



HAL
open science

Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en oeuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte

Julien Hullar

► To cite this version:

Julien Hullar. Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en oeuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732733

HAL Id: hal-01732733

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732733v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2009

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 162

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

JULIEN HULLAR

Le 1^{er} décembre 2009

Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte.

Examineurs de la thèse :

M. Hervé VESPIGNANI	Professeur	Président
M. Pierre KAMINSKY	Professeur	Juge
M. Pierre GILLET	Professeur	Juge
M. Jean-Marc BOIVIN	Maître de conférences associé	Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

JULIEN HULLAR

Le 1^{er} décembre 2009

Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte.

Examineurs de la thèse :

M. Hervé VESPIGNANI	Professeur	Président
M. Pierre KAMINSKY	Professeur	Juge
M. Pierre GILLET	Professeur	Juge
M. Jean-Marc BOIVIN	Maître de conférences associé	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUÉL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faïez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BEZDETAYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle

Monsieur Franck DALIGAULT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD

Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BÜNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur de Neurologie

Chevalier de l'ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Nous vous remercions de vos conseils et de votre soutien.

Qu'il nous soit possible d'exprimer ici notre admiration et notre gratitude, ainsi que notre plus profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre GILLET

Professeur de Pharmacologie Fondamentale, Pharmacologie Clinique

Nous sommes honorés de vous compter parmi nos juges. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre plus profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur de Médecine Interne

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Jean-Marc BOIVIN

Médecin généraliste et Maître de conférences associé

Vous avez accepté de diriger cette thèse et m'avez aidé à développer ce sujet. Vous avez joué un grand rôle dans ma formation de médecin généraliste et je vous remercie d'avoir partagé vos connaissances et votre expérience qui resteront un modèle pour moi.

Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de ma profonde gratitude.

Au Docteur Jean-Pierre VAGLIO, docteur Paul LESOURD, docteur Sophie AUBERT et docteur Françoise COLLE, vous avez accepté de participer à la mise en œuvre de ce projet, celui-ci n'aurait pas pu être mené à bien sans votre présence. Je souhaite vous remercier pour votre soutien et votre implication.

Au docteur Denis CRAUS et son épouse Antoinette, j'ai partagé une année de mon internat à vos côtés. Votre simplicité, votre sympathie et les bons repas partagés avec Suzanne et Georgette resteront pour toujours dans ma mémoire.

A madame Fabienne HUET, sous-directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de Nancy et madame Dominique MARCHAL, responsable du département solidarité prévention santé de la CPAM de Nancy, je souhaite vous remercier de votre soutien à ce projet et de votre aide dans sa mise en œuvre.

Au Docteur Claude CHERRIER, médecin conseil chef de service à la direction régionale du service médical du Nord-est, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce projet et au moyen logistique mis à notre disposition pour la réalisation de cette étude.

A tous les membres de la mairie de Laxou qui nous ont permis de mener à bien ce projet.

A ma famille et mes amis,

A mes parents,

Je vous remercie de m'avoir toujours soutenu et encouragé au cours de mes études. Je vous dédie ce travail et j'espère qu'il sera à la hauteur de votre confiance.

A mes frères,

Avec toute mon affection.

A ma nièce Amandine et à Sandrine,

Avec toute mon affection

A Grand-maman,

Je te remercie de ton écoute et de ton soutien au cours de ces années.

A Pépé,

Je pense à toi.

A la famille Barbe, Collet et Gall,

Avec toute mon affection

A tous mes amis,

Merci de votre présence et de votre soutien.

A Judith,

Je te remercie de m'avoir encouragé et supporté durant ces longues années d'études. Tu as su être présente dans mes périodes de doute et trouvé les mots pour m'encourager à achever ce travail.

Avec tout mon amour.

SERMENT

" Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque"

TABLE DES MATIERES

1	Article soumis à un journal à comité de lecture.....	15
2	Les troubles du sommeil et leur prise en charge.	25
2.1	Définition et classification des insomnies de l'adulte:	25
2.1.1	Insomnie aiguë ou situationnelle :	26
2.1.2	Insomnie subaiguë ou d'ajustement :	26
2.1.3	Insomnies chronique sans comorbidité (ex-insomnies primaire)	26
2.1.3.1	Insomnie psychophysiologie :	26
2.1.3.2	Insomnie par mauvaise perception du sommeil :	26
2.1.3.3	Insomnie idiopathique :	26
2.1.4	Insomnies chroniques avec comorbidité (ex-insomnies secondaires).....	27
2.1.4.1	Insomnie associées à des maladies psychiatriques	27
2.1.4.2	Insomnie associées à des maladies organiques.	28
2.1.5	Insomnies liées à un médicament ou à une substance perturbant le sommeil.....	29
2.2	Prévalence de l'insomnie chez l'adulte.	29
2.3	Insomnie et personnes âgées.....	30
2.4	Insomnie et médecine générale.....	31
2.5	Evaluation et prise en charge thérapeutique de l'insomnie.	32
2.5.1	Stratégie thérapeutique pharmacologique.....	33
2.5.1.1	Les benzodiazépines et les agonistes benzodiazépines	34
2.5.1.2	Les hypnotiques antihistaminiques.....	35
2.5.1.3	Les antidépresseurs sédatifs.	36
2.5.1.4	La phytothérapie.	36
2.5.2	Les thérapies cognitives et comportementales.	37
2.5.2.1	Les différentes techniques de thérapies cognitives et comportementales.	37
2.5.2.2	Les bénéfices et mise en œuvre de ces thérapies cognitives et comportementales.	

2.6	Recommandation de la Haute Autorité de Santé(HAS) sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.	41
2.6.1	Evaluation et outils diagnostiques.	41
2.6.2	Recours à un spécialiste du sommeil.	41
2.6.3	Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.	42
2.6.4	Mise en pratique des thérapies cognitivo-comportementales.	42
2.7	Conclusion et projet de recherche en médecine générale.	43
3	Etat des lieux de la consommation de somnifères en Meurthe-et-Moselle et à Laxou en janvier 2008.	44
3.1	Introduction.	44
3.1.1	Les dépenses de médicaments remboursables en France en 2007.	44
3.1.2	Comparaisons européennes sur la consommation de médicaments.	44
3.1.3	La consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques en France.	45
3.2	Matériel et méthode.	45
3.2.1	Enquête auprès de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.	45
3.2.2	Définition de la classe thérapeutique étudiée.	45
3.2.3	Variables étudiées.	45
3.2.4	Analyse des données.	45
3.3	Résultats.	46
3.3.1	Consommation d'hypnotiques en Meurthe-et-Moselle en janvier 2008.	46
3.3.1.1	Nombres de délivrances et quantité des boîtes.	46
3.3.1.2	Répartition des consommateurs par sexe et classes d'âges.	46
3.3.1.3	Répartition des différentes molécules chez les consommateurs.	47
3.3.2	Consommation d'hypnotiques dans la commune de Laxou en janvier 2008.	47
3.3.2.1	Nombres de délivrances et quantité des boîtes.	47
3.3.2.2	Répartition des consommateurs par sexe et classe d'âges.	48
3.3.2.3	Répartition des différentes molécules chez les consommateurs.	48

3.4	Discussion. Comparaison avec une étude menée en 1998.....	49
3.5	Conclusion.	49
4	Education thérapeutique de groupe, une méthode originale pour sensibiliser les patients.....	50
4.1	Introduction.....	50
4.2	Matériel et méthode.	50
4.2.1	Les médecins généralistes	50
4.2.2	Les participants à l'étude.	51
4.2.3	Les collectivités locales et la caisse primaire d'assurance maladie.....	51
4.2.4	Méthode	51
4.2.4.1	La formation des médecins généralistes.	51
4.2.4.2	Une conférence débat sur les troubles du sommeil et leur prise en charge.	51
4.2.4.3	Les objectifs de l'étude.....	52
4.2.4.4	Outils de communication.	52
4.2.4.5	Contenu des conférences.....	53
4.2.4.6	Méthode de recueil des informations.....	54
4.2.4.7	Méthodologie d'analyse statistique.....	55
4.3	Résultats.....	55
4.3.1	Effectifs et caractéristiques de la population.....	55
4.3.2	Le calendrier du sommeil.	58
4.3.3	Représentation des causes d'insomnies chez les participants. Evolution au cours de l'étude.	59
4.3.4	Intention des participants en fin de conférence.	60
4.3.5	Efficacité de notre démarche d'éducation thérapeutique à 1 et 3 mois.	60
4.4	Discussion.....	64
4.5	Conclusion.	67
	BIBLIOGRAPHIE :.....	68

ANNEXE 1 : Agenda du sommeil.....	73
ANNEXE 2 : Echelle de somnolence d'EPWORTH.....	74
ANNEXE 3 : Plan d'un traitement cognitivo-comportemental.....	75
ANNEXE 4 : Contenu de la classe thérapeutique étudiée	76
ANNEXE 5 : Programme des manifestations à Carrefour Santé.....	77
ANNEXE 6 : Affiche de la conférence	78
ANNEXE 7 : Questionnaire de début de conférence	79
ANNEXE 8 : Questionnaire de fin de conférence	80
ANNEXE 9 : Questionnaire à 1 mois et 3 mois	81
ANNEXE 10 : Article de presse publié dans l'Est Républicain suite aux conférences.....	82

1 Article soumis à un journal à comité de lecture.

Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte.

HULLAR Julien ¹, VESPIGNANI Hervé², FAY Renaud ³, BOIVIN Jean-Marc ⁴

La prescription d'hypnotiques dans la prise en charge des insomnies de l'adulte est un problème de santé publique. La mise en œuvre d'une approche thérapeutique non pharmacologique est une difficulté au quotidien pour les médecins de famille. **Objectif** : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une action d'éducation thérapeutique de groupe dans la prise en charge non pharmacologique des insomnies de l'adulte par des médecins généralistes. **Méthode** : Etude prospective réalisée de septembre 2007 à mars 2008. Deux conférences ont été animées sur une période de 2 mois par 5 médecins généralistes de Laxou, Meurthe-et-Moselle, France. Les volontaires ont été recrutés par invitation des médecins généralistes, par voie de presse régionale, affichage dans les pharmacies, flyers et radio locale. Un questionnaire a été proposé en début et en fin de conférence. Un entretien téléphonique a été réalisé 1 mois puis 3 mois après la conférence permettant de mesurer l'impact de ces conférences. **Résultats** : 76 participants ont complété les questionnaires lors des 2 conférences et 55 adultes ont été suivis à 1 mois et 3 mois. 58% (n=43) étaient âgés de plus de 60 ans et les femmes représentaient 65% (n=48) des participants. 63% (n=46) des participants déclaraient souffrir d'insomnie, dont 89% d'insomnie chronique (26% d'insomnie légère, 40% de modérée et 34% de sévère). A 3 mois, 20% des participants avaient complété l'agenda du sommeil et avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. 56% des consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement. 84% des participants ayant appliqué les conseils et les thérapies cognitives et comportementales avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. **Conclusion** : une éducation thérapeutique de groupe de type thérapie cognitivo-comportementale lors d'une conférence permet d'obtenir un changement des comportements et une amélioration de la qualité du sommeil chez les participants à moyen terme.

Mots clés : éducation thérapeutique – insomnie – thérapie cognitivo-comportementale – médecin de famille

¹ Médecin généraliste – Faculté de médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

² Professeur de neurologie – Service de Neurologie - Centre Hospitalo-universitaire de Nancy

³ Pharmacien Biostatisticien – CIC-Inserm – Centre Hospitalo-universitaire de Nancy

⁴ Docteur en médecine – Maître de conférences associé – Faculté de médecine de Nancy - Université Henri Poincaré

Adresse pour correspondance : Dr Jean-Marc BOIVIN, médecin généraliste, maître de conférences associé, Faculté de Médecine de Nancy E-mail : jm.boivin@chu-nancy.fr

INTRODUCTION

Les troubles du sommeil constituent un important problème de santé, tant par leur fréquence que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques. D'après une enquête de l'organisation Gallup¹, 69% des sujets indiquant avoir des troubles du sommeil n'en n'ont jamais parlé à leur médecin, 26% en ont parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5% seulement ont consulté spécifiquement leur médecin de famille pour évoquer leur trouble du sommeil. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patients souffrant de troubles du sommeil. La prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie est une difficulté au quotidien pour le médecin de famille. Face à des plaintes récurrentes de patients insomniaques, le médecin généraliste doit être en mesure de répondre par une stratégie thérapeutique claire, efficace et adaptée à l'exercice actuel de la médecine générale. La prise en charge thérapeutique par l'usage de somnifères a montré ses risques et ses limites chez les adultes et les personnes âgées^{2, 3,4}. L'approche thérapeutique non pharmacologique des insomnies chroniques a beaucoup évolué avec le développement des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui ont fait l'objet de nombreuses études et méta-analyses^{5,6,7,8} avec des résultats positifs, en termes d'efficacité, à court, moyen et long terme supérieurs à ceux des approches médicamenteuses. Avec ce constat, la difficulté actuelle réside dans les modalités de mise en œuvre de ces thérapies cognitivo-comportementales par le médecin généraliste.

La haute autorité de santé⁹ préconise, dans ses recommandations de 2006, une approche individuelle basée sur un suivi du patient au cours de plusieurs consultations durant lesquelles le médecin généraliste serait chargé d'éduquer le patient, de réaliser une évaluation de son insomnie, et de mettre en œuvre les mesures de correction des causes de cette insomnie. Cette prise en charge idéale est en fait loin d'être réalisable en pratique, étant donné la charge d'activité des nombreux médecins généralistes. Nous avons voulu tester l'impact d'une action d'éducation thérapeutique de groupe sur la poursuite ou non d'un traitement par hypnotique et l'évolution de la qualité du sommeil suite à l'application des règles d'hygiène du sommeil et de TCC.

MATERIEL ET METHODE :

1. Organisation des conférences.

La mise en œuvre de notre action éducative était basée sur l'organisation de 2 conférences publiques. Elles ont eu lieu le 28 septembre et le 30 novembre 2007. Cette action a réuni l'ensemble des médecins généralistes d'un secteur géographique et leurs patients insomniaques. Elle a été soutenue par les collectivités locales et la caisse primaire d'assurance maladie. Ces conférences étaient animées par les 5 médecins généralistes impliqués dans le projet qui sont intervenus successivement. Les participants ont été invités à participer à ces conférences par leur médecin généraliste, annonce dans la presse régionale, affichage public, distribution de flyers dans les pharmacies proches du lieu d'exercice des médecins et annonce par la radio locale. Les conférences, d'une durée de 1h30 ont été structurées comme suit : accueil des participants, remise d'un questionnaire évaluant leur niveau de connaissance permettant d'établir les caractéristiques de cette

population, déroulement de la conférence puis invitation à compléter un questionnaire de satisfaction et d'intention en fin de conférence. Nous avons demandé aux volontaires leurs coordonnées téléphoniques afin de réaliser un suivi, 1 mois puis 3 mois après les conférences. Les conférences se sont achevées par un débat permettant de répondre aux questions des participants.

2. Contenu des conférences.

L'information transmise comprenait un rappel sur la physiologie du sommeil et le rôle du sommeil dans le repos physique, psychique, dans les processus de mémorisation et d'apprentissage, dans la croissance et la sécrétion hormonale. Le problème des fausses croyances a été abordé de manière interactive avec les participants par le biais d'un questionnaire « vrai-faux ». Les différentes méthodes de prise en charge des insomnies ont été abordées. La place et les attentes à avoir des traitements médicamenteux et non médicamenteux ont été détaillés. Le rôle de l'agenda du sommeil dans l'évaluation des insomnies a été énoncé et un apprentissage pour le compléter a été réalisé. Les règles d'hygiène du sommeil ont été expliquées et les techniques de thérapies cognitivo-comportementales comme le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil ont été présentés. Nous avons également sensibilisé les consommateurs de somnifères à l'intérêt d'un sevrage progressif.

3. Méthode de recueil des informations.

Des entretiens téléphoniques ont été réalisés 1 puis 3 mois après les conférences afin d'évaluer l'impact de la démarche d'éducation thérapeutique. Tous les participants ont été contactés à 1 mois et seuls les participants souffrant d'insomnies ont été interrogés à 3 mois. Ces entretiens nous ont permis d'évaluer l'impact de notre démarche sur les participants dans la prise en charge de leur insomnie. Nous avons demandé aux participants souffrant d'insomnies s'ils avaient complété un agenda du sommeil et s'ils avaient consulté spécifiquement leur médecin de famille. Nous avons également vérifié si les participants avaient initié un sevrage des somnifères et s'ils avaient appliqué les conseils d'hygiène du sommeil et les techniques de TCC présentées. Nous avons alors évalué les conséquences sur leur qualité de sommeil.

4. Méthodologie d'analyse statistique.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS V9.1 (SAS software, Cary, NC, USA). Le seuil de signification bilatéral a été fixé à 0.05.

L'analyse des fréquences a été effectuée à l'aide du test du Chi-2 (ou du test exact de Fisher le cas échéant) pour les comparaisons simples, par le test de symétrie de McNemar (tables 2x2) ou de Bowker (tables > 2x2) pour les tests d'agrément (comparaisons de type avant/après). Seuls les résultats des tests significatifs au seuil de 0.10 sont reportés (les autres peuvent être interprétés comme $p = NS$).

RESULTATS

1. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée.

Les 2 conférences d'information et d'éducation thérapeutique ont regroupé un total de 82 participants. Parmi ces participants, 76 ont complété les questionnaires de début et de fin de conférence dont 2 questionnaires complétés partiellement et 1 questionnaire complété par une jeune fille de 16 ans qui a été exclue de l'étude. 55 personnes ont indiqué leurs coordonnées téléphoniques pour le suivi de 1 mois et 3 mois.

Les femmes représentaient 65 % (n=48) des participants. 58% (n=43) étaient âgés de plus de 60 ans. 63 % (n=46) déclaraient souffrir de troubles du sommeil dont 2/3 de femmes. Les troubles du sommeil étaient qualifiés de chroniques dans 89% de cas. 84% des participants déclarant souffrir d'insomnies avaient des conséquences diurnes dont 2/5 de fatigue, 1/5 de somnolence, 1/7 d'irritabilité et 1/5 de trouble de la concentration et d'état maussade. Le niveau de sévérité des troubles se répartissait en 34% d'insomnies sévères, 40% d'insomnies modérées et 26% d'insomnies légères.

Parmi les 46 participants souffrant de troubles du sommeil, 27 (59%) ne consommaient pas de somnifères et 19 (41%) étaient consommateurs dont 18 (95%) depuis plus de 1 an. Au sein du groupe des consommateurs, la moitié étaient des consommateurs quotidiens et l'autre moitié occasionnels. Dans notre étude, les femmes consommaient plus de somnifères que les hommes (45% vs 35% p<0,05). Les 3/4 des consommateurs de somnifères considéraient comme non indispensable la prise de médicament dans le traitement des insomnies. Tous les consommateurs déclaraient être au courant du risque de dépendance lors d'une prise régulière de somnifères alors que 60% d'entre eux n'avaient jamais entendu parler d'autres méthodes de prise en charge des troubles du sommeil.

Les 2/3 des consommateurs de somnifères (n=13) déclaraient que la prise de médicament n'avait pas résolu leur problème d'insomnie. Les 3/4 d'entre eux déclaraient souhaiter pouvoir stopper toute consommation.

2. Impact de la démarche d'éducation thérapeutique à 1 et 3 mois.

55 personnes ont participé à la totalité de l'étude. Ils ont tous été contactés 1 mois après la conférence, 38 présentaient des troubles du sommeil dont 18 étaient des consommateurs de somnifères. Trois mois après la conférence, les 38 personnes souffrant d'insomnie ont été contactées.

2.1 Agenda du sommeil et consultation dédiée chez le médecin traitant.

Lors de l'entretien téléphonique réalisé 1 mois après la conférence, 11 participants sur 38 (29%) avaient complété l'agenda du sommeil. Aucun n'avait consulté spécifiquement son médecin traitant pour leur trouble du sommeil. Ces patients ont été contactés 3 mois après la conférence, 1/5 des participants (n=8) avaient consulté spécifiquement le médecin traitant.

2.2 Evolution de la consommation de somnifère chez les participants.

Tableau 1 : Evolution de la consommation de somnifères à 1 mois et 3 mois.

	Consommateurs occasionnels		Consommateurs quotidiens		Total
	Sevrage	Pas sevrage	Sevrage	Pas sevrage	
1 mois	7 (39%)	5 (28%)	0	6 (33%)	18 (100%)
3 mois	10 (55%)	2 (11%)	0	6 (33%)	18 (100%)

Aucun consommateur de somnifère n'a entrepris de réduction de leur consommation avec son médecin de famille à 1 mois tandis que 4 participants ont bénéficié d'un suivi par leur médecin de famille pour leur sevrage 3 mois après la conférence.

2.3 Application des conseils et conséquences sur la qualité du sommeil.

A 1 mois, 79% (30/38) des participants souffrant d'insomnie ont appliqué les conseils délivrés lors de la conférence (voir tableau 2). Les participants souffrant d'insomnies non consommateurs de somnifères ont d'avantage appliqué les conseils délivrés lors de la conférence que les consommateurs.

Tableau 2

Prise de médicaments	Application des conseils		Total
	Non	Oui	
Non	2 (10%)	18 (90%)	20 (100%)
Oui	6 (33%)	12 (67%)	18 (100%)
Total	8 (21%)	30 (79%)	38 (100%)

Tableau 3 : Evolution de la qualité du sommeil à 1 mois selon l'usage ou non de somnifères.

Prise de médicaments	Amélioration du sommeil		Total
	Non	Oui	
Non	8 (44%)	10 (56%)	18 (100%)
Oui	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)
Total	14 (47%)	16 (53%)	30 (100%)

L'application des conseils délivrés est variable en fonction de la gravité du stade initial de l'insomnie (figure 1)

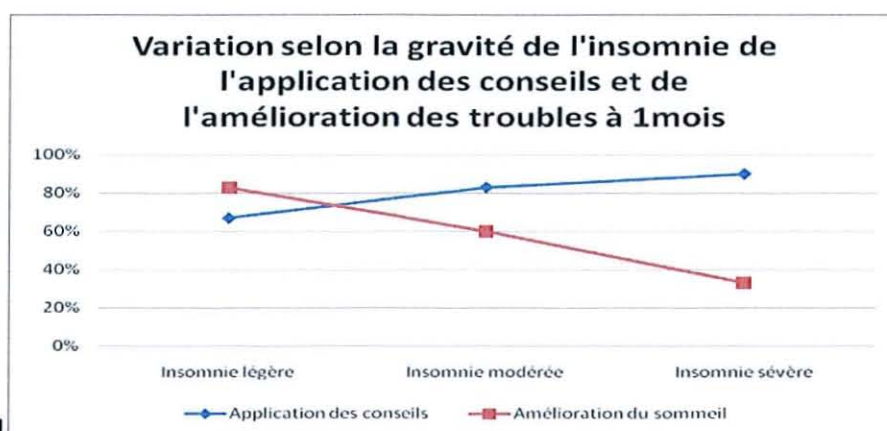


Figure 1

A 3 mois, la totalité des participants souffrant d'insomnies ont pu être contactés. L'évolution de la qualité du sommeil chez les participants qui appliquaient des conseils et les TCC en cours de l'étude est présentée dans le tableau 4.

