

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 28 octobre 2020

par

Monsieur CARALP Augustin

Né le 22 juillet 1993 à Saint-Martin-Boulogne (Pas-de-Calais).

TITRE DE LA THÈSE :

La pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives par les médecins généralistes du Calvados dans l'insomnie chronique des patients âgés de 18 à 65 ans.

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier.

Membres : Madame le Docteur VANDEVELDE Anaïs, directrice de thèse.

Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie, maître de conférences.

Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu, maître de conférences.

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation

M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
------------	----------------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRACTIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

À Monsieur le Professeur Xavier Le Coutour, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

À Madame le Docteur Anaïs Vandeveld, je te remercie pour la direction de cette thèse et pour ton accompagnement dans ce travail.

À Madame le Docteur Sophie De Jaegher et Monsieur le Docteur Mathieu Bansard, je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse ainsi que pour votre implication au sein du Département de Médecine Générale.

À Monsieur le Docteur Claude Magnani, coordonnateur des Groupes Qualité en Normandie, pour sa précieuse aide dans la diffusion des questionnaires à destination des médecins généralistes.

À tous les participants aux questionnaires et aux divers intervenants ayant eu la gentillesse d'éclairer mes interrogations.

Aux médecins qui m'ont donné goût à la médecine générale, les Docteurs Emilie Alix, Véronique Lagoutte et Franck Dannet, mon premier semestre d'interne de médecine générale dans vos cabinets a été passionnant.

À Hélène, qui a incontestablement influé sur ma vocation de médecin.

À Dominique, Laurent et Agathe, pour leur gentillesse, leur disponibilité et leur soutien.

À mes grands-parents, qui m'ont donné le goût d'apprendre et d'être au service d'autrui, merci de m'avoir guidé.

À Claire, Daphné et Laurent, pour leurs encouragements et leur bienveillance fraternelle.

À mes parents, pour leur soutien indéfectible au cours de mes études et leur précieuse aide dans la relecture de ce travail.

À Eloïse, sans qui ce travail n'aurait pu être celui-ci, pour ton soutien de tous les instants et pour le bonheur au quotidien de t'avoir à mes côtés, cette thèse t'est dédiée.

Liste des abréviations

AFTCC : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ASMR : *Autonomous Sensory Meridian Response*

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ESS : *Epworth Sleepiness Scale*

FDA : Food and Drug Administration

HAD : *Hospital Anxiety and Depression*

ICSD : *International Classification of Sleep Disorders*

INR : *International Normalized Ratio*

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

NHS : National Health Service

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSQI : *Pittsburgh Sleep Quality Index*

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SADC : Système d'Aide à la Décision Clinique

SADM : Système d'Aide à la Décision Médicale

SFRMS : Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TCC-I : Thérapie Comportementale et Cognitive de l'Insomnie

UFR : Unité de Formation et de Recherche

Index des tableaux

TABLEAU 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'INSOMNIE SELON LES 3 PRINCIPALES CLASSIFICATIONS.	- 6 -
TABLEAU 2 : RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE HYGIENE DU SOMMEIL.	- 11 -
TABLEAU 3 : BENZODIAZEPINES ET MOLECULES APPARENTÉES INDIQUÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES SEVERES DU SOMMEIL A COURT TERME.	- 15 -
TABLEAU 4 : ANTIHISTAMINIQUES INDIQUÉS DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 18 -
TABLEAU 5 : EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE INITIALE PAR LA METHODE DE RESTRICTION DU TEMPS PASSE AU LIT.	- 27 -
TABLEAU 6 : MESURES DE CONTROLE DU STIMULUS.	- 29 -
TABLEAU 7 : PRINCIPES CLES DE LA THERAPIE COGNITIVE DE L'INSOMNIE D'APRES MORIN ET BEAULIEU-BONNEAU (51).	- 32 -

Index des figures

FIGURE 1 : COMORBIDITES A RECHERCHER DANS LE DIAGNOSTIC D'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 10 -
FIGURE 2 : CONSEQUENCES POTENTIELLES DE L'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 12 -
FIGURE 3 : FACTEURS CONTRIBUANT AU DEVELOPPEMENT DE L'INSOMNIE, D'APRES SPIELMAN.	- 24 -
FIGURE 4 : AGENDA DE SOMMEIL PROPOSE DANS LA RECOMMANDATION DE LA HAS DE 2006.	- 26 -
FIGURE 5 : LIEU D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES.	- 43 -
FIGURE 6 : CLASSE D'AGE DES MEDECINS GENERALISTES.	- 44 -
FIGURE 7 : OCCURRENCE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE COMME MOTIF DE CONSULTATION.	- 44 -
FIGURE 8 : PRIORITE DONNEE A L'INSOMNIE CHRONIQUE LORS DE LA CONSULTATION.	- 45 -
FIGURE 9 : CONNAISSANCE DES MEDECINS GENERALISTES A PROPOS DES TCC EN TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION DE L'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 46 -
FIGURE 10 : ETAT DE LA CONNAISSANCE DES TCC PAR LES MEDECINS GENERALISTES.	- 46 -
FIGURE 11 : FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX TCC.	- 47 -
FIGURE 12 : INTERET DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'APPROCHE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 48 -
FIGURE 13 : UTILISATION DE PRINCIPES DE TCC CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE PLAINTTE D'INSOMNIE CHRONIQUE.	- 48 -
FIGURE 14 : MEDECINS GENERALISTES AYANT DEJA INITIE UNE PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES.	- 49 -
FIGURE 15 : HABITUDES DE PRESCRIPTIONS D'HYPNOTIQUES.	- 50 -
FIGURE 16 : RENOUELEMENT DES TRAITEMENTS HYPNOTIQUES AU-DELA DU DELAI RECOMMANDE PAR LA HAS.	- 50 -
FIGURE 17 : ADEQUATION DU DELAI DE LA HAS AVEC LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.	- 51 -
FIGURE 18 : RAISON PRINCIPALE MOTIVANT LA PRESCRIPTION AU-DELA DU DELAI RECOMMANDE.	- 52 -
FIGURE 19 : INTERET DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'APPRENTISSAGE DE PRINCIPES SIMPLES ET CONCRETS DE TCC-I.	- 53 -
FIGURE 20 : PREFERENCE DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'APPRENTISSAGE DE PRINCIPES SIMPLES DE TCC-I.	- 54 -
FIGURE 21 : MEDECINS GENERALISTES CONSIDERANT L'APPROCHE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE PLUS CHRONOPHAGE QU'UNE PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES.	- 54 -
FIGURE 22 : OPINION SUR LA PRATIQUE DES TCC DES MEDECINS GENERALISTES LA TROUVANT PLUS CHRONOPHAGE.	- 55 -
FIGURE 23 : NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES CONNAISSANT LE RESEAU MORPHEE.	- 56 -
FIGURE 24 : CONNAISSANCE DES MEDECINS GENERALISTES D'AUTRES STRUCTURES SPECIALISEES DANS L'INSOMNIE.	- 57 -
FIGURE 25 : MEDECINS GENERALISTES AYANT DEJA ORIENTE UN PATIENT SOUFFRANT D'INSOMNIE CHRONIQUE VERS UN SPECIALISTE DU SOMMEIL.	- 58 -
FIGURE 26 : PREFERENCE DES MEDECINS GENERALISTES POUR UN OUTIL D'AIDE A LA PRATIQUE DES TCC-I EN CONSULTATION.	- 59 -
FIGURE 27 : CLASSE D'AGE DES PARTICIPANTS.	- 60 -
FIGURE 28 : LIEU DE RESIDENCE DES PARTICIPANTS.	- 61 -
FIGURE 29 : SEXE DES PARTICIPANTS.	- 62 -
FIGURE 30 : PLAINTTE D'INSOMNIE CHRONIQUE DES PATIENTS INTERROGES.	- 62 -
FIGURE 31 : REPARTITION DES CRITERES DE SEVERITE DE L'INSOMNIE.	- 63 -
FIGURE 32 : NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT DÉJÀ PARLÉ DE LEUR PROBLÈME D'INSOMNIE À LEUR MÉDECIN TRAITANT.	- 64 -
FIGURE 33 : LE MÉDECIN TRAITANT, INTERLOCUTEUR DE CHOIX POUR LES TROUBLES DU SOMMEIL.	- 64 -
FIGURE 34 : NOMBRE DE PARTICIPANTS INSOMNIAQUES CHRONIQUES AYANT DÉJÀ CONSULTÉ UN MÉDECIN OU UN PSYCHOLOGUE SPÉCIALISTE DU SOMMEIL.	- 65 -
FIGURE 35 : INTÉRÊT POUR UNE PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE DES TROUBLES DU SOMMEIL.	- 66 -
FIGURE 36 : PRISE D'UN MEDICAMENT POUR DORMIR SUR ORDONNANCE.	- 66 -

FIGURE 37 : NOMBRE DES PARTICIPANTS INTERROGES PENSANT QUE LES MEDICAMENTS SOMNIFERES SONT DANGEREUX POUR LA SANTE.	- 67 -
FIGURE 38 : NOMBRE DE PARTICIPANTS CONNAISSANT LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES.	- 68 -
FIGURE 39 : NOMBRE DE PARTICIPANTS CONNAISSANT DES APPLICATIONS LES AIDANT A MIEUX GERER LEUR SOMMEIL AU QUOTIDIEN.....	- 68 -
FIGURE 40 : TYPES D'APPLICATIONS SMARTPHONE OU TABLETTE QUE LES PARTICIPANTS CONNAISSENT.	- 69 -
FIGURE 41 : AUTRES APPLICATIONS AIDANT AU SOMMEIL.	- 70 -
FIGURE 42 : NOMBRE DE PARTICIPANTS PENSANT QU'UNE APPLICATION PUISSE LES AIDER A MIEUX GERER LEUR SOMMEIL.	- 71 -
FIGURE 43 : CONNAISSANCE DU RESEAU MORPHEE PAR LES PARTICIPANTS.	- 71 -
FIGURE 44 : SUPPORT LE PLUS UTILE SELON LES PARTICIPANTS POUR LES AIDER A MIEUX GERER LEURS PROBLEMES DE SOMMEIL..	- 72 -
FIGURE 45 : DETAIL DES REPONSES CORRESPONDANT A UN AUTRE SUPPORT.	- 73 -

Table des matières

1. INTRODUCTION	- 1 -
2. GENERALITES	- 3 -
2.1. LE SOMMEIL ET SES BIENFAITS.....	- 3 -
2.2. 20 IDEES REÇUES SUR LE SOMMEIL.....	- 3 -
2.3. DEFINITIONS DE L'INSOMNIE CHRONIQUE	- 4 -
2.4. LES ECHELLES D'EVALUATION DE L'INSOMNIE.....	- 7 -
2.5. LES CHIFFRES DE L'INSOMNIE CHRONIQUE	- 8 -
2.6. INSOMNIE CHRONIQUE ET COMORBIDITES	- 9 -
2.7. REGLES D'HYGIENE DU SOMMEIL.....	- 10 -
2.8. PRINCIPALES CONSEQUENCES DE L'INSOMNIE	- 12 -
2.9. LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE	- 13 -
2.10. THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES DANS L'INSOMNIE	- 15 -
2.10.1. Benzodiazépines et apparentés.....	- 15 -
2.10.2. Antidépresseurs.....	- 17 -
2.10.3. Antihistaminiques.....	- 18 -
2.10.4. Phytothérapie.....	- 18 -
2.10.5. Mélatonine	- 19 -
2.11. THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES DANS L'INSOMNIE	- 20 -
2.11.1. Méditation, tai-chi, qigong, yoga.....	- 20 -
2.11.2. Acupuncture	- 21 -
2.11.3. Photothérapie.....	- 21 -
2.11.4. Hypnose.....	- 22 -
2.11.5. Sophrologie.....	- 23 -
2.12. LES TCC ET LEUR APPLICATION DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE	- 23 -
2.12.1. Modèle conceptuel de Spielman (45)	- 24 -
2.12.2. Agenda de sommeil	- 25 -
2.12.3. Hygiène du sommeil.....	- 26 -
2.12.4. Restriction du temps passé au lit.....	- 26 -
2.12.5. Contrôle du stimulus	- 28 -
2.12.6. Méthodes de relaxation	- 29 -
2.12.7. Thérapie cognitive.....	- 30 -
2.13. LES TCC DANS L'INSOMNIE : UNE EFFICACITE PROUVEE	- 33 -
2.14. OUVRAGES DISPONIBLES SUR LES TCC-I.....	- 33 -
2.15. SITES INTERNET D'INFORMATIONS SUR LES TCC-I.....	- 34 -
2.16. APPLICATIONS MOBILES UTILES DANS UNE PRISE EN CHARGE DE TCC-I	- 35 -
2.17. LES SITES INTERNET PROPOSANT DE LA TCC-I EN LIGNE.....	- 36 -
2.17.1. Formules francophones.....	- 36 -
2.17.2. Formules anglophones.....	- 37 -
3. MATERIEL ET METHODE	- 40 -
3.1. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES	- 40 -

3.2.	QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS	- 40 -
3.3.	METHODE DE RECUEIL ET PROTECTION DES DONNEES	- 41 -
3.4.	METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	- 42 -
4.	RESULTATS.....	- 43 -
4.1.	QUESTIONNAIRE MEDECINS	- 43 -
4.1.1.	<i>Caractéristiques des participants.....</i>	- 43 -
4.1.2.	<i>L'insomnie chronique en consultation de médecine générale.....</i>	- 44 -
4.1.3.	<i>Connaissances, pratiques et opinion des généralistes sur les TCC-I.....</i>	- 46 -
4.1.4.	<i>Place des hypnotiques dans la prise en charge de l'insomnie chronique.....</i>	- 49 -
4.1.5.	<i>Motivation des généralistes pour les TCC-I et choix de leur mode de formation.....</i>	- 53 -
4.1.6.	<i>Connaissances des réseaux spécialisés dans les troubles du sommeil</i>	- 56 -
4.1.7.	<i>Choix des généralistes de l'outil idéal d'aide à la pratique des TCC-I.....</i>	- 59 -
4.2.	QUESTIONNAIRE PATIENTS	- 60 -
4.2.1.	<i>Caractéristiques des participants.....</i>	- 60 -
4.2.2.	<i>Les participants et l'insomnie</i>	- 62 -
4.2.3.	<i>Les participants et les somnifères</i>	- 66 -
4.2.4.	<i>Connaissances et opinion des participants autour de la prise en charge des troubles du sommeil</i>	- 68 -
4.2.5.	<i>Choix des participants du support idéal d'aide à la prise en charge de l'insomnie chronique.....</i>	- 72 -
5.	DISCUSSION	- 74 -
5.1.	L'INSOMNIE CHRONIQUE, PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE ET POURTANT	- 74 -
5.2.	PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE	- 75 -
5.3.	PLACE DES SPECIALISTES DU SOMMEIL.....	- 76 -
5.4.	PLACE DES HYPNOTIQUES.....	- 78 -
5.5.	UN INTERET FORT POUR LES ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES DANS L'INSOMNIE	- 79 -
5.6.	DE LA NECESSITE DE FORMER LES MEDECINS GENERALISTES EN TCC-I	- 80 -
5.7.	VERS UNE COTATION POUR UNE CONSULTATION DE TCC-I EN MEDECINE GENERALE ?	- 82 -
5.8.	LE LIVRET PAPIER, SUPPORT IDEAL POUR AIDER LES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LEUR INSOMNIE.	- 82 -
5.9.	UN SITE INTERNET, OUTIL IDEAL POUR LA PRATIQUE DES TCC-I EN MEDECINE GENERALE.....	- 84 -
5.10.	VERS LA CREATION D'UN PROGRAMME INTELLIGENT DE TCC-I SUR PRESCRIPTION MEDICALE ?	- 87 -
5.11.	LIMITES ET BIAIS	- 89 -
6.	CONCLUSION.....	- 91 -
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	- 92 -
8.	ANNEXES.....	- 100 -
8.1.	ANNEXE 1 : INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE (ISI)	- 100 -
8.2.	ANNEXE 2 : ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH.	- 101 -
8.3.	ANNEXE 3 : INDEX DE QUALITE DU SOMMEIL DE PITTSBURG (PSQI)	- 102 -
8.4.	ANNEXE 4 : CRITERES DE SEVERITE DE L'INSOMNIE D'APRES LA HAS	- 108 -
8.5.	ANNEXE 5 : ECHELLE HAD	- 109 -
8.6.	ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DE BECK.	- 111 -
8.7.	ANNEXE 7 : SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS HAS DE 2006 SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ADULTE SE PLAIGNANT D'INSOMNIE EN MEDECINE GENERALE.....	- 112 -

8.8.	ANNEXE 8 : CLASSEMENT DES EFFETS RESIDUELS DES HYPNOTIQUES BENZODIAZEPINES ET APPARENTES SELON L'ALTERATION DES PERFORMANCES PSYCHOMOTRICES AUX DIVERSES DOSES (D'APRES A.VERMEEREN, CNS DRUGS 2004 ;18 (5) :P.323)	
(13).	- 114 -
8.9.	ANNEXE 9 : CHARTE QUALITE DES OUTILS INTERNET D'AIDE A LA DECISION CLINIQUE, PROPOSEE PAR LE DMG DE PARIS	
DIDEROT (6).	- 115 -
8.10.	ANNEXE 10 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES.	- 116 -
8.11.	ANNEXE 11 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS.....	- 121 -

1. Introduction

L'insomnie chronique est un véritable enjeu de santé publique : 13,1 % des 18-75 ans déclaraient des symptômes suggérant une insomnie chronique en 2017 (1). Les prescriptions médicamenteuses d'hypnotiques sont fréquentes, en 2015, 744 000 patients ont débuté un traitement hypnotique benzodiazépinique et 82 % des prescriptions de benzodiazépines étaient initiées par des médecins généralistes (2).

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle dans sa fiche de bon usage du médicament en décembre 2017 les règles de prescription d'un hypnotique, benzodiazépine ou apparenté, notamment en termes de durée ; limitée à 4 semaines et non renouvelable. Ainsi, dans le cadre d'une insomnie chronique est recommandée en première intention une prise en charge non pharmacologique : la Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) (3).

Dès lors, plusieurs interrogations se posent sur l'application de ces recommandations par les médecins généralistes à l'échelle du Calvados. Les médecins généralistes calvadosiens appliquent-ils les recommandations de la HAS sur la prescription d'hypnotiques ? Connaissent-ils les Thérapies Comportementales et Cognitives de l'Insomnie chronique (TCC-I) et les pratiquent-ils ?

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'effectuer un état des lieux de la pratique des TCC-I par les médecins généralistes du Calvados chez les 18-65 ans en le mettant en parallèle avec les attentes thérapeutiques des patients calvadosiens souffrant d'insomnie chronique afin de mettre en lumière d'éventuels points de divergence.

Nous tenterons ensuite de définir l'outil idéal de formation et d'aide à la mise en pratique de ces thérapies en médecine générale en adéquation avec la demande des patients.

Nous pouvons alors émettre plusieurs hypothèses de travail.

Premièrement, à l'aune des prescriptions d'hypnotiques par les médecins généralistes les TCC-I seraient insuffisamment utilisées, possiblement par un manque voire une absence de formation des médecins à ces thérapies, ou par la perception de difficultés quant à leur mise en pratique en consultation de médecine générale.

Deuxièmement, les patients seraient de plus en plus demandeurs d'alternatives non médicamenteuses, en effet, un sondage Viavoice pour le Groupe Pasteur Mutualité de 2011

montre que 74 % des français pensent que leur médecin devrait davantage prescrire des thérapeutiques non médicamenteuses (4).

Troisièmement, les patients pourraient être intéressés par une application mobile (smartphone ou tablette) pour les aider dans la prise en charge de leur insomnie chronique. En 2018, le marché mondial des applications mobiles dédiées à la santé représentait plus de 400 millions de téléchargements, soit 15% de croissance comparativement à 2016 (5).

Enfin, nous pourrions émettre l'hypothèse que l'outil idéal d'aide à la mise en pratique des TCC-I par les médecins généralistes serait un site Internet, accessible en consultation (6).

2. Généralités

2.1. Le sommeil et ses bienfaits

Le sommeil est un pilier de l'organisation de notre quotidien, nous dormons en moyenne 6h55 par nuit soit près de 30 % de la durée de notre journée (1).

Il est un facteur essentiel d'équilibre psychologique et de récupération physique et mentale. Nous savons désormais qu'il tient un rôle clé dans les processus de mémorisation, les capacités d'apprentissage, la créativité ainsi que le contrôle émotionnel (7).

2.2. 20 idées reçues sur le sommeil

Le sommeil est un acteur majeur de notre santé au sens de sa définition par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en tant qu' « état de complet bien-être physique, mental et social ». Néanmoins, les idées reçues et fausses croyances sur le sommeil sont nombreuses et largement répandues dans la population, ce qui n'est pas sans impact sur la santé de celle-ci.

Des chercheurs américains ont publié, en février 2019 dans la revue *Sleep Health*, le résultat d'une étude où ils ont rassemblé 20 idées reçues sur le sommeil recueillies dans des articles de la presse populaire et les ont présenté à des experts qui ont évalué leur degré de fausseté et leur impact sur la santé (8).

Citons par exemple quelques-unes des idées reçues sur le sommeil ayant un impact jugé très négatif sur la santé :

- « boire de l'alcool avant d'aller se coucher améliore le sommeil »,
- « ronfler est inoffensif »,
- « beaucoup d'adultes n'ont besoin que de 5h de sommeil ou moins pour être en bonne santé »,
- « si vous avez des difficultés pour vous endormir, c'est mieux de rester au lit et d'essayer de se rendormir »,
- « votre cerveau et votre corps peuvent apprendre à aussi bien fonctionner en dormant moins ».

2.3. Définitions de l'insomnie chronique

Il n'y a pas de définition consensuelle de l'insomnie. Les nosologies les plus utilisées sont celles issues de la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^{ème} édition (CIM-10), du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux dans sa 5^{ème} édition (DSM-5) et la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (ICSD-3).

Chacune de ces classifications présente des critères généraux de l'insomnie comprenant une plainte de sommeil nocturne avec des conséquences diurnes, auxquels s'ajoutent des critères spécifiques permettant d'isoler des sous-types d'insomnie. Pour chaque classification au moins 1 critère de chaque lettre (A à D pour la CIM-10, A à H pour le DSM-5 et A à F pour l'ICSD-3) doit être présent.

Les 3 classifications s'accordent sur le critère de fréquence de 3 nuits par semaine mais divergent sur la durée des troubles pour les qualifier de chronique : 1 mois selon la CIM-10, 3 mois selon le DSM-5 et l'ICSD-3.

La CIM-10, publiée par l'OMS, est en application depuis 1993. Elle distingue l'insomnie organique (imputée à un trouble organique) de l'insomnie non organique. Elle est la plus ancienne des 3 classifications présentées ici. La nouvelle version CIM-11 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les classifications ICSD-3 et DSM-5 font respectivement suite à l'ICSD-2 depuis 2014 et au DSM-IV depuis 2015 (version française). Ces précédentes versions distinguaient l'insomnie primaire de l'insomnie secondaire (ou comorbide), ces termes ne sont plus en vigueur. En effet, ces termes sous-tendent que dans l'insomnie secondaire il y aurait un lien de causalité entre l'insomnie et la ou les pathologies associées or, il est souvent impossible d'établir la nature précise de cette relation et celle-ci peut changer au fil du temps (9). De plus, le caractère secondaire de l'insomnie pourrait engendrer une prise en charge inadéquate telle que le fait de penser que la prise en charge de la cause de l'insomnie secondaire résoudrait immédiatement le problème d'insomnie. L'approche thérapeutique de l'insomnie qu'elle soit primaire ou secondaire est sensiblement la même (comportementale et cognitive et/ou pharmacologique), cette distinction ne permet pas une approche thérapeutique plus adaptée (10). C'est pourquoi l'ICSD-3 a regroupé les termes d'insomnie « primaire » et « secondaire » sous une seule entité « insomnie chronique ». L'ICSD-3 distingue désormais l'insomnie

chronique de l'insomnie à court terme. Le DSM-5 distingue désormais l'insomnie avec ou sans comorbidité.

Le DSM-5 permet de spécifier, devant une insomnie avec comorbidité, si celle-ci est : un trouble mental non lié au sommeil (y compris les troubles de l'usage des substances), une autre comorbidité médicale ou un autre trouble du sommeil. Elle permet également de spécifier son caractère : épisodique (symptômes présents depuis au moins 1 mois mais moins de 3 mois), persistant (symptômes présents depuis au moins 3 mois) ou récurrent (au moins 2 épisodes sur une période d'un an).

L'ICSD-3 permet de dégager des sous-types d'insomnie dont les trois premiers cités ci-dessous étaient auparavant caractéristiques de l'insomnie primaire :

- insomnie psychophysiologique : caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives, fixation sur l'incapacité à s'endormir ;
- insomnie paradoxale ou mauvaise perception du sommeil : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements du sommeil ;
- insomnie idiopathique : débute dans l'enfance, insomnie permanente et stable, sans cause retrouvée ;
- insomnie due à une maladie mentale ;
- hygiène du sommeil inadéquate ;
- insomnie comportementale de l'enfant ;
- insomnie liée à un médicament ;
- insomnie liée à une maladie.

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'INSOMNIE SELON LES 3 PRINCIPALES CLASSIFICATIONS

<i>CIM-10</i> <i>Insomnie non-organique</i>	<i>DSM-5</i> <i>Insomnie avec ou sans comorbidité</i>	<i>ICSD-3</i> <i>Insomnie chronique</i>
A. Plainte d'une difficulté d'initiation, de maintien du sommeil ou d'une mauvaise qualité de sommeil.	A. Plainte d'une insatisfaction liée à la quantité ou à la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants : difficultés d'endormissement, difficultés de maintien du sommeil (réveils fréquents ou problèmes pour retrouver le sommeil après un éveil) ou réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir.	A. Plainte d'une difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil ou d'un réveil trop précoce ou difficultés à se coucher à une heure appropriée ou difficultés à dormir sans intervention extérieure (d'un soignant ou d'un parent).
B. La perturbation du sommeil survient au moins 3 jours par semaine depuis au moins 1 mois.	B. La perturbation du sommeil cause une détresse marquée ou une altération du fonctionnement dans le domaine social, professionnel, éducatif, scolaire ou dans d'autres domaines importants de la vie.	B. Au moins une des manifestations négatives suivantes est rapportée par le patient : 1) fatigue, mal-être ; 2) troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire ; 3) troubles du fonctionnement social, scolaire ; 4) troubles de l'humeur, irritabilité ; 5) somnolence diurne ; 6) troubles du comportement (hyperactivité, impulsivité, agressivité...) ; 7) diminution de la motivation, de l'énergie ou de l'initiative ; 8) propension aux erreurs ou aux accidents ; 9) préoccupations ou insatisfaction par rapport au sommeil.
C. Préoccupation par le manque de sommeil et souci excessif concernant ses conséquences durant la nuit et le jour.	C. Difficultés de sommeil au moins 3 nuits par semaine.	C. Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas être expliquées exclusivement par le manque de sommeil ou par un contexte inadapté au sommeil.
D. La quantité et/ou la qualité insatisfaisante du sommeil causent une détresse marquée ou interfèrent avec le fonctionnement social ou professionnel.	D. Difficultés de sommeil présentes depuis au moins 3 mois.	D. Les troubles du sommeil et symptômes diurnes associés surviennent au moins 3 fois par semaine.
	E. Difficultés de sommeil malgré des conditions de sommeil adéquates.	E. Troubles du sommeil et symptômes diurnes présents depuis plus de 3 mois.
	F. N'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'alternance veille-sommeil ni ne survient exclusivement au cours de ce trouble (ex. narcolepsie, SAOS, parasomnie).	F. Les difficultés de sommeil et de réveil ne sont pas mieux expliquées par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie.
	G. Non imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex. drogue ou médicament).	
	H. La coexistence d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale n'explique pas la prédominance des plaintes d'insomnie.	

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'insomnie selon les 3 principales classifications.

2.4. Les échelles d'évaluation de l'insomnie

Pour faciliter le diagnostic d'insomnie, il existe de nombreuses échelles d'évaluation. Sont citées ci-dessous les échelles les plus fréquemment retrouvées dans la littérature, d'autres échelles existent et peuvent être utiles selon les habitudes et objectifs du praticien.

- L'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI ; Annexe 1) est une échelle d'autoévaluation rapide de la sévérité de l'insomnie. Elle comporte 7 questions évaluant la nature de l'insomnie (endormissement, difficultés de maintien du sommeil, réveils matinaux précoces), la satisfaction de la personne interrogée par rapport à son sommeil, son retentissement diurne et sur sa qualité de vie ainsi que l'anxiété générée par l'insomnie. Chaque item est évalué sur une échelle de Likert¹ en 5 points (de 0 à 4). Le score total est obtenu en additionnant le score des 7 items, il varie entre 0 et 28. Il permet de distinguer l'absence d'insomnie (score entre 0 et 7), l'insomnie subclinique ou légère (score entre 8 et 14), l'insomnie clinique modérée (score entre 15 et 21) et l'insomnie clinique sévère (score entre 22 et 28).
- L'Echelle de Somnolence d'Epworth (ESS pour *Epworth Sleepiness Scale* ; Annexe 2) est une échelle d'autoévaluation rapide de la somnolence subjective. Il est demandé à la personne d'évaluer les chances qu'elle s'endorme dans différentes situations courantes (devant la télévision ou au cinéma, assis inactif dans un lieu public, etc.). Elle comporte 8 items évalués sur une échelle de Likert en 4 points (0 à 3). Le score total est obtenu en additionnant le score des 8 items, il varie entre 0 et 24. L'interprétation du score se fait de la façon suivante (11) : somnolence diurne normale basse entre 0 et 5, somnolence diurne normale haute entre 6 et 10, somnolence diurne excessive légère entre 11 et 12, somnolence diurne excessive modérée entre 13 et 15 et somnolence diurne excessive sévère entre 16 et 24. Plus simplement, un score supérieur à 10 est pathologique suggérant une somnolence diurne excessive justifiant des explorations complémentaires.

Il a été montré une corrélation entre la somnolence subjective évaluée sur cette échelle et les résultats objectifs des enregistrements du sommeil notamment dans le syndrome d'apnées du sommeil (12).

¹ Outil permettant de mesurer une attitude chez un individu, elle consiste en une ou plusieurs affirmations pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord.

- L'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI pour *Pittsburgh Sleep Quality Index* ; Annexe 3) comprend 19 questions d'autoévaluation et 5 questions posées au conjoint (si existant). Seules les questions d'autoévaluation sont incluses dans le score. Ces 19 questions sont réparties en 7 « composantes » : qualité subjective, latence, durée, efficacité habituelle, existence de troubles du sommeil, utilisation d'un médicament pour dormir, dysfonctionnement diurne. Chaque composante est évaluée sur une échelle de Likert en 4 points (0 à 3). Dans tous les cas, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global variant de 0 à 21 points, 0 signifiant qu'il n'y a aucune difficulté et 21 indiquant des difficultés majeures. Un résultat global supérieur à 5 est un indicateur de troubles du sommeil. Ce questionnaire permet d'affiner le diagnostic d'insomnie davantage que les 2 précédentes classifications mais est aussi de réalisation plus longue.
- La HAS, dans sa recommandation de 2006 (13), a proposé des critères de sévérité de l'insomnie en fonction de sa fréquence hebdomadaire et de l'intensité de son retentissement diurne permettant de la qualifier de légère, modérée ou sévère (Annexe 4).

2.5. Les chiffres de l'insomnie chronique

Selon les sources, les chiffres de l'insomnie chronique varient entre 10 et 15 % de la population générale adulte.

En 2017, un sondage du Baromètre de Santé publique France a été réalisé sur 12 637 sujets âgés de 18 à 75 ans représentatifs de la population française. 13,1 % de la population âgée de 18 à 75 ans déclarent des symptômes suggérant une insomnie chronique. Elle touche près de deux fois plus les femmes que les hommes avec 16,9 % des femmes et 9,1 % des hommes. Chez les femmes, l'insomnie chronique est plus fréquente entre 25 et 64 ans (19 % dans cette classe d'âge) tandis qu'elle touche davantage les hommes entre 35 et 64 ans (environ 10 % dans cette classe d'âge) (1).

En 2019, une enquête OpinionWay commandée par l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) a été réalisée auprès d'un échantillon de 1014 individus âgés de 18 à 75 ans représentatifs de la population

française, les interrogeant sur leurs modes de vie et leur sommeil. Il en ressort un taux d'individus souffrant d'insomnie de 15 % (14).

2.6. Insomnie chronique et comorbidités

La recherche de comorbidités associées est primordiale et passe par un examen clinique complet en sus d'un interrogatoire exhaustif.

La recherche de pathologies psychiatriques est essentielle, la dépression et l'anxiété sont les plus fréquentes (15). Il peut être nécessaire de s'aider de questionnaires d'évaluation de la dépression tels que l'échelle *Hospital Anxiety and Depression* (HAD ; Annexe 5) ou l'échelle de Beck (Annexe 6). La consommation de toxiques (alcool, produits stupéfiants) est également à rechercher.

Il convient de prendre en compte l'ensemble des traitements suivis par le patient, la prise de certains médicaments peut être responsable d'insomnie chronique, par exemple la prise de corticoïdes ou de bêta-bloquants.

De nombreuses pathologies somatiques sont impliquées dans l'insomnie chronique et sont donc à rechercher systématiquement : celles responsables de douleurs, telles que les pathologies rhumatismales ou neurologiques, ou celles occasionnant une gêne physique, telles qu'un reflux gastro-œsophagien ou une broncho-pneumopathie chronique obstructive, de même que certains troubles endocriniens tels que les dysthyroïdies.

Enfin, certaines pathologies spécifiques du sommeil sont à évoquer : syndrome des jambes sans repos, syndrome d'apnées du sommeil et syndrome de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil.

