (lecture, activités manuelles, musique etc..) et d'attendre la survenue de nouveaux signes du sommeil pour retourner se coucher . - Se mettre au lit dès les premiers signes de sommeil : bâillements, paupières lourdes etc..
Les siestes	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une sieste de max 30 min en début d'après-midi - En fin de journée il faut résister à l'envie de dormir trop tôt afin de garder une pression de sommeil conséquente pour induire le sommeil au moment du coucher - Le capital sommeil d'une nuit est diminué si une sieste a été réalisée.
Le matin	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut sortir du lit dès l'ouverture des paupières. Il n'est pas recommandé de trainer au lit même pour se détendre. - Le réveil doit se faire à horaire régulier
La lumière	<ul style="list-style-type: none"> - Exposition à la lumière naturelle le matin. - En cas d'handicap provisoire ou non il est important d'avoir un bon éclairage dans le domicile et d'ouvrir les volets tous les jours.

Activités sportives	<ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer une activité sportive tous les jours et si possible le matin et pas au-delà de 20h, soit 3-4 heures avant de se coucher. (Une marche de faible intensité, n'excédant pas 4 km/h, n'étant pas considéré comme une activité sportive.)
---------------------	--

Tableau 8 : Règles hygiéno-diététiques du sommeil. source : (37)

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Reconnue dans les « guides cliniques de bonnes pratiques » la thérapie cognitivo- traitement pour l'insomnie (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBTi) est l'association de procédés qui se pratiquent de manière plus ou moins combinés. Les objectifs thérapeutiques d'une TCC dans le traitement de l'insomnie sont multiples. Elle permet de retrouver une hygiène du sommeil adéquate, de diminuer l'hyperactivation cognitive au coucher, et d'éliminer les fausses croyances sur le sommeil(10,26,33)

Même si le traitement par CBTi a des réponses individuelles variables, la durée moyenne de la CBTi est d'environ 7 séances réparties en 3 mois.

Une thérapie cognitivo- comportementale associe généralement :

- **une approche cognitive** qui permet aux patients de prendre conscience de ses pensées dysfonctionnelles et fausses croyances afin de mettre en place des stratégies alternatives d'adaptation. Elle utilise des techniques de restructuration cognitive (modèle de Beck).

Elle permet au patient de ne plus se focaliser sur son sommeil et d'acquérir des objectifs réalistes.

- **Une approche comportementale** , qui comprend:

→ La « restriction du sommeil » :

Le réflexe des patients insomniaques est d'augmenter le temps qu'il passe au lit afin de compenser le manque de sommeil. Les conséquences sur le long terme sont la fragmentation du sommeil qui n'est plus réparateur et accroît le trouble initial.

La restriction du sommeil consiste à réduire le temps passé au lit quand les sujets ne dorment pas réellement même les jours de congés.

Pour cela, le temps de sommeil moyen effectif du sujet est préalablement estimé à l'aide d'un agenda du sommeil. Initialement le thérapeute demande au patient de rester dans son lit uniquement durant le temps de sommeil moyen calculé. Par la suite, le temps passé au lit sera progressivement augmenté sans modifier l'heure de lever afin de fortifier la pression homéostatique et obtenir une nuit de sommeil efficiente.

→ Et le « contrôle du stimulus » :

Pour les insomniaques, la période précédant le coucher est source de stress, d'anxiété et d'appréhension, ce qui majore l'hyperactivation empêchant l'endormissement.

Le contrôle du stimulus consiste à créer un conditionnement positif nécessaire au sommeil, en créant un lien entre les stimulations environnementales et la période d'endormissement. Il s'agit donc d'instaurer un rituel d'endormissement dont nous avons déjà parlé précédemment.

Consacrer un moment de détente le soir avant le coucher, ou se mettre au lit seulement lors des signes de sommeil sont des exemples de contrôle du stimulus conseillés dans les TCC ; ils permettent de créer une association entre la chambre, le lit et le sommeil.

Le contrôle stimulus doit donc se faire de manière concomitante avec la correction des RHD du sommeil.(10,26,33)

→ Une approche comportementale, moins connue, appelée thérapie comportementale dialectique (TCD), permet aux patients d'identifier et de conceptualiser les émotions et sentiments négatifs associés à une situation complexe, afin de pouvoir modifier son ressenti vis-à-vis de cette situation et ainsi transformer les émotions négatives en sentiments positifs, et supprimer la situation difficile.

La TCD pourrait être utilisée dans le traitement de l'insomnie d'autant plus que l'effet thérapeutique de la TCD est rapide.

Pour le traitement des troubles du sommeil la société européenne de recherche sur le sommeil (ESRS) préconise en première intention la CBTi. Mais en pratique l'utilisation de ces thérapies reste compliquée avec un accès limité à des professionnels formés. Seulement 8% des insomniaques auraient eu accès à une CBTi et très peu de médecins généralistes envisageraient cette thérapie dans le traitement de l'insomnie. En France il y aurait moins de 30 centres spécialisés qui proposeraient cette thérapie, et il s'agirait dans l'ensemble d'hôpitaux universitaires ayant une « clinique du sommeil » dans leurs locaux.(6)

Dans une étude menée par l'European Insomnia Network, le système de remboursement des CBTi serait un autre frein à l'utilisation de cette alternative en plus du manque de professionnels formés.

Les techniques relaxation et « médecines alternatives » :

Les techniques de relaxation permettent de soulager les tensions internes des patients , ce qui diminue l'hyperactivation au coucher.

Il existe de multiples techniques de relaxation comme la méditation « pleine conscience », la relaxation musculaire progressive, la cohérence cardiaque, etc.

Une pratique régulière avant le coucher permet de retrouver progressivement un sommeil normal (10).

Les « approches douces » que le patient perçoit comme efficaces sur sa capacité à s'endormir n'apparaissent pas comme pathogènes et peuvent donc être annexées à leurs habitudes de sommeil, ce qui est peu ou prou assimilable aux rituels du coucher déjà évoqués (20).

Il existe plusieurs pratiques, dites « médecines douces », qui peuvent être utilisées dans les troubles du sommeil. Les techniques évoquées ici sont parmi les plus réputées dans la gestion des problématiques de sommeil.

L'ostéopathie par la manipulation manuelle des tissus, organes et articulation peut permettre la levée de dysfonctionnements positionnels, de blocages douloureux, et de tensions internes empêchant le sommeil, notamment au niveau du système nerveux.

Le yoga associe la pratique sportive, le relâchement musculaire et la prise de « conscience du soi », tous trois nécessaires pour avoir un sommeil de bonne qualité.

L'hypnose, aujourd'hui beaucoup utilisée en médecine conventionnelle notamment en anesthésie, permet d'atteindre un état de conscience modifié, Ce qui permet de corriger les comportements responsables de l'insomnie. A noter qu'avec l'aide du thérapeute les patients apprennent des techniques d'auto-hypnose, facilement reproductibles au domicile.

Au cours de séance de sophrologie, le thérapeute amène les sujets à travailler la relaxation et la respiration permettant une préparation adéquate au sommeil.

Il n'existe pas assez de preuves d'efficacité thérapeutique directe dans le traitement de l'insomnie qui permettraient de statuer sur leur recommandation dans le traitement des troubles du sommeil(20).

La photothérapie

L'effet de la lumière dans la régulation veille sommeil a été détaillé précédemment. Elle joue un rôle sur le sommeil, mais aussi l'humeur et la vigilance.

L'effet antidépresseur de la lumniothérapie a d'abord été démontrée scientifiquement chez les patients souffrant de trouble affectif saisonnier. Puis, naturellement les scientifiques se sont intéressés à l'effet thérapeutique que la lumniothérapie pourrait avoir sur la régulation du rythme veille-sommeil et la vigilance des patients.

Outre le fait que le matériel est en vente libre et même très facilement disponible sur les plateforme de E-Commerce , la lumniothérapie peut constituer une authentique prescription réalisée par les médecins généralistes, psychiatries et médecins du sommeil.

La prescription de lumniothérapie doit tenir compte du tableau clinique. En effet les bénéfices de la thérapie dépendant de l'intensité lumineuse, de sa longueur d'onde, de la durée d'exposition en fonction du trouble circadien diagnostiqué.

La thérapie consiste à s'exposer à une lumière blanche sans ultra-violet de 10 000 lux sur une durée de 20 à 30 min à 30 cm du visage, plutôt le matin au petit déjeuner lors des retards de phase et plutôt le soir vers 17h pour les avances de phase. (38,39)

Elle peut entraîner hypervigilance, céphalées, et même insomnie si elle n'est pas utilisée correctement. Le traitement peut donc être perçu comme contraignant, devant être réalisé à des heures précises et de manière régulière.

Comme nous le verrons par la suite, la lumniothérapie n'est pas une pratique connue en médecine générale en France et nécessite une formation pour être utilisée selon les recommandations d'efficacité. Elle ne bénéficie pas pour autant de remboursement par la sécurité sociale. (38,39)

1.3.2.3. Essor de nouvelles technologies : apports et retentissement le sommeil

L'insomnie étant une problématique de santé publique, les sociétés de « biotech » ont mis sur le marché des nouvelles technologies qui seraient innovantes dans la gestion du sommeil de l'Homme. Parmi les plus courantes on retrouve les filtres de lumière bleue, les applications smartphones (de musicothérapies, méditation, coach de sommeil, etc.), les masques d'hypnose, les diffuseurs électroniques de lumière rouge, et les montres connectées, etc...

A l'inverse de la lumière rouge, la lumière bleue, de longueur d'onde comprise entre 380 et 500 nanomètres, est éveillante ; raison pour laquelle utiliser un écran avant de se coucher augmente la latence d'endormissement par réduction de production de mélatonine.

L'utilisation d'un filtre de lumière bleue dans la soirée serait donc à privilégier pour ne pas modifier la sécrétion de la mélatonine.

Les appareils connectés comme les montres permettent d'établir des données mathématiques sur le sommeil des utilisateurs, avec un relevé objectif et très précis de leur sommeil. (3,37)

Une étude de 2021 réalisée sur plusieurs pays en Europe dont le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France, l'Italie, et l'Espagne, a montré que les patients souffrant d'une insomnie chronique déjà traitée, continueraient de souffrir de cette pathologie malgré la prise en charge médicale existante (8) ; Ce qui suggère la question de l'efficacité des traitements actuels mais aussi leur utilisation par les médecins dans leur pratique quotidienne.

2. Matériel et méthode

2.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de relever les alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques dans le traitement des troubles du sommeil mises en place par les médecins généralistes du territoire somme littoral sud .

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les obstacles à la mise en place des alternatives à la prescription par les médecins généralistes de ce territoire.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, quantitative observationnelle, transversale réalisée par auto-questionnaire.

2.3. Constitution et présentation de l'échantillon

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes rattachés au groupement hospitalier du territoire somme littoral sud. Ceux incluent dans l'étude dépendaient donc des centres hospitaliers d'Albert, de Doullens, d'Abbeville, de Corbie, de la Baie de Somme, de Montdidier-Roye, de Philippe Pinel, mais aussi de Montreuil-sur-Mer et d'Hesdin et du CHU d'Amiens-Picardie.



Figure 8 : GHT Somme littoral Sud (40)

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en médecine générale en phase d'approfondissement avec un exercice de remplacement, être médecin généraliste installé ou remplaçant, d'avoir un exercice libéral exclusif ou mixte.

Les critères d'exclusion étaient d'être interne sans exercice de remplacement en médecine générale, d'avoir une activité hospitalière stricte, ou d'exercer dans une autre zone géographique que celle étudiée.

2.4. Présentation et distribution du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en format papier (*Annexe 3*) et électronique via LimeSurvey(41).

Il comportait 20 questions ouvertes.

Une première partie était consacrée au relevé des informations personnelles (âge, mode et lieu d'exercice, formation complémentaire). Une autre partie concernait la pratique des médecins généralistes et les thérapeutiques mises en place dans le traitement de l'insomnie primaire sans comorbidité associée. Puis un dernier groupement de questions a permis de relever les obstacles à la prescription d'alternatives thérapeutiques aux hypnotiques, et éventuellement les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

La distribution des questionnaires s'est effectuée à la fois par dépôts dans les cabinets, voie postale avec une enveloppe retour timbrée pour le modèle papier et, par emails et diffusion sur les réseaux sociaux sur les groupes dédiés aux médecins généralistes, pour le modèle électronique.