Tableau 4

Amélioration du sommeil	1 mois	3 mois
Non	14 (47%)	4 (16%)
Oui	16 (53%)	21 (84%)
Total	30 (100%)	25 (100%)

Nous avons observé une poursuite de l'amélioration de la qualité du sommeil chez les participants qui ont continué à appliquer les conseils et les TCC entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois de suivi.

L'évolution de la qualité du sommeil en fonction de l'application ou non des règles d'hygiène du sommeil et des TCC durant les 3 mois qui ont suivi la conférence est détaillée dans le tableau 5.

Tableau 5

	Application des TCC	Non application des TCC	Total
Troubles inchangés	4 (16%)	11 (85%)	15 (40%)
Troubles partiellement disparus	17 (68%)	1 (7,5%)	18 (47%)
Troubles totalement disparus	4 (16%)	1 (7,5%)	5 (13%)
Total	25 (65%)	13 (35%)	38 (100%)

DISCUSSION

L'organisation d'une conférence permettant une éducation thérapeutique de groupe semble être une méthode efficace pour sensibiliser les consommateurs de somnifères au sevrage et pour encourager les participants souffrant d'insomnie à l'application des règles d'hygiène du sommeil et des TCC afin d'obtenir une amélioration de leur qualité de sommeil. Dans cette étude, nous avons 63% des participants qui déclaraient avoir des troubles du sommeil et 84 % avaient des conséquences diurnes. Dans la population générale, entre 30 et 35% des adultes manifestent l'un ou l'autre des symptômes d'insomnie, mais seuls 9 à 13% des personnes interrogées déclarent des troubles du sommeil avec des séquelles diurnes⁹.

L'échantillon de la population étudié n'était pas représentatif de la population générale mais cette étude ciblait volontairement une population se sentant concernée par cette question de la prise en charge des troubles du sommeil. Au sein de cette population, la répartition de la sévérité des insomnies était superposable à celle observée dans d'autres études⁹ avec 1/3 d'insomnies légères, 1/3 d'insomnies modérées et 1/3 d'insomnies sévères. Les femmes représentaient 2/3 des participants souffrant d'insomnies.

L'une des limites de l'étude a été le petit nombre de participants ce qui n'a pas empêché de mener à bien l'objectif de faire collaborer sur ce projet l'ensemble des médecins généraliste d'un secteur géographique et les organismes publiques locaux. Nous avons décidé, pour favoriser la lecture de l'étude, d'utiliser des pourcentages même si ceux-ci n'ont pas de valeur statistique vu le faible effectif étudié. En outre, les résultats obtenus ne reflètent probablement pas ce qui pourrait être observé dans la population générale du fait du niveau socioculturel des participants. En effet le pourcentage de suivi des participants était de 100 % à 1 et 3 mois, associé aux 92 % des participants qui avaient complété les questionnaires lors des conférences. Ce constat doit certainement être mis en parallèle avec le niveau socioculturel plutôt élevé de la population de la zone géographique d'exercice des médecins impliqués dans l'étude. Ainsi, il serait intéressant de comparer ces résultats avec une population d'un niveau socioculturel moins élevé.

Le recueil des données au cours des 2 conférences, à 1 mois et 3 mois a été réalisé dans des conditions similaires, le contenu des conférences étant semblable. Le suivi et le questionnaire complété lors des entretiens téléphoniques a été effectué par une seule personne pour l'ensemble des participants. De ce fait, nous pouvons considérer que le recueil des données s'est effectué dans de bonnes conditions de reproductivité.

L'évaluation initiale de la population avait mis en évidence que 68% des consommateurs de somnifères estimaient que la prise de médicament n'avait pas résolu leur problème d'insomnie et de ce fait 79 % aimeraient pouvoir complètement s'en passer. Ces résultats ont encouragé notre démarche d'éducation thérapeutique car ils ont permis de mettre en évidence que la majorité des consommateurs de somnifères n'était pas satisfaite de la prise en charge pharmacologique de leur insomnie par leur médecin traitant et qu'elle était dans l'attente d'autres méthodes pouvant améliorer leur qualité de sommeil. Les thérapies cognitivo-comportementales ont la capacité

d'apporter une réponse à ce problème. Il existe donc une réelle attente des patients insomniaques de méthodes alternatives de prise en charge de leur insomnie.

En fin de conférence, 37% des participants souffrant d'insomnie avaient déclaré avoir l'intention de consulter spécifiquement leur médecin traitant et 61% déclaraient vouloir compléter un agenda du sommeil. Cette différence d'intention en défaveur de la volonté de consulter spécifiquement leur médecin traitant doit attirer notre attention sur le fait que, malgré le contenu de la conférence insistant sur le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des troubles du sommeil, de nombreux participants continuent de penser que leur médecin n'est pas indispensable pour prendre la suite d'une telle démarche d'information et d'éducation thérapeutique. Ce constat n'est malgré tout pas surprenant, car peu de médecins de famille ont mis en place dans leur approche thérapeutique de l'insomnie des techniques alternatives comme les thérapies cognitives et comportementales. De plus, malgré ces intentions initiales, moins d'un tiers des participants (29%) avait complété l'agenda du sommeil à 1 mois et aucun participant n'avait consulté spécifiquement son médecin traitant à 1 mois. Ceci montre une limite de cette approche d'éducation thérapeutique qui reste basée sur la motivation des patients et la qualité de leur investissement dans l'exploration de leur trouble du sommeil. Malgré cela, après un encouragement verbal lors de l'entretien téléphonique du 1^{er} mois, nous avons constaté à 3 mois, 21% des participants avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. Ce résultat est alors très encourageant car selon les résultats de l'organisation Gallup¹ dans une enquête de 1991 portant sur une population souffrant d'insomnie, seuls 5% des patients avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. Ce constat encourage une démarche active des professionnels de santé afin d'inciter les patients à s'investir davantage dans la prise en charge de leur trouble du sommeil.

Concernant la consommation de somnifères, à l'issue de la conférence, 47% des consommateurs affirmaient avoir la volonté d'entreprendre une réduction ou un arrêt de leur consommation et 47% déclaraient qu'ils allaient y réfléchir. Ce résultat est la preuve qu'une information simple et objective sur les effets à long terme et les risques d'une consommation chronique de somnifères^{10,11}, notamment chez la personne âgée, permet de mobiliser les consommateurs et de les inciter à modifier leurs comportements. Cette observation est à mettre en relation avec la théorie des stades de Prochaska¹² dans la compréhension des changements de comportement, notamment dans le cadre du traitement des conduites addictives en thérapies cognitivo-comportementales. Ainsi, à l'issue de la conférence, près de la moitié des participants consommateurs de somnifères étaient convaincus des bénéfices à attendre et se plaçaient dans une attitude de préparation au sevrage. L'autre moitié se situait dans une étape de réflexion où l'ambivalence persistait mais la question d'un changement de comportement était acceptée, les participants ayant intégré les arguments en faveur d'un arrêt de sa consommation de somnifère. Dans le cadre de cette démarche décisionnelle, des encouragements au sevrage ont été prodigués à tous les consommateurs lors de l'entretien à 1 mois. Ainsi à 3 mois, 56% des participants consommateurs de somnifères ont entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement. Ce résultat paraît satisfaisant mais les participants concernés n'étaient que des consommateurs occasionnels et nous devons constater qu'aucun consommateur régulier n'a entrepris de changement de sa consommation de somnifères. Néanmoins il est très positif d'observer que notre démarche d'information a permis à ces consommateurs occasionnels de

prendre conscience des risques encourus et de modifier leur comportement. Evidemment ce constat nécessiterait un suivi plus prolongé avec une évaluation à plus long terme des comportements de ces consommateurs.

Sur le plan du bénéfice ressenti sur la qualité de sommeil, à 1 mois, l'amélioration du sommeil était quasi identique (50% vs 56%) chez les participants consommateurs ou non de somnifères. Ce résultat conforte le constat déjà fait au cours d'autres études^{13, 14} à savoir que la consommation de somnifères n'influe pas sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales. Les TCC sont efficaces quel que soit le profil du participant souffrant d'insomnie. De plus, 1/3 des participants souffrant d'insomnies sévères avait constaté une amélioration de leur trouble du sommeil à 1 mois. Ce résultat plus faible que chez les participants souffrant d'insomnies légères et modérées reste satisfaisant et prouve que l'application des règles d'hygiène du sommeil et des TCC a sa place et doit être employée quelle que soit la sévérité des insomnies.

Cette étude a permis de montrer que la poursuite de l'application des règles d'hygiène du sommeil et des TCC permet le maintien d'un bénéfice sur la qualité du sommeil. De plus nous observons que 80% des participants n'ayant pas constaté d'amélioration à 1 mois mais qui ont poursuivi ceux-ci, ont alors signalé un bénéfice à 3 mois. Ainsi ce résultat doit inciter le praticien à encourager le patient à poursuivre ses efforts en appliquant les conseils et les TCC, même si les effets ne sont pas perçus à court terme. L'efficacité des TCC peut survenir après un temps de latence chez certains patients.

Dans le groupe des participants ayant appliqué les conseils d'hygiène du sommeil et les thérapies cognitivo-comportementales à 3 mois, 84% avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. Ce résultat prouve l'efficacité de notre démarche d'éducation thérapeutique sur cette population qui s'est investie dans cette stratégie de prise en charge des troubles du sommeil.

CONCLUSION

L'approche thérapeutique des troubles du sommeil de l'adulte basée sur les thérapies cognitivo-comportementales est connue des professionnels de santé comme efficace mais nécessite un investissement important en temps guère compatible avec l'exercice de la médecine générale. Cette étude a permis de montrer qu'un processus éducatif faisant intervenir les acteurs locaux et les médecins de famille d'un secteur géographique donné basé sur une éducation thérapeutique de groupe permet de fournir une information indispensable à une bonne compréhension et un plein engagement des participants dans la prise en charge de leur trouble du sommeil. L'investissement commun des médecins généralistes est un procédé permettant d'améliorer la prise en charge initiale des patients et de valoriser l'action des professionnels de santé qui ont l'opportunité de développer avec beaucoup plus de pédagogie et de temps une stratégie thérapeutique reconnue basée sur les règles d'hygiène du sommeil et les thérapies cognitivo-comportementales. Les résultats de cette étude confirment l'efficacité des TCC après éducation thérapeutique de groupe. L'application des règles d'hygiène du sommeil et des techniques de TCC a permis à 84% des participants de constater une amélioration de leur trouble du sommeil à 3 mois. Un participant sur cinq a consulté spécifiquement son médecin traitant à 3 mois et plus d'un participant sur deux a entrepris une

réduction voire un arrêt de sa consommation de somnifère à 3 mois. Ces constats favorables sont mêlés au fait que notre étude n'a pas permis de sensibiliser suffisamment les consommateurs chroniques quotidiens de somnifères et qu'une approche thérapeutique plus adaptée semble nécessaire pour modifier les comportements de cette population. Ainsi il serait intéressant de compléter cette étude en permettant un suivi à long terme des participants en y ajoutant d'autres séances d'éducation thérapeutique afin de renforcer les connaissances et l'investissement des participants dans le traitement de leur insomnie.

REFERENCES:

1. Organization Sleep in America. Princeton NJ: The Gallup organization, 1991.
2. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta analysis of treatment efficacy. *JAMA*. 1997;278:2170-2177.
3. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005;331:1169.
4. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*. 2000;162:225-233.
5. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1172-1180
6. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:79-89.
7. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: A randomized controlled trial and direct comparison. *Arch Intern Med*. 2004;164:1888-1896.
8. Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*. 2002;159:5-11.
9. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine général. HAS décembre 2006.
10. Avidan AY, Fries BE, James ML, et al. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:955-962.
11. Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging*. 2005;22(9):749-65.
12. . Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance. D'après J.O. Prochaska et al., *Am. Psychol*. 1992, 47 : 1102-1114.
13. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281:991-999.
14. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: A randomized controlled trial and direct comparison. *Arch Intern Med*. 2004;164:1888-1896.

2 Les troubles du sommeil et leur prise en charge.

Les troubles du sommeil constituent un important problème de santé, tant par leur fréquence que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patients souffrant de troubles du sommeil. Parmi ceux-ci, l'insomnie est l'élément dominant et serait en constante augmentation dans la plupart des pays occidentaux, de plus les consommations d'hypnotiques connaissent un essor croissant.¹

L'insomnie est une expérience subjective pouvant prendre différents aspects, trouble de l'initiation ou du maintien du sommeil, réveil précoce, sommeil non réparateur, auxquelles sont associées des conséquences diurnes diverses rapportées à ce mauvais sommeil, fatigue, trouble de la concentration, atteinte des performances, nervosité, maladresse, etc. L'insomnie est extrêmement fréquente mais paradoxalement mal connue, mal investiguée et très souvent mal traitée.

2.1 Définition et classification des insomnies de l'adulte:

L'insomnie se définit comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches.

L'appréciation de la sévérité de l'insomnie se fait selon sa fréquence et l'ampleur de son retentissement diurne¹. Ainsi l'insomnie légère se caractérise par une insomnie n'excédant pas plus d'une nuit par semaine avec un faible retentissement diurne. L'insomnie est qualifiée de modérée si celle-ci est présente 2 à 3 nuits par semaine avec un retentissement diurne telle que fatigue, état maussade, irritabilité, ou une sensation de tension. L'insomnie est qualifiée de sévère lorsqu'elle est présente quatre nuits ou plus par semaine avec les retentissements diurnes précédemment cités, mais aussi des troubles de la concentration, une hypersensibilité et des performances psychomotrices altérées.

Parmi les classifications existantes, trois sont largement utilisées : les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Four Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR)², l'*International Classification of Sleep Disorder, Second Edition* (ICSD-2)³ et les critères de l'*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM)⁴. Malgré des similitudes, ces 3 classifications diffèrent dans leur organisation, leurs critères diagnostiques, leurs nombres de catégories et l'étendue de leur diagnostic. L'ICSD est la classification la plus souvent recommandée par les spécialistes du sommeil bien que chacune de ces classifications aient leurs avantages et leurs faiblesses. En effet dans les critères du DSM-IV-TR, l'insomnie primaire est essentiellement un diagnostic d'élimination face à une insomnie persistante sans cause médicale ou psychiatrique retrouvée et l'insomnie secondaire est conçue comme un symptôme lié à une maladie sous-jacente, organique, psychologique, ou la prise d'un toxique. Dans l'ICSD, nous allons distinguer au sein de l'insomnie primaire : l'insomnie psychophysologique, le trouble de la perception du sommeil et

l'insomnie idiopathique, et au sein des insomnies secondaires : les insomnies associées à des maladies psychiatriques, neurologiques et à d'autres maladies.

La formulation de l'ICSD nous paraît la plus utilisable en médecine générale avec une relative simplicité et un caractère davantage opérationnel. C'est également la classification retenue par la haute autorité de santé.

2.1.1 Insomnie aiguë ou situationnelle :

Sa durée est de une à quelques nuits. Elle est caractérisée⁵ par une difficulté d'endormissement, un ou plusieurs éveils nocturnes, ou un réveil précoce en rapport avec un souci sur lequel se fixe l'attention ; un facteur de l'environnement, bruit, température excessive ou insuffisante, atmosphère confinée, lumière, altitude ; une douleur aiguë. D'une façon générale, le facteur déclenchant est facile à identifier.

2.1.2 Insomnie subaiguë ou d'ajustement :

Elle est d'une durée de quelques jours à 3 mois. C'est une insomnie en rapport avec un événement de la vie source de stress physique ou psychologique, maladie, décès d'un proche, divorce, chômage, auquel le sujet va devoir s'adapter. Il existe dans ce cas un risque de passage à la chronicité.

2.1.3 Insomnies chroniques sans comorbidité (ex-insomnies primaire)

2.1.3.1 Insomnie psychophysiologie :

Elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologie anxieuse ou dépressive. C'est une insomnie objectivement vérifiable par enregistrement polysomnographique qui dérive de deux sources, une tension somatisée et un conditionnement négatif au sommeil.⁶ La tension somatisée peut dépendre de l'intériorisation de conflits psychologiques et d'appréhension exagérées vis-à-vis du sommeil, et le conditionnement négatif au sommeil de l'association d'un état de non-sommeil (provoqué par une situation stressante) et de stimuli situationnels (la chambre ou le lit), temporels (le moment d'aller se coucher) ou comportementaux (les routines du coucher) conduisant normalement au sommeil. Une fois développé, ce type d'insomnie a tendance à s'auto-entretenir, y compris après la disparition de la circonstance initiale ayant présidé à l'établissement du conditionnement.

2.1.3.2 Insomnie par mauvaise perception du sommeil :

Elle est caractérisée par une plainte de très mauvais sommeil, voire d'absence totale de sommeil, non corroborée par les données polysomnographiques. La plupart des insomniaques ont tendance à surestimer le temps qu'ils leur faut pour s'endormir et sous-estimer leur durée totale de sommeil. Mais dans le trouble de la perception du sommeil, la plainte de mauvais sommeil est clairement disproportionnée par rapport aux données objectives, au point qu'un sujet que l'on réveille en sommeil lent profond peut avoir l'impression subjective de n'avoir pas dormi.

2.1.3.3 Insomnie idiopathique :

Il s'agit d'une incapacité à bien dormir qui date de l'enfance, en l'absence de causes organiques ou psychiatriques évidentes, et qui pourrait être due à une anomalie du contrôle neurologique du système veille-sommeil. Cette forme d'insomnie est vraisemblablement très rare.

2.1.4 Insomnies chroniques avec comorbidité (ex-insomnies secondaires)

2.1.4.1 Insomnie associées à des maladies psychiatriques .

Les troubles psychiatriques sont responsables dans plus de 50 pourcents des cas d'insomnie chronique. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les pathologies psychiatriques les plus fréquemment associées à l'insomnie^{7,8}.

2.1.4.1.1 Troubles de l'humeur :

L'insomnie est un symptôme clé de la dépression majeure ; 80 à 90% des patients s'en plaignent. Elle comprend, à des degrés divers, une difficulté d'endormissement, des éveils nocturnes répétés et, de façon assez caractéristique, un réveil anormalement précoce. Contrairement à l'insomnie des psychoses, l'insomnie des troubles de l'humeur se manifeste par des anomalies polysomnographiques assez caractéristiques : éveil matinal prématuré, raccourcissement de la latence d'apparition du sommeil paradoxal, durée anormalement longue du premier épisode de sommeil paradoxal et densité anormalement élevée des mouvements oculaires rapides de ce premier épisode⁹.

Par rapport à la dépression majeure, la dysthymie donne lieu à des troubles du sommeil cliniquement et polysomnographiquement plus proches de ceux des troubles anxieux¹⁰.

L'insomnie est aussi un signe remarquable de l'accès maniaque. Elle en constitue même le signal symptôme bien connu de l'entourage. Le retour du sommeil est un bon signe de stabilisation.

2.1.4.1.2 Troubles anxieux :

Ils regroupent l'anxiété généralisée, les états phobiques comprenant l'agoraphobie, les phobies sociales, les phobies spécifiques ainsi que le trouble panique, le troubles obsessionnel compulsif et le stress post-traumatique.

Les troubles du sommeil consistent en une difficulté d'endormissement en rapport avec la « ruminant » anxieuse et des éveils nocturnes. L'insomnie associée aux troubles anxieux est moins sévère que celle de la dépression majeure. Il est observé, en polysomnographie, des troubles de la continuité du sommeil mais aucune anomalie de l'architecture du sommeil ni d'anomalies spécifiques du sommeil paradoxal. Globalement, la différence entre le sommeil des patients atteints de troubles anxieux et celui des sujets contrôle est mineure et non spécifique¹¹.

2.1.4.1.3 Psychoses :

La schizophrénie en phase processuelle, la psychose hallucinatoire chronique, les psychoses des sujets âgés sont souvent associées à des troubles du sommeil. L'anxiété extrême parfois éprouvée par ces sujets joue certainement un rôle. Les études polysomnographiques montrent des anomalies variables, sans doute en rapport avec des tableaux cliniques et des durées d'évolution différentes, des traitements interrompus ou maintenus et une absence de contrôle du sommeil de jour.

2.1.4.2 Insomnie associées à des maladies organiques.

Les insomnies sont également souvent associées avec une grande variété de pathologies d'ordre médicale et neurologique^{12,13}. Les insomnies sont dans ces situations soit la répercussion sur le sommeil des symptômes propres à ces maladies, soit liées à l'atteinte des mécanismes du sommeil dans certaines maladies neurologiques ou encore, liées à une anxiété, voire une humeur dépressive, engendrées par ces maladies.

2.1.4.2.1 Maladies neurologiques :

- Les maladies neurodégénératives sans démence associée, maladie de Parkinson, atrophie multisystématisée et surtout paralysie supranucléaire progressive s'accompagnent d'insomnie au moins au début de leur évolution. Celles avec démence, maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence fronto-temporale s'accompagnent aussi d'insomnie mais comportent en plus une désorganisation progressive de l'architecture du sommeil avec dédifférenciation progressive des stades de sommeil¹⁴.
- L'insomnie fatale familiale
- Les lésions vasculaires
- Le syndrome des jambes sans repos affecte 5 à 10% de la population adulte⁵ avec une incidence qui augmente avec l'âge. Il se signale par des paresthésies à type de sensations de picotements, de tiraillement, de tension et un besoin irrésistible de bouger les jambes. Il est calmé par le mouvement et en particulier par la marche. Il apparaît de façon quasi exclusive en soirée ou à l'heure du coucher. Il s'accompagne de difficultés d'endormissement et parfois de difficultés de ré endormissement lors des éveils de la nuit¹⁵.
- Le syndrome de mouvements périodiques des membres dans le sommeil se manifeste par une extension du gros orteil et une dorsiflexion du pied, parfois par une flexion du genou et de la hanche. Ces mouvements durent de 0,5 à 5 secondes. Ils se reproduisent de façon périodique environ toutes les 30 secondes. Ils peuvent entraîner des éveils mais surtout une impression de sommeil non restaurateur, de la fatigue¹⁵.