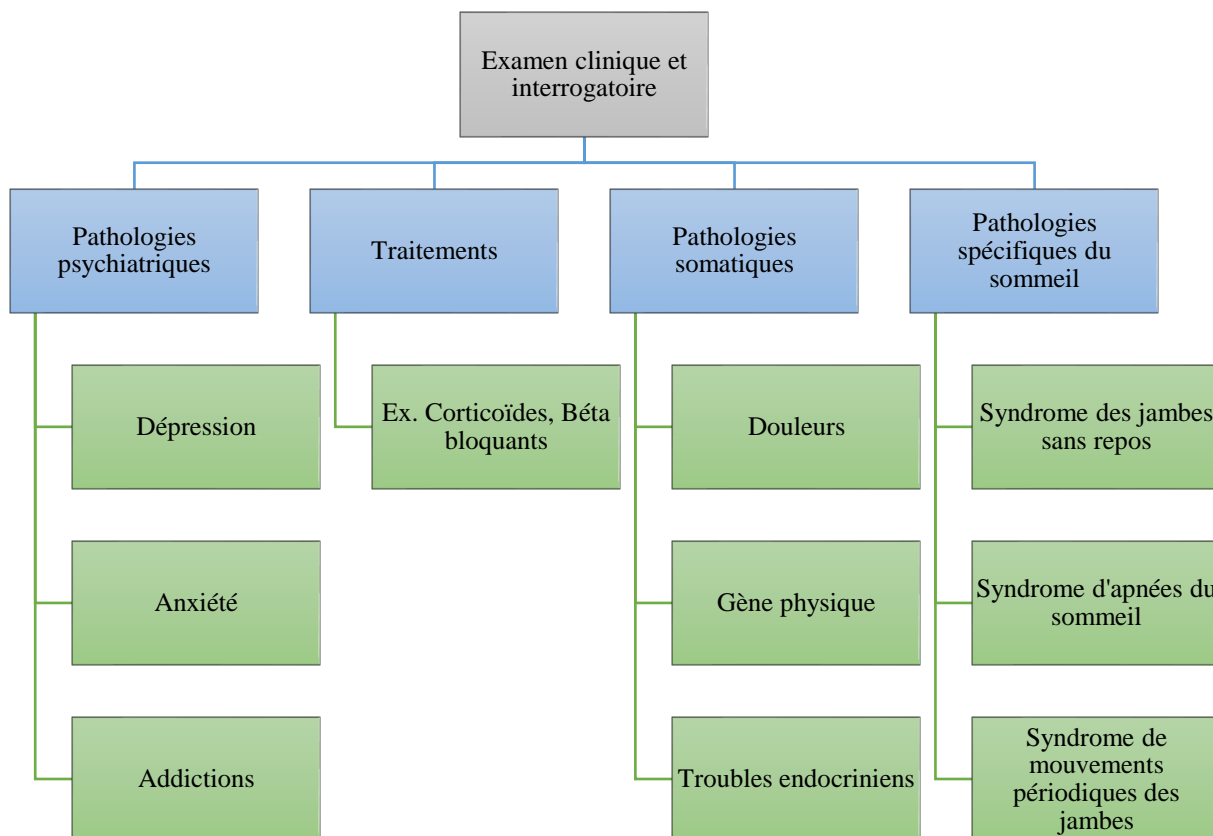


Figure 1 : Comorbidités à rechercher dans le diagnostic d'insomnie chronique.

2.7. Règles d'hygiène du sommeil

Après avoir recherché les comorbidités potentiellement associées à l'insomnie, il faut évaluer le respect des règles élémentaires d'hygiène du sommeil. Certaines habitudes de vie et facteurs environnementaux peuvent avoir un effet néfaste sur le sommeil et favoriser la pérennisation de l'insomnie.

Elles peuvent paraître d'une banalité évidente pour le praticien ou le patient au premier abord mais sont essentielles à rechercher, il n'est pas rare d'identifier des manquements à ces règles chez le patient souffrant d'insomnie chronique.

Les recommandations suivantes sont une synthèse de différentes sources : HAS (3), INSV (16), *La Revue du Praticien* (17).

Recommandations pour une bonne hygiène du sommeil

- Eviter les stimulants (produits contenant de la caféine, nicotine, etc.) plusieurs heures avant l'heure du coucher et lors des réveils nocturnes.
- Eviter la consommation d'alcool en fin de soirée (fragmente le sommeil et favorise les éveils nocturnes).
- Eviter l'exposition aux écrans près de l'heure du coucher et pendant la nuit (téléphone, tablette, ordinateur).
- Tenir les appareils électroniques, notamment téléphones et ordinateurs à distance du dormeur (risque de perturber le sommeil en stimulant la vigilance en alertant de la réception de messages ou appels via une sonnerie, une vibration ou de la lumière).
- Privilégier la pratique régulière d'activité physique (30 minutes 4 fois par semaine au minimum), mais éviter l'exercice vigoureux après 17h.
- Maintenir la chambre à coucher à une température ni trop élevée ni trop basse : autour de 18°C.
- Maintenir la chambre à coucher sombre : diminuer l'éclairage dans la chambre pour se préparer au sommeil et éviter toute source de lumière pendant la nuit (volets, rideaux occultants).
- La chambre à coucher doit être confortable notamment au niveau de la literie : un matelas de 160 cm de large permet de mieux dormir sans gêner ou être gêné par son/sa partenaire, pour la longueur du matelas il faut dans l'idéal une longueur dépassant de 15 cm la taille du dormeur.
- La chambre à coucher doit être calme, limiter au maximum et dans la mesure du possible les sources de bruit extérieur (double vitrage, etc.) et intérieur (téléphone, musique, équipement électronique branché, etc.).
- Eviter les siestes longues (> 1 heure) ou trop tardives (après 16h).
- Se lever et se coucher à heures fixes.
- Eviter les repas trop copieux, trop gras le soir.
- Eviter de dormir avec un animal dans la chambre (risque de réveils nocturnes).

Tableau 2 : Recommandations pour une bonne hygiène du sommeil.

2.8. Principales conséquences de l'insomnie

Les conséquences de l'insomnie sur la santé sont multiples (18). A court terme, il s'agit des conséquences diurnes de l'insomnie : fatigue, baisse d'énergie, irritabilité, baisse de la concentration et de la motivation.

Sur le long terme, l'insomnie présente des conséquences significatives dans de nombreux champs de la médecine. Sur le plan cardiovasculaire, elle est associée à un risque d'hypertension artérielle (19), de diabète, d'obésité, de syndrome métabolique et de survenue d'infarctus du myocarde (20). Sur le plan neurologique, elle est associée à un risque d'accidents vasculaires cérébraux (21), de migraines et céphalées de tension. Sur le plan psychiatrique, l'insomnie peut être responsable d'anxiété, de dépression (22) et d'addictions notamment d'alcoolodépendance (23) .

A noter une relation bidirectionnelle entre insomnie et certaines pathologies telles que la dépression et l'alcoolodépendance qui sont à la fois déterminants et conséquences de l'insomnie.

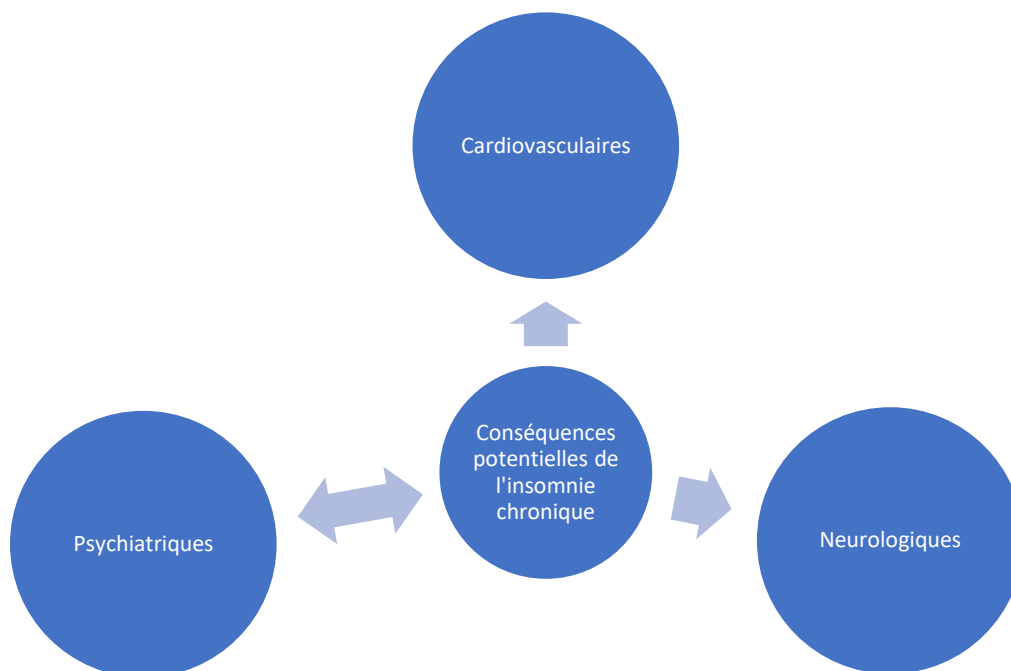


Figure 2 : *Conséquences potentielles de l'insomnie chronique.*

2.9. Les recommandations de la HAS dans l'insomnie chronique

Les dernières recommandations de la HAS sur ce sujet datent de décembre 2006 au travers de recommandations pour la pratique clinique intitulées « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale » (13).

Ces recommandations se basent sur la définition de l'ICSD-2 qui a précédé l'ICSD-3.

Elles synthétisent l'approche diagnostique par le médecin généraliste ; quand recourir à un spécialiste du sommeil, la prise en charge thérapeutique des patients insomniaques, les cas particuliers de l'insomnie chez les personnes âgées ainsi que lors de la grossesse.

L'attention du généraliste est attirée sur le fait que la prescription d'hypnotiques ne doit pas être systématique.

Il est recommandé de consacrer le temps d'une consultation à une plainte d'insomnie.

Ces recommandations préconisent d'étayer l'investigation clinique en s'appuyant sur un plan détaillé d'évaluation de la plainte d'insomnie, d'enquête étiologique et d'orientation des décisions, ainsi que sur un agenda de sommeil complété par le patient.

Le recours à un spécialiste du sommeil ne doit être réservé qu'à certains cas particuliers, tels que les insomnies rebelles ou inexplicables. En d'autres termes, le médecin généraliste est l'interlocuteur médical de choix pour la prise en charge d'une insomnie.

La prise en charge thérapeutique doit avant tout être étiologique et doit toujours débiter par l'évaluation du respect des règles élémentaires d'hygiène du sommeil.

Concernant les insomnies d'ajustement (occasionnelles ou de court terme), terme propre à l'ICSD-2, un traitement symptomatique n'est à proposer que si nécessaire, et le plus prudent possible, soit un sédatif léger via la phytothérapie soit un hypnotique (doxylamine, benzodiazépine ou apparenté aux benzodiazépines). Si le choix se porte sur l'hypnotique, il est explicitement recommandé de le mettre en place sur la plus courte durée et la plus faible dose possibles. La période de prescription de l'hypnotique doit être clairement fixée, de quelques jours à 4 semaines au maximum incluant la période de diminution de la dose. Si la composante anxieuse est prépondérante, la prescription d'un anxiolytique selon les mêmes principes peut être envisagée.

Quel que soit le choix thérapeutique choisi dans une insomnie d'ajustement, une consultation d'évaluation est à prévoir à l'issue de la prescription afin notamment de détecter et prendre en charge précocement le risque d'une chronicisation.

Concernant l'insomnie chronique, l'attention est portée sur l'absence d'efficacité démontrée des hypnotiques sur le long terme ainsi que sur le potentiel facteur d'entretien de l'insomnie des hypnotiques en raison du rebond d'insomnie lors de leur arrêt.

Les insomnies chroniques avec comorbidités doivent être prises en charge de façon singulières en plus du traitement étiologique, car le traitement étiologique seul ne normalise pas automatiquement le sommeil.

Le traitement de première intention de l'insomnie chronique fait appel aux TCC.

Ces recommandations insistent sur les effets indésirables des hypnotiques au cours de la journée : céphalées, troubles de l'équilibre, xylostomie, troubles de la mémoire, altération des performances psychomotrices et cognitives, mais également sur l'effet de rebond d'insomnie à l'arrêt du traitement se traduisant par un retour de l'insomnie à un degré plus sévère qu'avant traitement.

Parmi les erreurs à éviter on remarque la prescription ou le renouvellement systématique d'hypnotique.

Concernant les TCC, la HAS reconnaît dans ses recommandations que ces méthodes thérapeutiques sont peu développées en France voire méconnues, que leur accessibilité est très limitée du fait du faible nombre de praticiens utilisant ces techniques, du coût à supporter par le patient (absence de prise en charge par l'Assurance Maladie) et du temps nécessaire à leur mise en place.

La conclusion de ces recommandations datant de 2006 comporte plusieurs suggestions trouvant une résonance particulière dans ce travail de thèse. Il est proposé que certaines techniques non médicamenteuses dont notamment les TCC soient intégrées à la formation des médecins généralistes et qu'ils puissent les mettre en pratique au sein de consultations spécifiques. Une autre suggestion concerne la nécessité d'adapter les conditions d'exercice des soignants de première ligne afin de les encourager à proposer des alternatives non médicamenteuses.

La synthèse de ces recommandations est disponible en Annexe 7.

2.10. Thérapeutiques médicamenteuses dans l'insomnie

Plusieurs classes médicamenteuses sont utilisées dans l'insomnie : benzodiazépines et apparentés, antidépresseurs, antihistaminiques, phytothérapie.

Aucune de ces thérapeutiques n'est recommandée dans l'insomnie chronique (3) .

Avant toute prescription médicamenteuse dans l'insomnie, il faut toujours s'assurer du respect des règles élémentaires d'hygiène du sommeil.

2.10.1. Benzodiazépines et apparentés

Pour un bon usage de ces molécules dans l'insomnie, la HAS a publié des recommandations en décembre 2017 (3).

Il s'agit de 4 benzodiazépines et 2 molécules apparentées, elles sont remboursées dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme.

Benzodiazépines		Molécules apparentées	
DCI	Spécialités	DCI	Spécialités
Estazolam	NUCTALON®	Zolpidem	STILNOX® et génériques
Loprazolam	HAVLANE®	Zopiclone	IMOVANE® et génériques
Lormétazépam	NOCTAMIDE® et génériques		
Nitrazépam	MOGADON®		

Tableau 3 : Benzodiazépines et molécules apparentées indiquées dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme.

Ces molécules ont des demi-vies variables, toutes à demi-vies courtes à l'exception du Nitrazépam (de 2h30 pour le Zolpidem à 16 à 48h pour le Nitrazépam) (24).

Ces recommandations insistent sur le fait que ce type de prescription ne doit s'inscrire que dans une stratégie à court terme.

Il convient de toujours rechercher la dose minimale efficace, d'informer le patient sur la durée du traitement, toujours inférieure à 28 jours incluant la période de diminution de la dose, ses effets indésirables, les modalités d'arrêt qui doivent être anticipées ainsi que l'importance d'une réévaluation programmée de la situation (au minimum une seconde consultation à l'issue de la durée de la prescription).

Le cumul de médicaments à effets sédatifs est à proscrire, il n'y a pas d'effet supplémentaire mais une potentialisation des effets indésirables.

Le type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise, notamment celles requérant une vigilance optimale (par exemple la conduite automobile), est toujours à évaluer compte tenu des propriétés des benzodiazépines (myorelaxante, anxiolytique, sédatif, hypnotique, anticonvulsivante et amnésiante) et de leurs effets indésirables.

Le patient doit être informé des risques d'effets indésirables de ces molécules, essentiellement neuro-psychiatriques :

- troubles cognitifs tels qu'une amnésie antérograde, pouvant survenir à doses thérapeutiques,
- troubles du comportement, irritabilité, agressivité, agitation, modifications de la conscience,
- dépendance physique et psychique, pouvant survenir à doses thérapeutiques,
- confusion, baisse de vigilance, somnolence, chute,
- troubles de la parole,
- modifications de la libido.

Certaines de ces molécules sont plus à risque de présenter ces effets indésirables (Annexe 8).

La prescription de STILNOX® et de ses génériques doit être réalisée sur ordonnance sécurisée avec mention en toutes lettres du nombre de prises et de comprimés. Une nouvelle ordonnance ne peut être rédigée pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance, sauf mention expresse du prescripteur. Ces conditions de prescription sont celles des stupéfiants auxquels STILNOX® et ses génériques font partie depuis 2017. Il n'y a cependant pas d'obligation pour le patient de présenter l'ordonnance au pharmacien dans les 3 jours suivants la date de prescription pour la délivrance de son traitement ni d'obligation pour le pharmacien d'archiver une copie des ordonnances pendant 3 ans. Cette classification parmi

les médicaments stupéfiants est liée aux risques avérés de dépendance, d'abus et d'usages détournés (recherche d'un effet récréatif, usage en injections, soumission chimique) de cette molécule (25).

Bien que l'efficacité de ces molécules ait été démontrée sur des courtes périodes (inférieures à 6 semaines), leur quantité d'efficacité est faible, de l'ordre d'une heure de gain de sommeil par nuit.

Le service médical rendu de ces molécules est faible dans le traitement des troubles sévères du sommeil dans les indications d'insomnie transitoire ou occasionnelle.

La prescription d'autres benzodiazépines dans le même cadre que celui précisé ci-dessus peut être envisagée dans les insomnies à prédominance anxieuse.

2.10.2. Antidépresseurs

Les antidépresseurs dans le traitement de l'insomnie n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Une revue systématique (26) publiée en mai 2018 a évalué l'efficacité, l'innocuité et le degré de tolérance des antidépresseurs pour le traitement de l'insomnie chez l'adulte au travers de 23 essais contrôlés randomisés portant sur des adultes ayant reçu un diagnostic d'insomnie primaire et sur tous les types de participants, y compris ceux avec comorbidités.

Cette revue a intégré les résultats de recherches effectuées jusqu'en juillet 2015 réalisées sur des bases de données bibliographiques électroniques (registre central Cochrane des essais contrôlés, MEDLINE®, Embase® et PsycINFO®).

Les données étaient globalement de faible qualité en raison du faible nombre de personnes recrutées dans les études et de la façon dont ont été menées les études. Il en ressort des preuves de faible qualité en faveur d'une utilisation à court terme (en semaines et non en mois) de certains antidépresseurs tels que la paroxétine, la doxépine, la trimipramine ou la trazodone. Il n'y avait aucune preuve en faveur de l'utilisation de l'amitriptyline, pourtant couramment utilisée en pratique clinique dans l'insomnie. Il n'y avait également aucune preuve en faveur d'une utilisation à long terme des antidépresseurs dans l'insomnie.

La prescription d'antidépresseurs dans l'insomnie n'est donc pas à recommander compte tenu du manque de preuve de leur efficacité dans cette indication. Elle peut cependant être licite

dans le traitement d'une insomnie associée à d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression ou l'anxiété.

2.10.3. Antihistaminiques

Trois molécules antihistaminiques H1 ont une indication dans l'insomnie occasionnelle ou transitoire.

Il importe de tenir compte des contre-indications et des effets indésirables, essentiellement anticholinergiques, tout particulièrement chez le sujet âgé.

DCI	Spécialités
Alimémazine	THERALENE®
Prométhazine	PHENERGAN®
Doxylamine	DONORMYL® ; LIDENE®

Tableau 4 : Antihistaminiques indiqués dans l'insomnie chronique.

Les prescriptions de ces molécules doivent être aussi brèves que possibles, de 2 à 5 jours maximum, d'après leurs Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) respectifs.

Ces traitements ne sont pas remboursés à l'exception de l'alimémazine dans ses formes solutions buvables et comprimés. La doxylamine est disponible sans ordonnance.

2.10.4. Phytothérapie

Certaines plantes, notamment la valériane, la passiflore, l'aubépine, sont communément utilisées sous différentes formes galéniques pour améliorer le sommeil. La phytothérapie s'appuie sur les vertus thérapeutiques des plantes, son efficacité n'a pas été prouvée par des essais cliniques probants.

Il existe en effet peu d'études sur l'efficacité de la phytothérapie dans l'insomnie, les études existantes sont le plus souvent de faible qualité méthodologique avec un manque de significativité rendant tout résultat peu probant (27).

Si l'efficacité de ces médicaments est incertaine, il peut néanmoins en être fait usage à titre de placebo (13) pouvant contribuer à un conditionnement favorable à l'endormissement. Toutefois, il convient de toujours s'assurer de l'absence de contre-indication à ce type de prescription ainsi que des éventuelles interactions médicamenteuses (28).

2.10.5. Mélatonine

La mélatonine est une hormone produite par la glande pinéale qui participe au contrôle des rythmes circadiens et favorise le sommeil.

Il n'existe en France qu'un seul médicament contenant de la mélatonine indiqué chez l'adulte, il s'agit du Circadin®. Ce médicament contient 2mg de mélatonine de synthèse, sa posologie est d'un comprimé par jour, pouvant être poursuivie jusqu'à une durée de 13 semaines selon son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), il s'agit d'une prescription médicale obligatoire. Il est indiqué en monothérapie pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire (sans comorbidité) chez des patients de 55 ans ou plus. Le service médical rendu de Circadin® est faible, son efficacité est modeste et il n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu dans la prise en charge de l'insomnie primaire. La HAS en appelle à la prudence quant à sa prescription chez les patients de plus de 65 ans polypathologiques ou très âgés, les insuffisants rénaux et hépatiques (29).

La mélatonine est présente dans de nombreux compléments alimentaires prétendant agir sur le sommeil et connaissant une grande notoriété car en vente libre. En France, la réglementation impose que la dose de mélatonine présente dans les compléments alimentaires soit inférieure à 2 mg.

Un rapport publié le 23 février 2018 par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) déconseille la consommation de mélatonine sous forme de compléments alimentaires chez les personnes souffrant de maladies inflammatoires ou auto-immunes, les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les adolescents, les personnes devant réaliser une activité nécessitant une vigilance soutenue et pouvant poser un problème de sécurité en cas de somnolence. De même, un avis médical est souhaitable dans ce cas chez les patients épileptiques, asthmatiques ou souffrant de troubles de l'humeur, du comportement ou de la personnalité (30).

La mélatonine peut également être présente en préparation magistrale, sur prescription médicale et uniquement lorsque le patient ne peut recevoir la spécialité Circadin® dans le cadre de son AMM (31).

2.11. Thérapeutiques non médicamenteuses dans l'insomnie

Nous aborderons dans cette sous-partie les thérapies psychocorporelles, la photothérapie, l'hypnose et la sophrologie. Les TCC sont développées dans la sous-partie suivante.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Les thérapies psychocorporelles, traduites en anglais par *mind and body practices*, regroupent un ensemble de diverses pratiques administrées ou enseignées par un praticien entraîné ou un enseignant. Elles incluent notamment l'acupuncture, la méditation, le yoga, la relaxation (32).

2.11.1. Méditation, tai-chi, qigong, yoga

Une revue systématique et une méta-analyse étudiant l'efficacité des thérapies psychocorporelles sur l'insomnie ont été publiées en février 2019 (33). Les thérapies ayant été étudiées sont : la méditation, le tai-chi, le qigong et le yoga. Ces thérapies sont celles ayant été les plus étudiées parmi l'ensemble des thérapies psychocorporelles.

La méditation est présente dans de nombreuses traditions spirituelles et religieuses, il s'agit d'une pratique mentale qui consiste généralement en une attention portée sur un objet, au niveau de la pensée, des émotions, du corps.

Le tai-chi et le qigong sont des arts martiaux basés sur la médecine traditionnelle chinoise.

Le yoga est quant à lui originaire d'Inde, il est de plus en plus pratiqué en Occident et notamment en France avec près de 3 millions de pratiquants en 2018 (34).

49 essais contrôlés randomisés publiés entre 2004 et 2018 ont été analysés. Cette étude montre que ces thérapies améliorent significativement la qualité du sommeil et permettent une diminution de la sévérité de l'insomnie mais n'ont pas d'effet significatif sur la durée du sommeil. Néanmoins, la conclusion de cette étude met en avant la nécessité de réaliser des études de meilleure qualité méthodologique afin d'étayer cette démonstration.

A ce jour il manque donc d'études suffisamment solides pour recommander ces thérapies dans l'insomnie.

2.11.2. Acupuncture

L'acupuncture est une composante importante de la médecine traditionnelle chinoise, largement répandue en Asie et de plus en plus dans les pays occidentaux, dans de nombreuses indications dont l'insomnie chronique. Elle consiste en la stimulation, le plus souvent à l'aide d'aiguilles, de zones précises de l'épiderme appelées « points d'acupuncture » dans le but de rétablir l'équilibre du corps.

Une revue systématique visant à déterminer l'efficacité et l'innocuité de l'acupuncture pour l'insomnie a été publiée en septembre 2012 (35). 33 essais contrôlés randomisés ont été inclus dans l'étude, tous présentaient un risque élevé de biais. Compte tenu de la faible qualité méthodologique des essais, de l'hétérogénéité des participants, de la variété des techniques d'acupuncture et des différentes mesures de qualité de sommeil utilisées, il n'a pu être conclu à une efficacité ou récusation de l'acupuncture dans le traitement de l'insomnie.

Une autre revue systématique publiée en février 2016 (36) visant à déterminer les effets de l'acupuncture dans l'insomnie a quant à elle conclu à des résultats légèrement significatifs en faveur de l'acupuncture comparé à un placebo et aux mesures pharmacologiques (benzodiazépines et antidépresseurs) tout en nuancant ce résultat du fait des nombreux biais et hétérogénéités de ces études.

Il n'est donc à l'heure actuelle pas possible de prouver l'efficacité de l'acupuncture dans l'insomnie chronique du fait du manque d'études solides méthodologiquement.

2.11.3. Photothérapie

La photothérapie ou luminothérapie suscite un intérêt croissant, à en croire le nombre de lampes de luminothérapie disponibles dans le commerce.

Elle consiste à s'exposer à la lumière de lampes de haute intensité pendant environ une heure par jour, en restant à proximité sans que le sujet ne fixe la lampe, il peut pendant ce temps lire, travailler ou consulter un écran. Il s'agit de lumière blanche ne contenant ni ultraviolets ni infrarouges (37). Il n'est pas recommandé d'être dans l'obscurité pendant la séance.

La photothérapie repose notamment sur le fait que la lumière régule notre rythme circadien, celle-ci inhibe la sécrétion de mélatonine et synchronise l'horloge biologique permettant d'assurer un sommeil de qualité la nuit et une vigilance optimale le jour (38). Elle est désormais recommandée par les experts de la Société Française de Recherche et Médecine

du Sommeil (SFRMS) dans les syndromes de retard et d'avance de phase, le travail posté et de nuit, le décalage horaire.

Les lunettes de lumphothérapie ne sont pas recommandées par la SFRMS car ne disposant pas d'étude de validation clinique dans les troubles circadiens du rythme veille-sommeil et en l'absence d'évaluation de leur innocuité rétinienne.

La photothérapie est déconseillée chez les individus souffrant d'une pathologie oculaire évolutive, une pathologie rétinienne ou une dégénérescence maculaire.

La plupart des lampes de photothérapie sont fabriquées à l'aide de diodes électroluminescentes, la prudence est de mise suite au rapport de l'Anses publié en juin 2019 confirmant les risques liés à la lumière bleue de ces dernières (effets sur la rétine, risque de dégénérescence maculaire, troubles du rythme circadien). L'Anses recommande de restreindre la mise sur le marché des dispositifs trop riches en lumière bleue (39).

2.11.4. Hypnose

L'hypnose peut paraître bénéfique dans l'insomnie de par sa capacité à induire une relaxation profonde, un meilleur contrôle de l'anxiété mais également de par la possibilité de pouvoir pratiquer l'autohypnose après quelques séances données par un thérapeute formé. Cependant, peu d'études sont disponibles sur l'efficacité de l'hypnose dans l'insomnie.

Un essai contrôlé randomisé publié en 2018 (40) a étudié l'efficacité de l'hypnose dans l'insomnie. Cet essai a été réalisé en simple aveugle sur 2 groupes de 30 participants ayant respectivement suivi une hypnothérapie utilisant des suggestions spécifiques à la prise en charge de l'insomnie et une hypnothérapie utilisant des suggestions génériques (non spécifiques de l'insomnie), à raison d'une heure hebdomadaire pendant 4 semaines. Le choix de ne pas comparer l'hypnothérapie à un placebo a été argumenté par les auteurs de cette étude justifiant que l'utilisation d'un groupe placebo fait également appel à la suggestibilité, rendant difficile la comparaison. Le résultat de cette étude montre une amélioration de l'insomnie grâce à l'hypnothérapie dans les 2 groupes sans différence significative entre eux, avec une bonne tolérance et acceptation des patients.

Comme nombre d'études sur l'hypnose (41), la taille de l'échantillon de cet étude est trop faible, il manque actuellement d'études de bonne qualité méthodologique sur des échantillons de grande taille permettant de recommander ces thérapies dans l'insomnie.

2.11.5. Sophrologie

La sophrologie est une pratique s'inspirant de nombreuses techniques de relaxation issues du monde oriental et du monde occidental, elle vise à harmoniser le corps et l'esprit. Pratique controversée, elle n'est pas définie ni reconnue dans le cadre du code de la santé publique (42).

Les études concernant la sophrologie sont rares, celles l'étudiant dans l'insomnie le sont davantage.

Il n'est donc pas possible de recommander la pratique de la sophrologie dans l'insomnie devant le manque cruel d'études rigoureuses.

2.12. Les TCC et leur application dans l'insomnie chronique

Les TCC sont des psychothérapies individuelles qui ont pour objectif de faire acquérir au patient des compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses difficultés.

Sur le plan théorique, le postulat est que les symptômes d'un patient sont des troubles découlant d'un conditionnement et constituent des réponses comportementales et/ou cognitives dysfonctionnelles telles que des schémas de pensées erronés ou des symptômes psychiques (par exemple, une phobie ou une obsession) (43). Le conditionnement résulte d'apprentissages liés à des expériences antérieures vécues dans des situations similaires. Ainsi, la réponse du patient (comportementale et/ou cognitive) devant une situation déjà expérimentée est prévisible. Dans ces thérapies il s'agit donc, dans un premier temps, d'analyser la réponse cognitive et/ou comportementale à une situation en tentant avec le patient de décrypter comment le conditionnement s'est effectué pour réaliser un nouvel apprentissage permettant un nouveau conditionnement correspondant davantage au souhait du patient.

Ces thérapies sont validées dans de nombreuses indications dont la liste suivante n'est pas exhaustive : troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux, schizophrénie, troubles de l'humeur, douleurs chroniques, conduites addictives, sans oublier les troubles du sommeil.

La TCC-I comporte 3 grands axes : l'éducation à l'hygiène du sommeil, des mesures comportementales (restriction du temps passé au lit et contrôle du stimulus) et la restructuration cognitive (thérapie cognitive).

La TCC-I est une approche axée sur l'enseignement de nouvelles habitudes et attitudes afin de permettre au patient d'avoir les clés d'un meilleur contrôle de son sommeil. Il s'agit d'une psychothérapie brève, en général 5 à 8 séances structurées de 45 à 60 minutes sur quelques semaines suffisent (44). Le clinicien pilote l'implantation de cette thérapie mais l'essentiel du travail revient au patient, d'où la nécessité d'une solide alliance thérapeutique.

2.12.1. Modèle conceptuel de Spielman (45)

Il existe 3 types de facteurs influant sur l'évolution de l'insomnie :

- Les **facteurs prédisposants** (vulnérabilité) à l'insomnie, tels que certains traits de personnalités (tempérament anxieux ou perfectionniste) ou prédispositions familiales.
- Les **facteurs précipitants**, éléments déclencheurs d'un épisode d'insomnie (événement de vie, décès, séparation...); certaines personnes retrouvent un sommeil normal une fois l'élément déclencheur disparu ou atténué tandis que d'autres plus vulnérables garderont une insomnie malgré la disparition ou l'atténuation de l'élément déclencheur.
- Les **facteurs perpétuants** ou d'entretien, tels que les horaires de sommeil irréguliers, le temps excessif passé au lit, les activités incompatibles avec le sommeil, l'anxiété de performance et les inquiétudes concernant les conséquences de l'insomnie.

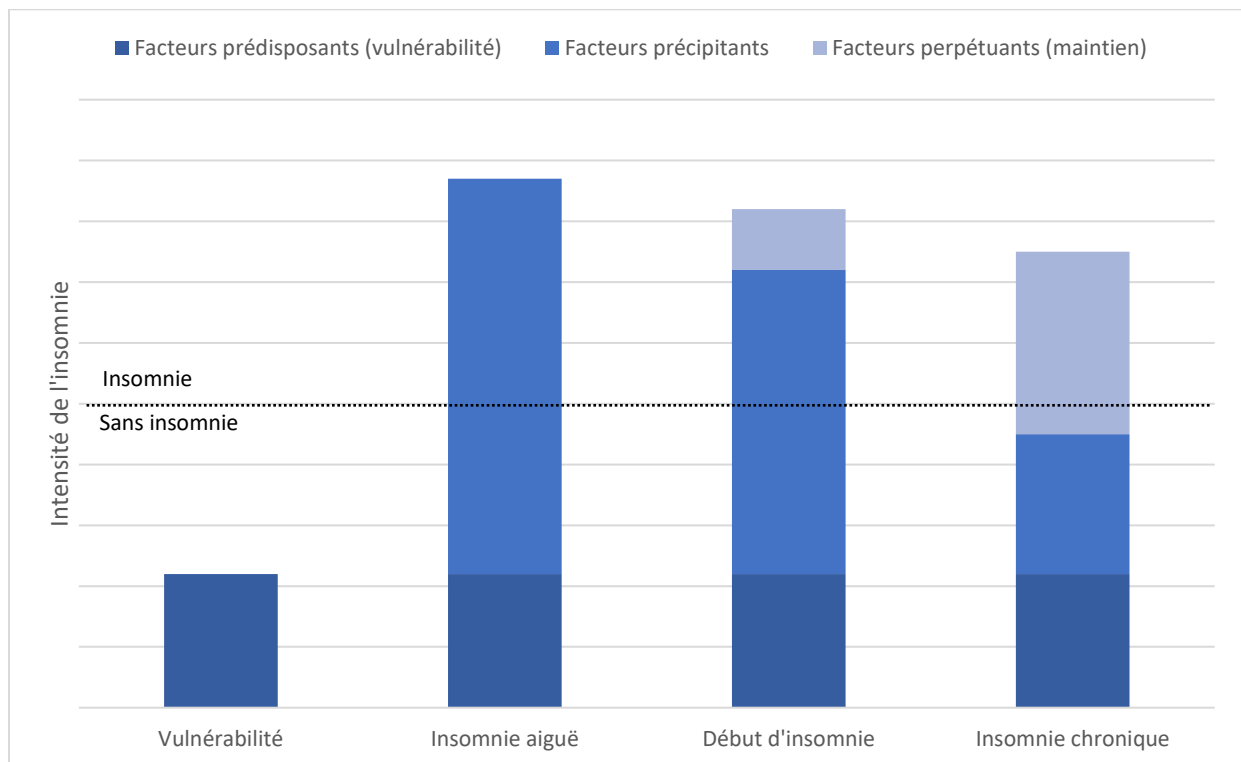


Figure 3 : Facteurs contribuant au développement de l'insomnie, d'après Spielman.