Au total 107 questionnaires ont été récupérés, 4 questionnaires étaient non exploitables ou ne respectaient pas les critères d'inclusion. 103 questionnaires ont donc été inclus à l'étude.

Le questionnaire a été validé comme étant conforme à la méthodologie de référence « MR-004 », selon le règlement général sur la protection des données (CNIL), il fait l'objet d'une inscription au registre des traitements de l'UPJV sous la référence : *"Alternatives-thérapeutiques-à-la-prescription-d'hypnotiques-utilisées-par-les-médecins-généralistes-du-territoire-Somme-Littoral-Sud-951604"*.

2.5. Recueil et traitements des données

Les réponses aux questionnaires étaient vérifiées manuellement pour le format papier et toutes retranscrites au format électronique pour être exploitable via le logiciel Limesurvey.

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel R version 3.6.1 (R Core Team, 2019)(42).

Les différentes variables de nature qualitative ont été décrites à l'aide des effectifs et des proportions.

Certaines variables ont été croisées deux à deux et les différents groupes ont été comparés à l'aide de tests statistiques. Pour cela le test du Chi2 a été utilisé et le test exact de Fisher était utilisé lorsque les hypothèses du test du Chi2 n'étaient pas vérifiées. Les tests ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5%.

3. Résultats

Par souci de cohérence et de facilité de lecture, l'interprétation des résultats n'est pas forcément réalisée dans le même ordre que celui du questionnaire.

1) Caractéristiques de la population de médecins généralistes étudiée

a) Répartition selon l'âge :

Question N°1 :

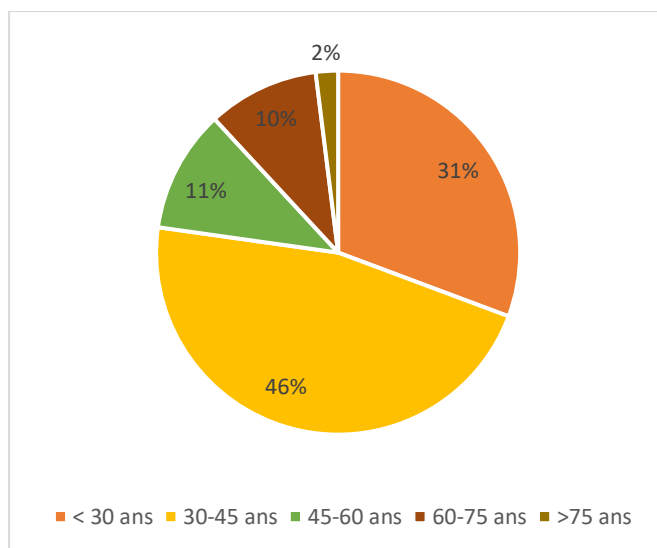
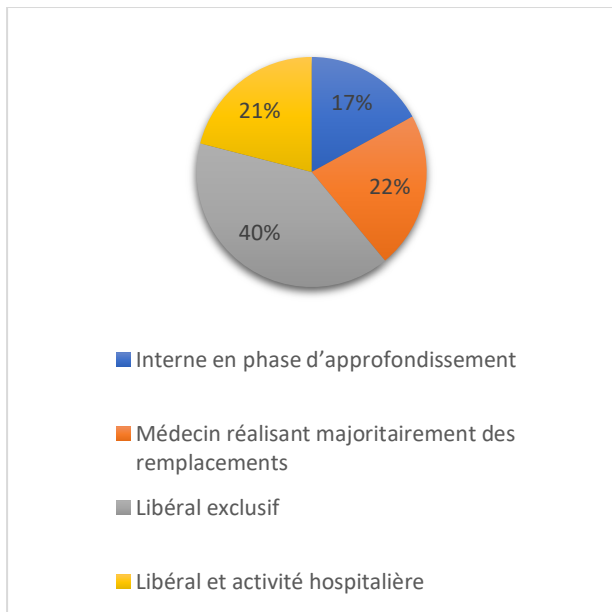


Figure 9 : Répartition selon l'âge

Dans notre échantillon, 31% des médecins généralistes avaient moins de 30ans, 47% avaient entre 30 et 40 ans, 11% entre 45 et 60 ans , 10% entre 60 et 75 ans, et seulement 2% avaient plus de 75 ans.

b) Répartition selon le mode et le lieu d'exercice :

Question N°2



Question N°3 :

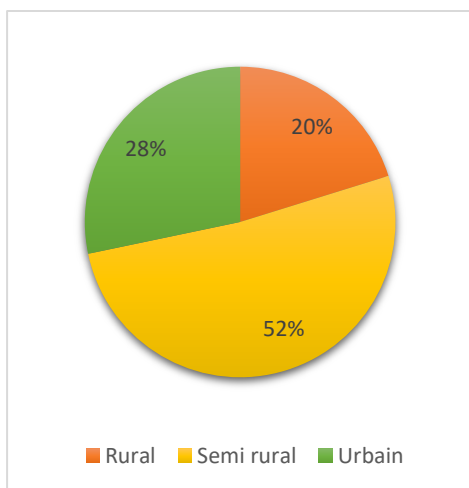


Figure 10 : répartition selon le mode et le lieu d'exercice

Les médecins généralistes exerçant exclusivement en médecine libérale représentent 62% de l'échantillon, dont 40% sont des libéraux installés et 22% réalisent majoritairement des remplacements. 21% des médecins généralistes ont une activité mixte, et 17% sont des internes en phase d'approfondissement.

La majorité de l'échantillon exerce en milieu semi rural, 20% en milieu rural et 28% en milieu urbain.

c) Participation à une formation complémentaire

Question N°4 : Participation à une formation complémentaire		
	n	%
Manquant	5	5
Répondant :	98	95
Non	78	80
Oui :	20	20
Via un laboratoire	2	10
Via un diplôme universitaire complémentaire	6	30
Via un centre hospitalier	2	10
Via une formation en ligne	5	25
Autres	5	25

-20 médecins généralistes ont participé à une formation complémentaire (soit 20%) de l'échantillon, dont 6 via un diplôme universitaire (soit 30%), 5 via une formation en ligne (soit 25%), 2 via un centre hospitalier (10%), 2 via un laboratoire (10%), et 5 via un autre type de formation (soit 25%).

-Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre l'âge ($p=0.3683$), le mode ($p=0.1311$) et lieu d'exercice ($p=0.3826$) et la réalisation d'une formation complémentaire (Annexe 2).

2) **Prise en charge de l'insomnie.**

a) Gestion de « l'insomnie » lors d'une consultation pour un autre motif

Question N°5 : Lorsqu'un patient vient vous voir pour un motif autre que l'insomnie et qu'au cours ou à la fin de la consultation, il évoque des problèmes de sommeil : comment gérez-vous cette problématique ? Que lui proposez-vous en première intention ?		
	n	%
Manquant	9	9
Répondant :	94	91
Je lui propose de reprendre rdv pour une consultation dédiée	50	53
Je revois avec lui les habitudes du sommeil	59	63
Je lui prescris un traitement par phytothérapie/ mélatonine/ homéopathie/ autres alternatives aux hypnotiques	22	23
J'adresse à un confrère pratiquant des dépistages du trouble du sommeil	0	0
J'évalue directement le retentissement du trouble	23	25
Autre : Je lui prescris un hypnotique	14	15

- 53% des médecins généralistes interrogés proposent une consultation dédiée pour le trouble de sommeil.
- 63% d'entre eux revoient les habitudes du sommeil lors de cette consultation, 25 % décident d'évaluer directement le trouble, même si le motif initial n'était pas une problématique du sommeil.
- 38% des médecins ont décidé de prescrire directement un traitement lors de cette consultation initialement non dédiée à ce motif, dont 15% ont prescrit un hypnotique, et 23% ont prescrit une alternative thérapeutiques aux hypnotiques (mélatonine, phytothérapie, etc.)

A noter que les réponses ne sont pas exclusives. Par exemple un médecin pouvait très bien répondre à cette question : qu'il revoyait les RHD, évaluait le retentissement du trouble et demandait à son patient de revenir pour une consultation dédiée.

b) Adaptation thérapeutique en fonction du profil du patient

Question N°6 et N°7 : Vous voyez un patient en consultation pour la première fois pour le motif suivant : « Je n'arrive pas à dormir Docteur ». Le diagnostic d'insomnie a été posé lors de l'entretien. Allez-vous avoir la même stratégie thérapeutique en fonction du profil de votre patient ?		
Manquant	9	9
Répondant :	94	91
Oui, j'ai la même prise en charge en cas d'insomnie primaire quel que soit le profil de mon patient	7	7
Non, j'adapte ma prise en charge en fonction du profil de mon patient :	87	93
De l'âge	78	90
Du sexe	25	32
D'un autre paramètre	71	82

Au total 7% des médecins généralistes interrogés ne tiennent pas compte du profil de leur patient dans sa prise en charge de l'insomnie.

Parmi ceux qui tiennent compte du profil de leur patient (93%), 90% tiennent compte de l'âge et 32% tiennent compte du sexe, 82% tiennent compte d'au moins un autre paramètre. L'environnement, la profession, et le mode de vie sont les paramètres les plus fréquemment rencontrés dans la réponse « d'un autre paramètre ».

c) Gestion de la plainte du sommeil en fonction des caractéristiques du trouble

Question N°8 : Votre prise en charge thérapeutique est-elle différente en fonction des symptômes des patients dans un contexte de trouble du sommeil ?		
	n	%
Manquant	12	12
Répondant :	91	88
Non	10	11
Oui :	81	89
Des difficultés d'endormissement	68	84
Des réveils nocturnes	54	67
De l'inversion du rythme nyctéméral	19	23
Autre	32	40

89% des médecins demandaient à leur patient de caractériser leur plainte avant de proposer une thérapeutique à leur patient. Parmi eux, 84% tenaient compte des difficultés d'endormissement, 67% tenaient compte de la présence de réveils nocturnes et 23% prêtaient attention à l'existence ou non d'une modification du rythme nyctéméral. Dans l'item « autre » ; 40% des médecins généralistes tenaient majoritairement compte de l'anxiété associée au trouble du sommeil.

d) Les thérapeutiques de l'insomnie primaire

Question N°9 : Vous avez en consultation un patient de moins de 70 ans, sans problème de santé notable, qui présente une insomnie depuis quelques semaines, quels moyens thérapeutiques lui proposez-vous ?		
	n	%
Manquant	14	14
Répondant :	89	86
Une thérapeutique médicamenteuse	3	3
Une thérapeutique non médicamenteuse	47	53
Les deux combinées	39	44

En première intention 3% des médecins généralistes de notre échantillon prescrivaient uniquement une thérapie médicamenteuse, 53% utilisaient une thérapie non médicamenteuse, et 44 % se servaient d'une thérapie combinée (médicaments et alternatives non médicamenteuse).

Manquant : n=17	Total n=86		Prise en charge en première intention				p
			Thérapeutique non médicamenteuse n=47		Thérapeutiques combinées n=39		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.0484
< 30 ans	24	28	9	19	15	38	
30-45 ans	43	50	26	55	17	44	
45-60 ans	8	9	3	6	5	13	
60-75 ans	9	11	8	17	1	3	
>75 ans	2	2	1	2	1	3	

-Le test statistique utilisé établit un lien entre l'âge et le type de prise en charge, sachant que le taux de significativité qui n'est que de 4,848% reste proche de 5% et doit donc laisser une marche de prudence dans son interprétation.

Alimenté par un approfondissement des statistiques sur un mode bivarié on note dans le tableau ci-dessous que parmi les médecins qui utilisaient une thérapie non médicamenteuse, 55% avaient entre 30 et 45 ans. Ils étaient 44% chez les médecins qui utilisaient des thérapies combinées.