2.1.4.2.2 Troubles respiratoires :

- L'asthme non équilibré entraîne un trouble du maintien du sommeil et un réveil précoce.
- La bronchopneumopathie chronique obstructive entraîne une difficulté d'endormissement et un trouble du maintien du sommeil
- Le syndrome d'apnées obstructif du sommeil est à garder à l'esprit même si l'insomnie ne fait pas partie des symptômes majeurs. Il est à évoquer dans des contextes de ronflements, d'excès de poids et de somnolence diurne.

2.1.4.2.3 Maladies cardio-vasculaires :

- L'insuffisance cardiaque gauche pouvant être responsable d'orthopnée et de toux génératrices d'insomnie.

2.1.4.2.4 Maladies gastro-duodénales :

- Le reflux gastro-oesophagien s'oppose à l'endormissement et entraîne de fréquents réveils nocturnes.

2.1.4.2.5 Maladies rhumatismales :

- Les maladies rhumatismales inflammatoires s'accompagnent de réveils dans la seconde partie de nuit et de sommeil non restaurateur.
- La fibromyalgie est caractérisée par des douleurs musculosquelettiques diffuses et des points douloureux répartis en des sites anatomiques spécifiques. À ces manifestations s'ajoutent des plaintes de sommeil non réparateur, de fatigue chronique, de difficultés cognitives et de malaise psychologique.

2.1.5 Insomnies liées à un médicament ou à une substance perturbant le sommeil.

Elles sont associées à la prise d'un ou de plusieurs médicaments administrés à dose thérapeutique. L'imputation d'une insomnie à un médicament n'est pas chose aisée. En effet, les principaux médicaments potentiellement responsables d'insomnie ne sont effectivement associés à une insomnie que dans une faible proportion des cas où ils sont prescrits. Parmi ces médicaments, il faut citer les hypnotiques, surtout les benzodiazépines, lorsqu'ils donnent lieu à un phénomène d'intolérance ou lorsqu'ils sont arrêtés brutalement (insomnie de rebond) ; les antihypertenseurs (β -bloquants et inhibiteurs calciques) ; les médicaments de l'asthme (théophylline et β -sympathomimétiques) ; des hormones (thyroxine, corticoïdes) ; les nootropes (piracétam) ; les antidépresseurs stimulants (inhibiteurs de la mono-amine-oxydase [IMAO] et inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine [ISRS]), les substances stimulantes (caféine, nicotine, cannabis, cocaïne, amphétamines).

2.2 Prévalence de l'insomnie chez l'adulte.

L'insomnie est extrêmement fréquente. Dans la population générale, entre 30 et 35% des adultes manifestent l'un ou l'autre des symptômes d'insomnie, mais seuls 9 à 13% des personnes interrogées déclarent des troubles du sommeil avec des séquelles diurnes¹. Selon les rares études disponibles en

pratique généraliste, l'insomnie se répartirait en 15 à 17% d'insomnie légère, 12 à 17% d'insomnies modérées et 19 à 23% d'insomnies sévères.

D'après une enquête¹⁶ portant sur 3 161 sujets des deux sexes, âgés de 18 à 79 ans, 35 % se disaient atteints d'insomnie, 17 % le vivant comme un problème sérieux et 18 % comme un problème mineur. D'après une autre enquête¹⁷ menée auprès de 1 950 hommes et femmes âgés de plus de 18 ans, 36 % souffraient d'insomnie, dont 27 % de façon occasionnelle et 9 % de façon chronique. Enfin dans une étude récente réalisée en France¹⁸ auprès de 12 778 individus, 29 % rapportaient avoir eu au moins un problème de sommeil trois fois par semaine pendant 1 mois, tandis que 9 % indiquaient avoir des troubles du sommeil chroniques. Entre 7 % et 10 % des sujets insomniaques ont recours à la prise de médicaments inducteurs de sommeil, le plus souvent sur une base quotidienne. L'insomnie augmente avec l'âge. Un tiers environ des sujets de plus de 65 ans ont une insomnie rapportée comme plus ou moins continue. La plainte d'insomnie est une fois et demie plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais le sommeil est de plus mauvaise qualité chez l'homme, sans doute en partie à cause de problèmes respiratoires liés au sommeil. Le trouble de l'initiation du sommeil est plus une caractéristique du sujet jeune, et le trouble du maintien du sommeil plus caractéristique du sujet d'âge moyen ou élevé.

2.3 Insomnie et personnes âgées.

L'insomnie représente le trouble du sommeil le plus fréquent chez les personnes âgées. Lorsqu'elle n'est pas prise en charge, elle peut entraîner une fatigue diurne excessive, des difficultés d'attention et de concentration, une humeur déprimée et une diminution de la qualité de vie. L'insomnie est associée à une utilisation accrue de somnifères, souvent utilisé sur une base chronique. Or, l'utilisation chronique de somnifères chez les personnes âgées peut s'avérer particulièrement problématique. Les croyances attribuées au fait que les difficultés du sommeil sont nécessairement liées au vieillissement et que seule la médication peut y remédier sont en grande partie responsable de l'utilisation excessive et prolongée de somnifères.

L'architecture du sommeil évolue de manière physiologique au cours de la vie²⁰. La durée totale de sommeil diminue d'environ 27 minutes tous les 10 ans à partir de 50 ans jusqu'à 80 ans²¹. Chez les personnes âgées, l'altération la plus significative implique une réduction de la proportion de temps passé en stades 3 et 4 (sommeil profond) et une augmentation correspondante des stades 1 et 2 (sommeil léger). Ces changements s'accompagnent de réveils plus fréquents et de plus longue durée. Subjectivement, le sommeil est alors perçu comme plus léger, fragmenté et de moins bonne qualité, expliquant en partie la prévalence accrue des plaintes d'insomnie chez les personnes âgées.

Une étude canadienne¹⁹ s'intéressant au plus de 65 ans vivant en communauté retrouve que parmi les personnes se plaignant d'insomnie, 18,6% signalent un réveil matinal trop précoce, 18,1% présentent des difficultés à s'endormir et 30,9% souffrent de manque de sommeil durant la journée. L'insomnie chez les personnes âgées est corrélée avec des facteurs de morbi-mortalité²². En effet, au-

delà des conséquences diurnes, l'insomnie est responsable d'autres effets néfastes comme la baisse de la qualité de vie, une augmentation de l'institutionnalisation et un risque accru de développer un trouble psychiatrique, essentiellement une maladie dépressive et des troubles anxieux. De plus, plusieurs études^{23,24} mettent en évidence un risque accru de chute chez les personnes âgées souffrant de troubles de sommeil. Une étude récente²³ a mis en évidence un lien entre insomnie et chute chez les plus de 65 ans. Le risque de chute est majoré chez les personnes âgées souffrant d'insomnie (odds ratio : 1,52). Les sujets insomniaques non traités ont un risque de chute majoré de 55% par rapport à un sujet non insomniaque. De manière générale, les personnes âgées insomniaques ont 1,6 à 2 fois plus de risque de décès prématurément par rapport à un sujet sans trouble du sommeil. Concernant les sujets âgés insomniaques traités par des hypnotiques, leur utilisation chronique est associée à des risques élevés de chutes et de fractures²⁴ (risque multiplié par 2). Ce risque est clairement établi chez les consommateurs de benzodiazépines mais il y a nettement moins de preuve chez les consommateurs de Z-drugs (zolpidem et zopiclone). De plus, ce risque est grandement corrélé avec un facteur dose-dépendant en sachant que les hypnotiques sont souvent prescrits en dosages excessifs et que les prescriptions inappropriées, ne tenant pas compte d'interactions possibles avec d'autres médicaments, sont fréquentes.

Ainsi, nous constatons que certaines études suggèrent que l'insomnie (non traitée ou résistante aux hypnotiques) serait davantage responsable de chute chez les personnes âgées que l'utilisation d'hypnotiques comme tel. Il en reste que l'utilisation d'hypnotiques est la cause de nombreux effets indésirables notamment chez les plus fragiles et ceci doit nous inciter à privilégier d'autres méthodes de prise en charge de l'insomnie dans cette population.

2.4 Insomnie et médecine générale.

Les médecins de famille occupent une place privilégiée dans le système de santé pour le dépistage, le diagnostic et la gestion de l'insomnie puisqu'ils sont les premiers interlocuteurs des patients souffrant d'insomnie²⁰. Il est donc important pour le médecin de famille de connaître la problématique de l'insomnie et les alternatives de traitement et d'être sensibilisé aux risques de l'utilisation chronique et excessive des somnifères. Dans l'enquête de l'organisation Gallup²⁵, 69% des sujets indiquant avoir des troubles du sommeil n'en avaient jamais parlé à leur médecin, 26% lui en avaient parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5% seulement l'avaient consulté spécifiquement pour ce trouble. Ces résultats mettent en évidence une banalisation par les patients des troubles secondaires aux insomnies et incitent les médecins généralistes à une meilleure information du grand public sur les moyens existants pour la prise en charge des insomnies.

Une enquête nationale²⁶ auprès de 6043 médecins généralistes a eu pour objectif de préciser comment ils prenaient en charge l'insomnie et comment ils percevaient les conséquences médicales et socioprofessionnelles. À l'origine de ces troubles du sommeil, les médecins trouvent un terrain anxieux sans pathologie psychiatrique (58,8 %), des problèmes professionnels (54 %), des problèmes

familiaux (48,4 %), des problèmes de santé somatiques ou psychiatriques (33,6 %), des difficultés économiques (19,9 %), plusieurs causes étant associées dans la plupart des cas.

Dans cette enquête, près de 45 % des médecins ont dit aborder systématiquement la question du sommeil avec leurs patients. Les troubles du sommeil sont, selon eux, dans 62,4 % des cas, plus le signe d'une autre affection qu'une maladie par elle-même. Près des deux tiers déclarent ne pas prescrire de médicament à leurs patients dès la première plainte. La prescription d'hypnotiques est associée à des conseils hygiéno-diététiques dans 81,3 % des cas. Pour plus de deux tiers des médecins, l'insomnie contribue à l'apparition de troubles cognitifs (de concentration, de mémoire, d'attention). Enfin, 56 % des médecins considèrent que, chez les personnes âgées, les insomnies contribuent à la désinsertion sociale et à l'involution psychique.

2.5 Evaluation et prise en charge thérapeutique de l'insomnie.

Devant un patient se plaignant d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même mais il doit aussi être considéré en fonction de l'histoire personnelle et de l'environnement de ce patient. L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi, au moyen d'une approche somatique, psychologique et environnementale, soigneuse et détaillée, et d'une étude méticuleuse de l'historique du sommeil, y compris dans l'enfance du patient. Un certain nombre d'outils sont à notre disposition afin de nous aider à évaluer de manière subjective et objective les troubles décrits par le patient. Ces outils seront également nécessaires pour le suivi des troubles et pour évaluer l'impact de nos mesures thérapeutiques.

Dans la pratique du médecin généraliste, parmi les outils à sa disposition, l'agenda du sommeil et les auto-questionnaires vont lui permettre d'étayer son investigation clinique.

L'agenda du sommeil va permettre de connaître les horaires habituels de sommeil, les temps passé au lit, la fréquence des troubles et la répercussion de l'insomnie sur la journée. Son interprétation va permettre d'estimer la latence d'endormissement : temps estimé entre l'heure de coucher et le début du sommeil ; le temps de sommeil total : différence entre l'heure d'endormissement et celle du réveil, moins le temps d'éveil durant la nuit et l'index d'efficacité du sommeil qui correspond au ratio du temps total de sommeil par rapport au temps passé au lit. Cet outil est une méthode subjective d'évaluation du sommeil. Il ne renseigne pas sur les cycles du sommeil et leur durée. Le recueil doit s'effectuer sur une période minimum de 15 jours. Malgré son caractère subjectif, l'agenda du sommeil permet d'obtenir des résultats fiables et une estimation valide des caractéristiques du sommeil²⁷. De plus, plusieurs études ont mis en évidence l'importante corrélation qu'il existe dans les résultats obtenues avec une auto-évaluation utilisant un agenda du sommeil et une analyse objective du sommeil (polysomnographie ou actimétrie)^{28,29}.

Les autoquestionnaires sont utilisés pour compléter les investigations. L'utilisation d'une échelle de somnolence d'Epworth pour rechercher une somnolence diurne. L'évaluation des troubles anxieux et

dépressifs peut se faire à travers le questionnaire QD2A de Pichot, le questionnaire de Beck et l'échelle HAD¹.

Certains troubles du sommeil nécessitent des explorations complémentaires qui relèvent du spécialiste du sommeil.

L'actimétrie est un dispositif qui permet de façon simple de relever les rythmes d'activité et de repos, qui témoignent dans une certaine mesure du rythme éveil-sommeil. Les paramètres les mieux étudiés sont la durée totale de la période d'inactivité et les réveils en cours de nuit mais ces mesures ne sont pas d'une grande précision. Cette technique peut aider à clarifier la sévérité de l'insomnie en complément de l'agenda du sommeil. Elle n'est pas indiquée en première intention, elle n'est pas adaptée au diagnostic du syndrome d'apnée du sommeil et des mouvements périodiques des jambes.

La polysomnographie est indiquée en cas de suspicion de syndrome d'apnée du sommeil, de mouvements périodiques, de doute sur une narcolepsie, de comportement violents associés au sommeil, d'une insomnie sévère sans cause psychologique ou physique évidente. Elle devra être pratiquée en seconde intention en cas d'insomnie associée à une somnolence importante persistante après traitement ou d'insomnie persistante après échec d'un traitement bien conduit.

A l'issue de ces investigations cliniques et paracliniques, la prise en charge de la cause de l'insomnie, si elle est déterminée, est la première attitude à suivre. Dans le cadre de l'insomnie chronique, les étiologies sont souvent multifactorielles et le patient nécessite plusieurs modalités de prise en charge. Si la cause sous-jacente de l'insomnie d'ordre médical ou psychologique est identifiée, sa prise en charge est la priorité. Face à une insomnie chronique sans comorbidité, deux approches thérapeutiques sont envisageable : comportementale ou pharmacologique.

2.5.1 Stratégie thérapeutique pharmacologique.

Les médicaments ont une place dans la stratégie globale de prise en charge de l'insomnie. Les quantités prescrites sont impressionnantes et la durée des traitements souvent supérieur à celle recommandée. Les hypnotiques suscitent beaucoup d'interrogations sur les effets à court et long terme dans la population adulte. De plus, ces médicaments ont un poids important en terme de coût dans l'économie de la santé. En effet, on considère que 9,4% de la population générale française consommerait des hypnotiques. Pour choisir la molécule la plus adaptée pour traiter une insomnie, le praticien doit dans un premier temps déterminer la principale plainte du patient afin de proposer la molécule la plus adaptée. Est-ce un trouble de l'initiation du sommeil, des réveils multiples au cours de la nuit, un réveil matinal trop précoce ou une sensation d'avoir un sommeil non réparateur au réveil. Ceci se plaçant dans le cadre d'une évaluation globale du patient en n'oubliant jamais qu'il est impératif de traiter la cause sous-jacente à l'insomnie dans la mesure du possible.

De l'expérience passée, nous pouvons définir un modèle d'hypnotique idéal ; nous ne disposons pas d'une telle molécule mais son principe permet d'orienter le choix thérapeutique et d'éliminer la prescription de substances que l'on sait inadaptées ou dangereuses. L'hypnotique idéal doit améliorer l'insomnie, c'est-à-dire induire rapidement le sommeil et le maintenir ; respecter la composition et l'architecture du sommeil ; ne pas provoquer d'accoutumance ou de dépendance ; ne pas présenter d'effet résiduel diurne sur la vigilance et ne pas perturber les fonctions cognitives ; ne pas induire d'interaction médicamenteuse et ne pas avoir d'effet indésirable ou de contre-indication. Les médicaments actuellement utilisés présentent tous des inconvénients, en particulier si la prescription se pérennise. Les classes thérapeutiques utilisées sont en premier lieu les benzodiazépines et les agonistes des benzodiazépines, certains antihistaminiques et les antidépresseurs sédatifs. La phytothérapie a également une part non négligeable dans la prise en charge de l'insomnie.

2.5.1.1 Les benzodiazépines et les agonistes benzodiazépines

Les benzodiazépines (BZP) ont des propriétés sédatives et hypnotiques, myorelaxantes et anti convulsivantes ; elles ont des effets sur les fonctions cognitives et la mémoire, et peuvent induire des troubles du comportement. Les effets des BZD sur le sommeil³⁰ sont une diminution de la latence du sommeil et des éveils nocturnes ; la diminution, voire la disparition de sommeil lent profond et à l'arrêt du médicament, son taux se normalise progressivement sans phénomène de rebond. Une diminution du sommeil paradoxal dès la première prise ; son taux redevient normal quand la prise se prolonge mais le taux perdu en début de prise donne lieu à un phénomène de rebond à l'arrêt du médicament. Une augmentation du stade 2 d'environ 60%. Ainsi les BZD ont un effet anti-éveil mais elles n'induisent pas un sommeil de qualité. De plus, la prise de BZD dans la durée montre un épuisement de l'efficacité objective^{30,31}. Au-delà de quatre semaines de traitement, l'effet anti-éveil s'épuise et une discordance entre les effets objectifs et subjectifs peut apparaître. Dans ce cas, malgré la tolérance, la perception du sommeil reste satisfaisante, vraisemblablement en raison d'un effet anxiolytique des substances qui peut durer au-delà de l'effet anti-éveil et de l'effet amnésiant des BZD : le sujet s'est éveillé la nuit mais a oublié ses éveils le matin. Bien que les BZD soient efficaces sur les insomnies aiguës, leur rôle dans la prise en charge des insomnies chroniques suscitent des controverses²².

Deux méta-analyses^{32,33} concernant la place des BZD dans le traitement des insomnies mettent en avant le manque flagrant d'études concernant l'efficacité à long terme des BZD chez les patients insomniaques chroniques. La plupart des études étant menées sur des périodes inférieures ou égales à 6 semaines. L'usage au long court de BZD est corrélé avec la survenue de nombreuses complications, parmi lesquelles une altération des fonctions cognitives⁵⁴, un déclin des performances physiques, des chutes et des fractures³⁵, des accidents de la voie publique⁵⁶. L'usage au long cours majore les risques de dépendance physique, de syndrome de manque et d'un rebond d'insomnie lors du sevrage³⁷.

Les agonistes benzodiazépines (zolpidem et zopiclone) ont des propriétés proches de celles de BZD sur les paramètres du sommeil mais respecteraient mieux l'architecture du sommeil. Le zolpidem chez les insomniaques³⁸ réduit inconstamment la latence d'endormissement (surtout chez les

patients souffrants d'insomnie légère), ne modifie pas significativement les stades 3 et 4, ni le sommeil paradoxal. Le zolpidem augmente le temps total de sommeil ainsi que le stade 2. Le zopiclone chez l'insomniaque réduit la latence d'endormissement, augmente le temps total de sommeil, réduit le stade 1, augmente le stade 2, ne modifie pas ou peu les stades 3 et 4 et ne modifie pas le sommeil paradoxal. Ces effets resteraient objectivement persistant pendant 2 à 6 mois³⁹ mais tout comme les BZD, il n'y a pas d'étude évaluant l'efficacité à plus long terme de ces molécules. En ce qui concerne les effets indésirables, les agonistes benzodiazépines induiraient moins de syndrome de manque et ont un profil de tolérance supérieure aux BZD. Néanmoins, 2 à 5% des consommateurs signalent la survenue de céphalées, de vertiges, de somnolences ainsi qu'une symptomatologie intestinale à type de nausée et de dyspeptie⁴⁰.

Une étude⁴¹ concernant le zolpidem a mis en évidence également un risque de chute et dans le cadre d'un usage au long cours un risque de dépendance et de syndrome de manque lors du sevrage se manifestant par une anxiété et un rebond d'insomnie. Concernant le zopiclone, deux études^{42,43} ont mis en évidence un bénéfice sur le sommeil sans développement d'une dépendance sur une période de 6 mois et 12 mois. Malgré ces éléments rassurants, un certain nombre d'observations^{44,45,46,47} relatent une perte d'efficacité, un risque de dépendance et de syndrome de sevrage chez les consommateurs de zolpidem ou de zopiclone. Il s'agit de patients qui ont commencé à utiliser la zopiclone ou le zolpidem à la dose recommandée sur prescription médicale. Après quelques semaines de prise quotidienne au coucher, une perte d'efficacité sur l'insomnie les a conduits à augmenter les doses du soir. A cette perte de l'effet hypnotique durant la nuit s'est ajoutée une anxiété durant la journée. Les patients ont alors commencé à prendre également le médicament durant la journée. Les consommations pouvant atteindre 11 comprimés de zopiclone et 80 comprimés de zolpidem par jour. Après plusieurs mois de prise quotidienne de ces doses élevées, les patients ont souffert de syndrome de sevrage à l'arrêt du médicament. Les symptômes les plus fréquents ont été une anxiété sévère accompagnée de tachycardie, de tremblements, de transpiration ainsi qu'un rebond d'insomnie. Plusieurs crises convulsives ont été rapportées. Beaucoup de ces patients, mais pas tous, avaient des antécédents de dépendance aux benzodiazépines. Des sensations désagréables à l'arrêt brutal de la zopiclone à dose de 7.5 mg ont aussi été rapportées. De plus, la méta-analyse de Glass et al⁴⁸ évoque six études incluant 648 patients chez qui aucune différence significative dans la survenue d'effets indésirables n'a été constaté entre les consommateurs de BZD et d'agoniste benzodiazépine.

Au vu des risques potentiels d'effets secondaires chez les consommateurs de ces classes thérapeutiques, la mise en œuvre d'une approche non pharmacologique de insomnies chroniques est à privilégier en première intention.

2.5.1.2 Les hypnotiques antihistaminiques.

L'histamine agit par blocage des récepteurs antihistaminique H1 impliqués dans le mécanisme de l'éveil, induit une baisse de la vigilance et favorise le sommeil. Des études relativement anciennes ont montré leur efficacité à court terme⁴⁹ mais aucune étude à démontré l'efficacité à long terme de ces molécules dans la prise en charge des insomnies. Les hypnotiques antihistaminiques ont des durées

de vie longue. Le sommeil induit est peu perturbé mais l'efficacité est inconstante. Les effets indésirables associent des effets anti cholinergiques, de la sédation diurne et un retentissement sur les fonctions cognitives.