On note ainsi que plus les facteurs perpétuants prédominent, plus l'insomnie se chronicise. La TCC-I cible spécifiquement ces facteurs, bien qu'il soit nécessaire de prendre en compte les autres facteurs cités ci-dessus, il est nécessaire de se concentrer sur ces facteurs d'entretien qui contribuent à la pérennisation du problème d'insomnie. Le cumul de ces 3 facteurs est à l'origine de l'insomnie chronique, il existe un seuil symbolique de l'insomnie dès lors qu'apparaissent les facteurs précipitants.

2.12.2. Agenda de sommeil

Élément indispensable d'une prise en charge initiale de TCC-I, l'agenda de sommeil apporte de nombreux éléments informatifs au thérapeute mais permet aussi au patient de prendre conscience de ses habitudes de sommeil. L'agenda est rempli par le patient chaque matin en fonction des souvenirs de sa nuit, il serait contre-productif de rechercher l'exactitude horaire des éventuels événements nocturnes, l'agenda de sommeil n'est pas un outil de précision mais un révélateur du ressenti du patient. Chaque soir, le patient va relater son état pendant la journée.

L'agenda de sommeil place le patient au centre de sa prise en charge, celui-ci va en effet renseigner sur une durée de 2 à 3 semaines :

- ses heures de lever et de coucher,
- le nombre et la durée des éveils nocturnes,
- la fréquence des troubles du sommeil,
- le temps d'endormissement,
- la qualité perçue du sommeil,
- les siestes,
- la prise éventuelle d'hypnotique, ou d'autres substances utilisées pour faciliter le sommeil.

Une fois l'agenda dûment complété, il est possible d'estimer la latence d'endormissement (temps estimé entre l'heure du coucher et le début du sommeil), le temps de sommeil total (différence entre l'heure du réveil et celle d'endormissement, moins le temps d'éveil pendant la nuit) ainsi que l'index d'efficacité du sommeil (rapport exprimé en pourcentage entre le temps de sommeil et le temps passé au lit).

L'agenda de sommeil est utile lors de l'évaluation initiale du patient ayant une plainte d'insomnie mais aussi en cours d'intervention de TCC-I pour vérifier l'observance aux

recommandations comportementales et évaluer les progrès (dimension motivationnelle pour le patient) ainsi que les difficultés persistantes éventuelles du patient.

Agenda sommeil – éveil

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

Jours	Hypnotique (cocher)	Heures														19 h	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						
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	○	Fatigue	Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case	Exemple : 8
////	Périodes de sommeil (griser)	★	Envie de dormir	Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case	Exemple : 5
	Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)	●	Sieste involontaire	(état dans la journée : en forme ou non)	
↑	Heure du lever	■	Sieste volontaire	Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : x	

Consignes au patient :

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

Figure 4 : Agenda de sommeil proposé dans la recommandation de la HAS de 2006.

2.12.3. Hygiène du sommeil

L'évaluation du respect des règles d'hygiène du sommeil (cf. paragraphe 2.5. ci-dessus) fait partie intégrante d'une prise en charge de TCC-I, en effet, le manquement à ces règles sont des facteurs perpétuants de l'insomnie non négligeables.

2.12.4. Restriction du temps passé au lit

Nombre de patients souffrant d'insomnie chronique passent beaucoup plus de temps au lit que leur besoin réel de sommeil dans le but d'augmenter les opportunités de sommeil. Bien que cela puisse être utile pour pallier les conséquences d'une insomnie à court terme, à long terme, cela entraîne une fragmentation du sommeil et constitue un facteur perpétuant de l'insomnie (12).

La méthode de restriction du temps passé au lit vise à limiter le temps passé au lit au plus près possible du besoin réel de sommeil et donc d'améliorer l'efficacité du sommeil. Elle est

particulièrement indiquée chez les individus dont l'index d'efficacité du sommeil, calculé à l'issue de la réalisation d'un agenda du sommeil sur 1 à 2 semaines, est inférieur à 85 % (46).

Pour mettre en place cette méthode, il faut prendre en compte 3 éléments : la durée moyenne de sommeil (calculée à partir de l'agenda de sommeil sur au moins 1 semaine), l'heure de lever fixe liée à l'activité diurne (professionnelle notamment) et la période de la nuit où le sommeil est de meilleure qualité. Le temps passé au lit prescrit au début du traitement, également appelé « fenêtre de sommeil », doit être égal à la durée moyenne de sommeil calculée (jamais inférieure à 5 heures du fait du risque trop important de somnolence diurne). La période de la nuit choisie pour optimiser la qualité du sommeil est variable selon les individus. Par exemple, pour un individu qui présente un sommeil de bonne qualité sur les 2 premiers tiers de sa nuit mais un mauvais sommeil sur le tiers restant, il sera possible d'avancer son heure de lever par rapport à son horaire habituel, dans le but d'améliorer son index d'efficacité du sommeil.

Eléments obtenus après 1 semaine d'agenda de sommeil	Prescription de temps restreint au lit
Moyenne des heures passées au lit : de 23h à 6h30	Fenêtre de sommeil : 5h45
Temps moyen passé au lit par nuit : 7h30	Horaire de coucher proposé : 23h (endormissement facile)
Latence d'endormissement : 15 minutes (endormissement facile)	Horaire de lever proposé : 4h45 (sommeil de moindre qualité de 4h30 à 6h30)
Moyenne du temps de sommeil total : 5h45	<p>➔ Optimisation de l'efficacité du sommeil</p> <p>➔ Prescription à suivre chaque nuit pendant 1 semaine avant réévaluation</p>
Heure de lever fixe lié à l'activité diurne : 6h15	
Meilleures parties de nuit (qualité) : de 23h à 4h30	

Tableau 5 : Exemple de prise en charge initiale par la méthode de restriction du temps passé au lit.

La prescription de temps restreint passé au lit (fenêtre de sommeil) doit être suivie par le patient chaque nuit de la semaine pendant 1 semaine avant d'être réévaluée via la tenue d'un agenda de sommeil permettant un nouveau calcul de l'index d'efficacité du sommeil.

- L'objectif est d'obtenir un index d'efficacité du sommeil entre 85 et 90 %, dans ce cas on ne modifie pas la fenêtre de sommeil.

- Si celui-ci est inférieur à 85 % la fenêtre de sommeil est réduite de 15 à 30 minutes (modifiant l'horaire de lever ou de coucher selon la meilleure période de sommeil déterminée).
- Si celui-ci est supérieur à 90 % la fenêtre de sommeil est augmentée de 15 à 30 minutes selon les modalités ci-dessus.

En cas de modification de la fenêtre de sommeil, la prescription devra de nouveau être suivie systématiquement sur une semaine par le patient avant d'être réévaluée une nouvelle fois via l'agenda de sommeil avec un nouveau calcul de l'index d'efficacité du sommeil. L'ajustement de la fenêtre de sommeil se fera sur le modèle décrit ci-dessus. Il faut en général 3 à 6 semaines continues pour ressentir une amélioration (47).

Cette technique est efficace (48) bien que nécessitant une réelle motivation du patient. La privation de sommeil pouvant entraîner une baisse de vigilance diurne elle doit être appliquée avec prudence chez les individus dont la vigilance diurne est indispensable (par exemple un chauffeur routier) et peut justifier un arrêt de travail de quelques jours en début de traitement.

2.12.5. Contrôle du stimulus

Chez beaucoup d'insomniaques chroniques l'heure du coucher au sein de la chambre à coucher est souvent associée à des activités incompatibles avec l'endormissement (par exemple, l'utilisation d'écrans lors du coucher ou l'anxiété anticipatoire de ne pas dormir). Certains insomniaques chroniques se sont conditionnés inconsciemment pour leur endormissement rendant par exemple celui-ci plus aisé dans leur canapé ou sur une chaise que dans leur lit, ils ont créé inconsciemment une association négative entre leur lit situé dans leur chambre à coucher et leur endormissement à un horaire donné, pouvant par exemple être lié à une association de la chambre à coucher à une forte anxiété de ne pas s'endormir.

Les mesures comportementales de contrôle du stimulus visent à recréer, via un processus de conditionnement, une association positive entre le lit, la chambre à coucher, l'heure du coucher et le sommeil ainsi qu'à réguler les horaires de veille-sommeil. Elles permettent d'apprendre au patient insomniaque à s'endormir rapidement (en moins de 30 minutes) et à maintenir son sommeil (49).

Ces mesures à expliquer au patient sont résumées dans le tableau ci-dessous. Elles tendent à éviter au patient de passer du temps au lit lors des périodes d'éveil et donc de renforcer l'association entre lit et sommeil.

Mesures de contrôle du stimulus
<ul style="list-style-type: none"> • Aller au lit uniquement lorsque la somnolence est ressentie. • Réserver le lit et la chambre à coucher uniquement pour le sommeil et les activités sexuelles : pas de lecture, pas de télévision, ne pas manger, limiter au maximum l'anxiété au sein de la chambre à coucher. • Eviter les siestes dans la journée. • Se lever à la même heure chaque matin, peu importe la qualité de sommeil obtenue. • S'il est impossible de s'endormir ou se réendormir au bout de 15-20 minutes, se lever et aller dans une autre pièce pour une activité tranquille, ne retourner au lit que lorsque le sommeil se fait sentir. Répéter cette procédure aussi souvent que nécessaire. • Ne pas regarder l'heure (sur un réveil ou sur un écran) lors des réveils nocturnes ou s'il est impossible de s'endormir, ce qui entretiendrait une anxiété vis-à-vis de l'endormissement. • Réserver au moins 1 heure pour avant le coucher pour se détendre et se relaxer, éviter les activités éveillantes ou angoissantes dans cette période, nécessité d'une période de transition entre la veille et le sommeil.

Tableau 6 : Mesures de contrôle du stimulus.

Bien que ces consignes semblent simples, l'observance peut être difficile. Il est donc nécessaire de l'évaluer régulièrement avec le patient et d'identifier le cas échéant les difficultés rencontrées afin de tenter de résoudre les problèmes dès que possible.

La relaxation est un élément essentiel permettant le contrôle du stimulus, le paragraphe suivant y est donc consacré.

2.12.6. Méthodes de relaxation

Il existe de nombreuses méthodes de relaxation, certaines ciblent la tension musculaire (par exemple, la relaxation musculaire progressive de Jacobson ou le training autogène de Schultz (50), d'autres la tension mentale (par exemple, la méditation ou l'imagerie mentale). La relaxation musculaire progressive de Jacobson est une méthode de relaxation très répandue. Elle consiste notamment en une alternance de contractions et relâchements musculaires de différentes parties du corps, visant à une prise de conscience du patient de ses états de tension musculaire, à mieux les appréhender et ainsi de baisser la tension musculaire globale favorisant une détente physique et mentale. On peut également citer d'autres méthodes de relaxation telles que le yoga ou le tai-chi.

Le choix de la méthode doit se faire selon les préférences individuelles, l'accessibilité et la facilité d'application. Il existe aujourd'hui de nombreuses possibilités d'initiation aux méthodes de relaxation que ce soit de manière physique au sein notamment de structures de type associatif ou de manière digitale via des sites Internet, réseaux sociaux ou applications smartphones.

Il n'y a pas une méthode de relaxation à recommander, l'essentiel est que la méthode choisie et maîtrisée par le patient lui permette d'obtenir un sentiment de « lâcher-prise » favorable au sommeil. Il pourra initialement la pratiquer en journée ce qui contribuera à réduire son stress au quotidien puis au coucher ou lors des éveils nocturnes une fois la technique bien maîtrisée.

Il est important de faire comprendre au patient que l'objectif de la relaxation dans l'insomnie chronique est de réduire la ou les tensions afin de favoriser l'endormissement et un sommeil de qualité et non d'induire le sommeil à la demande, ce qui pourrait déclencher ou aggraver chez le patient une anxiété de performance.

2.12.7. Thérapie cognitive

La composante cognitive de la TCC-I repose sur différents principes tels que le questionnement socratique, la restructuration cognitive et les expériences comportementales. Elle vise à identifier et à modifier les croyances erronées et les attitudes négatives défavorables au sommeil.

Le questionnement socratique consiste en un dialogue entre le thérapeute et le patient, le thérapeute interroge le patient sur sa problématique sous différents angles donnant au patient la possibilité d'envisager des perspectives différentes de son schéma cognitif initial. Le patient peut ainsi prendre conscience de son schéma cognitif erroné, le décrypter et ainsi accéder à une restructuration cognitive.

La restructuration cognitive a pour but de corriger les pensées dysfonctionnelles perpétuant l'insomnie : objectifs irréalistes, anxiété de performance liée au sommeil, dramatisation des conséquences de l'insomnie, intolérance au manque de sommeil...

Les expériences comportementales consistent à proposer au patient de trouver une réponse comportementale alternative à celle qu'il a habituellement dans une situation donnée et de la mettre en pratique. Le patient peut ainsi évaluer cette alternative, vérifier si l'hypothèse qu'il avait émise avant de mettre en place cette alternative s'est confirmée ou non, il peut de

cette façon prendre conscience qu'il existe d'autres réponses comportementales possibles à ses problématiques.

La thérapie cognitive peut sembler complexe pour un praticien non expérimenté dans le domaine et donc la rendre difficile à la mettre en pratique. Pour simplifier et rendre plus concret cette approche le tableau ci-dessous, issu de *La Revue du Praticien* (51), résume les principes clés de la thérapie cognitive de l'insomnie.

Principes clés de la thérapie cognitive de l'insomnie	
Principes clés et exemples d'illustration	Croyances et attitudes à privilégier (exemples)
Garder des attentes réalistes envers le sommeil. <i>« ce n'est pas normal je me suis réveillé 2 fois cette nuit »</i> <i>« une nuit réparatrice c'est 8 heures de sommeil »</i>	Les besoins de sommeil varient selon les individus, tous n'ont pas besoin de 8 heures par nuit, il est normal de se réveiller la nuit et il n'y a pas lieu de s'inquiéter s'il est possible de se rendormir dans un délai raisonnable.
Ne pas tenter de forcer le sommeil. <i>« je n'ai pas réussi à m'endormir pourtant j'ai tout fait pour »</i>	Bien qu'il soit possible de contrôler certaines circonstances favorisant le sommeil, le sommeil lui-même ne se commande pas, il nécessite plutôt une attitude de « lâcher-prise » ou de « laisser aller ».
Revoir les causes de l'insomnie. <i>« je me fais du souci pour mon fils »</i> <i>« mon épaule me fait mal quand je dors sur le côté »</i>	L'insomnie est causée par plusieurs facteurs, certains sont modifiables, sur d'autres il est possible d'intervenir.
Ne pas accorder trop d'importance au sommeil. <i>« je me suis réveillé 2 fois cette nuit : à 1h24 et 4h47 »</i>	Le fait de regarder l'heure pendant la nuit peut augmenter l'anxiété ou la frustration, il est préférable de cacher le réveil et de ne pas de regarder l'heure.
Eviter de dramatiser les conséquences des difficultés de sommeil. <i>« si rien ne va en ce moment c'est parce que je ne dors pas bien »</i>	L'insomnie est désagréable mais n'est pas dangereuse : il est important de relativiser l'ampleur des conséquences sur la journée. La fatigue ressentie dans la journée n'est pas entièrement reliée au manque de sommeil : d'autres éléments entrent en jeu.
Développer une tolérance au manque de sommeil. <i>« je ne fais plus de sport parce que je suis trop fatigué dans la journée »</i>	Le fait d'annuler certaines activités sociales, sportives ou professionnelles en raison de la fatigue ou par crainte de mal dormir peut contribuer à maintenir l'insomnie en plus d'affecter l'équilibre de vie. Il est plutôt indiqué de maintenir ses engagements tout en adaptant ou réorganisant le déroulement de la journée, après une nuit d'insomnie.

Tableau 7 : Principes clés de la thérapie cognitive de l'insomnie d'après Morin et Beaulieu-Bonneau (51).

2.13. Les TCC dans l'insomnie : une efficacité prouvée

De nombreuses études ont validé l'efficacité des TCC dans l'insomnie de l'adulte, une méta-analyse publiée en février 2017 (52) étudiant 87 essais contrôlés randomisés ayant comparé 3724 patients ayant reçu une intervention de TCC-I à 2579 patients n'en ayant pas reçu, a conclu de nouveau à une efficacité de la TCC-I notamment sur la sévérité de l'insomnie, l'efficacité du sommeil, les réveils nocturnes et la latence d'endormissement.

L'efficacité des TCC-I n'est pas immédiate mais les effets sont durables dans le temps.

Une méta-analyse publiée en août 2019 (53) étudiant 30 essais contrôlés randomisés comparant l'efficacité des TCC-I à un groupe contrôle (sans aucune intervention ou intervention minimale type éducation aux règles d'hygiène de sommeil) a montré une persistance significative de l'efficacité clinique de la TCC-I à un an du suivi sur la sévérité de l'insomnie, l'efficacité du sommeil et la latence d'endormissement.

Devant l'efficacité établie de ces thérapies, les TCC-I sont recommandées en traitement de première intention de l'insomnie chronique de l'adulte, y compris du sujet âgé, par le Collège Américain de Médecine Interne (54) ainsi que par la Société Européenne de Recherche sur le Sommeil (55).

2.14. Ouvrages disponibles sur les TCC-I

De nombreux livres sur les TCC-I sont disponibles à la vente en ligne ou en librairie, certains de qualité universitaire, d'autres destinés au grand public.

Sans aucune prétention exhaustive ou volonté promotionnelle, on peut par exemple citer des ouvrages rédigés par des psychologues tels que celui de Sylvain Dagneaux « Prendre en charge l'insomnie par les TCC » ou l'ouvrage de Benjamin Lubszynski « Bien dormir, ça s'apprend ».

Une liste d'ouvrages sur l'insomnie et abordant pour certains d'entre eux les TCC-I est disponible sur l'espace documentation du site du Réseau Morphée (56).

2.15. Sites Internet d'informations sur les TCC-I

Parmi les nombreux sites Internet dédiés aux TCC-I, certains sites fournissent des informations et outils utiles au patient et au praticien. L'acquisition de compétences sur le sommeil fait partie intégrante d'une prise en charge de TCC-I.

- Le site Internet de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) (57) propose de nombreux infographies et articles sur les problèmes liés au sommeil avec des conseils et réponses à de fréquentes questions sur cette problématique. Par sa qualité didactique et son riche contenu, il constitue un outil pertinent pour le patient et le praticien.

- Le site Internet du Réseau Morphée (58) est très informatif tant pour le patient que le praticien. Le Réseau Morphée est un réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil présent uniquement dans la région Ile-de-France. Ce réseau propose une prise en charge multidisciplinaire des troubles du sommeil avec une coordination des différents acteurs de la prise en charge autour du patient. De nombreuses informations sur le sommeil et ses troubles sont disponibles sur son site Internet, tant pour le grand public qui trouvera des réponses à de nombreuses questions et pourra évaluer son trouble du sommeil via un questionnaire dédié, que pour le médecin généraliste qui trouvera des aides à la consultation (échelles et évaluations cliniques autour du sommeil, des fiches de conduite à tenir, agenda du sommeil). Une fois le questionnaire du sommeil rempli, le patient peut présenter à son médecin traitant une synthèse des réponses obtenues lui permettant d'effectuer une première évaluation précise de ses troubles du sommeil et ainsi de l'orienter si besoin vers le spécialiste le plus adapté. Pour être pris en charge par le Réseau Morphée, le patient doit remplir un dossier constitué d'un formulaire de demande d'orientation associé au questionnaire du sommeil, ce dossier comporte une partie réservée au médecin traitant qui l'adresse. Ce dossier est analysé par un médecin coordonnateur qui oriente le patient vers les différents professionnels du réseau, il peut par exemple bénéficier d'une TCC.

- Un travail de thèse sur les TCC-I soutenu par un médecin généraliste en 2010 a donné naissance à un site Internet (59) résumant les grands axes de TCC-I avec des fiches didactiques sur l'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil. Ces fiches facilement consultables en consultation sont un outil pratique à

remettre au patient au fur et à mesure de la progression dans la prise en charge de TCC-I. Le patient peut ainsi régulièrement les consulter, appliquer les principes préconisés mais aussi discuter au cours du suivi avec son médecin des difficultés éventuelles rencontrées dans leur mise en place.

2.16. Applications mobiles utiles dans une prise en charge de TCC-I

Outils complémentaires à la consultation, les applications mobiles dédiées au sommeil sont nombreuses : gratuites ou payantes, d'utilité ou de qualité plus ou moins réussies. Ne seront citées ci-dessous que des applications gratuites car il semble délicat de recommander au patient l'utilisation d'une application payante.

- L'application « Mon Coach Sommeil » (60) est conçue par le Réseau Morphée. Elle n'est disponible que sur iOS. Elle consiste essentiellement en un agenda de sommeil digitalisé simplifié, avec des conseils d'hygiène du sommeil et des messages incitant à respecter les couchers et levers à heures fixes. Simple d'utilisation, elle propose un bilan hebdomadaire présentant les horaires moyens de levers et couchers, pouvant ainsi révéler une éventuelle dette de sommeil. Chaque jour, le patient remplit son horaire de lever et coucher, son humeur au coucher, sa forme au réveil et sa dernière activité avant de s'endormir. Les conseils d'hygiène du sommeil permettent de renforcer leur intégration par le patient. Cette application ne tient pas compte des éventuels réveils nocturnes, des siestes éventuelles, de la prise éventuelle d'hypnotique. Elle ne permet pas non plus d'établir la latence d'endormissement ni l'index d'efficacité du sommeil ni le temps total de sommeil.
- L'application « ASC-Agenda de Sommeil et de Comportements » (61) est conçue par le Docteur Benjamin Pitrat, psychiatre addictologue. Elle n'est disponible que sur Android. Elle permet de générer un agenda de sommeil digital avec les horaires de lever et de coucher, la durée d'endormissement et la durée d'éveil avant le lever, la prise éventuelle d'hypnotiques, l'existence éventuelle de(s) sieste(s) ainsi que les éventuels réveils nocturnes. Il est également possible de surveiller d'autres paramètres pouvant être intéressants dans les troubles du sommeil mais aussi dans le champ des addictions (temps quotidien passé devant des écrans, consommation d'alcool, de cannabis, de

cocaïne, de tabac, etc.). Le patient rentre une fois par jour les paramètres choisis, avec une possibilité de rappels via notifications pour éviter un oubli du patient. Les résultats sont présentés sous forme de graphiques simples et facilement compréhensibles.

Ces applications peuvent être pour le patient un moyen simple, ludique et pratique de remplir un agenda de sommeil plus ou moins détaillé. Il peut ainsi présenter ces résultats au praticien lors de la consultation qui pourra alors adapter sa consultation aux difficultés du patient et l'encourager dans les efforts effectués.

Les applications Santé installées d'origine sur les smartphones présentent pour la plupart une division sur le sommeil avec le plus souvent au minimum la possibilité de consigner les horaires de lever et de coucher.

Certaines montres connectées proposent également des fonctionnalités plus ou moins abouties d'évaluation du sommeil via des applications smartphones dédiées. Cela peut fournir des informations pertinentes au patient et au médecin mais le coût de ces objets ne permet pas à tout patient de s'en équiper.

2.17. Les sites Internet proposant de la TCC-I en ligne

Il existe un nombre croissant de services proposant de la TCC-I en ligne, certains payants d'autres gratuits, francophones ou anglophones. Sans prétention exhaustive ni promotionnelle sont cités quelques sites Internet proposant de la TCC-I en ligne.

2.17.1. Formules francophones

- Therasomnia (62) est un site français proposant de la TCC-I en ligne, avec un programme dit personnalisé prévu sur une durée de 3 mois. Il débute par la réalisation d'un bilan initial et d'un premier agenda de sommeil puis se poursuit par la mise en œuvre des principes de TCC-I avec vérification de leur efficacité au travers d'agendas de sommeil. Un suivi par des psychologues via téléphone ou courriel est proposé au client, selon la formule choisie. Les tarifs des différentes formules varient de 25 à 45€ par mois. Un essai contrôlé randomisé (63) réalisé en 2016 au Centre du Sommeil de l'hôpital Guy de Chauliac de Montpellier a étudié ce programme sur 46 patients insomniaques chroniques pendant 3 mois en comparant un groupe suivant le programme

Therasomnia à un groupe témoin ayant reçu une séance d'information sur l'insomnie, cela a montré un bénéfice de ce programme sur l'efficacité et l'indice de sévérité du sommeil ainsi que sur la diminution de la consommation d'hypnotique. Ces résultats sont à observer avec prudence du fait notamment de la faible taille de l'échantillon. Le programme est uniquement disponible via leur site Internet, il n'existe pas d'application smartphone.

- Dreem (64) est un programme français de TCC-I en ligne proposant un accompagnement dit personnalisé par un thérapeute spécialisé en TCC, en complément d'une analyse du sommeil via un bandeau. Ce bandeau, à porter la nuit, enregistre le pouls, les mouvements via un accéléromètre et l'activité cérébrale sur le principe d'un électroencéphalogramme. Il transmet par conduction osseuse des sons relaxants adaptés à la phase de sommeil de l'utilisateur. Il permettrait notamment de faciliter son endormissement, les sons s'estompent progressivement jusqu'à l'endormissement, mais également d'émettre des sons dits « sons roses » (audibles mais ne réveillant pas l'utilisateur) lors des phases de sommeil profond qui permettrait d'entretenir et d'amplifier cette phase de sommeil réparatrice. L'enregistrement de l'activité cérébrale permet de détecter les phases de sommeil paradoxal et détecterait dans une fourchette horaire de réveil souhaité par l'utilisateur, le moment propice à un réveil « au bon moment ». Ce bandeau est vendu 339€, tarif incluant la prise en charge complémentaire de TCC-I pour une durée de 6 à 8 semaines. Le programme de TCC est accessible via leur site Internet mais également via une application smartphone (Android et iOS).

Ces formules de TCC-I en ligne peuvent être une manière d'appliquer ces thérapies mais ne sont pas accessibles à tous du fait de l'investissement financier qu'elles représentent. De plus elles n'impliquent pas le médecin généraliste, le patient suit ces programmes indépendamment de tout suivi médical.

2.17.2. Formules anglophones

- Sleepio (65) est un programme britannique de TCC-I en ligne créé par le Professeur Colin Espie de l'Université d'Oxford. Il s'agit d'un programme gratuit, établi sur 6 semaines, totalement automatique et interactif (basé sur des algorithmes), disponible en anglais sur Internet via un ordinateur ou un smartphone (application pour iOS et site mobile adapté pour Android). Le programme débute par un questionnaire approfondi portant sur le sommeil du patient puis par un questionnaire visant à fixer les objectifs

du patient vis-à-vis de son problème de sommeil. Ensuite, Sleepio fixe un programme adapté aux réponses des questionnaires. Chaque semaine, le patient a rendez-vous, quand il le souhaite, pendant 20 minutes avec son expert en sommeil virtuel appelé « the prof » qui lui communique des conseils personnalisés de TCC pour améliorer son sommeil. Le patient a la possibilité de revoir sans limite de temps certains points du rendez-vous hebdomadaire s'il le souhaite. Entre chaque session hebdomadaire, le patient remplit en ligne un agenda de sommeil pour tracer les progrès et difficultés restantes, permettant une adaptation personnalisée du programme, il peut connecter sa montre connectée si elle est compatible permettant de remplir plus facilement l'agenda de sommeil. Le patient a la possibilité en ligne de consulter de nombreux conseils de TCC, des fichiers audios de relaxation ainsi que des articles rédigés par des experts pour mieux comprendre ses problèmes de sommeil sans oublier qu'il peut bénéficier du soutien de la communauté d'utilisateurs sur le modèle d'un réseau social. Le patient peut suivre le programme à son rythme, sur une durée supérieure à 6 semaines s'il le souhaite.

Le médecin généraliste peut accéder, si le patient est d'accord, aux données rentrées sur Sleepio (agenda de sommeil, progression dans le programme, objectifs du patient) via l'outil Sleepio Clinic, afin de lui apporter des renseignements complémentaires et l'encourager dans ce programme pour améliorer son sommeil. Le médecin peut accéder à une vaste bibliographie sur les problématiques autour du sommeil, il peut également interagir avec d'autres professionnels via une communauté de professionnels utilisateurs.

Ce programme a montré son efficacité au travers d'un essai contrôlé randomisé contre placebo (66) avec 56 patients suivant le programme et 55 patients suivant un programme placebo.

Sleepio est recommandé par le système de santé britannique, le National Health Service (NHS), un travail est réalisé pour rendre accessible ce service au plus grand nombre. En effet, sa diffusion est limitée actuellement puisque pour bénéficier gratuitement du programme Sleepio, il faut être salarié d'une entreprise britannique ou américaine dont l'employeur a souscrit à Sleepio via son assurance santé. Il est également possible de bénéficier gratuitement de Sleepio en entrant dans un programme de recherche.

- Somryst (67) est un programme américain de TCC-I en cours d'évaluation disponible au travers d'une application smartphone et pour tablette (uniquement pour iOS actuellement). Ce programme est approuvé par l'Administration Américaine des denrées Alimentaires et Médicaments (Food and Drug Administration) depuis le 26 mars 2020, en tant que première application de thérapie digitale sur prescription médicale (*prescription digital therapeutics*) validée dans l'insomnie chronique des sujets de 22 ans et plus. Somryst est un programme de TCC-I établi pour 9 semaines, totalement automatique et interactif, s'appuyant sur des algorithmes permettant une personnalisation de la prise en charge reposant notamment sur des questionnaires réguliers et des agendas de sommeil régulièrement complétés. Il présente la particularité de n'être disponible que sur prescription médicale, ce programme n'est actuellement disponible qu'au stade expérimental et exclusivement aux Etats-Unis. Il devrait être commercialisé au dernier trimestre 2020 aux Etats-Unis, le développement dans d'autres pays est à l'étude pour 2021. Le prix de ce programme n'est pas encore établi, la recherche de financeurs ainsi que la discussion avec les sociétés d'assurance sur la tarification de ce programme sont en cours avant son lancement officiel.

Le médecin généraliste, prescripteur du programme, peut suivre les progrès et les difficultés rencontrées du patient au travers d'un tableau de bord reprenant les résultats des agendas de sommeil et des différents questionnaires régulièrement soumis au patient, il peut ainsi régulièrement encourager et conseiller le patient.

Ce programme a été évalué au sein de 2 essais contrôlés randomisés. Le 1^{er} essai contrôlé randomisé (68) a été publié en 2016 dans la revue *JAMA Psychiatry*, il a montré l'efficacité de ce programme, y compris sur le long terme (suivi à 1 an), en ayant comparé un groupe de 151 patients insomniaques chroniques suivant le programme à un groupe de 152 patients insomniaques chroniques ne recevant que des conseils éducationnels sur le sommeil. Un 2^{ème} essai contrôlé randomisé (69) a été publié en 2017 dans la revue *British Journal of Psychiatry*, il a montré l'efficacité de ce programme à court et long terme (suivi à 18 mois) chez 574 patients insomniaques chroniques souffrant également de dépression, comparé à un groupe contrôle à caractéristiques similaires ayant suivi un programme éducationnel sans TCC.

Ces deux programmes anglophones présentent la qualité d'impliquer le médecin généraliste dans la prise en charge de TCC-I du patient, permettant au médecin de suivre les progrès et difficultés rencontrées du patient et ainsi pouvoir lui donner des conseils adaptés.

3. Matériel et méthode

Afin de répondre aux objectifs et hypothèses de ce travail, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive au travers de deux questionnaires, l'un à destination des médecins généralistes et l'autre à destination des patients.

3.1. Questionnaire à destination des médecins généralistes

Ce questionnaire intitulé « La prise en charge de l'insomnie chronique des 18-65 ans par les médecins généralistes du Calvados » était destiné aux médecins généralistes du Calvados, par mesure de simplicité il sera ensuite désigné par les termes « questionnaire médecins ». Nous les avons interrogés sur leur âge, leur prise en charge de l'insomnie chronique des 18-65 ans, leurs connaissances et leur éventuelle pratique des TCC-I, leur opinion sur ces thérapies, leurs habitudes de prescriptions dans l'insomnie chronique, leur intérêt pour les TCC-I ainsi que sur leur définition de l'outil idéal d'aide à la pratique des TCC-I en consultation.

La population des médecins généralistes calvadosiens a naturellement été étudiée dans cette thèse soutenue à Caen, permettant une étude locale et inédite.

Ce questionnaire comportait 22 questions, avec des questions à réponses binaires et d'autres à choix multiples (maximum 4 choix). Pour passer à la question suivante, il était nécessaire d'avoir répondu à la question précédente. Ce questionnaire a été conçu pour être rempli en moins de 5 minutes.