-Il n'y a pas de lien significatif entre le mode d'exercice et le type de prise en charge en première intention ($p=0.6831$), ni entre le lieu d'exercice et le type de prise en charge en première intention ($p=0.0688$) (Annexe 2).

e) La prescription initiale

Question N°9 suite : Pour ce faire vous utilisez régulièrement en première intention :		
	n	%
Manquant	16	16
Répondant :	87	84
Les règles hygiéno-diététiques liées au sommeil	86	99
Introduction d'une benzodiazépine à visée hypnotique	18	21
Introduction d'une benzodiazépine à visée anxiolytique	15	17
Introduction d'un antihistaminique H1 à visée hypnotique	0	0
Introduction d'un antidépresseur à effets sédatifs	2	2
Introduction d'un antipsychotique	2	2
Introduction d'un produit sans ordonnances/phytothérapie	46	53
Mise en place de thérapie cognitive et/ou comportementale (psychologue)	5	6
Mise en place de médecines alternatives douces type sophrologie, hypnose, acupuncture, ostéopathie	11	13
Utilisation des nouvelles technologies : filtre lumière bleu, application sur smartphone, utilisation de gadgets	5	6
Techniques de relaxation, méditation « pleine conscience »	11	13

- 99 % des médecins généralistes revoyaient les règles hygiéno-diététiques avec leur patient.
- 38% prescrivait en première intention une BZD ou ZD : dont 21% une BZD à visée hypnotique et 17% une BZD à visée anxiolytique.
- Aucun membre de l'échantillon prescrivait un antihistaminique H1 et 2% avaient l'habitude de se servir d'un antidépresseur dans le traitement en première intention de l'insomnie.
- 53% d'entre eux utilisaient un traitement sans ordonnance (phytothérapie, mélatonine à IA, etc.) ou de la mélatonine LP.
- 26% ont l'habitude de se servir des alternatives non médicamenteuses dans leur pratique : 13% avaient l'habitude de conseiller des techniques de « médecines douces » comme la sophrologie ou l'hypnose et 13% utilisaient des techniques de relaxation en première intention.
- 6% des médecins conseillaient l'utilisation des nouvelles technologies dans leur prise en charge initiale.

f) Les habitudes de sommeil et rituel d'endormissement des patients.

Question N°10 : Avez-vous l'habitude de discuter avec vos patients de leur hygiène de sommeil : de leurs habitudes ? de leur rituel d'endormissement ?		
	n	%
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
Non, sauf si le patient aborde lui-même le sujet ou s'il vient pour ce motif :	34	39
Je n'y pense pas en général	11	32
Le temps de consultation est trop court	23	68
Oui régulièrement même si le patient n'aborde pas le sujet :	52	60
Les activités physiques avant de dormir	25	48
Les horaires de coucher, d'endormissement et de réveil	40	77
Eviter les appareils électroniques/écrans dans la chambre	40	77
Eviter les produits stimulants avant le coucher	27	52
Autres	24	46

-39% des médecins ayant répondu n'investiguent les habitudes de sommeil de leur patient, qui ne consulte pas pour ce motif, que si ce dernier aborde lui-même le sujet. Parmi ceux qui n'ont pas l'habitude de le faire, 68% évoquent un temps de consultation trop court, 32% n'y pensent généralement pas. Tandis que 60% des médecins de la population étudiée ont l'habitude de discuter avec leur patient de leur hygiène de sommeil.

- Il n'y a pas de lien significatif entre l'habitude de discussion de l'hygiène de sommeil et l'âge des médecins généralistes ($p=0.9299$), ni avec leur mode d'exercice ($p=0.8053$), et ni avec leur lieu d'exercice ($p=0.9202$) (Annexe 2).

- Il n'y a pas de lien significatif entre la formation complémentaire des médecins et l'abord des habitudes de sommeil chez le patient consultant pour un autre motif (p=1.0000) (Annexe 2).

g) Les outils utilisés dans la prise en charge de l'insomnie

Question N°11 : Aidez-vous de moyens/outils (échelle, questionnaire etc ...) lors de vos consultations liées au trouble du sommeil ?		
	n	%
Manquant	18	18
Répondant :	85	82
Oui, en première intention	10	12
Oui, plutôt en deuxième intention	6	7
Non :	69	81
Je ne les connais pas et/ou ne connaît pas leurs intérêts dans la prise en charge des troubles du sommeil	55	80
Par manque de temps lors des consultations de médecine générale	12	17
Je n'en vois pas l'utilité (chronophage, trop de scores, ...)	14	20

Question N°11 suite Si vous avez répondu OUI, quels sont le ou les moyens/outils que vous utilisez ?		
	n	%
Répondant :	16	19
L'agenda du sommeil	14	88
L'échelle d'Epworth	10	63
L'échelle de Croyances et Attitudes Concernant le Sommeil (CAS)	0	0
L'index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)	1	6
Autre	7	44

-12% en première intention et 7% en deuxième intention des médecins utilisent des outils d'aide aux consultations de trouble du sommeil : dans 88% l'agenda de sommeil, dans 63% l'échelle d'Epworth et 6% dans l'index de sévérité de l'insomnie.

-81% des médecins ne les utilisent pas ; 80% disent ne pas les connaître ou ne pas être informé de leurs intérêts dans la prise en charge des troubles du sommeil, 17% évoquent un manque de temps, et 20 % n'en voient pas l'utilité.

Manquant : n=17	Total n=86		Utilisation outils/échelle				p
			Oui n=16		Non n=70		
	n	%	n	%	n	%	
Participation à une formation complémentaire							0.0014
Non	70	81	8	50	62	89	
Oui	16	9	8	50	8	11	

Parmi les médecins utilisant des outils/échelles 50% disposent d'une formation complémentaire. Cependant seul 11% de ceux qui n'utilisent pas d'échelle, disposent d'une formation complémentaire. Il existe un lien significatif ($p=0.0014$) entre la formation complémentaire des médecins et l'utilisation d'outils/échelles.

3) L'utilisation des BZD et ZD et alternatives dans notre bassin d'étude

Question N°16 : Dans le cas où vous êtes amené à prescrire une benzodiazépine à but hypnotique dans les troubles du sommeil quelle molécule privilégiez-vous ? Pour quelle durée ?			
		n	%
Manquant		17	17
Répondant :		86	83
Zopiclone 3,5 mg, 1 comprimé au coucher pour une durée inférieure à 15 jours avant réévaluation clinique		24	28
Zopiclone 3,5 mg, 1 comprimé au coucher pour une durée supérieure à 15 jours avant réévaluation clinique		8	9
Zopiclone 7,5 mg, 1 comprimé au coucher pour une durée inférieure à 15 jours avant réévaluation clinique		4	5
Zopiclone 7,5 mg, 1 comprimé au coucher pour une durée supérieure à 15 jours avant réévaluation clinique		1	1
Oxazépam 10 mg, 1 comprimé le soir, pour une durée inférieure à 15 jours avant réévaluation clinique		23	27
Oxazépam 10 mg, 1 comprimé le soir pour une durée supérieure à 15 jours avant réévaluation clinique		6	7
Alprazolam 0,25 mg, 1 comprimé le soir, pour une durée inférieure à 15 jours avant réévaluation clinique		5	6
Alprazolam 0,25 mg, 1 comprimé le soir pour une durée supérieure à 15 jours avant réévaluation clinique		0	0
Bromazépam, ¼ à 1 comprimé le soir, pour une durée inférieure à 15 jours avant réévaluation clinique		1	1
Bromazépam, ¼ à 1 comprimé le soir, pour une durée supérieure à 15 jours avant réévaluation clinique		1	1
Autre		13	15

Cette question donne un résultat à titre informatif. Les médecins interrogés semblent répondre à des habitudes de prescription dont on peut noter qu'elles sont sensiblement généralisées, avec en tête le Zopiclone (37%) suivi de l'Oxazépam (34%), sans avoir néanmoins de justification neuro biologique, pharmacocinétique ou même clinique.

Question N°17 : Avez-vous l'impression que vous prescrivez trop de benzodiazépines/hypnotiques ?		
	n	%
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
Non	41	48
Oui :	45	52
Par manque d'alternative à votre disposition	39	87

-Il existe 52% des médecins interrogés qui ont l'impression de prescrire trop de BZD ou ZD. Parmi eux, la raison est un manque d'alternative à leur disposition dans 87% des cas.

- Il n'existe pas de lien significatif entre l'impression de prescrire trop de benzodiazépines ou hypnotiques par rapport à l'âge du prescripteur ($p=0,6926$), par rapport au mode d'exercice ($p=0,5861$), et par le rapport au lieu d'exercice des médecins ($p=0,3687$) (Annexe 2)

Question N°18 : Sur le long terme dans le suivi des patients avec des troubles du sommeil, y a-t-il une différence (en plainte ou en bénéfice) entre vos patients traités par des benzodiazépines et ceux traités par des alternatives thérapeutiques en première intention ?		
	n	%
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
Oui, il y a plus de plaintes en utilisant les benzodiazépines	34	40
Oui, il y a plus de bénéfices en utilisant les benzodiazépines	9	11
Oui, il y a plus de plaintes en utilisant les alternatives thérapeutiques	5	6
Oui, il y a plus de bénéfices en utilisant les alternatives thérapeutiques	13	15
Non, je ne vois pas de différences	32	37
Autre	11	13
Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quelles sont ces différences ?		
Répondant :	61	71
J'observe un effet de tolérance plus important avec l'utilisation des benzodiazépines	24	39
J'observe un effet de dépendance plus important avec l'utilisation des benzodiazépines	40	66
Sur le long terme, les benzodiazépines sont plus efficaces	4	7
Sur le long terme, les alternatives sont plus efficaces	8	13
Autre	16	26

-D'après les résultats de l'étude, 40% des médecins généralistes ont remarqué plus de plaintes de la part des patients en utilisant les BZD sur le long terme, contre 6% en utilisant les alternatives thérapeutiques aux hypnotiques.

15% des prescripteurs ont estimé plus de bénéfices avec l'utilisation des alternatives thérapeutiques, alors que 11% retrouvent plus de bénéfices sur le long terme avec les

BZD. Parmi les médecins généralistes, 37% ne notaient pas de différence sur le long terme entre l'utilisation des BZD ou l'utilisation d'alternatives thérapeutiques.

-Parmi ceux qui observent une différence entre les deux types de thérapeutiques 66% notent une dépendance avec l'utilisation des BZD sur le long terme, 39% notent une tolérance avec les BZD. Les alternatives thérapeutiques aux BZD seraient plus efficaces sur le long terme pour 13% des prescripteurs qui notent une différence dans leur utilisation, contre 7% parmi eux qui trouvent les BZD ou ZD plus efficaces sur le long terme.

-Dans les items « autre » (13% et 26%) les prescripteurs affirmaient majoritairement ne pas avoir assez de recul pour répondre à ces questions, souvent par manque d'utilisation des alternatives.

4) Les difficultés ou freins existants dans le traitement de l'insomnie.

a) Difficultés ressenties dans la prise en charge des patients insomniaques

Question N°15 : Ressentez-vous des difficultés à gérer les troubles du sommeil avec votre patientèle ? Si oui pourquoi ?			
		n	%
Manquant		17	17
Répondant :		86	83
Non		41	48
Oui :		45	52
Par manque de connaissance réellement utile en pratique		33	73
Par manque de temps lors des consultations pour gérer ce motif en médecine		26	58
Par manque de remboursement des thérapeutiques		12	27
Autre		9	20

On note dans le tableau que plus de la moitié des médecins présentent des difficultés dans la prise en charge de l'insomnie (52%), tandis que l'autre moitié se sentirait plus à l'aise (48%). Parmi ceux qui ont des difficultés 73% affirment que c'est par manque de connaissances utiles en pratique, 58% par un manque de temps au cours des consultations, 27% par un manque de remboursement.

- Il n'existe pas de lien significatif entre les difficultés de prise en charge de 'l'insomnie et l'âge des médecins interrogés ($p=0.1089$), ni avec leur mode d'exercice ($p=0.0611$), ni avec leur lieu d'exercice ($p=0.4556$) (Annexe 2).
- Il n'existe pas de lien significatif entre les médecins qui ont des difficultés à gérer les patients avec des insomnies et les médecins qui ont des difficultés avec la prescription d'alternatives ($p=0.1674$)
- Il n'existe pas de lien significatif ($p=0,8232$) entre les difficultés à gérer les patients avec des insomnies et l'habitude de discuter du sommeil (Annexe 2)

b) Les réticences ou difficultés dans l'alternative d'hypnotique

Question N°12 : Auriez-vous des réticences/difficultés à proposer à vos patients une alternative à la prescription d'hypnotiques ?		
	n	%
Manquant	19	18
Répondant :	84	82
Non	50	60
Oui :	34	40
Je ne connais pas d'alternatives efficaces	25	74
Il existe une pression et une forte demande de la part des patients à la prescription d'hypnotiques	15	44
A cause de l'absence de prise en charge financière des alternatives thérapeutiques	15	44
Autre	1	4

- 40% des généralistes interrogés ont des difficultés ou des réticences à proposer à leurs patients des alternatives à la prescription. Pour 74% d'entre eux car ils ne connaissent pas d'alternatives efficaces, pour 44% d'entre eux car ils rencontrent une pression à la prescription d'hypnotiques trop forte de la part des patients lors des consultations, et pour 44% évoque un frein à cette prescription devant l'absence de remboursement des alternatives ;
- 60% n'ont pas de difficultés à la prescription d'alternatives thérapeutiques aux hypnotiques. Nous reviendrons dans la discussion sur ces alternatives thérapeutiques utilisées.