2.5.1.3 Les antidépresseurs sédatifs.

Certains antidépresseurs, tricycliques et antagonistes 5 HT2 sont utilisés dans l'insomnie pour leur activité sédatrice, et parce qu'ils sont réputés n'entraîner ni tolérance ni dépendance. Les antidépresseurs³⁰ ont un effet anti-éveil lié à l'action antihistaminique (H1) et anti-noradrénergique (alpha 1), un effet anti-anxieux qui relèverait de l'action sur la sérotonine et enfin l'effet antidépresseur qui se manifeste dans la durée. Les modifications sur l'architecture du sommeil varient avec les produits. La plupart retardent l'apparition du sommeil paradoxal et diminuent fortement son taux, le sommeil lent profond est le plus souvent augmenté en première partie de nuit. En fait, si leur efficacité sur les mesures subjectives et objectives d'insomnie est démontrée chez les patients atteints de dépression majeure⁵⁰, elle ne l'est pas chez les sujets non déprimés⁵¹. De plus, les antidépresseurs ont un certain nombre d'effets indésirables, effet anti cholinergique, toxicité cardiaque, hypotension orthostatique, retentissement sexuel, exagération des impatiences des membres inférieurs et des mouvements périodiques des membres chez certains sujets. Ainsi les antidépresseurs sédatifs semblent pouvoir être une alternative chez les patients insomniaques dépressifs ainsi que chez les patients ayant des antécédents de dépendance mais n'est en aucun cas une solution adéquate et recommandée dans la prise en charge des insomnies chroniques.

2.5.1.4 La phytothérapie.

Une vingtaine de plantes sont autorisées, en France, dans la composition de médicaments « traditionnellement » utilisés en cas de troubles mineurs du sommeil⁵². Peu d'évaluations rigoureuses concernant leur efficacité et la connaissance de leurs risques potentiels est quasi nulle. Pour la majorité de ces plantes, l'absence totale de données d'efficacité et l'existence de soupçons quant à l'innocuité conduisent à les écarter de la pratique. Si le tilleul, la verveine, la mélisse et l'oranger n'ont aucune efficacité démontrée, leur innocuité permet d'en conseiller l'emploi. De même, aucune raison solide ne permet de rejeter des médicaments à base d'aubépine ou de passiflore. Dans l'état actuel de l'évaluation clinique de la valériane, des extraits de cette plante semblent avoir une efficacité modeste sur la qualité ressentie du sommeil, mais une efficacité supérieure à celle du placebo. Les préparations de valériane qui ne renferment pas de valépotriates, suspects de toxicité, semblent dépourvues d'effets indésirables. En pratique, mieux vaut éviter les extraits alcooliques de titre élevé et la poudre de valériane, et préférer les extraits aqueux et hydroalcooliques de titre faible. Ainsi, la prise vespérale peut être le prétexte à ménager un moment de détente avant le coucher. En soutien à des actions comportementales évaluées avec succès, elle peut favoriser la transition vers l'endormissement.

L'ensemble de ces observations nous conduisent au constat que l'approche pharmacologique du traitement de l'insomnie n'est sans doute pas la meilleure solution pour les patients notamment dans le cadre d'insomnie chronique, ainsi d'autres méthodes semblent devoir être privilégiées.

2.5.2 Les thérapies cognitives et comportementales.

Les limites des traitements médicamenteux, notamment dans les insomnies chroniques, ont encouragé la mise au point de méthodes de traitement cognitivocomportemental. Ces méthodes s'adressent principalement aux facteurs de vulnérabilité et d'entretien de l'insomnie. En effet, l'expérience de l'insomnie est susceptible d'induire dans le temps des changements d'habitudes et de comportements par rapport au sommeil. Or certains de ces changements peuvent finalement contribuer à entretenir les problèmes d'insomnie. Plusieurs approches thérapeutiques, seule ou combinée, sont possibles et peuvent être bénéfiques chez le patient insomniaque.

2.5.2.1 Les différentes techniques de thérapies cognitives et comportementales.

2.5.2.1.1 Les règles d'hygiène du sommeil.

Ces règles peuvent être recommandées à tous les individus, qu'ils aient ou non des problèmes de sommeil. Le patient, guidé par le clinicien, peut facilement appliquer ces règles. Elles sont simples et ne requièrent pas, de la part du clinicien, de formation spéciale pour leur utilisation. La seule précaution à prendre est de ne pas les instaurer toutes en même temps, mais plutôt de les introduire de façon progressive à chaque consultation. De cette manière le patient peut finalement identifier les facteurs d'hygiène du sommeil qui ont un impact réel sur son sommeil. Les règles à suivre sont en résumé d'avoir des horaires de sommeil réguliers, d'éviter la sieste, d'éviter la caféine et les excitants, de proscrire l'alcool et la nicotine, de réaliser des exercices physiques au bon moment de la journée, de respecter des règles alimentaires et de respecter l'environnement du sommeil.

2.5.2.1.2 Thérapie comportementale avec contrôle du stimuli.

Le principe du traitement⁵³ par le contrôle des stimuli repose sur l'hypothèse que les insomniaques ont développé une association négative entre, d'une part, l'environnement ou les situations propices au sommeil et, d'autre part, la difficulté à s'endormir ou à rester endormi. Dans ces conditions, la chambre à coucher ou le lit deviennent des stimuli contribuant à rester éveillé. Les personnes éprouvent surtout des difficultés à s'endormir ou à retrouver le sommeil s'ils se réveillent au cours de la nuit. Le but du traitement par contrôle du stimulus est finalement de rétablir le lien entre la chambre à coucher ou l'heure du coucher, ou le coucher lui-même, et un endormissement rapide. Le traitement est basé sur 5 règles qui sont :

- couchez-vous seulement lorsque vous avez envie de dormir ;
- n'utilisez le lit et la chambre que pour le sommeil et l'activité sexuelle ;
- levez-vous et allez dans une autre pièce si vous ne vous êtes pas endormi en 15 à 20 minutes, et ne retournez vous coucher que lorsque vous avez à nouveau envie de dormir ;
- levez-vous à la même heure tous les jours quelque soit la durée de votre sommeil la nuit précédente ;
- évitez de faire la sieste dans la journée.

2.5.2.1.3 Thérapie comportementale avec restriction de sommeil.

Le traitement repose⁵³ sur la constatation que, du fait de leur insomnie, et pour compenser leur manque de sommeil, certains insomniaques passent plus de temps dans leur lit. Le temps passé dans leur lit devient progressivement supérieur au besoin réel de sommeil. Cela se traduit par une inadaptation entre le temps passé au lit et le temps de sommeil. Le pourcentage entre le temps de sommeil et le temps passé au lit représente l'efficacité du sommeil. Cette approche thérapeutique est particulièrement indiquée pour les patients dont l'efficacité du sommeil est initialement inférieure à 85%.

En pratique, la tenue d'un agenda du sommeil pendant au moins une à deux semaines permet d'évaluer l'efficacité du sommeil. Si l'efficacité est inférieure à 85%, la consigne est de limiter strictement le temps passé au lit au temps de sommeil avec toutefois deux réserves :

- d'une part, le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à cinq heures ;
- d'autre part, la diminution de temps passé au lit se faire en retardant l'heure du couché, et non en se levant plus précocement.

L'efficacité du sommeil est contrôlée quotidiennement par un agenda. Dès que le patient commence à dormir plus de 85% du temps passé au lit, ce dernier peut être progressivement augmenté, par tranches de 15 minutes. Lorsqu'il n'y a plus d'augmentation du temps de sommeil, le temps passé au lit est alors stabilisé. Chez certains insomniaques, cette technique entraîne initialement une légère privation de sommeil, et dans ces conditions, il est fréquent qu'ils se plaignent de somnolence, de fatigue ou d'irritabilité en cours de journée. Certains patients peuvent bénéficier, en début de traitement, d'une courte sieste pendant la journée.

L'efficacité de cette technique de restriction du sommeil est maximale chez les patients avec un sommeil initialement fragmenté, mais si le patient évolue initialement vers une perturbation importante de son sommeil, le traitement doit toutefois être interrompu.

2.5.2.1.4 Thérapie cognitive.

Le traitement cognitif de l'insomnie est encore peu répandu car les recherches se sont surtout focalisées sur les comportements, mais relativement peu sur les pensées ou les cognitions qui les sous-tendent. Les fausses croyances, les attentes irréalistes ou les mauvaises attributions sur les causes et conséquences de l'insomnie sont pourtant des cibles de traitement pertinentes car elles contribuent très souvent à renforcer les problèmes de sommeil.

Le traitement cognitif repose sur l'existence chez l'insulaire chronique, de pensées inadaptées ou de croyances irrationnelles à propos du sommeil. L'objectif du traitement cognitif, ou restructuration cognitive, est de corriger ces pensées et de modifier ces croyances en les remplaçant par des cognitions plus adaptées.

La technique consiste à aider l'insulaire à identifier ses pensées concernant son sommeil, à en discuter le caractère irrationnel, puis à lui apprendre à les remplacer par des pensées plus adaptées. Les thérapies cognitives permettent également de diminuer l'hyper vigilance qui caractérise certains insomniaques et de corriger certains facteurs de personnalité prédisposant. Parmi les traitements

non pharmacologiques, les thérapies cognitives sont celles qui nécessitent de la part du clinicien la formation la plus spécifique.

2.5.2.1.5 Les techniques de relaxation.

L'intérêt de la relaxation⁵³ dans l'insomnie chronique repose sur le fait que la tension liée à l'anxiété, qu'il s'agisse d'une tension physique ou psychologique, inhibe les processus d'endormissement et de maintien du sommeil. L'objectif de la relaxation est de réduire cette tension et cette anxiété liées au sommeil. On regroupe dans cette catégorie de traitements des techniques de relaxation qui peuvent être physique ou mental, comme le training autogène de Schultz, la relaxation musculaire progressive de Jacobson, ou des techniques fondées sur l'imagerie mentale. Il s'agit également de technique de biofeedback. Certaines techniques de méditation, comme le yoga, la sophrologie ou l'hypnose, qui permettent de diminuer l'activation cérébrale qui perturbe l'endormissement, sont également efficaces chez certains insomniaques. Les techniques de relaxation sont utiles tant pour l'endormissement que pour le maintien du sommeil.

Toutes les techniques exigent néanmoins un entraînement régulier pendant plusieurs semaines avec un professionnel spécifiquement formé.

2.5.2.1.6 Intention paradoxale.

Elle est fondée sur le fait que les efforts faits par le sujet pour s'endormir vont à l'encontre du but recherché. L'objectif de la méthode est donc de détourner l'attention du sujet en lui demandant de faire des efforts pour ne pas s'endormir.

2.5.2.2 Les bénéfices et mise en œuvre de ces thérapies cognitives et comportementales.

La stratégie thérapeutique non pharmacologique²² dans le traitement des insomnies chroniques a pour but de corriger les comportements néfastes responsables d'une mauvaise hygiène du sommeil. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont pour objectif de corriger ces comportements afin d'améliorer la qualité du sommeil.

Deux méta-analyses^{54,55} apportent la preuve de l'efficacité des TCC dans le traitement des insomnies. La première méta-analyse a consisté en l'évaluation de 59 études sur un total de 2102 patients souffrants d'insomnie chronique⁵⁴. Celle-ci permet de conclure que les techniques comportementales de contrôle du stimulus et de restriction de sommeil sont les méthodes les plus efficaces en thérapies simple, tandis que les règles d'hygiène du sommeil ne sont pas efficaces en mono thérapie. De plus l'amélioration des troubles est constatée sur une période de 6 mois.

La seconde méta-analyse a évalué les effets des différentes techniques de TCC sur un total de 1907 patients souffrant d'insomnie chronique inclus dans 66 études⁵⁵. L'âge moyen étant de 42 ans et la durée moyenne de l'insomnie de 11 ans. Le constat est fait que quelque soit l'association de technique de TCC, la technique de contrôle du stimuli est celle qui apporte le plus de bénéfice, seule ou combinée, chez le patient souffrant d'insomnie chronique.

Plusieurs études ont comparé les TCC avec une prise en charge pharmacologique^{56,57,58} et toutes concluent à la même efficacité à court terme (inférieur à 5 semaines) des 2 techniques. Les TCC étant néanmoins associé avec une plus grande réduction de la latence d'endormissement.

Une étude randomisée contrôlée contre placebo⁵⁸ a évalué de manière séparée et combinée les effets des TCC et du zolpidem sur 63 adultes souffrants d'insomnie d'endormissement. Les résultats mettent en évidence que l'association de la TCC avec un hypnotique n'apporte aucun bénéfice supplémentaire par rapport à la TCC seule en terme de latence d'endormissement.

De plus, plusieurs études^{56,58,59} ont mis en évidence un bénéfice à long terme de la TCC par rapport un traitement médicamenteux. Une étude randomisée contrôlée versus placebo incluant 78 adultes souffrant d'insomnie chronique⁵⁹ étudie les bénéfices à long terme de la TCC seule, du temazepam seul et de l'association TCC-temazepam chez ces patients. Les résultats montrent qu'à court terme les 3 groupes sont plus efficaces que le placebo mais le suivi au long court retrouve, à 24 mois, une aggravation des troubles du sommeil dans le groupe temazepam et un maintien du bénéfice sur les paramètres du sommeil dans le groupe TCC. Le groupe TCC-temazepam montre une légère dégradation de la qualité du sommeil en cours des 24 mois confirmant que cette association n'est pas plus bénéfique que la TCC seule.

En ce qui concerne les modalités de mise en œuvre des thérapies cognitives et comportementales, plusieurs études apportent des réponses. Deux études^{60,61} retrouvent que la TCC est aussi efficace si l'apprentissage se réalise en thérapie de groupe que de manière individuel. La thérapie cognitive et comportementale améliore la qualité du sommeil, permet une réduction de l'usage d'hypnotiques, améliore la qualité de vie à moindre coût qu'avec les hypnotiques et le bénéfice se poursuit à 1an, tels sont les résultats de cette étude⁶² publiée en 2004. Ces résultats étant obtenus après 6 séances d'éducation thérapeutique de 50 minutes. Une autre étude cherche alors a déterminé le nombre optimal de séances d'éducation thérapeutique nécessaire dans le traitement des insomnies chronique primaire. L'approche optimale étant alors de 4 séances individuelles bi-hebdomadaires permettant d'obtenir le meilleur bénéfice en termes de qualité du sommeil à 6 mois.

Ainsi l'ensemble de ces études confirme l'efficacité des TCC dans le traitement de l'insomnie chronique. La combinaison de plusieurs techniques est plus efficace qu'une seule. Les thérapies comportementales sont au moins aussi efficace à court terme que les médicaments et donc doivent être privilégiées en première intention dans le traitement des insomnies chroniques. Ceci est d'autant plus vrai chez les personnes âgées qui ont un risque élevé de présenter des effets secondaire à la consommation de somnifères⁶³. La majorité de la population inclut dans ces études ont plus de 60 ans, mais le bénéfice des TCC est identique chez les sujets plus jeunes⁶⁴. L'association de la TCC avec un traitement médicamenteux n'apporte pas de bénéfice à long terme, néanmoins certain auteur⁵⁶ suggèrent une association initiale suivi d'un arrêt des somnifères après apprentissage des thérapies comportementales.

2.6 Recommandation de la Haute Autorité de Santé(HAS) sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.

2.6.1 Evaluation et outils diagnostiques.

Les médecins généralistes sont concernés au premier chef par cette question, l'insomnie étant un motif typique de recours en soins primaires, et ont en charge le suivi de la grande majorité des patients insomniaques. Hormis leur degré de sévérité, les insomnies soulèvent le problème de la diversité de leurs étiologies, ainsi que la question des traitements appropriés, la prescription médicamenteuse étant à considérer avec circonspection.

Le groupe de travail¹ recommande, de la part du médecin généraliste, une approche « active » de la question du sommeil lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (accord professionnel). Cela ne conduit pas nécessairement à la prescription d'hypnotiques.

Devant un patient se plaignant d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même ; il doit aussi être considéré en fonction de l'histoire personnelle et de l'environnement de ce patient. L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi, au moyen d'une approche somatique, psychologique et environnementale, soigneuse et détaillée, et d'une étude méticuleuse de l'historique du sommeil, y compris dans l'enfance du patient.

Il est recommandé d'étayer l'investigation clinique en utilisant au moins 2 outils testés et reconnus connu un plan détaillé d'évaluation de la plainte d'insomnie, d'enquête étiologique et d'orientation des décisions ainsi qu'un agenda du sommeil qui facilite l'auto-évaluation du problème. En complément, divers auto-questionnaires ou échelle analogiques peuvent être utilisés pour repérer une somnolence excessive ou des troubles anxieux et dépressifs.

2.6.2 Recours à un spécialiste du sommeil.

Le recours au spécialiste du sommeil est nécessaire face à des insomnies rebelles, avec ou sans escalade thérapeutique ainsi que face à des insomnies inexplicables, atypiques ou évoquant une situation complexe. Certains troubles doivent être explorés par des techniques spécialisées comme la polysomnographie. Le choix des indications de techniques d'exploration relève du spécialiste du sommeil consulté. La polysomnographie n'est indiquée en première intention ni pour le diagnostic de l'insomnie d'ajustement ou de l'insomnie chronique, ni pour le diagnostic de l'insomnie due à des troubles psychiatriques. La polysomnographie est indiquée lorsque sont suspectés des troubles associés à l'insomnie :

- des troubles du sommeil liés à la respiration (ronflements, somnolence diurne),
- des mouvements périodiques des membres (signalés par le conjoint),
- une somnolence diurne ;

ou en cas de :

- sommeil conservé mais non réparateur, sans dépression associée,
- trouble des rythmes circadiens,
- diagnostic clinique incertain,
- traitement bien conduit, s'avérant inefficace.

2.6.3 Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.

L'instauration d'un traitement pour l'insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci. Dans tous les cas d'insomnie, il convient de s'assurer que les règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont connues. Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères et sans comorbidité. Toutefois, elles ne peuvent prétendre à elles seules permettre de résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère ; elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques.

Le traitement des insomnies chroniques avec comorbidité est fonction de la cause identifiée ou de la pathologie associée susceptible de causer, entretenir ou aggraver l'insomnie. Dans cette situation, l'insomnie est en règle générale à évaluer et à prendre en charge pour elle-même, le traitement des troubles associés, notamment dépressif, n'entraînant pas automatiquement le retour du sommeil.

Les thérapies cognitivo-comportementales trouvent leur pleine indication dans le traitement des insomnies chroniques sans comorbidité qui dans la grande majorité sont des insomnies d'ordre psychophysiologique. Cette prise en charge non seulement s'étend sur plusieurs semaines ou mois, mais peut nécessiter des rappels ultérieurs pour assurer l'effet à long terme. C'est dire l'importance d'un suivi programmé, assorti d'évaluations périodiques sur l'évolution des divers paramètres du sommeil.

En outre, dans les différents cas d'insomnie chronique, avec ou sans comorbidité, et compte tenu du fait que la sévérité des insomnies chroniques peut varier au cours du temps, la prescription ponctuelle d'hypnotiques à faibles doses, malgré l'absence d'études qui en démontrent l'intérêt, peut s'avérer utile, après réévaluation de la situation du patient, pour lui permettre de pallier une recrudescence de son insomnie.

2.6.4 Mise en pratique des thérapies cognitivo-comportementales.

Les recommandations de la HAS préconisent un plan de traitement cognitivo-comportemental (cf. annexe 3). Ce plan est basé sur 6 séances d'activité avec apprentissage des techniques de TCC initialement puis répétition des instructions éventuellement prolongées par un rappel après quelques mois. Cette méthode suppose une claire compréhension, une pleine adhésion et une bonne observance du patient. La haute autorité de santé ajoute en conclusion que ces traitements alternatifs au traitement médicamenteux sont susceptibles d'enrichir la panoplie des médecins généralistes tout en soulignant que les TCC sont aujourd'hui peu développés en France, donc peu accessibles, et ne constituent dans ce contexte qu'une alternative assez théorique.

En conséquence, l'appropriation de certaines de ces techniques par les médecins généralistes pourrait être recommandée dans le cadre de leur formation, initiale ou continue, à condition qu'ils puissent dans leur activité dégager le temps nécessaire pour y consacrer des consultations spécifiques. De plus, la nécessité d'une adaptation des conditions d'exercice des soignants de première ligne, dans le but de développer des alternatives aux traitements pharmacologiques, serait à signaler aux instances décisionnelles de l'assurance maladie et des professions concernées.

2.7 Conclusion et projet de recherche en médecine générale.

Le traitement des insomnies, et notamment des insomnies chroniques, en suivant les recommandations de la HAS, constitue une difficulté dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. La revue de la littérature met en évidence les risques d'une consommation régulière de somnifères chez les adultes et chez les personnes âgées. Les bénéfices apportés par les thérapies cognitives et comportementales ont été clairement mis en évidence à travers de nombreuses études.

Malgré cela, l'usage par le médecin généraliste de traitement non pharmacologique dans sa prise en charge des insomnies chroniques reste limité. Les recommandations de la HAS préconisent un apprentissage des TCC par le praticien dans le cadre de sa consultation. Cet apprentissage nécessite un investissement en temps important de la part du médecin généraliste dans un contexte de charge de travail déjà croissant et une absence de valorisation de ce type d'engagement.

Après avoir réalisé un état de lieux de la consommation de somnifères en Meurthe-et-Moselle et dans la commune de Laxou, nous allons chercher à démontrer si il est possible d'améliorer la stratégie de prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte par le biais d'une action d'éducation thérapeutique de groupe.

3 Etat des lieux de la consommation de somnifères en Meurthe-et-Moselle et à Laxou en janvier 2008.

3.1 Introduction.

La consommation française de médicaments se situe à un niveau élevé, tant en comparaison européenne que mondiale.

3.1.1 Les dépenses de médicaments remboursables en France en 2007.

Les dépenses de remboursement des médicaments ont représenté en 2007 plus de 21 milliards d'euros (montant tous régimes, y compris rétrocession), soit 1/3 des dépenses de soins de ville⁶⁵.

2,6 milliards de boîtes, flacons ou autres présentations de médicaments délivrés par les officines de ville, (en augmentation de 3,3 % par rapport à 2006) ont été remboursés au cours de l'année pour tous les régimes.

En 2007, le chiffre d'affaires du médicament remboursable en ville a atteint 18,7 milliards d'euros⁶⁶ (en prix producteur hors taxes). La hausse de 3,6 % enregistrée entre 2006 et 2007 a été supérieure à celle de l'exercice précédent, année où elle était particulièrement faible (+0,9 %). Toutefois, elle est restée en dessous des taux de croissance annuels observés entre 2000 et 2005 qui oscillaient entre +4,6 % et +7,1 %. La montée en charge des génériques (notamment dans des classes thérapeutiques très vendues) a modéré la progression du chiffre d'affaires, alors que l'apparition de nouveaux produits a entretenu son dynamisme.

3.1.2 Comparaisons européennes sur la consommation de médicaments.

De nombreuses publications mettent en évidence une consommation importante de médicaments en France relativement aux principaux pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne).