3.2. Questionnaire à destination des patients

Ce questionnaire intitulé « L'insomnie chronique chez les patients de 18 à 65 ans dans le Calvados » était destiné aux calvadosiens de 18 à 65 ans, par mesure de simplicité il sera ensuite désigné par les termes « questionnaire patients ». Nous les avons interrogés sur leur éventuel problème d'insomnie chronique, sur leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste, leur éventuelle consommation de somnifères, leur connaissance des TCC-I ainsi que sur le support idéal pour les accompagner dans la prise en charge de leur insomnie chronique.

Nous avons choisi la population de la classe d'âge de 18 à 65 ans car elle correspond globalement à la population active (70) chez qui la pratique des TCC-I nous semble prioritaire afin d'éviter l'initiation ou les renouvellements inadaptés de thérapeutiques pharmacologiques en dehors de toutes recommandations scientifiques. Une bonne prise en charge initiale et précoce de l'insomnie chronique permettra d'appliquer plus aisément les recommandations chez la population de plus de 65 ans, souvent polymédicamentée et chez qui le sevrage de certaines thérapeutiques pharmacologiques suivies depuis des décennies est souvent très laborieux pour le généraliste.

Ce questionnaire comportait 17 questions, avec des questions à réponses binaires et d'autres à choix multiples (maximum 3 choix, sauf une question avec possibilité de réponse libre). Pour passer à la question suivante, il était nécessaire d'avoir répondu à la question précédente. Ce questionnaire a été conçu pour être rempli en moins de 5 minutes.

3.3. Méthode de recueil et protection des données

Les questionnaires étaient anonymes et uniquement disponibles en ligne. Ils étaient hébergés sur la plateforme LimeSurvey de l'Université de Caen Normandie. Ils ont été soumis au Délégué à la Protection des Données de l'Université de Caen Normandie qui garantit la conformité de cette étude au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679 et a porté cette étude au registre Informatique et Libertés de l'Université.

Ils ont été diffusés du 17 septembre 2019 au 17 janvier 2020, avec information systématique des destinataires de la conformité de l'étude comme indiqué ci-dessus.

Le questionnaire médecins a été diffusé par plusieurs moyens de communication :

- courriels à des médecins généralistes issus d'un carnet d'adresse personnel,
- courriels aux généralistes participant aux Groupes Qualité du Calvados par le biais du Dr Claude Magnani, coordonnateur des Groupes Qualité en Normandie,
- utilisation des réseaux sociaux Facebook et LinkedIn.

Le questionnaire patients a également été diffusé par plusieurs moyens :

- courriels à des contacts issus d'un carnet d'adresse personnel correspondant à la population cible,

- utilisation du réseau social Facebook.

3.4. Méthode d'analyse des données

Les résultats des questionnaires ont été exportés et exploités sur le logiciel Microsoft® Excel® version 16.0. Les données, sous forme de variables catégorielles, sont présentées en nombres et pourcentages.

4. Résultats

4.1. Questionnaire médecins

Le questionnaire médecins a réuni 110 réponses au total dont 87 complètes ; 23 réponses sont restées incomplètes dont 7 sans aucune réponse et 16 avec un arrêt en cours de remplissage du questionnaire.

4.1.1. Caractéristiques des participants

- Question 1 : « Exercez-vous dans le Calvados ? »

Sur les 87 réponses complètes des médecins généralistes au questionnaire, 84 déclarent exercer dans le Calvados (97 %) et 3 dans d'autres départements (3 %).

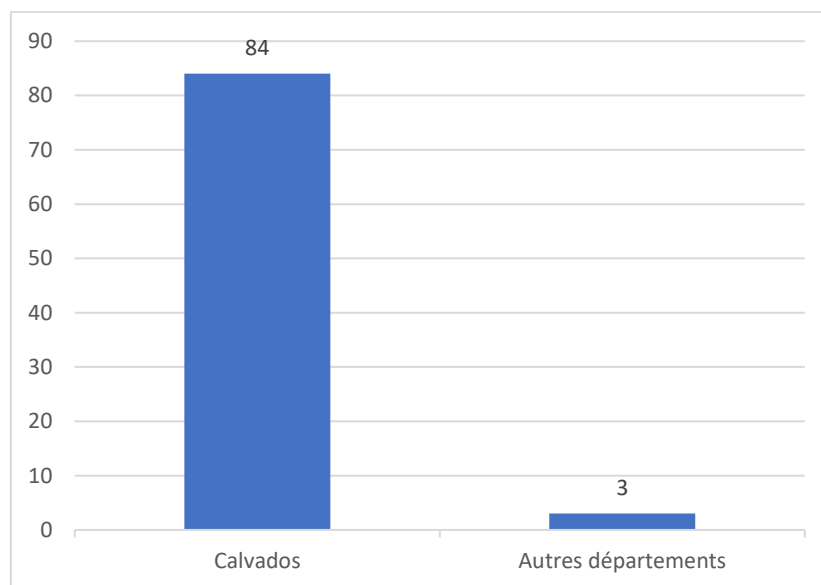


Figure 5 : Lieu d'exercice des médecins généralistes.

Seuls les médecins généralistes exerçant dans le Calvados rentraient dans le champ de l'étude, c'est pourquoi nous avons choisi de ne retenir uniquement les 84 réponses sur les 87 complètes.

- Question 2 : « A quelle classe d'âge appartenez-vous ? »

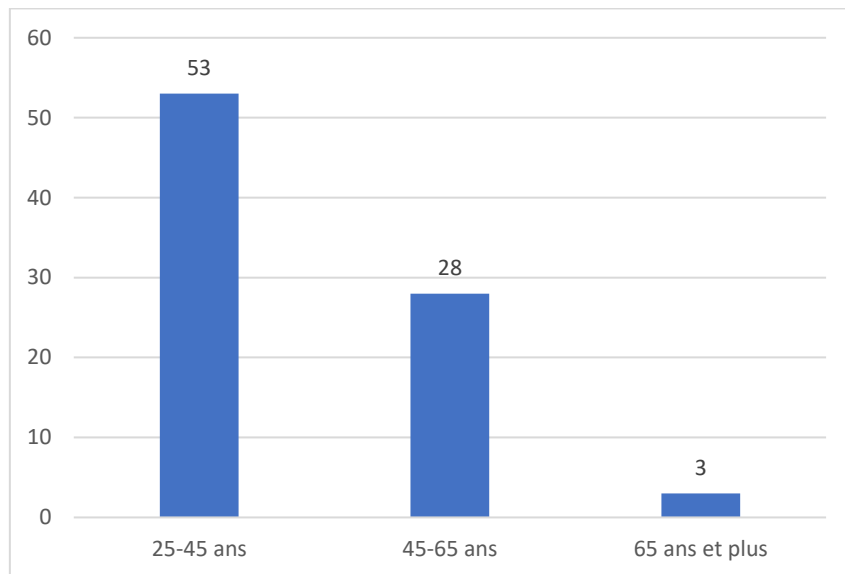


Figure 6 : Classe d'âge des médecins généralistes.

Sur les 84 réponses, 53 (soit 63 %) médecins généralistes ont entre 25 et 45 ans, 28 (soit 33 %) entre 45 et 65 ans et 3 (soit 4 %) plus de 65 ans.

4.1.2. L'insomnie chronique en consultation de médecine générale

- Question 3 : « Considérez-vous l'insomnie chronique comme un motif fréquent de consultation ? »

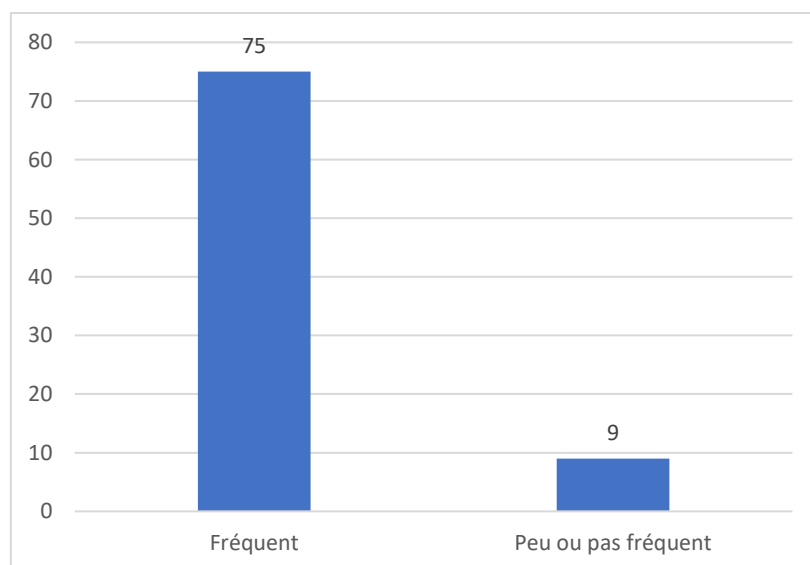


Figure 7 : Occurrence de l'insomnie chronique comme motif de consultation.

75 médecins généralistes considèrent l'insomnie chronique comme étant un motif fréquent de consultation soit 89 % des interrogés.

- Question 4 : « Lorsque le sujet est abordé, l'insomnie chronique est :
 - Le motif principal de la consultation.
 - Un motif secondaire de la consultation. »

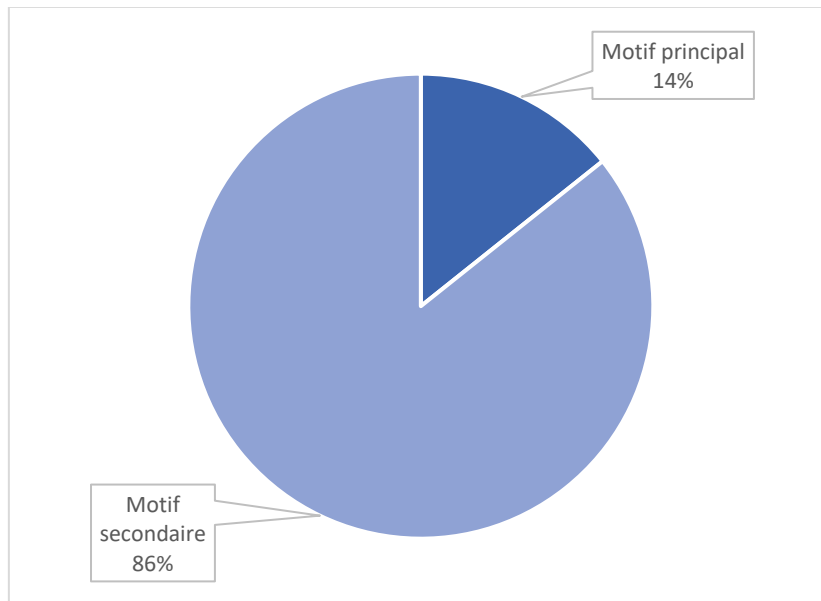


Figure 8 : Priorité donnée à l'insomnie chronique lors de la consultation.

Ce graphique nous indique que 72 médecins (soit 86 %) estiment que l'insomnie chronique est un motif secondaire lors de la consultation contre 12 (soit 14 %) qui constatent que l'insomnie chronique est le motif principal de consultation.

4.1.3. Connaissances, pratiques et opinion des généralistes sur les TCC-I

- Question 5 : « Vrai ou faux : les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) sont le traitement de première intention de l'insomnie chronique de cause non organique? »

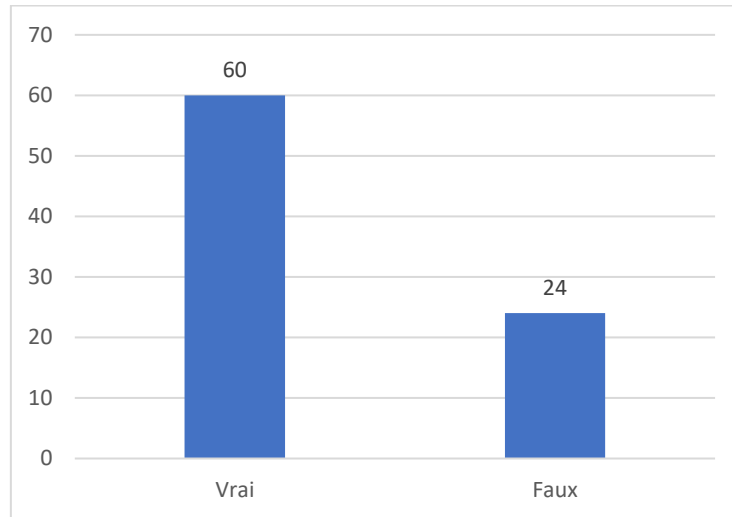


Figure 9 : Connaissance des médecins généralistes à propos des TCC en traitement de première intention de l'insomnie chronique.

Parmi les 84 interrogés, 60 ont répondu vrai à l'affirmation selon laquelle les TCC sont le traitement de première intention de l'insomnie chronique de cause non organique soit 71 %, et 24 ont répondu faux soit 29 % des médecins généralistes interrogés.

- Question 6 : « Connaissez-vous les Thérapies Comportementales et Cognitives ? »

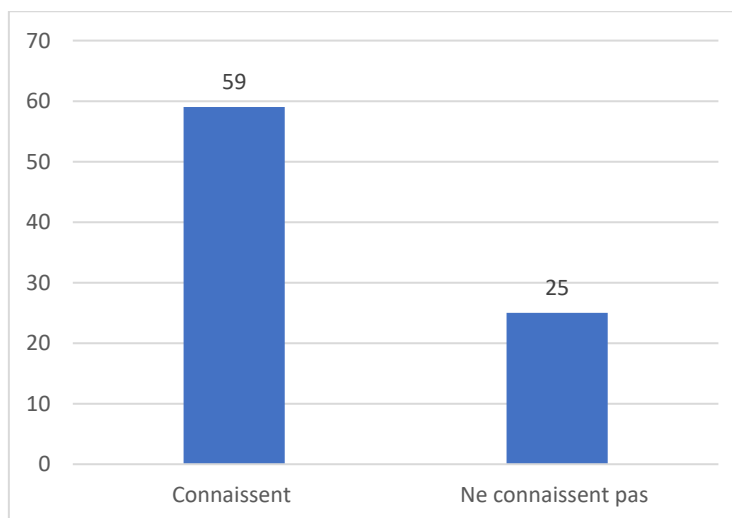


Figure 10 : Etat de la connaissance des TCC par les médecins généralistes.

Parmi les médecins interrogés, 59 affirment connaître les TCC (soit 70 %) contre 25 qui affirment ne pas connaître les TCC (soit 30 %).

- Question 7 : « Êtes-vous formés aux TCC ? »

Nous avons par la suite interrogé uniquement les médecins connaissant les TCC, sur plusieurs aspects dont leur potentielle formation aux TCC.

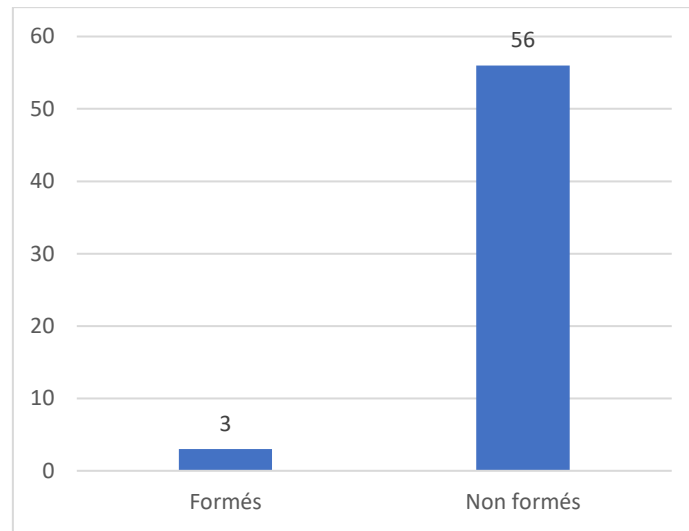


Figure 11 : Formation des médecins généralistes aux TCC.

Ainsi, 56 médecins généralistes ne sont pas formés aux TCC soit 95 % contre seulement 3 qui le sont soit 5 % de l'effectif des médecins généralistes connaissant les TCC.

- Question 8 : « Considérez-vous que l'approche comportementale et cognitive dans l'insomnie chronique est intéressante ? »

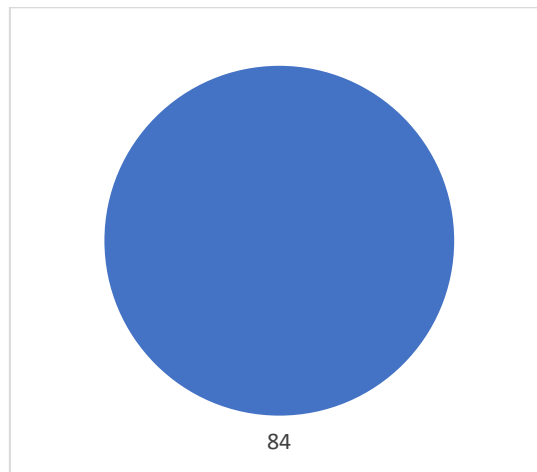


Figure 12 : Intérêt des médecins généralistes pour l'approche comportementale et cognitive dans l'insomnie chronique.

Cette question a permis de montrer que 84 médecins généralistes soit 100 % des participants sont intéressés par l'approche comportementale et cognitive dans l'insomnie chronique.

- Question 9 : « Utilisez-vous des principes de TCC chez les patients ayant une plainte d'insomnie chronique ? »

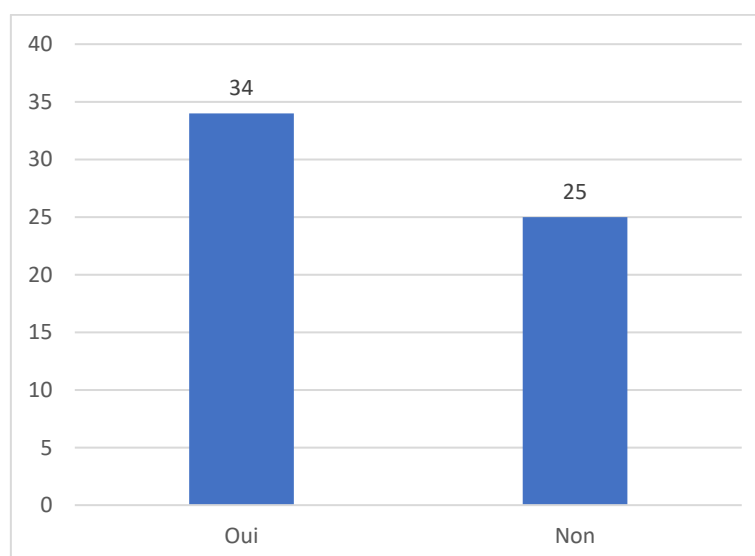


Figure 13 : Utilisation de principes de TCC chez les patients ayant une plainte d'insomnie chronique.

Parmi les 59 médecins généralistes connaissant les TCC, 34 affirment utiliser des principes de TCC chez les patients se plaignant d'insomnie chronique soit 58 % contre 25 qui affirment ne pas en utiliser soit 42 %.

4.1.4. Place des hypnotiques dans la prise en charge de l'insomnie chronique

- Question 10 : « Avez-vous déjà initié une prescription d'hypnotique ? »

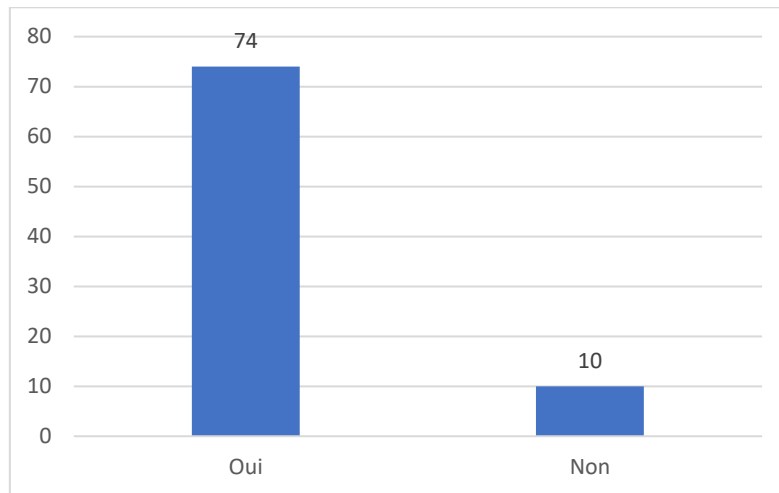


Figure 14 : Médecins généralistes ayant déjà initié une prescription d'hypnotiques.

74 médecins généralistes interrogés affirment avoir déjà initié une prescription d'hypnotiques soit 88 % contre 10 médecins qui affirment ne l'avoir jamais fait soit 12 %.

- Question 11 : « Concernant vos prescriptions d'hypnotiques, considérez-vous majoritairement initier ou renouveler ces traitements ? »

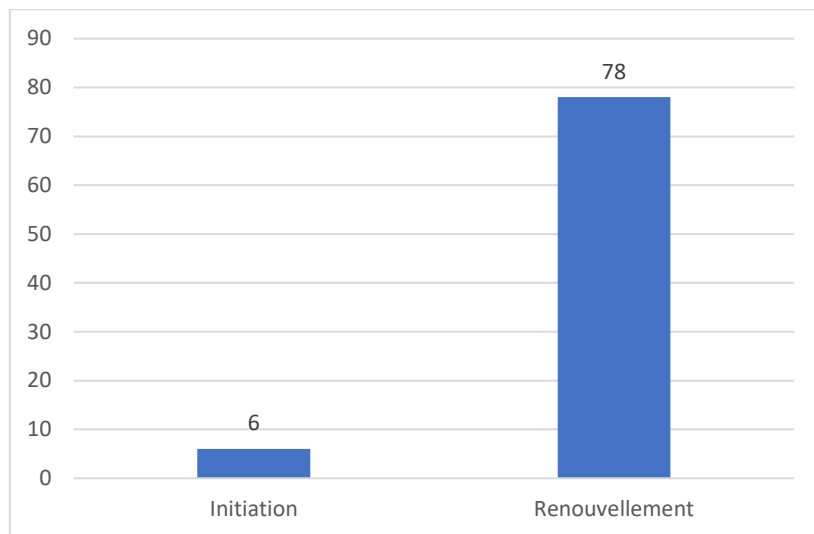


Figure 15 : Habitudes de prescriptions d'hypnotiques.

Majoritairement, les médecins interrogés considèrent renouveler les prescriptions d'hypnotiques (78 soit 93 %) et seuls 6 médecins généralistes estiment initier davantage les prescriptions d'hypnotiques soit 7 %.

- Question 12 : « Vous arrive-t-il de renouveler des traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la Haute Autorité de Santé ? »

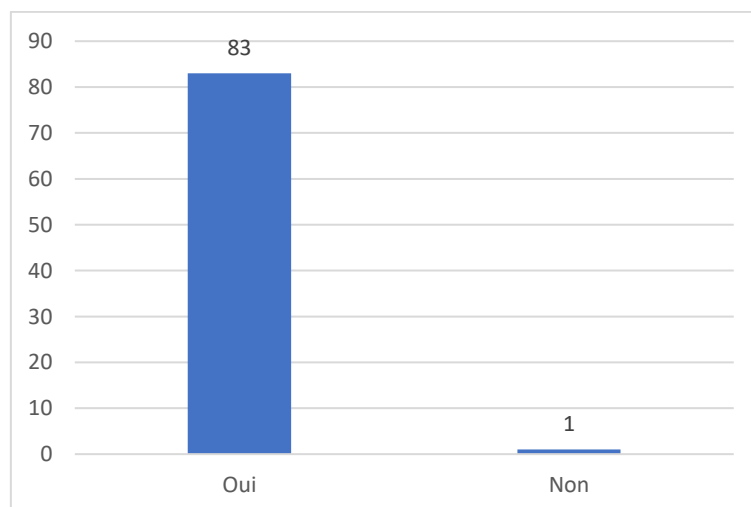


Figure 16 : Renouvellement des traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la HAS.

83 médecins généralistes interrogés affirment avoir déjà renouvelé des traitements d'hypnotiques au-delà du délai recommandé par la HAS, soit 99 %.

- Question 13 : « Ce délai vous semble-t-il adapté à votre pratique ? »

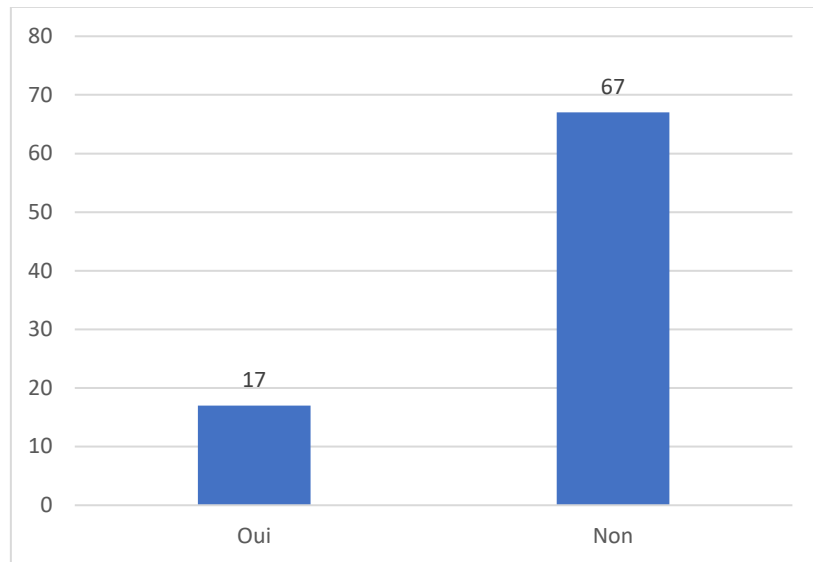


Figure 17 : Adéquation du délai de la HAS avec la pratique des médecins généralistes.

67 médecins généralistes, soit 80 %, estiment que le délai de prescription des hypnotiques recommandé par la HAS n'est pas adapté à leur pratique.

- Question 14 : « Quelle raison principale vous motive à prescrire au-delà du délai recommandé ? »

Il a été demandé aux 83 médecins généralistes ayant affirmé renouveler les traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la HAS, quelle était la raison principale motivant la prescription au-delà de ce délai.

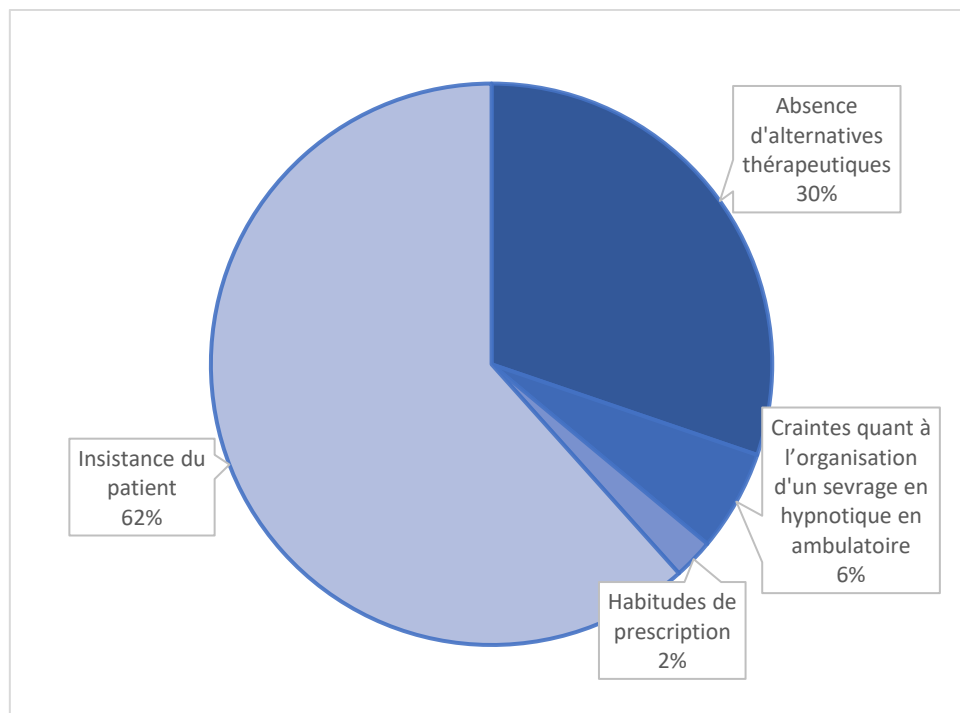


Figure 18 : Raison principale motivant la prescription au-delà du délai recommandé.

L'insistance du patient est pour la majorité des médecins généralistes interrogés, 52 d'entre eux soit 62 %, la raison principale de renouvellement d'hypnotiques au-delà du délai recommandé par la HAS.

L'absence d'alternatives thérapeutiques est la deuxième raison la plus recensée, regroupant 26 réponses soit 30 %.

La crainte quant à l'organisation d'un sevrage en hypnotique en ambulatoire survient en troisième position, à raison de 3 réponses soit 6 %.

Enfin, 2 médecins interrogés soit 2 %, justifient ces renouvellements par une habitude de prescription.

4.1.5. Motivation des généralistes pour les TCC-I et choix de leur mode de formation

- Question 15 : « Seriez-vous intéressé(e) par l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC dans l'insomnie chronique ? »

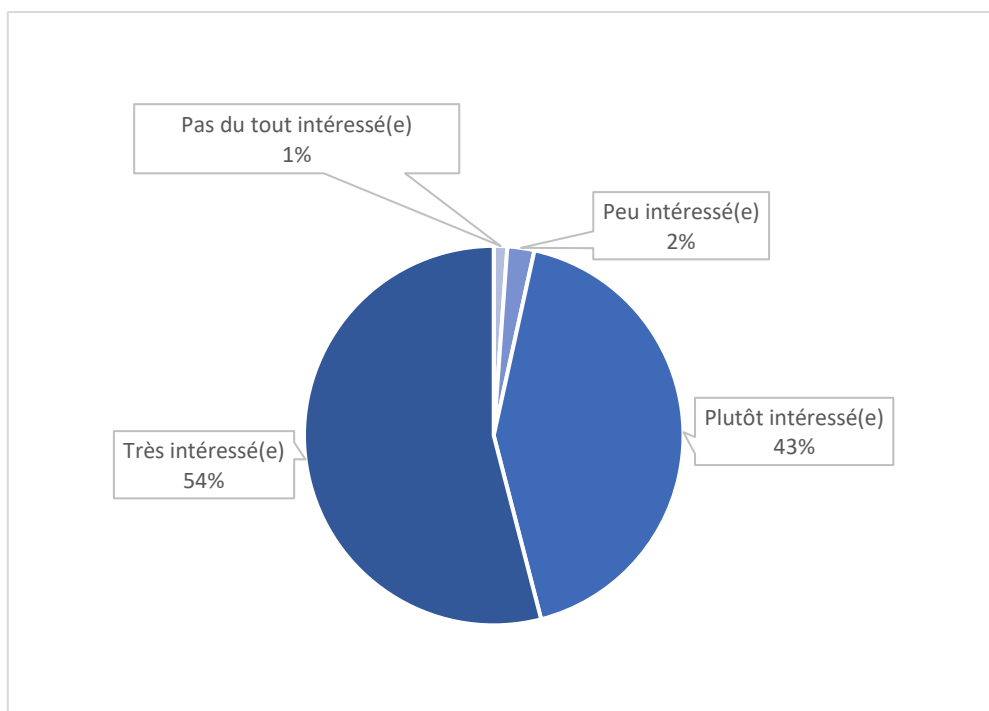


Figure 19 : Intérêt des médecins généralistes pour l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC-I.

La majorité, 46 soit 54 %, des médecins généralistes sont très intéressés par l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC dans l'insomnie chronique.

Sont plutôt intéressés, 43 % soit 35 médecins généralistes ; 2 % (2 participants) et 1 % (1 participant) sont respectivement peu et pas du tout intéressés.

- Question 16 : « Comment voudriez-vous vous former ? »

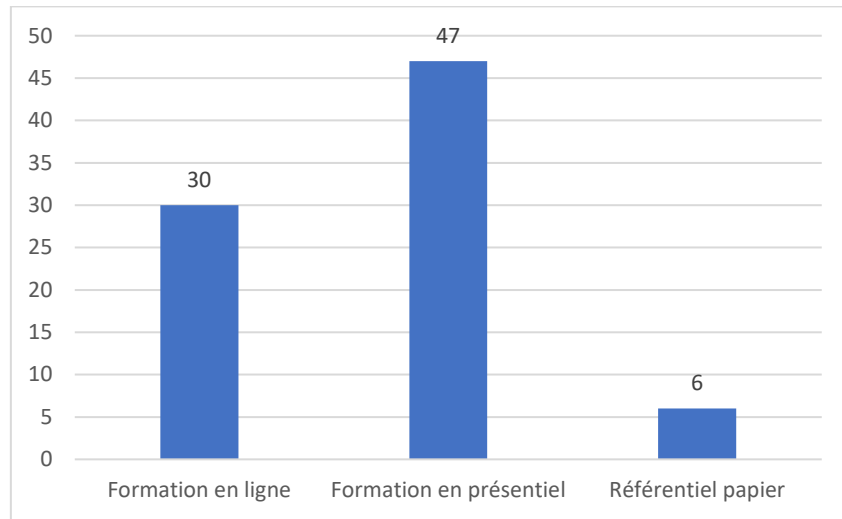


Figure 20 : Préférence des médecins généralistes pour l'apprentissage de principes simples de TCC-I.

Parmi les 83 médecins généralistes interrogés (soit 99 %) ayant exprimé un intérêt pour l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC-I, 47 préféreraient que cela se passe par le biais d'une formation en présentiel (soit 57 %), 30 par le biais d'une formation en ligne (soit 36 %) et enfin 6 préféreraient un référentiel papier (soit 7 %).