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés avec la prescription d'alternatives				p
			Oui n=28		Non n=58		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.0211
< 30 ans	25	29	10	36	15	26	
30-45 ans	42	49	10	36	32	55	
45-60 ans	9	10	1	4	8	14	
60-75 ans	8	9	6	21	2	3	
>75 ans	2	2	1	4	1	2	

Il existe un lien significatif entre l'âge des médecins et la difficulté à prescrire des alternatives (p=0.0211).

En effet parmi les 28 médecins qui ont des difficultés avec la prescription d'alternatives, 36% ont moins de 30 ans et 36% ont entre 30 et 45 ans, soit 72% au total.

Parmi les 58 médecins qui n'ont pas de difficultés avec la prescription d'alternatives, 26% ont moins de 30 ans et 55% ont entre 30 et 45 ans, soit 81% au total.

Les médecins plus jeunes (< 45 ans) ont donc moins de difficultés à prescrire des alternatives.

De la même manière, parmi les 28 médecins qui ont des difficultés avec la prescription d'alternatives, 29% ont plus de 45 ans. Et parmi les 58 médecins qui n'ont pas de difficultés avec la prescription d'alternatives, 19% ont plus de 45 ans.

Les médecins plus âgés (>45 ans) ont donc plus de difficultés avec la prescription d'alternatives.

Par ailleurs, il n'existe pas de lien significatif entre le mode (p=0.2084) et le lieu (p=0.5041) d'exercice et les difficultés avec la prescription d'alternatives thérapeutiques. (Annexe 2)

c) Connaissance, accès et demande d'avis à des confrères spécialistes

Question N°13 : Connaissez-vous une(des) consultation(s) dédiée(s) aux troubles du sommeil dans votre périmètre géographique d'activité ?		
	n	%
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
Oui	35	41
Non	51	59
Question N°14 : Dans quelle situation pourriez-vous être amené à adresser votre patient à un confrère ou à un centre de consultations dédiées aux troubles du sommeil ?		
	n	%
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
En première intention (retentissements sévères, recherche étiologie)	18	21
Echecs des thérapeutiques/ stratégies déjà prescrites en médecine générale	55	64
Si apparition d'un autre trouble associé (trouble psychiatrique, accoutumance aux BZD)	22	26
Je n'ai pas l'habitude d'adresser mes patients à un confrère pour des troubles du sommeil	19	22
Je n'adresse jamais en médecine du sommeil car les délais sont trop longs	9	11
Autre	14	16

Plus de la moitié des médecins généralistes (59%) ne connaissent pas de consultations dédiées aux troubles du sommeil. Pourtant 64% d'entre eux seraient prêt à adresser leurs patients en cas d'échecs des thérapeutiques ou de stratégies déjà prescrites en médecine générale.

A noter que parmi les médecins généralistes qui connaissent des consultations dédiées, 33% n'y adressent pas leur patient, : 22% n'en n'ont pas l'habitude et 11% en raison du délai d'attente.

Parmi les 41% qui connaissent une consultation dédiée aucun n'a mentionné en commentaire s'il s'agissait d'une consultation d'étiologie respiratoire (polysomnographie à la recherche d'un SAHOS) ou d'hypnologie globale.

5) Les propositions d'amélioration et souhaits des médecins généralistes interrogés

Questions 19 : Pensez-vous qu'il serait nécessaire de proposer une formation sur la prise en charge de l'insomnie et le sevrage des hypnotiques aux médecins généralistes ?		
Manquant	17	17
Répondant :	86	83
Non	6	7
Oui :	80	93
Formation en ligne	51	64
Formation en présentiel	39	49
Fiche pratique rapide/ arbre décisionnel utilisable en consultation	25	31
Formation/cours lors de l'internat de médecine générale	31	39
Formation/contacts avec des centres spécialisés	28	35
Autre	9	11

93 % de la population étudiée pense qu'il serait nécessaire de proposer une formation aux médecins généralistes sur la prise en charge de l'insomnie.

Il a été demandé aux médecins interrogés (question 20) ce qui faciliterait selon eux l'accès aux alternatives thérapeutiques aux hypnotiques en médecine générale. Les réponses étant disparates, elles n'étaient pas incorporables aux résultats statistiques. Néanmoins une liste de propositions a été établie ([Annexe 4](#)).

4. Discussions

1) Forces et limites de l'étude

Concernant les forces de l'étude :

Le sujet est particulièrement d'actualité comme déjà mentionné à plusieurs reprises, notamment depuis l'épidémie du covid 19 ; étant un problème de santé public, les troubles du sommeil ne préoccupent pas seulement les soignants mais aussi la population générale et l'industrie.

La taille de l'échantillon (103 réponses) permet d'avoir une bonne puissance statistique à l'échelle du territoire et ainsi répondre à l'objectif de l'étude.

Un travail récent : Il existe plusieurs travaux de recherche qui portaient sur l'utilisation des benzodiazépines en médecine générale dans le traitement de l'insomnie, d'autres comparaient plusieurs thérapeutiques entre elles, et quelques méta analyses ont permis de faire la liste des recommandations actuelles, mais peu d'études récentes ont permis de décrire l'utilisation des alternatives thérapeutiques dans le traitement de l'insomnie dans la région des hauts de France et de les comparer à l'utilisation des hypnotiques.

Le travail comporte cependant des faiblesses :

Il existe un biais de sélection quant au mode de recrutement des médecins généralistes. Il n'existait pas de liste exhaustive des médecins généralistes du territoire étudié. Il est donc possible que tous n'aient pas été destinataire du questionnaire. Le taux de réponse de l'étude est d'environ 16% en prenant en compte les 659 médecins généralistes inscrit dans la Somme et les 103 réponses. Il est important de noter que ce taux ne peut pas être réellement calculé : les réponses étant sur la base du volontariat et ne connaissant pas le nombre exact de questionnaires reçus par les médecins, un certain nombre ayant été contacté via les réseaux sociaux. De plus le nombre actuel de médecins généralistes exerçant dans le territoire Somme littoral sud, internes en phases d'approfondissement inclus, n'est pas connu. Le territoire étudié étant plus restreint que celui de la totalité de la Somme, le taux de réponse doit donc être supérieur à celui calculé.

Un biais d'échantillonnage peut également être cité compte tenu de la population jeune de notre étude (*cf. démographie de l'étude*).

Un biais d'information peut aussi être retrouvé, les réponses aux questions n'ayant pas toutes été recueillies de la même manière, certains via des entretiens, d'autres via un format papier ou en ligne. On peut penser que les réponses recueillies lors des entretiens sont de meilleure qualité. Par exemple, des précisions ont pu être apportées lors de l'énonciation des questions ce qui a permis aux médecins de mieux y répondre. Ou au contraire, ceux qui ont répondu en ligne ont peut-être eu plus de temps pour réfléchir à leur réponse.

Par ailleurs, les réponses obtenues lors des entretiens ont été formatées pour pouvoir rentrer dans le questionnaire en ligne. Il y a pu y avoir à ce moment-là une perte d'information ou une mauvaise retranscription des réponses lors du recueil des données (mauvaise compréhension de la réponse, erreur d'inattention, ou réponses peu claires) entraînant un biais de mesure.

Enfin les médecins répondant à un questionnaire de thèse sont potentiellement plus investis dans la formation continue et la mise à jour de leurs connaissances, à l'inverse des médecins non répondant. Ainsi, les réponses des médecins ayant participé à l'étude peuvent surévaluer les connaissances et les pratiques de l'ensemble des médecins généralistes de ce territoire, entraînant un biais de réponse.

2) *Interprétation des résultats*

La démographie de la population étudiée

D'après le rapport de la « Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques » (DRESS) sur la démographie des professionnels de santé, l'âge moyen des médecins généralistes de la Somme, tous les modes d'exercices confondus, était de 48,9 ans au 1^{er} janvier 2023. L'âge moyen de notre étude est approximativement de 40,09 ans (calcul réalisé grâce aux centres de classe par tranche d'âge).

Le territoire de la Somme comptait 659 médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive ou mixte, en janvier 2023. Parmi eux 3% ont moins de 30 ans, 40% ont entre 30-44 ans, 33% ont entre 45-60 ans et 23% ont entre 60-75 ans.

Dans notre étude 31% des médecins interrogés ont moins de 30 ans, 47% ont entre 30-44 ans, 11% ont entre 45-60 ans, et 10% ont entre 60-75 ans.

A noter que les médecins généralistes exerçant en tant que salariés à l'hôpital, étant initialement exclus de notre échantillon d'étude, n'ont pas été pris en compte. (43)

	libéraux (DRESS)	exclusifs	Exercice mixte (DRESS)	population de l'étude dans la Somme Littoral Sud
Total	587		72	101
<30 ans	16		6	31
30-44 ans	239		24	47
45-60 ans	188		27	11
60-75 ans	144		8	10
>75 ans	0		7	2

Classe	n	%	centre de classe
< 30 ans	31	31%	28,5
30-45 ans	47	47%	37,5
45-60 ans	11	11%	52,5
60-75 ans	10	10%	67,5
>75 ans	2	2%	75
total	101	100%	261

Les chiffres de notre étude sont donc sensiblement différents quant à la répartition de l'âge, les médecins interrogés seraient plus jeunes que la majorité des médecins du territoire de la Somme. Cette différence s'explique par le fait que la DRESS ne tient pas compte des internes en phase d'approfondissement dans son rapport de 2023. Pouvant réaliser des remplacements en médecine générale, ils étaient inclus dans l'étude et ils ont majoritairement moins de 30 ans. Néanmoins la tranche d'âge majoritaire 30-45 ans est similaire dans le rapport de la DRESS (40%) et notre étude (47%).(43)

Prise en charge de l'insomnie par les médecins interrogés :

Aucun des médecins généralistes interrogés n'a déclaré : ne pas se sentir concerné par la problématique, n'a d'emblée évincé ou délégué tant l'interrogatoire, l'anamnèse que la prise en charge de l'insomnie. On notera même qu'un nombre conséquent de médecins (53%) dédiaient dans un second temps une consultation consacrée au trouble du sommeil.

Selon les résultats décrits plus haut 93% des médecins interrogés orientent leur prise en charge en fonction d'un interrogatoire, certes plus ou moins protocolisé, tout en tenant compte du profil du patient, bien qu'il semble qu'une majorité n'ait pas conscience du risque du trouble du sommeil majoré chez la femme, puisque seuls 32% tiennent compte du sexe de leurs patients. Les médecins généralistes font particulièrement attention à l'âge de leur patient (en toute

connaissance des recommandations), de leur mode de vie (environnement et profession, etc...) avant la prescription de BZD ou ZD qui n'apparaît pas systématique ni automatique.

Selon les résultats, connaître les symptômes de l'insomnie difficulté d'endormissement, et réveils nocturnes, enquêtés par la très grande majorité des médecins pourrait permettre un regroupement syndromique. Cependant de manière ambivalente, bien qu'ils se soient intéressés à la problématique, les réponses données par les patients restent une accumulation de symptômes, sans qu'il soit retrouvé ce regroupement syndromique qui permettrait d'interpréter la modification du rythme nyctéméral avec comme conséquence une meilleure réponse thérapeutique.

- les règles hygiéno-diététiques :

Rares sont les médecins qui ont déclaré avoir recours en première intention à une prescription médicamenteuse sans y associer une thérapeutique non médicamenteuse. Dans le cadre de ces thérapeutiques non médicamenteuses ou combinées, les règles hygiéno-diététiques sont préconisées par la quasi-totalité des prescripteurs interrogés (99%). Un peu moins de la moitié des médecins interrogés n'abordent pas spontanément les habitudes du sommeil.