La consommation médicamenteuse est plus élevée en France que dans les quatre autres pays⁶⁷. Avec plus de 97 milliards d'unités standardisées (cumul mobile annuel en septembre 2006), la France se situe devant l'Allemagne (88 milliards), le Royaume-Uni (70 milliards) et représente près du double de la consommation en Italie et en Espagne (respectivement 44,1 et 44,4 milliards d'unités standardisées). La France reste globalement le pays le plus gros consommateur si on ramène les chiffres à la population, quelque soit l'indicateur utilisé : Euros, unités, unités standardisées, etc.

Le critère de consommation le plus immédiat est la dépense de médicament par habitant et par an. Il a notamment été retenu dans une étude réalisée par la DREES⁶⁸ publiée en juillet 2006, qui a porté sur le marché du médicament dans 5 pays européens en 2004. Cette étude met en évidence que la France enregistre en 2004 les ventes de médicaments les plus élevées avec une dépense s'élevant à 284 € par habitant par an, devant le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne (autour de 200 €). Cette sur-dépense de l'ordre de 35% par rapport à la moyenne résulte de quantités supérieures de 55% et de prix moyens inférieurs de 20% à la moyenne.

La consommation médicamenteuse en France a également été illustrée à partir du comportement des médecins et de la relation entre consultation d'un médecin et nombre de prescriptions⁶⁷. Selon une étude publiée par la CNAMTS en octobre 2005, la consommation médicamenteuse serait importante au vu de la proportion de consultations avec ordonnances dans l'ensemble des consultations. « Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments » est singulier. L'équation « consultation = ordonnance = médicaments » est plus forte en France qu'ailleurs. La proportion de consultations françaises se concluant par une ordonnance est de 90 % contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays-Bas.

3.1.3 La consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques en France.

Une étude réalisée par l'Assurance Maladie⁶⁹ montre que 17,4 % (plus de 10 millions) de la population française a bénéficié d'au moins une prescription d'anxiolytique et 8,8 % (plus de 5 millions) d'hypnotique. Les consommateurs réguliers (plus de 4 remboursements dans l'année) représentent 7% de la population pour les anxiolytiques et 3,7 % pour les hypnotiques. Le taux de consommation est plus fort chez les femmes et augmente avec l'âge quelle que soit la molécule.

En 2004, les Français ont acheté 51,1 millions de boîtes de somnifères et 55,6 millions de boîtes de tranquillisants (en progression depuis 2003). Ce qui représente 320 millions d'euros remboursés par l'Assurance Maladie en 2004.

3.2 Matériel et méthode.

3.2.1 Enquête auprès de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Notre demande a été faite après rencontre du médecin conseil chef de service afin de pouvoir faire un état des lieux de la consommation de somnifères sur une période de 1 mois sur la commune de Laxou et le département de la Meurthe-et-Moselle.

3.2.2 Définition de la classe thérapeutique étudiée

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la classification EphMRA N05B1 qui concerne le groupe des hypnotiques non barbituriques seuls, auxquels nous avons ajouté l'acéprométazine (Noctran® et Mépronizine®) du groupe N05B2 hypnotiques non barbituriques associés. (Annexe 4)

3.2.3 Variables étudiées

Les variables retenues pour analyser la consommation d'hypnotiques comprennent l'âge, le sexe, le nombre des boîtes délivrées, le coût des remboursements. L'ensemble de ces données ne concernent que la population dépendant du régime général de la sécurité sociale.

3.2.4 Analyse des données

La population pris en compte pour le calcul des taux est la population protégée par le régime général de l'assurance maladie connu au 31 décembre 2007. La méthode de recueil des données se fait par une interrogation des bases de l'assurance maladie via le logiciel Oracle en langage SQL (Structured Query Language). Les données recueillies sont ensuite traitées par le logiciel de statistique SPSS version 11.5 (Statistical Package for the Social Science).

3.3 Résultats.

3.3.1 Consommation d'hypnotiques en Meurthe-et-Moselle en janvier 2008.

3.3.1.1 Nombres de délivrances et quantité des boîtes

En janvier 2008, le nombre de délivrances est de 18760 pour un nombre total de boîtes de 32349.

Tableau 6 :

Nombre de délivrances de médicaments en Meurthe-et-Moselle en janvier 2008	Nombre de délivrances d'hypnotiques en Meurthe-et-Moselle en janvier 2008	ratio
442878	18 760	4,23%

Ceci correspond à un montant remboursé par la sécurité sociale de 57510 euros sur cette période.

3.3.1.2 Répartition des consommateurs par sexe et classes d'âges

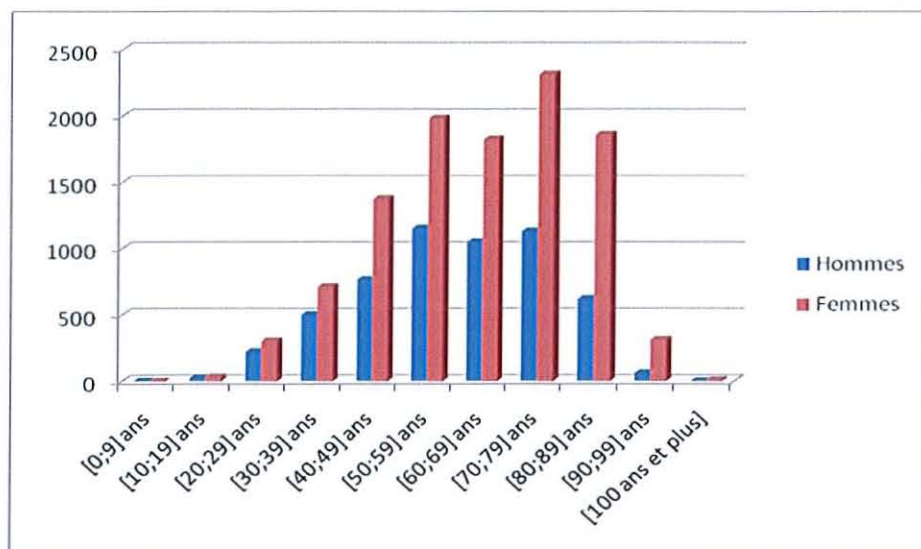


Figure 1

Ainsi, toutes tranches d'âges confondues, les femmes représentent 2/3 (66%) des consommateurs d'hypnotiques.

Le taux de consommation d'hypnotique augmente avec l'âge : 39,8% des consommateurs ont plus de 69 ans alors qu'ils ne représentent que 11,5 % de la population dans le département.

Tableau 7 :

Population protégée par le régime général en Meurthe-et-moselle (au 31/12/2007)	Population avec au moins une délivrance d'hypnotiques en janvier 2008 en Meurthe-et-Moselle	ratio
556 690	16 217	2,9%

3.3.1.3 Répartition des différentes molécules chez les consommateurs

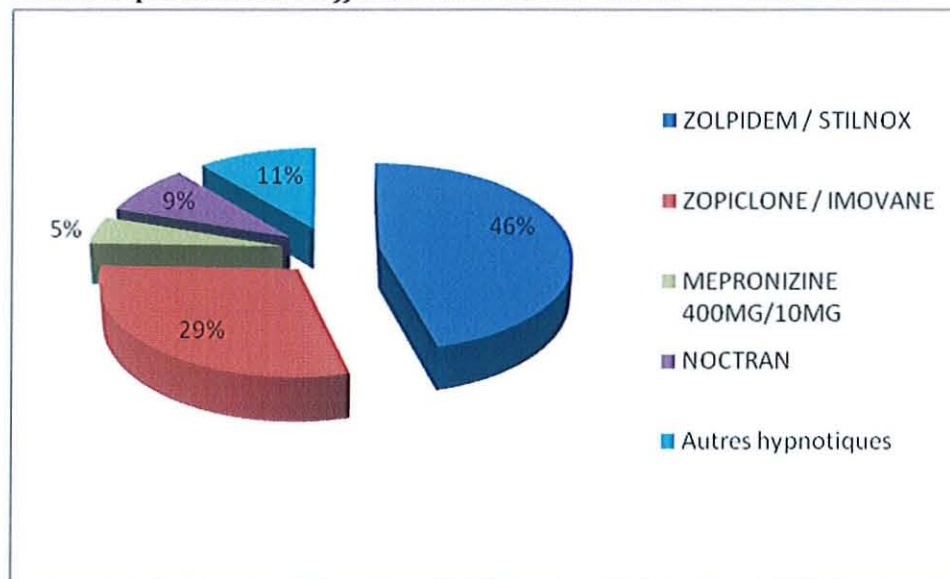


Figure 2

Le zolpidem et le zopiclone représentent 75 % des hypnotiques consommés.

3.3.2 Consommation d’hypnotiques dans la commune de Laxou en janvier 2008.

3.3.2.1 Nombres de délivrances et quantité des boîtes

En janvier 2008, il y a eu 345 actes de délivrances d’hypnotiques au sein des officines pour un nombre total de 558 boîtes.

Tableau 8 :

Nombre de délivrances de médicaments à Laxou en janvier 2008	Nombre de délivrances d'hypnotiques ou apparentés à Laxou en janvier 2008	ratio
8657	345	3,98%

Le montant des remboursements par la sécurité sociale s’élève à 962 euros.

3.3.2.2 Répartition des consommateurs par sexe et classe d'âges

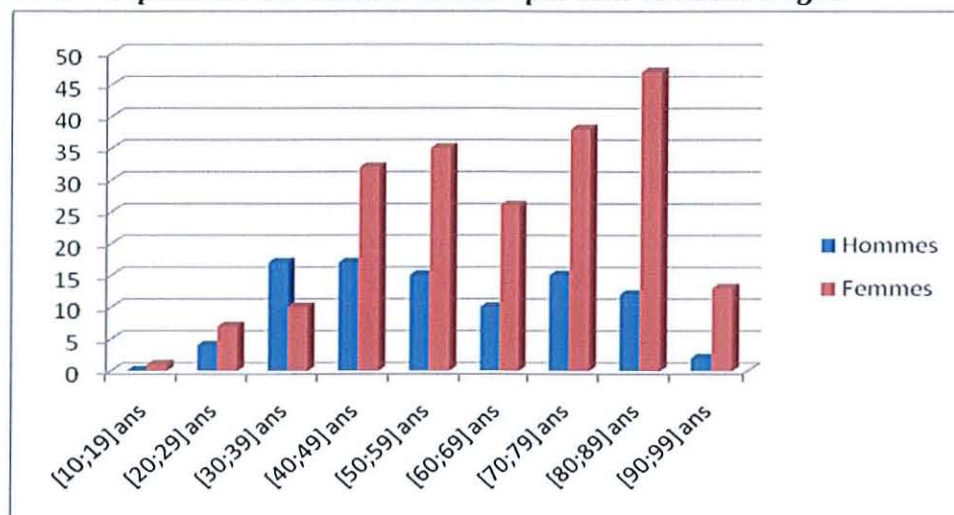


Figure 3

Parmi les consommateurs d'hypnotiques, les femmes en représentent un peu plus des 2/3 (69%).

Tableau 9 :

Population protégée par le régime général pour la ville de Laxou	Population (Laxou) avec au moins une délivrance d'hypnotiques en janvier 2008	ratio
12 777	301	2,35%

3.3.2.3 Répartition des différentes molécules chez les consommateurs

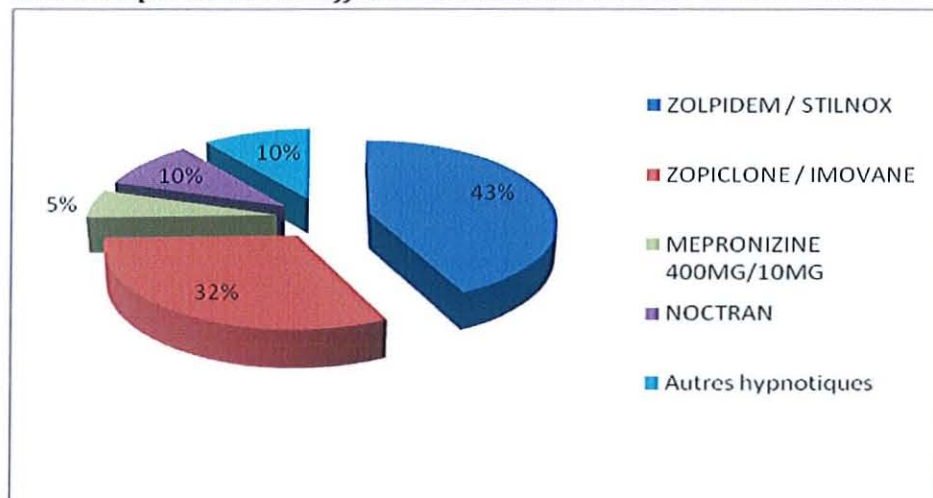


Figure 4

Cette répartition est superposable à celle observée pour le département de la Meurthe-et-Moselle. Le zolpidem et le zopiclone représentent 75 % des hypnotiques consommés.

3.4 Discussion. Comparaison avec une étude menée en 1998.

L'ensemble de ces résultats ont été mis en relation avec ceux obtenus lors d'une enquête réalisée en 1998 sur la prescription des hypnotiques en médecine générale dans le département de la Meurthe-et-Moselle⁷⁰. Dans cette étude, une sélection de toutes les prescriptions contenant au moins un hypnotique a été faite auprès de la CPAM de Nancy durant le mois d'avril 1998, une analyse de la population et des consommations d'hypnotiques ont été réalisées.

Ainsi, en ce qui concerne la répartition de la population consommatrice d'hypnotique, nous avons constaté que le pic de fréquence de consommation en 2008 est entre 70 et 79 ans tout comme en 1998. Néanmoins, tandis que nous constatons une augmentation constante de la consommation avec l'âge en 1998, nous retrouvons en 2008 une nette augmentation de la consommation dans la tranche d'âge 50-59 ans ce qui porte à croire que la consommation d'hypnotique débute plus tôt chez des patients encore en activité professionnelle.

Les femmes représentent en 2008, 66% des prescriptions alors qu'elles ne représentaient en 1998 que 62,2% de celle-ci. Les femmes restent les principales consommatrices d'hypnotiques.

Entre 1998 et 2008, les plus de 69 ans représentent respectivement 39% et 39,8% de l'ensemble des consommateurs d'hypnotique alors qu'ils représentent 10,5% et 11,5% de la population globale. Ces chiffres mettent en évidence un statu quo sur la répartition de consommateurs dans cette tranche d'âge.

Sur la question de la répartition de l'usage des différents hypnotiques, nous constatons que la part représentée par les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (zolpidem et zopiclone) s'est accrue car ils représentaient en 1998, 71,13% des hypnotiques prescrits alors qu'ils représentent 75% actuellement. Cette classe d'hypnotique reste de loin la plus prescrite et cela s'accroît au fil des années au dépend des hypnotiques benzodiazépiniques.

3.5 Conclusion.

Cette comparaison entre les données de 1998 et 2008 nous permettent de constater des changements et une évolution de la consommation des hypnotiques : augmentation de la proportion de femmes consommatrices, augmentation de la consommation dans la tranche d'âge 50-59 ans, les plus de 69 ans restent les plus gros consommateurs d'hypnotiques de manière stable et les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines restent les hypnotiques les plus prescrits.

4 Education thérapeutique de groupe, une méthode originale pour sensibiliser les patients.

4.1 Introduction

La prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale reste une difficulté au quotidien pour le médecin de famille. Face à des plaintes récurrentes de patients insomniaques, le médecin généraliste doit être en mesure de répondre par une stratégie thérapeutique claire, efficace et adaptée à l'exercice actuel de la médecine générale.

La consommation d'hypnotiques reste stable en France et dans le département de la Meurthe-et-Moselle. L'approche thérapeutique non pharmacologique des insomnies chroniques a beaucoup évolué avec le développement des TCC qui ont fait l'objet de nombreuses études avec des résultats en termes d'efficacité à court, moyen et long terme nettement supérieur à celle des approches médicamenteuses classiques. La difficulté actuelle réside dans les modalités de mise en œuvre de ces TCC par le médecin généraliste.

La haute autorité de santé préconise une approche individuelle basée sur un suivi du patient au cours de plusieurs consultations durant lesquelles le médecin généraliste serait chargé d'éduquer le patient, de réaliser une évaluation de son type et de la sévérité de son insomnie, et de mettre en œuvre les mesures de correction des causes de cette insomnie. Cette prise en charge idéale est loin d'être réalisable en pratique vu la charge d'activité importante de nombreux médecins généralistes. La mise en place d'une action éducative de groupe sur le problème des troubles du sommeil devrait permettre aux praticiens de toucher une plus large population et d'optimiser leur investissement afin de pouvoir centrer leur action à titre individuel avec leur patient sur le traitement et le suivi de leur insomnie.

Ainsi l'un des objectifs de notre étude sera de développer une nouvelle méthode d'éducation thérapeutique de groupe sur le thème des troubles du sommeil en essayant de faire collaborer l'ensemble des intervenants de la vie sociale et médicale d'un secteur géographique donné. Cette étude nous permettra alors d'évaluer l'impact d'une telle démarche sur l'ensemble des participants et notamment sur le bénéfice apporté en terme de qualité de sommeil.

L'évaluation finale de ce projet nous permettra de savoir si cette méthode est faisable, reproductible, efficace et ainsi de pouvoir proposer une nouvelle piste d'amélioration des pratiques dans la prise en charge des patients souffrant d'insomnies en médecine générale.

4.2 Matériel et méthode.

4.2.1 Les médecins généralistes

Nous avons demandé à 5 médecins généralistes exerçant dans un même secteur géographique de l'agglomération nancéenne à savoir le quartier de « Laxou village » de participer à l'étude. Ces 5 médecins exercent dans 2 cabinets de groupe proche l'un de l'autre. Les participants sont : le Docteur AUBERT Sophie, médecin généraliste; le Docteur BOIVIN Jean-Marc, médecin généraliste, maître de stage, maître de conférence associé à la faculté de médecine de Nancy et directeur de

cette thèse; le Docteur COLLE Françoise, médecin généraliste ; le Docteur LESOURD Paul, médecin généraliste, maître de stage et diplômé en réparation juridique du dommage corporel et le Docteur VAGLIO Jean-Pierre, médecin généraliste, maître de stage et diplômé en angiologie et acupuncture.

4.2.2 Les participants à l'étude.

Ils regroupent l'ensemble des participants volontaires aux conférences d'information et d'éducation thérapeutique, âgés de plus de 18 ans. Ont été inclus dans l'étude les participants souffrant d'insomnie mais également les non insomniaque qui ont participé aux conférences à titre informatif.

4.2.3 Les collectivités locales et la caisse primaire d'assurance maladie.

Pour nous aider dans la mise en œuvre de ce projet, nous avons sollicité le soutien de l'association nancéenne « Carrefour Santé ». Existante depuis 1991, cette association est née d'une union entre la ville de Nancy et la caisse primaire d'assurance maladie de Nancy. L'objectif principal de « Carrefour Santé » est de favoriser une meilleure qualité de vie pour tous. Cette association met en place des actions de sante publique grâce à un large partenariat (103 associations, organismes et institutions de santé publique). Notre projet a ainsi pu être intégré dans une campagne d'information intitulé « Somnifères, tranquillisants, antidépresseurs, anxiolytiques : du bon usage des médicaments psychotropes » organisé du 24 septembre au 26 octobre 2007. L'association a ainsi proposé, au travers d'animations, de conférences et d'échanges, de mieux connaître les médicaments psychotropes, leur bon usage et les solutions alternatives qui peuvent apporter une amélioration aux troubles ressentis, et même les prévenir(Annexe 5).

La commune de Laxou, grâce au soutien de son maire et de son adjoint chargé des questions de santé, a mis à notre disposition une salle communale afin d'organiser nos conférences.

4.2.4 Méthode

4.2.4.1 La formation des médecins généralistes.

Elle a été organisée et animée par le Docteur Jean-Marc BOIVIN, formateur FMC sur le thème des insomnies et leur prise en charge. Cette soirée de formation interactive a eu pour objectif une mise à jour des connaissances théoriques sur les insomnies et une revue des dernières recommandations de la haute autorité de santé sur la prise en charge par le médecin généraliste des insomnies¹. Cette rencontre cordiale entre les médecins généralistes exerçants à proximité les uns des autres a permis de coordonner une action éducative et a permis d'inciter chacun à modifier si nécessaire sa prise en charge des patients insomniaques. Cet investissement personnel au sein de ce projet sous entend une volonté commune d'amélioration des pratiques en notamment concernant la prescription de somnifères.

4.2.4.2 Une conférence débat sur les troubles du sommeil et leur prise en charge.

La mise en œuvre de notre action éducative était basée sur l'organisation de 2 conférences publiques. Elles ont eu lieu le 28 septembre et le 30 novembre 2007. Ces conférences étaient animées par les médecins généralistes qui sont intervenus successivement. L'objectif était d'apporter une information précise sur les insomnies durant une période de 1h30. Cette information était indispensable dans notre action d'éducation thérapeutique. Ces conférences nous ont permis de

recruter des patients souffrant d'insomnies et d'évaluer l'impact à court et moyen terme de notre démarche.



4.2.4.3 Les objectifs de l'étude.

L'objectif principal était de savoir s'il était possible de faire travailler ensemble l'ensemble des médecins généralistes d'un secteur géographique ainsi que les collectivités locales et la caisse primaire d'assurance maladie dans le cadre d'un projet d'éducation thérapeutique de groupe sur une population volontaire. Les objectifs secondaires étaient de faire compléter un agenda du sommeil et de consulter spécifiquement leur médecin de famille 1 mois après la conférence. Le contenu de la conférence devait encourager les consommateurs de somnifères à entreprendre une réduction ou un arrêt de leur consommation d'hypnotiques. L'amélioration de la qualité du sommeil sera observée au terme de l'étude selon l'application ou non des conseils d'hygiène du sommeil et des TCC.

4.2.4.4 Outils de communication.

4.2.4.4.1 Une campagne d'affichage.

Les affiches (Annexe 6) ont été disposées et des flyers distribués dans l'ensemble des sites et salles de la commune de Laxou. De plus, les pharmacies de la commune ont affiché l'annonce de la conférence.

4.2.4.4.2 Aide des médias.

Une intervention sur les ondes de la radio France Bleu Sud Lorraine a été réalisée quelques jours avant la conférence. Cette interview s'est faite dans le cadre d'une rubrique sur le thème de la santé et nous a permis de toucher un plus large public. Des conseils et explications ont pu être donnés et nous avons encouragé les auditeurs à participer à la conférence.

4.2.4.4.3 Invitation des médecins généralistes.

L'ensemble des médecins généralistes participants à l'étude ont informé leurs patients de l'organisation de la conférence lors de consultation et par des affiches dans leur salle d'attente.