- Question 17 : « Considérez-vous qu'une approche comportementale et cognitive est plus chronophage qu'une prescription ou renouvellement d'hypnotique ? »

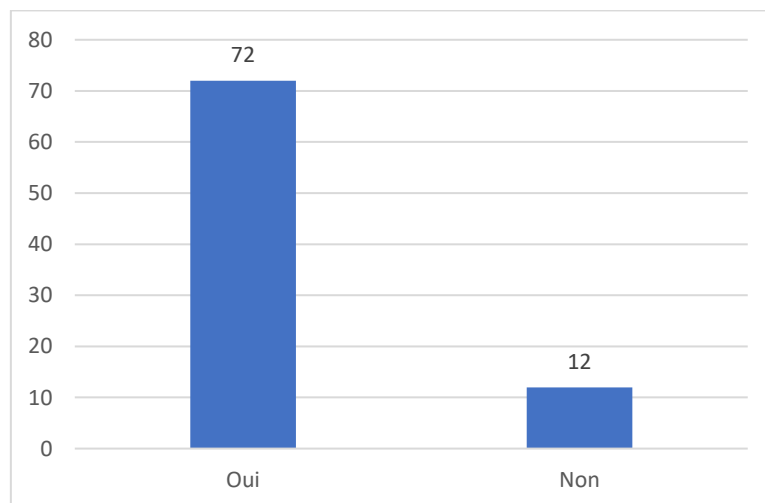


Figure 21 : Médecins généralistes considérant l'approche comportementale et cognitive plus chronophage qu'une prescription d'hypnotiques.

La majorité, 72 soit 86 % des interrogés, considèrent l'approche comportementale et cognitive plus chronophage qu'une prescription d'hypnotiques contre 12 soit 14 % ne le considérant pas.

- Question 18 : « Vous considérez qu'une approche comportementale et cognitive est plus chronophage qu'une prescription ou qu'un renouvellement d'hypnotique, mais est-ce rédhibitoire dans votre pratique ? »

Seuls les 72 médecins généralistes considérant l'approche comportementale et cognitive plus chronophage qu'une prescription d'hypnotiques ont répondu à cette question.

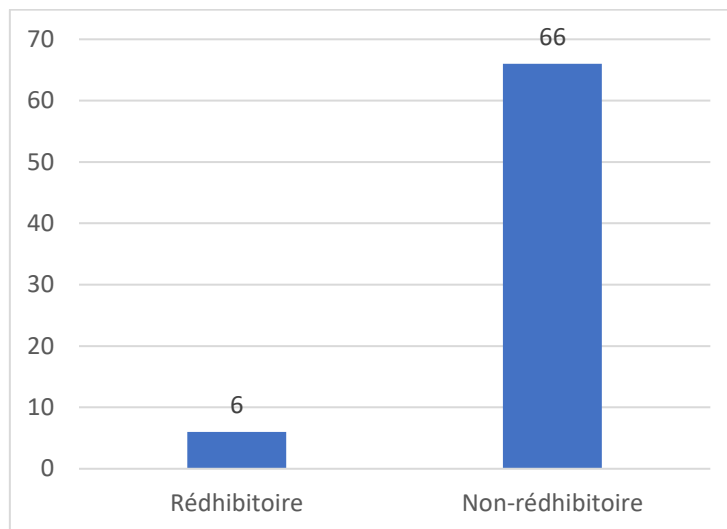


Figure 22 : Opinion sur la pratique des TCC des médecins généralistes la trouvant plus chronophage.

Ainsi, 6 participants (soit 8 %) considèrent la pratique des TCC rédhibitoire lorsque celle-ci est déjà perçue comme étant davantage chronophage qu'une prescription d'hypnotiques contre 66 participants pour qui ce n'est pas rédhibitoire (soit 92 %).

4.1.6. Connaissances des réseaux spécialisés dans les troubles du sommeil

- Question 19 : « Connaissez-vous le Réseau Morphée ? »

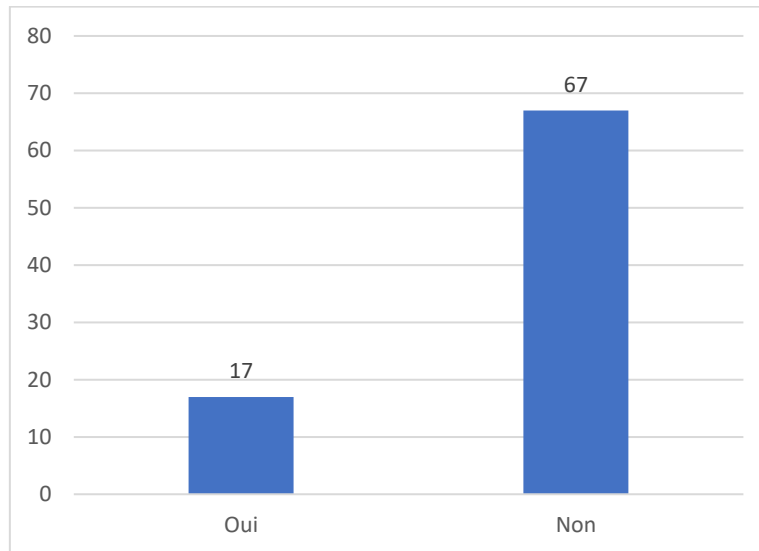


Figure 23 : Nombre de médecins généralistes connaissant le Réseau Morphée.

17 médecins généralistes affirment connaître le Réseau Morphée (soit 20 %) contre 67 qui affirment ne pas le connaître (soit 80 %).

- Question 20 : « Vous ne connaissez pas le Réseau Morphée mais connaissez-vous d'autres structures spécialisées dans l'insomnie ? »

Parmi les participants précédemment interrogés sur le Réseau Morphée, les 67 médecins généralistes affirmant ne pas connaître le Réseau Morphée ont pu indiquer les autres structures spécialisées qu'ils connaissent.

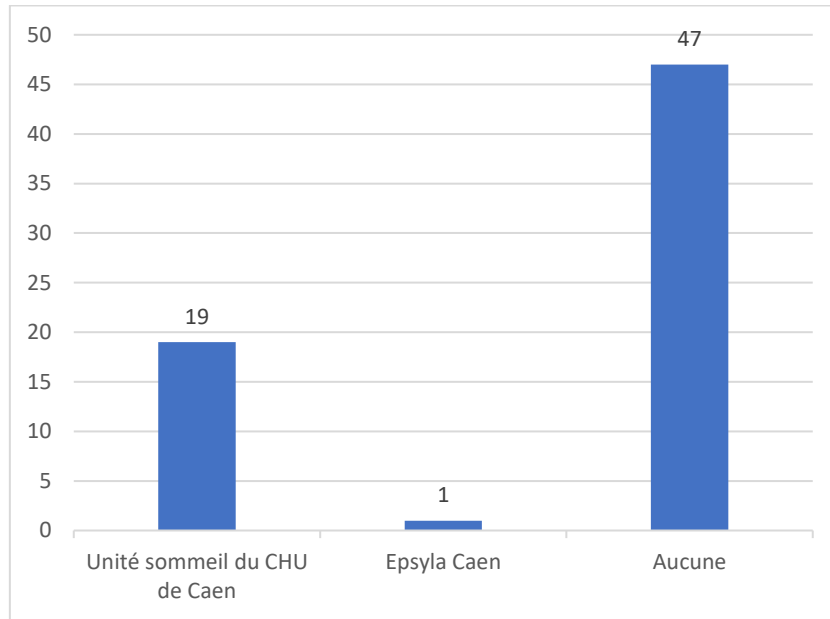


Figure 24 : Connaissance des médecins généralistes d'autres structures spécialisées dans l'insomnie.

Ainsi, 19 participants ne connaissant pas le Réseau Morphée affirment connaître cependant l'Unité sommeil du CHU de Caen (soit 28 %), 1 participant a évoqué le pôle de TCC Epsyla de Caen.

- Question 21 : « Avez-vous déjà orienté un patient souffrant d'insomnie chronique vers un spécialiste du sommeil ? »

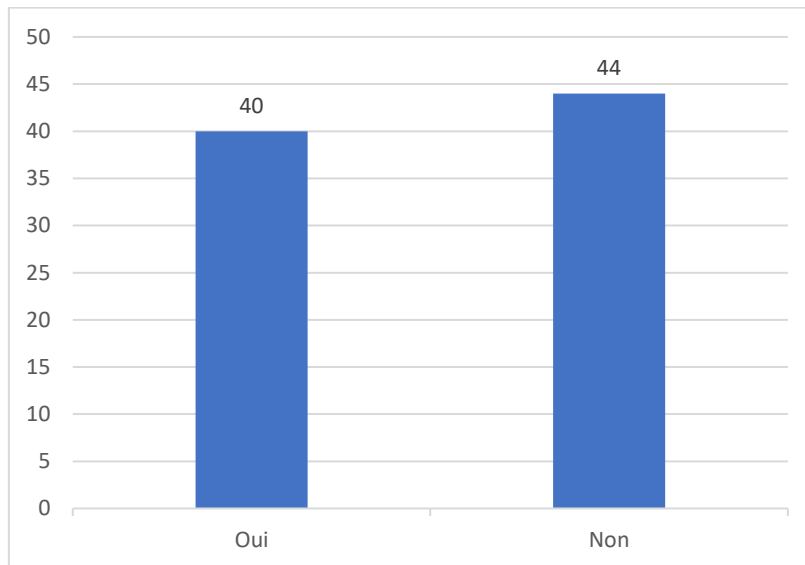


Figure 25 : Médecins généralistes ayant déjà orienté un patient souffrant d'insomnie chronique vers un spécialiste du sommeil.

40 médecins généralistes participant au questionnaire affirment avoir déjà orienté un patient souffrant d'insomnie chronique vers un spécialiste du sommeil soit 48 % contre 44 qui affirment ne l'avoir jamais fait soit 52 %.

4.1.7. Choix des généralistes de l'outil idéal d'aide à la pratique des TCC-I

- Question 22 : « Quel serait l'outil idéal pour vous aider à appliquer des principes de TCC dans votre consultation de patient souffrant d'insomnie chronique ? »

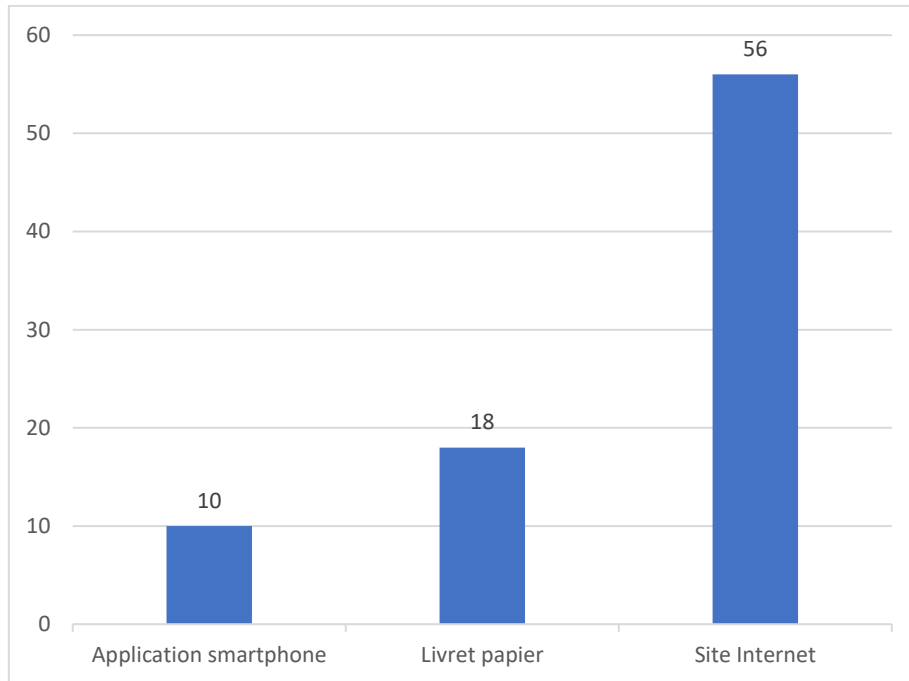


Figure 26 : Préférence des médecins généralistes pour un outil d'aide à la pratique des TCC-I en consultation.

Afin de conclure ce questionnaire, il a été demandé aux médecins généralistes participants vers quel outil d'aide à la pratique des TCC-I ils pourraient se tourner de préférence. Il en ressort que 56 participants seraient intéressés par la mise en place d'un site Internet (soit 67 %), 18 pour la diffusion d'un livret papier (soit 21 %) et enfin 10 en faveur d'une application smartphone (soit 12 %).

4.2. Questionnaire patients

Le questionnaire patients a réuni 386 réponses au total dont 324 complètes ; 62 réponses sont restées incomplètes dont 22 sans aucune réponse et 40 avec un arrêt en cours de remplissage du questionnaire.

4.2.1. Caractéristiques des participants

- Question 1 : « A quelle classe d'âge appartenez-vous ? »

Le questionnaire visait les patients entre 18 et 65 ans soit plus de 98 % (318 participants) de l'effectif total, moins de 1 % des participants a entre 0 et 18 ans (1 participant) et 1 % 65 ans et plus (5 participants).

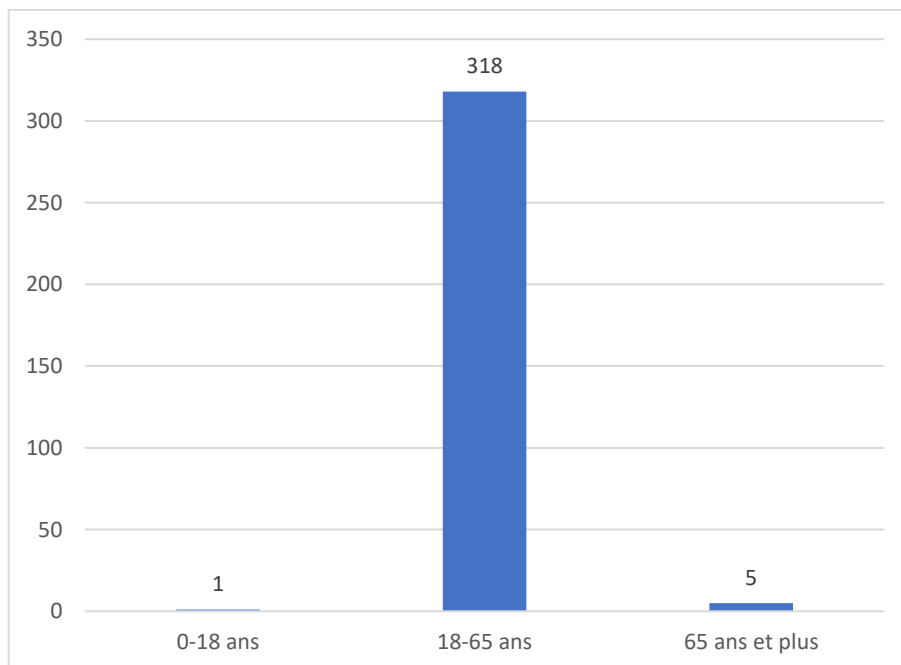


Figure 27 : Classe d'âge des participants.

- Question 2 : « Résidez-vous dans le Calvados ? »

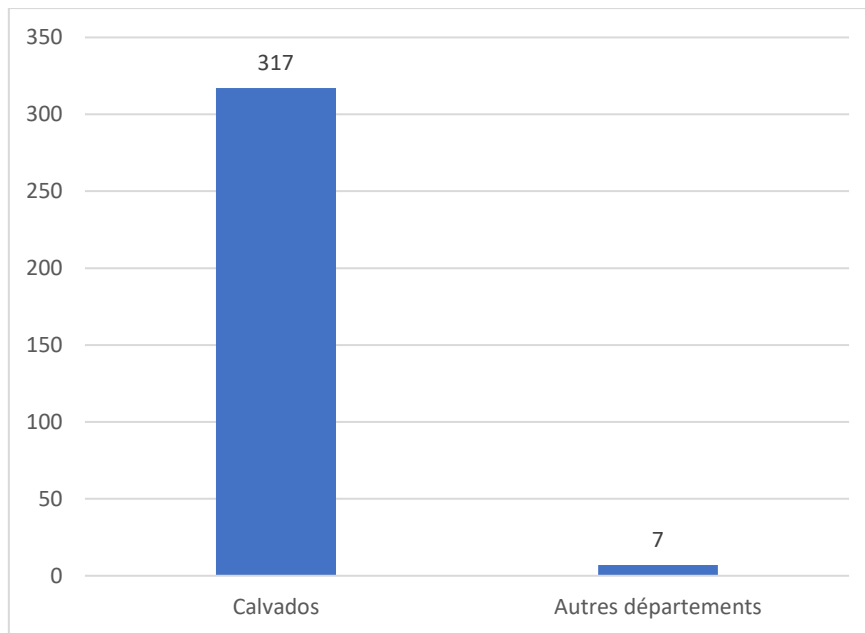


Figure 28 : Lieu de résidence des participants.

Sur les 324 réponses complètes recueillies à la question sur le lieu de résidence, 317 participants déclarent résider dans le Calvados ce qui représente 98 % de l'effectif total.

Sur les 7 réponses restantes, une personne n'appartenait ni à la classe d'âge 18-65 ans ni ne résidait dans le Calvados.

C'est pourquoi sur les 324 réponses complètes n'en seront retenues que 312 correspondant aux personnes âgées de 18 à 65 ans et résidant dans le Calvados afin de répondre à la problématique.

- Question 3 : « Etes-vous ? »

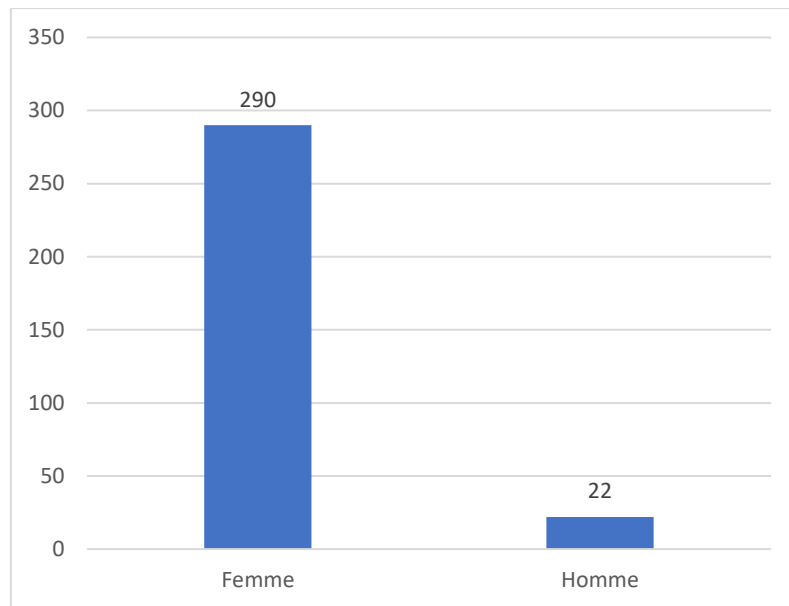


Figure 29 : Sexe des participants.

Parmi les 312 réponses complètes, 290 sont des femmes soit 93 % et 22 sont des hommes soit seulement 7 %.

4.2.2. Les participants et l'insomnie

- Question 4 : « Considérez-vous souffrir d'insomnie chronique ? »

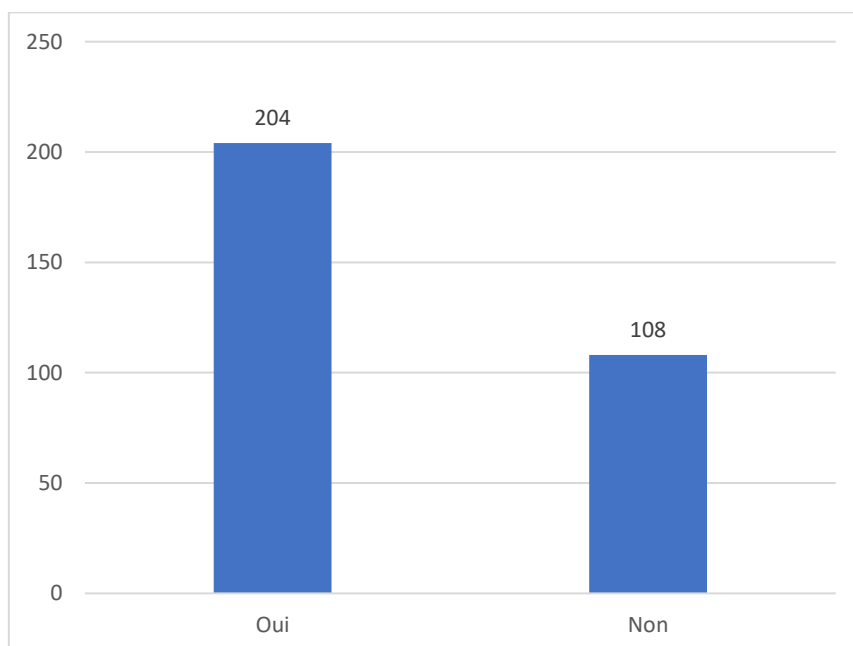


Figure 30 : Plainte d'insomnie chronique des patients interrogés.

Sur le total des participants, 204 interrogés soit 65 % considèrent souffrir d'insomnie chronique.

Pour éclairer la réponse des participants était donnée la définition de l'insomnie chronique suivante : l'insomnie est caractérisée par une ou des plaintes d'un mauvais sommeil nocturne associé à des répercussions dans la journée. L'insomnie est considérée comme chronique lorsqu'elle dure plus d'un mois.

- Question 5 : « Comment qualifieriez-vous votre insomnie ? »

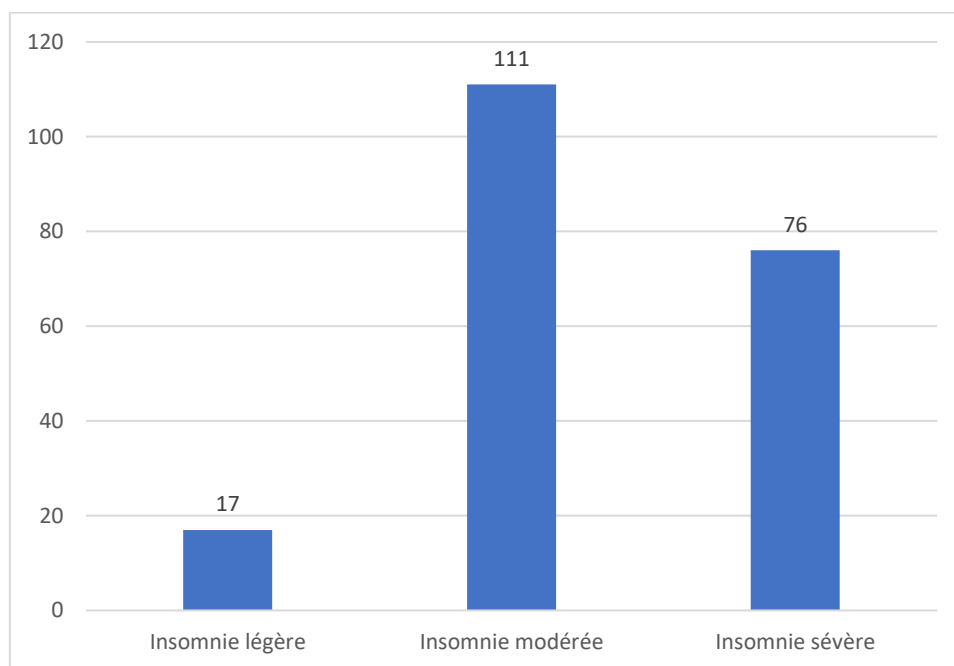


Figure 31 : Répartition des critères de sévérité de l'insomnie.

Sur les 204 participants affirmant souffrir d'insomnie chronique, 187 présentent des signes modérés ou sévères, soit 92 %, selon l'échelle suivante édictée par la HAS en 2006 :

- Insomnie légère : 1 nuit par semaine ; faible retentissement dans la journée.
- Insomnie modérée : 2 ou 3 nuits par semaine ; retentissement dans la journée : fatigue, état maussade, tension, irritabilité.
- Insomnie sévère : au moins 4 nuits par semaine ; retentissement dans la journée : fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées.

- Question 6 : « En avez-vous déjà parlé à votre médecin traitant ? »

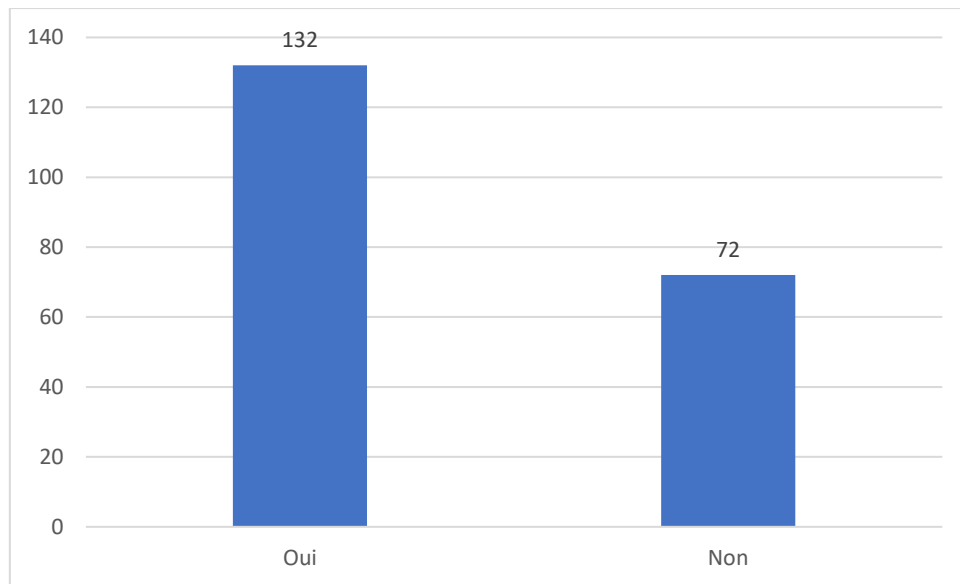


Figure 32 : Nombre de participants ayant déjà parlé de leur problème d'insomnie à leur médecin traitant.

Parmi les 204 participants considérant souffrir d'insomnie chronique, 132 soit 65 % des participants affirment en avoir déjà parlé à leur médecin traitant.

- Question 7 : « Pensez-vous que votre médecin traitant soit le bon interlocuteur pour aborder vos problèmes de sommeil ? »

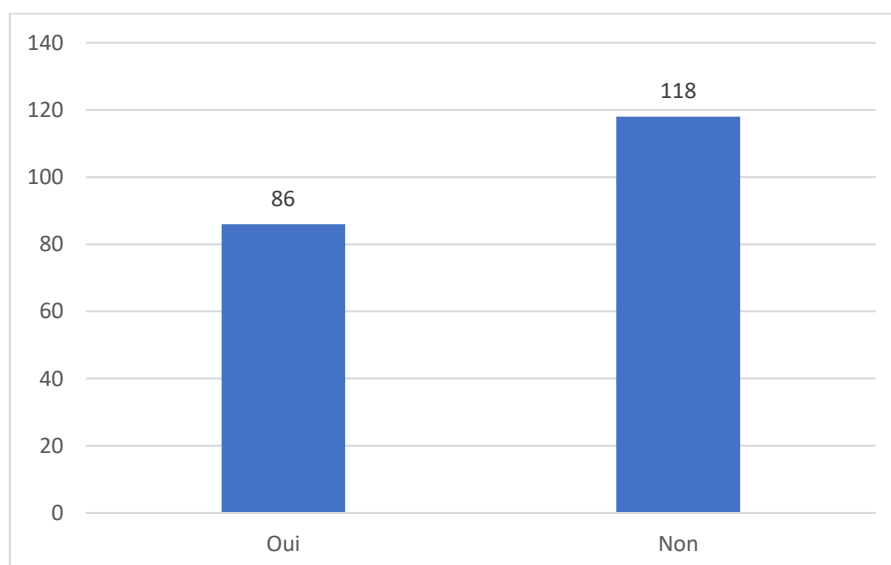


Figure 33 : Le médecin traitant, interlocuteur de choix pour les troubles du sommeil.

Parmi les 204 participants interrogés, 118 participants insomniaques chroniques soit 58 % considèrent que leur médecin traitant n'est pas le bon interlocuteur pour aborder leurs problèmes de sommeil.

- Question 8 : « Avez-vous déjà consulté un médecin ou un psychologue spécialiste du sommeil ? »

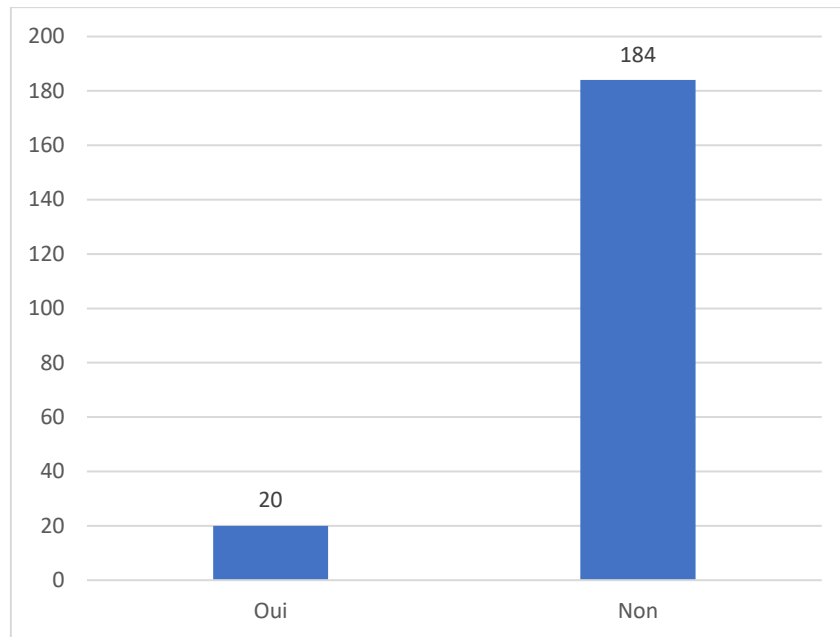


Figure 34 : Nombre de participants insomniaques chroniques ayant déjà consulté un médecin ou un psychologue spécialiste du sommeil.

Moins de 10 % des participants insomniaques chroniques (soit 20 participants) ont déjà consulté un médecin ou un psychologue spécialiste du sommeil.

- Question 9 : « Seriez-vous intéressé(e) par une prise en charge non médicamenteuse de vos troubles du sommeil ? »

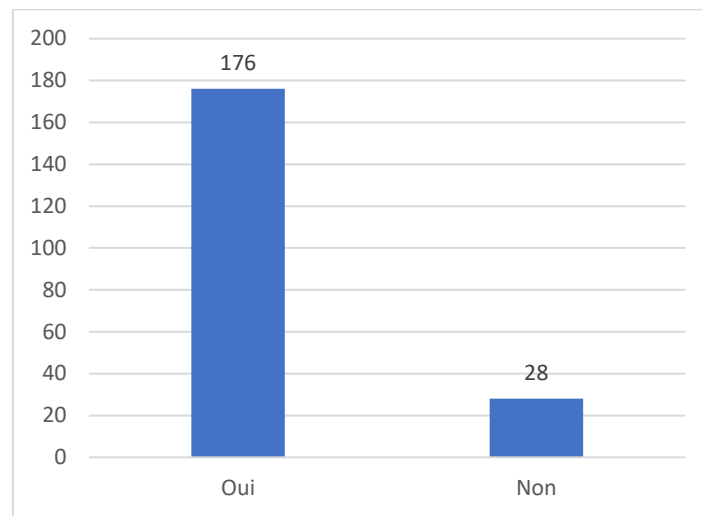


Figure 35 : Intérêt pour une prise en charge non médicamenteuse des troubles du sommeil.

A cette question, 86 % des participants insomniaques chroniques (soit 176 interrogés) se disent intéressés par une prise en charge non médicamenteuse de leurs troubles du sommeil.

4.2.3. Les participants et les somnifères

- Question 10 : « Avez-vous déjà pris un médicament pour dormir sur ordonnance ? »

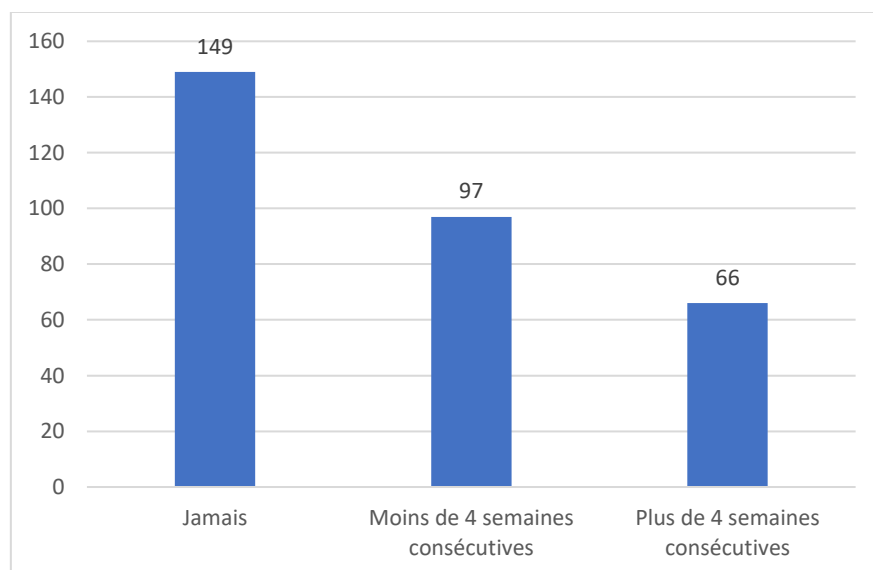


Figure 36 : Prise d'un médicament pour dormir sur ordonnance.

163 des participants soit 52 % ont déjà pris un hypnotique sur prescription médicale dont 21 % pendant plus de 4 semaines consécutives contre 149 participants qui affirment n'en avoir jamais pris soit 48 %.