Il existe ainsi des conditions quant à la discussion de ces RHD lors des consultations de médecine générale. Est-ce la forte baisse de la démographie médicale qui amène les praticiens à estimer ne pas avoir le temps d'aborder l'hygiène de sommeil compte tenu d'un rythme de consultation soutenu ? (*cf. Résultats : Questions n°10, n°15*)

Les règles hygiéno-diététiques, abordées avant la description des résultats et issues de différents rapports d'avis d'expert, comportent les horaires réguliers de coucher et de réveil, l'éviction des écrans le soir, la diminution des activités physiques avant le coucher, la contre-indication des produits stimulants le soir, sont connues des médecins généralistes interrogés. Ils conseillent également quant à l'alimentation au dîner et la réalisation des siestes au cours de la journée. Aucun n'a discuté de l'importance de l'éclairage du lieu dédié au sommeil. Il en est presque de même en ce qui concerne la température de la pièce. Les RHD semblent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de l'insomnie mais sont peut-être insuffisamment détaillées avec les patients en comparaison avec les recommandations de l'HAS et des sociétés savantes.

- Les outils d'aide au diagnostic :

Les échelles et les outils d'aide au diagnostic et à la prise en charge de l'insomnie comme l'agenda du sommeil, pourtant recommandés par les autorités de santé, ne sont que très peu utilisés par les médecins interrogés. Les résultats de l'étude soulignent le fait que les médecins généralistes ne les utiliseraient pas en grande majorité (80%) car ils ne les connaîtraient pas ou ne sauraient les interpréter. Seuls les médecins généralistes ayant réalisé une formation complémentaire utiliseraient ces outils lors des consultations sur le sommeil.

- Les prescriptions non BZD et non ZD :

Plus de la moitié des médecins interrogés ont l'habitude de prescrire en première intention, de la mélatonine LP ou des traitements en vente libre de type phytothérapie. Les prescriptions ne semblent pas de manière générale respecter uniquement l'indication de ces molécules. Il est donc difficile de conclure de leur efficacité en pratique. En effet les utilisent-ils pour répondre à la demande pressante des patients et afin d'éviter la prescription de benzodiazépines, ou alors y trouvent-ils une véritable efficacité dans le traitement de l'insomnie ? Les molécules de phytothérapies ou compléments alimentaires ne sont pas recommandés par les autorités de santé n'ayant pas d'efficacité prouvée, mais la mélatonine LP, possède l'AMM pour son utilisation dans 3 indications décrits précédemment (*cf. 1.3.2.1*). Les médecins de l'étude n'ont néanmoins pas détaillé le recours à cette molécule, ni conclu sur leur connaissance et respect de l'AMM en France quant à son utilisation.

- Thérapeutiques peu utilisées

Seul 6% des médecins interrogés utilisent des TCC, que 13% recommandent l'utilisation de médecines alternatives (*cf. 1.3.2.2*) et que 6% évoquent le recours aux nouvelles technologies (également déjà décrites: montre connectées, applications smartphones, etc...). La TCC est pourtant actuellement recommandée en première intention dans le traitement de l'insomnie chronique. Cette donnée est-elle connue ? Le manque d'accès à des professionnels formés à cette thérapie et l'absence de remboursement des séances de psychothérapie pourraient également faire partie des causes de sa sous-utilisation.

Depuis peu, dans le but d'en faciliter l'accès, les troubles du sommeil font partie des indications pour une prise en charge remboursée via "mon parcours psy", et 8 séances par an peuvent être remboursées par la CPAM.

- Les BZD et ZD

En ce qui concerne la prescription des BZD et ZD dans le traitement de l'insomnie primaire en première intention, comme détaillée dans les résultats, près du quart des médecins prescrivent une BZD à visée hypnotique reflétant l'usage de ces molécules dans toute la France et pas uniquement dans notre échantillon. Les deux molécules couramment utilisées sont le Zopiclone et l'Oxazepam. On pourrait imaginer que les BZD ou ZD choisies préférentiellement sont à demi-vies courtes et qu'elles pourraient ainsi limiter les effets indésirables ; néanmoins les médecins interrogés n'ont pas prononcé clairement leurs intentions de prescription. On remarque que les BZD à demi-vies longues sont moins utilisées que par le passé, elles ne sont plus mentionnées par les médecins interrogés.

De plus d'après les résultats les BZD et ZD les plus utilisées sont prescrites majoritairement sur des durées inférieures à 15 jours en première intention. Ce qui pourrait signifier que les médecins généralistes n'ont pas dans un premier temps l'intention de prescrire des benzodiazépines sur le long terme ; respectant les recommandations de l'HAS, il faut également souligner que 40% parmi eux notent plus de plaintes des patients avec l'utilisation des BZD et ZD sur le long terme ; 66% des prescripteurs ont remarqué un effet de dépendance des BZD et 39% un effet de tolérance ; effets secondaires rendant leur efficacité réduite sur le long terme et un risque de sevrage compliqué. Malgré une primo prescription courte les renouvellements sont fréquents. Nourrissant cette constatation l'étude européenne de 2023 a révélé qu'en moyenne le temps de prescription des BZD et ZD dépassait largement les 4 semaines de prescription, comme déjà évoqué plus haut (6,44) Il existe donc des motivations qui poussent encore les médecins généralistes à prescrire de manière prolongée des BZD ou ZD.

La sanction attendue par le patient à l'issue d'une consultation reste ou devient de plus en plus souvent pour les patients la rédaction d'une prescription médicamenteuse. Or la quasi-totalité des prescripteurs de notre échantillon ont affirmé qu'ils manquaient d'alternatives à leur disposition et même qu'ils ne les connaissaient pas forcément. Ces résultats corroborent les conclusions retrouvées dans l'étude européenne publiée en 2023 sur l'utilisation des benzodiazépines en Europe sur le long terme (6).

Accès aux alternatives et demandes d'avis à des confrères spécialistes

Les résultats de notre étude ont montré que plus de la moitié des médecins généralistes exerçant dans le territoire de la Somme littoral sud ne connaissaient pas de consultation dédiée dans leur périmètre géographique.

La double problématique qui se présente est alors à la fois de savoir où obtenir une réponse de la part de confrères spécialistes mais également d'avoir une réponse rapide compte tenu de la tendance du patient à vouloir faire l'économie d'une attente de résultat dans le temps.

La liste des centres du sommeil et leur localisation géographique est disponible sur le site internet (45). Le site met en évidence que le seul site répertorié est au CHU d'Amiens sur le territoire étudié. Des spécialistes sont parfois présents sur un plan local sans pour autant appartenir à un réseau qui permettrait d'être identifié par la population générale ou les médecins généralistes.

Au-delà des ressources locales, il existe plusieurs associations qui permettent d'optimiser la prise en charge des patients insomniaques : de manière non exhaustive citons parce qu'il s'agit des plus connues « le réseau Morphée », « France insomnie à votre écoute » etc...(4)

3) Etat actuel des recherches, nouvelles pistes pour le traitement de l'insomnie

- L'étude de la génétique est l'une des pistes les plus novatrice pour étudier le fonctionnement du sommeil. Parmi les recherches en cours on pourrait citer sans exclusivité celle du Docteur Louis Ptáček, neurologue à l'université de San Francisco aux Etats Unis. Il étudie les gènes de plusieurs milliers de familles américaines afin de visualiser les protéines régulatrices du sommeil. Il développe des pistes pour la création de nouvelles molécules contre l'insomnie, grâce à l'étude de gènes d'individus appelés les « petits dormeurs naturels », capables d'être performants malgré des nuits de moins de 5 heures. Les scientifiques de l'étude identifient les gènes et protéines qui déterminent les besoins en sommeil des individus dit « petits dormeurs », réalisent des prélèvement ADN humains, et reproduisent les mutations circadiennes sur des souris génétiquement modifiées (OGM).

Cette étude réalisée aux Etats-Unis soulève des questions d'éthiques et d'eugénismes. Pour autant elle constitue un espoir de développement dans la création de nouvelles molécules contre l'insomnie (11).

- De nouvelles molécules, en phase expérimentale, qui ne sont pas actuellement commercialisées en France, seraient efficaces sur le sommeil de nuit, augmenteraient la vigilance le lendemain, et auraient moins d'effet de tolérance et dépendance. Ces molécules ont pu être développées en étudiant la narcolepsie, maladie auto-immune où il y a une destruction des neurones à orexine. C'est un neurotransmetteur qui a de multiples rôles physiologiques. Il active et stimule l'éveil, joue sur le métabolisme de base, l'appétit, le système nerveux autonome, les émotions, le sommeil paradoxal et le tonus musculaire(11). Dans l'insomnie chronique les régions du cerveau qui favorisent l'éveil restent hyperactives et empêchent le sommeil. Dans plusieurs pays, notamment aux Etats Unis, des traitements utilisant la voie des récepteurs à orexine dans le traitement de l'insomnie, sont déjà sur le marché. Ces médicaments sont des antagonistes des récepteurs de l'orexine (DORA), ils bloquent donc son action et permettent un sommeil plus stable sans modifier les proportions des phases de sommeil (11).

- Comme vu précédemment un manque de sommeil peut entraîner une modification de l'humeur, une diminution de la vigilance avec l'altération de la perception et une augmentation du temps de réaction et même l'apparition de manifestations psychiques. Localement, le Dr Rémy Hurdiel , spécialiste en science du sport et maître de conférence à Université du Littoral Côte d'Opale, étudie, avec l'aide du navigateur Thomas Ruyant, les résistances au sommeil dans des conditions extrêmes à travers l'utilisation du sommeil polyphasique et les mesures de la vitesse de l'accumulation de fatigue afin d'éviter des dettes de sommeil chronique.

Il a été observé que le cerveau peut s'adapter à un rythme de sommeil polyphasique, rencontré par exemple chez les navigateurs en solitaire. Les résultats montrent que lorsque la dette de sommeil est trop importante il ne sait plus s'adapter. Le sommeil débute en phase paradoxale faisant l'économie du sommeil lent léger et surtout du sommeil lent profond, récupérateur.

Les stratégies utilisées dans ces recherches pourraient constituer une plus-value et permettre dans le futur l'optimisation de la prise en charge des troubles du sommeil (11).

- La téléconsultation depuis l'épidémie du covid 19 s'est développée. En psychiatrie les feuilles de route identifient la télémédecine comme l'une des priorités des PTSM (projets territoriaux de santé mentale).(46) La tendance à l'hyper spécialisation de certaines unités cliniques, la difficulté pour les patients résidant sur le territoire que nous avons étudié à se déplacer permettra peut-être, sous réserve d'une amélioration concomitante de l'accessibilité à une meilleure connectivité des réseaux de communication dans les zones rurales, aux médecins généralistes d'obtenir à distance un avis des spécialistes pour leurs patients. Le vocable « Digital Therapeutics » est déjà utilisé.

Des sociétés employant des psychothérapeutes proposent des TCC, y compris par réalité virtuelle selon ce mode.

- D'après nos résultats et comme évoqué précédemment peu de médecins interrogés ont recours à l'utilisation de la technologie dans la prise en charge de l'insomnie. En plein essor, ces outils se sont pourtant démocratisés et peuvent être utilisés de manière concomitante avec une prise en charge médicale adaptée au trouble diagnostiqué, voire à l'établissement du diagnostic. Les nouvelles technologies, comme la montre connectée, serviraient alors de renforcement positif au patient, qui comme acteur principal de sa santé pourrait lui-même mettre en place un rituel de sommeil et surveiller les modifications de son architecture du sommeil, le tout avec un résultat évaluable par le patient dans l'agir et l'immédiateté. Néanmoins ne plus avoir un ressenti subjectif de son sommeil pourrait aggraver les troubles par le fait que le sujet se sente surveillé par l'outil qu'il porte continuellement et dont on n'est pas sûr aujourd'hui de son innocuité, majorant l'anxiété anticipatoire quant aux résultats fréquemment retrouvés chez les insomniaques. De nombreuses études contradictoires prônent aussi bien l'aide que ce matériel apporte par sa modernisation, que l'existence d'un paradoxe dans la gestion du sommeil par les écrans.
- Notre étude ne peut s'achever sans mentionner, bien qu'hors prescription, le cannabis ou le CBD ; ce dernier en vogue et vente libre en France créant un débat autour de son

utilisation ces dernières années. Le volume utilisé est tel que le nombre de questions posées aux médecins généralistes devient quotidien. A ce jour, aucune donnée ne nous permet de l'assimiler à un traitement de l'insomnie.