4.2.4.5 Contenu des conférences.

4.2.4.5.1 Rappel de physiologie du sommeil.

Il nous a semblé indispensable dans notre démarche d'éducation thérapeutique de débiter notre conférence par une explication des mécanismes du sommeil et de son rôle. L'objectif est de faire prendre conscience aux participants que le sommeil n'est pas une période d'inactivité cérébrale mais qu'il est organisé en cycles et en phases du sommeil indispensables dans le fonctionnement de notre organisme. Le sommeil joue un rôle dans le repos physique, psychique, dans les processus de mémorisation et d'apprentissage, dans la croissance et la sécrétion hormonale ainsi que sur le plan de notre immunité. Nous avons également expliqué les mécanismes de régulation du sommeil avec les déterminants endogènes (composante homéostatique et circadienne) et les déterminants exogènes (rôle de la température et de l'alternance jour-nuit).

4.2.4.5.2 Prise en charge des patients insomniaques par le médecin généraliste.

Nous avons définis le terme d'insomnie et précisé les étiologies. Les insomnies chroniques secondaires sans et avec comorbidité ont été détaillés. L'intérêt d'une consultation chez le médecin généraliste spécifiquement dédiée aux troubles du sommeil a été énoncé. Le diagnostic et la compréhension de l'origine de l'insomnie nécessite du temps et un investissement du patient pour permettre au praticien de mettre en place une stratégie de prise en charge argumentée et cohérente. La place de l'agenda du sommeil a été développée. L'agenda du sommeil est à la fois un outil diagnostique qui renseigne le praticien sur l'hygiène du sommeil du patient, un outil pédagogique qui permet d'impliquer le patient dans l'évaluation de ses troubles et un outil thérapeutique permettant de dédramatiser les troubles du sommeil et de modifier la perception des troubles. Des exemples de calendrier et un apprentissage pour compléter un agenda du sommeil ont été faits lors de la conférence.

4.2.4.5.3 Les fausses croyances.

Le problème des fausses croyances a été abordé de manière interactive avec les participants par le biais d'un questionnaire « vrai-faux ».

4.2.4.5.4 Les thérapies cognitives et comportementales.

Les différentes méthodes de prise en charge des insomnies ont été abordées. Les attentes à avoir des traitements médicamenteux et non médicamenteux ont été développées. Les règles d'hygiène du sommeil et les thérapies cognitives et comportementales ont été expliquées. Les techniques de TCC présentées sont le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil. Nous avons résumé une partie de notre exposé sous la forme d'une liste de conseils en fin de conférence :

1. Horaires de sommeil réguliers
2. Éviter la sieste
3. Éviter la caféine, les excitants, proscrire l'alcool et la nicotine
4. Exercice physique au bon moment
5. Respect des règles alimentaires

6. Respect de l'environnement du sommeil
7. N'utiliser le lit que pour dormir.
8. Ne pas avoir d'activité d'éveil dans son lit (sauf activités sexuelles)
9. Ne pas se coucher tant que l'on n'a pas envie de dormir
10. Lorsque l'on ne parvient pas à s'endormir en moins de 20 minutes, quitter le lit, si possible la chambre, et entreprendre une activité calme comme la lecture
11. Ne pas se recoucher tant que l'on ne ressent pas le besoin de dormir et recommencer si besoin autant de fois que nécessaire
12. Se lever tous les matins à la même heure

4.2.4.5.5 Sensibilisation des utilisateurs de benzodiazépines et apparenté à la tentative d'un sevrage.

Une information complète a été donnée sur les risques d'une consommation chronique de somnifères. L'ensemble des participants consommateurs de ces produits ont été encouragés à consulter spécifiquement leur médecin traitant afin de mettre en œuvre une stratégie de sevrage progressif. Nous avons attiré l'attention de ces participants sur le fait que la persistance de troubles du sommeil malgré une consommation régulière de somnifères était bien une preuve de la faible efficacité de ces produits au long court et donc de la nécessité d'une réévaluation de la situation et de la mise en œuvre d'une autre démarche thérapeutique.

4.2.4.6 Méthode de recueil des informations.

Nous avons remis à l'ensemble des participants aux conférences un questionnaire et 2 exemplaires d'agenda du sommeil avec une liste de conseils.

4.2.4.6.1 Questionnaires de début et de fin de conférence.

Un questionnaire a été complété au début de la conférence (Annexe 7). Il a permis d'établir le profil des participants, de mieux connaître leurs attentes et d'évaluer leur niveau de connaissance. Ce questionnaire nous a permis de définir avec précision le type d'insomnie des participants. Le questionnaire de fin de conférence (Annexe 8) nous a permis d'évaluer les connaissances acquises, le niveau de satisfaction et la volonté des participants souffrant d'insomnies à prendre en charge différemment les troubles du sommeil.

4.2.4.6.2 L'agenda du sommeil.

Au cours de la conférence, nous avons demandé aux participants de compléter un agenda du sommeil à partir d'un exemple.

Mme D. 75 ans, se plaint d'insomnies. Elle se couche à 20h00 et ne s'endort qu'à 23h00. Elle se réveille à 4h00 mais ne se rendort pas, elle se lève à 7h00. Après le repas du midi, elle fait une sieste « pour récupérer ». Elle s'allonge à 13h00 et dort aussitôt jusqu'à 15h00 puis elle se lève.

Les participants ont complété l'agenda sans que nous ne montrions la réponse. Cet agenda a été récupéré et son interprétation nous a permis d'évaluer la qualité de transcription des données.

4.2.4.6.3 Questionnaires à 1 mois et 3 mois.

Nous avons demandé aux participants volontaires leurs coordonnées afin de réaliser un entretien téléphonique à 1 et 3 mois après la conférence afin d'évaluer l'impact de notre démarche d'éducation thérapeutique. Tous les participants ont été contactés à 1 mois et seuls les participants souffrant d'insomnies ont été interrogés à 3 mois. (Annexe 9)

4.2.4.7 Méthodologie d'analyse statistique.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS V9.1 (SAS software, Cary, NC, USA). Le seuil de signification bilatéral a été fixé à 0.05.

L'analyse des fréquences a été effectuée à l'aide du test du Chi-2 (ou du test exact de Fisher le cas échéant) pour les comparaisons simples, par le test de symétrie de McNemar (tables 2x2) ou de Bowker (tables > 2x2) pour les tests d'agrément (comparaisons de type avant/après). Seuls les résultats des tests significatifs au seuil de 0.10 sont reportés (les autres peuvent être interprétés comme $p = NS$).

4.3 Résultats.

4.3.1 Effectifs et caractéristiques de la population.

Les 2 conférences d'éducation thérapeutique ont regroupé 82 participants. 76 ont complété les questionnaires de début et de fin de conférence dont 2 questionnaires complétés partiellement et 1 questionnaire complété par une jeune fille de 16 ans qui a été exclue de l'étude. 55 personnes ont laissé leurs coordonnées pour un suivi à 1 mois et 3 mois.

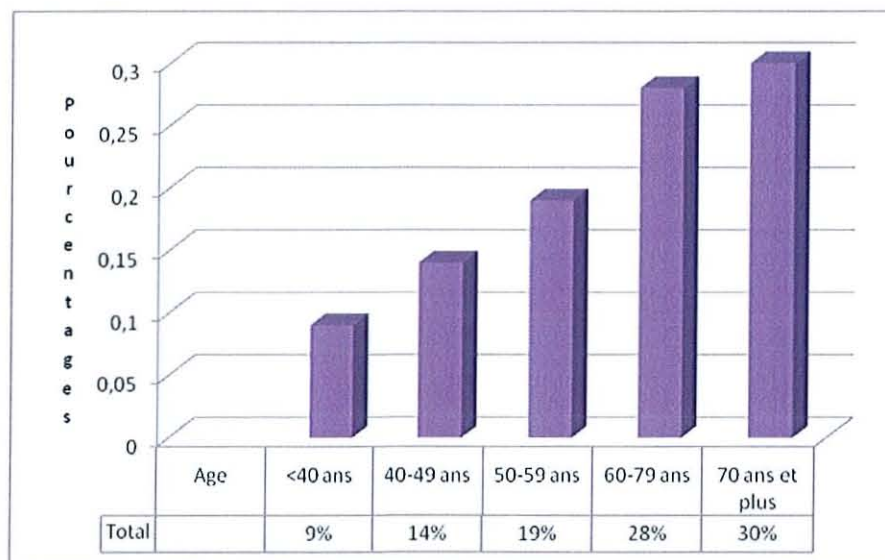


Figure 5 : Répartition par âges des participants.

Au sein de cette population, les femmes représentaient 65 %. Plus de la moitié des participants (58%) étaient âgées de plus de 60 ans.

Caractéristiques des participants souffrant de troubles du sommeil :

63% (n=46) des participants déclaraient souffrir de troubles du sommeil dont 63% (n=29) de femmes. Les troubles du sommeil étaient qualifiés de chroniques dans 89%.

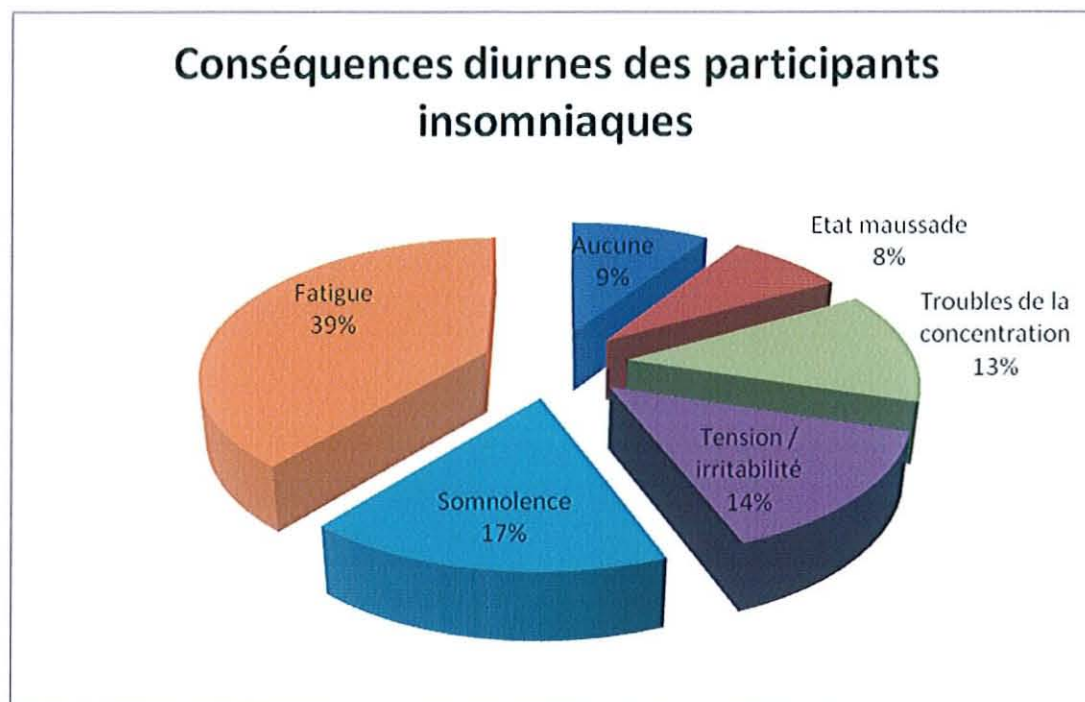


Figure 6

16% (n=8) des participants souffrant d'insomnie n'avaient aucune conséquence diurne. 33% (n=15) avaient 1 conséquence, 38% (n=17) avaient 2 conséquences, nous avons 3 conséquences chez 9% (n=4) des insomniaques et 4% participants (n=2) présentaient 4 ou 5 conséquences diurnes de leurs troubles du sommeil.

Au sein de cette population, 38 personnes (83%) sont à considérer comme souffrants d'insomnies.

Tableau 10: Répartition du niveau de gravité des insomnies.

	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Insomnies légères	3 (20%)	7 (30%)	10 (26%)
Insomnies modérées	8 (53%)	7 (30%)	15 (39%)
Insomnies sévères	4 (27%)	9 (39%)	13 (34%)
Total	15 (100%)	23 (100%)	38 (100%)

Consommation de somnifères chez les participants souffrant d'insomnies :

Parmi les 46 participants souffrant de troubles du sommeil, 27 (59%) ne consommaient pas de somnifères et 19 (41%) étaient consommateurs dont 18 (95%) depuis plus de 1 an. En sein du groupe des consommateurs, 47% étaient des consommateurs quotidiens et 53% occasionnels.

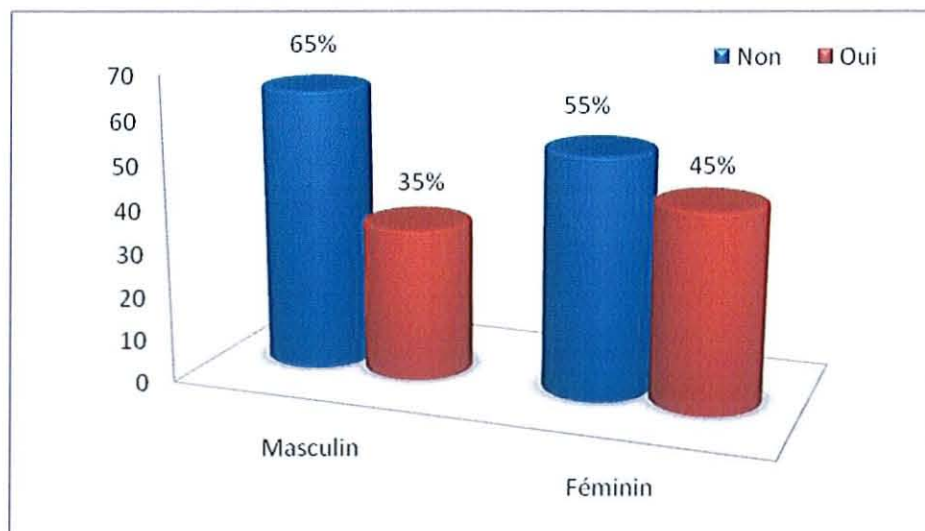


Figure 7 : Consommation de somnifères selon le sexe des participants.

Impact de la consommation de somnifères et attente de ces consommateurs :

Tableau 11 : Place des somnifères dans le traitement des insomnies.

Somnifères incontournables	Insomnie		Total
	Non	Oui	
Non	21 (81%)	32 (71%)	53 (75%)
Oui	5 (19%)	13 (29%)	18 (25%)
Total	26 (100%)	45 (100%)	71 (100%)

La totalité des participants souffrant d'insomnies déclaraient être informé du risque de dépendance lors d'une consommation régulière de somnifères et 60% d'entre eux admettaient ne pas avoir entendu parler d'autres méthodes de prise en charge des troubles du sommeil.

Tableau 12: Bénéfice de la consommation de somnifères chez les participants.

Problème résolu	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Non	5 (83%)	8 (62%)	13 (68%)
Oui	1 (17%)	5 (38%)	6 (32%)
Total	6 (100%)	13 (100%)	19 (100%)

79% des consommateurs aimeraient pouvoir stopper l'usage de somnifères.

La moitié des consommateurs déclaraient qu'une réduction des doses de leurs somnifères leur a déjà été proposée par leur médecin traitant.

4.3.2 Le calendrier du sommeil.

Au cours de la conférence, un exercice de remplissage d'un agenda du sommeil a été proposé aux participants. Sur les 76 participants, 47 l'ont complété. L'interprétation de cet exercice a été réalisée de la manière suivante. Nous avons, de manière empirique, considéré que le calendrier restait facilement interprétable si l'on retrouvait 0 à 2 erreurs. Entre 3 et 5 erreurs, le praticien a besoin d'interroger le patient pour rendre l'interprétation possible. Au-delà de 6 erreurs, l'agenda n'est pas interprétable, le praticien a besoin de réexpliquer et de refaire compléter l'agenda du sommeil par le patient.

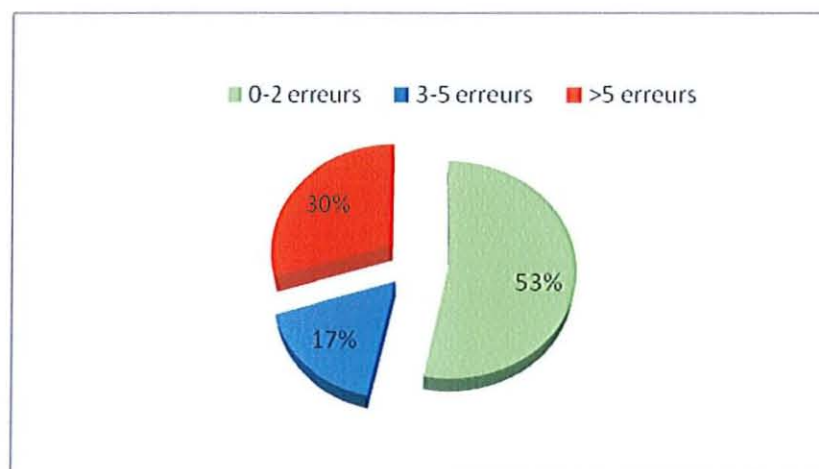


Figure 8 : Qualité d'interprétation de l'agenda du sommeil.

Dans 70% des cas, l'interprétation par le praticien est aisée avec quelques éléments complémentaires à demander au patient.

4.3.3 Représentation des causes d'insomnies chez les participants. Evolution au cours de l'étude.

Nous avons demandé à 3 reprises aux participants (début de conférence, fin conférence et à 3 mois) de citer 3 facteurs responsables d'insomnies. Les réponses obtenues ont été classées en 4 groupes.

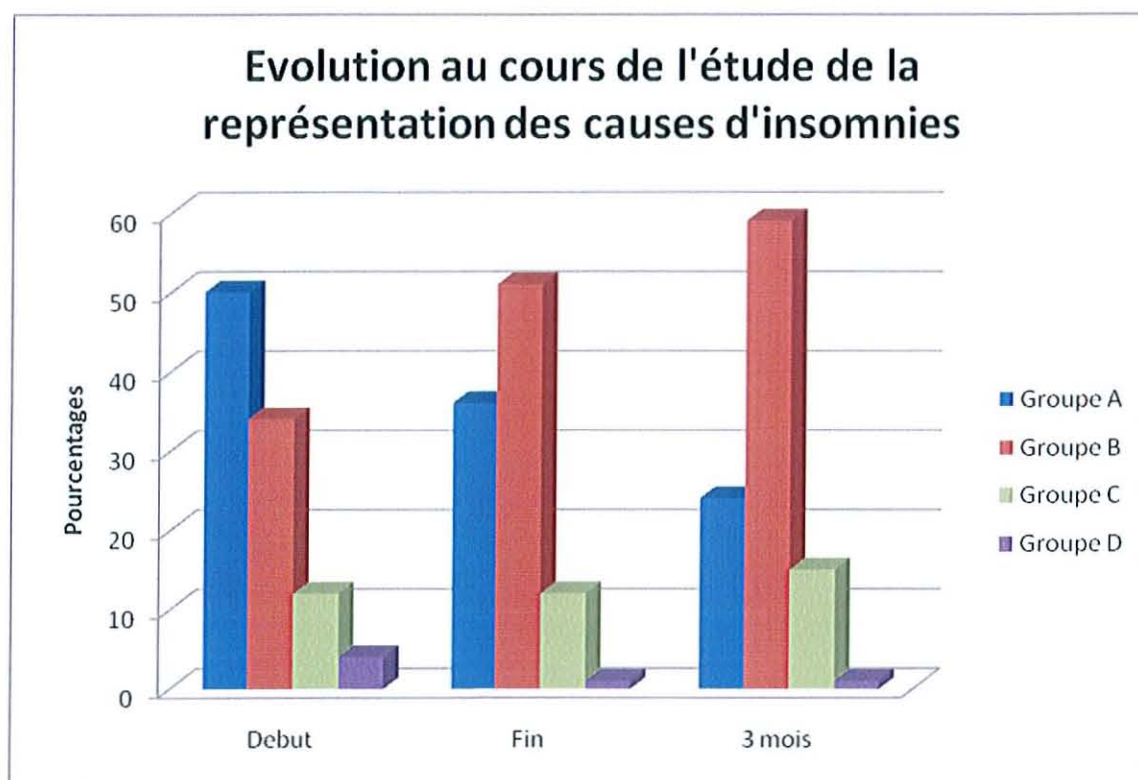
Groupe A : insomnies dues à un trouble psychiatrique ou psychopathologique Exemples : stress, anxiété, nervosité, deuil, dépression, angoisse, mal-être, problème familial, pensées négatives...

Groupe B : insomnies dues aux habitudes du patient Exemples : bruit, café, température, prises d'excitants, alcool, tabac, surmenage, télévision, surmenage professionnel, activité stimulante le soir, hyperactivité, repas copieux, sieste, manque d'activité physique, sédentarité, mauvaise hygiène de vie, décalage de phase, irrégularité des horaires, travail de nuit, travail posté, sport le soir, ronflement du conjoint, départ en retraite, médicament, ordinateur, grasse matinée...

Groupe C : insomnies dues à un trouble médical Exemples : impatiences des membres inférieurs, démangeaisons, apnée du sommeil, douleur, ménopause, arthrose, reflux gastro-oesophagien, hyperthyroïdie, jambes lourdes, pathologie respiratoire...

Groupe D : autres causes Exemples : âge, vieillesse, petite dormeuse...

Figure 9 : Evolution au cours de l'étude de la représentation des causes d'insomnies.



4.3.4 Intention des participants en fin de conférence.

En fin de conférence, 87% des participants (66/76) déclaraient être convaincu de l'utilité de compléter un agenda du sommeil pour permettre à leur médecin traitant de comprendre et de mieux prendre à charge leurs troubles du sommeil.

Tableau 13: Intention de compléter l'agenda du sommeil.

Réponse	
Non	6 (13%)
Oui	28 (61%)
Ne sait pas	12 (26%)
Total	46 (100%)

Tableau 14: Intention de consulter spécifiquement leur médecin traitant.

Réponse	
Non	11 (24%)
Oui	17 (37%)
Ne sait pas	18 (39%)
Total	46 (100%)

Tableau 15: Intention de réduire ou de stopper leur consommation de somnifères.

Réponse	
Non	1 (5%)
Oui	9 (47%)
Je vais y réfléchir	9 (47%)
Total	19 (100%)

4.3.5 Efficacité de notre démarche d'éducation thérapeutique à 1 et 3 mois.

55 personnes avaient laissé leurs coordonnées à l'issu des 2 conférences. A 1 mois, tous les participants ont pu être contactés. 38 personnes présentaient des troubles du sommeil dont 18

étaient des consommateurs de somnifères. A 3 mois, les 38 personnes souffrant d'insomnie ont été contactées.

Agenda du sommeil :

Tableau 16: Proportion d'agenda du sommeil complété à 1 mois selon les intentions de fin de conférence.