- Question 11 : « Pensez-vous que les médicaments somnifères soient dangereux pour la santé ? »

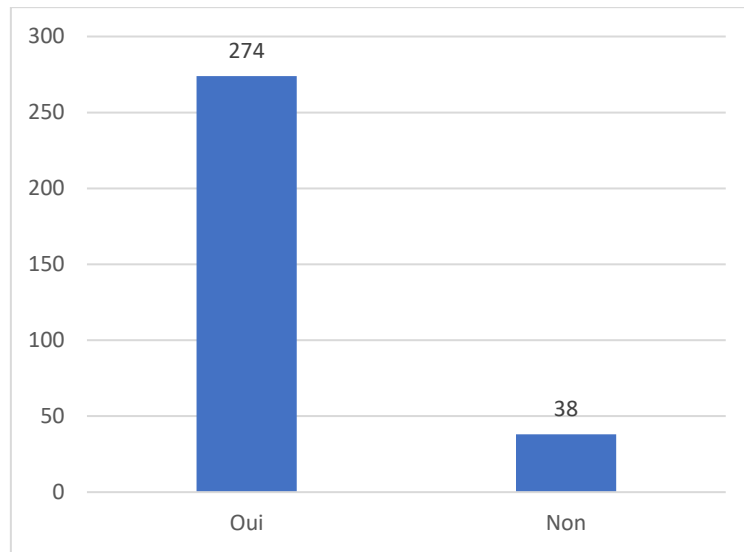


Figure 37 : Nombre des participants interrogés pensant que les médicaments somnifères sont dangereux pour la santé.

88 % des interrogés (soit 274 participants) considèrent que les hypnotiques sont dangereux pour leur santé.

4.2.4. Connaissances et opinion des participants autour de la prise en charge des troubles du sommeil

- Question 12 : « Avez-vous déjà entendu parler des thérapies comportementales et cognitives ? »

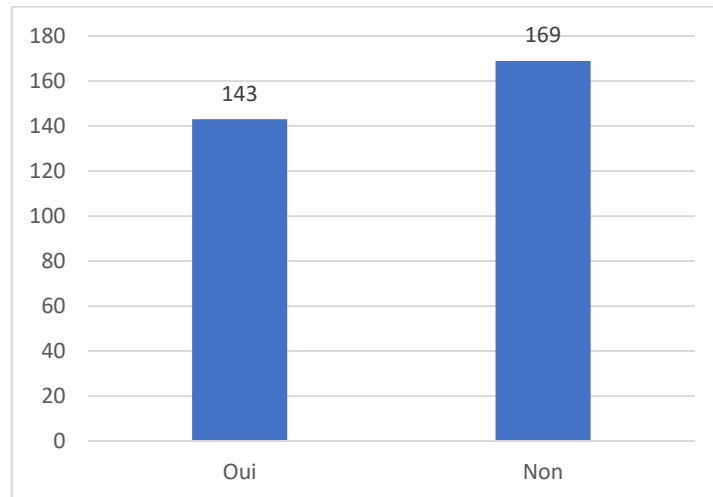


Figure 38 : Nombre de participants connaissant les thérapies comportementales et cognitives.

Sur un effectif de 312 réponses complètes, 143 participants (soit 46 %) affirment connaître les thérapies comportementales et cognitives.

- Question 13 : « Connaissez-vous des applications smartphone/tablette vous aidant à mieux gérer votre sommeil au quotidien ? »

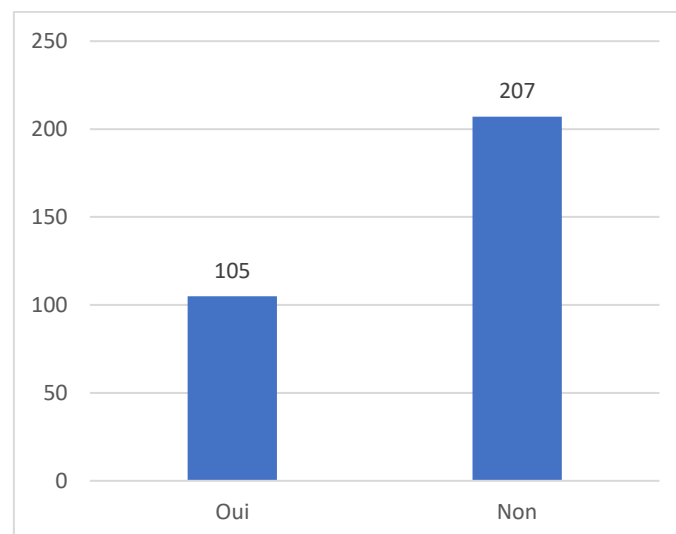


Figure 39 : Nombre de participants connaissant des applications les aidant à mieux gérer leur sommeil au quotidien.

Ainsi, 105 participants au questionnaire affirment connaître des applications smartphone ou tablette qui les aident à mieux gérer leur sommeil au quotidien soit 34 %.

- Question 14 : « Quelle(s) application(s) smartphone/tablette vous aidant à mieux gérer votre sommeil connaissez-vous ? »

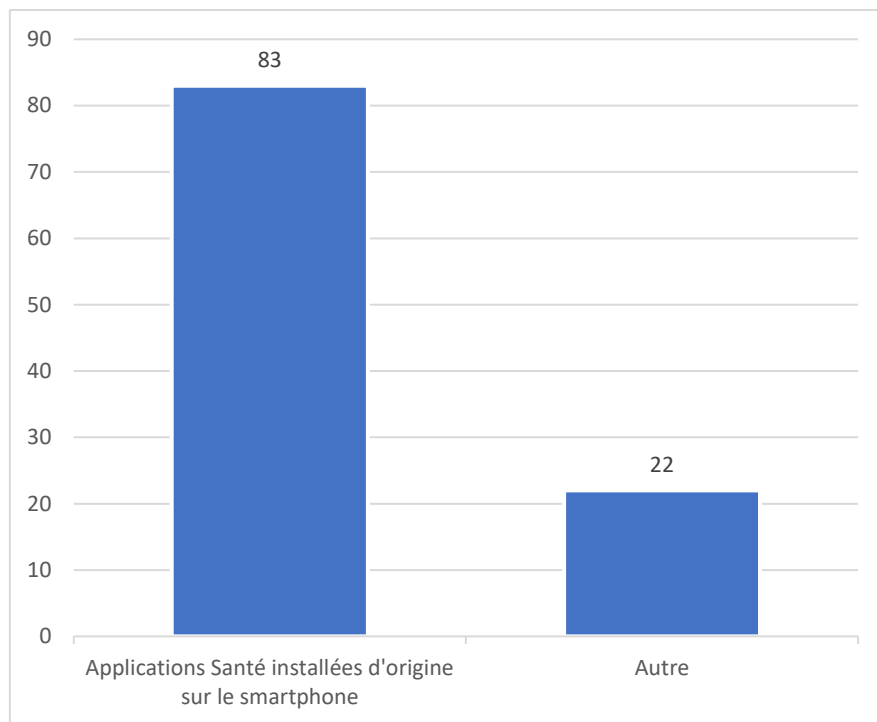


Figure 40 : Types d'applications smartphone ou tablette que les participants connaissent.

Parmi les 105 participants affirmant connaître une application les aidant à mieux gérer leur sommeil quotidien, 83 (soit 79 %) évoquent les applications Santé installées d'origine sur le smartphone alors que les 22 autres participants pensaient à d'autres outils précisés dans le graphique ci-dessous.

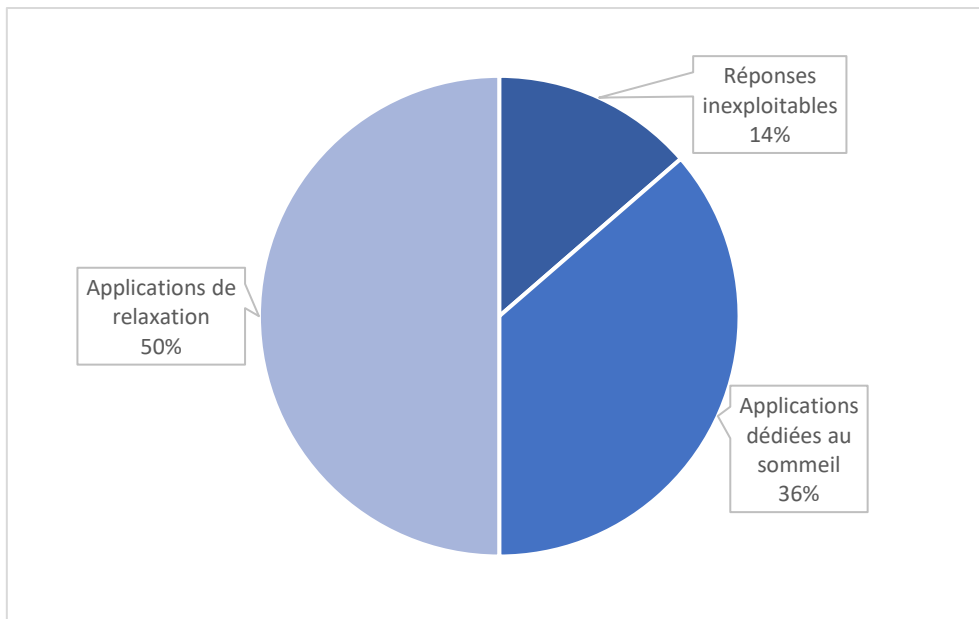


Figure 41 : Autres applications aidant au sommeil.

Parmi ces autres outils :

- 50 % des participants (soit 11 participants) ont désigné des applications de relaxation, des participants ont évoqué non nommément des applications d'ASMR (*Autonomous Sensory Meridian Response*), de cohérence cardiaque, de sophrologie, d'hypnose et d'écoutes de sons relaxants (notamment bruits blancs). D'autres participants ont nommé les applications suivantes : « Petit Bambou » et « Calm » qui proposent de la méditation favorable à l'endormissement.
- 36 % des participants (soit 8 participants) ont désigné des applications dédiées au sommeil : « Rise », « Sleep Monitor », « SleepTown », « SleepCycle », « iRonfle ». Ces applications conseillent toutes l'utilisateur sur les règles d'hygiène du sommeil, proposent pour la plupart un agenda de sommeil et pour certaines proposent de détecter les ronflements via des enregistrements sonores nocturnes.
- 14 % des autres réponses (soit 3 participants) ne sont pas exploitables, les participants n'ayant pas compris la question.

- Question 15 : « Pensez-vous qu'une application smartphone/tablette puisse vous aider à mieux gérer votre sommeil au quotidien ? »

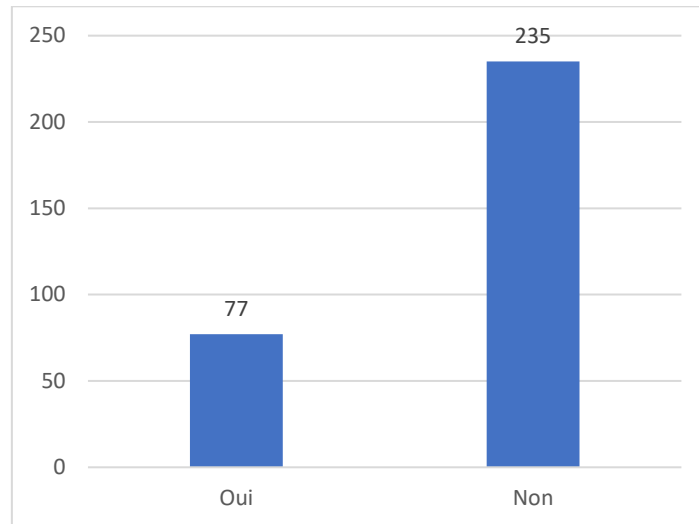


Figure 42 : Nombre de participants pensant qu'une application puisse les aider à mieux gérer leur sommeil.

Parmi les participants au questionnaire, 235 ne pensent pas qu'une application smartphone ou tablette puisse les aider à mieux gérer leur sommeil au quotidien soit 75 % alors que 77 pensent que cela pourrait leur être profitable ce qui équivaut à 25 %.

- Question 16 : « Connaissez-vous le Réseau Morphée ? »

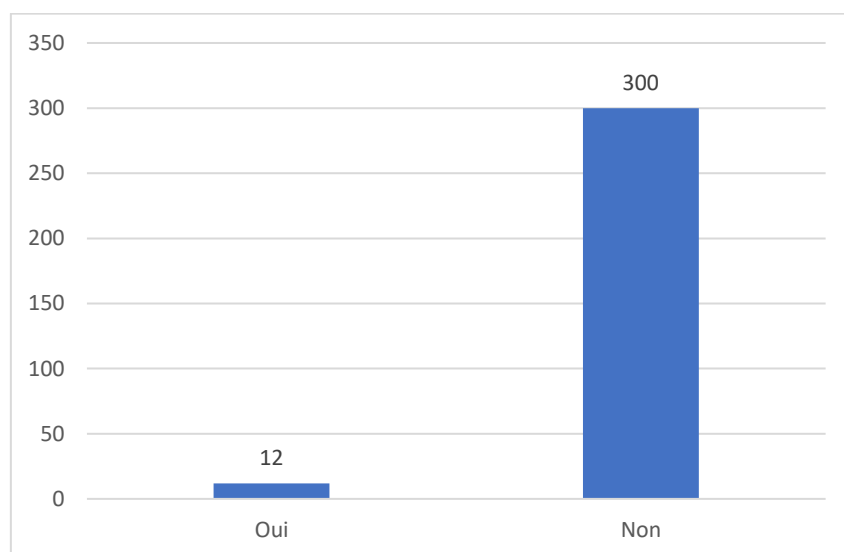


Figure 43 : Connaissance du Réseau Morphée par les participants.

Seuls 12 participants connaissent le Réseau Morphée soit 4 % des participants au questionnaire.

4.2.5. Choix des participants du support idéal d'aide à la prise en charge de l'insomnie chronique

- Question 17 : « Quel support vous semble le plus utile pour vous aider à mieux gérer vos problèmes de sommeil ? »

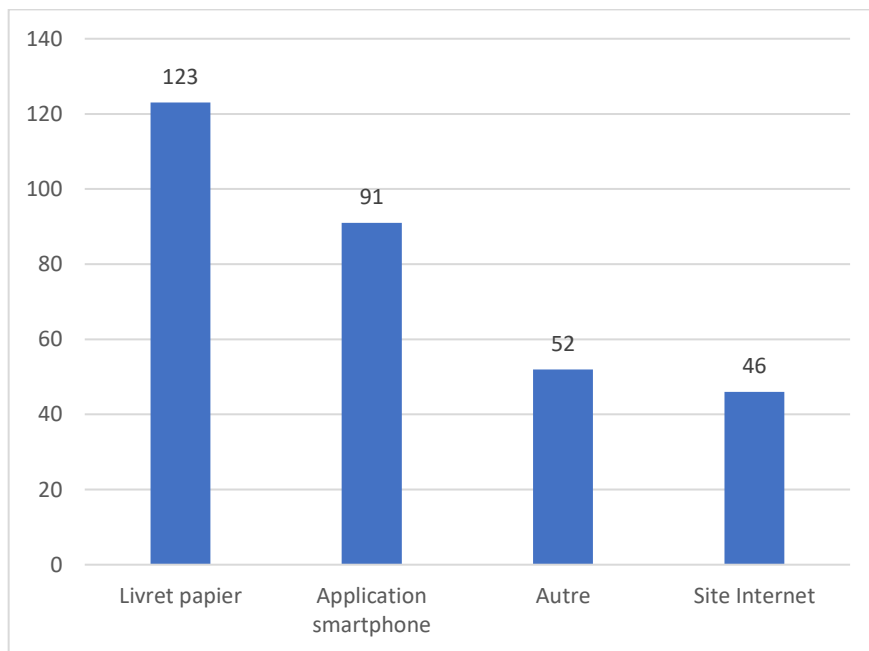


Figure 44 : Support le plus utile selon les participants pour les aider à mieux gérer leurs problèmes de sommeil.

En interrogeant les participants sur leur support idéal afin de les aider à mieux appréhender leur sommeil, 123 se sont prononcés en faveur d'un livret papier (39 %), 91 en faveur d'une application smartphone (29 %), 46 en faveur d'un site Internet (15 %) et enfin 52 soit 17 % en faveur d'un autre support. Les 52 participants s'étant prononcés en faveur d'un autre support ont eu l'opportunité de s'exprimer sur leur support idéal et le graphique suivant détaille leurs réponses.

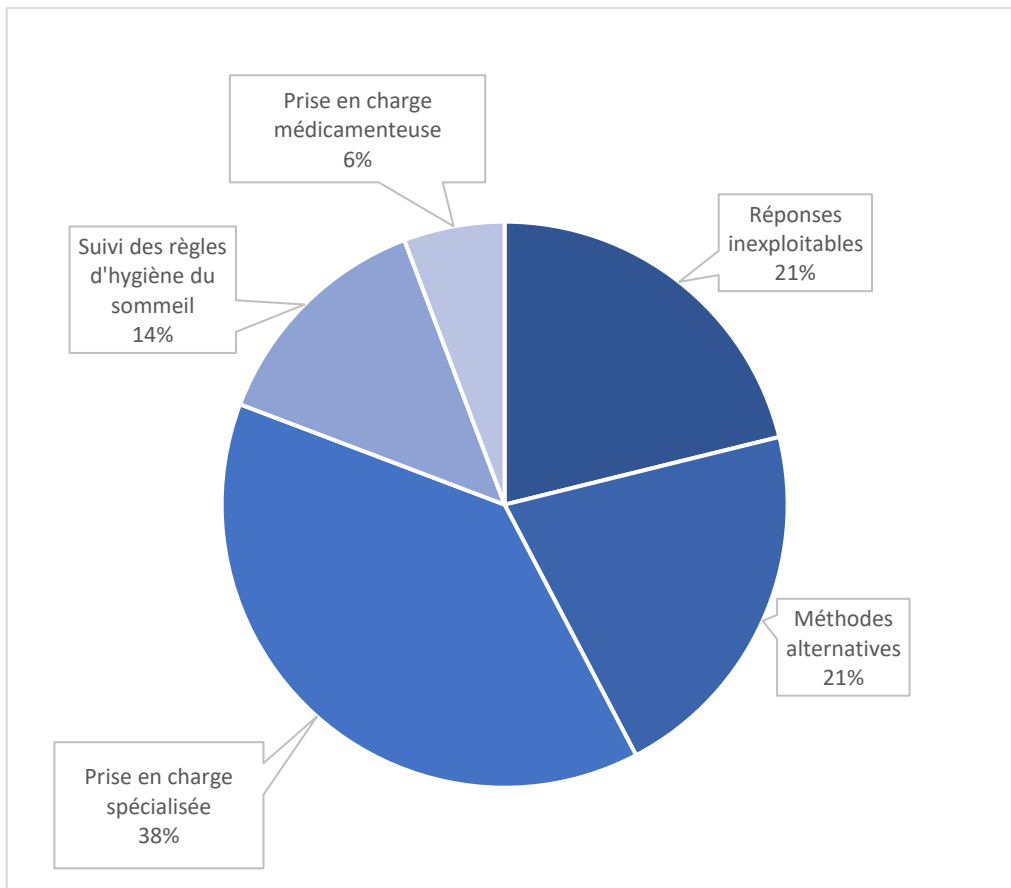


Figure 45 : Détail des réponses correspondant à un autre support.

Ainsi, hormis les 11 réponses non exploitables, 20 participants seraient intéressés par une prise en charge spécialisée soit 38 %, 11 par des méthodes alternatives soit 21 %, 3 par des traitements médicamenteux soit 6 %, 7 également par le suivi de règles d'hygiène du sommeil soit 14 %.

Les réponses non exploitables correspondent à celles de participants n'ayant pas compris la question.

Il a été considéré comme prise en charge spécialisée tous les participants ayant évoqué les professionnels de santé spécialistes du sommeil, les méthodes alternatives évoquées ont été les suivantes : ASMR, médecines « douces » (réflexologie, sophrologie, hypnose) et la pratique du yoga. Les traitements médicamenteux évoqués comprennent les médicaments avec ou sans ordonnance. Le suivi des règles d'hygiène du sommeil a été évoqué par les participants telles que dormir dans l'obscurité ou avoir une activité calme (lecture, musique relaxante, etc.) avant d'aller se coucher.

5. Discussion

5.1. L'insomnie chronique, problème de santé publique et pourtant ...

L'insomnie chronique est un véritable problème de santé publique, elle est un motif fréquent de consultation (opinion de 89% des médecins interrogés) et touche une part significative (65%) des patients calvadosiens interrogés avec pour une grande majorité (92%) des signes modérés ou sévères. Ces chiffres vont dans le même sens que ceux retrouvés au plan national avec 10 à 15% de la population adulte qui souffrirait d'insomnie chronique. Cela souligne l'importance de la prise de conscience de ce sujet par les médecins généralistes ainsi que la nécessité qu'ils soient compétents dans cette prise en charge.

Cependant, l'insomnie chronique est le plus souvent un motif secondaire de consultation (opinion de 86% des médecins interrogés). Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses explicatives :

- ce sujet est potentiellement abordé en fin de consultation, le médecin n'a alors pas le temps de le prendre correctement en charge et peut être tenté de repousser à plus tard ce problème voire à ne jamais prendre le temps de le considérer comme il le devrait ;
- une attitude fataliste du patient pensant que son médecin traitant ne pourra pas lui proposer une alternative à son traitement hypnotique ou que toute alternative sera inefficace ;
- la crainte du médecin d'aborder le sujet de l'insomnie de peur d' « ouvrir la boîte de Pandore ».

L'insomnie chronique doit donc être recherchée par le médecin sans crainte d'aborder le sujet afin d'aboutir sur une autre consultation, cette fois dédiée à l'insomnie, pour faire de ce sujet un motif principal de consultation permettant d'y consacrer le temps nécessaire pour une prise en charge adaptée.

Pouvant paraître simple, définir l'insomnie chronique n'est pas si aisé. En effet, les trois grandes classifications (CIM-10, DSM-5 et ICSD-3) permettant de la définir présentent chacune des spécificités avec des sous-types propres rendant sa définition complexe et peu opérationnelle. Il semble difficile d'établir des recommandations sur la pratique des TCC-I quand la définition même de l'insomnie chronique ne fait pas l'objet d'un consensus. La

classification CIM-10 est la plus ancienne et semble aujourd'hui quelque peu dépassée. En effet, la distinction non organique et organique se rapproche des notions d'insomnie primaire et secondaire qui ont été abandonnées par les deux autres grandes classifications qui ont préféré la distinction de l'insomnie avec ou sans comorbidité pour le DSM-5 et le caractère chronique ou à court terme pour l'ICSD-3. Les critères diagnostiques du DSM-5 et de l'ICSD-3 sont assez proches, l'ICSD-3 est inspirée de ceux du DSM-5 et permettent d'affiner davantage le diagnostic. La multiplicité des classifications ainsi que leurs différentes versions sont source importante de confusion, il n'est pas rare de lire encore les termes d'insomnie primaire et secondaire qui sont pourtant obsolètes. Pour permettre de développer la pratique des TCC-I, il convient de choisir une définition à la fois consensuelle et opérationnelle, l'ICSD-3 pourrait correspondre le mieux à ces exigences.

Bien que ce sujet soit un véritable enjeu de santé publique, les recommandations françaises de la HAS, datant de 2006 et basées notamment sur les critères de l'ICSD-2, mériteraient une mise à jour sur les critères actuels de l'ICSD-3 ainsi qu'une meilleure promotion des TCC-I. En effet, la HAS y reconnaît que leur accessibilité est très limitée du fait du nombre de praticiens utilisant ces techniques, du coût pour le patient ainsi que du temps nécessaire pour leur mise en place. Cela suggère un certain scepticisme sans propositions concrètes pour y remédier, une nouvelle recommandation actualisée accompagnée de moyens permettant leur mise en pratique serait la bienvenue.

De plus, l'existence d'un grand nombre d'échelles d'évaluation de l'insomnie, pour certaines complémentaires, complexifie le diagnostic. Il serait intéressant de proposer une échelle unique d'évaluation de l'insomnie, consensuelle et reconnue internationalement.

5.2. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'insomnie chronique

La majorité (65%) des patients interrogés souffrant d'insomnie chronique en ont déjà parlé à leur médecin traitant. Or, une majorité (58%) ne considère pas qu'il soit le bon interlocuteur pour aborder ce problème. Ce résultat pourrait s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- la perception par le patient d'une absence de considération de sa plainte d'insomnie chronique par le médecin généraliste,
- l'absence de propositions thérapeutiques efficaces du médecin généraliste,

- le manque de confiance envers le médecin généraliste.

Cela pourrait donc être lié à une mauvaise expérience du patient dans sa relation avec son médecin généraliste ayant rompu la confiance permettant de faire de ce dernier l'interlocuteur de première intention pour tout problème médical dont l'insomnie chronique. Le médecin généraliste doit reconquérir sa place d'interlocuteur de choix devant une plainte d'insomnie chronique afin que les patients qui en souffrent puissent être correctement pris en charge par un professionnel de santé ou assimilé (psychologue) et limiter la tentation de certaines thérapies alternatives, non contrôlées, sans preuves d'efficacité, onéreuses et parfois à risque de dérives sectaires.

5.3. Place des spécialistes du sommeil

Une faible minorité (10%) des patients insomniaques chroniques interrogés a déjà eu recours à un médecin ou psychologue spécialiste du sommeil. De même, une minorité (48%) de médecins généralistes interrogés a déjà orienté un patient insomniaque chronique vers un spécialiste du sommeil. Le Réseau Morphée est quasi inconnu des patients interrogés (4%) mais aussi peu connu des médecins généralistes interrogés (20%) et l'essentiel de ces derniers (70%) ne connaît pas de structures spécialisées dans les troubles du sommeil. Cela signifie que la majorité des médecins généralistes interrogés ne sait pas où orienter un patient insomniaque chronique s'il est en difficulté dans sa prise en charge, peut-être par méconnaissance ou manque de spécialistes du sommeil à l'échelle locale. Ces chiffres laissent à penser également que la majorité des patients insomniaques chroniques ignore l'existence des spécialistes du sommeil ou peut-être préfèrent-ils confier leurs problèmes de sommeil à un interlocuteur non professionnel de santé ou assimilé. Cette dernière hypothèse interroge car le recours à des professionnels non reconnus peut exposer le patient aux risques de certaines thérapies alternatives évoquées dans le paragraphe précédent. Il semble fondamental que les patients soient correctement pris en charge par des professionnels reconnus.

Le Réseau Morphée est destiné aux résidents de l'Ile-de-France, ce qui peut expliquer pourquoi il est peu connu des médecins et calvadosiens interrogés. Une minorité (28%) des médecins généralistes interrogés et affirmant ne pas connaître le Réseau Morphée, cite comme structure spécialisée dans l'insomnie l'unité d'exploration et de traitement des troubles du sommeil du CHU de Caen. Ce service est spécialisé dans l'évaluation et le traitement des

troubles du sommeil : insomnies, narcolepsies et autres hypersomnies, troubles respiratoires au cours du sommeil, syndrome des jambes sans repos, somnambulisme et autres parasomnies, explorations des épilepsies. Un seul praticien de ce service est formé aux TCC-I et ne peut donc pas prendre en charge l'ensemble des patients insomniaques chroniques qui y seraient orientés par les médecins généralistes calvadosiens. Par ailleurs, il n'y a pas de consultations dédiées aux TCC-I proposées au CHU de Caen, limitant les possibilités de prise en charge par TCC-I des calvadosiens souffrant d'insomnie chronique.

Le Réseau Morphée n'a pas d'équivalent normand. Ce réseau de santé francilien permet une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée des patients souffrant de troubles chroniques du sommeil, il propose notamment des « Ateliers Insomnie » proposant de la TCC-I gratuitement en 3 séances avec un psychologue spécialisé. Le Réseau Morphée bénéficie du soutien financier de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, l'orientation d'un patient vers ce réseau est donc gratuite, la prise en charge des éventuelles consultations auprès des spécialistes du sommeil est facturée et remboursée conformément aux conventions de l'Assurance Maladie en vigueur. La création d'un réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil à l'échelle de la Normandie, inspiré du Réseau Morphée, permettrait une réelle optimisation des prises en charge des patients souffrant d'insomnie chronique en leur proposant une TCC-I sans frais et de proximité grâce à une coordination des différents acteurs locaux autour du sommeil. Ce réseau pourrait aussi organiser des formations pour les médecins généralistes. Le soutien financier de l'ARS Normandie serait probablement nécessaire pour la concrétisation de ce réseau.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont répartis sur le territoire normand et proposent une offre de soins mentaux pris en charge par l'Assurance Maladie, ils pourraient donc permettre l'accès à de la TCC-I sans frais pour le patient. Néanmoins, ces structures ne le permettent pas en pratique car elles doivent déjà prendre en charge un nombre important de patients souffrant de pathologies psychiatriques et l'insomnie ne semble pas prioritaire parmi celles-ci.

Il existe des professionnels, médecins ou psychologues, spécialisés en TCC en ville, leurs coordonnées sont accessibles sur le site de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC), par exemple le pôle Epsyla à Caen est composé de psychologues spécialisés dans les TCC et notamment dans l'insomnie. Il convient de préciser que tous les psychiatres et psychologues ne sont pas formés aux TCC-I. De plus, la prise en

charge financière par ces thérapeutes n'est malheureusement pas toujours assurée par l'Assurance Maladie posant la problématique de l'accessibilité de la TCC-I à tous.

5.4. Place des hypnotiques

Près de la moitié des patients interrogés (48%) n'a jamais pris d'hypnotique sur ordonnance, ce qui peut paraître être une bonne surprise de ce questionnaire. Cependant, ces résultats sont à interpréter avec précaution car tous les participants de ce questionnaire ne sont pas insomniaques chroniques mais également certains hypnotiques sont disponibles sans ordonnance (cas de la doxylamine). Signe d'une sensibilisation progressive de la population à un usage raisonné des médicaments, l'essentiel des patients interrogés (88%) considère les hypnotiques comme dangereux pour leur santé.

Une large majorité des médecins interrogés (88%) a déjà initié une prescription d'hypnotiques. Cela montre que, dans la culture médicale, les hypnotiques restent une réponse de première intention face à des problèmes de sommeil, peut-être par l'absence apparente d'alternative thérapeutique. Néanmoins, l'essentiel de leurs prescriptions d'hypnotiques sont des renouvellements (93%) et non des initiations, cela peut être le signe d'une certaine prise de conscience des risques d'initier un hypnotique avec une difficulté prévisible de sevrage d'où l'écrasante majorité de renouvellements en matière de prescriptions d'hypnotiques.

Les médecins généralistes interrogés ont quasi unanimement (99%) reconnu avoir déjà renouvelé des traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la HAS. La majorité (80%) considère également ce délai comme inadapté à leur pratique. L'explication majoritaire est l'insistance du patient (62%), les médecins généralistes ne semblent pas parvenir à convaincre le patient d'une autre prise en charge de leur insomnie. Cela pourrait s'expliquer par une méconnaissance des alternatives thérapeutiques (2^{ème} motif avancé par les médecins interrogés), par simplicité ou par un défaut d'information initiale suffisante au patient lors de l'initiation du traitement hypnotique. La prescription d'hypnotique doit se faire selon les recommandations de bonne pratique, et comme toute prescription médicamenteuse, elle doit passer par une information loyale, claire et appropriée au patient, le patient doit avoir pleinement conscience du caractère temporaire et non renouvelable au-delà d'un délai de 4 semaines. Cependant, il n'est pas toujours simple d'expliquer à un patient que la prescription d'un hypnotique, qu'il prend depuis des décennies et prescrit par un précédent confrère, est

néfaste pour sa santé avec une balance bénéfico-risque défavorable. Cela peut expliquer le nombre important de renouvellements de traitements hypnotiques parmi les médecins interrogés. Parmi ces renouvellements, il est possible également qu'une partie concerne des patients en cours de sevrage de leur traitement hypnotique. La crainte quant à l'organisation d'un sevrage en hypnotique en ambulatoire est minoritaire parmi les médecins interrogés (6%), signal encourageant montrant que les médecins se sentent à l'aise avec cette démarche thérapeutique.

Il semble essentiel d'attirer l'attention des médecins généralistes, principaux prescripteurs de benzodiazépines, sur le fait que pour toute prescription et tout particulièrement d'hypnotiques, la pertinence de la prescription doit être évaluée initialement et remise en question à chaque éventuel renouvellement. La prescription ou le renouvellement systématique d'hypnotiques ne pourrait être bénéfique pour le patient, ces pratiques sont à éviter au profit d'une décision médicale partagée².

5.5. Un intérêt fort pour les alternatives non médicamenteuses dans l'insomnie

Une très large majorité (86%) de patients insomniaques chroniques est intéressée par une prise en charge non médicamenteuse de leur trouble, cela fait écho aux résultats du sondage Viavoice pour le Groupe Pasteur Mutualité de 2011 montrant que 74 % des français pensent que leur médecin devrait davantage prescrire des thérapeutiques non médicamenteuses.

Cependant, les TCC-I sont peu connues de la population interrogée, 46% des patients affirment les connaître. Une promotion de ces thérapies semble donc nécessaire auprès de la population. La majorité des médecins interrogés déclare connaître les TCC (70%), cela ne signifie pas nécessairement qu'ils connaissent les principes de TCC mais peut simplement signifier qu'ils connaissent leur existence, il en est de même pour les patients déclarant connaître les TCC-I. Il est encourageant de constater que la majorité des médecins interrogés (71%) a connaissance que le traitement de 1^{ère} intention de l'insomnie chronique n'est pas médicamenteux et qu'il s'agit des TCC, pouvant laisser espérer un début d'ancrage dans la

² Modèle de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

culture médicale de la possibilité de solutions non médicamenteuses valides. Cette hypothèse est d'ailleurs renforcée par l'intérêt unanime des médecins interrogés (100%) pour les TCC-I.

5.6. De la nécessité de former les médecins généralistes en TCC-I

Bien que l'essentiel des médecins interrogés ait connaissance des TCC, la très grande majorité (95%) n'y est pas formée. Parmi les médecins généralistes connaissant les TCC, une majorité (58%) dit utiliser des principes de TCC-I, malgré le fait que pour l'essentiel ils n'y soient pas formés. Nous pouvons imaginer qu'il s'agit essentiellement de l'éducation à l'hygiène du sommeil et éventuellement des mesures comportementales telles que le contrôle du stimulus qui sont relativement simples à mettre en pratique, notamment en s'aidant d'exemples concrets tels que présentés précédemment (Tableau 2, Tableau 5, Tableau 6, Tableau 7).

Les TCC, dans le cursus médical français, ne sont que succinctement abordées au cours d'un item étudié pour la préparation du concours des Epreuves Classantes Nationales (ECN) présentant les différentes thérapies psychothérapeutiques, les TCC y sont présentées brièvement de façon théorique et les TCC-I n'y sont pas développées. Ainsi, pour bon nombre de médecins généralistes, les TCC ont une représentation abstraite et sont dénuées d'applications simples, concrètes et pratiques. En effet, au cours de leur cursus universitaire, les médecins généralistes français ne reçoivent pas de formation pratique en TCC que ce soit de manière globale ou spécifique dans un domaine tel que les TCC-I, c'est le cas dans la plupart des cursus médicaux européens. En revanche, cela ne l'est pas aux Etats Unis où la formation aux TCC figure dans le cursus des médecins généralistes (71). La formation aux TCC et particulièrement dans l'insomnie chronique pourrait être intégrée au cursus des médecins généralistes français. Cette proposition avait déjà été faite dans la recommandation de la HAS de 2006 mais n'a pas été développée depuis. Cela permettrait une ouverture des médecins généralistes aux alternatives non médicamenteuses ayant fait leurs preuves et qui sont plébiscitées de plus en plus par les patients. Il semble essentiel que les médecins généralistes aient une réponse construite et éclairante face aux patients demandeurs de thérapies non médicamenteuses. La maîtrise de ce sujet évitera la tentation éventuelle des patients à se tourner vers des individus défendant des méthodes alternatives non validées avec les risques de dérives déjà évoquées précédemment.

L'apprentissage de principes simples de TCC-I suscite un vif intérêt de la part de la très grande majorité des médecins généralistes interrogés (97% très ou plutôt intéressés). De plus, bien qu'une large majorité (86%) de médecins généralistes interrogés considère l'approche TCC plus chronophage qu'une prescription d'hypnotique, l'immense majorité (92%) ne considère pas cela comme rédhibitoire. Ces résultats montrent la réelle motivation et l'ouverture des médecins généralistes à ces thérapeutiques non médicamenteuses validées. La formation en présentiel reste le mode de formation le plus choisi (57%) devant la formation en ligne (36%). Le caractère présentiel présente l'avantage de pouvoir passer efficacement du temps et échanger avec ses confrères et collègues dans une profession qui reste solitaire, malgré le développement des structures permettant un exercice en groupe. De plus, au travers d'une formation présentielle, le médecin aura probablement davantage le sentiment d'obligation d'y participer sérieusement qu'au travers d'une formation en ligne qu'il pourrait suivre à son rythme au risque de ne jamais la suivre ou de façon partielle.

Pour répondre à ce désir de formation des médecins généralistes, il leur est déjà possible de se former via certains modules de Développement Professionnel Continu (DPC) consacrés aux TCC-I ou via la formation continue universitaire type Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire (DU ou DIU) proposés par plusieurs universités mais dont l'Université de Caen ne fait pas partie. L'AFTCC comprend également en son sein un organisme de formation dénommé Institut d'Enseignement qui propose différents modules de formation en TCC dont la TCC-I, de l'initiation au perfectionnement, à Paris ainsi que dans d'autres villes universitaires. Certaines des formations proposées par l'AFTCC permettent à un médecin non psychiatre d'obtenir le titre de psychothérapeute en 2 ou 3 ans selon la formation choisie.

A l'échelle du Calvados, l'association Normantecc, créée en 2015 par un collectif de psychologues normands, organise tous les 2 ans une formation à destination des professionnels de santé portant sur les TCC dans différentes applications. A noter, l'Université de Caen propose des formations en TCC (non spécifiquement dans l'insomnie) par le biais de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) Psychologie, sur un volume de 20 heures de formations réparties en 3 jours et destinées aux psychologues mais également aux professionnels de santé. Ces formations proposées dans le Calvados, qu'elles soient universitaires ou non, semblent souffrir d'un manque de visibilité et leur existence n'est probablement pas connue de bon nombre de médecins généralistes. Il semblerait donc pertinent que l'UFR Santé propose et promeuve une offre de formation spécifiquement en TCC-I, adaptée à un public de médecins généralistes, alliant la théorie à son application pratique. Nous pourrions, par exemple,

concevoir l'organisation par le Département de Médecine Générale (DMG) de l'UFR Santé de l'Université de Caen d'un séminaire dédié aux TCC-I au cours de la formation des internes. De même, la création d'un DU ou DIU de TCC y serait à étudier, utile tant pour les internes de médecine générale que pour des médecins généralistes plus expérimentés désireux de se former à ces pratiques.

5.7. Vers une cotation pour une consultation de TCC-I en médecine générale ?

L'absence de cotation spécifique pour une consultation dédiée de TCC-I est possiblement un facteur limitant à la pratique des TCC-I par les médecins généralistes. Certaines mutuelles proposent une prise en charge de séances de psychothérapies, mais cela n'est, par conséquent, pas accessible à tous. La question de la prise en charge par l'Assurance Maladie des psychothérapies, dont les TCC-I font partie, commence à être étudiée. Il est actuellement évalué par l'Assurance Maladie dans certains départements tests (Bouches-du-Rhône, Morbihan et Haute-Garonne) une prise en charge des psychothérapies pratiquées par les psychologues sur prescription du médecin traitant, les résultats de cette étude ne sont actuellement pas publiés (72). Une cotation spécifique pour une consultation de TCC-I en médecine générale permettrait d'encourager les médecins généralistes à s'orienter vers ces pratiques ainsi que de reconnaître le temps que le praticien y consacre, le temps moyen d'une consultation de médecine générale en France en 2019 étant de 18 minutes (73). La question d'une cotation spécifique pour la TCC-I en médecine générale ne semble pour l'instant pas à l'ordre du jour, ce que nous ne pouvons que déplorer à la vue du nombre croissant d'offres payantes de TCC-I proposées notamment sur Internet et excluant le médecin généraliste de la prise en charge.

5.8. Le livret papier, support idéal pour aider les patients dans la prise en charge de leur insomnie.

La majorité des patients interrogés (66%) ne connaît pas d'application mobile pour les aider à mieux gérer leur sommeil, résultat surprenant dans une société de plus en plus digitalisée où smartphones et tablettes font parties du quotidien. Ceux connaissant une ou des application(s) mobile(s) citent essentiellement les applications Santé déjà installées d'origine sur leur appareil (79%), cela pouvant s'expliquer par leur gratuité, leur simplicité d'utilisation

et par le fait qu'elles proposent déjà un contenu relativement informatif. Certaines de ces applications permettent notamment d'enregistrer, automatiquement ou manuellement, les horaires de couchers et de levers permettant une estimation de la durée passée au lit. Certaines proposent également d'évaluer la durée effective de sommeil à l'aide de capteurs actimétriques intégrés aux dispositifs mobiles. De plus, certaines de ces applications sont compatibles avec des bracelets ou montres connecté(e)s permettant d'affiner ces données à l'aide de capteurs supplémentaires. Les données recueillies automatiquement sont basées sur l'enregistrement des mouvements, leur fiabilité est donc très variable selon la qualité des capteurs. Les autres applications citées aidant à mieux gérer le sommeil sont en majorité des applications de relaxation ou de méditation visant à apporter un conditionnement favorable à l'endormissement.

Contrairement à l'hypothèse émise, la majorité des patients (75%) ne considère pas les applications mobiles comme pertinentes pour les aider à mieux gérer leur sommeil. Cette position des patients interrogés pourrait s'expliquer par le possible aspect paradoxal de l'exposition à un écran via l'utilisation d'une application qui ne crée par un conditionnement favorable à l'endormissement. Cependant, comme cité dans la partie dédiée aux applications mobiles utiles dans une prise en charge de TCC-I, certaines applications semblent tout à fait pertinentes, proposant notamment un agenda de sommeil digitalisé et fournissant pour certaines des conseils d'hygiène du sommeil. Leur utilisation ne semble pas incompatible avec le respect des règles d'hygiène du sommeil ; en effet, il n'est pas nécessaire de les consulter avant le coucher, elles sont de préférence à utiliser à un moment dans la journée pour compléter les données concernant la nuit précédente.

Contre toute attente, le support le plus plébiscité par les patients pour les aider à mieux gérer leurs problèmes de sommeil est le livret papier (39%). L'application mobile arrive en deuxième position (29%), contrastant avec l'opinion des patients selon laquelle elle ne semblait pas pertinente dans cette situation, l'usage des applications mobiles semble donc pour le moins controversé dans l'amélioration des problèmes de sommeil. Le site Internet est en dernière position (15%). Ces deux derniers résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces deux supports font appel aux écrans qui rythment de plus en plus notre quotidien et ne semblent pas propices au repos et au « lâcher-prise » nécessaires à l'endormissement et à une bonne qualité de sommeil. Le livret papier permettrait ainsi de marquer une coupure avec ce quotidien de plus en plus digitalisé. Cela peut également être le signe d'un souhait de retour aux outils plus anciens mais aussi plus pérennes que représente le support papier. Les patients ayant choisi un

autre support que ceux cités précédemment ont majoritairement exprimé le besoin d'une prise en charge spécialisée (38%), pouvant être le signe d'un souhait de se tourner vers une solution humaine et non digitalisée pour la prise en charge de leur insomnie, ces deux paramètres n'étant pas incompatibles et pouvant être complémentaires.

Il semble intéressant d'imaginer ce que pourrait contenir le livret papier sollicité par les participants. Il se devra d'être court, didactique avec l'usage d'illustrations et adapté à son public. L'organisation de ce livret pourra reprendre les grands axes de TCC-I. Ainsi, la première partie comprendrait les principes d'éducation à l'hygiène du sommeil, la deuxième partie les mesures comportementales et la troisième partie, les principes généraux de restructuration cognitive avec des exemples concrets. Ce livret pourrait comporter plusieurs agendas de sommeil répartis au niveau des différentes parties permettant au patient de constater ses progrès et difficultés et d'en faire part aisément et efficacement à son médecin généraliste. Ce livret se devra d'être gratuit pour garantir son accessibilité à tous et pourrait faire l'objet d'un concours pour sa réalisation sollicitant les talents didactiques et artistiques de ses auteurs. Un soutien financier, par exemple de l'ARS Normandie, serait probablement nécessaire pour sa réalisation et sa diffusion.

5.9. Un site Internet, outil idéal pour la pratique des TCC-I en médecine générale.

La majorité (67%) des médecins généralistes interrogés sur l'outil idéal d'aide à la pratique des TCC-I en consultation ont confirmé l'hypothèse du site Internet, loin devant le livret papier (21%) et l'application mobile (12%). Le livret papier ne semble donc pas l'outil idéal face aux solutions digitales plus facilement utilisables en consultation. L'application mobile ne semble pas sollicitée par les médecins interrogés, peut-être par le fait que l'utilisation du smartphone ou de la tablette en consultation puisse être mal perçue par le patient, une explication de la démarche au patient pourrait probablement lever ce malaise.

Depuis quelques années émergent des Systèmes d'Aide à la Décision Clinique ou Médicale (SADC ou SADM) permettant au médecin de l'aider au cours de sa consultation. Ces outils électroniques, le plus souvent accessibles par Internet, peuvent être utilisés à différentes étapes de la consultation, dans la démarche diagnostique pour certains, thérapeutique pour d'autres, et parfois dans ces deux démarches de façon complémentaire. Ces systèmes sont fondés sur des algorithmes décisionnels conçus à partir de données issues des recommandations

nationales et/ou des sociétés savantes. Ils peuvent, par exemple, permettre d'établir une évaluation de la situation clinique et proposer une prise en charge adéquate se basant sur les recommandations en vigueur. Probablement l'exemple le plus concret et répandu en médecine générale, Antibioclic est un outil indépendant d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie en soins primaires. Il permet à partir d'un diagnostic établi de préconiser la décision thérapeutique la plus adaptée et conforme aux dernières recommandations nationales ou des sociétés savantes grâce à des mises à jour régulières. Antibioclic a été conçu par des cliniciens et enseignants de l'Université Paris Diderot (médecins généralistes et infectiologues), formant son comité scientifique. Il est soutenu par l'Université Paris Diderot et parrainé par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), garantissant la qualité de son contenu.

La pertinence de ces outils repose sur de nombreux critères, notamment leur facilité d'accès, leur simplicité et rapidité d'utilisation ainsi que le fondement de leurs algorithmes sur des données d'un haut niveau de preuve et régulièrement actualisées. Le DMG de l'Université Paris Diderot a proposé dans ce sens une charte qualité des outils Internet d'aide à la décision clinique (Annexe 9).

L'utilisation de ces outils représente une évolution significative dans la pratique des médecins généralistes. Ces outils ont pour objectif d'améliorer l'efficacité du praticien, c'est-à-dire sa capacité à prendre la bonne décision et à proposer le meilleur soin pour le patient dans un temps restreint compatible avec une consultation habituelle de médecine générale. Cela s'inscrit totalement dans une démarche de médecine basée sur les preuves (*Evidence Base Medicine*) tenant compte de l'expérience du praticien, des meilleures données de la Science et des préférences du patient.

La création d'un outil d'aide à la décision clinique serait tout à fait pertinente dans le cadre de la pratique des TCC-I en consultation de médecine générale. Cet outil serait facilement disponible sur Internet et devrait être gratuit, une version pour smartphone serait à étudier pour rendre l'outil le plus accessible possible, notamment lorsque le praticien exerce en dehors de son cabinet (par exemple, en visite à domicile). Le praticien aurait simplement à répondre aux questions proposées par l'algorithme décisionnel. Il pourrait se décliner en plusieurs parties suivant la démarche diagnostique et thérapeutique expliquée dans le paragraphe dédié aux TCC-I, l'ensemble étant relié par un algorithme. Sont présentées ci-dessous les différentes parties constituant le fil conducteur de la conception de cet outil.

- 1) Diagnostic de l'insomnie chronique. Cette partie permettrait de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de l'insomnie chronique, elle pourrait se baser sur les critères

diagnostiques de l'ICSD-3. Si le diagnostic est confirmé, l'algorithme proposerait de poursuivre vers la partie suivante, s'il ne l'est pas le praticien serait invité à évoquer un autre diagnostic.

- 2) Recherche des comorbidités. Cette partie rechercherait les éventuelles comorbidités associées à l'aide de questions simples d'orientation.
- 3) Evaluation des connaissances et du respect des recommandations pour une bonne hygiène du sommeil. Cette partie reprendrait chaque point précisé dans le tableau 2, un lien pourra se faire vers l'impression de ces recommandations à remettre au patient au cours de la consultation.
- 4) Remise de l'agenda de sommeil. Cette partie présenterait un lien vers un agenda de sommeil à imprimer et à remettre au patient. Il est la clé de la prise en charge initiale et du suivi des progrès et difficultés du patient.
- 5) Restriction du temps passé au lit. Cette partie ne pourrait être utilisée que si un agenda de sommeil a été réalisé. L'algorithme intégrerait les critères suivants obtenus des résultats de l'agenda de sommeil : temps moyen passé au lit par nuit, latence d'endormissement, moyenne du temps de sommeil total, heure de lever fixe lié à l'activité diurne et les meilleures parties de nuit (en termes de qualité). Ainsi, l'algorithme proposerait automatiquement les horaires de coucher et de lever adaptés, préconisant la fenêtre de sommeil optimale. Suite à la prescription de cette fenêtre de sommeil adaptée suivie pendant une semaine, un nouvel agenda de sommeil serait à remplir par le patient et le praticien pourrait adapter en fonction la fenêtre de sommeil à préconiser. Dans cette partie figurerait donc de nouveau un lien vers l'agenda de sommeil à imprimer pour simplifier l'utilisation par le praticien.
- 6) Contrôle du stimulus. Cette partie reprendrait chaque point présenté dans le tableau 6. Un lien permettant l'impression de ces recommandations y serait proposé afin de les remettre facilement au patient lors de la consultation.
- 7) Thérapie cognitive. Plus complexe à concevoir, cette partie pourrait reprendre les principes clés évoqués dans le tableau 7. De même que dans certaines parties précédentes, un lien vers ces principes avec des exemples concrets pourrait être disponible afin de remettre une version imprimable au patient en consultation.

Un accès direct aux liens de l'agenda de sommeil, des recommandations de bonne hygiène du sommeil, des principes de restriction du temps passé au lit, du contrôle du stimulus et de la thérapie cognitive serait possible via un onglet dédié, si le praticien ne souhaite pas

systématiquement répondre à l'ensemble des questions de l'algorithme décisionnel. Chaque partie serait également directement accessible sans passer par les parties précédentes pour répondre au mieux aux besoins du praticien et optimiser son temps de consultation. Il pourrait être intéressant qu'à chaque utilisation de cet outil, un récapitulatif des résultats obtenus aux différentes questions puisse être remis au patient et consigné dans son dossier médical. Cela permettrait au patient de mieux percevoir ses progrès, permettant un renforcement positif, mais également ses difficultés persistantes, pour qu'il puisse plus aisément trouver des solutions constructives à ses difficultés, guidé par les principes de TCC-I inculqués par l'outil.

Il conviendrait que cet outil suive les critères qualités évoqués ci-dessus (Annexe 9). Il n'y aurait pas de recueil de données personnelles, l'anonymat du patient serait garanti, simplifiant les démarches pour sa conception et son utilisation.

La conception de cet outil ferait probablement appel à des développeurs informatiques pour garantir sa qualité, sa facilité d'utilisation et sa cohérence. Il nécessiterait donc un financement qui serait à étudier : fonds propres, soutien financier de l'ARS Normandie, de l'Université de Caen Normandie, etc.

Cet outil d'aide à la pratique permettrait une plus large diffusion des principes de TCC-I, y compris par des praticiens non formés, non expérimentés dans ces pratiques. Ainsi, il favoriserait une meilleure prise en charge des patients insomniaques chroniques par les médecins généralistes, du diagnostic à la thérapeutique, laissant espérer une diminution des prescriptions d'hypnotiques au long cours pour le bien de la santé publique.

5.10. Vers la création d'un programme intelligent de TCC-I sur prescription médicale ?

Les patients interrogés n'ont majoritairement pas sollicité un site Internet pour les aider à améliorer leurs problèmes de sommeil. Néanmoins, les thérapies digitales sur prescription médicale (*prescription digital therapeutics*) sont en pleine expansion et il convient de s'y intéresser. Les thérapies digitales sont des traitements validés scientifiquement sous forme de solutions numériques (applications mobiles, dispositifs connectés, etc.) pour prévenir, gérer ou traiter un problème de santé ou une maladie (74). Ces thérapies peuvent avoir pour vocation de remplacer un médicament ou en être complémentaire, être sans ou sur prescription médicale. Nous nous intéressons ici à celles sur prescription médicale. La conception des thérapies

digitales s'inspire de celle des traitements médicamenteux avec notamment la réalisation d'essais cliniques pour valider les résultats. Ces thérapies ont pour objectif de guider le patient, à partir d'un suivi de données de santé, permettant de modifier ses comportements et ainsi d'obtenir une réponse clinique. Elles peuvent également permettre une surveillance de patients à risque afin de prédire et modifier un état clinique. Les champs d'action de ces thérapies concernent notamment le diabète (par exemple, des protocoles d'adaptation de l'insuline selon les relevés glycémiques), l'obésité (conseils nutritionnels personnalisés...), les maladies cardiovasculaires (suivi et adaptation des INR chez les patients sous anticoagulants oraux...), certaines maladies neurologiques, les maladies respiratoires, le sevrage tabagique. Ces thérapies sont également applicables dans les champs d'action des TCC tels que les addictions sans oublier l'insomnie chronique. Le marché des thérapies digitales est en plein essor, le cabinet de conseil britannique Allied Market Research estime qu'il représentait 2 milliards de dollars en 2018 et devrait atteindre 9 milliards de dollars en 2026 soit une croissance annuelle moyenne de près de 21% (75). La demande est en effet croissante en lien avec l'augmentation de l'usage des solutions mobiles (smartphones et tablettes), la nécessité d'un contrôle des dépenses de santé et de l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques. Ces thérapies seraient compatibles avec la nécessité de contrôle des dépenses de santé, leur développement estimé à 3-4 ans est bien plus rapide donc moins onéreux que celui nécessaire à la conception d'un nouveau médicament. De nombreuses entreprises spécialisées dans les thérapies digitales ont vu le jour au cours des dernières décennies notamment aux Etats Unis, c'est le cas de Big Health (programme Sleepio) et de Pear Therapeutics (programme Somryst). En France, plusieurs start-ups développent des thérapies digitales, par exemple Lucine développe une solution mobile destinée aux patients douloureux chroniques en mesurant et analysant le niveau de douleur et proposant un traitement personnalisé à partir de sons, d'images ou lumières ; Diabeloop a développé un pancréas artificiel permettant d'automatiser le traitement du diabète de type 1, un capteur de glucose en continu placé sur le patient est relié sans fil à un terminal hébergeant un algorithme d'intelligence artificielle permettant l'analyse personnalisée en temps réel des données et calculant la juste dose d'insuline à délivrer par la pompe à insuline au patient. L'industrie pharmaceutique s'intéresse également de plus en plus aux thérapies digitales notamment dans le diabète et l'obésité, problématiques de santé à l'échelle mondiale (76), qui semblent être les pathologies les plus ciblées dans le développement de ces thérapies.

Il n'existe pas pour l'instant, à notre connaissance, de programme francophone de thérapie digitale sur prescription médicale dans l'insomnie chronique sur le modèle de Sleepio

ou Somryst. Le développement d'un tel programme serait tout à fait innovant et constituerait une nouvelle façon de promouvoir l'application des TCC-I par les médecins généralistes. En effet, ces programmes ont l'avantage d'inclure totalement le médecin généraliste, prescripteur du programme, à la différence des programmes francophones déjà existants. Le médecin généraliste, via l'accès au tableau de bord du programme, peut suivre et encourager les progrès du patient, lui apporter soutien et conseils adaptés devant d'éventuelles difficultés rencontrées pour appliquer des mesures préconisées par le programme. En utilisant ce programme, le médecin généraliste peut gagner un temps précieux en consultation en ayant une prise en charge ciblée sur les difficultés et progrès du patient. De plus, il n'est pas nécessaire que le praticien ait une formation approfondie ni une expérience importante en TCC-I. Une formation basique à l'usage de ce programme et aux grands principes de TCC-I pourrait être suffisante. Cela permettrait ainsi d'une autre manière que celles développées précédemment de promouvoir les TCC-I en médecine générale. Il convient que le patient soit motivé par cet outil et qu'il dispose de l'équipement nécessaire pour pouvoir l'utiliser de façon optimale, cela ne nécessitant qu'un support informatique ou mobile et une connexion Internet. Ce programme de thérapie digitale dédiée à l'insomnie chronique devrait reposer sur des essais cliniques solides montrant son efficacité, à l'instar des programmes Sleepio ou Somryst. La création d'un tel outil nécessite le support technique d'une entreprise experte en thérapies digitales, ce projet pourrait être proposé à l'une des nombreuses entreprises françaises spécialisées dans les thérapies digitales. Ce programme se devrait d'être le plus accessible à tous, une prise en charge par l'Assurance Maladie, au même titre qu'une prescription médicamenteuse, serait à étudier. De plus, une campagne de promotion par l'Assurance Maladie serait probablement nécessaire tant auprès du grand public que des médecins généralistes car ces solutions de thérapies digitales ne sont à l'heure actuelle que peu ou pas connues. Dans ce sens, la recommandation de ce programme par la HAS, à l'image de Sleepio validé par la NHS ou Somryst par la FDA, apporterait une crédibilité supplémentaire nécessaire à son développement.

5.11. Limites et biais

Le choix de réaliser ces deux questionnaires nous a semblé le plus pertinent pour répondre aux objectifs de ce travail. Néanmoins, ce choix méthodologique présente des biais et limites. Les médecins généralistes et patients calvadosiens ont été interrogés via plusieurs moyens de communication notamment les réseaux sociaux et le carnet d'adresses courriels des participants

aux Groupes Qualité du Calvados pour le questionnaire médecin. Ce mode de recrutement peut interroger sur la représentativité des échantillons. De même, la part importante de femmes ayant répondu au questionnaire patients peut interpeller sur la représentativité des résultats de celui-ci. Nous avons choisi de recruter ainsi les participants aux questionnaires car cela nous a permis d'obtenir assez aisément un nombre important de réponses permettant d'espérer une meilleure représentativité des résultats obtenus. Dans ce sens, nous avons également fait le choix des questionnaires exclusivement en ligne qui a permis, outre leur aspect écologique et économique comparativement à des supports papiers, une exploitation plus aisée des résultats. Ces choix méthodologiques sont donc à l'origine d'un biais de sélection, un échantillonnage dans les populations ciblées sur un mode aléatoire permettrait en théorie de limiter ce biais. En pratique cela n'a pas été possible, pour diffuser un questionnaire en ligne il faut soit utiliser un moyen de communication en ligne (site Internet, réseau social) soit avoir un carnet d'adresses courriels de la population cible ce qui n'est pas chose facile au nom de la protection des données personnelles.

Comme tout questionnaire, il existe un biais de déclaration, celui-ci est limité par l'anonymat de ces derniers. Nous avons fait le choix de questions simples, courtes et fermées pour la plupart. Cela a pu représenter une difficulté pour les interrogés qui doivent faire un choix non nuancé dans certains cas mais cela nous a permis d'obtenir des résultats quantifiables. Les questions ouvertes (réponse « Autre ») sont peu nombreuses, car non quantifiables, sans compter le risque de lassitude des sondés et donc un risque non négligeable d'abandon en cours de questionnaire et ainsi de réponses inexploitable. Certaines réponses nous ont étonné par leur manque de cohérence dans la progression des questions, par exemple, à propos de la considération des calvadosiens sur une application mobile pour les aider à mieux gérer leurs problèmes de sommeil. La réalisation d'entretiens individuels aurait pu permettre de mieux comprendre ces réponses, cela nous fut impossible compte-tenu du choix de l'anonymat des questionnaires. Cela souligne également la difficulté de formulation des questions pouvant parfois et de façon inattendue être interprétées de différentes façons.

6. Conclusion

L'insomnie chronique est un véritable problème de santé publique. Le médecin généraliste tient une place centrale dans la prise en charge des patients souffrant d'insomnie chronique. Elle doit être recherchée par le médecin généraliste qui en fera le diagnostic, recherchera les comorbidités et devra faire une proposition thérapeutique. Pour ce faire, il doit être formé à cette pathologie et savoir la prendre en charge en suivant les principes de la médecine basée sur les preuves. Le recours aux prescriptions d'hypnotiques dans cette indication est encore trop répandu, bien qu'une prise de conscience sur leur usage raisonné semble avoir lieu. Les médecins généralistes calvadosiens connaissent peu ou mal les TCC-I et sont donc en difficulté dans leurs prises en charge des patients souffrant d'insomnie chronique. Ils sont pourtant motivés pour s'y former, ont conscience de la nécessité de proposer aux patients une réponse non médicamenteuse et que les prescriptions d'hypnotiques au long cours ne devraient plus se poursuivre. Les patients, quant à eux, sont demandeurs de thérapeutiques non médicamenteuses et ne trouvent pas toujours une réponse adéquate de leur médecin généraliste.

Les TCC-I, en tant que traitement de première intention de l'insomnie chronique, doivent donc être promues au sein de et par la communauté des médecins généralistes. Il convient de les former à ces thérapies et de les aider à les mettre en pratique. Les principes de TCC-I sont simples et ne nécessitent pas une formation complexe, cependant, le médecin généraliste a besoin d'être guidé dans cette pratique. La création d'un réseau de santé dédié au sommeil sur le modèle francilien du Réseau Morphée encouragerait la promotion et la pratique des TCC-I. Un outil d'aide à la pratique des TCC-I en médecine générale, sous forme d'un système d'aide à la décision médicale, serait également une façon de les promouvoir. Le développement d'un programme de thérapie digitale francophone et accessible à tous de TCC-I en serait une autre. Nous sommes à l'avènement des thérapies digitales, les TCC-I semblent tout à fait adaptées à cette nouvelle possibilité thérapeutique.

Il n'existe pas une mais des solutions pour promouvoir les TCC-I, la médecine générale tient une place essentielle dans chacune d'elles, les médecins généralistes doivent être acteurs de ces innovations dans l'objectif de tendre toujours plus vers une meilleure prise en charge des patients souffrant d'insomnie chronique.

7. Bibliographie

1. Léger D, Zeghnoun A, Faraut B, Richard J-B. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiologique Hebd. 12 mars 2019;(8-9):149-60.
2. Richard N. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Avril 2017 [Internet]. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2017 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
3. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Saint-Denis La Plaine; [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
4. ViaVoice. L'opinion des Français sur les thérapies non médicamenteuses. [Internet]. Groupe Pasteur Mutualité; 2011 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.gpm.fr/images/pdf/cp_sondage_thrapies_sans_mdicaments.pdf
5. Sydow L. Medical Apps Transform How Patients Receive Medical Care [Internet]. App Annie. 2019 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.appannie.com/en/insights/market-data/medical-apps-transform-patient-care/>
6. Gilbert R, Jeanmougin P, Hamouda AB, Bercherie J, Valencia JSS, Baruch D. Outils d'aide à la décision clinique. Rev Prat Médecine Générale. 2014;28(297):5.
7. Walker MP. The Role of Sleep in Cognition and Emotion. Ann N Y Acad Sci. 2009;1156(1):168-97.
8. Robbins R, Grandner MA, Buxton OM, Hale L, Buysse DJ, Knutson KL, et al. Sleep myths: an expert-led study to identify false beliefs about sleep that impinge upon population sleep health practices. Sleep Health. août 2019;5(4):409-17.
9. Crocq M-A, Guelfi JD. Insomnie. In: DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Elsevier Masson; 2015. p. 424-32.
10. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. nov 2014;146(5):1387-94.

11. Johns MW. About the ESS – Epworth Sleepiness Scale [Internet]. The Epworth Sleepiness Scale. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>
12. Johns MW. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1 nov 1991;14(6):540-5.
13. Haute Autorité de Santé, Société de formation thérapeutique du généraliste. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine Sommeil*. déc 2007;4(14):5-27.
14. OpinionWay. Modes de vie et sommeil. Enquête INSV/MGEN 2019 menée par OpinionWay. [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance; [cité 30 déc 2019]. (Sondage OpinionWay pour l'INSV). Disponible sur: <https://villagesommeil.org/espace-presse/resultats-enquete-2019/>
15. Royant-Parola S. Insomnie et dépression. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2012;170(3):198-201.
16. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Une chambre idéale pour bien dormir : jeu des 6 erreurs [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/une-chambre-ideale-pour-bien-dormir-les-6-erreurs-a-eviter/>
17. Morin CM, Beaulieu-Bonneau S. Prise en charge de l'insomnie: approche cognitive et comportementale. Une approche axée sur l'enseignement de nouvelles habitudes et attitudes. *La Revue du Praticien*. oct 2017;865.
18. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Medicine Clinics*. sept 2013;281-97.
19. Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard M-A, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM. Insomnia and hypertension: A systematic review. *Sleep Med Rev*. oct 2018;41:3-38.
20. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest*. août 2017;152(2):435-44.
21. Hepburn M, Bollu PC, French B, Sahota P. Sleep Medicine: Stroke and Sleep. *Mo Med*. 2018;115(6):527-32.

22. Gebara MA, Siripong N, DiNapoli EA, Maree RD, Germain A, Reynolds CF, et al. Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):717-31.
23. Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(11):2271-82.
24. Doucet J, Legrain S. Choix d'une benzodiazépine [Internet]. *l'Assurance Maladie*; 2014. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4960/document/choix-benzodiazepine_assurance-maladie.pdf
25. ANSM. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information [Internet]. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
26. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 15 janv 2020];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010753.pub2/full>
27. Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for Sleep: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med*. déc 2006;119(12):1005-12.
28. Fonteneau J-M. La phytothérapie au service du patient insomniaque. *Actual Pharm*. sept 2019;58(588):14-6.
29. HAS. Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 29 janv 2020]. (BON USAGE DU MÉDICAMENT). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/bat_web_fbum_circadin_cv_101109.pdf
30. Anses. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif aux risques liés à la consommation de compléments alimentaires contenant de la mélatonine [Internet]. Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2018 [cité 29 janv 2020]. Report No.: 2016-SA-0209. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2016SA0209.pdf>

31. ANSM. Préparations à base de mélatonine [Internet]. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2018 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-rappelle-le-cadre-reglementaire-concernant-la-realisation-de-preparations-a-base-de-melatonine-Point-d-Information>
32. NCCIH. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. National Center for Complementary and Integrative Health. 2011 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
33. Wang X, Li P, Pan C, Dai L, Wu Y, Deng Y. The Effect of Mind-Body Therapies on Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* [Internet]. 13 févr 2019 [cité 3 févr 2020];2019. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393899/>
34. Kabla R. Profil du yogiste français [Internet]. *kantarmedia.com*. 2019 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.kantar.media/XLN5aOd>
35. Cheuk DK, Yeung W-F, Chung K, Wong V. Acupuncture for insomnia (Review) [Internet]. 2012 sept [cité 29 janv 2020]. (Cochrane Library). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.normandie-univ.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005472.pub3/epdf/full>
36. Shergis JL, Ni X, Jackson ML, Zhang AL, Guo X, Li Y, et al. A systematic review of acupuncture for sleep quality in people with insomnia. *Complement Ther Med*. juin 2016;26:11-20.
37. Leger D, Duforez F, Gronfier C. Le traitement par la lumière des troubles circadiens du rythme veille-sommeil. *Presse Médicale*. nov 2018;47(11-12):1003-9.
38. Leger D, Metlaine A, Gronfier C. Physiologie de l'horloge biologique. *Presse Médicale*. nov 2018;47(11-12):964-8.
39. Anses. LED et lumière bleue [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/led-et-lumi%C3%A8re-bleue>

40. Lam T-H, Chung K-F, Lee C-T, Yeung W-F, Yu BY. Hypnotherapy for insomnia: A randomized controlled trial comparing generic and disease-specific suggestions. *Complement Ther Med.* déc 2018;41:231-9.
41. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* oct 2015;23(5):719-32.
42. Poletti B. Question au gouvernement n°39230 [Internet]. questions.assemblée-nationale.fr. 2004 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-39230QE.htm>
43. Collège national des universitaires en psychiatrie. Item 71 - Différents types de techniques psychothérapeutiques. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* . 2016. p. 513-4.
44. Collège national des universitaires en psychiatrie. Item 108 - Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* . 2016. p. 321.
45. Spielman A, Glovinsky P. The varied nature of insomnia. In: *Case Studies in Insomnia*. Springer Science & Business Media; 1991. p. 11-2.
46. Spielman AJ, Yang C-M, Glovinsky PB. Sleep Restriction Therapy. In: *Behavioral Treatments for Sleep Disorders* [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 24 févr 2020]. p. 9-19. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123815224000018>
47. Réseau Morphée. La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie [Internet]. Réseau Morphée. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/insomnies-apnees/insomniaque/prise-charge-non-medicamenteuse-de-linsomnie>
48. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of Chronic Insomnia by Restriction of Time in Bed. *Sleep.* 1987;10:45-56.
49. Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instructions. In: *Case Studies in Insomnia*. Springer Science & Business Media; 1991. p. 19-28.
50. Guiose M. Fondements théoriques et techniques de la relaxation - Psychomotricité première année [Internet]. Médecine Sorbonne Université Ressources numériques. 2003 [cité

2 mars 2020]. Disponible sur:

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.1.html#ID-1>

51. Morin CM, Beaulieu-Bonneau S. Prise en charge de l'insomnie: approche cognitive et comportementale. Une approche axée sur l'enseignement de nouvelles habitudes et attitudes. *La Revue du Praticien*. oct 2017;866.

52. van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev*. avr 2018;38:3-16.

53. Van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, Van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Med Rev*. déc 2019;48:101208.

54. Qaseem A, Kansagara D, Forcica M. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 3 mai 2016;165:125-33.

55. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Grosej LD, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.

56. Réseau Morphée. Des livres sur le sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/espace-documentation/des-livres-sur-le-sommeil>

57. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Accueil [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/>

58. Réseau Morphée. Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/>

59. Moreau S. TCC : Therapie Comportementale et Cognitive [Internet]. Traitement de l'insomnie de l'adulte par Thérapie Comportementale et Cognitive, À l'usage du généraliste. 2009 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.bichat-larib.com/sommeil.index.php>

60. Réseau Morphée. Mon Coach Sommeil [Internet]. App Store. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://apps.apple.com/us/app/mon-coach-sommeil/id1086991151>

61. Pitrat B, Drain A. ASC - Agenda de Sommeil et de Comportements – Applications sur Google Play [Internet]. Google Play. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ionicframework.rydan803090&hl=fr>
62. ThéraSomnia. Accueil [Internet]. ThéraSomnia. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.therasomnia.com/node>
63. Lopez R, Evangelista E, Barateau L, Chenini S, Bosco A, Billiard M, et al. French Language Online Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Front Neurol* [Internet]. 5 déc 2019 [cité 6 avr 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6906191/>
64. Dreem. Dreem 2 - Sleep, finally. [Internet]. Dreem. 2019 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://dreem.com/fr>
65. Sleepio. Sleepio - Can't sleep? Get to sleep and stay asleep without pills or potion. [Internet]. Sleepio. 2020 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.sleepio.com>
66. Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Online Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia Disorder Delivered via an Automated Media-Rich Web Application. *Sleep*. 1 juin 2012;35(6):769-81.
67. Somryst. Introducing Somryst [Internet]. Somryst. 2020 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://somryst.com/>
68. Ritterband LM, Thorndike FP, Ingersoll KS, Lord HR, Gonder-Frederick L, Frederick C, et al. Effect of a Web-Based Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Intervention With 1-Year Follow-up A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 30 nov 2016;74(1):68-75.
69. Batterham PJ, Christensen H, Mackinnon AJ, Gosling JA, Thorndike FP, Ritterband LM, et al. Trajectories of change and long-term outcomes in a randomised controlled trial of internet-based insomnia treatment to prevent depression. *BJPsych Open*. sept 2017;3(5):228-35.
70. Institut National de la statistique et des études économiques. Définition - Population active / Actifs / Actifs | Insee [Internet]. Insee. 2016 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1946>

71. Tennessel M. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville: apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste [Psychologie]. [Toulouse]: Université Toulouse le Mirail - Toulouse II; 2015.
72. Renard M. Psychothérapies : des séances bientôt remboursées ? [Internet]. Allodocteurs.fr. 2018 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/psycho/therapies-psy/psychotherapies-des-seances-bientot-remboursees_24426.html
73. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2019 juill [cité 23 mars 2020]. (Etudes & Résultats). Report No.: 1113. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
74. Teston R, Le Meur F. Essor des thérapies digitales ou DTx [Internet]. Techtomed. 2020 [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://techtomed.com/essor-des-therapies-digiales-ou-dtx/>
75. Pandey S, Sumant O. Digital Therapeutics Market Size & Share Forecast By 2019-2026 [Internet]. Allied Market Research. 2020 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.alliedmarketresearch.com/digital-therapeutics-market>
76. Chan M. Obésité et diabète: une bombe à retardement [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. World Health Organization; 2016 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/fr/>

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI).

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

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

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

8.2. Annexe 2 : Echelle de Somnolence d'Epworth.

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Consigne de passation :

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

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant **le chiffre le plus approprié** pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir**
- 1 = faible chance de s'endormir**
- 2 = chance moyenne de s'endormir**
- 3 = forte chance de s'endormir**

Situation	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

TOTAL :

8.3. Annexe 3 : Index de Qualité du Sommeil de Pittsburg (PSQI).

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh
(PSQI)

Test effectué le :/...../..... (Jour/mois/année)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

➤ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

➤ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

➤ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

➤ Heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				
b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé ou				

ronflé bruyamment				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne Assez bonne Assez mauvaise Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois ou quatre fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois ou quatre fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème Seulement un tout petit problème Un certain problème Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

- Ni l'un, ni l'autre.
 Oui, mais dans une chambre différente.
 Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.
 Oui, dans le même lit.

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours	Moins d'une	Une ou deux	Trois ou quatre
--	--------------	-------------	-------------	-----------------

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

	du dernier mois	fois par semaine	fois par semaine	fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

Score global au PSQI :

Calcul du score global au PSQI

Le **PSQI** comprend **19 questions d'auto-évaluation** et **5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre** (s'il en est un). Seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score.

Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner **7 "composantes" du score global**, chaque composante recevant un score de 0 à 3.

Dans tous les cas, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de **0 à 21 points**, **0** voulant dire qu'il n'y a **aucune difficulté**, et **21** indiquant au contraire des **difficultés majeures**.

Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

- Examinez la **question 6**, et attribuez un score :
- | | | | |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Très bonne = 0 | Assez bonne = 1 | Assez mauvaise = 2 | Très mauvaise = 3 |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
- Score de la composante 1 =**

Composante 2 : Latence du sommeil

- Examinez la **question 2**, et attribuez un score :
- | | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| ≤15 mn = 0 | 16-30 mn = 1 | 31-60 mn = 2 | >60 mn = 3 |
|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
- Score de la question 2 =**
- Examinez la **question 5a**, et attribuez un score :
- | | | | |
|---|---|---|---|
| Pas au cours du dernier mois = 0 | Moins d'une fois par semaine = 1 | Une ou deux fois par semaine = 2 | Trois ou quatre fois par semaine = 3 |
|---|---|---|---|
- Score de la question 5a =**
- Additionnez les scores des questions 2 et 5a, et attribuez le score de la composante 2 :
- | | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Somme de 0 = 0 | Somme de 1-2 = 1 | Somme de 3-4 = 2 | Somme de 5-6 = 3 |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
- Score de la composante 2 =**

Composante 3 : Durée du sommeil

- Examinez la **question 4**, et attribuez un score :
- | | | | |
|-----------------|------------------|------------------|-----------------|
| >7 h = 0 | 6-7 h = 1 | 5-6 h = 2 | <5 h = 3 |
|-----------------|------------------|------------------|-----------------|
- Score de la composante 3 =**

Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

- Indiquez le nombre d'heures de sommeil (**question 4**) :
- Calculez le nombre d'heures passées au lit :
Heure du lever (**question 3**) :
Heure du coucher (**question 1**) :
Nombre d'heures passées au lit :
- Calculez l'efficacité du sommeil : (Nb heures sommeil/Nb heures au lit)×100 = Efficacité habituelle (en %) ⇒ (...../.....)×100 = %
- Attribuez le score de la composante 4 :
>85% = 0 75-84% = 1 65-74% = 2 <65% = 3
Score de la composante 4 =

Composante 5 : Troubles du sommeil

- Examinez les **questions 5b à 5j**, et attribuez des scores à chaque question :
Pas au cours Moins d'une fois Une ou deux fois Trois ou quatre fois
fois
du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par semaine = 3
- Score de la question 5b = 5c = 5d = 5e = 5f =
5g = 5h = 5i = 5j =**
- Additionnez les scores des questions 5b à 5j, et attribuez le score de la composante 5 :
Somme de 0 = 0 Somme de 1-9 = 1 Somme de 10-18 = 2 Somme de 19-27 = 3
Score de la composante 5 =

Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

- Examinez la **question 7**, et attribuez un score :
Pas au cours Moins d'une fois Une ou deux fois Trois ou quatre fois
du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par semaine = 3
Score de la composante 6 =

Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

- Examinez la **question 8**, et attribuez un score :
Pas au cours Moins d'une fois Une ou deux fois Trois ou quatre fois

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

du dernier mois = **0** par semaine = **1** par semaine = **2** par
semaine = **3**
Score de la question 8 =

➤ Examinez la **question 9**, et attribuez un score :

Pas du tout un problème = 0	Seulement un tout petit problème = 1	Un certain problème = 2	Un très gros problème = 3
---------------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------

Score de la question 9 =

➤ Additionnez les scores des questions 8 et 9, et attribuez le score de la composante 7 :

Somme de 0 = 0	Somme de 1-2 = 1	Somme de 3-4 = 2	Somme de 5-6 = 3
-----------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Score de la composante 7 =

Score global au PSQI

➤ Additionnez les scores des 7 composantes :

8.4. Annexe 4 : Critères de sévérité de l'insomnie d'après la HAS.

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

8.5. Annexe 5 : Echelle HAD.

Echelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | |
| - La plupart du temps | 3 | - Jamais | 0 |
| - Souvent | 2 | - Parfois | 1 |
| - De temps en temps | 1 | - Assez souvent | 2 |
| - Jamais | 0 | - Très souvent | 3 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Plus du tout | 3 |
| - Pas autant | 1 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu seulement | 2 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Presque plus | 3 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Un peu | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - Pas du tout | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses | | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 | - Presque jamais | 3 |
| 5. Je me fais du souci | | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
| - Très souvent | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Jamais | 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur | | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | |
| - Jamais | 3 | - Souvent | 0 |
| - Rarement | 2 | - Parfois | 1 |
| - Assez souvent | 1 | - Rarement | 2 |
| - La plupart du temps | 0 | - Très rarement | 3 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | | | |
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 | | |
| - Oui, en général | 1 | | |
| - Rarement | 2 | | |
| - Jamais | 3 | | |
| 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | | | |
| - Presque toujours | 3 | | |
| - Très souvent | 2 | | |
| - Parfois | 1 | | |
| - Jamais | 0 | | |

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

8.6. Annexe 6 : Questionnaire de Beck.

Questionnaire de BECK (pour l'évaluation du niveau de dépression)

(Pr Aaron Temkin Beck, psychiatre et Professeur émérite l'Université de Pensylvanie)

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :.....	Traitement en cours	

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 3 dernières semaines.
Si votre total dépasse 20, vous souffrez peut-être de dépression et vous devriez apporter ce questionnaire à un médecin pour discuter de vos symptômes et de leur effet sur votre vie.

0- Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- Je me hais.

0- Je ne crois pas être pire que les autres.

1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2- Je me blâme constamment de mes défauts.

3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

0- Je ne pense jamais à me tuer.

1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.

2- J'aimerais me tuer.

3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.

1- Je pleure plus qu'autrefois.

2- Je pleure constamment.

3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft)

8.7. Annexe 7 : Synthèse des recommandations HAS de 2006 sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.

Synthèse des recommandations

PRINCIPES GÉNÉRAUX

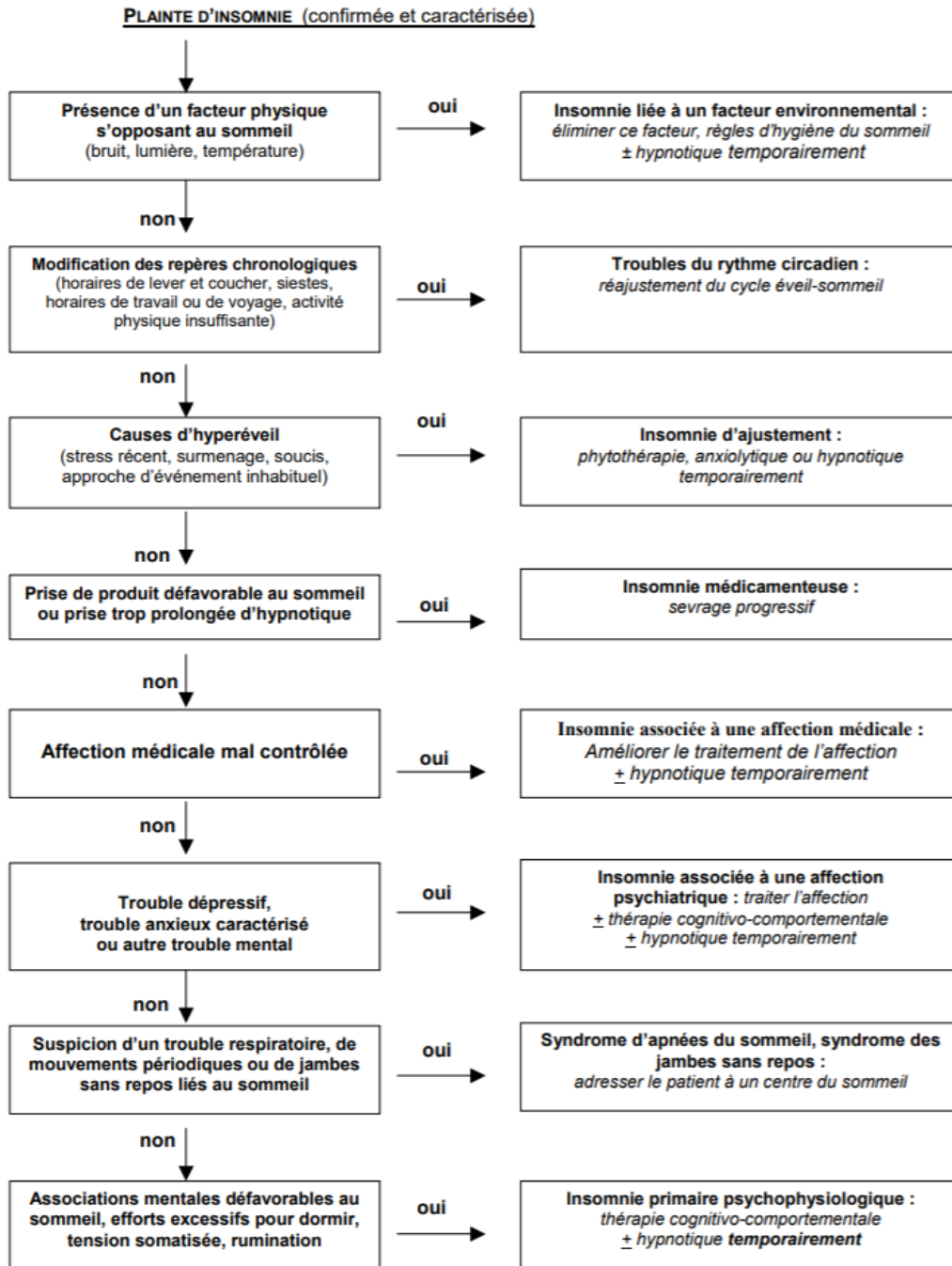
DIAGNOSTIC	Consacrer à la plainte d'insomnie le temps d'une consultation
	Le diagnostic d'insomnie est essentiellement clinique et porte sur l'ensemble du cycle éveil-sommeil
	Le principal critère différentiel entre insomnie d'ajustement et insomnie chronique est l'existence d'une situation de stress
	La majeure partie des insomnies chroniques est liée à une pathologie dépressive ou anxieuse Une insomnie isolée est fréquemment le symptôme avant-coureur d'un état dépressif
RECOURS À UN SPÉCIALISTE DU SOMMEIL	Seulement en cas d'insomnies atypiques, rebelles ou liées à d'autres troubles du sommeil
STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES	Elles doivent comporter de façon générale : - un ensemble de règles élémentaires d'hygiène du sommeil - une régulation du cycle veille-sommeil avec renforcement de l'éveil diurne - un suivi programmé avec réévaluation périodique de la situation, quel que soit le traitement
	En cas d'insomnie d'ajustement : - dédramatiser la situation, assurer un soutien psychologique - si nécessaire, un traitement pharmacologique, par sédatif, anxiolytique ou hypnotique, qui doit être le plus léger et le plus bref possible
	En cas d'insomnie chronique : - outre le traitement de la pathologie éventuellement associée, - le traitement préférentiel de l'insomnie en première intention est, dans la mesure du possible, une thérapie comportementale ou une psychothérapie - réserver la prescription d'hypnotique au cas de recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle, après réévaluation de la situation du patient

CONSIGNES PRATIQUES

DIAGNOSTIC	Identifier la nature de la plainte (type, ancienneté, fréquence, sévérité ; répercussions diurnes ; traitements utilisés) S'appuyer sur un plan d'évaluation, un agenda du sommeil, l'arbre décisionnel <i>[ci-joint]</i>
PRESCRIPTION D'UN HYPNOTIQUE	CRITÈRES DE CHOIX - le profil d'insomnie du patient, l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique) - le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liés à la dose et à la demi-vie - les effets résiduels diurnes, le type d'activités pouvant être pratiquées au décours de la prise du produit - le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes
	ERREURS À ÉVITER - prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique - associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques - prescrire un hypnotique en cas de pathologie respiratoire - arrêter brutalement un traitement hypnotique L'effet rebond peut être limité ou évité par le choix de produits à demi-vie courte ou moyenne, à la plus faible dose efficace, et une diminution progressive de la dose
	INFORMER LES PATIENTS dès la prescription sur : - la durée du traitement, le respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai d'action du produit, les effets résiduels possibles, les modalités d'arrêt du traitement, les effets indésirables à l'arrêt - le délai à respecter à partir de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant vigilance et adresse (conduite automobile ou de machines, travaux de précision)
SEVRAGE DES HYPNOTIQUES	Toujours progressif, sa durée peut s'étendre sur plusieurs mois (utilisateurs de longue durée) : - réduire les doses par paliers de ¼ de comprimé - instaurer un suivi attentif, y compris après arrêt total de l'hypnotique
CHOIX D'UNE THÉRAPIE	Choisir entre les deux méthodes comportementales praticables en soins primaires (mais peu répandues en France) : le contrôle du stimulus et la restriction du temps de sommeil
PERSONNES ÂGÉES	- Éviter des traitements hypnotiques intempestifs (différencier les modifications physiologiques du sommeil des insomnies avérées) - Si l'hypnotique paraît nécessaire, choisir des produits à demi-vie courte et à demi-doses - Veiller au risque d'interactions médicamenteuses en cas de polymédication, surtout par psychotropes ou antalgiques majeurs

ARBRE DÉCISIONNEL

(inspiré de M. Billiard. Quotidien du Médecin)



SFTG - HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique)/Décembre 2006

- 2 -

8.8. Annexe 8 : Classement des effets résiduels des hypnotiques benzodiazépines et apparentés selon l'altération des performances psychomotrices aux diverses doses (d'après A.Vermeeren, CNS drugs 2004 ;18 (5) :p.323) (13).

Produit	Dose (mg)	Délais après administration			
		4 – 8 h	8 – 12 h	12 h – 16 h	16 – 22 h
Zolpidem (Stilnox®)	10	modéré	improbable	improbable	improbable
Témazépam (Normison®)	20	modéré	improbable	improbable	improbable
Triazolam (Halcion®)	0,125	modéré	improbable	improbable	improbable
Lormétazépam (Noctamide®)	1	sévère	mineur	improbable	improbable
Triazolam	0,25	sévère	mineur	improbable	improbable
Zolpidem	20	sévère	mineur	improbable	improbable
Lormétazépam	2	sévère	modéré	improbable	improbable
Loprazolam (Havlane®)	1	sévère	modéré	improbable	improbable
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1	sévère	modéré	improbable	improbable
Triazolam	0,5	sévère	modéré	improbable	improbable
Zopiclone (Imovane®)	7,5	sévère	modéré	improbable	improbable
Nitrazépam (Mogadon®)	5	sévère	mineur ?	mineur	improbable ou mineur
Flunitrazépam	2	sévère	modéré	mineur ou modéré	mineur
Nitrazépam	10	sévère	modéré	modéré	modéré
Loprazolam	2	sévère	sévère	sévère	modéré

8.9. Annexe 9 : Charte qualité des outils Internet d'aide à la décision clinique,
proposée par le DMG de Paris Diderot (6).

Tableau. **Charte qualité des outils Internet d'aide à la décision clinique**

Contexte	Objectifs	– Annonce claire des objectifs et de la cible du site
	Auteurs	– Identification : noms, qualifications et affiliations
	Indépendance	– Indépendance éditoriale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique – Déclaration des financements du site et des liens d'intérêts des auteurs (transparence) – Absence de publicité
	Groupe de pilotage	– Il est responsable du respect du cahier des charges (fonction de comité éditorial) et de la qualité scientifique du site (fonction de comité scientifique)
Contenu	Pertinence	– Choix du thème en adéquation avec les besoins des médecins généralistes – Exhaustivité du périmètre et du contenu thématique – Formulation de recommandations pratiques
	Exactitude	– Données validées et précises, présentées de manière objective – Niveau de preuve de chaque donnée « sensible » – Citation des sources originales
	Clarté	– Présentation des informations de manière compréhensible, selon une terminologie normalisée et dans une langue de qualité
	Actualisation	– Mise à jour régulière du contenu, selon des modalités clairement définies, pour être en accord avec l'état actuel des connaissances, en particulier avec les dernières recommandations – Date de dernière mise à jour visible sur chaque page du site
Interface	Accessibilité	– Nom du site intuitif – Accès libre et gratuit – Référencement dans les principaux moteurs de recherche et sites catalogues
	Ergonomie	– Organisation logique, cohérente avec la démarche du clinicien – Navigabilité : facilité de déplacement dans le site (limiter le nombre de clics) – Chargement rapide des pages – Affichage de la totalité de la page sur un écran – Lisibilité des textes, graphismes et iconographies – Sobriété du design
	Interactivité	– Formulaires « intelligents » : réponse adaptée à la situation clinique spécifique décrite par l'utilisateur ; éviter la saisie de données supplémentaires – Possibilité d'écrire des commentaires et de poser des questions aux webmasters

8.10. Annexe 10 : Questionnaire à destination des médecins généralistes.

La prise en charge de l'insomnie chronique des 18-65 ans par les médecins généralistes du Calvados.

Interne de médecine générale, je vous propose ce questionnaire dans le cadre de ma thèse sur la pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) dans l'insomnie chronique des 18-65 ans par les médecins généralistes du Calvados.

Les réponses à ce questionnaire sont anonymes. Merci de n'y répondre qu'une seule fois.

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN. Pour en savoir plus : Consulter les [mentions légales](#). Ce traitement est conforme au traitement générique TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1 et a été inscrit au registre de l'Université de CAEN sous le n° 14-20190917-01R1

Il y a 22 questions dans ce questionnaire.

Votre pratique

Exercez-vous dans le Calvados ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

A quelle classe d'âge appartenez-vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 25-45 ans
- 45-65 ans
- 65 ans et plus

Considérez-vous l'insomnie chronique comme un motif fréquent de consultation ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

L'insomnie est caractérisée par une ou des plaintes d'un mauvais sommeil nocturne associé à des répercussions diurnes.

Le caractère chronique est défini par une durée des symptômes supérieure à 1 mois selon la CIM-10 ou 3 mois selon le DSM-5.

Lorsque le sujet est abordé, l'insomnie chronique est : *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Le motif principal de la consultation

- Un motif secondaire de la consultation

Votre prise en charge de l'insomnie chronique

Vrai ou faux: les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) sont le traitement de première intention de l'insomnie chronique de cause non organique? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vrai
- Faux

Connaissez-vous les Thérapies Comportementales et Cognitives ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Êtes-vous formé aux TCC ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [Q00006]' (Connaissez-vous les Thérapies Comportementales et Cognitives ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Considérez-vous que l'approche comportementale et cognitive dans l'insomnie chronique est intéressante ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Utilisez-vous des principes de TCC chez les patients ayant une plainte d'insomnie chronique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [Q00006]' (Connaissez-vous les Thérapies Comportementales et Cognitives ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà initié une prescription d'hypnotique ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Concernant vos prescriptions d'hypnotiques, considérez-vous majoritairement initier ou renouveler ces traitements ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Initier
- Renouveler

Vous arrive-t-il de renouveler des traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la Haute Autorité de Santé ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Ce délai vous semble-t-il adapté à votre pratique ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle raison principale vous motive à prescrire au-delà du délai recommandé ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '12 [Q00012]' (Vous arrive-t-il de renouveler des traitements hypnotiques au-delà du délai recommandé par la Haute Autorité de Santé ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Insistance du patient
- Craintes quant à l'organisation d'un sevrage en hypnotique en ambulatoire
- Absence d'alternatives thérapeutiques médicamenteuses ou non-médicamenteuses
- Habitudes de prescription

Seriez-vous intéressé(e) par l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC dans l'insomnie chronique ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout intéressé(e)
- Peu intéressé(e)
- Plutôt intéressé(e)
- Très intéressé(e)

Comment voudriez-vous vous former ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Peu intéressé(e)' ou 'Plutôt intéressé(e)' ou 'Très intéressé(e)' à la question '15 [Q00015]' (Seriez-vous intéressé(e) par l'apprentissage de principes simples et concrets de TCC dans l'insomnie chronique ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Formation en ligne (site Internet, application smartphone, etc.)
- Formation en présentiel (intervention lors d'un séminaire/congrès, au sein d'un groupes de paires, etc.)
- Référentiel papier

Considérez-vous qu'une approche comportementale et cognitive est plus chronophage qu'une prescription ou renouvellement d'hypnotique ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vous considérez qu'une approche comportementale et cognitive est plus chronophage qu'une prescription ou qu'un renouvellement d'hypnotique, mais est-ce rédhibitoire dans votre pratique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '17 [Q00017]' (Considérez-vous qu'une approche comportementale et cognitive est plus chronophage qu'une prescription ou renouvellement d'hypnotique ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Les outils à votre disposition

Connaissez-vous le réseau Morphée ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vous ne connaissez pas le réseau Morphée mais connaissez-vous d'autres structures spécialisées dans l'insomnie ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question '19 [Q00019]' (Connaissez-vous le réseau Morphée ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre :'.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Autre

Si cela est le cas, merci de le préciser dans la réponse "Autre".

Avez-vous déjà orienté un patient souffrant d'insomnie chronique vers un spécialiste du sommeil ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quel serait l'outil idéal pour vous aider à appliquer des principes de TCC dans votre consultation de patient souffrant d'insomnie chronique ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Application smartphone
- Site Internet
- Livret papier

Si le sujet vous intéresse et que vous souhaitez prendre connaissance de mon travail de thèse, je vous invite à m'écrire sur mon adresse mail étudiante 21713897@etu.unicaen.fr afin que je puisse vous l'envoyer.

17/01/2020 – 00:00

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

8.11. Annexe 11 : Questionnaire à destination des patients.

L'insomnie chronique chez les patients de 18 à 65 ans dans le Calvados.

Interne de médecine générale, je vous propose ce questionnaire dans le cadre de ma thèse portant sur l'insomnie chronique chez les sujets âgés de 18 à 65 ans et de sa prise en charge par les médecins généralistes.

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux personnes âgées de 18 à 65 ans habitant dans le département du Calvados, il ne vous prendra que 5 minutes, merci d'avance pour votre participation.

Ce traitement a fait l'objet d'une instruction auprès du DPO de l'université de CAEN qui l'a déclaré anonyme

Il y a 17 questions dans ce questionnaire.

A propos de vous

A quelle classe d'âge appartenez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0-18 ans
- 18-65 ans
- 65 ans et plus

Etes-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme

Résidez-vous dans le Calvados ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Considérez-vous souffrir d'insomnie chronique ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

L'insomnie est caractérisée par une ou des plaintes d'un mauvais sommeil nocturne associé à des répercussions dans la journée.

L'insomnie est considérée comme chronique lorsqu'elle dure plus d'un mois.

Comment qualifieriez-vous votre insomnie ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Insomnie légère : 1 nuit par semaine ; faible retentissement dans la journée
- Insomnie modérée : 2 ou 3 nuits par semaine ; retentissement dans la journée : fatigue, état maussade, tension, irritabilité
- Insomnie sévère : au moins 4 nuits par semaine ; retentissement dans la journée : fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

En avez-vous déjà parlé à votre médecin traitant ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pensez-vous que votre médecin traitant soit le bon interlocuteur pour aborder vos problèmes de sommeil ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Avez-vous déjà consulté un médecin ou un psychologue spécialiste du sommeil ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé(e) par une prise en charge non médicamenteuse de vos troubles du sommeil ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Votre pratique médicamenteuse

Avez-vous déjà pris un médicament pour dormir sur ordonnance ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Moins de 4 semaines consécutives
- Plus de 4 semaines consécutives

Pensez-vous que les médicaments somnifères soient dangereux pour la santé ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pour aller plus loin

Avez-vous déjà entendu parler des thérapies comportementales et cognitives ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous des applications smartphone/tablette vous aidant à mieux gérer votre sommeil au quotidien ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle(s) application(s) smartphone/tablette vous aidant à mieux gérer votre sommeil connaissez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Applications Santé installées d'origine sur le smartphone (Samsung Health, app Santé, Huawei Santé, etc.)
- Autre

Pensez-vous qu'une application smartphone/tablette puisse vous aider à mieux gérer votre sommeil au quotidien ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Connaissez-vous le réseau Morphée ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quel support vous semble le plus utile pour vous aider à mieux gérer vos problèmes de sommeil ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Application smartphone
- Livret papier
- Site Internet
- Autre

Merci beaucoup pour votre participation !
17/01/2020 – 00:00

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : CARALP AUGUSTIN

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : La pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives par les médecins généralistes du Calvados dans l'insomnie chronique des patients âgés de 18 à 65 ans.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'insomnie chronique est un véritable enjeu de santé publique. La prescription d'hypnotique, majoritairement par des médecins généralistes, en est la réponse thérapeutique la plus fréquente. Or, les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont claires, les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) sont le traitement de première intention de l'insomnie chronique. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux de la pratique de ces thérapies par les médecins généralistes du Calvados dans l'insomnie chronique des patients âgés de 18 à 65 ans en le mettant en parallèle avec les attentes thérapeutiques de ces mêmes patients. Nous avons interrogé des médecins généralistes et patients calvadosiens via deux questionnaires. Nous avons cherché à comprendre les difficultés et obstacles à la pratique des TCC dans l'insomnie (TCC-I) pour les praticiens de médecine générale du Calvados. Nous avons concomitamment interrogé des patients sur leur éventuel problème d'insomnie chronique, le cas échéant sur leurs attentes thérapeutiques notamment vis-à-vis de leur médecin généraliste et sur leur opinion concernant des outils pour les aider à mieux faire face à ce problème. Les résultats des questionnaires ont montré que les patients sont demandeurs d'une prise en charge non médicamenteuse de leur insomnie, les médecins généralistes doivent donc faire évoluer leur prise en charge vers une approche non médicamenteuse validée. Les TCC-I en sont la réponse idéale mais leur mise en pratique reste difficile. Nous avons ainsi pu faire des propositions concrètes pour promouvoir leur pratique par les médecins généralistes, en adéquation avec les attentes des patients.

MOTS-CLÉS : médecine générale, TCC-I, thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie, insomnie chronique, psychothérapie, hypnotiques, thérapies digitales, systèmes d'aide à la décision médicale

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Practice of Cognitive Behavioral Therapies by general practitioners in Calvados in chronic insomnia patients aged 18 to 65 years.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Chronic insomnia is a real public health issue. Hypnotic prescription, mostly by general practitioners, is the most common therapeutic response. However, the Haute Autorité de Santé recommendations are clear, Cognitive Behavioral Therapies (CBT) are the first-line chronic insomnia's treatment. The objective of this work was to carry out an inventory of the practice of these therapies by Calvadosian general practitioners in chronic insomnia of patients aged 18 to 65 years by putting it in parallel with the therapeutic expectations of these same patients. We interviewed Calvadosian general practitioners and patients via two questionnaires. We tried to understand the challenges and barriers to CBT practice for insomnia (CBT-I) for Calvadosian general practitioners. At the same time, we interviewed patients about their potential chronic insomnia problem, their therapeutic expectations, particularly regarding their general practitioner, and their opinion about tools to help them better deal with this problem. The results of the questionnaires showed that patients are looking for a non-medicinal management of their insomnia, so general practitioners must develop their treatment towards a validated non-medicinal approach. CBT-I is the perfect answer, but its implementation remains difficult. Thus we were able to make practical proposals to promote their practice by general practitioners, in line with patients' expectations.

KEY WORDS : general practice, CBT-I, cognitive behavioral therapy for insomnia, chronic insomnia, psychotherapy, hypnotics, digital therapeutics, clinical decision support system