5. Conclusion

L'insomnie est une pathologie avec une des plus hautes prévalences, problème de santé publique encore majoré depuis l'épidémie de la covid 19. Les médecins généralistes, premier recours des sujets insomniaques, sont confrontés aux troubles du sommeil quotidiennement. L'attente des patients lors de ces consultations est la rédaction d'une ordonnance. Les BZD et ZD ont été pendant longtemps le premier réflexe de prescription d'un traitement médicamenteux. Entre 2015 et 2017, une campagne a été menée par les autorités de santé afin de réduire le nombre de prescriptions sur de longues durées notamment dans l'insomnie chronique, face à l'absence d'efficacité prouvée au-delà de quatre semaines d'utilisation et le risque de dépendance et de tolérance sur le long terme. Souvent banalisées par le patient lui-même, les thérapeutiques en vente libre seraient le premier recours des sujets insomniaques. Les enquêtes épidémiologiques ont par ailleurs révélées que seulement 10% des patients souffrant d'insomnie utiliseraient un traitement prescrit médicalement. Dans ce contexte il paraissait intéressant de recueillir auprès des médecins généralistes leurs habitudes de prescriptions et de prise en charge dans le traitement de l'insomnie, et plus particulièrement de décrire les alternatives thérapeutiques aux hypnotiques qu'ils utilisent afin de répondre à la fois à l'attente de leur patient tout en respectant les recommandations actuelles. L'objet de l'étude n'était en aucun cas de juger les décisions thérapeutiques des médecins généralistes interrogés ; l'intérêt étant de mettre en avant les difficultés qu'ils pourraient rencontrer afin d'éventuellement proposer des pistes d'amélioration.

Ce travail d'étude épidémiologique, quantitative observationnelle et transversale, révèle que l'ensemble des médecins généralistes du territoire Somme Littoral Sud se sentent concernés par la problématique de leurs patients insomniaques et sont investis dans cette prise en charge complexe. Au fait des recommandations et des effets secondaires des hypnotiques, ils les utilisent à juste titre souvent en primo prescription sur de courtes durées. Néanmoins, ces prescriptions sont encore souvent renouvelées. Les médecins généralistes ont affirmé avoir des difficultés dans la prise en charge des troubles du sommeil quand ils essaient d'éviter la prescription de BZD et ZD. Notons par ailleurs que la majorité des médecins du territoire, notamment les plus jeunes, ne semblent pas avoir de réticences à l'utilisation d'alternatives thérapeutiques s'ils en trouvent.

Certaines thérapeutiques alternatives sont tout de même proposées par les médecins généralistes en première intention : on retrouve l'utilisation des RHD, les traitements médicamenteux non hypnotiques comme la mélatonine, parfois hors AMM, et la phytothérapie.

Les TCC et l'utilisation d'outils d'aide aux diagnostics ou à la prise en charge, recommandés en premier recours par les experts, ne sont presque jamais évoqués par les médecins généralistes de l'étude. Ces alternatives efficaces devront donc être connues et accessibles pour optimiser les prises en charge dans le futur.

Afin de pouvoir utiliser les thérapeutiques alternatives il faudra en faciliter l'accès aux centres du sommeil, augmenter le remboursement des thérapeutiques, permettre une prise en charge pluridisciplinaire.

Ainsi certaines thérapeutiques actuellement proposées seulement dans les centres dédiés au sommeil comme la luminothérapie pourraient dans le futur être plus accessibles à la prescription par les médecins traitants.

L'une des limites de notre étude a été de considérer que le diagnostic, les connaissances et les étiologies de l'insomnie étaient bien connues. Les médecins généralistes décrivent certaines carences ayant comme conséquence une simplification du diagnostic entraînant une thérapeutique parfois non adaptée. Cette constatation est également retrouvée dans les études à plus grandes échelles, notamment en Europe. Dans ces conditions la partie introduction s'est voulue plus descriptive afin de rappeler des connaissances essentielles sur le sommeil et préalable à notre étude et la discussion qui suivait.

La quasi-totalité des répondants aux questionnaires ont estimé nécessaire de proposer une formation aux médecins généralistes en présentiel ou via des plateformes en ligne, et ce dès l'internat. L'un des objectifs d'une étude complémentaire pourrait donc être de proposer des outils de formation et de diffusion d'aides à l'utilisation des alternatives thérapeutiques aux hypnotiques.

Dans le territoire étudié, la population se paupérise, est peu mobile et il n'existe qu'un seul centre du sommeil répertorié. Dès à présent, l'accès aux nouvelles technologies (thérapies digitales, appareils connectés, etc...) doit permettre le développement du réseau de communication entre les médecins généralistes et leurs confrères spécialistes du sommeil afin d'incorporer les nouvelles thérapeutiques de l'insomnie issues de la recherche.

6. Références bibliographiques

1. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. nov 2010;24(11):1577-601.
2. Institut Louis Bachelier [Internet]. 2018. Le manque de sommeil nuit à l'économie. Disponible sur: <https://www.institutlouisbachelier.org/le-manque-de-sommeil-nuit-a-leconomie/>
3. La gestion du sommeil quand on est insomniaque. Dr Isabelle Poirot [Internet]. 22ème journée du sommeil; 2022. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=qhTs0FS0EU8>
4. Wrembel É. France Insomnie à votre écoute [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://sites.google.com/view/franceinsomnie/france-insomnie-%C3%A0-votre-%C3%A9coute>
5. AlRasheed MM, Fekih-Romdhane F, Jahrami H, Pires GN, Saif Z, Alenezi AF, et al. The prevalence and severity of insomnia symptoms during COVID-19: A global systematic review and individual participant data meta-analysis. *Sleep Med*. 1 déc 2022;100:7-23.
6. Soyka M, Wild I, Caulet B, Leontiou C, Lugoboni F, Hajak G. Long-term use of benzodiazepines in chronic insomnia: a European perspective. *Front Psychiatry [Internet]*. 2023;14. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1212028>
7. HAS. Haute Autorité de Santé. 2015. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
8. Matos JE, Chalet FX, Vaillant C, Roberts G. POSA349 Unmet Needs for Insomnia Patients - Humanistic Burden in Europe. *Value Health*. 1 janv 2022;25(1):S217.
9. Billiard M. LE SOMMEIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE. MASSON; 1994.
10. Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. 3ème. Elsevier Masson; 2019. 437 p.
11. Aux frontières du sommeil [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.canalplus.com/decouverte/aux-frontieres-du-sommeil/h/18958000_50001
12. Claustrat B. Mélatonine et troubles du rythme veille-sommeil. *Médecine Sommeil*. 1 janv 2009;6(1):12-24.
13. INSV. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. 2000. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/>
14. Lange T, Perras B, Fehm HL, Born J. Sleep enhances the human antibody response to hepatitis A vaccination. 2003;
15. Westermann J, Lange T, Textor J, Born J. System Consolidation During Sleep – A Common Principle Underlying Psychological and Immunological Memory Formation. *Trends Neurosci*. 1 oct 2015;38(10):585-97.
16. Service des Pathologies du sommeil [Internet]. Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière. 2017. Disponible sur: <https://pitie-salpetriere.aphp.fr/pathologies-sommeil/>

17. Tasali E, Wroblewski K, Kahn E, Kilkus J, Schoeller DA. Effect of Sleep Extension on Objectively Assessed Energy Intake Among Adults With Overweight in Real-life Settings: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2022;182(4):365-74.
18. American Psychiatric Association. *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
19. L'insomnie [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/insomnie/>
20. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Grosej L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700.
21. Vézina-Im LA, Morin CM, Turcotte S, Desroches S. Validation de la version française du Sleep Health Index : l'index sur la santé du sommeil. *Médecine Sommeil.* 1 juin 2022;19(2):78-88.
22. Inserm [Internet]. Insomnie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
23. Bourcier E. Traitement de l'insomnie. In: *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 5ème. Elsevier Masson; 2018.
24. HAS, SFTG. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine Sommeil.* 2006;4(14):5-27.
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arrret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
26. Chapoutot M, Peter-Derex L, Bastuji H, Leslie W, Schoendorff B, Heinzer R, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for the Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use in Insomnia and Anxiety Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 28 sept 2021;18(19):10222.
27. De Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, Ciabattini M, Di Franco V, Watanabe N, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet.* 16 juill 2022;400(10347):170-84.
28. Oméga 3 et Sommeil Archives - Page 2 sur 2 [Internet]. DIOMEGA - A CHACUN SON OMEGA. Disponible sur: <http://www.achacunsonomega.com/Cat/omega-3-cerveau/omega-3-sommeil/page/2/>
29. Geoffroy PA, Micoulaud-Franchi JA. La mélatonine et ses agonistes : un traitement adjuvant d'intérêt dans le trouble bipolaire ? *Médecine Sommeil.* 1 sept 2016;13(3):100-8.
30. Club anti âge. La mélatonine [Internet]. Disponible sur: https://www.club-anti-age.com/La_melatonine/a87.aspx
31. Palagini L, Manni R, Aguglia E, Amore M, Brugnoli R, Bioulac S, et al. International Expert Opinions and Recommendations on the Use of Melatonin in the Treatment of Insomnia and Circadian Sleep Disturbances in Adult Neuropsychiatric Disorders. *Front Psychiatry [Internet].* 2021;12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.688890>

32. Maruani J, Reynaud E, Chambe J, Palagini L, Bourgin P, Geoffroy PA. Efficacy of melatonin and ramelteon for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res.* n/a(n/a):e13939.
33. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, et al. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res.* 2020;29(2):e12967.
34. Zisapel N. New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *Br J Pharmacol.* août 2018;175(16):3190-9.
35. Pharmaco vigilance d'île de france. MÉLATONINE ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.pharmacovigilance-iledefrance.fr/d%C3%A9tails-dune-br%C3%A8ve/281>
36. Quera-Salva MA, Kilic-Huck U, Vecchierini MF, Members of the MEL consensus group of the SFRMS. Melatonin (MEL) and its use in circadian rhythm sleep-wake disorders: Recommendations of the French Medical and Research Sleep Society (SFRMS). *Rev Neurol (Paris).* mars 2021;177(3):235-44.
37. Réseau Morphée [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Conseils pour mieux dormir. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/sommeilage/sommeil-personne-agee/mieux-dormir>
38. Bandiera C, Carli DD, Berger DJ. La luminothérapie, traitement de premier choix.
39. Geoffroy PA. La luminothérapie : quand, comment et pour qui ? *Fr J Psychiatry.* 1 déc 2019;1:S6.
40. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Les GHT par région. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>
41. Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques utilisées par les médecins généralistes du territoire Somme Littoral Sud [Internet]. Disponible sur: <https://alternativestherapeutiqueshypnotiques.limesurvey.net/855723?newtest=Y&lang=fr>
42. R Foudation for Statistical Computin. R : Le projet R pour le calcul statistique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>
43. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
44. Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/>
45. Où consulter ? Le réseau sommeil francophone [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/ou-consulter-reseau-sommeil-france/>
46. Jehel L, Guidère M. Chapitre 11. Psychotraumatologie et innovation. In: *Psychotraumatologie - Les mots du trauma.* (Psychiatrie en pratique).
47. Échelle de somnolence d'Epworth (ESS) [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/EpworthSleepScale-fr.htm>

48. Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) | Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.cets.ulaval.ca/outils/index-de-severite-de-linsomnie-isi>

7. Table des figures

Figure 1 : Régulation du rythme veille/sommeil au cours des 24 heures : effets concomitants d'activation entre le processus circadien et homéostatique jusqu'au seuil nécessaire à l'endormissement.	13
Figure 2 : rythme circadien et synchronisateurs endogènes.....	14
Figure 3 : Caractéristiques des ondes de l'EEG (37)	30
Figure 4 : synthèse mélatonine. Source (28,29).....	36
Figure 5 : Sécrétion de la mélatonine au cours de 24 heures. Source (30).....	37
Figure 6 : Les différentes formes galéniques : (31–33)	38
Figure 7 : Taux plasmatiques moyens de mélatonine exogène (2 mg) et endogène. PRM = mélatonine exogène à libération prolongée, IR = mélatonine exogène à libération immédiate.....	38
Figure 8 : GHT Somme littoral Sud (40).....	50
Figure 9 : Répartition selon l'âge.....	53
Figure 10 : répartition selon le mode et le lieu d'exercice.....	54

8. Table des tableaux

Tableau 1 : DSM-5 « Critères diagnostiques 307.42 (F51.01) »(18).....	22
Tableau 2 : Paramètres Normaux PSG (10).....	29
Tableau 3 : « Principaux hypnotiques possédant une AMM sans le traitement de l'insomnie »(23).....	33
Tableau 4 : « Principales propriétés pharmacocinétiques des hypnotiques »(23)	34
Tableau 5 : Durée d'utilisation moyenne en Europe des prescriptions de BZD et ZD (9).	35
Tableau 6 : les antihistaminiques H1 de 1ère génération avec une AMM dans le traitement de l'insomnie occasionnelle	42
Tableau 7 : Pharmacocinétique des antihistaminiques hypnotiques	42
Tableau 8 : Règles hygiéno-diététiques du sommeil. source : (37).....	45

9. Table des annexes

Annexe 1 : Les outils diagnostics ou d'aide à la prise en charge dans le traitement de l'insomnie.....	85
Annexe 2 Tableaux Statistiques bivariées, résultats non significatifs.....	88
Annexe 3 : Questionnaire de thèse	93
Annexe 4 : Compilation de l'ensemble des réponses et commentaires libres des médecins interrogés à la question N°20 :.....	99

Annexe 1 : Les outils diagnostics ou d'aide à la prise en charge dans le traitement de l'insomnie.

1) L'agenda du Sommeil (Source : SFTG-HAS (24))

Agenda sommeil – éveil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du au
 Remarques

Jours	Hypnotique (cocher)	Qualité du sommeil												Qualité de l'éveil		
		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	19 h	Qualité de l'éveil	Exemple :
Lun																
Mar																
Mer																
Jeu																
Ven																
Sam																
Dim																
Lun																
Mar																
Mer																
Jeu																
Ven																
Sam																
Dim																

Mode d'utilisation

Heures d'extinction de la lumière
 Périodes de sommeil (griser)
 Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
 Heure du lever

Fatigue
 Envie de dormir
 Sieste involontaire
 Sieste volontaire

Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple :
 Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple :
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case :

Consignes au patient :

- Remplir l'agenda :
- chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
- chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.
- Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

2) L'Échelle de Somnolence d'Epworth.

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE : Echelle de somnolence d'Epworth (ESS)

Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation

- 0**= jamais d'assoupissement
1= peu de chance de s'assoupir
2= bonne chance de s'assoupir
3= très forte chance d'assoupissement

- | | |
|--|---|
| 1. Assis(e) en lisant un livre ou le journal. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis (e), inactif (ve), dans un lieu public.
(Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion....) | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport
en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. Allongé(e) après le repas de midi lorsque
les circonstances le permettent. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Assis(e) en parlant avec quelqu'un. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques
minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

TOTAL : _____

Un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.

Source : (37,47) : Références : Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. Sleep, 1991 ; 14 : 540-545

3) L'index de sévérité de l'insomnie :

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____

Date: _____

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

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

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Annexe 2 Tableaux Statistiques bivariées, résultats non significatifs

- Quel type de médecin a réalisé une formation complémentaire ?

Manquant : n=5	Total n=98		Formation complémentaire				p
			Oui n=20		Non n=78		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.3683
< 30 ans	29	30	8	40	21	27	
30-45 ans	46	47	7	35	39	50	
45-60 ans	11	11	4	20	7	9	
60-75 ans	10	10	1	5	9	12	
>75 ans	2	2	0	0	2	3	
Manquant : n=5	Total n=98		Formation complémentaire				p
			Oui n=20		Non n=78		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.1311
Interne en phase d'approfondissement	16	16	5	25	11	14	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	22	22	1	5	21	27	
Libéral exclusif	40	41	10	50	30	30	
Libéral et activité hospitalière	20	20	4	20	16	21	

Manquant : n=5	Total n=98		Formation complémentaire				p
			Oui n=20		Non n=78		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.3826
Rural	20	20	6	30	14	18	
Semi rural	51	52	8	40	43	55	
Urbain	27	28	6	30	21	27	

- Est-ce qu'il existe un lien entre âge/mode ou lieu d'exercice et le type de prise en charge seulement "thérapie non médicamenteuse" ou « les deux combinés » en première intention ?

Manquant : n=17	Total n=86		Prise en charge en première intention				p
			Thérapeutique non médicamenteuse n=47		Thérapeutiques combinées n=39		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.0484
< 30 ans	24	28	9	19	15	38	
30-45 ans	43	50	26	55	17	44	
45-60 ans	8	9	3	6	5	13	
60-75 ans	9	11	8	17	1	3	
>75 ans	2	2	1	2	1	3	

Manquant : n=17	Total n=86		Prise en charge en première intention				p
			Thérapeutique non médicamenteuse n=47		Thérapeutiques combinées n=39		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.6831
Interne en phase d'approfondissement	13	15	5	11	8	21	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	19	22	11	23	8	21	
Libéral exclusif	37	43	21	45	16	41	
Libéral et activité hospitalière	17	20	10	21	7	18	

Manquant : n=17	Total n=86		Prise en charge en première intention				p
			Thérapeutique non médicamenteuse n=47		Thérapeutiques combinées n=39		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.0688
Rural	18	21	10	21	8	21	
Semi rural	45	52	20	43	25	64	
Urbain	23	27	17	36	6	15	

- Est-ce qu'un certain profil de médecin (âge/mode/lieu d'exercice) a l'habitude de discuter avec ses patients de ses habitudes de sommeil même si le patient n'aborde pas le sujet ? S'agit-il de médecins qui ont fait une formation complémentaire ?

Manquant : n=9	Total n=94		Discussion habitudes de sommeil				p
			Oui n=59		Non n=35		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.9299
< 30 ans	27	29	18	31	9	26	
30-45 ans	44	47	27	46	17	49	
45-60 ans	11	12	6	10	5	14	
60-75 ans	10	11	7	12	3	9	
>75 ans	2	2	1	2	1	3	

Manquant : n=9	Total n=94		Discussion habitudes de sommeil				p
			Oui n=59		Non n=35		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.8053
Interne en phase d'approfondissement	15	16	11	19	4	11	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	21	22	12	20	9	26	
Libéral exclusif	39	42	24	41	15	43	
Libéral et activité hospitalière	19	20	12	20	7	20	

Manquant : n=9	Total n=94		Discussion habitudes sommeil				p
			Oui n=59		Non n=35		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.9202
Rural	20	21	12	20	8	23	
Semi rural	50	53	31	53	19	54	
Urbain	24	26	16	27	8	23	

Manquant : n=9	Total n=94		Discussion habitudes sommeil				p
			Oui n=59		Non n=35		
	n	%	n	%	n	%	
Participation à une formation complémentaire							1.0000
Non	76	81	48	81	28	80	
Oui	18	19	11	19	7	20	

- Est qu'il y a un lien entre le profil des médecins et la sensation d'avoir des difficultés avec la prescription d'alternatives ?

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés avec la prescription d'alternatives				p
			Oui n=28		Non n=58		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.2084
Interne en phase d'approfondissement	14	16	7	25	7	12	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	19	22	8	29	11	19	
Libéral exclusif	37	43	10	36	27	47	
Libéral et activité hospitalière	16	19	3	11	13	22	

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés avec la prescription d'alternatives				p
			Oui n=28		Non n=58		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.5041
Rural	18	21	8	29	10	17	
Semi rural	47	55	14	50	33	59	
Urbain	21	24	6	21	15	26	

- Est qu'il y a un lien le profil des médecins et la sensation d'avoir des difficultés à gérer les patients avec des insomnies ?

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés à gérer les patients avec des insomnies				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.1089
	25	29	18	40	7	17	
30-45 ans	42	49	20	44	22	54	
45-60 ans	9	10	4	9	5	12	
60-75 ans	8	9	3	7	5	12	
>75 ans	2	2	0	0	2	5	

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés à gérer les patients avec des insomnies				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.0611
Interne en phase d'approfondissement	14	16	11	24	3	7	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	19	22	12	27	7	17	
Libéral exclusif	37	43	16	36	21	51	
Libéral et activité hospitalière	16	19	6	13	10	24	

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés à gérer les patients avec des insomnies				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.4556
Rural	18	21	7	16	11	27	
Semi rural	47	55	26	58	21	51	
Urbain	21	24	12	27	9	22	

- Lien entre les médecins qui ont des réticences/difficultés à la prescription d'alternatives et ceux qui ont des difficultés à gérer les troubles du sommeil de leur patient

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés à gérer les patients avec des insomnies				p
			Oui n=28		Non n=58		
	n	%	n	%	n	%	
Difficultés avec la prescription d'alternatives							0.1674
Oui	45	52	18	64	27	47	
Non	41	48	10	36	31	53	

- Existe-il un lien entre les médecins qui ont du mal avec "ce motif de consultation" et les médecins qui "n'ont pas l'habitude de discuter avec leur patient de leur hygiène de sommeil ?

Manquant : n=17	Total n=86		Difficultés à gérer les patients avec des insomnies				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Habitude de discuter avec vos patients de leur hygiène de sommeil : de leurs habitudes ? de leur rituel d'endormissement ?							0.8232
Oui	31	36	17	38	14	34	
Non	55	64	28	62	27	66	

- Y a-t-il un lien entre les médecins qui pensent prescrire trop de benzodiazépines et leur profil ?

Manquant : n=17	Total n=86		Impression de trop prescrire de benzodiazépines /hypnotiques				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Age							0.6926
< 30 ans	25	29	12	27	13	32	
30-45 ans	42	49	24	53	18	44	
45-60 ans	9	10	5	11	4	10	
60-75 ans	8	9	4	9	4	10	
>75 ans	2	2	0	0	2	5	

Manquant : n=17	Total n=86		Impression de trop prescrire de benzodiazépines /hypnotiques				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice							0.5861
Interne en phase d'approfondissement	14	16	7	16	7	17	
Médecin réalisant majoritairement des remplacements	19	22	11	24	8	20	
Libéral exclusif	37	43	21	47	16	39	
Libéral et activité hospitalière	16	19	6	13	10	24	
Manquant : n=17	Total n=86		Impression de trop prescrire de benzodiazépines /hypnotiques				p
			Oui n=45		Non n=41		
	n	%	n	%	n	%	
Lieu d'exercice							0.3687
Rural	18	21	8	18	10	24	
Semi rural	47	55	28	62	19	46	
Urbain	21	24	9	20	12	29	

**Université de Picardie Jules Vernes
Faculté de médecine d'Amiens**

Année 2023

**Camille Chevillard
Directeur de thèse : Dr Dupriez**

Questionnaire de Thèse :

Alternatives thérapeutiques à la prescription d'hypnotiques utilisées par les médecins généralistes du territoire Somme Littoral Sud.

Madame, Monsieur,

Les consultations ayant comme motif un trouble du sommeil sont fréquentes. Elles sont devenues une problématique de santé publique avec la multiplication des plaintes liées au sommeil, une répercussion sur la qualité de vie des patients, et un coût économique élevé que cela engendre.

La France est l'un des pays les plus consommateurs d'hypnotiques. Cependant, selon L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'ANSM), le pays a largement diminué la consommation de benzodiazépines depuis les années 2000, mais la France se situait encore au 3^{ème} rang des pays les plus consommateurs de benzodiazépines en Europe en 2017.

En effet, selon la Haute autorité de santé (HAS), un tiers des personnes de plus de 65 ans, soit 3,5 millions de personnes consomment régulièrement des benzodiazépines. Ces prescriptions de traitements médicamenteux seraient initiées à 82 % par des médecins généralistes.

Le but de la thèse est d'étudier les alternatives à la prescription d'hypnotiques faisant suite aux dernières recommandations de l'HAS (2015) qui visaient à diminuer la prescription d'hypnotiques dans le traitement de l'insomnie.

Le profil des patients concernés par l'étude est le suivant :

Il s'agit de patients adultes, qui vous consultent pour la première fois pour un problème de sommeil. Ils n'ont pas d'antécédents connus de trouble du sommeil et ne sont pas déjà traités pour un trouble psychiatrique ou une insomnie secondaire (syndrome des jambes sans repos, hyperthyroïdie, RGO, asthme nocturne, etc...). Ils ne prennent aucun psychotrope.

A noter que l'objet de l'étude n'est en aucun cas de mesurer ou d'évaluer les connaissances des médecins généralistes interrogés ; il s'agit d'un recueil d'habitudes de prescriptions et de prise en charge. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à cette étude.

1) Votre âge ?

- < 30 ans
- 30-45 ans
- 45-60 ans
- 60-75 ans
- >75 ans

2) Votre mode d'exercice ?

- Interne en phase d'approfondissement
- Médecin réalisant majoritairement des remplacements
- Libéral exclusif
- Libéral et activité hospitalière

3) Lieu d'exercice

- Rural
- Semi rural
- Urbain

4) Avez-vous participé à une formation complémentaire sur les troubles du sommeil ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

- Via un laboratoire
- Via un diplôme universitaire complémentaire
- Via un centre hospitalier
- Via une formation en ligne

5) Lorsqu'un patient vient vous voir pour un motif autre que l'insomnie et qu'au cours ou à la fin de la consultation, il évoque des problèmes de sommeil : comment gérez-vous cette problématique ? Que lui proposez-vous en première intention ?

.....
.....
.....

6) Vous voyez un patient en consultation pour la première fois pour le motif suivant : « Je n'arrive pas à dormir Docteur ». Le diagnostic d'insomnie a été posé lors de l'entretien. Allez-vous avoir la même stratégie thérapeutique en fonction du profil de votre patient ?

Oui, j'ai la même prise en charge en cas d'insomnie primaire quel que soit le profil de mon patient ?

NON, j'adapte ma prise en charge en fonction du profil de mon patient ?

7) Si vous avez répondu NON à la question précédente :

- Tenez-vous compte de l'âge de votre patient ?

Oui Si oui, dans quelle mesure ?.....
.....

Non

- Tenez-vous compte du sexe de votre patient ?

Oui Si oui, dans quelle mesure ?
.....

Non

- Tenez-vous compte d'un autre paramètre ?

Oui Si oui, lequel ?
.....

Non

8) Votre prise en charge thérapeutique est-elle différente en fonction des symptômes des patients dans un contexte de trouble du sommeil ?

Oui Si oui, quels sont ces symptômes ?
.....

Non

9) Vous avez en consultation un patient de moins de 70 ans, sans problème de santé notable, qui présente une insomnie depuis quelques semaines, quels moyens thérapeutiques lui proposez-vous ?

-Une thérapeutique médicamenteuse

Si oui, laquelle/lesquels ? Pourquoi favoriser cette prise en charge ? Pendant quelle durée ?

.....

-Une thérapeutique non médicamenteuse

Si oui, laquelle/lesquels ? Pourquoi favoriser cette prise en charge ? Pendant quelle durée ?

.....

-Les deux combinés

Si oui, laquelle/lesquels ? Pourquoi favoriser cette prise en charge ? Pendant quelle durée ?

.....

10) Avez-vous l'habitude de discuter avec votre patient de son hygiène de sommeil : de ses habitudes ? de son rituel d'endormissement ?

Oui, sur quels points insistez-vous ?.....

.....

Non, pour quelle raison ?

11) Aidez-vous de moyens/outils (échelle, questionnaire etc ...) lors de vos consultations liées au trouble du sommeil ?

Oui, lesquels ?.....

.....

Non, pour quelle raison ?

12) Auriez-vous des réticences/difficultés à proposer à vos patients une alternative à la prescription d'hypnotiques ?

Oui, Lesquelles ? Pour quelles raisons ?

.....

Non

13) Connaissez-vous une(des) consultation(s) dédiée(s) aux troubles du sommeil dans votre périmètre géographique d'activité ?

- Oui, laquelle (lesquelles) ?.....
.....
 Non

14) Dans quelle situation pourriez-vous être amené à adresser votre patient à un confrère ou à un centre de consultations dédiées aux troubles du sommeil ?

.....
.....
.....
.....

15) Ressentez-vous des difficultés à gérer les troubles du sommeil avec votre patientèle ?

- Oui Si oui, sauriez-vous dire pour quelle raison ?
Non

16) Dans le cas où vous êtes amené à prescrire une benzodiazépine à but hypnotique quelle molécule privilégiez-vous ? Pour quelle durée ?

.....
.....
.....

17) Avez-vous l'impression que vous prescrivez trop de benzodiazépines/hypnotiques ?

- Oui Si oui, d'après vous est-ce par manque d'alternative à votre disposition ?
Oui
Non Pour quelles raisons ?.....
Non

18) Sur le long terme dans le suivi des patients avec des troubles du sommeil, y a-t-il une différence (en plainte ou en bénéfice) entre vos patients traités par des benzodiazépines et ceux traités par des alternatives thérapeutiques ?

- Oui Si oui, laquelle/lesquelles ?
Non

19) Pensez-vous qu'il serait nécessaire de proposer une formation sur la prise en charge de l'insomnie et le sevrage des hypnotiques aux médecins généralistes ?

Oui Dans quel format ?

Non

20) Qu'est-ce qui faciliterait, selon vous, la prescription d'alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines en médecine générale:

.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Compilation de l'ensemble des réponses et commentaires libres des médecins interrogés à la question N°20 :

- Qu'est-ce qui faciliterait, selon vous, la prescription d'alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines en médecine générale:

Médecin 1 : « Une reco, formation aux internes »

Médecin 15 : « Ce que l'on apprendra à la formation ;) »

Médecin 16 : « La formation »

Médecin 19 : « Délai moins long pour les consultations dans les services dédiés, formation et communication. »

Médecin 20 : « Leur généralisation »

Médecin 21 : « Formation continue, faire des consultations entièrement dédiées pour prendre le temps »

Médecin 22 : « Moins d'orgueil pharmacologique de la part du corps médical, et plus de patience et de douceur »

Médecin 24 : « La diffusion des alternatives existantes auprès des med g, délai attente spécialiste moins longue »

Médecin 25 : « Plus d'alternatives médicamenteuses, prises en charges non médicamenteuse ou spécialisées plus facilement disponible »

Médecin 27 : « Fiche de synthèse des RHD »

Médecin 28 : « Une formation »

Médecin 31 : « Connaitre les alternatives »

Médecin 32 : « Accès facilité et remboursé aux psycho thérapies »

Médecin 33 : « Une meilleure éducation de la patientèle, et une formation adaptée des médecins G en libéral »

Médecin 34 : « Je ne sais pas »

Médecin 39 : « Une meilleure connaissance sur le sujet, avec tous les moyens disponibles en pratique »

Médecin 40 : « Des molécules efficaces »

Médecin 45 : « Connaitre ses alternatives, un suivi rigoureux des patients »

Médecin 46 : « Plus de temps lors des consultations »

Médecin 47 : « Prévention dans les écoles, entreprises sur les RHD lié au sommeil, avec une action pour la santé publique/ info à la population »

Médecin 49 : « De nouvelles molécules, de nouvelles classes thérapeutiques »

Médecin 54 : « De mieux les connaître. D' avoir la possibilité de cotation pour effectuer une consultation plus longue pour convaincre les patients. Avoir des outils/échelles prouvant l'efficacité des alternatives existantes : support lors des consultations avec arbre décisionnel par exemple. Que la mélatonine ou euphytose nuit soient moins chers et certaines alternatives soient remboursées »

Médecin 55 : « Formation au public/ "les hypnotiques c'est pas automatique" développer les alternatives type relaxation et prix de la mélatonine/remboursement »

Médecin 56 : « Connaissance médias »

Médecin 58 : « Une meilleure connaissance de ces alternatives ! »

Médecin 59 : « Une meilleure compréhension des troubles non organiques, et de l'intérêt de l'hygiène de vie. »

Médecin 60 : « Méditation avec lieu dédié au secteur médicalisé (hôpital, clinique, MSP) afin d'initier cette pratique en groupe d'une dizaine de patients. »

Médecin 61 : « Je milite pour le remboursement des alternatives type mélatonine et arrêter les ordonnances sécurisées »

Médecin 62 : « Une « débanalisation » de l'utilisation »

Médecin 63 : « Développer l'information des patients »

Médecin 68 : « Une meilleure formation et surtout du temps à y consacrer.... »

Médecin 69 : « Les recommandations »

Médecin 70 : « Le développement de la photothérapie »

Médecin 78 : « Le remboursement d'autres médicaments »

Médecin 79 : « Les formations »

Médecin 80 : « La preuve de l'efficacité des alternatives »

Médecin 82 : « Connaitre mieux les alternatives »

Médecin 83 : « La thérapie cognitivo- comportementale »

Médecin 84 : « Le remboursement de thérapie cognitivo- comportementale et leur accessibilité »

Médecin 87 : « Le remboursement d'autres médicaments »

Médecin 90 : « La prise en charge financière »

Médecin 91 : « Le remboursement phytothérapie et homéothérapie, temps des consultations limité »

Médecin 92 : « Avoir des connaissances plus approfondies, retour patients avec formation avec patients experts, alternatives non remboursées engendrent une réticence pour les patients. éducation des patients sur les troubles du sommeil »

Médecin 93 : « En changeant l'efficacité ressentie par les patients »

Médecin 94 : « Connaissances, recommandations, consensus »

Médecin 95 : « Une meilleure offre et un meilleur remboursement »

Médecin 96 : « L'accès à plus de formation »

Médecin 97 : « Meilleure connaissance du sujet : insomnie »

Médecin 98 : « le remboursement sécu et accès plus facile au psychologue »

Médecin 99 : « Plus de formation des médecins généralistes »

Médecin 100 : « Meilleure connaissance par les médecins et meilleure éducation des patients »

Médecin 101 : « Le remboursements des médicaments »

Médecin 103 : « L'émergence de traitements alternatifs remboursés (mélatonine LP par exemple) »

ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES A LA PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES UTILISEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU TERRITOIRE SOMME LITTORAL SUD

Contexte : L'insomnie est un problème de santé publique. Dans sa prise en charge les médecins généralistes (MG) sont le premier recours. Les prescriptions de benzodiazépines (BZD) et de dérivés (ZD) restent prévalentes. L'intérêt de l'étude était de discuter des alternatives thérapeutiques utilisées par les MG interrogés.

Méthode : Une étude épidémiologique quantitative observationnelle et transversale a été réalisée par questionnaires adressés aux MG du territoire.

Résultats : 103 réponses ont été recueillies. Les MG proposaient à 99% des règles d'hygiène du sommeil, 53% de la mélatonine ou de la phytothérapie et 42% une molécule à visée hypnotique. Les thérapies cognitivo-comportementales et autres techniques étaient peu connues à 80% ; les prescripteurs déclarant prescrire trop de BZD ou ZD ont évoqué un manque d'alternatives à leur disposition ou de connaissances en pratique à 87%. Ils souhaitaient une formation complémentaire à 93%.

Conclusion: Il n'existait pas de réticences aux alternatives. Celles-ci, recommandées pourtant par les autorités de santé, étaient rarement citées de manière exhaustive par les médecins interrogés. Elles pourraient être mieux connues afin de diminuer la durée de prescription des hypnotiques. Un bénéfice évident serait d'améliorer le réseau entre les médecins généralistes, les recommandations et les experts en matière de trouble du sommeil.

Mot clés : trouble du sommeil, insomnie, médecine générale, hypnotiques, alternatives thérapeutiques

THERAPEUTIC ALTERNATIVES TO HYPNOTIC PRESCRIPTIONS USED BY GENERAL PRACTITIONERS IN THE SOMME LITTORAL SUD AREA

Background : Insomnia is a public health issue. General practitioners (GPs) are the first port of call for treatment. Prescriptions for benzodiazepines (BZD) and their derivatives (ZD) remain prevalent. The aim of the study was to discuss the therapeutic alternatives used by the GPs interviewed.

Method : A quantitative, observational, cross-sectional epidemiological study was carried out using questionnaires sent to GPs in the region.

Results : 103 responses were received. 99% of GPs suggested sleep hygiene rules, 53% melatonin or phytotherapy and 38% hypnotics. Therapies and other techniques were little known to 80% of the population surveyed; prescribers who said they prescribed too many BZDs or ZDs cited a lack of available alternatives or practical knowledge (87%). 93% wanted further training.

Conclusion : There was no reluctance to use alternatives. These alternatives, although recommended by the health authorities, were rarely cited exhaustively by the doctors questioned. Hence they would benefit from being better known in order to reduce the duration of hypnotic prescriptions. An obvious benefit would be to improve the coordination between the GPs, the recommendations from the public health authorities and the experts in the field of sleep disorders.

Key words: sleep disorders, insomnia, general medicine, hypnotics, therapeutic alternatives