Fin de conférence : intention de compléter	1 mois : agenda complété		Total
	Non	Oui	
Non	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)
Oui	15 (63%)	9 (38%)	24 (100%)
Ne sait pas	9 (90%)	1 (10%)	10 (100%)
Total	27 (71%)	11 (29%)	38 (100%)

Une consultation dédiée chez le médecin traitant :

A 1 mois, aucun des 38 participants n'avait consulté spécifiquement son médecin traitant pour son trouble du sommeil. Après l'entretien téléphonique du 1^{er} mois, ces patients ont été contactés 3 mois après la conférence et 1/5 des participants (n=8) avait consulté spécifiquement leur médecin traitant.

Démarche de réduction ou d'arrêt des somnifères seul ou avec le médecin traitant :

Tableau 17: Evolution de la consommation de somnifères à 1 mois et 3 mois.

	Consommateurs occasionnels		Consommateurs quotidiens		Total
	Sevrage	Pas sevrage	Sevrage	Pas sevrage	
1 mois	7 (39%)	5 (28%)	0	6 (33%)	18 (100%)
3 mois	10 (55%)	2 (11%)	0	6 (33%)	18 (100%)

Aucun consommateur de somnifère n'a entrepris de réduction de leur consommation avec son médecin de famille à 1 mois tandis que 4 participants ont bénéficié d'un suivi par leur médecin de famille pour leur sevrage 3 mois après la conférence.

Applications des conseils et conséquences sur la qualité du sommeil :

Tableau 18: Application des conseils en fonction de l'usage ou non de somnifères à 1 mois.

Prise de médicaments	Application des conseils		Total
	Non	Oui	
Non	2 (10%)	18 (90%)	20 (100%)
Oui	6 (33%)	12 (67%)	18 (100%)
Total	8 (21%)	30 (79%)	38 (100%)

Les participants souffrant d'insomnies non consommateurs de somnifères avaient davantage appliqué les conseils délivrés lors de la conférence.

Tableau 19: Amélioration de la qualité du sommeil selon l'usage ou non de somnifères à 1 mois.

Prise de médicaments	Amélioration du sommeil		Total
	Non	Oui	
Non	8 (44%)	10 (56%)	18 (100%)
Oui	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)
Total	14 (47%)	16 (53%)	30 (100%)

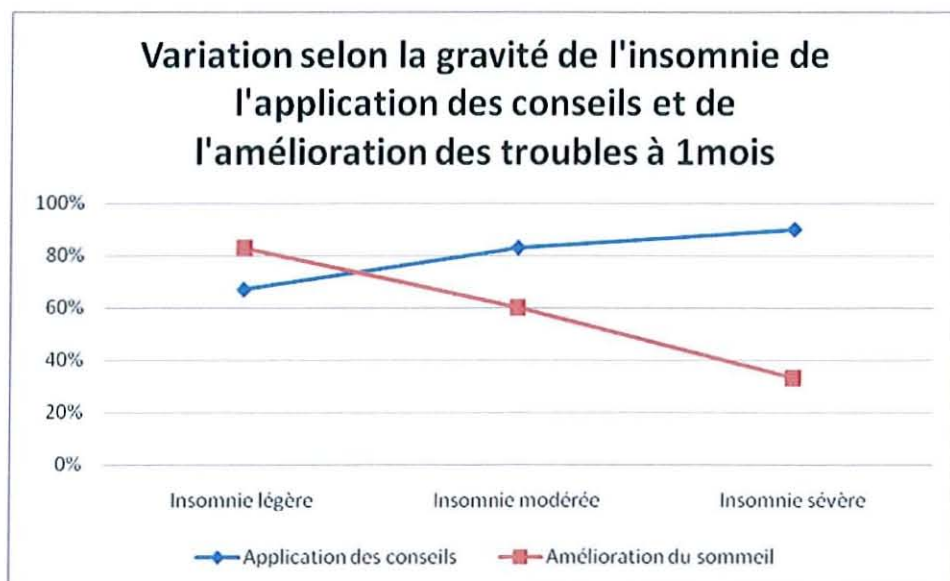


Figure 10

Tableau 20: Evolution de l'application des conseils à 1 mois et 3 mois.

Amélioration du sommeil	1 mois	3 mois
Non	14 (47%)	4 (16%)
Oui	16 (53%)	21 (84%)
Total	30 (100%)	25 (100%)

Nous constatons une poursuite de l'amélioration de la qualité du sommeil chez les participants qui avaient continué à appliquer les conseils et les TCC entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois.

Tableau 21: Evolution de l'application des conseils à 3 mois selon le bénéfice obtenu à 1 mois.

1 mois : amélioration du sommeil	3 mois : conseils appliqués		Total
	Non	Oui	
Non	4 (29%)	10 (71%)	14 (100%)
Oui	1 (6%)	15 (94%)	16 (100%)
Total	5 (17%)	25 (83%)	30 (100%)

Tableau 22: Evolution de la qualité du sommeil en fonction de l'application ou non des règles d'hygiène du sommeil et des TCC durant les 3 mois de l'étude.

	Application des TCC	Non application des TCC	Total
Troubles inchangés	4 (16%)	11 (85%)	15 (40%)
Troubles partiellement disparus	17 (68%)	1 (7,5%)	18 (47%)
Troubles totalement disparus	4 (16%)	1 (7,5%)	5 (13%)
Total	25 (65%)	13 (35%)	38 (100%)

4.4 Discussion.

L'organisation d'une conférence permettant une éducation thérapeutique de groupe semble être une méthode efficace pour sensibiliser les consommateurs de somnifères au sevrage et pour encourager les participants souffrant d'insomnie à l'application des règles d'hygiène du sommeil et des TCC afin d'obtenir une amélioration de leur qualité de sommeil. Dans cette étude, nous avons 63% des participants qui déclaraient avoir des troubles du sommeil et 84 % avaient des conséquences diurnes. Dans la population générale, entre 30 et 35% des adultes manifestent l'un ou l'autre des symptômes d'insomnie, mais seuls 9 à 13% des personnes interrogées déclarent des troubles du sommeil avec des séquelles diurnes¹.

L'échantillon de la population étudié n'était pas représentatif de la population générale mais cette étude ciblait volontairement une population se sentant concernée par cette question de la prise en charge des troubles du sommeil. Au sein de cette population, la répartition de la sévérité des insomnies était superposable à celle observée dans d'autres études¹ avec 1/3 d'insomnies légères, 1/3 d'insomnies modérées et 1/3 d'insomnies sévères. Les femmes représentaient 2/3 des participants souffrant d'insomnies.

L'une des limites de l'étude a été le petit nombre de participants ce qui n'a pas empêché de mener à bien l'objectif de faire collaborer sur ce projet l'ensemble des médecins généraliste d'un secteur géographique et les organismes publics locaux. Nous avons décidé, pour favoriser la lecture de l'étude, d'utiliser des pourcentages même si ceux-ci n'ont pas de valeur statistique vu le faible effectif étudié. En outre, les résultats obtenus ne reflètent probablement pas ce qui pourrait être observé dans la population générale du fait du niveau socioculturel des participants. En effet le pourcentage de suivi des participants était de 100 % à 1 et 3 mois, associé aux 92 % des participants qui avaient complété les questionnaires lors des conférences. Ce constat doit certainement être mis en parallèle avec le niveau socioculturel plutôt élevé de la population de la zone géographique d'exercice des médecins impliqués dans l'étude. Ainsi, il serait intéressant de comparer ces résultats avec une population d'un niveau socioculturel moins élevé.

Le recueil des données au cours des 2 conférences, à 1 mois et 3 mois a été réalisé dans des conditions similaires, le contenu des conférences étant semblable. Le suivi et le questionnaire complété lors des entretiens téléphoniques a été effectué par une seule personne pour l'ensemble des participants. De ce fait, nous pouvons considérer que le recueil des données s'est effectué dans de bonnes conditions de reproductibilité.

L'évaluation initiale de la population avait mis en évidence que 68% des consommateurs de somnifères estimaient que la prise de médicament n'avait pas résolu leur problème d'insomnie et de ce fait 79 % aimeraient pouvoir complètement s'en passer. Ces résultats ont encouragé notre démarche d'éducation thérapeutique car ils ont permis de mettre en évidence que la majorité des consommateurs de somnifères n'était pas satisfaite de la prise en charge pharmacologique de leur insomnie par leur médecin traitant et qu'elle était dans l'attente d'autres méthodes pouvant améliorer leur qualité de sommeil. Les thérapies cognitivo-comportementales ont la capacité d'apporter une réponse à ce problème. Il existe donc une réelle attente des patients insomniaques de méthodes alternatives de prise en charge de leur insomnie.

En fin de conférence, 37% des participants souffrant d'insomnie avaient déclaré avoir l'intention de consulter spécifiquement leur médecin traitant et 61% déclaraient vouloir compléter un agenda du sommeil. Cette différence d'intention en défaveur de la volonté de consulter spécifiquement leur médecin traitant doit attirer notre attention sur le fait que, malgré le contenu de la conférence insistant sur le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des troubles du sommeil, de nombreux participants continuent de penser que leur médecin n'est pas indispensable pour prendre la suite d'une telle démarche d'information et d'éducation thérapeutique. Ce constat n'est malgré tout pas surprenant, car peu de médecins de famille ont mis en place dans leur approche thérapeutique de l'insomnie des techniques alternatives comme les thérapies cognitives et comportementales. De plus, malgré ces intentions initiales, moins d'un tiers des participants (29%) avait complété l'agenda du sommeil à 1 mois et aucun participant n'avait consulté spécifiquement son médecin traitant à 1 mois. Ceci montre une limite de cette approche d'éducation thérapeutique qui reste basée sur la motivation des patients et la qualité de leur investissement dans l'exploration de leur trouble du sommeil. Malgré cela, après un encouragement verbal lors de l'entretien téléphonique du 1^{er} mois, nous avons constaté à 3 mois, 21% des participants avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. Ce résultat est alors très encourageant car selon les résultats de l'organisation Gallup²⁵ dans une enquête de 1991 portant sur une population souffrant d'insomnie, seuls 5% des patients avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. Ce constat encourage une démarche active des professionnels de santé afin d'inciter les patients à s'investir davantage dans la prise en charge de leur trouble du sommeil.

Concernant la consommation de somnifères, à l'issue de la conférence, 47% des consommateurs affirmaient avoir la volonté d'entreprendre une réduction ou un arrêt de leur consommation et 47% déclaraient qu'ils allaient y réfléchir. Ce résultat est la preuve qu'une information simple et objective sur les effets à long terme et les risques d'une consommation chronique de somnifères^{23,24}, notamment chez la personne âgée, permet de mobiliser les consommateurs et de les inciter à modifier leurs comportements. Cette observation est à mettre en relation avec la théorie des stades de Prochaska⁷¹ dans la compréhension des changements de comportement, notamment dans le cadre du traitement des conduites addictives en thérapies cognitivo-comportementales. Ainsi, à l'issue de la conférence, près de la moitié des participants consommateurs de somnifères étaient convaincus des bénéfices à attendre et se plaçaient dans une attitude de préparation au sevrage. L'autre moitié se situait dans une étape de réflexion où l'ambivalence persistait mais la question d'un changement de comportement était acceptée, les participants ayant intégré les arguments en faveur d'un arrêt de sa consommation de somnifère. Dans le cadre de cette démarche décisionnelle, des encouragements au sevrage avaient été prodigués à tous les consommateurs lors de l'entretien à 1 mois. Ainsi à 3 mois, 56% des participants consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement. Ce résultat paraît satisfaisant mais les participants concernés n'étaient que des consommateurs occasionnels et nous devons constater qu'aucun consommateur régulier n'avait entrepris de changement de sa consommation de somnifères. Néanmoins il est très positif d'observer que notre démarche d'information a permis à ces consommateurs occasionnels de prendre conscience des risques encourus et de modifier leur comportement. Evidemment ce constat nécessiterait un suivi plus prolongé avec une évaluation à plus long terme des comportements de ces consommateurs.

Sur le plan du bénéfice ressenti sur la qualité de sommeil, à 1 mois, l'amélioration du sommeil était quasi identique (50% vs 56%) chez les participants consommateurs ou non de somnifères. Ce résultat conforte le constat déjà fait au cours d'autres études^{58,59} à savoir que la consommation de somnifères n'influe pas sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales. Les TCC sont efficaces quel que soit le profil du participant souffrant d'insomnie. De plus, 1/3 des participants souffrant d'insomnies sévères avait constaté une amélioration de leur trouble du sommeil à 1 mois. Ce résultat plus faible que chez les participants souffrant d'insomnies légères et modérées reste satisfaisant et prouve que l'application des règles d'hygiène du sommeil et des TCC a sa place et doit être employée quelle que soit la sévérité des insomnies.

Cette étude a permis de montrer que la poursuite de l'application des conseils et des TCC permet le maintien d'un bénéfice sur la qualité du sommeil. De plus nous observons que 80% des participants n'ayant pas constaté d'amélioration à 1 mois mais qui ont poursuivi ceux-ci, ont alors signalé un bénéfice à 3 mois. Ainsi ce résultat doit inciter le praticien à encourager le patient à poursuivre ses efforts en appliquant les conseils d'hygiène du sommeil et les TCC, même si les effets ne sont pas perçus à court terme. L'efficacité des TCC peut survenir après un temps de latence chez certains patients.

Dans le groupe des participants ayant appliqué les conseils et les thérapies cognitivo-comportementales à 3 mois, 84% avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. Ce résultat prouve l'efficacité de notre démarche d'éducation thérapeutique sur cette population qui s'est investie dans cette stratégie de prise en charge des troubles du sommeil.

4.5 Conclusion.

L'approche thérapeutique des troubles du sommeil de l'adulte basée sur les thérapies cognitivo-comportementales est connue des professionnels de santé comme efficace mais nécessite un investissement important en temps guère compatible avec l'exercice de la médecine générale. Cette étude a permis de montrer qu'un processus éducatif faisant intervenir les acteurs locaux et les médecins de famille d'un secteur géographique donné basé sur une éducation thérapeutique de groupe permet de fournir une information indispensable à une bonne compréhension et un plein engagement des participants dans la prise en charge de leur trouble du sommeil. L'investissement commun des médecins généralistes est un procédé permettant d'améliorer la prise en charge initiale des patients et de valoriser l'action des professionnels de santé qui ont l'opportunité de développer avec beaucoup plus de pédagogie et de temps une stratégie thérapeutique reconnue basée sur les règles d'hygiène du sommeil et les thérapies cognitivo-comportementales. Les résultats de cette étude confirment l'efficacité des TCC après éducation thérapeutique de groupe. L'application des règles d'hygiène du sommeil et des techniques de TCC a permis à 84% des participants de constater une amélioration de leur trouble du sommeil à 3 mois. Un participant sur cinq a consulté spécifiquement son médecin traitant à 3 mois et plus d'un participant sur deux a entrepris une réduction voire un arrêt de sa consommation de somnifère à 3 mois. Ces constats favorables sont mêlés au fait que notre étude n'a pas permis de sensibiliser suffisamment les consommateurs chroniques quotidiens de somnifères et qu'une approche thérapeutique plus adaptée semble nécessaire pour modifier les comportements de cette population. Ainsi il serait intéressant de compléter cette étude en permettant un suivi à long terme des participants en y ajoutant d'autres séances d'éducation thérapeutique afin de renforcer les connaissances et l'investissement des participants dans le traitement de leur insomnie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine général. HAS décembre 2006
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
4. International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). 6th ed. Los Angeles, Calif: Practice Management Information Corporation; 2004.
5. M.Billiard, Y.Dauvilliers. Insomnie. Encyclopédie médico-chirurgicale, 17-025-B-10 (2004)
6. Hauri PJ, Fisher J Persistent psychophysiologic (learned) insomnia. *Sleep* 1986 ; 9 : 38-53
7. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262: 1479-84.
8. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996;39:411-8.
9. Reynolds ChF, Kupfer DJ Sleep research in affective illness: state of the art circa 1987. *Sleep* 1987 ; 10 : 199-215
10. Arriaga F, Paiva T Clinical and EEG sleep changes in primary dysthymia and generalized anxiety: a comparison with normal controls. *Neuropsychobiology* 1990-1991 ; 24 : 109-114
11. Fuller KH, Waters WF, Binks PG, Anderson T General anxiety and sleep architecture: a polysomnographic investigation. *Sleep* 1997 ; 20 : 370-376
12. Gislason T, Almqvist M. Somatic diseases and sleep complaints. An epidemiological study of 3,201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987;221:475-81.
13. Klink ME, Quan SF, Kaltenborn WT, Lebowitz MD. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. *Arch Intern Med* 1992; 152:1634-7.
14. Billiard M, Dauvilliers Y Neurodegenerative diseases and sleep disorders. *Schweiz Arch Neurol Psychiatrie* 2003 ; 154 : 384-390
15. Montplaisir J, Nicolas A, Lapierre O Restless legs syndrome in wakefulness and periodic leg movements in sleep. M Billiard *Sleep, physiology, investigations and medicine*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 2003; 599-607.
16. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatr* 1985 ; 42 : 114-232
17. Gallup Organization Sleep in America. Princeton NJ: The Gallup organization, 1991

18. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res* 2000 ; 9 : 35-42
19. Rockwood K, Davis HS, Merry HR et al. Sleep disturbances and mortality: results from the Canadian study of health and aging. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 639–41.
20. BELANGER Lynda , VALLIERES Annie , MORIN Charles M. Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés : Problématique et alternative de traitement, *Canadian Family Physician* 2006 ;52 : 968-973.
21. Cauter EV, Leproult R, Plat L. Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 861–8.
22. Bain KT. Management of chronic insomnia in elderly persons. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2006 Jun;4(2):168-92.
23. Avidan AY, Fries BE, James ML, et al. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:955-962.
24. Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging.* 2005;22(9):749-65.
25. Gallup Organization Sleep in America. Princeton NJ: The Gallup organization, 1991
26. Léger D, et al. La perception de l'insomnie en médecine générale. *Presse Méd.* 2005;34:1358-62.
27. Coates TJ, Killen JD, George J et al. Estimating Sleep Parameters. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50: 345–52.
28. Blood ML, Sack RL, Percy DC, Pen JC. A comparison of sleep detection by wrist actigraphy, behavioural response, and polysomnography. *Sleep* 1997; 20: 388–95.
29. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: analysis of outcome data at 12 months post-treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 58–66.
30. A.Brion. Actualités dans le traitement médicamenteux de l'insomnie. *Ann Méd Psychol* 2002 ; 160 : 97-101.
31. Benoit O. Bénéfices et inconvénients des hypnotiques. *Neurophysiol Clin* 1991 ; 21 : 254-265.
32. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta analysis of treatment efficacy. *JAMA.* 1997;278:2170-2177.
33. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ.* 2000;162:225-233.
34. Barker My, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. An evaluation of persisting cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005; 11:281-289.

35. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: A systematic review and metaanalysis: I. Psychotropic drugs. *JAm Geriatr Soc.* 1999; 47:30-39.
36. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Faro Physician.* 1998;44:799-808.
37. Poyares D, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. *J Psychiatr Res.* 2004;38:327-334.
38. Lemoine P. Hypnotiques. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-860-B-60, 2002, 11 p.
39. Flemming JA, Bourgouin J, Hamilton P. A sleep laboratory study evaluation of the long-term efficacy of zopiclone. *Can J Psychiatry* 1988 ; 33 : 103-107
40. Ambien [package insert]. New York, NY: Sanofi-Synthelabo Inc; March 2004.
41. Langtry HD, Benfield P. Zolpidem. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drugs* 1990; 40: 291–313.
42. Krystal AD, Walsh JK, Laska E, et al. Sustained efficacy of eszopiclone over 6 months of nightly treatment: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study in adults with chronic insomnia. *Sleep.* 2003; 26:793-799.
43. Roth T, Walsh Jt G Krystal A, et al. An evaluation of the efficacy and safety of eszopiclone over 12 months in patients with chronic primary insomnia. *Sleep Med.* 2005; 6:487-495.
44. Jones IR et Sullivan G. Physical dependence on zopiclone : a case report. *BMJ* 1998 ; 316 : 117.
45. Ayonrinde O et Sampson E. Physical dependence on zopiclone- Risk of dependence may be greater in those with dependent personalities. *BMJ* 1998; 317 : 146.
46. Cavallaro R et coll. Tolerance and withdrawal with zolpidem. *Lancet* 1993; 342 : 374-375.
47. Courtet P et coll. Abus et dépendance au zolpidem: à propos de sept cas. *Encephale* 1999 ; 25 : 652-657.
48. Glass J, Lanctot KL, Herrmarm N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 2005;331:1169.
49. Roth T, Roehrs T, Koskorek G, Sicklesteel J, Zorick F. Sedative effects of antihistamines. *J Allergy Clin Immunol* 1987;80: 94-98
50. Sharpley AL, Cowen PJ. Effects of pharmacologic treatments on the sleep of depressed patients. *Biol Psychiatry* 1995; 37: 85-98
51. Walsh JK, Erman M, Erwin CW. Subjective hypnotic efficacy of trazodone and zolpidem in DSM-III-R primary insomnia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1998; 13: 191-198
52. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. *Revue Prescrire* 2005 ; 25(258) : 110-114
53. Lainey E. Traitement comportemental et cognitif de l'insomnie. *Ann Méd Psychol* 2002 ; 160 : 93-96

54. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1172-1180
55. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:79-89.
56. McClusky HY, Milby JB, Switzer PK, et al. Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep onset insomnia. *Am J Psychiatry*. 1991;148:121-126.
57. Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*. 2002;159:5-11.
58. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: A randomized controlled trial and direct comparison. *Arch Intern Med*. 2004;164:1888-1896.
59. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281:991-999.
60. Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC, Blais FC, Bouchard S. Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Aug;72(4):653-9.
61. Verbeek IH, Konings GM, Aldenkamp AP, Declerck AC, Klip EC. Cognitive behavioral treatment in clinically referred chronic insomniacs: group versus individual treatment. *Behav Sleep Med*. 2006;4(3):135-51.
62. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technol Assess*. 2004 Feb;8(8):iii-iv, 1-68. Review.
63. Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Endeshaw Y. The role of benzodiazepines in the treatment of insomnia: Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *JAm Geriatr Soc*. 2001;49:824-826.
64. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:79-89.
65. Médicaments remboursés : analyse de la consommation en 2007. Caisse nationale d'assurance maladie. Août 2008
66. Les dépenses de médicaments remboursables en 2007. Etudes et résultats. DREES. N° 634 Mai 2008
67. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation, Etude pour le LEEM, C. Le Pen, H. Lemasson, C. Roullière-Lelidéc, Avril 2007.
68. DRESS ; Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004, Etudes et Résultats, 502, 2006 : 7

69. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000, Revue Médicale de l'Assurance maladie, vol 34 n°2, avril-juin 2003
70. E.Klein, J.M. Bovin, C. Jeandel, M.F Paille, J.L. Schaff, H. Vespignani. Prescription des hypnotiques en médecine générale. Enquête en Meurthe-et-Moselle. 1998.
71. Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance. D'après J.O. Prochaska et al., Am. Psychol. 1992, 47 : 1102-1114.
72. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Grégoire JP, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. Canadian medical association journal, 2003 Nov 11;169(10):1015-20.

ANNEXE 1 : Agenda du sommeil

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

Jours (*)	Hypnotique (cocher)													Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques	
		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
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	

Mode d'utilisation

↓ Heure 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 : | 8 |

Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 5 |
(état dans la journée : en forme ou non)

Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : | x |

(*) Le nombre de jours peut aller jusqu'à 26 ou même 31, seul le format de la page nous limite ici.

ANNEXE 2 : Echelle de somnolence d'EPWORTH

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :.....	Ronflement? oui Non.....	

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes:

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez 0 : si *c'est exclu*. «Il ne m'arrive jamais de somnoler»: **aucune** chance.
 notez 1 : si *ce n'est pas impossible*. «Il y a un petit risque»: **faible** chance.
 notez 2 : si *c'est probable*. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance **moyenne**.
 notez 3 : si *c'est systématique*. «Je somnolerais à chaque fois»: **forte** chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document 0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...). 0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage 0 1 2 3

Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: Vous êtes assez reposé.**
- **De 9 à 14: Vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: Voyez votre médecin pour déterminer si**

vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes car vous présentez des signes de somnolence excessive.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

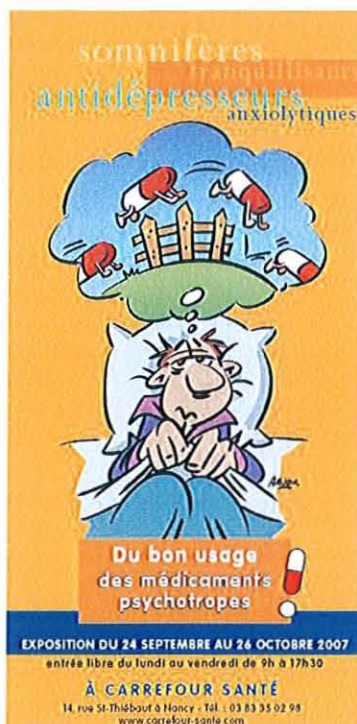
ANNEXE 3 : Plan d'un traitement cognitivo-comportemental

Séances	Activités
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Survol du programme ▪ Renseignements sur le sommeil (stades) ▪ Qu'est-ce que l'insomnie ▪ Histoire naturelle de l'insomnie ▪ Auto-enregistrement et principes d'autogestion ▪ Restriction du temps passé au lit
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision des modèles d'insomnie ▪ Modèle conceptuel de l'insomnie ▪ Explication du traitement comportemental ▪ Méthodes comportementales ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision des explications du traitement comportemental, des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Travail sur le respect des procédures ▪ Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ; attitudes et croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie cognitive et sur les consignes de « contrôle par le stimulus » ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Consignes d'hygiène du sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie comportementale ▪ Évaluation des progrès ▪ Maintien des gains

ANNEXE 4 : Contenu de la classe thérapeutique étudiée

clp	nom_court	ldephmra5
3 248 781	HAVLANE 1MG CPR 20	N05B1
3 605 258	IMOVANE 3,75MG CPR 14	N05B1
3 605 241	IMOVANE 3,75MG CPR 5	N05B1
3 474 856	IMOVANE 7,5MG CPR 14	N05B1
3 284 989	IMOVANE 7,5MG CPR 5	N05B1
3 553 969	MOGADON 5MG CPR 20	N05B1
3 496 674	NOCTAMIDE 1MG CPR 14	N05B1
3 544 700	NOCTAMIDE 2MG CPR 14	N05B1
3 608 570	NORMISON 10MG CPR 14	N05B1
3 608 587	NORMISON 20MG CPR 7	N05B1
3 217 906	NUCTALON 2MG CPR 20	N05B1
3 484 607	ROHYPNOL 1MG CPR 7	N05B1
3 465 857	STILNOX 10MG CPR 14	N05B1
3 390 361	STILNOX 10MG CPR 7	N05B1
3 645 683	ZOLPIDEM ALM 10MG CPR 14	N05B1
3 638 890	ZOLPIDEM ARW 10MG CPR 14	N05B1
3 610 302	ZOLPIDEM BGA 10MG CPR 14	N05B1
3 602 604	ZOLPIDEM EG 10MG CPR 14	N05B1
3 602 596	ZOLPIDEM EG 10MG CPR 7	N05B1
3 619 125	ZOLPIDEM GGA 10MG CPR 14	N05B1
3 619 119	ZOLPIDEM GGA 10MG CPR 7	N05B1
3 609 954	ZOLPIDEM GNR 10MG CPR 14	N05B1
3 479 730	ZOLPIDEM IRX 10MG CPR 14	N05B1
3 645 542	ZOLPIDEM IVX 10MG CPR 7	N05B1
3 645 051	ZOLPIDEM MKG 10MG CPR 14	N05B1
3 645 045	ZOLPIDEM MKG 10MG CPR 7	N05B1
3 645 134	ZOLPIDEM QUA 10MG CPR 14	N05B1
3 645 128	ZOLPIDEM QUA 10MG CPR 7	N05B1
3 671 284	ZOLPIDEM RPG 10MG CPR 14	N05B1
3 621 599	ZOLPIDEM RTP 10MG CPR 14	N05B1
3 661 759	ZOLPIDEM SDZ 10MG CPR 14	N05B1
3 609 977	ZOLPIDEM TVC 10MG CPR 14	N05B1
3 609 960	ZOLPIDEM TVC 10MG CPR 7	N05B1
3 674 934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR 14	N05B1
3 674 928	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR 7	N05B1
3 671 309	ZOLPIDEM ZYD 10MG CPR 14	N05B1
3 548 247	ZOPICLONE ARW 7,5MG CPR 14	N05B1
3 528 635	ZOPICLONE BGA 7,5MG CPR 14	N05B1
3 528 629	ZOPICLONE BGA 7,5MG CPR 5	N05B1
3 524 749	ZOPICLONE EG 7,5MG CPR 14	N05B1
3 528 500	ZOPICLONE GGA 7,5MG CPR 14	N05B1
3 584 303	ZOPICLONE IRX 7,5MG CPR 14	N05B1
3 528 575	ZOPICLONE IVX 7,5MG CPR 14	N05B1
3 488 746	ZOPICLONE MKG 7,5MG CPR 14	N05B1
3 488 700	ZOPICLONE MKG 7,5MG CPR 5	N05B1
3 587 810	ZOPICLONE QUA 7,5MG CPR 14	N05B1
3 587 773	ZOPICLONE QUA 7,5MG CPR 5	N05B1
3 478 446	ZOPICLONE RPG 7,5MG CPR 14	N05B1
3 455 480	ZOPICLONE RPG 7,5MG CPR 5	N05B1
3 529 853	ZOPICLONE RTP 7,5MG CPR 14	N05B1
3 658 384	ZOPICLONE SDZ 7,5MG CPR 14	N05B1
3 614 518	ZOPICLONE TVC 7,5MG CPR 14	N05B1
3 614 501	ZOPICLONE TVC 7,5MG CPR 5	N05B1
3 677 269	ZOPICLONE WTR 7,5MG CPR 14	N05B1
3 677 252	ZOPICLONE WTR 7,5MG CPR 5	N05B1
3 558 926	ZOPICLONE ZYD 7,5MG CPR 14	N05B1
3 065 856	MEPRONIZINE 400MG/10MG CPR 30	N05B2
3 150 728	NOCTRAN CPR 30	N05B2

ANNEXE 5 : Programme des manifestations à Carrefour Santé



animations à Carrefour Santé

"Le sommeil et l'usage des médicaments psychotropes"
Rencontre-débat par une chargée de prévention de la CPAM.

- Vendredi 28 septembre à 9h30
- Mercredi 3 octobre à 9h30
- Vendredi 12 octobre à 9h30
- Vendredi 19 octobre à 9h30
- Mardi 23 octobre à 9h30
- Mercredi 24 octobre à 14h30

Échange autour des médicaments psychotropes
par le docteur Henry Rozenfarb, médecin conseil auprès de l'échelon local du Service médical de Nancy (ELSM)

- Jeudi 4 octobre à 14h30
- Jeudi 18 octobre à 14h30

"Le stress et l'usage des médicaments psychotropes"
Rencontre-débat par une chargée de prévention de la CPAM.

- Lundi 8 octobre à 9h30
- Mercredi 10 octobre à 9h30
- Lundi 22 octobre à 9h30
- Jeudi 25 octobre à 9h30

Échange autour de la prévention des intoxications médicamenteuses
par le docteur Hanna Kassem du Centre anti-poison du CHU Nancy

- Mardi 9 octobre à 9h30
- Mardi 16 octobre à 14h30

Sensibilisation à l'accidentologie due aux facteurs humains (alcool, médicaments...)
Rencontre-débat par Claude Young de la Prévention Routière

- Mardi 16 octobre à 10h
- Mercredi 17 octobre à 10h et à 14h30

2007 hors Carrefour Santé

"Le stress et l'usage des médicaments psychotropes"
Rencontre-débat par une chargée de prévention de la CPAM.

- Jeudi 27 septembre à 9h à l'Association "Réponse" de Vandœuvre
- Mardi 2 octobre à 9h30, au Rakis Assistantes Maternelles de Damelevières
- Mercredi 10 octobre à 20h, au Rakis Assistantes Maternelles d'Enville-au-Jard

"Le sommeil et l'usage des médicaments psychotropes"
Rencontre-débat par une chargée de prévention de la CPAM.

- Jeudi 27 septembre à 15h, au foyer-résidence "Poincaré", à Bouxières-aux-Dames
- Mercredi 3 octobre à 14h, au foyer-résidence "La Grande muraille", à Damelevières
- Mardi 9 octobre à 15h, au foyer-résidence "Boffrand", à Lunéville
- Mercredi 10 octobre à 15h, au foyer-résidence "Saint-Jacques", à Lunéville
- Mercredi 17 octobre à 14h, au foyer-résidence "Bien-être" de Pont-à-Mousson
- Mardi 23 octobre à 15h, au foyer-résidence "Clarbout" à Neuves-Maisons
- Mardi 23 octobre à 20h, au Rakis Assistantes Maternelles du Saintois, à Tantonville

"Les troubles du sommeil : la prescription d'hypnotiques est-elle incontournable ?"
Conférence par les médecins généralistes de Laxou-Village.

- Vendredi 28 septembre à 20h30, salle "Pergaud" à Laxou

Un livret d'information "du bon usage des médicaments psychotropes" sera remis à tout visiteur. Durant cette campagne d'information, vous pourrez dialoguer avec des pharmaciens, cliniciens, étudiants en pharmacie.
Infos et inscriptions à Carrefour Santé : 03 83 35 02 98.

temps fort

Rencontre autour des médicaments psychotropes

- ▶ par le Service de santé universitaire (SIUMFPS) et une chargée de prévention de la CPAM.
- Jeudi 4 octobre de 11h30 à 14h, au restaurant universitaire de Brabois, à Vandœuvre
- Jeudi 11 octobre de 11h30 à 14h, au restaurant universitaire, cours Léopold à Nancy
- Jeudi 18 octobre de 11h30 à 14h, au restaurant universitaire (Vélodrome), à Vandœuvre

▶ par une chargée de prévention de la CPAM, à l'Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) Lorrain de Nancy

- Lundi 22 octobre de 12h30 à 14h
- Jeudi 25 octobre de 12h30 à 14h

▶ par M. Gabriel Trockle, maître de conférence en pharmacologie à la Faculté de pharmacie

- Mercredi 17 octobre à 10h à 14h, hall d'accueil de la Faculté de pharmacie à Nancy

Mercredi 17 octobre à 20h30,
à la Faculté de pharmacie (Amphithéâtre Brunz)
5, rue Albert Lebrun à Nancy (entrée libre)

"Tranquillisants, somnifères, antidépresseurs... Parlons en"
Conférence-débat avec la participation de :

- Pr Henry Lambert, responsable de l'UFATT et du CEP au CHU de Nancy ;
- Dr Thierry Montaut, service de psychiatrie de l'hôpital Jeanine d'Arc ;
- Dr Monique Durand, présidente de l'Ordre des Pharmaciens ;
- Dr Jean-Marc Bolvin, médecin généraliste, maître de conférence à la Faculté de médecine ;
- Représentants de la Caisse primaire d'assurance maladie de Nancy et de l'échelon local du service médical de Nancy

ANNEXE 6 : Affiche de la conférence

VENDREDI 28 SEPTEMBRE • 20h30

Salle Louis Pergaud • Place de la Liberté

LAXOU VILLAGE

Entrée libre

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU VIEUX LAXOU SE MOBILISENT CONTRE LES TROUBLES DU SOMMEIL

La prescription d'hypnotiques est-elle incontournable ?

Conférence - débat

organisée par les médecins généralistes de Laxou Village,
dans le cadre de la prise en charge des troubles du sommeil
par le médecin de famille.

- Pourquoi dort-on ?
- Comment dort-on ?
- Comment reconnaître un trouble du sommeil ?
- Les différents types d'insomnie.
- Les médicaments des troubles du sommeil (efficacité, bénéfices et inconvénients).
- Les autres méthodes de prise en charge.
- Questions Réponses.

Participants :

Dr Sophie Aubert (Médecin Généraliste à Laxou),
Dr Jean-Marc Boivin (Médecin Généraliste à Laxou, Maître de Conférences Faculté de Médecine),
Dr Françoise Collé (Médecin Généraliste à Laxou),
Dr Paul Lesourd (Médecin Généraliste à Laxou, Maître de stage),
Dr Jean-Pierre Vaglio (Médecin Généraliste à Laxou, Maître de stage),
Julien Hullar (Interne en Médecine Générale).

soirée organisée avec le soutien de la Mairie de LAXOU
et de l'association Carrefour Santé

 **Carrefour Santé**
carrefour.sante@carrefourmairie.com



ANNEXE 7 : Questionnaire de début de conférence

1) Votre sexe : Féminin Masculin

2) Votre âge : Ans

3) Comment avez-vous été informé de l'organisation de cette conférence ?
 Affiches dans les lieux public Annonce radio Annonce presse écrite Par votre pharmacien Par votre médecin
 Par un ami Autres

4) L'un des conférenciers est-t-il votre médecin traitant ? oui non

5) Vous sentez-vous suffisamment bien informé sur les troubles du sommeil et leur prise en charge ? oui non

6) Trouvez-vous important que cette soirée soit animée par des médecins généralistes ? oui non indifférent

7) D'après vous, en France, quel est environ le pourcentage d'adultes souffrant de troubles du sommeil ?
 10% 30% 50% 70%

8) Pouvez-vous nous citer 3 facteurs responsables d'insomnies ? 1°..... 2°..... 3°.....

9) Pensez-vous que les somnifères sont incontournables dans la prise en charge de l'insomnie ? oui non

10) Vous a-t-on déjà parlé d'autres méthodes de prise en charge de l'insomnie ? oui non

11) Pensez-vous qu'il existe un risque de dépendance lors de la prise régulière de somnifères ? oui non

Symptôme des troubles du sommeil :

12) Avez-vous des insomnies ? (Si oui, poursuivez le questionnaire) (Si vous n'avez pas d'insomnie, le questionnaire est terminé) oui
 non

13) Quelle est son ancienneté ? Moins de 3 mois Plus de 3 mois

14) Quel est la fréquence de vos insomnies ? 1 nuit/semaine 2 ou 3 nuit/semaine 4 nuits ou plus/semaine

15) Quelle(s) conséquence(s) a cette insomnie durant la journée ? (Cochez une ou plusieurs cases)
 Aucune Fatigue Etat maussade Tension ou Irritabilité Trouble de la concentration Somnolence

16) D'après vous, qu'elle est la cause principale de votre insomnie ?

Prescription :

17) Prenez-vous des médicaments pour dormir ? oui non
 Si oui, lequel (nom du médicament et dose): Depuis combien de temps ?.....

18) Vous prenez ce médicament ? tous les jours occasionnellement

19) Prenez-vous d'autres médicaments ? oui non

20) Le médicament que vous prenez pour améliorer votre sommeil a-t-il complètement résolu votre problème d'insomnie ? oui
 non

21) Pensez-vous, à ce jour, qu'il serait possible de vous passer de ce médicament pour le sommeil ? oui non

22) Aimeriez-vous pouvoir complètement vous en passer ? oui non

23) Votre médecin traitant vous a-t-il déjà proposé de réduire les doses de vos médicaments contre l'insomnie ? oui
 non

24) Seriez-vous d'accord pour essayer une réduction ou un arrêt complet progressif de vos médicaments contre l'insomnie ? oui
 non

ANNEXE 8 : Questionnaire de fin de conférence

- 1) La conférence de ce soir vous a-t-elle globalement satisfaite ?
Oui : non :

Si non, pourquoi ?
- 2) L'organisation d'une telle soirée vous semble-t-il être un bon moyen de début d'éducation sur des problèmes de santé du grand public ?
Oui,vraiment : oui,assez : non,pas tellement : non, pas du tout :
- 3) Cette méthode d'information du grand public est-elle, selon vous, accessible à tout le monde ?
oui, parfaitement : oui, assez : non, pas tellement : non, pas du tout :
- 4) A l'issu de cette conférence, concernant votre niveau d'information sur les troubles du sommeil et sa prise en charge, diriez-vous que vous êtes :
Très bien informé : Plutôt bien informé : Plutôt mal informé : Très mal informé :
- 5) Pensez-vous que le fait de compléter un agenda du sommeil soit un moyen efficace permettant à votre médecin de comprendre et de traiter vos troubles du sommeil ?
Oui, complètement convaincu : Oui, assez convaincu : Non, pas vraiment convaincu :
Non, pas du tout convaincu, cela me semble inutile
- 6) Si vous présentez des insomnies, avez-vous l'intention de compléter l'agenda du sommeil remis ce soir ?
Oui : non : je ne sais pas :
- 7) Si vous présentez des insomnies, avez-vous l'intention de consulter spécialement votre médecin traitant pour vos troubles du sommeil ?
Oui : non : je ne sais pas :
- 8) A l'issue de cette soirée, vous sentez-vous bien sensibilisé sur les risques de la prise au long cours de somnifères ?
Oui : non : pas vraiment :
- 9) Si vous êtes consommateur de somnifères, avez-vous l'intention de réduire ou d'arrêter progressivement les doses de ces médicaments ? Oui : Non : Je vais y réfléchir :
- 10) Pouvez-vous nous citer 3 facteurs responsables d'insomnies ? 1°..... 2°..... 3°.....
- 11) Pouvez-vous nous citer 3 facteurs favorisant le sommeil en dehors des médicaments ?
1°.....2°.....3°.....

LAXOU

Le sommeil sans ordonnance



« Un somnifère n'agit qu'un mois... »

Les médecins du vieux Laxou se mobilisent contre les troubles du sommeil. Afin de sensibiliser au mieux toutes les personnes sujettes aux insomnies, ils ont organisé, à la salle Pergaud, une conférence intitulée: « *La prescription d'hypnotiques est-elle incontournable ?* », animée par le docteur Jean-Marc Boivin, médecin généraliste à Laxou. A travers une approche thérapeutique de groupe chez des patients souffrant de troubles du sommeil, le but de la conférence est d'inciter les personnes à se passer de somnifères. « *Le français est le premier consommateur d'hypnotiques en Europe. Il faut savoir qu'un somnifère n'agit qu'un mois. Après, il permet seulement une amnésie des périodes éveillées au cours de la nuit mais le patient ne dort pas mieux pour autant* », ajoute le docteur Boivin. Il rappelle que les effets secondaires ne sont pas suffisamment mis en avant

avec les chutes et parfois les fractures du col du fémur dues à l'état de fatigue qu'occasionnent ces médicaments, la plupart des personnes insomniaques étant souvent âgées. Durant la conférence, plusieurs points: « *Pourquoi et comment dort-on ?* » « *Comment reconnaître les troubles et les différents types d'insomnies ?* » Les personnes présentes ont été conviées à remplir un questionnaire afin d'aider les médecins dans leur travail de recherche, et permettant également de personnaliser un suivi thérapeutique pour les patients désireux de participer à cette démarche. Une conférence qui fait d'autre part l'objet d'une étude de recherche pour l'interne en médecine générale Julien Hullar. Les médecins de Laxou invitent les patients à faire part de leurs troubles du sommeil et de tenter d'y remédier par des consultations dédiées.

VU

NANCY, le 6 novembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 12 novembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. VESPIGNANI

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 17 novembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

La prescription d'hypnotiques dans la prise en charge des insomnies de l'adulte est un problème de santé publique. La mise en œuvre d'une approche thérapeutique non pharmacologique est une difficulté au quotidien pour les médecins de famille. **Objectif** : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une action d'éducation thérapeutique de groupe dans la prise en charge non pharmacologique des insomnies de l'adulte par des médecins généralistes. **Méthode** : Etude prospective réalisée de septembre 2007 à mars 2008. Deux conférences ont été animées sur une période de 2 mois par 5 médecins généralistes de Laxou, Meurthe-et-Moselle, France. Les volontaires ont été recrutés par invitation des médecins généralistes, par voie de presse régionale, affichage dans les pharmacies, flyers et radio locale. Un questionnaire a été proposé en début et en fin de conférence. Un entretien téléphonique a été réalisé 1 mois puis 3 mois après la conférence permettant de mesurer l'impact de ces conférences. **Résultats** : 76 participants ont complété les questionnaires lors des 2 conférences et 55 adultes ont été suivis à 1 mois et 3 mois. 58% (n=43) étaient âgés de plus de 60 ans et les femmes représentaient 65% (n=48) des participants. 63% (n=46) des participants déclaraient souffrir d'insomnie, dont 89% d'insomnie chronique (26% d'insomnie légère, 40% de modérée et 34% de sévère). A 3 mois, 20% des participants avaient complété l'agenda du sommeil et avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. 56% des consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement. 84% des participants ayant appliqué les conseils et les thérapies cognitives et comportementales avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. **Conclusion** : une éducation thérapeutique de groupe de type thérapie cognitivo-comportementale lors d'une conférence permet d'obtenir un changement des comportements et une amélioration de la qualité du sommeil chez les participants à moyen terme.

TITRE EN ANGLAIS:

Impact of therapeutic education by physicians about sleep disorders in adults.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS-CLES : éducation thérapeutique – insomnie – thérapie cognitivo-comportementale – médecin de famille

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex