



UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année ECN 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etat des lieux du dépistage de l'insomnie par les médecins  
généralistes des Hauts-de-France en 2023 au sein de leur  
patientèle. Etude quantitative.**

Présentée et soutenue publiquement au Pôle Formation le 28 mars 2023  
à 18h

**Par Fanny Davault Dhennin**

**JURY**

**Président :**

**M. le Professeur Éric BOULANGER, spécialiste en gériatrie et  
biologie du vieillissement**

**Assesseurs :**

**M. le Professeur Marc BAYEN, spécialiste en médecine  
générale**

**Mme. le Docteur Claire RASCLE, spécialiste en psychiatrie**

**Directeur de thèse :**

**M. le Docteur Jean-Paul KORNOBIS, spécialiste en médecine  
générale**

Travail de l'Institut Catholique de Lille



## **Renseignements administratifs**

**Finalité du travail : Etat des lieux du dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes dans les Hauts de France en 2023. Thèse d'exercice de médecine générale**

**Promoteur :** Institut Catholique de Lille (Faculté de Médecine & Maïeutique)  
SIRET 775.624.240 000 13 – Code APE 8542Z

**Nom de l'étudiant :** DAVault (DHENNIN) Fanny

**Coordonnées :** 8 rue Joris Karl Huysmans 59000 Lille

[fafa.spica@hotmail.com](mailto:fafa.spica@hotmail.com)

[davault.fanny.these@gmail.com](mailto:davault.fanny.these@gmail.com)

0625053213

**Nom du responsable de la recherche (directeur de thèse ou de mémoire) :** Dr Jean Paul KORNObIS

**Spécialiste en médecine générale**

**Président de la CPTS Lille Ouest, membre élu de l'URPS ML HDF**

**Cabinet médical 28 place Catinat 59800 Lille**

0320575693

[jpkornobis@nordnet.fr](mailto:jpkornobis@nordnet.fr)

**Nom du méthodologiste / statisticien :** Docteur Franck AMMEUX

**Spécialiste en médecine générale**

**Cabinet médical 78 rue Sadi Carnot 59280 Armentières**

0320779950

**Nom et coordonnées du Correspondant Informatique et Libertés :**

*Anne BUYSSCHAERT*

*Data Protection Officer de l'Institut Catholique de Lille*

*60 boulevard Vauban-59016 Lille cedex*

*dpo@univ-catholille.fr*

**Type d'étude :**

Recherches « non-RIPH » :

- Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques quantitative

**Lieu de l'étude :** Région Haut de France

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## **Remerciements**

**A mon président de jury,**

**Monsieur le Professeur Éric BOULANGER**

Professeur des Universités de l'Université de Lille – Professeur de Gériatrie et de  
Biologie du Vieillissement

*Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury sans hésiter.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères  
remerciements pour votre disponibilité et votre intérêt pour le travail que j'ai accompli.*

## Remerciements

**A mes assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Marc BAYEN**

Professeur associé de l'Université de Lille – Professeur associé de Médecine  
Générale

*Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail en tant que représentant de notre  
discipline.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères  
remerciements pour votre disponibilité et votre intérêt pour le travail que j'ai accompli.*

**Madame le Docteur Claire RASCLE**

Professeur Hospitalier en psychiatrie dans le pôle de psychiatrie médecine légale et  
médecine en milieu pénitentiaire Service de psychiatrie générale  
Et médecin coordonnateur du Centre support Nord de remédiation cognitive et  
réhabilitation psychosociale CSN2R

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez donné le goût pour la  
psychiatrie, pour l'écoute, pour la compréhension des autres, enrichissant ainsi ma  
perception de l'être humain.  
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond  
respect.*

## Remerciements

A mon directeur de thèse :

**Monsieur le Docteur Jean-Paul KORNOBIS**

Spécialiste en médecine générale - Président de la Communauté Professionnelle  
Territoriale de Santé de Grand Lille – Chevalier de l'Ordre National du Mérite

*Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir cru en moi.  
Merci de votre enthousiasme qui m'a redonné foi en mon projet.  
Votre regard à la fois empathique et pragmatique sur notre discipline, votre  
engagement pour la profession, votre idéalisme profondément ancré dans la réalité  
sont sources d'inspiration  
Merci d'être présent également à la conclusion de ce cheminement.  
Je tiens à vous témoigner ici tout mon respect et ma reconnaissance.*

## Remerciements

Merci au Dr POIROT pour son point de vue de spécialiste en médecine du sommeil, son œil critique sur mes idées de sujet parfois saugrenues pour que mon travail soit un pas en avant. Je la remercie de m'avoir aidé à affiner mon sujet.

Merci aux Drs Chlotilde CHEVAL, Baptiste MOTTE et Franck AMMEUX ainsi qu'au comité de thèse de la faculté pour leur soutien, l'aide qu'ils m'ont apportée depuis la genèse de mon sujet jusqu'à sa concrétisation. Merci à leur patience infinie devant mes questions et mes mails de plusieurs dizaines de lignes.

Merci à Sabrina MAZINGUE, secrétaire de la faculté.

Merci à mes maîtres de stages qui m'ont formée à l'exercice de mon métier. Je pense en particulier à l'équipe de MPR de Saint Philibert qui m'a donnée une autre vision de la médecine ; à l'équipe de médecine polyvalente de Saint Vincent qui m'a donnée les bases du raisonnement diagnostique rigoureux ; aux Drs Caroline DEHECQ et AMALE BOLDRON du service de médecine polyvalente, médecine interne et maladies infectieuses du CH de Dunkerque pour l'excellente formation en médecine qu'elles m'ont offerte ; au Dr Amélie Leurs qui m'a enseignée en tant qu'interne puis en tant que sénior sur de multiples terrains de stage ; aux Drs Eric LEROUX, Axelle MIRABEL, Emmanuel LECLERCQ qui ont renforcé ma passion pour mon métier et qui m'ont patiemment inculqué les vertus d'une bonne communication.

Merci au CMP d'Haubourdin et à toute son équipe, qui m'ont ouvert les yeux sur la noble discipline de la Psychiatrie et m'ont permis d'évoluer vers la personne que je suis à présent.

Merci à mon mari, Thoma DHENNIN, à son soutien sans faille dans les moments d'angoisse, à son amour, à sa confiance dans mes choix de vie. Merci à mon fils Arthur pour sa bonne humeur, son sourire, son innocence, cette impulsion vers un nouveau départ.

Merci à mes amies, les Drs Joséphine CLAUSE, Inès FORLEN et Maëva LEONIN qui m'ont soutenue tout au long de ce travail que je sois enthousiaste ou défaitiste.

Merci à Nathalie DAVault, ma mère pour le soutien émotionnel. Merci à mon père, Jean-Michel DAVault pour son point de vue si peu conventionnel. Merci à Florence DHENNIN, ma belle-mère pour son côté synthétique et son soutien !

Merci à mes amis Lillois, cette seconde famille pour tout ce qu'ils sont et apportent aux autres.

Il y a toujours une page de remerciement dans les thèses : une thèse ne se fait pas seule. Belle leçon d'humilité et de confiance.

## Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

## Liste des abréviations

OMS Organisation Mondiale de la Santé  
INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
CIM-10 Classification Internationale des Maladie  
ICSD-3 Classification Internationale de Troubles du Sommeil  
DSM 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
TDAH Trouble Déficit Attention Hyperactivité  
GH Growth Hormon  
HTA Hypertension Artérielle  
AVC Accident Vasculaire Cérébral  
TCC Thérapie Cognitivo Comportementale  
SAOS Syndrome d'Apnée Obstructif du Sommeil  
BPCO Bronchopathie Chronique Obstructive  
TSH Thyroid Stimulating Hormon  
CLOCK Circadian Locomotor Output Cycles Kaput  
HAS Haute Autorité de santé  
GABA Acide Gamma Amino Butyrique  
OPEPS Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé  
INSV Institut national du sommeil et de la vigilance  
RHS Règles d'Hygiène du Sommeil  
FMC Formation Médicale Continue  
ARS Autorité Régionale de Santé  
ETP Education Thérapeutique du Patient  
ALD Affection Longue Durée  
ISI Index de Sévérité de l'Insomnie  
AIS Athens Insomnia Scale  
PSQI yield Psychometric Properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index  
CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
Anaes Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé  
UCL Université Catholique de Lille  
ZIP Zone Improvement Plan  
MSU Maitre de Stage Universitaire  
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
RGO Reflux Gastro Œsophagien  
CHU Centre Hospitalo Universitaire  
IRM Imagerie Résonnance Magnétique  
VNI Ventilation Non Invasive  
STROBE STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology  
CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

## Table des matières

<b>I-</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>17</b>
<b>I.</b>	<b>Choix du sujet.....</b>	<b>17</b>
<b>II.</b>	<b>Epidémiologie des troubles du sommeil et définitions.....</b>	<b>18</b>
1.	Epidémiologie.....	18
2.	La terminologie des troubles du sommeil et le choix de l'ICSD-3.....	18
a)	Une plainte de (ou un symptôme de) sommeil.....	18
b)	Un trouble du sommeil.....	18
c)	Troubles du rythme circadien veille-sommeil.....	18
d)	Court dormeur.....	19
e)	Insomnie.....	19
3.	Facteur de risque.....	21
4.	Dépistage.....	21
a)	Dépistage systématique dit « de masse ».....	21
b)	Dépistage sélectif ou ciblé.....	21
c)	Dépistage organisé ou communautaire.....	21
d)	Dépistage opportuniste.....	21
e)	Test de dépistage et examen diagnostique.....	21
<b>III.</b>	<b>Le sommeil : physiologie et physiopathologie.....</b>	<b>22</b>
1.	Neurophysiologie du sommeil.....	22
2.	Le système circadien, l'homéostasie du sommeil et la régulation de l'alternance veille – sommeil.....	22
3.	Les profils de sommeil, l'influence de l'âge.....	24
4.	Illustration de l'importance du sommeil et du dépistage de l'insomnie.....	25
a)	Insomnie et ses comorbidités/complications :.....	25
b)	Société, accidents de la voie publiques, arrêts de travail.....	27
c)	Le court sommeil.....	27
d)	Comorbidités et complications : auto entretien de l'insomnie.....	27
<b>IV.</b>	<b>Les facteurs de risque d'insomnie.....</b>	<b>28</b>
1.	Les facteurs prédisposants.....	29
2.	Les facteurs déclenchants, précipitants.....	30
3.	Les facteurs pérennisant, de maintien, auto entretien de l'insomnie.....	31
4.	Les facteurs de risques liés au court sommeil.....	31
5.	Les comorbidités de l'insomnie.....	32
<b>V.</b>	<b>Quelles thérapies médicamenteuses ?.....</b>	<b>34</b>

1.	Les benzodiazépines.....	34
2.	Les hypnotiques GABAergiques.....	34
3.	Antihistaminiques.....	35
4.	Antidépresseurs.....	35
5.	Mélatonine .....	35
6.	Phytothérapie.....	36
7.	L'automédication.....	36
8.	Une approche médicamenteuse non optimale.....	36
9.	Place de la phytothérapie et des benzodiazépines en associations avec les thérapies cognitivo-comportementales .....	37
<b>VI.</b>	<b>Intrication physique, cognitive, comportemental : quelles thérapies ? .....</b>	<b>38</b>
1.	Piste thérapeutique : Traiter les comorbidités.....	38
2.	Ne pas négliger le quotidien, utilisation des synchroniseurs externes .....	38
3.	La luminothérapie .....	40
4.	La place de la physiologie et des rythmes de chacun : l'agenda du sommeil.....	40
5.	Piste thérapeutique en thérapie éducative et comportementale : Les règles d'hygiène du sommeil .....	40
6.	Piste thérapeutique : Les thérapies cognitivo-comportementales.....	41
a)	Le contrôle du stimulus .....	42
b)	Restriction du temps passé au lit .....	42
c)	Méditation en pleine conscience, biofeedback, relaxation musculaire progressive, entraînement autogène.....	42
d)	La Thérapie cognitive.....	43
7.	Piste thérapeutique : Intérêt de l'éducation thérapeutique (ETP) et de la psychoéducation 44	
<b>VII.</b>	<b>Les freins à la <i>prise en charge</i> de l'insomnie.....</b>	<b>45</b>
1.	Côté médecins.....	45
a)	Freins à l'utilisation des TCC.....	45
b)	Freins à l'application de l'éducation thérapeutique .....	46
2.	Côté patients .....	47
<b>VIII.</b>	<b>L'HAS recommande un dépistage systématique .....</b>	<b>49</b>
<b>II-</b>	<b>Objectifs de l'étude : Etat des lieux du dépistage de l'insomnie en médecine générale .....</b>	<b>50</b>
<b>I.</b>	<b>Objectif primaire : Pourcentage de médecins généralistes dépistant l'insomnie dans les Hauts de France en 2023. ....</b>	<b>50</b>
<b>II.</b>	<b>Objectif secondaire 1 : Déterminer les situations à risques dans lesquelles les médecins généralistes dépistent l'insomnie dans les Hauts-de-France en 2023.....</b>	<b>51</b>
<b>III.</b>	<b>Objectif secondaire 2 : Perception du suivi inhérent au dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes .....</b>	<b>51</b>

<b>III-</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>52</b>
I.	Type d'étude.....	52
II.	Pourquoi une étude quantitative ? .....	52
III.	Population de l'étude, recrutement, critères d'inclusion et de non-inclusion .....	52
IV.	Taille de l'échantillon .....	53
V.	Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif primaire : que signifie dépister en médecine générale ?.....	54
1.	Critère de jugement principal.....	54
2.	Prérequis pour un programme de dépistage. ....	54
3.	Dépistage de masse opportuniste.....	55
4.	Choix de la pathologie : Insomnie .....	55
5.	L'organisation du dépistage .....	55
6.	L'outil de dépistage, critères diagnostiques.....	56
a)	Les outils actuels.....	56
b)	Critères retenus pour l'outil, définitions de l'insomnie et choix ICSD-3 .....	57
c)	Méthodes d'évaluation de l'objectif primaire.....	58
7.	Les facteurs d'influences .....	58
VI.	Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif secondaire 1 : Déterminer les situations à risque dans lesquelles les médecins généralistes dépistent l'insomnie dans les Hauts-de-France en 2023.....	60
1.	Détails des méthodes d'évaluation de l'objectif secondaire 1 : .....	60
2.	Les facteurs de risques retenus pour l'étude .....	61
3.	Facteurs de risques non retenus .....	61
VII.	Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif secondaire 2 : perception du suivi inhérent au dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes .....	63
VIII.	Biais potentiels et efforts pour les neutraliser .....	64
1.	Biais de sélection .....	64
2.	Biais de classement .....	64
3.	Biais de confusion .....	65
IX.	Sources de données, base de données, mesures des données .....	66
X.	Analyses statistiques .....	68
<b>IV-</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>69</b>
I.	Analyses descriptives de la population étudiée .....	69
II.	Objectif principal .....	72
1.	Dépistage de l'insomnie chez les médecins généralistes : Analyses descriptives.....	72
2.	Caractéristiques de la population étudiée et dépistage de l'insomnie : Analyses bi-variées	73
III.	Objectif secondaire 1 : Situations à risques dépistées, analyse descriptive .....	76
IV.	Objectif secondaire 2 : Dépistage et suivi, analyse descriptive.....	79
<b>V-</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>82</b>

<b>I.</b>	<b>Les limites de l'étude .....</b>	<b>82</b>
1.	Validité interne.....	82
2.	Validité externe .....	83
<b>II.</b>	<b>Les forces de l'étude.....</b>	<b>84</b>
1.	Originalité de l'étude.....	84
2.	Validité interne.....	84
3.	Validité externe .....	86
<b>III.</b>	<b>Discussion des résultats .....</b>	<b>87</b>
1.	Objectif primaire .....	87
	a) Le risque du sur-diagnostic.....	89
2.	Objectif secondaire 1.....	90
3.	Objectif secondaire 2.....	91
<b>VI-</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>95</b>
<b>VII-</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>99</b>
<b>VIII-</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>104</b>
	<b>Annexe 1 : Quelles sont les règles d'hygiène de sommeil ? (15, 16, 57, 87).....</b>	<b>104</b>
	<b>Annexe 2 : Des pistes de suivi après le dépistage, document à destination des médecins généralistes participants .....</b>	<b>106</b>
	<b>Annexe 3 : Contrôle du stimulus, chronotype (15, 16, 18, 57, 62).....</b>	<b>109</b>
	<b>Annexe 4 : Les bases de la Thérapie cognitive (40, 64).....</b>	<b>111</b>
	<b>Annexe 5 : La Grille d'évaluation STROBE.....</b>	<b>113</b>
	<b>Résumé 4<sup>ème</sup> de couverture.....</b>	<b>114</b>

## **Tableaux et figures**

Figure 1 Evolution au cours du nycthémère du processus homéostatique et du processus circadien, représentation du niveau de vigilance, influence hormonale

Figure 2 Les facteurs de risque d'insomnie de Spielman et al. 1991

Figure 3 Proportion d'hommes et de femmes

Figure 4 Statut

Figure 5 Age des participants

Figure 6 Département d'exercice

Figure 7 et 8 Type d'exercice

Figure 9 Durée des consultations

Figure 10 et 11 Formation complémentaire en troubles du sommeil

Figure 12 Accès à un spécialiste en trouble du sommeil

Figure 13 Dépistage de l'insomnie

Figure 14 « Vous sentez-vous démunis au point de ne pas poser la question ? »

Figure 15 Dépistage en fonction de l'âge

Figure 16 Dépistage en fonction de la durée habituelle des consultations

Figure 17 Plan du mode de vie

Figure 18 Plan des antécédents psychiatriques et des troubles du sommeil

Figure 19 Plan des antécédents autres que psychiatriques

Figure 20 Plan pharmaceutique

Figure 21 et 22 Plan du métier

Figure 23 La consultation dédiée

Figure 24 Dépister inviterait le patient à reconsulter

Figure 25 Les freins à la consultation dédiée

Tableau I Effectifs objectif principal

# I- Introduction

## I. Choix du sujet

La médecine évolue avec son temps. Les définitions de la santé également, incluant un cadre de plus en plus large de « bien-être physique, mental et social », et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). (1) Nous sommes passés d'un idéal de la médecine axé sur la plainte du patient à une médecine qui s'ouvre sur toute la complexité d'une personne.

Nous sommes confrontés à un large problème de santé publique avec 20 % de la population touchée et un doublement de la prévalence chez les jeunes. Les répercussions sont nombreuses : impact sur la qualité de vie, accidents de la voie publique, arrêts de travail, implication dans de nombreuses pathologies chroniques (cardio-vasculaires, cancers, psychiatriques...), mésusages médicamenteux, sevrages médicamenteux ardu. Ce problème ne peut être résolu par la simple prescription médicamenteuse. Pour autant, cette solution est largement utilisée nonobstant le mésusage, le risque d'effet secondaire et l'insidieux effet de chronicisation des troubles du sommeil par modification de son architecture. La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations en 2006 pour la prise en soin de l'insomnie (2). Les thèses réalisées sur le sujet montrent qu'elles sont bien connues des médecins généralistes qui ont une bonne connaissance théorique de l'insomnie ainsi que de ses traitements, des mésusages, des alternatives thérapeutiques dont les Thérapies Cognitivo Comportementales(TCC) (3).

## II. Epidémiologie des troubles du sommeil et définitions

### 1. Epidémiologie

En 2011, L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) a répertorié les enquêtes épidémiologiques sur la prévalence des troubles du sommeil entre 1980 et 2009 (4) : 30 à 50% des adultes en France ont déclaré la présence d'un trouble du sommeil avec 20 à 30% de la population adulte (un français sur cinq) insomniaque avec un doublement de la prévalence de l'insomnie chez les 25-35 ans en 2011 (4). En 2017(5), le temps de sommeil total moyen par 24h est de 6h42 en semaine et 7h26 en période de repos. Parmi les sujets, 35,9% sont des courts dormeurs, 27,7% sont en dette de sommeil dont 18,8% en dette sévère, 17,4% en restriction de sommeil. L'insomnie chronique touche 13,1% des 18-75 ans, 16,9% des femmes et 9,1% des hommes. (5)

### 2. La terminologie des troubles du sommeil et le choix de l'ICSD-3

Les définitions des termes médicaux reflètent les avancées scientifiques. Afin de s'accorder sur les termes et éviter toute confusion, je retiens pour ma thèse la classification de l'ICSD-3 (Classification Internationale de Troubles du Sommeil).

- a) **Une plainte de (ou un symptôme de) sommeil** : manifestation subjective, ressentie par le patient en relation avec les perturbations du sommeil en quantité ou qualité. (6)
- b) **Un trouble du sommeil** : Syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative du sommeil, de la veille ou du cycle veille-sommeil et associé à une détresse et/ou un handicap important ou à un risque significativement accru de détresse ou de handicap, ne s'expliquant pas entièrement par des circonstances environnementales inadéquates pour le sommeil. (6)
- c) **Troubles du rythme circadien veille-sommeil** : (7) Pourvoyeur d'insomnie, il en est un diagnostic différentiel important, 10% des insomniaques présentent un syndrome de retard de phase (8). Les deux syndromes doivent être traités de manière parallèle sous peine de ne pas régler la problématique insomniaque. Dans l'ICSD-3 nous retrouvons ces

sous-catégories. Le rythme différent de 24h ou rythme en libre cours ou rythme hypernecthéméral (50% des mal-voyants (8)), le trouble lié au décalage horaire et le rythme veille-sommeil irrégulier ne sont pas détaillés.

**(1) Le syndrome d'avance de phase :** Syndrome relativement fréquent chez le sujet âgé (7.4% entre 40 et 64 ans, probablement sous diagnostiqué (8)) (9). Il s'agit d'une avance de l'épisode majeur de sommeil et d'une plainte chronique de difficultés à rester éveillé et/ou endormi par rapport aux horaires sociaux. Le sommeil est de bonne qualité quand le patient respecte son rythme endogène.

**(2) Le syndrome de retard de phase (9) :** Syndrome relativement fréquent chez les adolescents (7 à 16 % des adolescents (8)), sous-diagnostiqué (8)). Il est marqué par un retard significatif de l'épisode majeur de sommeil, par rapport au temps de sommeil et au réveil désiré avec des difficultés à s'endormir et à s'éveiller. Le sommeil est de bonne qualité quand le patient respecte son rythme endogène.

**(3) La désadaptation au travail en horaire décalé ou de nuit :** 50% de ces troubles se manifestent sous forme d'insomnie (9) et 50% des travailleurs en horaires décalés ou postés sont insomniaques (10). On y retrouve des profils de courts dormeurs restrictifs.

**d) Court dormeur :** il n'y a pas de définition consensuelle mais la littérature s'accorde sur moins de 5 à 6h de sommeil par jour (incluant le temps de sieste) que la privation soit volontaire ou non. La tranche de population impactée est très large : 30% en 2011 parmi les 18-65 ans (11).

#### **e) Insomnie**

##### **ICSD-3 (12)**

- A Le patient se plaint (ou l'entourage observe) d'au moins un des éléments suivants
  - Difficultés à s'endormir
  - Difficultés au maintien du sommeil
  - Réveil plus précoce que l'horaire souhaité
  - Refus d'aller se coucher à un horaire approprié (pédiatrie)

- Difficultés à dormir sans l'intervention d'un des deux parents (pédiatrie)
- **Et B** Le patient se plaint (ou l'entourage observe) au moins un des éléments suivants au cours de la journée (liés aux difficultés de sommeil nocturnes) :
  - Fatigue, mal-être
  - Trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
  - Altération de la vie sociale, familiale, professionnelle ou fléchissement des résultats scolaires
  - Troubles de l'humeur ou irritabilité
  - Somnolence diurne (la somnolence est rarement marquée chez l'insomniaque qui a également du mal à dormir en journée)
  - Problèmes comportementaux (hyperactivité, impulsivité, agressivité)
  - Diminution de la motivation, de l'énergie, des initiatives
  - Facilité à faire des erreurs ou à avoir des accidents
  - Préoccupations ou insatisfaction par rapport au sommeil
- **Et C** Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas être expliquées exclusivement par le manque d'occasions de dormir (attention les conditions de travail n'entrent pas dans ce cadre) ou par un contexte inadapté au sommeil (c'est-à-dire un environnement sûr, sombre, calme et confortable, respect des règles d'hygiène de sommeil élémentaires)
- **D** Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins trois fois par semaine
- **E** Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents
  - Depuis plus de trois mois pour l'insomnie chronique
  - Depuis plus d'un mois pour l'insomnie de court terme
  - Insomnie non spécifiée qui dure depuis moins d'un mois

- F Les difficultés de sommeil et de veille ne sont pas mieux expliquées par une pathologie autre que l'insomnie

**3. Facteur de risque :** « se définit comme une caractéristique personnelle, une habitude de vie ou une exposition à un stimulus environnemental, reconnue pour son lien avec une maladie ou une condition. Il n'est pas nécessairement une cause mais il augmente les risques de développer le trouble auquel il est relié. » (13)

#### **4. Dépistage**

- a) Dépistage systématique dit « de masse » :** la population recrutée est non sélectionnée (sauf critère de sélection de l'âge). (14).
- b) Dépistage sélectif ou ciblé :** la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études contrôlées). (14).
- c) Dépistage organisé ou communautaire :** Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage. Il s'appuie sur la participation volontaire des sujets. (14).
- d) Dépistage opportuniste :** la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail. (14)
- e) Test de dépistage et examen diagnostique :**

**(1) Test de dépistage :** « *Dépister n'est pas diagnostiquer, le dépistage ne répond pas à une demande explicite des populations : le professionnel prend l'initiative de l'examen, clinique ou biologique, de personnes a priori en bonne santé car ne présentant pas de signes de la maladie.* » (14).

**(2) Examen diagnostique :** « *L'examen diagnostique est appliqué aux personnes présentant des troubles définis. Il est essentiellement individuel et est éventuellement utilisé en seconde ligne après un test de dépistage. Il débouche sur une décision thérapeutique.* » (14) Il est parfois utilisé comme outil de dépistage (ex : la glycémie à jeun).

### III. Le sommeil : physiologie et physiopathologie

#### 1. Neurophysiologie du sommeil

**Le réseau exécutif de l'éveil** regroupe deux voies anatomiques majeures composées de « neurones-éveils » : La voie réticulo-thalamo-corticale et la voie réticulo-hypothalamo-corticale (15).

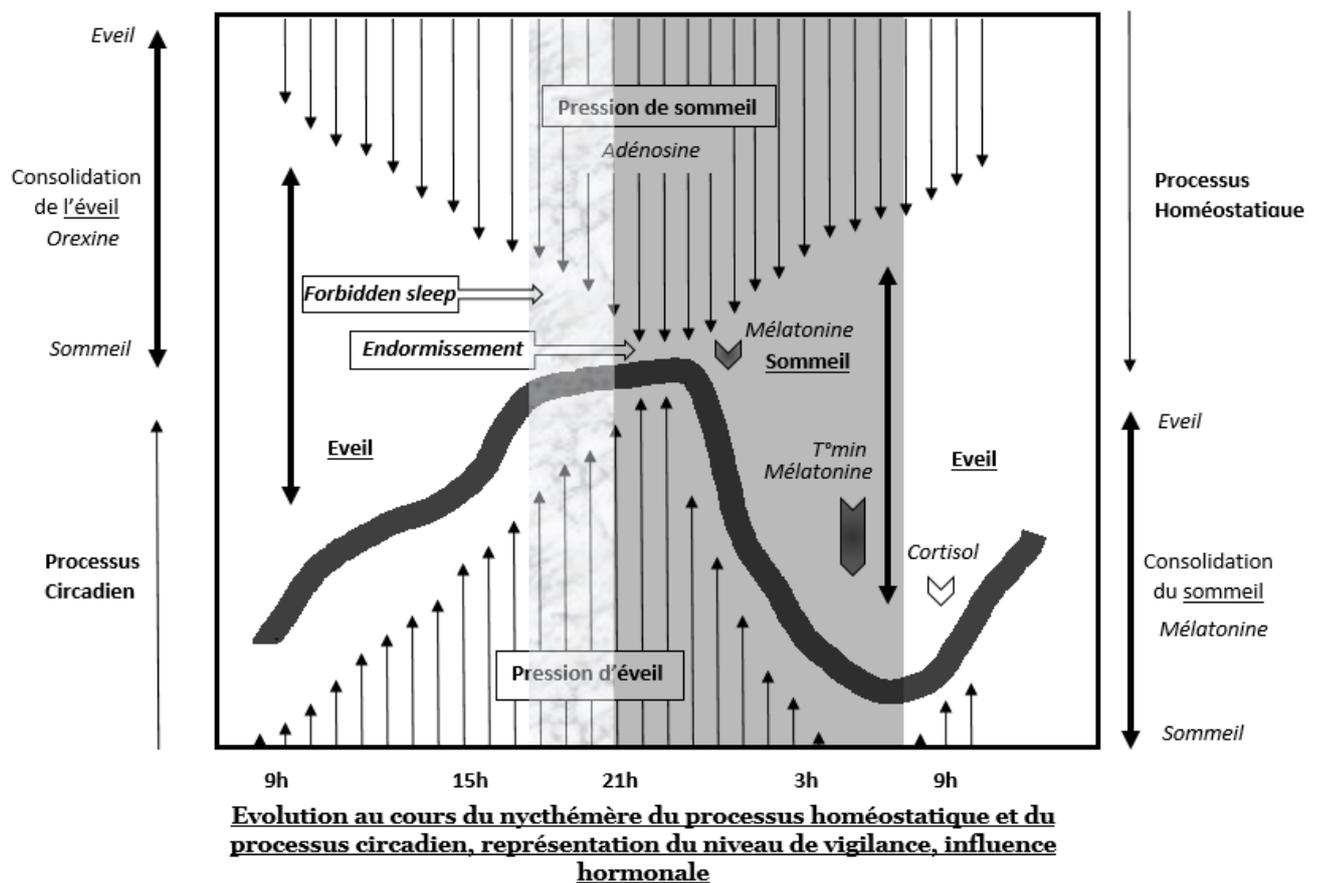
**Le réseau exécutif du sommeil lent** est principalement constitué de neurones gabaergiques de l'hypothalamus (15). Le sommeil lent correspond à un ralentissement des fonctions nerveuses, du système central et autonome : les rythmes cardiaques et respiratoires sont ralentis, la tension artérielle ainsi que la température centrale diminuent (16). Le ralentissement du système autonome lors du sommeil lent est corrélé au fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire. (17) On comprend mieux l'influence du sommeil sur les boucles hormonales et ses implications dans la bonne santé cardio-vasculaire. Ces neurones gabaergiques de l'hypothalamus reçoivent de nombreuses afférences de ce système d'éveil et fonctionnent par inhibition du système d'éveil (15).

#### 2. Le système circadien, l'homéostasie du sommeil et la régulation de l'alternance veille –sommeil

**Le système circadien** est caractérisé par l'alternance du jour et de la nuit sur 24h dont l'horloge se situe dans les noyaux supra-chiasmatisques de l'hypothalamus. (16) Elle est régulée par des gènes horloges et « est remise à l'heure » par des synchroniseurs externes dont le plus puissant est la lumière. Sans elle, l'horloge est en libre cours et le rythme du patient n'est plus en phase avec la société comme c'est le cas chez les aveugles (16). C'est ce rythme circadien qui est responsable de symptômes de décalage horaire comme lors des vols trans-méridiens ou du travail de nuit et de ses répercussions métaboliques en cas de répétition (16). Le rythme circadien influence la sécrétion du cortisol (assimilé à l'hormone de l'éveil, à l'hormone du stress) rythmée vers 8h du matin (15). Les réveils nocturnes sont liés à une sécrétion pulsatile de cortisol majorant la difficulté à maintenir le sommeil (15). Une cortisolémie élevée peut-être retrouvée dans la dépression ou la maladie de Cushing, les deux étant des facteurs de risque d'insomnie, mais également chez les insomniaques sans comorbidités associée (15).

**L'homéostasie du sommeil** correspond à la propension à s'endormir en fonction des besoins caractérisés par la pression de sommeil (16) qui est fonction de la quantité et de l'intensité de la veille et du sommeil diurne (15). Dans le cadre d'une privation de sommeil, la pression de sommeil augmente avec un effet saturant induisant une somnolence et paradoxalement une pression de sommeil moins importante que la normale à l'heure du coucher habituel (16).

Le schéma que j'ai complété ci-dessous est inspiré d'un schéma du collègue des troubles du sommeil (16) : Figure 1



Selon le modèle de Borbely (16), **la régulation de la veille et du sommeil** repose sur l'opposition entre le processus homéostatique (pression de sommeil) et le processus circadien (la pression de l'éveil) (16). En fin de journée, les deux pressions sont à leur maximum donnant une « forbidden zone for sleep » environ deux heures avant le coucher théorique (16). Dans les règles du contrôle du stimulus il est d'ailleurs recommandé de ne pas chercher à se coucher plus tôt si l'on ne ressent pas les signes de fatigue. L'endormissement survient dès le début de la production de mélatonine qui fait brutalement chuter la pression d'éveil alors que la pression de sommeil est maximale (16). La sécrétion de la mélatonine, bloquée par la lumière (16), consolide

le sommeil avec un pic autour de 5h du matin coïncidant avec le minimum thermique (16). Dans les règles d'hygiène du sommeil on retrouve une douche fraîche avant le coucher, une température autour de 17°C la nuit et une limitation de l'exposition lumineuse le soir. L'éveil survient lorsque la pression de sommeil régresse associé à la sécrétion circadienne du cortisol (16). La privation de sommeil affecte ce processus en diminuant l'effet synchronisant de la lumière (avance ou retard de phase) avec le rythme circadien (16). Selon le modèle de Phillips et Robinson (16) les neurones à orexine/hypocrétine jouent un rôle stabilisateur de l'éveil. L'orexine augmente par ailleurs l'appétit, renforçant le lien fort entre le déroulé de la journée, la rythmicité des repas (15), la satiété et le déroulé de la nuit. Un fort taux de glucose inhibe les neurones à orexine et induit la somnolence ; une chute de ce taux induit l'éveil. (15) C'est pour cela que les règles d'hygiène du sommeil préconisent une consommation de sucre lent avant le coucher.

### **3. Les profils de sommeil, l'influence de l'âge**

Le « bon sommeil » varie en fonction de chacun. Il existe plusieurs profils de sommeil : le « court dormeur » (des besoins de sommeil de moins de 6h), le « long dormeur » (des besoins de sommeil de 9 à 12h), le « couche tôt », le « couche-tard », le « lève tôt », le « lève tard ». Il s'agit des profils horaires où l'on va se coucher somnolent et se lever spontanément, c'est-à-dire la quantité de sommeil nécessaire au bon fonctionnement le lendemain. (16,18). Ces profils se modifient selon les facteurs sociaux. Toutefois le respect de son **chronotype** permet un sommeil de bonne qualité.

En plus du chronotype personnel, **la répartition du sommeil diffère au cours des 24h selon l'âge** (19). Il est fragmenté chez le nouveau-né avec des périodes de sommeil calme, agité et transitionnel (19). Les phases de sommeil lent léger, lent profond et paradoxale apparaissent entre 3 et 6 mois et ce n'est que vers un an que l'enfant commence à réaliser une alternance jour-nuit (19). A l'âge adulte le sommeil est séquencé en sommeil lent d'endormissement, lent léger, lent profond et paradoxal et vont se répéter au fur et à mesure de la nuit (19). Les adolescents dorment plus avec d'avantage de sommeil lent quantitativement, de préférence selon un chronotype couche-tard/lève-tard (19). Chez l'adolescent il existe une désynchronisation entre son horloge interne et les pressions sociales lui imposant un tout autre rythme du sommeil qui est à risque d'insomnie (19). De 16-25 à 36-50 ans la durée de sommeil lent

profond diminue avec une augmentation compensatoire du sommeil lent léger (19). Au-delà de 50 ans, il existe une diminution de la durée totale de sommeil et de son efficacité (19). Le sommeil paradoxal et le sommeil lent léger diminuent avec une augmentation des micro-éveils et des périodes d'éveils altérant sa continuité (19) et des difficultés à le maintenir en fin de nuit (16). Il est donc physiologique de moins bien dormir après 50 ans, forcer le sommeil n'est pas productif.

#### 4. Illustration de l'importance du sommeil et du dépistage de l'insomnie.

##### a) Insomnie et ses comorbidités/complications :

Dans cette partie j'illustre l'importance du dépistage de l'insomnie en liant l'insomnie et certaines de ses complications/comorbidités qui sont aussi ses facteurs de risque !

L'association entre l'insomnie et **la dépression** (20) donne un risque de survenue de dépression quatre fois plus élevée chez le sujet insomniaque (21) et la plainte d'insomnie fait partie des critères diagnostiques des troubles de l'humeur. De manière générale une désynchronisation entre les processus homéostatique et circadien présente une association avec les troubles de l'humeur qui peuvent à leur tour affecter l'équilibre d'autres pathologies psychiatriques comme la schizophrénie (20). Il est également retrouvé une association entre insomnie et **l'anorexie restrictive** (20). L'hypothalamus joue un rôle important dans le contrôle des états de veille et ses neurones à orexine/hypocrétine sont sensibles à la concentration de glucose et de leptine (hormone de la satiété) (20). Durant le jeûne nocturne physiologique, l'homéostasie énergétique est maintenue grâce à la sécrétion de leptine, à l'accélération de la néoglucogenèse et à l'inhibition la capture du glucose (20). Ces patientes toujours en quête d'activité ne se plaignent cependant pas spontanément de leur sommeil (20). La question du sommeil doit donc être une préoccupation chez tous nos patients de médecine générale suivis pour des pathologies psychiatriques.

L'adaptation de l'état de veille et du métabolisme du glucose se retrouve dans d'autres cadres nosologiques avec l'apparition **d'insulino-résistance et d'intolérance au glucose** lors de la restriction de sommeil (17) favorisant ainsi le diabète de type 2) (17), le syndrome métabolique (22) et l'obésité (17,23). Il a été démontré que la restriction de sommeil était associée à une diminution de la

concentration de leptine, une augmentation de la concentration de ghréline (stimulant l'appétit et l'adipogénèse) et à une suractivation du système endocannabinoïde (plaisir) (17) : cela entraîne une majoration de l'appétit avec une appétence accrue pour les aliments gras et sucrés (17) augmentant la prise quotidienne de 385 kcal sans affecter la dépense énergétique sur 24h alors qu'un excès journalier de 50 kcal explique déjà « l'épidémie » actuelle d'obésité (17). Cette alimentation perturbée majore le risque d'apparition d'une dyslipidémie (23).

Or le syndrome métabolique, le diabète de type 2, les dyslipidémies sont **des facteurs de risque cardiovasculaire** alors que les études ont déjà démontré qu'un sommeil court et/ou fragmenté favorise en lui-même les pathologies cardiovasculaires (23) ... Un sommeil altéré favorise l'arythmie, l'**HTA** (Hypertension Artérielle) et leur équilibre thérapeutique (23) . La privation de sommeil induit en outre une inflammation systémique et une dysfonction vasculaire endothéliale favorisant l'HTA et la **maladie athéro-thrombotique** (23) ainsi que la maladie coronarienne et les accidents vasculaires cérébraux qui y sont associés. Tous deux sont reconnus comme facteurs de risque d'insomnie, la boucle est bouclée. L'insomnie favoriserait les **AVC (Accident Vasculaire Cérébral)** en induisant des modifications du système sympathique et de l'axe hypothalamo-hypophysaire ainsi qu'une augmentation du stress oxydatif et de l'inflammation de bas grade (24). Un tiers des patients ayant fait un AVC vont présenter une insomnie (24) ce qui doit inciter à son dépistage.

**L'insomnie favorise et est favorisée par le SAOS (Syndrome d'Apnée Obstructif du Sommeil), la BPCO (Bronchopathie Chronique Obstructive), l'hypoxie, l'asthme...** Le calibre bronchique naturellement diminué pendant le sommeil peut expliquer le déséquilibre de l'asthme lors d'un sommeil de mauvaise qualité (25) et les éveils nocturnes (75 % des asthmatiques (25)) favorisant l'apparition d'insomnie. Certains « neurones-éveils » semblent impliqués dans l'éveil lors d'une hypercapnie, expliquant en partie le lien SAOS-Insomnie (14). Les paramètres ventilatoires et le contrôle de la ventilation sont plus précocement et profondément altérés lors du sommeil (25), ce qui représente une opportunité diagnostic dans un sens comme dans l'autre (25).

Je terminerai cette partie en abordant les **dysthyroïdies** qui peuvent favoriser toutes les pathologies précédemment citées. Or lors d'une privation de sommeil, le taux de TSH (Thyroid Stimulating Hormon) continue de s'accroître pendant la nuit au

lieu de régresser (17). L'insomnie favorise les dysthyroïdie et ces dernières sont à risque d'insomnies. Dépister l'insomnie chez ces patients devient logique.

### **b) Société, accidents de la voie publiques, arrêts de travail**

Les troubles de concentration reliés directement à des insomnies (26) augmentent le risque d'accident de la route (27) et sont associés à un taux d'absentéisme élevé et à un nombre d'arrêts de travail plus important (28). Dans l'enquête Gallup réalisée en 1991 (29), l'insomnie a également des conséquences pour la société, en raison du coût engendré par l'absentéisme, la baisse de productivité des individus, les arrêts de travail, un surcroît de l'utilisation du système de soins proportionnel à la sévérité et à la chronicité des troubles (30).

### **c) Le court sommeil**

S'il est aujourd'hui bien admis que les troubles du sommeil chroniques sont associés à de nombreuses comorbidités, il faut préciser que cela concerne tous les courts dormeurs avec des modifications des paramètres inflammatoires, endocriniens et vasculaires (31), l'installation d'une inflammation chronique accélérant le vieillissement et favorisant, entre autre, l'apparition de syndrome métabolique, d'HTA, de diabète (32) ...

### **d) Comorbidités et complications : auto entretien de l'insomnie**

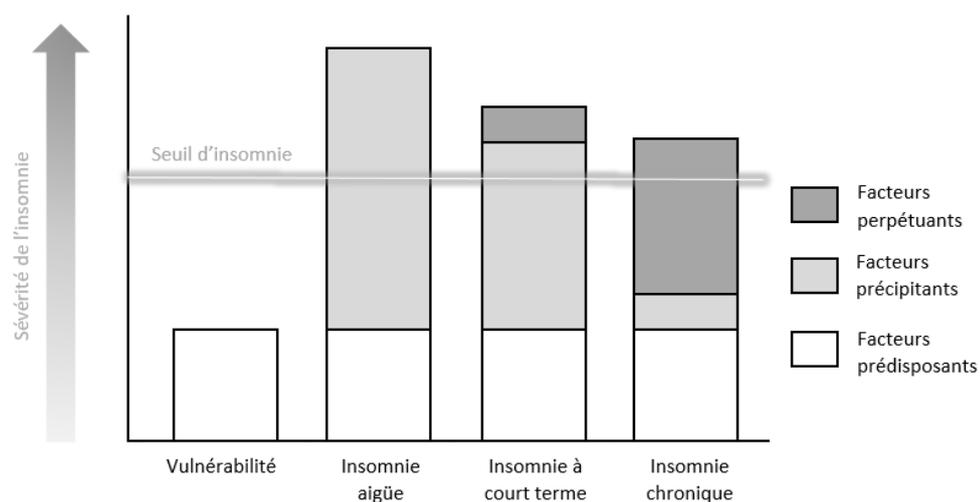
La plupart des patients qui se présentent en consultations pour un trouble du sommeil le font lorsque les troubles sont bien ancrés ou de forte intensité. Les comorbidités de l'insomnie sont devenues ses complications et les complications de l'insomnie sont devenues ses comorbidités (7). L'insomnie n'est pas seulement la conséquence d'un autre trouble ; si elle n'est pas prise en compte en elle-même en parallèle de la comorbidité causale ou non, elle court le risque de se chroniciser et de favoriser la chronicisation de la comorbidité. Je rappelle ici que risque de chute est majoré de 55% chez les insomniaques entraînant encore d'autres complications (33). Le dépistage de l'insomnie est donc crucial pour la prévention des maladies chroniques (5) qui contribuent largement à créer un état d'inflammation chronique responsable d'un vieillissement prématuré (32).

#### IV. Les facteurs de risque d'insomnie

Avoir connaissance des comorbidités et des facteurs de risque pouvant impacter le sommeil aide à le comprendre et à le traiter en s'adaptant à chaque patient. Peut-on envisager de s'appuyer sur eux pour la dépister ?

La **définition d'un facteur de risque utilisée est celle de Fos et Fine** utilisée dans la méta-analyse canadienne des facteurs de risque d'insomnie de Mélanie Leblanc (13).

La **classification de Spielman et al** répertoriait, en 1991, ces facteurs de risques (34). Il s'agit d'une ancienne étude de cas mais de nombreuses études de bon niveau de preuve l'ont confirmée au cours des 20 années qui ont suivies. Elle suit une logique de prise en soin du patient insomniaque en rangeant les facteurs de risques en trois grandes catégories (cf figure 4 issue des travaux de Spielman et al (34)) : les facteurs prédisposants (de vulnérabilité), les facteurs précipitants (de stress) et les facteurs perpétuants (de maintien). On remarque que les facteurs perpétuants sont majoritaires dans l'insomnie chronique et qu'il y a un vrai rôle à jouer avec le contrôle des facteurs précipitants pour éviter le passage à l'insomnie !



**Les facteurs de risque d'insomnie de Spielman et al.**

**1991**

Figure 2

Ci-après la classification enrichie de la bibliographie actuelle.

## 1. Les facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants regroupent des facteurs sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux de troubles du sommeil, des facteurs comportementaux et psychologiques. Ces facteurs sont les suivants :

- Antécédents d'insomnie
  - Antécédent personnel d'insomnie (35) (comorbidités de l'insomnie, modifications comportementales, utilisations de substances)
  - Histoire familiale (35)
    - Participation génétique avec les gènes d'horloges CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput) et coefficient héréditaire élevé dans l'insomnie chez les jumeaux (35)
    - Apprentissage (copie des comportements familiaux, utilisation des règles d'hygiène du sommeil...) (35)
    - Environnementaux (importance accordée au sommeil, climat, stabilité familiale, environnement de sommeil...) (35)
- Sociodémographiques et économiques (36)
  - L'âge (19, 37) est un facteur de risque d'insomnie, particulièrement chez les adolescents et les personnes âgées. Néanmoins chez les personnes âgées il reste à découvrir si c'est en rapport avec les événements de vie, le métier exercé, le vieillissement cellulaire, les modifications hormonales au cours du temps, l'accumulation de pathologies et de médicaments au cours du temps... (37)
  - Le sexe féminin est un facteur de risque d'insomnie mais il reste à déterminer si cela provient de modifications hormonales, sociologiques, comportementales, psychologiques ou si cela est lié à la génétique. (37)
  - Faibles revenus (13)
  - Statut marital (13)
  - Tout niveau d'éducation (13)
- Facteurs psychologiques :
  - « Tendances » anxieuses (28, 13)
  - Dépression (28, 13)
  - Personnalité, histoire personnelle (38, 39)

- Gestion du stress (38, 39)
- Activation plus élevée
  - Suractivation physique température, paramètres physiques, intériorisation des conflits, temps pour récupérer face au stress... (13,38,39). En imagerie à résonance magnétique fonctionnelle et en pet scan, l'insomnie est associée à un hyper-métabolisme pendant l'éveil et le sommeil (35).
  - Suractivation cognitive, par exemple les ruminations ou l'hypervigilance (35,39)
  - Suractivation émotionnelle qui se caractérise par une réponse plus intense et un temps plus long pour revenir à l'état émotionnelle de base (39)
- Habitudes de vies
  - La cécité (16)
  - Sédentarité (15)
  - Obésité
  - Consommation d'alcool, tabac, caféine, cannabis, amphétamines.... (40)
  - Horaires de travail irrégulier, postés ou de nuit (41) (cf passage synchro)
  - Temps passé sur les écrans (travail, loisirs, addictions aux écrans...)
  - Temps de trajet domicile-travail (42)
  - Chômage
  - Stress lié à la profession

## **2. Les facteurs déclenchants, précipitants**

Les facteurs déclenchants comprennent les sources de stress, les changements de rythme de vie et les pathologies somatiques. Certains de ces facteurs, comme les sources de stress et les événements de vie, sont empiriques et relèvent du bon sens. Néanmoins les études d'imageries récentes semblent confirmer leur implication (35). Neutraliser ces facteurs dès le déclenchement de l'insomnie permettrait de retrouver un sommeil de bonne qualité en limitant l'usage des médicaments à une courte période (moins d'un mois) (13). Ces facteurs précipitants sont les suivants :

- La génération de stress
  - Événement de vie nécessitant une adaptation

- Changement de rythme de vie
- Pathologies somatiques
- Pathologies psychologiques
- Sevrage en substances sédatives (benzodiazépines, hypnotiques, alcool, morphiniques). (33) Par exemple la gabapentine et la prégabaline diminuent les réveils nocturnes leur sevrage est donc difficile (20).

### **3. Les facteurs pérennisant, de maintien, auto entretient de l'insomnie**

L'insomnie s'auto-entretient et évolue pour son propre compte quelle que soit sa cause initiale, il s'agit des facteurs pérennisants qui regroupent des **modifications psychologiques et comportementaux ainsi que des stratégies inadaptées au sommeil**. Ces facteurs sont empiriques (12) mais les thérapies cognitivo-comportementales qui en découlent sont l'actuel Gold-Standard en médecine du sommeil. (39,43). Les patients mettent en place des stratégies inadaptées comme rester au lit lorsqu'ils sont éveillés ou se coucher plus tôt lorsqu'ils ont mal dormi (39). Ces modifications comportementales engendrent des mauvaises habitudes de sommeil et un dérèglement du cycle veille-sommeil et de la pression homéostatique de sommeil (39). L'utilisation de médicaments ou de substances sédatives comme l'alcool ou le cannabis est une stratégie inadaptée qui entraîne des modifications comportementales délétères pour le sommeil comme s'endormir dans le canapé, la dépendance, la recherche d'une substance. Ces stratégies, ces comportements sont associés à des modifications psychologiques (39) avec des pensées dysfonctionnelles sur le sommeil et sur les conséquences de l'insomnie créant une suractivation cognitive empêchant l'endormissement. (35).

**L'insomnie chronique et ses comorbidités /complications sont enchevêtrées en une synergie négative les auto-entretenant.** Cette notion ne fait historiquement pas partie des facteurs de maintien dans les classifications.

### **4. Les facteurs de risques liés au court sommeil**

Les facteurs de risques liés au court sommeil sont : le travail posté, les horaires décalés, le temps de trajet domicile-travail et le temps passé aux nouvelles

technologies (31). Le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et le syndrome métabolique ont une relation causale bidirectionnelle avec le court sommeil. (31, 9)

## **5. Les comorbidités de l'insomnie**

Les comorbidités de l'insomnie sont classées dans les facteurs favorisant et précipitant. Les études retrouvent le plus souvent un lien statistique fort mais bidirectionnel ; il est difficile de savoir si c'est l'insomnie qui est un facteur de risque de ces comorbidités ou l'inverse, le plus probable étant que ce soit les deux à la fois (35). Si l'on prend l'exemple des insomnies induites par une addiction, l'insomniaque a sept fois plus de chance d'en développer une (35). Il semble déraisonnable de rechercher toutes les comorbidités devant toute insomnie. En revanche nous retrouvons toute la place du médecin généraliste dans le suivi de ses patients puisqu'il a le plus souvent connaissance de ces dernières.

La liste suivante, non exhaustive, est le reflet de ma recherche dans la littérature :

- Insomnie induites par des substances (alcool, tabac, café, amphétamines, cannabis...) (13, 39,40)
- Insomnie induite par des médicaments (antipsychotiques, bêta-bloquants, corticoïdes, benzodiazépines, hypnotiques, morphiniques, antidépresseurs...) (13, 16 ,20).
- Douleurs chroniques (plan douloureux, syndromes anxio-dépressifs associés, antalgiques utilisés, inflammation chronique...) (13)
- Comorbidités psychiatriques (39,44) : syndrome dépressif, syndrome bipolaires, syndrome saisonnier, dysthymie, trouble obsessionnel compulsif, stress post traumatique, troubles schizoaffectifs, trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble du déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent (40), trouble de la personnalité, syndrome d'ajustement, deuil pathologique, trouble du spectre autistique chez l'enfant et l'adolescent (40), troubles alimentaires (20).
- Comorbidités neurologiques (39) : Accident vasculaire cérébral (45), démences (Alzheimer) (46), syndrome parkinsonien (47), céphalées, traumatisme crânien, neuropathies périphériques, syndromes neuromusculaires

- Comorbidités cardiovasculaires (23,32): Infarctus du myocarde, angor, troubles du rythme cardiaque, dyspnée, HTA
- Comorbidités gastroentérologiques (39) : Reflux gastro œsophagien (RGO), ulcère, lithiases biliaires, colopathies
- Comorbidités urologiques (39) : Incontinence, cystite, hypertrophie bénignes de prostate, énurésie, nycturie
- Comorbidités endocrinologiques (17) : Dysthyroïdie, diabète, obésité, hypercorticisme...
- Comorbidités rhumatologiques (39) : Polyarthrite rhumatoïde, arthrose, fibromyalgies...
- Comorbidités gynécologiques : Grossesse, ménopause, syndrome prémenstruel
- Comorbidités peumologiques (25) : Syndrome d'apnées du sommeil, toux chroniques, dyspnée chronique, hypoxie chronique
- Comorbidités en médecine du sommeil (39): syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques, trouble du rythme circadien, parasomnies
- Comorbidités oto-rhino-laryngologiques (39) : Rhinite, allergie, sinusite
- Comorbidités ophtalmologiques : apparition d'une cécité (16)

## V. Quelles thérapies médicamenteuses ?

Actuellement les recommandations de 2006 de l'HAS (Haute Autorité de santé) ne laissent une place aux thérapeutiques médicamenteuses que pour les insomnies de court terme et d'ajustement (2). Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à éviter.

### 1. Les benzodiazépines

Dans les recommandations HAS de 2006, les benzodiazépines sont prescrites de quelques jours à 4 semaines maximum, à la plus faible dose possible avec des demi-vies courtes pour limiter les effets résiduels diurnes.

Les benzodiazépines induisent un sommeil léger, peu récupérateur (48, 49) moyennant une réduction du temps de latence d'endormissement de 4 minutes seulement, une heure de sommeil total supplémentaire et (48) une survenue de réveils nocturnes diminuée de 0.6 fois seulement (49). Parallèlement la méta-analyse de Glass et al. montre qu'un patient sur six présente un effet secondaire initialement imputé à l'insomnie (49). Bien que ces molécules soient utilisées sur de longues périodes on observe un épuisement de l'efficacité en quelques semaines (49) et aucune étude n'a montré leur efficacité au-delà d'un mois (50). Le ressenti des patients diffère en raison de l'effet rebond de l'insomnie à l'arrêt de ces molécules, disparaissant si le sevrage se maintient. Les benzodiazépines modifient en outre durablement l'architecture du sommeil avec des effets rebonds de l'insomnie lors du sevrage. Aucune benzodiazépine n'a l'indication pour les insomnies chroniques et son utilisation discontinuée n'a pas été étudiée sur le long terme (2).

### 2. Les hypnotiques GABAergiques

Les hypnotiques GABAergiques (Acide Gamma Amino Butyrique) (Zolpidem®, Zopiclone®) ont des bénéfices comparables à ceux des benzodiazépines mais modifient moins l'architecture du sommeil avec plus de sommeil lent profond (50). Rappelons que l'indication des Z-drugs concerne théoriquement l'insomnie occasionnelle et transitoire (2), pourtant leur prescription est faite sur le très long cours. L'usage du Zolpidem® a été testé sur le long terme mais les études manquent de

puissance pour conclure à son efficacité (2). Tout comme les benzodiazépines, les hypnotiques ont un effet rebond lors du sevrage se traduisant par un mauvais sommeil.

### **3. Antihistaminiques**

La doxylamine (Donormyl®), l'alimémazine (Théralène®) et la prométhazine (Phénergan®) ont leur place avec une réévaluation à 5 jours en cas d'inefficacité sans excéder 4 semaines (2). L'hydroxizine (Atarax®) n'a pas d'indication théorique. Les antihistaminiques sédatifs bénéficient de l'indication « insomnie », mais leur efficacité n'est prouvée dans aucune étude (ils ne font qu'induire une somnolence de court terme) (2). Par contre leur capacité à induire des effets indésirables et des interactions médicamenteuses est indéniable (anticholinergiques, atropiniques, adrénolytiques) (2). Ils sont déconseillés chez la personne âgée et ont de nombreuses contre-indications (2).

### **4. Antidépresseurs**

Selon les recommandations HAS, « *les antidépresseurs en tant que traitement de l'insomnie, n'ont pas fait la preuve de leur intérêt* » (2). Le sommeil peut être perturbé par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine en augmentant les latences d'endormissement et le temps de veille intra sommeil et en diminuant la continuité du sommeil. En revanche ils ont une indication devant un trouble anxieux chronique ou une dépression avec un bénéfice démontré en association avec un suivi. Leur usage doit être préféré à celui d'une benzodiazépine. Le sommeil est amélioré par régression des symptômes anxio-dépressifs. Notons que les seules étiologies d'insomnie avec des réveils matinaux précoces sont celles du spectre anxio-dépressif (40).

### **5. Mélatonine**

La mélatonine (Circadin®), galénique à libération prolongée, est indiquée uniquement pour les patients de 55 ans et plus, dans l'insomnie primaire pour une durée de trois semaines (2, 51). Il existe en effet, chez la personne âgée, un déficit en mélatonine. Selon les recommandations de la société française de recherche et de médecine du sommeil, la mélatonine pourrait avoir une place dans les troubles

psychiatriques stabilisés ou en rémission pour éviter des rechutes quand une plainte d'insomnie est associée (51). En phase aiguë elle pourrait être utilisée si une plainte d'insomnie est concomitante à un trouble thymique, à un TDAH ou une schizophrénie et uniquement en associant à d'autres traitements antidépresseurs ou antipsychotiques sans consensus sur la dose à utiliser (51).

## **6. Phytothérapie**

Mélisse, fleur d'oranger, tilleul, verveine, aubépine, passiflore font partie des plantes autorisées en France. Leur usage est empirique, leur profil de sécurité corroboré par un usage sur plusieurs siècles. Les extraits aqueux et hydro alcooliques faibles de valériane ont une efficacité proche de celle d'une benzodiazépine à faible dose (52). On les retrouve dans des associations comme l'Euphytose®. L'HAS recommande la phytothérapie même en ne comptant que sur l'effet placebo (2). Néanmoins sur le plan psychologique cela reste une prise de médicament à ne pas négliger.

## **7. L'automédication**

La plupart des insomniaques en France pratiquent l'automédication en dehors de tout suivi médical. L'alcool, le cannabis, le Donormyl® (doxylamine) contenant un antihistaminique sont d'usage fréquent. (39).

## **8. Une approche médicamenteuse non optimale**

En 2006, un considérable travail sur le mésusage médicamenteux est fait par l'OPEPS (Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé) (53). Une banalisation de l'utilisation des psychotropes en France, est observée avec des indications non respectées : 1 français sur 3 (53). 7 à 10% de la population (39) (Après 60 ans, 50% des femmes et 33% des hommes (54,55)) utilise une médication de manière régulière et prolongée (35% supérieure à 5 ans (54)) alors même que l'efficacité n'est pas optimale.

Si l'on considère que la plupart des patients se présentent en consultation lorsque les troubles sont bien ancrés ou de forte intensité ou lorsque leur auto-traitement ou celui de leur pharmacien est mis en échec. La fragilité psychique découlant de la fatigue et des autres symptômes diurnes de l'insomnie rend difficile la sensibilisation

aux règles hygiéno-diététiques, au contrôle du stimulus, à la méditation en pleine conscience, et bien plus encore d'attendre leur efficacité avant d'user de solutions médicamenteuses à titre symptomatique.

**Nous devons motiver le patient à d'autres alternatives en lui délivrant une information claire et loyale :** La dépendance et le sevrage difficile ne constituent que la partie émergée de l'iceberg, ils auront la sensation d'un meilleur sommeil sans diminuer la morbi-mortalité d'un sommeil déstructuré et non récupérateur.

### **9. Place de la phytothérapie et des benzodiazépines en associations avec les thérapies cognitivo-comportementales**

La phytothérapie sous forme de tisanes ou la prise d'anxiolytique peut s'incorporer à un rituel de relaxation en associant l'effet de la plante, les règles d'hygiène du sommeil et la thérapie comportementale 1 à 2h avant le coucher. La dépendance physique demeure mais la dépendance psychique est liée à une activité de relaxation, d'apprentissage de comportements et de cognitions adaptées au sommeil et non simplement à un comprimé. Le fait d'avoir un comprimé « au cas où » si la relaxation est inefficace après un enchaînement de plusieurs nuits de mauvaise qualité peut permettre de diminuer l'appréhension d'une nuit sans sommeil et les cognitions erronées qui y sont liées tout en encourageant une consommation parcimonieuse. Il faut bannir la prise systématique « préventive ». Bien sûr le patient est tout aussi responsable de sa prise une fois les informations données que nous de notre contrôle de la prescription.

## VI. Intrication physique, cognitive, comportemental : quelles thérapies ?

### 1. Piste thérapeutique : Traiter les comorbidités

L'insomnie s'auto-entretient en lien avec ses complications/comorbidités. Si l'on veut traiter l'insomnie il faut traiter les comorbidités. La révision de l'ordonnance peut y amener facilement en consultation : par exemple l'association insomnie + nycturie + diurétique et insuffisance cardiaque ou l'association insomnie + toux sèche + ventilation non invasive et SAOS... C'est souvent sur ces comorbidités que se concentrent les praticiens, évoquer dans leur interrogatoire la question du sommeil pourrait permettre une meilleure prise en soin de la synergie sommeil/comorbidité.

### 2. Ne pas négliger le quotidien, utilisation des synchroniseurs externes

Le synchroniseur est un facteur environnemental périodique (rythme jour/nuit, rythme social...) qui, sans les créer, modifient les rythmes biologiques.

Je cite les Drs Poirot et Schröder qui posent avec justesse les fondations du sommeil : « *Dormir est un besoin physiologique incontournable dont la mécanique qui régit l'installation et l'organisation du sommeil est subtile, complexe, mais aussi fragile, car très sensible à l'environnement et à ce que fait, ou ne fait pas, le futur dormeur. On oublie que le sommeil est un comportement que l'on construit avec ses besoins, ses envies, ses croyances, ses peurs, ses échecs et ses obligations.* » (56)

La préoccupation du sommeil est d'autant majeure, que notre société ne le favorise actuellement pas avec une multiplication des postes de nuit, des horaires décalés et des trajets de plus en plus longs pour se rendre sur son lieu de travail sans compter les modifications de la vie sociale qui prônent une vie nocturne, des soirées qui grignotent sur la nuit et une place première des écrans et des nouvelles technologies. (42,56). Lutter à répétition contre le sommeil diminue la perception des signes de fatigues et la dette de sommeil peut entraîner une utilisation de substances comme le café, le thé, les amphétamines (56) qui vont perturber le sommeil. 27,4% des adultes font au moins une sieste en semaine (5). Récupérer le week-end (jusque 63 min) serait un facteur limitant le risque de comorbidité associé au sommeil court. (56) la sieste est conseillée chez les travailleurs postés et de nuit, lors des longs trajets et dans le milieu

scolaire. Si les siestes sont une compensation efficace, elles peuvent également détériorer l'homéostasie du sommeil (15,16) ; il faut veiller à leurs fréquences, leurs durées, leurs horaires.

**Le travail** est la cause de troubles du sommeil pour 53% des personnes interrogées et les **difficultés psychologiques, souvent en lien avec le travail ou les relations sociales**, lui sont imputées pour 40% des répondants (57). L'usage du tabac, de l'alcool, du cannabis est corrélé à ces difficultés et va altérer le sommeil alors même que les patients les consomment en pensant obtenir l'effet inverse (56). La pression de la société actuelle tend à légitimer et promulguer des comportements délétères pour le sommeil avec 17.4% des 18-65 ans en restriction volontaire de sommeil (5) avec entre autre le terme de « mobilité » pour justifier le temps de trajet domicile-lieux de travail. Le **chômage**, changement de rythme de vie est également une situation à risque avec une déstructuration du rythme veille –sommeil puisqu'il favorise la sédentarité, les addictions, les syndromes anxio dépressifs.

**Le temps passé aux nouvelles technologies** (31, 42) (télévision, ordinateur, tablette, smartphone), que ce soit pour le travail ou les loisirs désynchronise le sommeil. Dans les deux cas, il existe des effets sociaux recréant une situation diurne le soir et au moment de se coucher contrariant le sommeil (56). Les écrans privilégient une lumière bleue active sur nos horloges biologiques, retardant la sécrétion de la mélatonine (56). **La lumière** est le synchroniseur le plus puissant (56). Entre 17h et 5h, elle retarde le sommeil ; entre 5h et 17h elle l'avance avec une baisse d'efficacité vers 17h. L'hiver, le lever tardif et le coucher précoce du soleil associé aux horaires de travail peuvent nuire à notre horloge biologique. (56) Ainsi le matin on peut s'exposer à la lumière et diminuer progressivement la luminosité le soir pour renforcer la synchronisation. La situation est inversée chez les travailleurs de nuit (56) qui peuvent porter des lunettes de soleil le matin et augmenter la luminosité le soir. (9)

Il existe d'autres synchroniseurs comme **les activités sociales, le sport, la prise régulière des repas** (56). Par exemple la pratique du sport moins de 4h avant le coucher retarde la sécrétion de la mélatonine et l'endormissement (56). En revanche, le matin il entraîne une légère avance de phase qui stabilise notre horloge circadienne puisqu'elle retarde un peu chaque jour (56).

Si nos nuits sont à l'image de nos journées (56) autant les soigner autant que notre sommeil !

### **3. La luminothérapie**

La luminothérapie a une indication de choix dans le traitement des troubles de l'humeur saisonniers, des troubles du sommeil circadiens ou liés à un travail posté et dans les insomnies comorbides à ces pathologies (16).

### **4. La place de la physiologie et des rythmes de chacun : l'agenda du sommeil.**

Il existe plusieurs profils de sommeil mais inconsciemment les patients vont avoir tendance à respecter les normes sociales (18) en se couchant avant minuit et après 19h en plus de respecter une heure de lever pour se rendre au travail. Ce comportement majore le sentiment de sommeil de mauvaise qualité et la sévérité de l'insomnie (18). Connaître son rythme de sommeil apparait comme un palier indispensable de la prise en soin de l'insomnie. Il existe le questionnaire de Horne et Osberg et le chronotype de Munich pour évaluer les chronotypes de chacun (16) ou la réalisation d'un agenda du sommeil (2). Il permet aussi d'évaluer la sévérité de son trouble et oriente le diagnostic en plus d'être un ce support visuel qui permet au patient d'objectiver sa plainte, d'avoir une démarche proactive et l'amène logiquement vers les pistes thérapeutiques non médicamenteuses.

### **5. Piste thérapeutique en thérapie éducative et comportementale : Les règles d'hygiène du sommeil**

L'application des règles d'hygiène du sommeil est nécessaire au diagnostic et incarne le premier recours devant un sommeil de mauvaise qualité avant toute prise en soin étiologique et thérapeutique. On note qu'elles accompagnent 81% des prescriptions de somnifères en pratique (10). Selon l'HAS (2) et la méta-analyse de Morin (psychologue canadien) réalisée en 1994, ces règles peuvent suffire en cas d'insomnie légère sans comorbidité (43) en rationalisant la prise de somnifères. Quel que soit l'intensité ou l'ancienneté des troubles elles prennent part à la prise en soin de la souffrance du patient. La place actuelle des RHS (Règles d'Hygiène du Sommeil) est

peut-être sous-estimée en raison d'un champ d'action inapproprié dans les études : des insomnies trop sévères, un listing simple des RHS peu pédagogique, le non-respect du délai nécessaire pour leur efficacité et s'y adapter qui doit être de 3 semaines au minimum. Les appliquer le plus tôt possible favorise leur adoption par les patients ayant plus de souplesse devant des troubles et des mauvaises habitudes moins ancrées. L'enjeu est que ces mauvaises habitudes ne s'ancrent pas dans le quotidien afin d'éviter les fausses croyances qui en découlent et maintiennent l'insomnie.

Les règles d'hygiène du sommeil sont détaillées dans l'annexe n°1.

Dans l'enquête de l'INPES chez les 25-45 ans, 26% ont de horaires de sommeil irréguliers, 30% ne dorment pas dans le silence et l'obscurité complets, 2 sur 3 consomment des stimulants après 17 heures, 74% regardent la télévision avant de dormir dont 25% au lit, 35% utilisent d'autres écrans connectés (57). Connues mais non appliquées, il faut revisiter la manière de les aborder en recherchant avec lui ces erreurs, pourquoi il les fait et renforcer ses capacités d'adaptation en trouvant de nouvelles habitudes à la place en prévenant du délai d'action d'autant plus simplement que les habitudes sont difficiles à changer et qu'ils en conviennent.

## **6. Piste thérapeutique : Les thérapies cognitivo-comportementales**

La thérapie cognitivo-comportementale est le Gold standard en matière d'insomnie (59, 60). Il s'agit de thérapies qui portent sur les interactions entre pensées, émotions et comportements et elles s'attachent à modifier les mécanismes qui entretiennent l'insomnie, en éduquant le patient au sommeil normal et aux règles d'hygiène de sommeil, en changeant ses comportements et habitudes inadaptées et en modifiant ses croyances et attentes erronées vis-à-vis de son sommeil (58,59). Plus le diagnostic est précoce moins il est difficile d'enrayer les facteurs pérennisants de l'insomnie qui sont si complexes et coûteux à prendre en charge en thérapie cognitivo-comportementale une fois qu'ils sont ancrés (fausses croyances, modifications comportementales...) (39,56). Derrière le concept des TCC se cachent des thérapies dont certaines sont tout à fait accessibles en médecine générale. Par exemple « Placez votre réveil de manière à ne pas le voir » : « *l'observation des heures qui passent favorise l'anxiété et la frustration, lesquelles constituent des obstacles à l'endormissement.* » (56). Des guides sont répertoriés dans l'annexe n°2.

### **a) Le contrôle du stimulus**

Il n'est pas rare qu'un insomniaque déclare passer 10h au lit pour 5h de sommeil, ce comportement conduit à un fractionnement du sommeil et à un énervement qui entretient l'insomnie. (56)

Développée par Bootzin en 1972 (60), d'efficacité démontrée (43, 61), cette technique vise à amener l'individu à réassocier le lit et l'environnement de la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec l'activation et la frustration causées par l'incapacité de dormir. Le principe fondateur du contrôle du stimulus est de réserver le temps passé au lit au sommeil et au couple, à l'exclusion de toute autre activité afin de renforcer les associations lit-sommeil, lit-positif. La création d'une période de transition veille-sommeil est majeure avec un réapprentissage des signes de fatigue. L'importance d'un rythme de sommeil est soulevée avec une heure de lever identique chaque matin, quel que soit le nombre d'heures passées à dormir (avec adaptation de l'heure de coucher selon les signes de fatigue).

Les règles du contrôle du stimulus sont détaillées dans l'annexe n°3.

### **b) Restriction du temps passé au lit**

La restriction de sommeil, d'efficacité démontrée, (43) améliore l'efficacité du sommeil, en limitant le temps passé au lit, de sorte qu'il coïncide avec le temps de sommeil moyen du patient (62). En créant un léger état de privation de sommeil, on amène le patient à expérimenter la somnolence qui favorise l'endormissement et la continuité du sommeil.

### **c) Méditation en pleine conscience, biofeedback, relaxation musculaire progressive, entraînement autogène....**

Les ruminations de stress et d'anxiété à l'endormissement sont fréquentes. La relaxation demande de l'investissement, de la pratique et peut nécessiter d'y être guidé par une autre personne au départ (sophrologie, psychologue...). L'apprentissage autodidacte est possible avec de nombreux guides de méditation et de relaxation en ligne.

Il y a plusieurs façons de pratiquer la méditation (63) :

- **Le biofeedback** : utilise des informations relatives à une fonction inconsciente du corps, et à la contrôler de manière volontaire.

- **La relaxation musculaire progressive** : tout d'abord, une contraction légère, puis une décontraction totale de chaque partie du corps.
- **L'entraînement autogène de Schultz** : méthode de décontraction par hypnose.
- **La méditation en pleine conscience** : Elle «  *vise à amener la personne à focaliser son attention sur ses pensées et ses émotions du moment présent sans essayer de les évaluer, de les contrôler ou même de poser un jugement. »* (64) Observer et ressentir : Cette méthode encourage l'acceptation d'une situation par rapport à son contrôle ; elle diminue la réactivité émotionnelle, augmente la flexibilité mentale et favorise ainsi l'endormissement. Elle repose sur des données de neuro-imagerie et des bases scientifiques solides. Elle stimule par exemple les zones utiles au réapprentissage des signaux de sommeil (65) et inhibe les amygdales cérébelleuses qui centralisent les informations liées à la peur. (65)

#### **d) La Thérapie cognitive**

La thérapie cognitive, d'efficacité démontrée (43) se base sur l'entretien par les insomniaques de croyances et attitudes erronées qui alimentent les perturbations du sommeil et la détresse des patients. La restructuration cognitive basée sur le modèle de Beck (1995) et l'utilisation d'expériences comportementales permettent d'identifier et restructurer ces cognitions (39). Il s'agit surtout de garder des attentes réalistes envers le sommeil et de développer une tolérance au manque de sommeil (39). Je cite ici le collègue des troubles du sommeil (39) : «  *Le fait d'annuler certaines activités [...] 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 ».*

Les principes de la théorie cognitive sont présentés dans l'annexe n°4. (39)

Les thérapies cognitives nécessitent un suivi adapté en durée et intensité à chaque patient par un thérapeute exercé. En revanche elles peuvent servir en médecine générale pour créer le questionnement et lever l'ambivalence nécessaire à la motivation. Le questionnaire type vrai-faux sur les croyances et attitudes envers le sommeil est un atout (64) pédagogique qui met en relief le quotidien des patients et

peut être utilisé en médecine générale. « *Questionnaire sur les croyances et attitudes envers le sommeil* » (39)) (cf annexe n°2). Il est un support de prévention afin de tenter d'éviter la génération d'attentes irréalistes et conceptions erronées chez des insomniaques récents et peu sévères limitant le risque de maintien de l'insomnie et la détresse liée à ces cognitions.

### **7. Piste thérapeutique : Intérêt de l'éducation thérapeutique (ETP) et de la psychoéducation**

L'éducation thérapeutique, telle que définie par l'OMS, vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (66). L'éducation thérapeutique a été inscrite dans la loi Hôpital Patient Santé Territoires en 2009 (67), l'éducation au sommeil y apparaît. Elle est bien perçue par les médecins généralistes, comme le montre une étude de 2009 (10), où ils se disent prêts à réaliser des actions d'éducation thérapeutique sous réserve d'une formation et d'une rémunération adaptées.

Le guide méthodologique d'éducation thérapeutique de l'HAS et de l'INPES (68)) aborde le **développement des capacités d'adaptation des patients**. Ces compétences s'appuient sur le vécu et l'expérience du patient (68) ; elles aident le patient à se connaître lui-même, à savoir gérer ses émotions et son stress, à développer une réflexion critique et un raisonnement créatif, à favoriser la communication, à prendre des décisions et résoudre des problèmes, à se fixer des buts, à atteindre et faire des choix, à s'observer, à s'évaluer et à se renforcer. (68)

## VII. Les freins à la prise en charge de l'insomnie.

### 1. Côté médecins

Une étude réalisée dans l'arc alpin (69) s'est attachée à comprendre et répertorier les freins à la *prise en charge* de l'insomnie.

Une des difficultés récurrentes signalée est le **manque de temps**, l'insomnie étant abordée en fin de consultation ou au moment du renouvellement d'ordonnance. Certains confrères déclarent **hésiter à reconvoquer** leurs patients pour l'aborder spécifiquement en raison d'une **angoisse de performance** (la plainte doit être résolue pendant la consultation) et du **système de tarification à l'acte** (69). La réponse médicamenteuse semble être la seule solution face à la **pression du patient et la demande urgente de résultats** qui sont ressenties. Les médecins se disent **peu formés** à la question du sommeil (69) durant leurs études et de manière trop théorique en formation médicale continue (FMC). Selon les médecins interrogés, **les recommandations, les formations ne sont pas adaptées à la pratique quotidienne** (69).

D'autre part, les médecins formés à la question déplorent la longueur de ces consultations dédiées qui ne bénéficient **pas de cotation spécifique** (69). **L'accès aux spécialistes** n'est pas toujours facile du fait des délais, des coûts des consultations et parfois de l'éloignement géographique (69). Le manque de temps et la difficulté d'accès aux spécialistes (en TCC, en troubles du sommeil) peuvent orienter vers des options thérapeutiques demandant moins d'explications et de connaissances. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent être mal connues des médecins généralistes et peu pratiquées (69).

#### a) Freins à l'utilisation des TCC

Les TCC sont connues pour être chronophages, non remboursées par la sécurité sociale et posant un problème d'accessibilité aux soins. Elles requièrent aussi des patients d'un certain niveau socio-économique, de l'investissement et de la pratique dans une société qui ne prend pas le temps. Les médecins généralistes n'y sont pas formés durant leurs études et les formations continues délivrent un savoir qui est difficile à mettre en pratique et pour lequel une vraie affinité pour cet art est demandée.

De nombreuses thèses de médecine générale se sont penchées sur l'applicabilité des TCC. Dans l'étude de Mlle Moreau (70) 63% des médecins pensent recourir aux TCC après lecture du guide TCC si le patient en fait la demande (70). Gardons à l'esprit que la plupart des patients ne connaissent pas l'existence de ces soins... Je vous laisse découvrir ce guide et d'autres sources dans l'annexe n°2.

Dans une thèse de 1992 et une autre de 2001 sur les préférences des patients dans *la prise en charge* de l'insomnie chronique, les auteurs ont retrouvé que la plupart des patients insomniaques, soit après une information, soit après qu'ils en aient bénéficié, estimaient que les thérapies comportementales et cognitives étaient plus acceptables et plus efficaces sur le long terme que la prescription médicamenteuse (3, 71).

### **b) Freins à l'application de l'éducation thérapeutique**

L'INPES et l'HAS ont mis à disposition des professionnels de santé un guide méthodologique pour créer des protocoles d'éducation thérapeutique (68). Il préconise une approche individuelle où le médecin généraliste serait chargé d'éduquer le patient, de réaliser une évaluation de son insomnie, de mettre en œuvre les mesures de correction, de faire de évaluations initiales et finales des compétences du patient (68).

**La revue de littérature d'Angela Delorme** (72) démontrait l'intérêt et la faisabilité théorique d'ateliers d'éducation thérapeutique en médecine générale et répertoriait les protocoles les plus efficaces. Ces derniers se heurtaient à la réalité du terrain et se déroulaient en dehors du temps de consultation ; aucune action n'a pu se pérenniser d'autant que les protocoles n'étaient pas validés par les ARS (Autorité Régionale de Santé) (72). Il s'agit presque d'une seconde profession avec sa juste rémunération : location de locaux, temps passé à leur réalisation, salaire des acteurs de santé, organisation pluridisciplinaire, formation à l'enseignement, stage sur le terrain pour acquérir le savoir-faire, validations des protocoles par les ARS (73).

**Les hôpitaux** sont plus en capacité de créer ce type de groupe. Toutefois l'accès y est limité. Toutefois leurs protocoles ne sont pas accessibles et les ateliers d'éducation thérapeutique sont sectorisés. Il faut noter que seuls les programmes ETP (Education Thérapeutique du Patient) concernant des pathologies ALD 30 (Affection Longue Durée) sont rémunérés et le trouble du sommeil même chronique n'y figure

pas. On pourrait imaginer réaliser des ateliers pluri-professionnels d'ETP financés dans le cadre d'un projet de santé formalisés par **une CPTS**.

Dans une étude (74) réalisée **en 2019**, il avait été établi une amélioration de l'insomnie et du sommeil subjectivement non réparateur 2 semaines après une intervention d'hygiène du sommeil par rapport à un groupe témoin. Dans une étude d'actographie contrôlée (75) réalisée **en 2020**, les résultats suggéraient qu'une intervention psychoéducatrice d'une séance soit associée à une diminution des pensées et croyances inadaptées (un des principaux facteurs de chronicisation de l'insomnie) liées au sommeil et à une amélioration de la perception subjective du sommeil à 7 jours. **En 2020**, une étude randomisée, contrôlée, effectuée au Japon (76) évaluait les effets d'un programme (30 minutes) combiné d'éducation à l'hygiène du sommeil et d'approche comportementale sur la qualité du sommeil d'intervention sur l'amélioration du sommeil et la productivité au travail. Trois mois après, les résultats étaient concluants. La culture japonaise étant différente de la nôtre, les patients ont certainement travaillé par eux-mêmes suite au programme de 30 minutes. Il ne s'agit donc pas d'une « intervention brève » isolée. **Ces études laissent à penser que les protocoles d'éducation thérapeutiques proposés par l'HAS ne sont pas les seules options viables. Tous les médecins généralistes peuvent expliquer, informer, sensibiliser, motiver leur patientèle et leur faire découvrir les alternatives thérapeutiques. Les patients ont ainsi la possibilité de revenir vers eux avec leurs questions.**

## **2. Côté patients**

Côté patients, la population est mal informée à propos des troubles du sommeil et consulte peu à ce sujet. Dans l'enquête de l'organisation Gallup de 1991 (29), 69% des patients souffrant de troubles de sommeil n'en n'avaient jamais parlé à leur médecin, 26% l'avaient fait à l'occasion d'une visite pour un autre motif (29) et 5% spécifiquement pour ce trouble (29). En 2010 plus d'un insomniaque sur deux n'a jamais discuté de ce problème avec son médecin (5).

Selon les patients la plainte est considérée le plus souvent rapidement en regard de sa relative banalité perçue (69). Elle ne ferait pas systématiquement l'objet d'un interrogatoire structuré et est traitée par la prescription quasi systématique d'hypnotiques ou de tranquillisants, sans évoquer les pratiques alternatives (prise en

soin de l'anxiété, thérapies comportementales) (77). Dans l'étude réalisée par l'organisation Gallup (29), les patients semblent penser que le médecin traitant n'est pas indispensable dans la prise en soin des troubles du sommeil hormis pour renouveler le traitement hypnotique. Cette perception de notre métier freine certainement la prise en soin de l'insomnie. Paradoxalement les patients expriment le souhait d'une écoute active de leurs troubles du sommeil ainsi qu'une recherche active de la plainte par le médecin (78).

## VIII. L'HAS recommande un dépistage systématique

La prise en soin précoce de l'insomnie avant auto entretien, complications/comorbidités présente potentiellement moins de difficultés thérapeutiques. Mais si les patients ne consultent pas pour ce motif ou s'ils nous consultent trop tardivement ; si en 2010 (79), plus d'un insomniateur sur deux n'a jamais abordé ce problème avec son médecin et que moins de 20% des insomnieux sévères sont pris en soin, on peut soupçonner que l'insomnie soit sous diagnostiquée. Assez logiquement l'HAS recommande un dépistage systématique (2) à l'instar du dépistage du cancer du sein, de l'hypertension, des bronchopneumopathies obstructives, des dyslipidémies, du diabète... Un dépistage organisé pourrait diminuer la prévalence de l'insomnie. L'enjeu du dépistage serait de toucher une population plus large en expliquant les raisons de ce dépistage et en l'informant sur les conséquences d'un sommeil de mauvaise qualité. Morin et Blais en 2001 ont rapporté entre 3 et 5 consultations médicales, dans les trois derniers mois précédant le diagnostic d'insomnie (30) ; chez un médecin sensibilisé à cette thématique, voici de multiples occasions de dépistage. **Un dépistage n'est pas voué à être positif** : quel que soit son résultat il représente un atout en terme de prévention et il peut établir un sommeil de mauvaise qualité même sans insomnie.

Jusqu'en 2010 l'épidémiologie de l'insomnie en France restait relativement méconnue (4). Seules deux études ont été réalisées en médecine générale. La première date de 1993 et ne concernait que les symptômes d'insomnie et non son diagnostic (80). La seconde, réalisée en 2005 (81) chez près de 6043 généralistes, purement déclarative et sans critères diagnostics précis, rapportait que 45 % d'entre eux déclaraient parler systématiquement de l'insomnie à leur patientèle. Il existe des thèses de médecine générale qui abordent le sujet mais sans que ce soit l'objectif principal et sans méthodologie dédiée (70, 78, 82).

## **II- Objectifs de l'étude : Etat des lieux du dépistage de l'insomnie en médecine générale**

**Ce travail sera une première évaluation pour tenter de déterminer si le concept de dépistage de l'insomnie est adapté à notre pratique quotidienne et en tout premier lieu s'il est déjà pratiqué.** C'est une étude de pratique quantitative épidémiologique qui répond à des objectifs de santé publique, destinée à des médecins généralistes, qui permet de les sensibiliser à la question de l'insomnie. Etude examinant les facteurs de risque de l'insomnie comme outils facilitant son dépistage. Le dépistage de l'insomnie sert à terme une démarche de prévention des troubles du sommeil auprès des patients dès lors mieux informés. Comme nous avons une connaissance transversale du patient et que les troubles du sommeil le sont également, nous avons une place de choix dans leur prise en soin.

### **I. Objectif primaire : Pourcentage de médecins généralistes dépistant l'insomnie dans les Hauts de France en 2023.**

Le dépistage de l'insomnie n'a pas été évalué en médecine générale en dehors d'études purement épidémiologiques. On ignore comment il est réalisé et pour quelle population. La neurologie et la psychiatrie s'y intéressent mais pour des pathologies bien précises (céphalées, troubles bipolaires, dépression). **Bien qu'il s'agisse d'un problème de santé publique, il n'existe aucun dépistage organisé comme pour le cancer colorectal ou d'envergure comme pour le diabète ou l'hypertension.**

**Ma préoccupation principale sera de savoir si l'insomnie est d'ores et déjà dépistée dans les Hauts de France en 2023. Je me suis concentrée sur un dépistage opportuniste, de masse et systématique, sans autre critère de sélection afin de déterminer si la patientèle étudiée pouvait influencer sur la pratique du dépistage de l'insomnie.**

II. **Objectif secondaire 1 : Déterminer les situations à risques dans lesquelles les médecins généralistes dépistent l'insomnie dans les Hauts-de-France en 2023.**

**Le dépistage de masse a ses limites.** L'inclusion est facilitée mais elle diminue les chances de tomber sur l'événement « diagnostic d'insomnie » (14). Il est opportun chez le patient jeune sans antécédent mais l'est moins chez les patients poly-pathologiques. En une seule consultation il peut être difficile de faire, à la fois, le point sur le suivi, le renouvellement, et répondre à la demande ponctuelle du patient et faire de la prévention en dépistant l'insomnie. **Pouvons-nous cibler le dépistage ?** Cela permettrait de ne pas méconnaître une insomnie chez des patients qui y sont fortement à risque. Se peut-il que les médecins généralistes essaient déjà de cibler cette patientèle ? La thèse de Sandie Moreau publiée en 2010(70) indiquait que, dans un échantillon de 41 médecins généralistes, 83% d'entre eux recherchait un sommeil de mauvaise qualité lors de comorbidités psychiatriques et 67% lors de la présence de comorbidités susceptibles de modifier le sommeil.

**Rechercher et sélectionner les facteurs de risque d'insomnie est chronophage mais l'atout de la médecine générale demeure le suivi, bien souvent ces situations à risque nous sont connues.**

**C'est pourquoi j'ai porté mon attention aux facteurs de risques d'insomnie sur lesquels les médecins généralistes des Hauts-de-France ont concentrés leurs efforts en 2023. Si ces derniers sont bien connus, il peut s'agir d'une piste intéressante pour dépister l'insomnie et sensibiliser les patients et les soignants en formation.**

III. **Objectif secondaire 2 : Perception du suivi inhérent au dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes**

**Imaginons que le dépistage soit un succès que serait-il sans suivi ?** Envisager ces questions donne toute sa finalité au dépistage : mes confrères sont-ils prêts à donner suite à ce dépistage, y voient-ils un intérêt, une potentialité d'engagement professionnel ?

### **III- Méthode**

#### **Guide de bonne pratique STROBE**

#### **(STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology)**

##### **I. Type d'étude**

**Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle de pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France descriptive quantitative transversale en 2023. A l'issue du travail de thèse, un retour sera fait aux médecins généralistes ayant participé.**

Les participants ont pu répondre à un questionnaire en ligne sur la **plateforme Sphinx**.

##### **II. Pourquoi une étude quantitative ?**

Outre le fait qu'une analyse quantitative soit la plus adaptée à ma question de recherche, il s'agit aussi d'un choix délibéré. Sans une étude précise du contexte socio-démographique médical tant à l'échelle départementale que nationale, sans une étude sur la formation médicale au fil des décennies en cursus universitaire et/ou en programmes de formation continue, une analyse de pratique qualitative est plus juteuse qu'utile.

##### **III. Population de l'étude, recrutement, critères d'inclusion et de non-inclusion**

#### **Etude transversale faite en 2023.**

**Recrutement** des participants par mails-listes du 2 avril au 2 octobre 2023. J'ai contacté les différentes CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) des Hauts-de-France en leur demandant de diffuser le questionnaire. La liste et les contacts sont accessibles en ligne. Certaines CPTS ont demandé et obtenu l'accord de leur comité scientifique. La Faculté de Médecine et de Maïeutique et le comité de formation médicale continue d'Arras ont également transmis le questionnaire aux

maîtres de stage universitaires. L'ordre des médecins du Nord m'a autorisé à utiliser les adresses mails des médecins généralistes ayant posté des annonces en lignes.

**Suivi de la participation à l'étude** avec de multiples relances entre avril et septembre.

**Inclusion** sur les réponses aux premières et troisièmes questions du questionnaire.

**Critères d'inclusion** : Médecins généralistes qui exercent dans les Hauts-de-France. Médecins généralistes thésés, installés ou remplaçants, informés de leur droits et consentants. Pratique exclusive de la médecine générale ou pratique mixte.

**Critères de non-inclusion** : Médecins généralistes qui n'exercent pas dans les Hauts-de-France. Médecins généralistes non-exerçants. Médecins généralistes non thésés. Médecin généraliste de formation ne pratiquant plus la médecine générale.

#### **IV. Taille de l'échantillon**

Pour le calcul de l'effectif nécessaire à l'étude, je me suis basée sur les données suivantes :

- En 2011, L'INPES a répertorié les enquêtes épidémiologiques sur la prévalence des troubles du sommeil entre 1980 et 2009 (79) : 30 à 50% des adultes en France ont déclaré la présence d'un trouble du sommeil avec 20 à 30% de la population adulte (un français sur cinq) insomniaque.
- Des études réalisées en médecine du travail donnaient une prévalence de l'insomnie (chronique uniquement) à 40% sur un dépistage systématique chez des patients exerçant des métiers à risque de détériorer le sommeil (83).
- Une étude de 2005 (81) chez 6043 médecins généralistes donnait une prévalence des insomnies de 18 % avec 45% des médecins généralistes qui déclarent en parler systématiquement à leur patientèle sans qu'il s'agisse d'un dépistage.

La classification ICSD-3 comprend les insomnies de moins d'un mois et de moins de trois mois, la prévalence doit donc être plus élevée que les estimations réalisées avant ce changement. Les données épidémiologiques n'ont pas encore été actualisées. Si en 2005, 45 % des médecins généralistes déclaraient parler systématiquement de l'insomnie à leur patientèle avec des classifications plus strictes que celles actuelles et une formation moins conséquente, j'espère obtenir 60% de

médecins généralistes dépisteurs donc  $p = 0.60$ . **L'effectif nécessaire est donc de 93 personnes pour un critère de jugement estimé à 60% avec une précision de 10% et un risque alpha de 5%.**

V. **Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif primaire : que signifie dépister en médecine générale ?**

**Malgré ses recommandations de 2006 l'HAS ne propose pas d'outils ou de méthode de dépistage et ne cible pas de population précise. Comment devons-nous dépister ?** Faire une thèse sur les outils utilisés ou sur la population cible en médecine générale revient à demander à chaque médecin son mode opératoire et manque de fiabilité. Si je veux connaître la proportion de médecins généralistes qui dépistent l'insomnie, il faut que je définisse clairement ce dépistage pour mon étude. Mon support de travail a principalement été le guide méthodologique : « *Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?* » publié par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) en mai 2024. (14).

**1. Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal est le pourcentage de médecins généralistes effectuant le dépistage de l'insomnie.

**2. Prérequis pour un programme de dépistage.**

Selon ce guide, un dépistage peut être recommandé si l'histoire naturelle de la maladie est bien connue et seulement :

1. S'il diminue l'incidence grâce à la détection et la guérison d'un état de « pré-maladie » (14)
2. Ou s'il engendrait une réduction du taux de mortalité (14)
3. Et si les effets contraires étaient limités à un minimum (14)

Le diagnostic insomnie est posé au-delà d'une fréquence des troubles de 3 fois par semaine et s'il y a des répercussions au quotidien chez un patient en adéquation avec les règles d'hygiène de sommeil. Une symptomatologie évocatrice mais en dehors de ce cadre strict pourrait être qualifiée d'état pré-morbides de l'insomnie. Nous retrouvons cette notion dans la classification de Spielman et al (34) avec le stade de vulnérabilité. Cet état pré morbide renforce l'intérêt du dépistage de l'insomnie qui

même négatif sensibilise ces patients. Il est plus difficile d'affirmer qu'il y aura une réduction de mortalité puisque les études peinent à séparer les responsabilités de l'insomnie de ses complications/comorbidités tant elles sont intriquées.

### **3. Dépistage de masse opportuniste**

Parce que la population à risque d'insomnie est très large, la symptomatologie subjective et l'insomnie parfois spontanément résolutive, il est difficile de cibler la population à risque. Compte tenu de l'approche de la santé qui doit être globale, nous pourrions imaginer nous appuyer sur le médecin traitant via les consultations de suivi pour toucher une population large en expliquant les raisons de ce dépistage et en informant les patients sur les conséquences d'un sommeil de mauvaise qualité. Le dépistage de masse est le plus adapté, il demeure opportuniste puisqu'il ne concerne que les patients qui se présentent au cabinet.

### **4. Choix de la pathologie : Insomnie**

Pourquoi ai-je choisi le diagnostic précis de l'insomnie pour mon étude plutôt que le terme générique de « trouble du sommeil » ? Après tout pourquoi cibler un diagnostic précis alors que nous avons principalement des échelles génériques ?

Premièrement il s'agit d'échelles adaptées à la psychiatrie. Deuxièmement, les troubles du sommeil ont des étiologies, des physiopathologies, des complications, des comorbidités et des prises en soins trop diverses pour coller avec la finalité d'un dépistage. Troisièmement, l'épidémiologie de l'insomnie est la mieux connue avec celle du SAOS. Elle est le second trouble du sommeil le plus fréquent après le SAOS. La faible prévalence des autres troubles du sommeil rend peu probant leur dépistage en population générale. Quatrièmement, les termes « sommeil de mauvaise qualité » ou « troubles du sommeil » sont trop génériques et laissent libre court à l'interprétation. Cinquièmement les répercussions de l'insomnie sur l'individu et la société en termes de morbidité/mortalité, d'impact socio-économique ont été mesurées (14).

### **5. L'organisation du dépistage**

1. « *Un accord est nécessaire [...] sur les investigations diagnostiques à poursuivre chez les personnes dont le test est positif et sur les choix disponibles pour ces individus.* » (14).
2. « *Une intervention doit être efficace [...], avec la preuve que l'intervention*

*plus précoce apporte de meilleurs résultats que l'intervention plus tardive. » (14).*

3. *« Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes » » (14).*
4. *« Afin d'assurer la participation optimale de la population cible, la meilleure information possible devrait être largement diffusée. Des programmes de sensibilisation devraient être organisés à la fois pour la population cible et les professionnels de la santé » (14).*

Le premier et le deuxième point sont respectés, le quatrième est en bonne voie depuis quelques années. Le dépistage, négatif représente un atout en termes de prévention, positif, il nécessite un suivi pour sa prise en soin qui est bien codifié à défaut d'être parfaitement réalisée devant une problématique d'accès aux soins. L'issue du test et la continuité d'actions est possible.

## **6. L'outil de dépistage, critères diagnostiques**

La troisième recommandation de l'Anaes implique de différencier dépistage et diagnostic. « Un test de dépistage simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide doit être disponible. Le test doit être acceptable par la population » (14)

### **a) Les outils actuels**

Notre recherche, nous a montré qu'hélas il n'existe aucun outil consensuel à ce jour. **La méta-analyse de 2016 « A meta-analysis of diagnostic accuracy of three screening tools for insomnia » (83)** répertoriait les outils de dépistage : Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI), Athens Insomnia Scale (AIS), Psychometric Properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI yield). **L'étude d'Alexandre Richaud en 2021 (6)** en offrait une critique constructive. Plusieurs études soulignent que l'ISI n'est pas adaptée car elle évalue la sévérité de l'insomnie (83). La PSQI est la plus utilisée mais le score fait apparaître la qualité de sommeil à côté des troubles du sommeil (6) et les symptômes de l'insomnie concernent un unique item au milieu de symptômes n'y ayant pas trait (6). L'AIS est une échelle de sévérité qui confond qualité de sommeil et trouble du sommeil. L'échelle de somnolence d'Epworth regroupe trop de cadres

nosologiques (6) et la somnolence n'est pas le symptôme le plus fréquent de l'insomnie (83). L'échelle de Pichot oriente vers tous les troubles neuropsychiatriques. **Les rares outils dépistant l'insomnie ne concernent que des domaines spécialisés** comme les insomnies post accident vasculaire cérébraux (45), les insomnies du parkinsonien (47), les insomnies lors des chimiothérapies (84) ... Ces outils ont été réalisés par des neurologues et des oncologues qui déploraient l'absence d'échelles pour dépister l'insomnie afin d'améliorer la qualité de vie de leurs patients ! Leur usage est pourtant en inadéquation avec leurs consultations espacées alors qu'obtenir un meilleur sommeil nécessite des consultations rapprochées que peut offrir la médecine générale ! Marion Morand (82) a créé un outil de dépistage des troubles du sommeil en médecine générale en 2016, chronophage et inadapté puisqu'en réponse à une plainte. Néanmoins son travail me semble précieux pour le suivi post dépistage et gagnerait à être diffusé.

#### **b) Critères retenus pour l'outil, définitions de l'insomnie et choix ICSD-3**

J'ai utilisé un outil non validé et dont la performance reste inconnue. A défaut, je l'espère pertinent dans le cadre d'une thèse de validation de troisième cycle des études médicales. Mon outil se devait d'être simple, facile, concis, rapide et applicable en toutes circonstances et être centré sur l'insomnie. La plupart des échelles reprennent les éléments de définition de l'insomnie et j'ai agi de même. Si le diagnostic d'insomnie est purement clinique, l'usage de sa définition relève bien du dépistage car elle est à l'initiative du soignant.

La définition d'une insomnie chronique n'est pas consensuelle, CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), ICSD-3 et DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) divergent sur la durée nécessaire au diagnostic (un mois CIM-10, trois mois DSM-5) et la causalité des troubles (7).

Je retiens la classification de l'ICSD-3, utilisée en médecine du sommeil, dont l'actualisation est la plus récente et conduit à revisiter nos pratiques. Elle comprend une prise en soin précoce des troubles avec une considération des insomnies présentes depuis moins d'un mois en lien avec les recherches récentes sur les courts dormeurs. Ce stade facilite l'instauration de thérapeutiques devant des troubles moins ancrés. La classification ICSD-3 laisse également entrevoir une nouvelle façon d'aborder l'insomnie. Premièrement, nous pouvons agir pour le stade « insomnie de

moins d'un mois » qui résulte, le plus souvent, de troubles de l'adaptation à un stress ou à un événement de vie et où l'apport médicamenteux peut rester ponctuel, voir inutile en se recentrant sur les règles d'hygiène de sommeil, le contrôle du stimulus et l'apport de la relaxation pour éviter son passage à la chronicisation. Deuxièmement elle ne différencie pas les insomnies comorbides ou non. La recherche de comorbidités, dont le traitement participe à la thérapie des deux pathologies intriquées, reste primordiale mais cela installe l'insomnie dans l'idée qu'elle évolue pour son propre compte et doit être prise en compte pour elle-même en parallèle d'une éventuelle comorbidité (35). La gestion de la souffrance du patient au quotidien devient prioritaire sans attente du bilan étiologique.

### **c) Méthodes d'évaluation de l'objectif primaire**

La définition de la classification ICSD-3 choisie pour l'étude a été rappelée aux médecins en début de questionnaire ainsi que les changements qu'elle implique. Pour que le dépistage de masse opportuniste à l'initiative du médecin soit effectif, il faut une réponse positive à la première question « *Interrogez-vous systématiquement vos patients sur la qualité de leur sommeil* » et une réponse positive à la 2<sup>ème</sup> question « *dépistez-vous systématiquement l'insomnie chez les patients ayant un sommeil de mauvaise qualité ?* ».

## **7. Les facteurs d'influences**

Les données suivantes ont été recueillies afin d'identifier les facteurs d'influence pour chaque médecin généraliste et les prendre en compte dans l'analyse statistique et la discussion des résultats.

**Le statut :** Le statut de remplaçant implique un médecin potentiellement plus jeune et moins axé sur le suivi mais aussi théoriquement mieux formé à la question durant ses études. Le statut de maître de stage universitaire (MSU) confère une formation médicale continue possiblement accrue et un contact avec des générations de médecins formés différemment.

**Le sexe :** Le sexe féminin est un facteur de risque d'insomnie même si les causes sont mal démêlées. Il y a donc plus de chance que les médecins généralistes femmes soient sensibilisées à cette question et qu'elles se soient formées à la fois en tant que patiente et en tant que professionnelle.

Le ou les département(s) d'exercice et le type d'exercice en milieu rural, semi-rural urbain : Le manque de médecins généralistes et de créneaux de consultations pourrait les conduire à se concentrer sur le curatif et les plaintes du patient plutôt que sur la prévention. A l'inverse on peut *éduquer* sa patientèle et l'autonomiser pour gagner du temps. De plus exercer en zones sous-dotées est différent d'un exercice en milieu urbain en termes de démographie médicale et d'accès aux soins.

La structure d'exercice : L'exercice en cabinet en groupe peut offrir une critique constructive et un confort de travail pour assister aux formations. Par contre il n'est pas rare de suivre les patients des autres médecins du cabinet sans avoir tout ou partie du dossier médical. Cela favorise une consultation liée directement à la plainte plutôt qu'un suivi personnel. La protection maternelle et infantile s'axe préférentiellement sur la prévention auprès des mères et des enfants et la question du sommeil des jeunes parents peut y être plus fréquemment abordée.

L'âge : L'âge du médecin est en lien avec un système de formation universitaire, des courants de pensées en médecine, une façon d'appréhender le métier. De plus l'intérêt de la médecine pour les troubles du sommeil est récent puisqu'il ne date que des années 1990, ce qui a des implications en termes de formation. L'âge du médecin peut aussi se rapprocher de l'expérience accumulée au fil des ans.

La durée moyenne de consultation : Il est souvent invoqué que le temps manque pour s'occuper de la problématique des troubles du sommeil.

Une formation complémentaire sur les troubles du sommeil : Le degré de formation en médecine du sommeil peut modifier les réponses des participants.

L'accès à un service spécialisé dans les troubles du sommeil : L'accès à un centre de médecine du sommeil peut offrir des formations de qualité et des avis spécialisés. Néanmoins cela peut aussi nous rendre moins actif et plus dépendants du spécialiste à qui nous pouvons confier cette tâche.

## VI. Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif secondaire 1 : Déterminer les situations à risque dans lesquelles les médecins généralistes dépistent l'insomnie dans les Hauts-de-France en 2023

### 1. Détails des méthodes d'évaluation de l'objectif secondaire 1 :

**Le critère de jugement** est le pourcentage de médecins généralistes qui dépistent l'insomnie pour chaque facteur de risque de cette dernière.

Initialement il avait été décidé de poser une question avec une liste de facteurs de risques établie et des leurres. Néanmoins il n'existe pas de liste clairement identifiée et validée : je prenais le risque de diffuser une mauvaise information. En outre, la démarche était scolaire et l'aspect « contrôle de connaissances » risquait de biaiser les résultats. Une question ouverte ne permettait pas d'obtenir des données exploitables sur le plan statistique.

**Nous avons donc choisi une seule question « *Face à chaque situation, quand elle se présente, à quelle fréquence dépistez-vous l'insomnie dans votre pratique courante ?* » avec une liste de facteurs de risques à cocher à l'aide d'une échelle de fréquence. L'ordre des réponses était aléatoire** pour chaque participant afin de ne pas créer un biais lié au remplissage d'un questionnaire un peu long. Dans un souci de clarté et de mise en forme agréable, j'ai créé les plans suivants, non pris en compte dans l'analyse statistique : mode de vie, antécédents psychiatriques et des troubles du sommeil, antécédents médicaux autre que psychiatriques, plan pharmaceutique. J'ai choisi **une échelle de Likert en 4 items** pour déterminer quelles étaient les situations à risques privilégiées par les médecins généralistes sans possibilité de réponse neutre. Choix d'une échelle qualitative puisque l'appréciation chiffrée risque d'être trop subjective pour avoir un intérêt quantitatif. **Les facteurs de risques liés au métier** sont importants pour mon étude car le dépistage prend particulièrement sens avec eux. Ils relèvent du bon sens ; afin de ne pas induire de réponses faussement positives j'ai choisi de ne les rendre apparents que si l'on répondait oui à la question « *êtes-vous attentif au métier de votre patient pour dépister l'insomnie ?* ».

## **2. Les facteurs de risques retenus pour l'étude**

Afin d'avoir une liste la plus pertinente possible je n'ai gardé que les facteurs de risques que nous rencontrons fréquemment en médecine générale et qui avaient bénéficié d'études spécifiques. Ils sont détaillés dans la partie « Situations à risque dépistées, analyse descriptive ».

## **3. Facteurs de risques non retenus**

Parmi les nombreuses comorbidités, seules celles qui ont bénéficié d'études spécifiques et qui ne relèvent pas de l'hyperspécialisation ont été retenues. J'ai par exemple éliminé le suivi oncologique et la schizophrénie. J'ai également évincé la maladie d'Alzheimer et les autres démences puisqu'il est très difficile de savoir s'il s'agit d'insomnie ou de sommeil de mauvaise qualité ou d'un décalage de phase et que le diagnostic d'insomnie repose sur l'interrogatoire des patients dont la mémoire est défaillante.

Le reflux gastroœsophagien a été retiré car sa symptomatologie (douleur et toux) se retrouvait dans les autres items.

L'hypertension artérielle n'a pas été retenue en elle-même. En revanche, son association aux autres facteurs de risque cardiovasculaire est conservée dans l'item : « syndrome métabolique ».

Il est de bon sens de dire que les douleurs chroniques troublent le sommeil. Cependant, la prise en soin spécifique de l'insomnie ne sera pas efficace si les douleurs ne sont pas contrôlées. La douleur est responsable de ses propres distorsions cognitives qui rendent l'utilisation du contrôle du stimulus et des TCC centrées insomnies caduques.

La grossesse, le sexe féminin sont de véritables facteurs de risques. Cependant on ne sait pas actuellement si c'est en raison des boucles hormonales, de facteurs sociologiques, psychologiques ou comportementaux ; j'ai donc préféré les omettre (37).

Les facteurs pérennisant d'insomnie ne sont pas utiles au stade de dépistage et n'ont donc pas été retenus.

L'hyperactivité du système d'éveil physique, cognitif et émotionnel est un facteur de risques très étudié et prouvé (température, paramètres physiques, intériorisation des conflits, temps pour récupérer face au stress...) mais il est in-évaluable au quotidien en dehors du cadre strict d'une étude à moins que les proches du patient nous en fassent la demande.

Les facteurs socio-économiques n'ont pas tous été retenus car les études divergent en particulier en ce qui concerne le revenu et le statut marital. En outre les facteurs environnementaux relèvent de l'application des règles d'hygiène du sommeil qui sont stricto-sensu nécessaires au diagnostic d'insomnie.

## VII. Elaboration de la méthode et du questionnaire pour l'objectif secondaire 2 : perception du suivi inhérent au dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes

Les items du questionnaire relatifs à cet objectif, trop peu nombreux, sont d'avantage un support à la discussion, une ouverture, l'aboutissement du raisonnement. Il s'agit de savoir si les médecins généralistes y voient une potentialité d'engagement professionnel.

La question « *Proposez-vous ou souhaiteriez-vous proposer des consultations dédiées aux troubles du sommeil ?* » sert directement cet objectif. Si la réponse est négative, le participant peut identifier les freins parmi ceux issus de la littérature, notion dont il a été avisé (69). La catégorie « Autre, ne se prononce pas » respecte la liberté de non-expression et la possibilité de freins non répertoriés.

La question « *Pensez-vous que dépister l'insomnie encouragerait les patients à vous consulter par la suite s'ils en présentent les symptômes ?* » met en relief l'intérêt du dépistage négatif en termes de sensibilisation. Un des buts du dépistage est de montrer notre disponibilité pour cette thématique afin d'encourager les patients à consulter.

La question « *Vous sentez-vous démunis devant cette problématique au point d'éviter de poser la question ?* » oriente vers une nécessité de formation, de sensibilisation et une prise en compte de la diversité des pratiques.

L'expression libre permet de compléter les réponses à ces questions et d'avoir le ressenti direct du médecin généraliste.

## VIII. Biais potentiels et efforts pour les neutraliser

### 1. Biais de sélection :

**Biais de recrutement :** L'utilisation des mail listes facultaires est à l'origine d'un recrutement des seuls MSU non représentatif des médecins généralistes. J'ai ouvert l'étude grâce aux mails-listes des CPTS des Hauts de France et de la FMC d'Arras. J'aurais aimé avoir accès aux mails-listes de l'URPS, ce qui a échoué. L'ordre des médecins pour des raisons évidentes de protection des données personnelles ne m'a autorisé qu'à utiliser les adresses laissées par les médecins généralistes dans les annonces de remplacement sur le site de l'ordre des médecins du Nord. J'ai également pris en compte pour la rédaction du questionnaire le statut de MSU, le type d'exercice ainsi que des formations potentielles effectuées en rapport avec les troubles du sommeil.

**Biais d'auto-sélection et du volontariat :** En effet seul les médecins désirant participer l'ont fait. Il n'était pas vraiment possible de neutraliser ce biais.

### 2. Biais de classement :

**Biais de mémorisation :** Il s'agit d'une mesure déclarative sur leur pratique globale au cours des derniers mois écoulés. L'appréciation d'une fréquence (valeur absolue ou échelle de fréquence) risquait d'être trop subjective pour avoir un intérêt quantitatif ; il aurait fallu une estimation basée sur les dossiers ce qui aurait pris trop de temps aux participants.

**Biais d'évaluation subjective de l'enquêteur :** Il est complexe de dépasser sa propre subjectivité.

**Biais de classement lié à la définition des critères diagnostiques :** définition claire de l'insomnie en début de questionnaire. Distinction claire des troubles du sommeil et du diagnostic insomnie grâce à la question de la sous-question insomnie par rapport à la question principale troubles du sommeil.

**Biais de désirabilité ou de prévarication :** Les questionnaires se basent sur les déclarations des médecins, seule une étude sur dossier permettrait d'éviter ce biais. Pour tenter de le diminuer, j'ai choisis de mettre en confiance le praticien avec cette accroche en début de questionnaire « Le but de notre étude n'est pas de tester vos connaissances mais bien de rendre compte de votre pratique au cours de la

dernière année écoulée. Soyez donc libre dans vos réponses ! ». Il a également été précisé que leurs données étaient recueillies de manière anonyme. L'utilisation du héros de bande-dessinée « Gaston Lagaffe » renforce cette mise en confiance en opérant une rupture avec le questionnaire à choix multiple standard de contrôle de connaissance tout en contextualisant l'insomnie au quotidien.

**Biais lié au remplissage du questionnaire :** Pour la question sur les situations à risque d'insomnie j'ai choisi de construire une unique question permettant de brasser un large éventail de situations sans risque de digression vers des facteurs de risques non répertoriés et visant à limiter les biais de mémorisation et de remplissage lié au temps de recherche de la réponse. Ordre aléatoire des réponses pour la question sur les facteurs de risques d'insomnie.

### **3. Biais de confusion :**

Pas de biais de confusion identifié.

## **IX. Sources de données, base de données, mesures des données**

### **Autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).**

**Nom, titre et fonction de la personne responsable du traitement des données :**  
Patrick Scauftaire, Président-Recteur de l'UCL (Université Catholique de Lille)

**Nom et fonction des personnes ayant accès aux données (*étudiant, directeur, enseignant référent, ...*) :** Davault Fanny Etudiante, Dr Kornobis Jean Paul Maître de Thèse, Dr Franck Ammeux méthodologiste statisticien.

### **Constitution d'une base de données et sécurisation des données :**

Recueil anonyme des données. La présentation des résultats du traitement des données ne pourra en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Les données relatives à la recherche ne devront en aucun cas être transmises à un tiers. Elles seront sauvegardées dans un fichier ZIP (Zone Improvement Plan) protégées par un mot de passe sur l'ordinateur fixe sécurisées par un mot de passe dans mon domicile fermé à clef au sein d'une résidence sécurisée. Sauvegarde sur disque dur externe dédié protégé par un mot de passe dans mon domicile fermé à clef au sein d'une résidence sécurisée. Les données nécessaires à l'étude seront stockées sur une base de données (*Microsoft® Excel*) sécurisée par mot de passe individuel et créée exclusivement pour l'étude selon le respect des bonnes pratiques. Par ailleurs, les éventuelles transmissions de données entre l'investigateur et toute autre personne habilitée se feront uniquement via messagerie sécurisée. La base de données sera la propriété du promoteur (Institut Catholique de Lille – Faculté de Médecine & Maïeutique).

**Durée de conservation de la base de données :** destruction à l'issue de l'étude.

**Source des données :** transmission des données des médecins généralistes eux-mêmes en remplissant le questionnaire en ligne sur la plateforme sécurisée Sphinx.

### **Catégories d'informations recueillies et méthode de mesure :**

- Données sociodémographiques quantitatives déclaratives en utilisant soit le renseignement direct de la valeur soit l'utilisation d'une règle graduée : âge des praticiens, durée moyenne de consultation.
- Données sociodémographiques qualitatives déclaratives : à propos du type d'exercice (zone géographique, remplaçant ou installé, seul ou en cabinet médical), à propos du statut du praticien (thésé ou non, exerçant ou non)
- Données déclaratives concernant la prise en soin des troubles du sommeil dans son exercice et conditionnant ses réponses au questionnaire : formation, accès à un spécialiste ou à un service spécifique des troubles du sommeil.
- Données déclaratives concernant sa pratique concernant le dépistage de l'insomnie en lui-même puis plus précisément dans certaines situations à risques répertoriées



## X. Analyses statistiques

### **Etude épidémiologique observationnelle de pratique des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais descriptive quantitative transversale.**

Les données étaient analysées à l'aide des logiciels SPSS 24.0 (IBM®) et R 3.5.2.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyennes et écart type si elles suivent la loi normale, la médiane et les espaces interquartiles dans le cas contraire.

Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

Les moyennes étaient comparées entre elles par un test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées ou un test U de Mann et Whitney dans le cas contraire.

Les comparaisons de pourcentage étaient effectuées par un test du  $\chi^2$  de Pearson avec si nécessaire un regroupement de données ou par un test exact de Fisher quand les conditions d'application n'étaient pas respectées.

Certaines questions ont été reconstruites en plusieurs sous-questions pour l'analyse statistique ; il s'agissait de questionnaires à choix multiples transformés ou sous-questions oui/non. Ce choix permet de prendre en compte le statut de remplaçant avec une diversité de pratique. Pour cette raison les pourcentages totaux sont parfois supérieurs à 100% (départements d'exercice, type d'exercice).

Le seuil de significativité était fixé à 5% pour l'ensemble des tests.

**Pour répondre à l'objectif principal** il a été réalisé une analyse univariée des résultats en pourcentage.

Le critère de jugement principal est le pourcentage de médecins généralistes effectuant le dépistage d'insomnie.

Il a été réalisé des analyses bivariées pour évaluer si les caractéristiques de la population étudiée influaient sur la pratique du dépistage de l'insomnie.

**Pour répondre aux objectifs secondaires** il a été réalisé une analyse univariée descriptive des résultats exprimés en pourcentage.

Le critère de jugement secondaire est le pourcentage de médecins généralistes effectuant le dépistage d'insomnie pour chaque situation.

## IV- Résultats

### I. Analyses descriptives de la population étudiée

Un total de 99 médecins généralistes a été inclus dans l'étude, il n'y a pas de données manquantes.

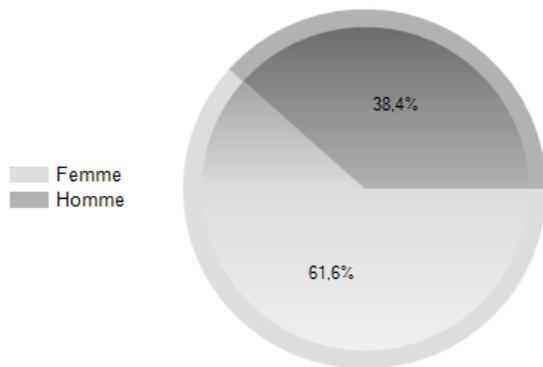


Figure 3 Proportion d'hommes, femmes

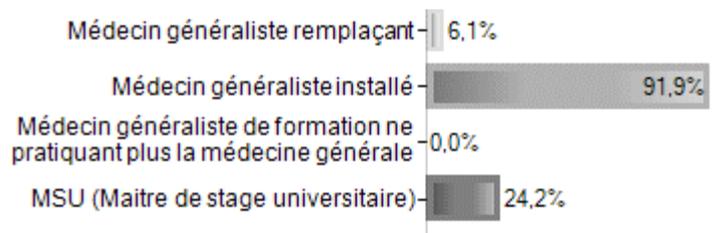


Figure 4 Statut

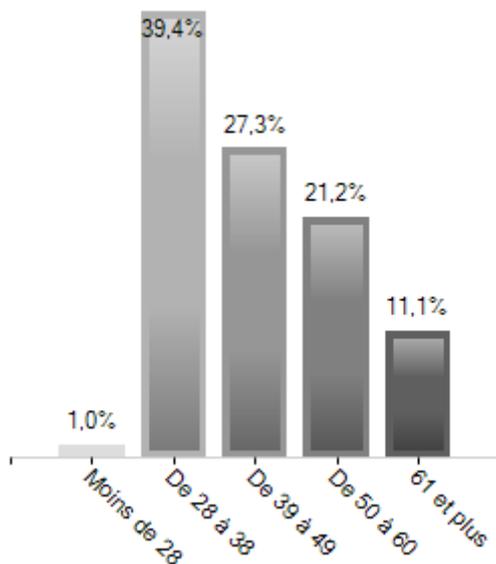


Figure 5 Age des participants

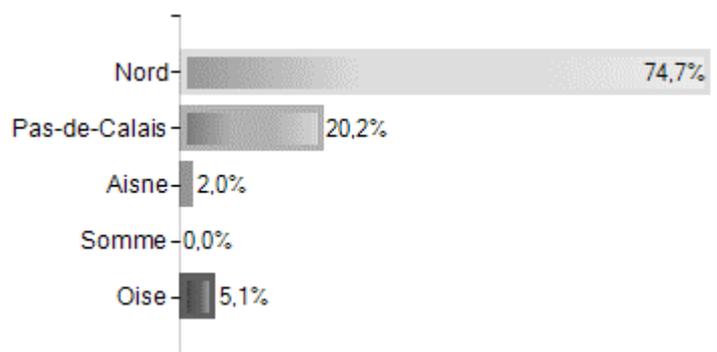


Figure 6 Département d'exercice

Parmi ces médecins généralistes, on retrouvait 38 hommes (38.4%) pour 61 femmes (61.6%) soit un sex-ratio de 0.6. On ne comptabilise aucune réponse pour l'item : « ne se reconnaît dans aucune de ces catégories ».

Les médecins étaient âgés de 27 à 69 ans, l'âge médian est de 40 ans [36 ; 52].



Figure 7 et 8 **Type d'exercice**

Parmi ces médecins, 93 (93.9%) étaient des médecins généralistes installés et 6 (6.1%) étaient remplaçants, 24 (24.2%) de ces médecins étaient des maîtres de stage universitaires. Il n'y avait pas de médecin retraité en exercice, de médecins non exerçant, de médecins généralistes de formation ne pratiquant plus la médecine générale ou de médecins non thésés.

100% des médecins travaillaient dans la région des Hauts-de-France avec 74 (74.7 %) dans le Nord, 20 (20.2%) dans le Pas de Calais, 2 (2%) dans l'Aisne et 5 (5.1%) dans l'Oise, 0% dans la Somme. 16 (16.2%) déclaraient exercer en milieu rural, 36 (36.4%) en semi-rural, et 48 (48.5%) en milieu urbain. 14 (14.1%) exerçaient seuls, 27 (27.3%) en maison de santé pluridisciplinaire, 62 (62.6%) en cabinet de groupe (mono professionnel ou regroupement immobilier) et 3 (3%) en centre de santé (gestion par les collectivités, exercice salarial, protection maternelle et infantile). Pour ces trois dernières questions, il s'agissait de questionnaires à choix multiples en raison du statut particulier des médecins remplaçants.

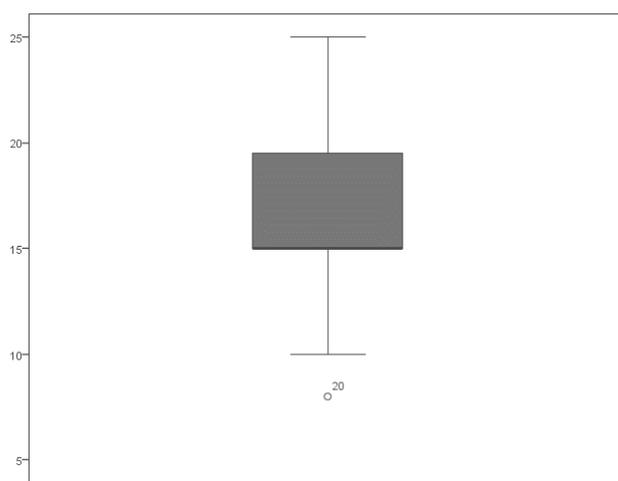


Figure 9 **Durée des consultations**

La durée médiane de consultation était de 15 minutes [15 ; 20] avec un minimum à 8 minutes (valeur extrême) et un maximum à 25 minutes.

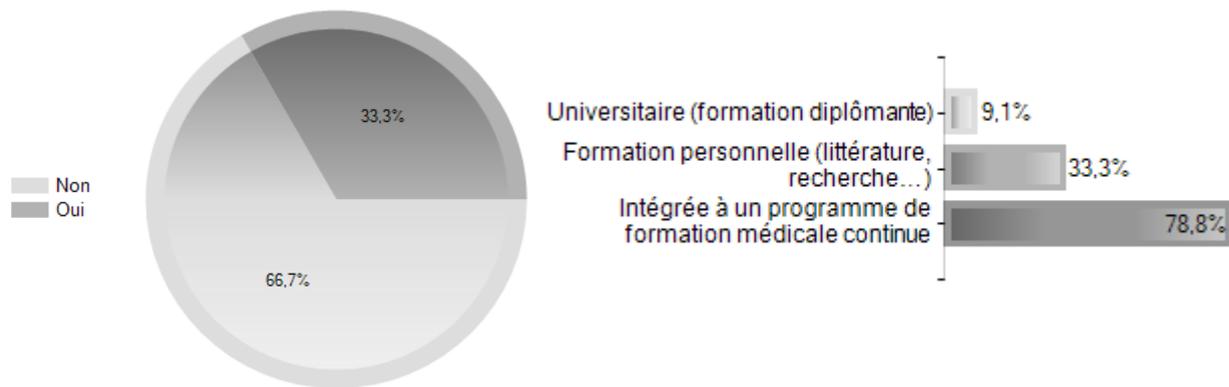


Figure 10 et 11 **Formation complémentaire en troubles du sommeil**

Sur les 99 participants 33 (33.3%) d'entre eux ont fait une formation complémentaire axée sur les troubles du sommeil : 11 (33.3%) avaient réalisé des recherches personnelles, 3 (9.1%) avaient suivi un cursus universitaire et 26 (78.8%) avaient bénéficié d'une formation continue sur les troubles du sommeil.

63.6% (63 médecins) des médecins interrogés déclarent bénéficier d'un accès à un service spécialisé et/ou à une consultation spécialisée en médecine du sommeil en cas de difficulté.

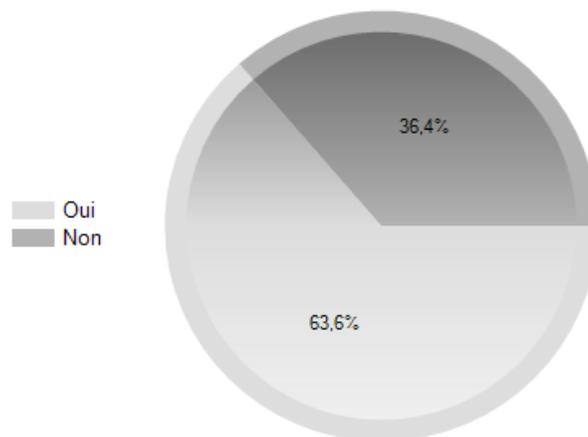


Figure 12 **Accès à un spécialiste en trouble du sommeil**

## II. Objectif principal

### 1. Dépistage de l'insomnie chez les médecins généralistes : Analyses descriptives

Le critère de jugement principal de l'étude était le pourcentage de médecins généralistes dépistant l'insomnie, soit le pourcentage de médecins déclarant aux questions 10 et 11 qu'ils interrogeaient systématiquement leurs patients sur leur qualité de sommeil et qu'ils dépistaient systématiquement l'insomnie chez ces patients. 31.3% soit 31 médecins interrogent systématiquement sur la qualité de sommeil, 81.8% (81 médecins) dépistent l'insomnie devant un sommeil de mauvaise qualité. **27.27 % (27 médecins) des participants dépistent l'insomnie.** 10.1 % (10 médecins) des participants se sentent démunis devant cette problématique au point de ne pas poser la question.

Effectif

		13. 11/ Dépistez-vous systématiquement l'insomnie chez les patients ayant un sommeil de_mauvaise qualité ?		Total
		0	1	
12. 10/ Interrogez-vous systématiquement vos patients sur la qualité de leur sommeil ?	0	14	54	68
	1	4	27	31
Total		18	81	99

Tableau I Effectifs objectif principal

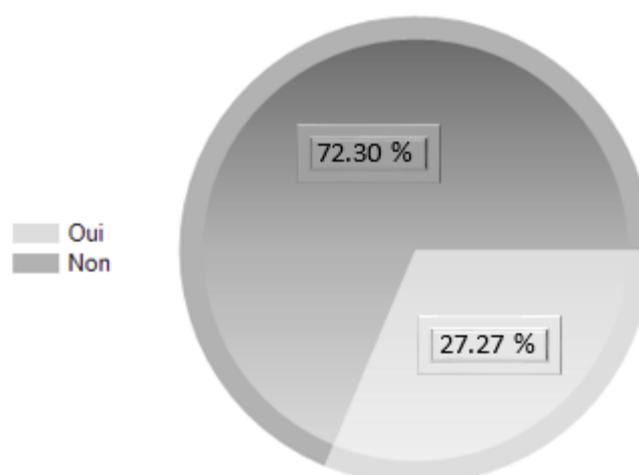


Figure 13 Dépistage de l'Insomnie

10/99 se sentent démunis au point de ne pas poser la question soit 10.1%

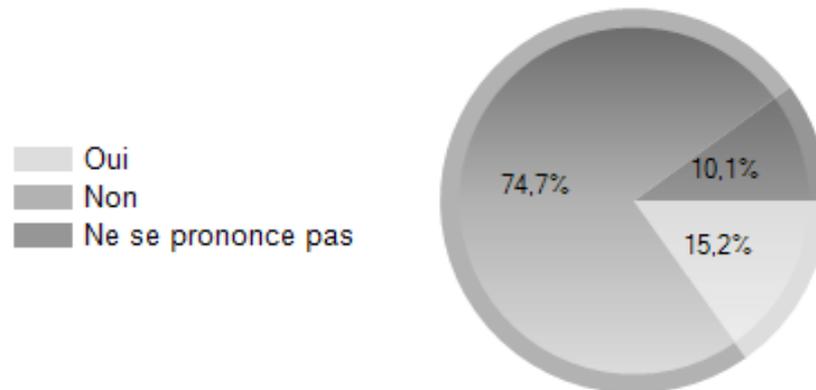


Figure 14 « **Vous sentez-vous démunis au point de ne pas poser la question ?** »

## **2. Caractéristiques de la population étudiée et dépistage de l'insomnie : Analyses bi-variées**

### **Maître de stage universitaire (MSU) et dépistage de l'insomnie :**

Sur les 24 MSU, 7 dépistent l'insomnie. Le test du khi2 de Pearson ne met pas en évidence de lien entre le fait d'être MSU et la pratique du dépistage de l'insomnie ( $p=0.811$ ).

### **Sexe féminin et dépistage de l'insomnie :**

Sur les 61 participantes 22 dépistent l'insomnie, le test du khi2 de Pearson met en évidence un lien entre le sexe féminin et la pratique du dépistage de l'insomnie ( $p=0.013$ ).

### **Formation aux troubles du sommeil et dépistage de l'insomnie :**

Sur les 33 médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire aux troubles du sommeil, tout type de formation confondu, 11 dépistent l'insomnie. Le test du khi2 de Pearson ne met pas en évidence de lien entre le fait d'avoir bénéficié d'une formation et la pratique du dépistage de l'insomnie ( $p=0.338$ ).

### **Accès à un service et/ou à une consultation spécialisée et dépistage de l'insomnie :**

Sur les 63 médecins ayant accès à un service et/ou une consultation spécialisée, 21 dépistent l'insomnie. Le test du khi2 de Pearson ne met pas en évidence de lien entre l'accès spécialisé et la pratique du dépistage de l'insomnie ( $p=0.073$ ).

### Exercice seul ou en groupe et dépistage de l'insomnie :

Sur les 85 médecins installés en groupe 20 (24%) dépistent systématiquement l'insomnie contre 7 sur 14 (50%) des médecins généralistes installés seuls. Le test exact de Fischer ne met pas en évidence de lien entre le fait d'exercer seul et le dépistage de l'insomnie ( $p=0.053$  en bilatéral).

### Installation et dépistage de l'insomnie :

Sur les 93 médecins généralistes installés, 26 dépistent l'insomnie. Le test exact de Fisher ne met pas en évidence de lien entre être médecin installé et le dépistage de l'insomnie ( $p=1.000$ ).

### Médecins remplaçants et dépistage de l'insomnie :

Il n'y a que 5 médecins remplaçants sur les 99 et un seul qui dépiste l'insomnie, les effectifs sont insuffisants pour réaliser un test statistique.

### Age des praticiens et dépistage de l'insomnie :

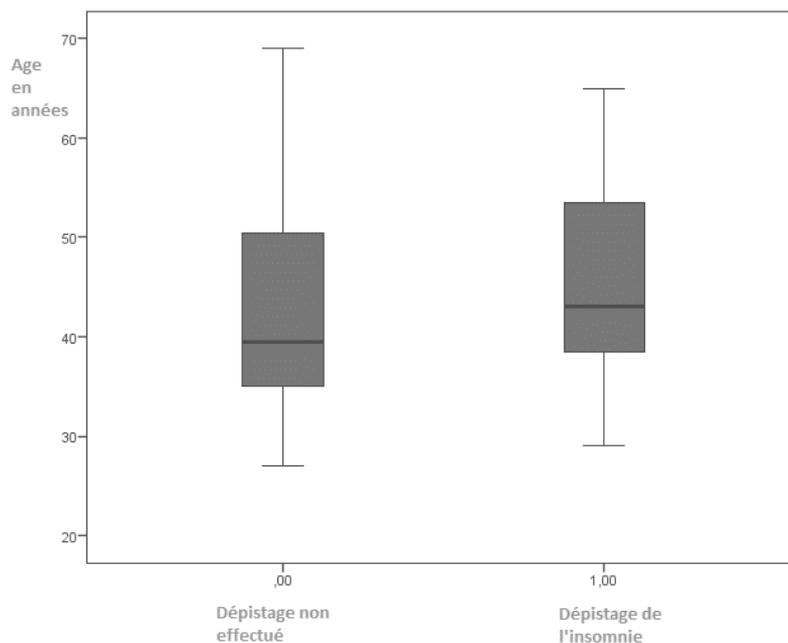


Figure 15 **Dépistage en fonction de l'âge**

Le test de Mann-Whitney ne montre pas de différence significative liée à l'âge entre les dépisteurs et les non-dépisteurs ( $P=0.174$  en bilatéral). Chez les non-dépisteurs médiane d'âge est à 39 ans [35 ; 50], chez les dépisteurs médiane d'âge est à 42 ans [38 ; 52].

### Durée habituelle des consultations et dépistage de l'insomnie :

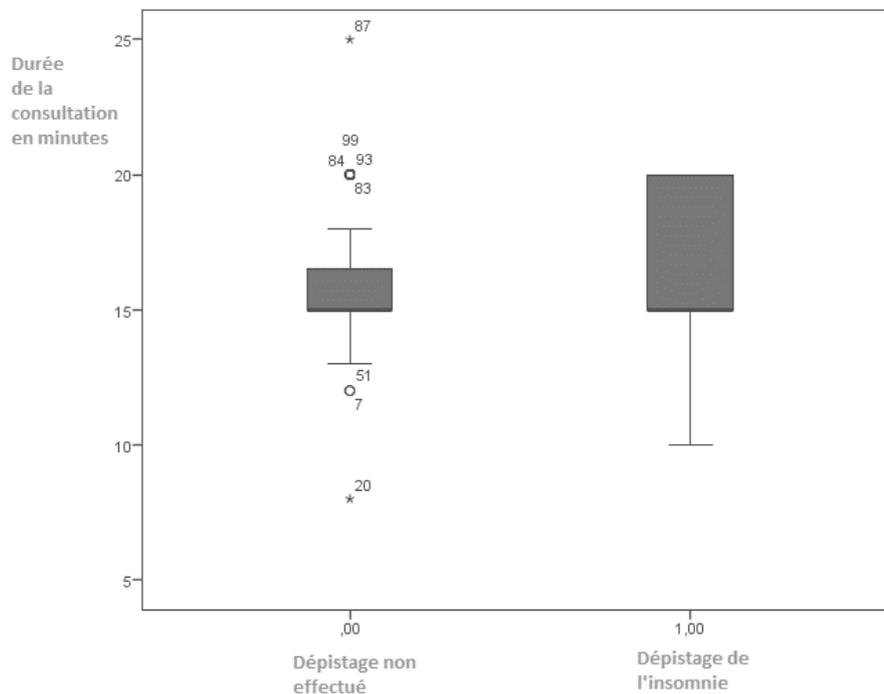


Figure 16 **Dépistage en fonction de la durée habituelle des consultations**

Le test de Mann-Whitney ne montre pas de différence significative liée à la durée habituelle des consultations entre les dépisteurs et les non-dépisteurs ( $p=0.124$  en bilatéral). Chez les non-dépisteurs le temps médian est de 15 minutes [15 ; 17], chez les dépisteurs le temps médian est de 15 minutes [15 ; 20].

### III. Objectif secondaire 1 : Situations à risques dépistées, analyse descriptive



Figure 17 Plan du mode de vie

Les résultats concernant l'objectif secondaire, à savoir les situations à risques faisant ou non dépister l'insomnie sont exprimés en pourcentage ci-dessous :

Le dépistage systématique de l'insomnie devant des événements de vie et/ou changements de rythme de vie (annonce de cancer, deuil, séparation, naissance...) concerne 60.6% (60 médecins), 32.3 % (32) le font souvent, aucun des participants ne recherche jamais l'insomnie dans ces situations à risque.

Les critères socio-économiques tels que la précarité, les violences familiales sont moins pris en compte avec 11.1% (11) des participants qui dépistent toujours l'insomnie, 47.5% (47) souvent et 16.2% (16) jamais.

11.1% (11) dépistent toujours l'insomnie en fonction de l'âge (adolescence, personnes âgées, ménopause ou andropause) et 40.4 % (40) le font souvent. 10.1% (10) ne recherchent jamais l'insomnie dans ces situations à risque.

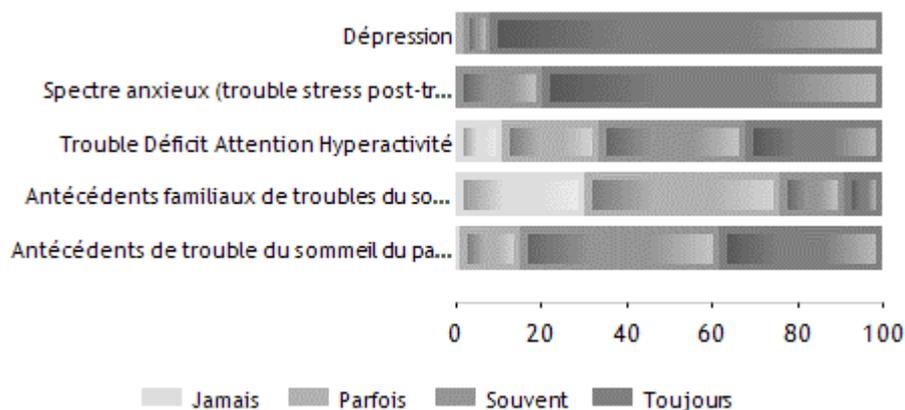


Figure 18 Plan des antécédents psychiatriques et des troubles du sommeil

Le dépistage de l'insomnie dans le cadre d'une dépression rassemble 91.9% (91) des médecins généralistes de l'étude et aucun d'entre eux ne déclare l'omettre.

Le dépistage systématique de l'insomnie dans le cadre des troubles du spectre anxieux (trouble stress post-traumatique, trouble anxieux généralisé...) concerne 79.8% (79) des médecins généralistes de l'étude, 20.2% (20) souvent et aucun ne la recherche jamais.

32.3% (32) dépistent toujours l'insomnie devant un trouble déficit de l'attention et hyperactivité, 34.3% (34) souvent et 11.1% (11) jamais.

La prise en compte des antécédents de troubles du sommeil familiaux est plus rare avec 9.1% (9) qui dépistent toujours l'insomnie, 45.5% (45) parfois, 30.3% (30) jamais.

En revanche les antécédents personnels de trouble du sommeil font toujours dépister l'insomnie chez 38.4% (38) des médecins généralistes, 46.5% (46) souvent. 14,1 % (14) ne recherchent que parfois l'insomnie devant cette situation à risque.

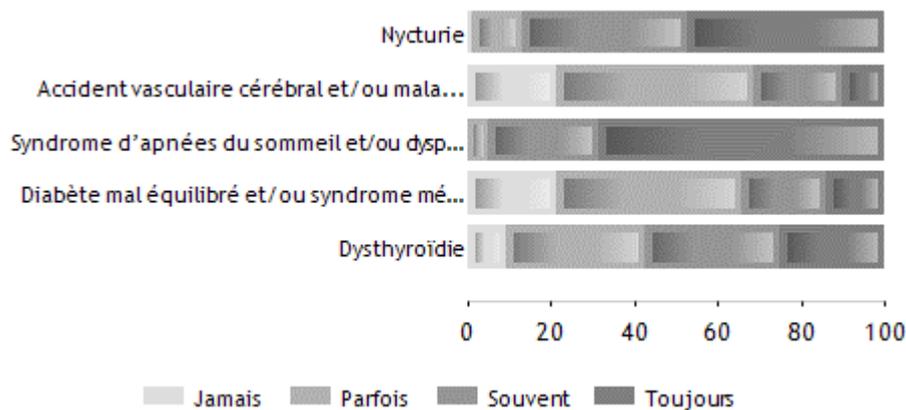


Figure 19 **Plan des antécédents autres que psychiatriques**

Le dépistage systématique de l'insomnie devant une nycturie concerne 47.5% (47) des médecins généralistes de l'étude, 39.4% (39) la dépistent souvent.

21.2% dépistent toujours l'insomnie devant une maladie de Parkinson ou un accident vasculaire cérébral, 21.2 % (21) parfois. La majorité, 47.5 % (47), dépistent parfois ou jamais, 21.2% (21), l'insomnie devant cette situation à risque.

Le dépistage de l'insomnie dans le cadre d'un syndrome d'apnées du sommeil et/ou dyspnée chronique et/ou toux chronique rassemble 68.7% (68) des médecins généralistes de qui le font toujours, 26,3 % (26) souvent. 5.1% (5) ne recherchent que parfois l'insomnie devant cette situation à risque d'insomnie.

Le diabète mal équilibré, l'obésité et le syndrome métabolique ne font dépister systématiquement l'insomnie que chez 14,1 % (14) des participants, 20.2% (20) le font

souvent. La majorité, 44.4% (44) ne recherche que parfois si ce n'est jamais, 21.2% (21), l'insomnie devant ces troubles.

Concernant la dysthyroïdie l'effectif se partage en trois 3 catégories à peu près équivalentes (25.3 % (25) toujours, 32.3% (32) souvent, 33.3% (33) parfois). 9.1% (9) ne recherchent jamais l'insomnie dans cette situation à risque.

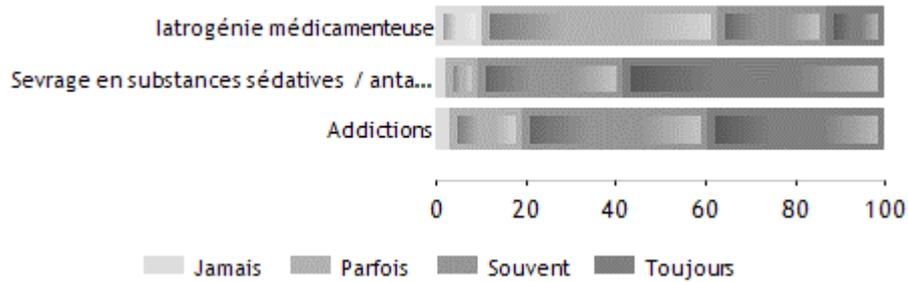


Figure 20 **Plan pharmaceutique**

La majorité des médecins généralistes de l'étude, 52.5% (52) dépistent parfois l'insomnie devant des risques d'iatrogénie médicamenteuse, 24.2 % (24) souvent, 13.1% (13) toujours. 10.1% (10) ne la recherchent jamais.

Le dépistage systématique de l'insomnie chez un patient en sevrage d'une substance sédatrice et/ou antalgique (benzodiazépines, hypnotiques, morphiniques) et/ou addictive (susnommées et alcool, tabac, café, cannabis...) rassemble la majorité des médecins généralistes de l'étude soit 58.6 % (58) d'entre eux, 32.3% (32) le font souvent.

La majorité des médecins de l'étude dépistent l'insomnie dans le cadre d'addictions avec 39.4 % (39) toujours et 41.4% souvent.

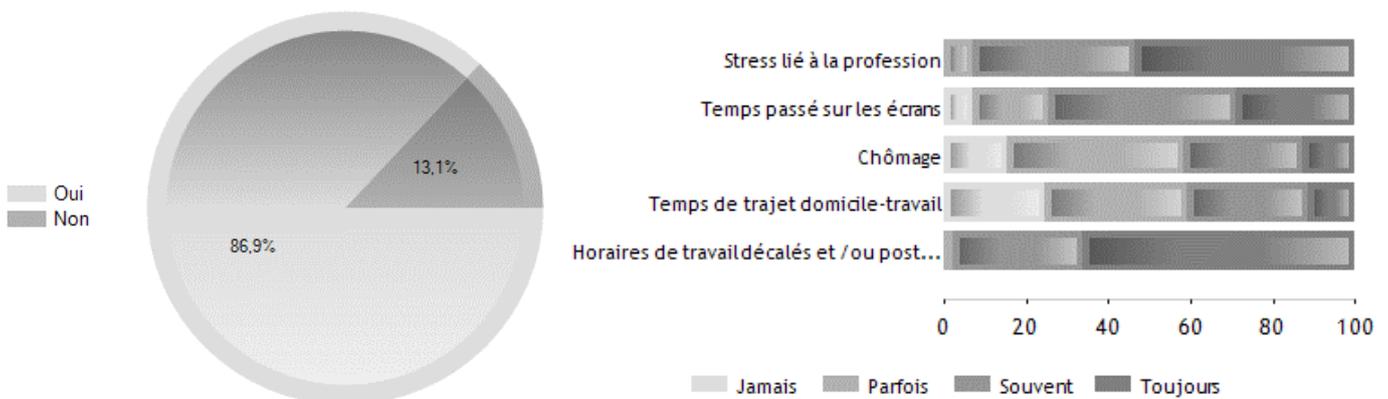


Figure 21 et 22 **Plan du métier**

86.9% (86) des participants sont attentifs au métier de leur patient pour dépister

La majorité des médecins généralistes de l'étude prêtent attention aux horaires postés ou décalés pour dépister l'insomnie avec 66.3% (57) d'entre eux toujours et 31.4% (27) souvent.

Globalement le stress lié à la profession est pris en considération avec une séparation en deux des effectifs entre souvent 39.5% (34) et toujours, 53.3% (46).

Le temps de trajet domicile-travail est peu pris en compte avec 24.4 % (21) des médecins qui répondent jamais, 34.9% (30) parfois contre 29.1% (25) souvent et 11.6% (10) toujours.

On remarque que 29.1 % (25) des médecins sont toujours et 45.3% (39) souvent attentifs au temps passé sur les écrans pour dépister l'insomnie, 18.6 % (16), 7 % (6) jamais.

Le chômage n'est dépisté que chez 12.8% (11) des participants toujours, 29.1% (25) souvent. La majorité des médecins participants ne dépistent que parfois, 43% (37), l'insomnie chez les chômeurs, 15.1 % (13) jamais.

#### IV. Objectif secondaire 2 : Dépistage et suivi, analyse descriptive

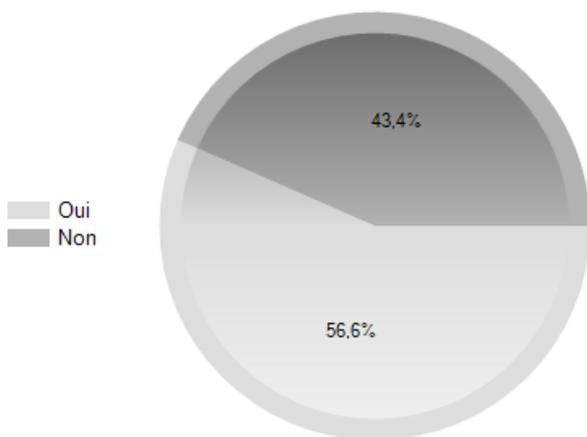


Figure 23 La consultation dédiée

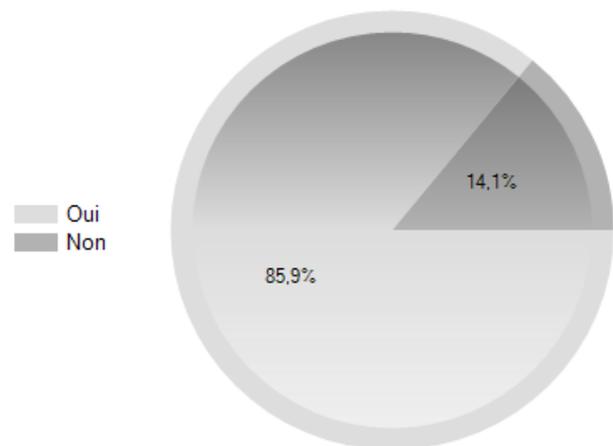


Figure 24 Dépister inviterait le patient à reconsulter

Concernant l'objectif secondaire 2, à savoir la perception du suivi de l'insomnie après dépistage, 56.6% (56/99) voudraient proposer une consultation dédiée aux troubles du sommeil contre 43.4% (43) et 85.9% (85/99) pensent que dépister l'insomnie inviterait les patients à consulter par la suite contre 14.1% (14).

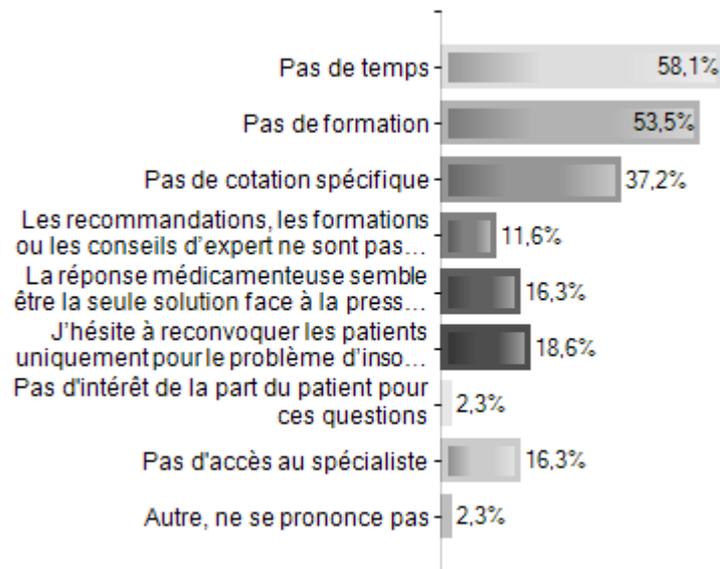


Figure 25 **Les freins à la consultation dédiée**

Parmi les médecins qui ne souhaitent pas réaliser de consultation spécifique, je note que 18.6% (8) hésitent à reconvoquer pour ce motif, 58.1% (25/43) se prononcent pour un manque de temps, 53.5% (23) pour un manque de formation et 37.2% (16) pour l'absence de cotation spécifiques. 16.3% (7) ont coché l'item « *la réponse médicamenteuse semble être la seule solution face à la pression du patient et la demande urgente de résultat de leur part* ». 16.3 % (7) disent que l'absence d'accessibilité des spécialistes est un frein et 11.6% (5) déclarent que les recommandations ou les conseils d'experts sont inadaptées à notre pratique (36.4% des médecins de l'étude disaient ne pas avoir d'accès aux spécialistes en cas de difficulté). 1 médecin (2.3%) déclare que le patient n'a pas d'intérêt pour ces questions. 1 médecin (2.3%) a choisi de ne pas se prononcer.

#### **Les réponses libres sont les suivantes :**

*« Les troubles du sommeil sont aussi essentiels à prendre en charge que les troubles de l'alimentation, néanmoins, à mon sens et au vu de la démographie médicale, il est impératif de ne pas passer par un médecin en premier recours. Il faut sensibiliser et éduquer la population dès le plus jeune âge, et réserver la consultation lorsque les règles hygiéno-diététiques ne suffisent pas. C'est un problème de santé publique. »*

*« Je suis intéressé par le sujet. J'aimerais suivre les résultats de ton travail. »*

*« Je suis intéressé pour être informé des résultats de l'étude »*

*« J'aimerais recevoir le résultat de votre travail »*

*« La question du sommeil est un vrai problème de santé publique hélas nous médecins généralistes y répondons un peu trop facilement par des somnifères*

*d'action courte alors que c'est souvent un symptôme qui est la partie visible d'un iceberg de problèmes. »*

*« Besoin de formation aux professionnels de temps de consultation et d'informations publiques de qualité pour les patients pour casser les idées reçues »*

*« Formation initiale, mise en place de protocole de dépistage et suivi du sommeil en relation avec des centres spécialisés dans le cadre d'une mission de CPTS. »*

*« Les patients expriment plutôt facilement leur problème de sommeil mais attendent trop souvent un traitement miracle sans fournir d'effort (hygiène de vie), ils veulent un résultat immédiat et efficace mais malheureusement sans les hypnotiques le résultat n'est pas optimal (en tout cas rapidement) il faut leur expliquer les RHD afin d'améliorer leur sommeil mais en 15 mn c'est court surtout que c'est souvent un motif de consultation en plus des autres. »*

*« Difficultés à avoir accès à consultations spécialisées du sommeil, uniquement au CHU Amiens dans mon secteur. Dommage de ne pas parler également des attentes des patients et des médecins en cas d'insomnie, avec réponse médicamenteuse souvent attendue/demandée alors que les prises en charges non médicamenteuses sont indispensables »*

*« Une consultation dédiée est super mais souvent les patients n'en voient pas l'intérêt. Je me sens souvent démunie face aux troubles, manque de formation et je n'arrive pas suffisamment à aider les patients. »*

*« Une problématique est la diversité des situations cliniques et des types d'insomnie...*

*Un autre est la demande de benzodiazépines des patients et encore le manque de temps disponible en consultation pour aborder les conseils hygiéno-diététiques et les approches non médicamenteuses... Si vous avez une méthode courte et efficace je suis preneur ! »*

*« Il est très difficile de proposer une prise en charge valable pour les patients concernant l'insomnie. Les somnifères ne sont pas pour moi une solution. Même si on diagnostique le problème à "l'origine" de l'insomnie (rituel du sommeil perturbé, trop d'écrans, mal bouffe, SAOS, dépression...) il est très difficile d'y remédier. La psychothérapie cognitivo- comportementale est quasiment indisponible dans le Cambrésis et la région de la CPTS Nord Aisne. Quand une prise en charge est disponible, elle est bien souvent onéreuse (hypnose, psychologue, sophrologue) ou contraignante (consultations fréquentes, manque de temps, demande beaucoup d'implication de la part du patient). Ce qui me gêne dans le dépistage de l'insomnie, c'est le manque de réponse à apporter. »*

*« Plus facile à dépister qu'à traiter, délai extrêmement long pour un avis, dossier du chu lors du bilan du sommeil pas accessible à tous, savoir lire, comprendre les questions... Bon travail »*

## V- Discussion

### I. Les limites de l'étude

#### 1. Validité interne

Il existe peut-être un **biais de sélection de recrutement** puisque les médecins de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne n'ont été contactés que par le biais des CPTS contrairement aux médecins du Nord et du Pas-de-Calais. Malgré la diffusion de mon questionnaire à toutes les CPTS des Haut-de-France, la population de l'étude était **majoritairement du Nord** (74.7%) puis du Pas-de-Calais (20.2%) avec un exercice majoritairement **urbain** (48,5%) non contrebalancé par la participation des autres départements et le quart des participants étaient des **MSU**. En prévision, la différence de statut a été prise en compte dans l'analyse statistique et il n'a pas été retrouvé de lien entre le statut de MSU et la pratique du dépistage. Il existe un **biais de sélection d'auto-sélection et du volontariat** difficile à neutraliser. Cela étant, si nous essayons d'améliorer nos pratiques il est pertinent de se concentrer sur les médecins qui forment les nouvelles générations et sur ceux qui s'intéressent à la question de l'insomnie.

**Il existait en outre un biais de classement de mémorisation** puisqu'il s'agissait d'une mesure déclarative. L'appréciation chiffrée risquait d'être trop subjective pour avoir un intérêt quantitatif ; une estimation fiable basée sur les dossiers aurait pris trop de temps aux participants. **Un autre biais de classement était celui de l'évaluation subjective de l'enquêteur** complexe à dépasser. Toutefois ces biais, particulièrement en ce qui concerne les situations à risques d'insomnie, ont peu de chance d'être différentiels car les réponses des participants reflètent leur sensibilisation pour chacune d'entre elles et s'ils oubliaient avoir dépisté parfois dans certaines situations, cela confirme que ce n'est pas une habitude de pratique et inversement. Le but de cette thèse rend la part de subjectivité d'autant plus importante qu'elle cherche à connaître les tendances et les affinités de nos généralistes pour le dépistage de l'insomnie.

**L'étude aurait été d'autant plus pertinente que l'outil l'aurait été mais je n'ai pas retrouvé ce test de dépistage performant, validé, adapté à la médecine**

**générale et centré sur l'insomnie.** La création par mes propres moyens d'un outil de dépistage dépasse mes capacités actuelles.

**J'ai demandé aux praticiens s'ils dépistaient en redonnant la définition de l'insomnie en ciblant les innovations de L'ICSD-3. Il n'est pas possible de savoir si les praticiens ont vraiment usé de cette définition précise.** Je ne suis pas sûre que choisir celle du DSM V aurait changé les résultats de ce questionnaire. Une solution aurait été de décomposer la définition en questionnant le praticien point par point mais l'effet « contrôle de connaissances » risquait de biaiser l'étude. A posteriori, il manque une question sur les symptômes diurnes sans lesquels il n'y a pas d'insomnie. Le choix précis de la définition ICSD-3 a permis de montrer les évolutions de penser et d'appréhender l'insomnie.

## **2. Validité externe**

**L'auto sélection par volontariat** diminue la validité externe en raison d'une possible perte de représentativité.

Il y avait une majorité de praticiens du Nord (74.7 %). 20.2% des praticiens sont du Pas-de-Calais, 2% de l'Aisne, 5.1% de l'Oise, aucun praticien de la Somme. Il ne s'agit pas d'un reflet de la démographie médicale actuelle pour la Somme selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) en 2023. (85). L'Aisne et l'Oise ne sont représentés que par 7 médecins mettant en doute la représentativité. **L'étude n'est généralisable qu'aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.**

Dans mon étude **l'âge** médian est de 40 ans. L'âge moyen des médecins généralistes des Hauts-de-France est de 50.6 (hors Somme) ans avec des effectifs chez les plus de 54 ans proportionnellement bien plus importants que dans l'étude (86). Age moyen et âge médian ne se comparent pas mais l'étude semble rassembler une population plus jeune que la population générale. Cela pourrait s'expliquer par le type de support choisi pour la diffusion du questionnaire. **Cette étude ne peut donc pas se généraliser à la tranche des plus de 54 ans qui n'est pas représentative.**

## II. Les forces de l'étude

### 1. Originalité de l'étude

**Bien qu'il s'agisse d'un problème de santé publique, il n'existe aucun dépistage organisé et je n'ai retrouvé aucune thèse ou étude dédiée au dépistage de l'insomnie en médecine générale. J'ai fait le choix d'une étude quantitative qui se base davantage sur nos compétences et le renforcement de bonnes pratiques que sur nos lacunes. Cette étude a permis une démarche de prévention et de sensibilisation des médecins généralistes participants.**

Les études sur les facteurs de risque d'insomnie sont rares et plutôt épidémiologiques **Je n'ai pas retrouvé d'études s'intéressant aux facteurs de risque d'insomnie comme opportunité de dépistage en médecine générale.**

L'étude va au bout de la réflexion permettant d'appréhender si les médecins généralistes sont prêts à réaliser le suivi inhérent au dépistage de l'insomnie.

### 2. Validité interne

L'**effectif nécessaire**  $n=93$  a été atteint avec 99 participants. L'effectif théorique a été calculé grâce aux données épidémiologiques disponibles : l'INPES 2011(4), l'étude de 1999 sur le dépistage de l'insomnie en médecine du travail (83) et l'étude de 2005 sur la perception de l'insomnie en médecine générale (81).

**Il a pu m'être reproché de vouloir dépister une affection sans qu'il y ait de réponse à apporter en cas de positivité. Bien qu'elles ne soient pas évidentes à mettre en place pour le patient et son médecin, plusieurs thérapies peuvent être proposées (résumé dans l'annexe n°2) et d'autant plus facilement qu'elles interviennent tôt dans l'histoire de la maladie.**

**Selon le guide de l'Anaes (14), le dépistage de l'insomnie est pertinent sur le plan théorique.** Il est possible de qualifier d'état pré-morbides de l'insomnie, de stade préclinique réversible le stade où ce diagnostic n'est pas posé strictement mais où il existe de nombreux facteurs de risque prédisposant voir précipitants. Nous retrouvons ce stade de vulnérabilité dans la classification de Spielman et al (34). Les études

peinent à séparer les responsabilités de l'insomnie de ses complications/ comorbidités. Toutefois toutes les études confirment l'importance vitale d'un sommeil de bonne qualité. Les programmes de sensibilisation pour la population cible et les professionnels existent bien qu'ils gagneraient à être diffusés plus largement comme par exemple les documents en ligne du réseau Morphée (18). La continuité d'actions post dépistage est assurée : négatif il représente un atout en termes de prévention et peut permettre de corriger des facteurs favorisants ; positif, il nécessite un suivi pour sa prise en soin qui est connu et consensuel malgré les difficultés d'accès.

Il y avait un **risque de biais de sélection de recrutement**. L'utilisation des mails listes facultaires peut-être est à l'origine d'un biais de sélection des MSU. J'ai donc ouvert l'étude grâce aux mails-listes des CPTS des Hauts-de-France, de la FMC d'Arras et aux médecins ayant laissé une annonce sur le site de l'Ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais. J'ai pris en considération les formations en trouble du sommeil : **il n'y a pas de lien retrouvé entre le dépistage et la formation complémentaire**. J'ai considéré les facteurs d'influences suivants : Le statut de maître de stage universitaire, de médecin installé ou remplaçant, de médecin retraité exerçant, le sexe, le ou les département d'exercice et le ou les type d'exercice en milieu rural, semi-rural urbain, la structure d'exercice (cabinet seul, cabinet de groupe mono professionnel ou regroupement immobilier, en maison de santé pluri professionnelle, pmi, salarié d'un centre de santé, gestion par les collectivités), l'âge, la durée moyenne de consultation, la possibilité d'une formation complémentaire éventuelle sur les troubles du sommeil.

Certains facteurs pouvant être source de confusion comme la formation complémentaire sur les troubles du sommeil ou l'accès à un service ou un spécialiste en médecine du sommeil ont été pris en compte dès le début de l'étude. **Il n'a pas été identifié de biais de confusion**.

Il y avait un risque de **biais de classement lié à la définition des critères diagnostics**. La définition de l'insomnie a été rappelée et la distinction entre trouble du sommeil et insomnie a été posée dès les premières questions. Malgré mes recherches je n'ai pas mis au jour d'**outil adapté et validé pour un dépistage de l'insomnie**. L'outil de l'étude était simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible, valide, disponible et acceptable par la population tout en étant centré sur l'insomnie. Comme la plupart des outils existant il reprenait une définition de l'insomnie, celle de

l'ICSD-3, qui me paraissait la plus pertinente cliniquement et qui a été actualisée récemment avec les avancées scientifiques. Il subsiste un **biais de classement de désirabilité ou de prévarication**, seule une étude sur dossier permettrait d'éviter ce biais. Un autre **biais de classement était lié au remplissage du questionnaire** en particulier pour la question sur les facteurs de risques d'insomnie permettant de brasser un large éventail de situations sans risque de digression vers des facteurs de risques non répertoriés et visant à limiter les biais de mémorisation et de remplissage lié au temps de recherche de la réponse. Il y a cependant un risque de biais de confirmation avec cette méthode.

**Les facteurs de risques retenus pour mon objectif secondaire reposaient sur une solide biographie. La même recherche a été effectuée pour en éliminer certains.**

### **3. Validité externe**

Dans mon étude, l'**âge** médian est de 40 ans avec peu de médecins de moins de 36 ans et une majorité de médecins installés. Cela pourrait s'expliquer par le manque de moyens pour entrer en contact avec les médecins remplaçants mais corrobore les données de l'Ordre (86) avec une grande majorité d'installation 5 ans après la fin des études. La tranche des 36-54 ans est bien représentée ce qui participe à la finalité de l'étude. Puisque changer les mentalités demande du temps, elle représente la part des médecins généralistes qui exerceront ces prochaines années tout en étant susceptibles de modifier leurs pratiques.

Selon les études démographiques de l'Ordre des médecins en 2020 (86) il y a 50.4% de **femmes** actuellement dans la population générale de médecins généralistes dont 65% de femmes chez les médecins généralistes de 40 ans et moins. Je retrouve ces données dans mes résultats. La participation du Pas-de-Calais est représentative avec 20.2% de participants contre 22% environ de médecins généralistes dans le Pas-de-Calais (85). **La participation des médecins du Nord** est écrasante avec 74.7% de participants contre 49% environ de médecins généralistes des Hauts-de-France exerçant dans le Nord (85). Cette disproportion ne donne pas de biais différentiel mais rend l'étude prioritairement généralisable aux médecins généralistes du Nord.

### III. Discussion des résultats

#### 1. Objectif primaire

31.3% soit 31 médecins interrogent systématiquement sur la qualité de sommeil, 81.8% dépistent l'insomnie devant un sommeil de mauvaise qualité. **27.27 % des participants dépistent l'insomnie.** Nous avons presque autant de médecins qui dépistent le sommeil de mauvaise qualité que de médecins qui dépistent l'insomnie. **En revanche l'écrasante majorité recherche l'insomnie sur plainte du patient.** Je retrouve cette analyse dans la thèse d'Anaëlle Cote-Rey et Ingrid Roucou (69). Nous sommes loin des 45% parlant systématiquement à leur patientèle des troubles du sommeil dans une étude de 2005 chez 6043 médecins généralistes (81). Dans quelles circonstances l'abordait-il ? S'agissait-il d'un message de prévention ?

Le sexe féminin est un facteur de risque d'insomnie rendant probable le fait que les médecins généralistes féminins se soient formées en tant que patientes ou en tant que professionnelles. La population de l'étude est représentative de la population générale sur ce point, **un lien statistique entre sexe féminin et la pratique du dépistage de l'insomnie a été retrouvé** ( $p=0.013$ ).

10.1% (10 médecins) des participants **se sentent démunis devant cette problématique au point de ne pas poser la question**, tous âges confondus. 10.1% des participants ont préférés ne pas se prononcer. **Il est intéressant que les 27,27% de médecins qui dépistent l'insomnie ne font pas tous partie des 33.3% de médecins qui ont reçus une formation complémentaire sur les troubles du sommeil** (15/27), il n'y a pas de lien significatif ( $p=0.338$ ) entre les deux. Néanmoins 9 médecins sur les 10 se sentant démunis n'ont pas eu de formation complémentaire, cela pondère ce résultat. S'il n'y a pas de lien entre formation et dépistage, il y en a peut-être un entre l'absence de formation et l'absence de dépistage. Les effectifs sont insuffisants pour répondre à cette question.

**L'avis spécialisé** peut palier à ce manque de formation, ainsi l'on pourrait penser que le dépistage en serait plus effectif or **l'étude ne retrouve pas de lien** ( $p= 0.073$ ). 63.6% des médecins interrogés déclaraient bénéficier d'un accès, le dépistage n'est

pas lié à la démographie médicale. **Je rappelle l'exercice majoritairement urbain de la population de l'étude, ce constat n'engage que le Nord-Pas-de-Calais.** Peut-être que l'accès au spécialiste n'est pas toujours effectif en raison des délais de consultation ?

**Le statut de MSU** peut conférer une formation médicale continue accrue et un contact avec des générations de médecins formés autrement. Il n'y a cependant pas de lien retrouvé dans mon étude entre le statut de MSU et le dépistage de l'insomnie ( $p=0.811$ ). Envisager ce statut comme un facteur de confusion n'était peut-être pertinent, leur rôle étant avant tout de nous permettre de mettre notre savoir en pratique, en situation. Il serait intéressant de voir s'il y a une différence entre une population de MSU et une population de non MSU pour d'autres pratiques médicales.

L'expertise s'acquiert avec le temps et les compétences se développent au fil des années. A contrario la médecine du sommeil est relativement jeune. Evaluer **l'impact de l'âge** sur le dépistage coulait de source. Dans l'étude il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et le dépistage. **On observe toutefois une tendance du dépistage chez les plus âgés.** Il aurait été intéressant d'avoir des effectifs plus importants chez les plus de 54 ans afin de voir si cette tendance est ou non confirmée. S'il s'avérait que nos aînés dépistent d'avantage, il serait intéressant de voir pourquoi notre pratique s'est modifiée et comment nous pouvons l'inverser ! J'aurais apprécié pouvoir constater si les médecins de moins de 36 ans dépistaient plus, si l'on le reliait à la relative jeunesse de la médecine du sommeil et aux réformes universitaires : les effectifs étaient insuffisants.

Une autre donnée intéressante aurait pu être de comparer **le suivi des patients au long cours avec le suivi à très court terme des remplaçants.** Malheureusement l'effectif de médecins remplaçants était trop faible.

Les effectifs de médecins en centre de santé sont également trop faibles mais sont cependant proportionnellement représentatifs de la réalité (86). Sur les 85 médecins installés en groupe 20 (24%) dépistent systématiquement l'insomnie contre 7 sur 14 (50%) des médecins généralistes installés seuls. Il n'y a pas de lien entre le fait d'**exercer seul ou en groupe** et le dépistage de l'insomnie ( $p=0.053$  en bilatéral). Les statistiques sont moins fiables pour les médecins installés seuls car l'effectif est plus modeste. La valeur de  $p$  étant proche du seuil de significativité, des effectifs plus

importants auraient pu permettre de trouver un lien entre travailler seul et dépister. **On observe une tendance à dépister davantage chez les médecins de tout âge travaillant seuls.** Cela pourrait s'expliquer par le suivi d'un patient par plusieurs médecins sans forcément reprendre l'historique systématiquement, ce qui renforcerait la consultation « à la plainte » chez les médecins travaillant en groupe.

Les études antérieures déclaratives basées sur des entretiens retrouvent le manque de temps comme facteur limitant au dépistage, aux activités de prévention et à la prise en soin des troubles du sommeil. Or l'analyse statistique ne montre pas de différence significative liée à la **durée habituelle des consultations** entre les dépisteurs et les non-dépisteurs ( $p=0.124$  en bilatéral) avec une majorité à 15 minutes. Les dépisteurs semblent avoir des consultations plus longues de manière plus stable avec moins de valeurs extrêmes. Il s'agit évidemment du temps moyen de consultation, cela ne signifie pas que le temps de consultation n'est pas adapté selon les motifs. **Selon cette étude il n'y a pas de lien entre prendre le temps de dépister et le temps habituel dédié à la consultation ; des effectifs plus importants auraient eu d'autant plus d'impact.**

#### a) Le risque du sur-diagnostic

*« Un des premiers résultats de la mise en place d'un dépistage est l'augmentation de l'incidence de la maladie dépistée [...] une redistribution des cas diagnostiqués vers les stades les moins avancés de la maladie »* (14) *« Le dépistage peut révéler des affections qui n'auraient pas évolué [...]. La meilleure survie de telles affections ne reflète en rien l'efficacité du dépistage mais à nouveau un biais de sélection de formes de bon pronostic »* (14). Dans le cadre du dépistage négatif, la question ne se pose pas et se solde par un message de prévention et de disponibilité. Dans le cas où le dépistage est positif, ce constat doit nous renforcer dans la non-délivrance de médicaments avec exposition des alternatives non médicamenteuses. Si la maladie n'évolue pas nous ne saurons jamais si c'est grâce à nos conseils ou si c'était une forme de bon pronostic. **L'innocuité de la démarche, son apport préventif, son possible effet curatif rend le possible sur-diagnostic moins délétère ; à condition de faire le suivi nous-même et de ne pas encombrer les services spécialisés d'insomnies non sévères et non compliquées.**

## 2. Objectif secondaire 1

La thèse de Sandie Moreau publiée en 2010 (70) indiquait que chez 41 médecins généralistes, 83% d'entre eux recherchaient un sommeil de mauvaise qualité lors de comorbidités psychiatriques et 67% lors de la présence de comorbidités susceptibles de modifier le sommeil. Ces dernières n'avaient pas été détaillées.

**L'étude retrouve d'excellentes pratiques** de dépistage de l'insomnie devant une dépression (91.9%), le spectre anxieux (trouble stress post-traumatique, trouble anxieux généralisé...) (79.8%), le syndrome d'apnées du sommeil et/ou la toux chronique et/ou la dyspnée chronique (68.7%). **En revanche nous avons une piste d'amélioration à propos des événements de vie et des changements de rythme de vie** qui n'enclenchent un dépistage que dans 60.6% des cas alors qu'il s'agit de l'événement précipitant par excellence...

**La médecine du sommeil** est relativement récente ce qui pourrait expliquer que l'âge soit moins considéré (11% toujours, 40.4 % souvent). Il est malheureusement physiologique de moins bien dormir après 50 ans et d'avoir un rythme de sommeil décalé par rapport à la pression sociétale lorsque l'on est adolescent. **Dépasser les pressions sociales, faire accepter d'avoir un sommeil corrélé à son âge est un combat qui dépasse la seule médecine générale et qui s'inscrit dans une démarche sociétale.** Etant donné les découvertes en génétique et l'impact des apprentissages des modes de vie familiaux, **l'attention aux antécédents de troubles du sommeil familiaux est rare** avec 30.3% de jamais et demande d'y sensibiliser les médecins généralistes. Nonobstant, le dépistage sur **les antécédents personnels de trouble du sommeil** chez 38.4% des médecins généralistes (et 46.5% souvent), est une excellente pratique à renforcer.

Le domaine des **addictions et du sevrage** en substances sédatives et/ou antalgiques et /ou addictives (39.4% et 58.6%) recueille de bons résultats. Ceci-étant, **une meilleure sensibilisation serait nécessaire afin de rendre automatique la surveillance du sommeil en cas de sevrage bénéficiant d'un suivi en médecine générale.** Plus généralement l'iatrogénie médicamenteuse demeure une approche complexe avec tout de même 13.1% de toujours et 52.5% de parfois. **Le bilan partagé de médication avec le pharmacien n'aurait-il pas un avenir devant la complexité grandissante de notre pharmacopée ?**

Etant donné les contraintes de notre profession nous devrions être d'avantage sensibilisés aux risques **des horaires de travail** décalés et /ou postés qui ne font dépister que dans 66.3% des cas alors qu'il s'agit d'un facteur majeur de mauvaise qualité de sommeil. De même le stress lié à la profession dans seulement 53.3% des cas. Le temps de trajet domicile-travail est mésestimé avec 24.4% de jamais, **34.9% parfois malgré un sur risque majeur lié à un sommeil et un temps de transition veille sommeil amputé sans compter le stress des transports. On remarque que le temps passé sur les écrans malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation est insuffisamment exploré** avec 7 % de jamais et 18.6 % de parfois. Mais c'est en très bonne voie avec 45.3% de souvent et 29.1% de toujours. En revanche, **le chômage**, malgré un sur-risque majeur n'obtient que 12.8% de dépistage (29.1% de souvent). Changement de rythme de vie, il est particulièrement à risque de déstructuration du rythme veille –sommeil en favorisant la sédentarité ainsi que de syndromes anxio-dépressifs et d'addictions. **Il serait intéressant de penser à demander et actualiser le métier, les risques professionnels de nos patients.**

La majorité, 44.4% (44) ne recherche que parfois si ce n'est jamais, 21.2% (21), l'insomnie devant un diabète mal équilibré, une obésité ou un syndrome métabolique. **La morbi-mortalité liée au diabète, à l'obésité et au syndrome métabolique avec toutes leurs complications cardiovasculaires rend prioritaire toute démarche de prévention.** Après la lutte contre la sédentarité, la « fast-food » et l'insuffisance rénale chronique, **la prochaine étape de la prévention cardiovasculaire et métabolique doit être le dépistage de l'insomnie et du mauvais sommeil !**

### **3. Objectif secondaire 2**

**Le suivi inhérent au dépistage semble bien accepté des médecins généralistes.** Le biais de désirabilité pour ces questions ne peut être exclu, de même que ne peut être exclu un intérêt de la profession pour cette question. 56.6% des participants semblent croire à la consultation de suivi dédiée, d'avantage que ceux qui recherchent systématiquement le sommeil de mauvaise qualité (31.3%). Assez logiquement 53.5% de ceux qui ne se voient pas assurer cette consultation estiment manquer de formation. Dans la thèse de Mlle Moreau de 2010 (70), « *plus des deux tiers des médecins ont répondu qu'ils avaient pour habitude de proposer une*

*consultation de suivi »* alors que dans les faits « *seulement un sur cinq le fait dans le cadre d'une consultation spécifique dédiée au sommeil.* ». La majorité revoyait le patient pour ce motif dans le cadre de la consultation pour le renouvellement de leur traitement habituel (70). Dans l'étude il était question d'une consultation dédiée, doit-on tout de même pondérer notre résultat ?

**S'ils acceptent l'idée d'une consultation de suivi, il n'y a qu'un tout petit pas à faire pour dépister l'insomnie et le sommeil de mauvaise qualité. De plus 85.9% des participants pensent que dépister l'insomnie inviterait le patient à reconsulter. Lorsque l'on sait que l'un des principaux problèmes pour traiter les troubles du sommeil réside dans le fait que nos patients ne viennent pas nous en parler, il y a matière à progresser significativement !**

**La prise en soin après le dépistage peut indéniablement être chronophage** d'où l'idée d'une consultation dédiée avec si possible une cotation adaptée, 37.2% des participants ne souhaitant pas réaliser la consultation de suivi ont déploré son absence. Néanmoins, **consacrer 15 minutes au motif de consultation « sommeil de mauvaise qualité » serait déjà une avancée majeure puisque l'on sait qu'il s'agit souvent d'un motif « poignée de porte »** : le dépistage peut ouvrir une porte vers cette consultation.

Je cite Mlle Moreau pour la justesse de ses propos (70) « *Tout le monde sera d'accord pour dire qu'un sommeil de qualité et suffisant est essentiel. Pourtant, l'idée que les médecins n'ont pas le temps, de prendre le temps de traiter cette affection, reste ancrée dans les esprits et les pratiques. S'accorder le temps d'une consultation dédiée au sommeil, n'est-il pas le meilleur moyen d'avoir ce temps qui semble manquer ? Peut-être devons-nous juste apprendre, patients et médecins, à se laisser ce temps nécessaire à la prise en charge de cette affection* ». N'est-ce pas une question de perception du temps ? Est-ce la crainte de la non-rentabilité du temps investi ? Est-ce parce que l'on ne veut pas prendre le temps pour une problématique également sociétale ?

**Je reviens ici sur certaines déclarations de la partie « expression libre » :**

Un des médecins non dépistant mal à l'aise avec cette thématique déclarait « *Les troubles du sommeil sont aussi essentiels à prendre en charge que les troubles de l'alimentation, néanmoins, à mon sens et au vu de la démographie médicale, il est*

*impératif de ne pas passer par un médecin en premier recours. Il faut sensibiliser et éduquer la population dès le plus jeune âge, et réserver la consultation lorsque les règles hygiéno-diététiques ne suffisent pas. C'est un problème de santé publique. »*

Effectivement le médecin généraliste n'est pas le seul à pouvoir faire de la prévention à propos du sommeil, l'état peut lancer des campagnes, l'école aussi, il me semble néanmoins difficile de nous récuser. Je répondrais à la précédente citation avec celle-ci : « *La question du sommeil est un vrai problème de santé publique hélas nous médecins généralistes y répondons un peu trop facilement par des somnifères d'action courte alors que c'est souvent un symptôme qui est la partie visible d'un iceberg de problèmes.* » **Cela justifie je pense le passage par un professionnel de santé**, pour identifier le « pourquoi » et savoir y répondre. **Une insomnie ne résulte jamais d'une simple inobservance des règles d'hygiène du sommeil, il y a toujours un facteur précipitant et des facteurs de maintien.** Quand il n'y a pas de troubles à proprement parler, à nous de profiter de la consultation pour sensibiliser et faire de la prévention, **ne serait-ce qu'en diffusant les règles d'hygiène de sommeil toujours et en premier lieu quand un patient vient nous demander « un cachet pour dormir » et en lui proposant de le revoir.** Le bouche à oreilles reste le meilleur moyen de diffusion à l'heure actuelle et les influenceurs nous le rappelle sans cesse, à nous d'initier !

**Parmi les médecins qui ne souhaitent pas réaliser cette consultation spécifique** nous ne reviendrons pas sur les 2.3% déclarant que le patient n'a pas d'intérêt pour ces questions. En revanche 16.3% ont coché l'item « **la réponse médicamenteuse semble être la seule solution face à la pression du patient et la demande urgente de résultat de leur part** ». Je cite ici une praticienne « *Les patients expriment plutôt facilement leurs problèmes de sommeil mais attendent trop souvent un traitement miracle sans fournir d'effort (hygiène de vie), ils veulent un résultat immédiat et efficace mais malheureusement sans les hypnotiques le résultat n'est pas optimal (en tout cas rapidement)* ». Si les médecins ont l'impression d'agir sous la pression du patient, n'est-ce pas questionnant ? Est-ce afin de conserver leur patientèle ? Est-ce parce qu'ils se sentent démunis face à la problématique du sommeil et tente alors de répondre à leurs exigences ? Devons-nous accepter que le patient reporte le problème sur nous en nous demandant une solution miracle qui n'existe pas ? Devons-nous céder en connaissance du rapport bénéfice-risque ?

**Un autre argument s'opposant à la consultation de suivi est le manque de temps (58.1%).: « le manque de temps disponible en consultation pour aborder les conseils hygiéno-diététiques et les approches non médicamenteuses...Si **vous avez une méthode courte et efficace je suis preneur !** ».** La diversité et la complexité des insomnies est irréfutable, le manque de temps s'entend. Néanmoins un médecin soigne mais ne fait pas de miracles. Est-ce un manque de temps ou un manque d'intérêt pour la question ou la peur de perdre du temps à expliquer une démarche que l'on pense inefficace ? **Cette citation conforte l'idée que la prise en soin de l'insomnie est problématique sur le plan médical autant que sur le plan sociétal. Dans une société qui ne prend pas le temps, il n'y a pas le temps.**

## **VI- Conclusion**

**Il s'agissait d'une étude de pratique quantitative épidémiologique répondant à des objectifs de santé publique et permettant une sensibilisation des médecins généralistes au sujet de l'insomnie. La population est particulièrement représentative pour les 36-54 ans du Nord-Pas-de-Calais chez qui l'étude peut être généralisée.**

L'observance des règles d'hygiène de sommeil, la fréquence des troubles et leurs répercussions au quotidien nécessaires au diagnostic d'insomnie dans l'ICSD-3 invitent à la qualification **d'état pré-morbide de l'insomnie**. Cet état renforce l'intérêt du dépistage de l'insomnie qui, même négatif, permettra de délivrer un message de prévention et de sensibilisation à des patients vulnérables sur ce point, en particulier les court-dormeurs.

**27.27 % des participants dépistent l'insomnie. La majorité recherche l'insomnie sur plainte du patient. La médecine évoluant toujours plus en amont du pathologique, le rôle du médecin généraliste n'est-il pas appelé à suivre cette tendance avec la promotion d'une bonne santé globale et des activités de prévention? Un dépistage du trouble « insomnie » négatif serait une avancée pour des patients ainsi éduqués, formés et informés (décision en pleine conscience et pleinement éclairée) qui auraient mieux connaissance de l'importance de leur sommeil pour leur santé. 85.9% des participants pensent que dépister l'insomnie inviterait le patient à consulter spécifiquement pour ce problème, ce qui supprimerait un des principaux freins à la prise en soin de l'insomnie.**

**Le dépistage de l'insomnie peut s'appuyer sur certains de ses facteurs de risque dont le suivi de la dépression, du spectre anxieux, du syndrome d'apnée du sommeil et/ou la toux chronique et/ou la dyspnée chronique. Le dépistage sur les antécédents personnels du patient est en bonne voie. En revanche, nous avons une piste d'amélioration à propos des événements de vie et des changements de rythme de vie puisqu'il s'agit de l'événement précipitant par excellence...En médecine du sommeil il faudrait sensibiliser sur l'importance de l'Age du patient dans le trouble insomnie et dépasser les pressions sociales pour faire accepter un**

sommeil corrélé à l'âge ; ce combat dépasse la seule médecine générale et s'inscrit dans une démarche sociétale. Il serait intéressant de penser à demander et à actualiser le métier et les risques professionnels de nos patients en tenant compte du temps passé sur les écrans, des horaires décalés, du temps de trajet et de la situation de chômeur. Etant donné les découvertes en génétique et l'impact des apprentissages des modes de vie familiaux, l'attention aux antécédents de troubles du sommeil familiaux est rare et demande d'y sensibiliser les médecins généralistes. Le domaine des addictions et du sevrage en substances sédatives et/ou antalgiques et /ou addictives recueillent de bons résultats. **Ceci-étant, une meilleure sensibilisation serait nécessaire afin de rendre automatique la surveillance du sommeil en cas de sevrage bénéficiant d'un suivi en médecine générale. La morbi-mortalité liée au diabète, à l'obésité, au syndrome métabolique, aux pathologies cardiovasculaires rend prioritaire le dépistage de l'insomnie dans ce domaine** qui aggravent ces pathologies autant que ces dernières sont pourvoyeuses d'insomnie.

**56.6% des participants seraient intéressés par une consultation de suivi dédiée**, pourtant plus ardue à concrétiser que le dépistage de l'insomnie. **La consultation dédiée renforce l'idée que la prise en soin de son sommeil n'est pas secondaire ; puisque nous prenons le temps, il sera plus enclin à prendre le sien surtout s'il s'agit d'une décision médicale partagée. Nous arrivons à deux questions : « Est-ce gênant d'habituer nos patients à « une consultation=un motif ? » « Est-ce gênant de demander à un patient de revenir ? ».** Une consultation dédiée avec une cotation adaptée serait idéale. Cela étant, consacrer 15 minutes au motif de consultation « sommeil de mauvaise qualité » serait déjà une avancée majeure. **La consultation dédiée peut permettre de cartographier l'insomnie du patient en cherchant les facteurs précipitants, prédisposant et de maintien en s'appuyant en premier lieu sur ceux qui ont permis de dépister l'insomnie. Elle peut aussi servir à leur présenter les TCC** puis d'assurer le suivi au long cours comme pour la dépression. Tout au long du suivi nous pouvons chercher les facteurs précipitants, prédisposant, de maintien et tenter de les corriger, suivre leurs progrès, vérifier l'absence de complications, désamorcer l'auto entretien en recherchant les fausses croyances et les mauvaises habitudes, vérifier l'observance médicamenteuse, les motiver aux TCC. Ne faut-il pas avoir le courage de refuser de

prescrire ? **Nous ne pouvons pas nous contenter d'effacer le symptôme, il faut diminuer la vulnérabilité du patient aux complications de l'insomnie et l'un des meilleurs moyens est de l'informer.** Il s'avère qu'il existe beaucoup de documents à destination des patients (réseau Morphée par exemple) (18). Je reprends ici la réflexion d'un des médecins participants à l'étude : « *Quand une prise en charge est disponible, elle est bien souvent onéreuse (hypnose, psychologue, sophrologue) ou contraignante (consultations fréquentes, manque de temps, demande beaucoup d'implication de la part du patient). Ce qui me gêne dans le dépistage de l'insomnie, c'est le manque de réponse à apporter.* » Si nous cherchons à nous substituer aux patients et/ou à vouloir les *prendre en charge*, nous sommes condamnés à échouer car les thérapies de l'insomnie requièrent un réel investissement du patient. Un parcours avec un psychologue est onéreux et contraignant et pourtant nous le préconisons ; l'usage d'une VNI (ventilation non invasive) est contraignant mais pour certains patients, c'est révolutionnaire. Les arguments socioéconomiques et démographiques ne résistent pas aux nombreux supports internet vers lesquels nous pouvons les orienter (cf annexe n°2) après les avoir lu ou écouté nous-même. Ils sont ensuite libres de décider d'y investir ou non du temps et des moyens logistiques et financiers. **Ne préjugeons pas des capacités de nos patients, donnons-leur toutes les clefs ainsi que les limites du système** et rendons les acteurs de leur prise en soin. **Nous ne prenons pas en charge les patients, nous ne pouvons que les prendre en soin.** La prise en soin, construite de concert, permet de diminuer durablement la vulnérabilité du patient en augmentant leurs capacités d'adaptation.

**La prise en soin de l'insomnie demeure difficile.** Les recommandations concernant l'usage médicamenteux restent en décalage avec la réalité du terrain. **Néanmoins nos difficultés à les instaurer sur une durée limitée est à mettre en relation avec leur prescription dans des insomnies prises en soin tardivement.** Ajoutons que la prescription médicamenteuse s'inscrit régulièrement après échec de l'automédication, sans respect des RHD, sans recherche et correction des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, sans association aux TCC.... **Peut-être que la prise en soin précoce du trouble permettrait de respecter la place limitée des thérapies médicamenteuses tout en ayant une efficacité en association avec ses alternatives et un suivi ?** Les études manquent à ce sujet puisqu'elles se consacrent aux insomnies sévères, chroniques et le plus souvent compliquées de

comorbidités causales ou non. Les TCC sont également plus faciles à mettre en place avant que ne s'ancrent les mauvaises habitudes et les fausses croyances qui en découlent. **Dépistons, sensibilisons !**

## VII- Bibliographie

1. World Health Organization. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Disponible : <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
2. SFTG, HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2006 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc\\_sftg\\_insomnie\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf)
3. Norah V, Lionberg C. Treatment Preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep*. 2001; 24(04):411-417.
4. Beck F, Leger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). *Enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES.BEH*. nov 2012;(44-45):497-501.
5. Léger D, Zeghnoun K, Richard J-B, Farout B, Griffon L, Chennaoui M. Prévalence et facteurs associés au temps de sommeil en France en 2017 et à l'insomnie en France (15–85 ans). *Enquête Baromètre Santé 2017. Médecine du Sommeil*. 2019 Mar;16(1):27.
6. Richaud A. Outils de dépistage des troubles du sommeil en psychiatrie [Thèse de doctorat]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux. 2021.
7. Poirot I, Schröder C-M. Classification des troubles du sommeil. In : *Sommeils, rythmes et psychiatrie*. Malakoff : Dunod ; 2016. P.1-16.
8. Ruppert E, Kilic-Huck U. Republication de : Diagnostic et comorbidités des troubles du rythme Veille-Sommeil. *Médecine du Sommeil*. 2019 Sept;16(3):161–8.
9. Léger D, Quera-Salva M.-A, Gronfier C. Troubles du rythme circadien veille-sommeil. In : *Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.195-210.
10. Léger D, et al. La perception de l'insomnie en médecine générale. *PresseMéd*. 2005;34:1358-62.
11. Institut national du sommeil et de la vigilance. Enquête INSV-MGEN 2011. *Somnolence* [En ligne]. 2024 [cité le 04 janv2024]. Disponible : <https://www.institut-sommeil-vigilance.org>
12. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders 3ème éd*. Darien IL : American Academy of Sleep Medicine. 2014.
13. Leblanc M. Histoire naturelle de l'insomnie et identification de facteurs de risque [Thèse de doctorat]. Québec, Canada : Ecole de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université de Laval. 2006.
14. Anaes. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Disponible : [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_programme\\_depistage\\_ra\\_p.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_ra_p.pdf)
15. Poirot I, Schröder C-M. Physiologie du sommeil et des rythmes biologiques. In : *Sommeils, rythmes et psychiatrie*. Malakoff : Dunod ; 2016. P.37-98.
16. Taillard J, Gronfier C. Régulation circadienne et homéostatique du sommeil et de la veille. In : *Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.29-46.
17. Spiegel K, Copinschi G. Fonction endocrino-métabolique et sommeil. In : *Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.325-340.
18. Réseau Morphée. *Besoins de Sommeil* [En ligne]. 2020 [cité le 2024 Feb 4]. Disponible : <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/quel-dormeur>

19. Lopez R, Dauvilliers Y. Sommeil normal. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.3-12.
20. Schröder C.M, Micoulaud-Franchi J.-A, Bourgin P. Psychiatrie et sommeil. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.341-362.
21. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? JAMA. 1989 Sep 15;262(11):1479-1484.
22. Deng H-B, Tam T, Zee BC-Y, Chung RY-N, Su X, Jin L, et al. Short Sleep Duration Increases Metabolic Impact in Healthy Adults: A Population-Based Cohort Study. Sleep. 1 oct 2017;40(10).
23. Roubille F, Davy J-M, d'Ortho M.P. Cardiologie et sommeil. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P. 299-312.
24. Barateau L, Carlander B, Evangelista E, et al. Neurologie et sommeil. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.255-298.
25. Tamisier R, Pépin J-L, Lévy P. Pneumologie et sommeil. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.313-324.
26. Kalmbach DA, Pillai V, Drake CL. Nocturnal insomnia symptoms and stress-induced cognitive intrusions in risk for depression: A 2-year prospective study. PLoS ONE [En ligne]. 13 févr 2018 [cité 16 mai 2018];13(2). Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810998/>
27. Garbarino S, Magnavita N, Guglielmi O, Maestri M, Dini G, Bersi FM, et al. Insomnia is associated with road accidents. Further evidence from a study on truck drivers. PLoS ONE [Internet]. 31 oct 2017 [cité 16 mai 2018];12(10). Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663450/>
28. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 déc2011;59(6):409-22.
29. Gallup Organization Sleep in America. Princeton NJ: The Gallup organization, 1991.
30. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, et al. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. Can Fam Phys. 2001; 47:759-767.
31. Poirot I, Schröder C-M. Sommeil, psychiatrie et santé publiques. In : Sommeils, rythmes et psychiatrie. Malakoff : Dunod ; 2016. P.17-36.
32. Bin Heyat MdB, Lai D, Wu K, Akhtar F, Sultana A, Tumrani S, et al. Role of oxidative stress and inflammation in insomnia sleep disorder and cardiovascular diseases: Herbal antioxidants and anti-inflammatory coupled with insomnia detection using machine learning. Current Pharmaceutical Design. 2022 Dec;28(45):3618–36.
33. Avidan AY, Fries BE, et al. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2005;53(6):955-962.
34. Spielman AJ, Glovinsky P. The varied nature of insomnia. In : Hauri P, editor. Cases studies in insomnia. New-York : Plenum Press; 1991
35. Poirot I, Schröder C-M. Conduite à tenir devant une plainte de sommeil. In : Sommeils, rythmes et psychiatrie. Malakoff : Dunod ; 2016. P.89-140.
36. Beck F, Richard JB, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85ans) [Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey]. Rev Neurol (Paris). 2013 Dec;169(12):956-64. French.
37. Philip P, Sagaspe P. Exploration de la somnolence et de la vigilance. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P.91-102.
38. Chen I. Le stress, l'hyperactivation et l'insomnie. [Thèse de doctorat]. Québec, Canada : Université de Laval. 2017.

39. Morin C.M, Bélanger L. Insomnie chez l'adulte. In : Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2019. P111-128.
40. Poirot I, Schröder C-M. Syndromes psychiatriques, sommeil et rythmes. In : Sommeils, rythmes et psychiatrie. Malakoff : Dunod ; 2016. P.141-234.
41. Institut national de recherche et sécurité (INRS). Travail en horaires atypiques [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : <https://www.inrs.fr/risques/travail-horaires-atypiques/effets-sur-la-sante-et-accidents.html>
42. Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV). Enquête INSV-MGEN 2011. Sommeil et transports 2014 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : [www.institut-sommeil-vigilance.org](http://www.institut-sommeil-vigilance.org)
43. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psych.* 1994; 151(8):1172-80.
44. Ohayon MM, Lemoine P. Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française [A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population]. *Encephale.* 2002 Sep-Oct;28(5 Pt 1):420-8. French. PMID: 12386543.
45. Baylan S, Griffiths S, Grant N, Broomfield NM, Evans JJ, Gardani M. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2020 Feb;49:101222.
46. Grau-Rivera O, Operto G, Falcón C, Sánchez-Benavides G, Cacciaglia R, Brugulat-Serrat A, et al. Association between insomnia and cognitive performance, Gray Matter Volume, and white matter microstructure in cognitively unimpaired adults. *Alzheimer's Research & Therapy.* 2020 Jan 7;12(1).
47. Lebrun C, Gély-Nargeot M-C, Bayard S. L'insomnie dans la maladie de Parkinson Partie I : épidémiologie, évaluation et facteurs associés. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* 2020;18(3):321-330.
48. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A et coll. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ.* 2000;162(2):225-33.
49. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 2005;331:1169-73.
50. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:817-25.
51. Geoffroy PA, Micoulaud Franchi J-A, Lopez R, Schroder CM. Republication de : Utilisation de la mélatonine Dans les troubles psychiatriques Chez l'adulte : Recommandations d'experts de la société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS). *Médecine du Sommeil.* 2020 Sept;17(3):195-209.
52. Rédaction Prescrire. Plainte de mauvais sommeil : autant que possible éviter les somnifères. *Rev Prescrire.* 2008; 18(292):111-18.
53. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. Le bon usage des médicaments psychotropes. Juin 2006 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : <http://www.assemblée-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.asp>.
54. Bourin M. Les médicaments du sommeil et de la vigilance et leurs indications. *Ann Pharm Fr.* 2007;65:251-7.
55. Brion A. Actualités dans le traitement médicamenteux de l'insomnie. *Ann Méd Psychol.* 2002;160:97-101.
56. Poirot I, Schröder C-M. Comportements et sommeil ou l'art de ne pas détraquer son sommeil. In : Sommeils, rythmes et psychiatrie. Malakoff : Dunod ; 2016. P.273-281.
57. INPES. Les français et leur sommeil. Mars 2008 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf>.
58. Apprendre les Thérapies Emotionnelles Comportementales Cognitives et (TCC ouTECC) [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/>
59. Spielman A, Caruso L, Glovinsky PA. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatry Clinics of North America.* 1987;10:541-53.

60. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1972;7:395-6.
61. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*. 23 mai 2011;171(10):887-95.
62. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*. 1987;10:45-56.
63. Pascalin C. Problèmes de sommeil...Comment compter efficacement les moutons [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible: [http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2012\\_Tours\\_Pasqualin\\_Bredeloux\\_Insomnie/co/Pasqualin\\_Bredeloux\\_Tours\\_web.html](http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2012_Tours_Pasqualin_Bredeloux_Insomnie/co/Pasqualin_Bredeloux_Tours_web.html)
64. Hullar J. Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en oeuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Nancy I. Faculté de médecine. 2009.
65. André C. Méditation, Médecine et neurosciences. *Études*. 2018 Nov 22;Décembre(12):49–60. doi:10.3917/etu.4255.0049
66. Organisation mondiale de la santé. Therapeutic patient education: Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: Report of a WHO Working Group. 1998 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
67. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. Loi Hôpital Patients Santé Territoires. 21 juillet 2009 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
68. HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques)
69. Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties [thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université de Grenoble. 2013.
70. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris 7 – Denis Diderot. 2010
71. Morin CM, Gaulier B, Barry T, Kowatch RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep*. 1992; 15(4):302-305.
72. Delorme A. Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par l'éducation thérapeutique. Une revue narrative de littérature [thèse de doctorat]. Toulouse, France : Université de Toulouse – Paul Sabatier. 2018.
73. Soilhi. Apports d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, en soins primaires: étude prospective en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Faculté de médecine et pharmacie de Rouen. 2016.
74. Groenewold N, Mason T, Williams M, Kavanaugh C, Wang H, Rhode S, et al. 0991 improvements in insomnia and subjectively unrefreshing sleep following sleep hygiene intervention. *Sleep*. 2019 Apr;42(Supplement\_1).
75. Quintiliani MI, Imperatori C, Testani E, Losurdo A, Tamburello S, Contardi A, Della Marca G, Farina B. Usefulness of psychoeducational intervention in chronic insomnia: an actigraphic study. *J Ment Health*. 2020 Feb;29(1):20-26.
76. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*. 1997 Feb;20(2):95-101.

77. Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport sur le thème du sommeil. Décembre 2006 [En ligne]. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible : [http://www.sfrms-sommeil.org/IMG/pdf/rapport\\_sommeil\\_giordanella.pdf](http://www.sfrms-sommeil.org/IMG/pdf/rapport_sommeil_giordanella.pdf)
78. Mathon A. Dépistage de l'insomnie en médecine générale : représentations et attentes des patients lorrains sur la place du sommeil en consultation [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine- Faculté de médecine de Nancy. 2020.
79. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des Lieux. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2011 Dec;59(6):409–22.
80. Ohayon MM, Caulet M, Arbus L, Billard M, Coquerel A, Guieu JD, et al. Are prescribed medications effective in the treatment of insomnia complaints? J Psychosom Res 1999;47:359–68.
81. Leger D, Allaert FA, Massuel MA. La perception de l'insomnie en médecine générale. Enquête auprès de 6043 médecins généralistes. PresseMed 2005;34:1358–62.
82. Chiu HY, Chang LY, Hsieh YJ, Tsai PS. A meta-analysis of diagnostic accuracy of three screening tools for insomnia. J Psychosom Res. 2016 Aug;87:85-92.
83. Morand M. Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale : expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : université de Bordeaux. 2016
84. Bouchard M, Reich M. Les insomnies en oncologie : dépistage et prise en charge [Insomnias in oncology: screening and management]. Bull Cancer. 2012 May;99(5):571-9. French.
85. Institut national de la statistique et des études économiques. Professionnels de santé au 1er janvier 2023 comparaisons régionales et départementales [En ligne]. [cited 2024 Feb 4]. Disponible : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD\\_068\\_tab1\\_regions2016](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_regions2016)
86. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas 2022 de la démographie médicale en France [En ligne]. 2022 [cited 2024 Feb 4]. Disponible : <https://www.lamedicale.fr/vous-informer/atlas-2022-de-la-demographie-medicale-en-france>
87. Adultes CA. Le sommeil, c'est la santé ! [En ligne]. Réseau-morphee.fr. [cité le 2024 Feb 4]. Accessible: <https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/07/mieux-dormir-inpes.pdf>

## VIII- Annexes

### **Annexe 1 : Quelles sont les règles d'hygiène de sommeil ? (15, 16, 57, 87)**

Je cite les Drs Poirot et Schröder qui posent avec justesse les fondations du sommeil : « Dormir est un besoin physiologique incontournable dont la mécanique qui régit l'installation et l'organisation du sommeil est subtile, complexe, mais aussi fragile, car très sensible à l'environnement et à ce que fait, ou ne fait pas, le futur dormeur. On oublie que le sommeil est un comportement que l'on construit avec ses besoins, ses envies, ses croyances, ses peurs, ses échecs et ses obligations. » (57)

Malgré que ces RHS soient simples et relativement connues de la population elles ne sont pas toujours appliquées. Peut-être paraissent-elle tellement de si bon sens que l'on pense les respecter ? Peut-être que leur simplicité les fait passer pour de petits moyens sans efficacité ? le véritable problème n'est-il pas de changer nos habitudes et d'en trouver de nouvelles ? Il y a 3 à 6 semaines de délai d'action d'autant plus simplement que les habitudes sont parfois difficiles à changer.

#### La journée :

- 1) Les repas :
  - a. Préférez un dîner léger, mais ne vous couchez pas en ayant faim. Une alimentation riche en glucides lents favorise le sommeil.
  - b. Maintenir des horaires réguliers lors de la prise des repas
- 2) Le sport : Pratiquez une activité physique régulière en fin de matinée ou durant l'après-midi jusque 4h avant l'heure du coucher. Le sport favorise l'endormissement, diminue les éveils nocturnes et favorise un sommeil plus réparateur.
- 3) S'exposer quotidiennement à la lumière du jour (à adapter selon que l'on travaille de nuit, de jour, en alternance jour et nuit...)
  - a. Entre 17h et 5h elle retarde le sommeil, entre 5h et 17h elle l'avance avec une baisse d'efficacité vers 17h.
  - b. Ainsi le matin on peut s'exposer à la lumière et le soir diminuer progressivement la luminosité pour renforcer la synchronisation.
  - c. A l'inverse les travailleurs de nuit peuvent porter des lunettes de soleil le matin et augmenter la luminosité le soir.
- 4) Il est classiquement recommandé d'éviter les siestes. (15, 16, 57)
  - a. Néanmoins les dernières études nuancent ce point. Actuellement la sieste est considérée comme l'une des contremesures les plus souples et efficaces face au manque de sommeil.
  - b. Elle est conseillée chez les travailleurs postés et de nuit au sommeil insuffisant, lors des longs trajets et dans le milieu scolaire.
  - c. Récupérer le week-end (jusque 63 min) serait un facteur limitant le risque de comorbidité associé au sommeil court.
  - d. Néanmoins la sieste demeure néfaste s'il elle est à l'origine d'un décalage de l'heure de coucher ou de réveils nocturnes. L'agenda de sommeil peut aider à la placer au bon moment de sa journée.
  - e. Il faut veiller à leur fréquence, leurs durées, leurs horaires pour ne pas détériorer le sommeil. Les siestes qui décalent l'heure du coucher sont ou trop longues ou trop tardives ou trop fréquentes.

- f. Eviter les siestes longues (supérieures à 30 minutes) et trop tardives (après 16 heures) (à adapter si travail posté ou de nuit)

#### En soirée :

- 5) Les substances :
  - a. Ne consommez pas de boissons caféinées (thé, café, soda) dans les quatre à six heures qui précèdent le coucher. Par contre, la prise d'une boisson chaude non caféinée (Par exemple une tisane) peut être favorable à l'endormissement.
  - b. Evitez de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes. La nicotine est un stimulant. Fumer au moment des éveils nocturnes majore ces éveils.
  - c. Evitez l'alcool au repas du soir. L'alcool est un dépresseur qui peut favoriser l'endormissement et le sommeil lent profond en première partie de nuit, mais il fragmente le sommeil et favorise ainsi les éveils nocturnes surtout n seconde partie de nuit.
- 6) La chambre :
  - a. Gardez votre chambre à coucher calme et obscure. Votre lit et votre chambre doivent être confortables pour favoriser le sommeil.
  - b. Evitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher. Le corps humain régule en permanence sa température à un niveau stable (37°C). Si la température externe est trop chaude ou trop froide, les réactions physiologiques nécessaires au maintien de cette température peuvent perturber le sommeil. La température idéale de la chambre est de 18-19°C.
    - Une douche (ni trop chaude ni trop froide) peut aider à abaisser la température corporelle et favoriser l'endormissement
  - c. Réserver le lit au sommeil et à l'intimité du couple (contrôle du stimulus)
- 7) Attention à la place des écrans
  - a. il faut éviter de regarder des écrans avant le sommeil.
  - b. Si l'on ne peut s'en passer il est intéressant de ne pas le faire au lit, de ne pas s'endormir devant, de mettre des protections d'écrans ou des lunettes protectrices.
- 8) Mettez de côté, bien avant l'heure du coucher, les stimulations du quotidien : les informations, les réseaux sociaux, les problèmes de la journée passée et ceux qui restent à régler.
  - a. La rumination des pensées, au moment du coucher, entraîne une activation cérébrale et parfois des angoisses, qui empêchent de s'endormir. Notez sur un carnet vos préoccupations par exemple.
  - b. Attention à la place des réseaux sociaux qui peuvent laisser la journée grignoter sur la nuit, un temps de coupure est nécessaire avant de dormir.
  - c. Favorisez les activités relaxantes au moins 1 heure avant le coucher pour préparer le sommeil. La détente physique et morale favorise l'endormissement. A l'inverse, les activités cérébrales qui stimulent le cerveau, le retardent.

#### La nuit :

- 9) Si vous vous éveillez :
  - a. Placez votre réveil de manière à ne pas le voir. L'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration, lesquels constituent des obstacles à l'endormissement.
  - b. Ne cherchez pas à demeurer au lit si vous ne dormez plus (contrôle du stimulus). Il faut au contraire se lever, diminuer l'agitation, se rafraichir. Toute occupation doit rester relaxante, calme.

Les horaires de sommeil (contrôle du stimulus) :

- 10) Maintenir des horaires réguliers de sommeil en particulier le lever
- 11) Apprendre à connaître ses besoins de sommeil et à respecter ses rythmes dans la mesure des pressions sociales (enfants en bas âge, emploi, temps de trajet...)
- 12) Être attentifs aux signes du sommeil, ressentir les signaux du sommeil, la somnolence

## **Annexe 2 : Des pistes de suivi après le dépistage, document à destination des médecins généralistes participants**

### **1/ TCC en médecine générale**

Travail de Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France.

Accessible : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3488\\_101028-MOREAU-these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3488_101028-MOREAU-these.pdf)

### **2/ TCC en médecine générale**

Travail de Pascal C. Problèmes de sommeil...Comment compter efficacement les moutons

Accessible: [http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2012\\_Tours\\_Pasqualin\\_Bredeloux\\_Insomnie/co/Pasqualin\\_Bredeloux\\_Tours\\_web.html](http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2012_Tours_Pasqualin_Bredeloux_Insomnie/co/Pasqualin_Bredeloux_Tours_web.html)

### **3/ Les troubles du sommeil, dépistage :**

Travail de Morand M. Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale : expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil

Accessible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01326431v1/document>

### **4/ Réseau Morphée « Bien dormir mieux vivre, le sommeil c'est la santé »**

Accessible : <https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/07/mieux-dormir-inpes.pdf>

### **5/ Réseau Morphée « Le sommeil de l'enfant de 3 à 10 ans »**

Accessible : <https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2021/11/Le-sommeil-de-lenfant-reseau-morphee.pdf>

### **6/ Réseau Morphée « Le sommeil de l'enfant de 0 à 1 ans »**

Accessible : <https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2021/11/Le-sommeil-du-bebe-reseau-morphee.pdf>

### **7/ Réseau morphée « Le sommeil des séniors »**

Accessible : <https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2021/11/Le-sommeil-des-seniors-reseau-morphee.pdf>

### **8/ Le sommeil de nos enfants :**

Santé publique France « Dormir c'est vivre aussi »

Accessible : [file:///F:/Downloads/154312\\_1050.pdf](file:///F:/Downloads/154312_1050.pdf)

### **9/ Méditation en pleine conscience :**

Vidéos accessibles en ligne sur Youtube

Tirées du livre : "Calme et attentif comme une grenouille" d'Eline Snel (éditions Les Arènes).

## 10/ Méditation en pleine conscience :

Vidéos accessibles en ligne sur youtube « Headspace Guide To Meditation »

## 11/ Questionnaire de typologie circadienne de Horne et ostberg

Accessible : <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/quel-dormeur/soir-matin/questionnaire-de-typologie-circadienne-de-horne-et-ostberg>

## 12/ Réseau morphée Agenda de sommeil

Accessible : [https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda\\_2p.pdf](https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf)

## 13/ Réseau morphée Questionnaire de sommeil

Accessible : <https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/11/questionnaire-sommeil-reseau-morphee.pdf>

Il a pu m'être reproché de vouloir dépister une affection sans qu'il y ait de réponse à apporter en cas de positivité. Bien qu'elles ne soient pas évidentes à mettre en place pour le patient et son médecin, plusieurs thérapies peuvent être proposées. Je les résume ci-dessous, en ciblant volontairement sur ce que nous pouvons faire, nous médecins généralistes, au cabinet.

**La prise en charge médicamenteuse reste un point difficile**, d'autant que sa place dans les recommandations (uniquement 4 semaines) reste en décalage avec la réalité du terrain. Néanmoins, l'inefficacité des thérapeutiques est à mettre en relation avec leur prescription dans des insomnies prises en charge tardivement après échec de l'automédication, du traitement proposé par le pharmacien et souvent sans consultation médicale, sans respect des RHD, sans recherche et correction des facteurs prédisposant, précipitants et de maintien.... **Peut-être que la prise en soin précoce du trouble permettrait de respecter la place limitée des thérapeutiques tout en ayant une efficacité ?** Les études manquent à ce sujet puisque les études se consacrent aux insomnies sévères, chroniques et le plus souvent compliquées de comorbidités causales ou non. Ceci étant une modification de nos pratiques doit finir par s'imposer : nous ne devons pas prescrire les benzodiazépines, antihistaminiques, antidépresseurs, hypnotiques, mélatonine à des doses hors AMM sous pression du patient pour une efficacité rapide. **Nous devons motiver le patient à d'autres alternatives en lui délivrant une information claire et loyale : La dépendance et le sevrage difficile ne constituent que la partie émergée de l'iceberg, ils auront la sensation d'un meilleur sommeil sans diminuer la morbi-mortalité d'un sommeil déstructuré et non récupérateur. En cas de prescription, benzodiazépines, Atarax® et phytothérapie peuvent être une porte d'entrée vers les thérapies cognitive-comportementales en s'incorporant à un rituel de relaxation efficace avant le coucher.** Par exemple, même s'ils sont partiellement induits par le médicament, l'activité calme loin des écrans va permettre de distinguer les signes de fatigue, ce qui s'intègre dans le contrôle du stimulus. La dépendance physique demeure mais la dépendance psychique est liée à une activité de relaxation, d'apprentissage de comportements et de cognitions adaptées au sommeil et non simplement à la prise d'un comprimé.

**Les alternatives aux médicaments sont nombreuses.**

Commençons déjà par **l'identification des facteurs prédisposant, des facteurs précipitants, des facteurs de maintien de l'insomnie puis par l'identification du chronotype** du patient avant les troubles et ses horaires de sommeil actuel en incluant les siestes. Cette recherche de transversalité est importante avec **la révision de l'ordonnance et des comorbidités causales ou non.**

Ensuite il convient de considérer **le mode de vie** (la place du quotidien, des rythmes sociaux, des écrans, des stimulants, du travail, des addictions...) car notre sommeil est très sensible à l'environnement d'autant plus que notre société ne le favorise actuellement pas. Par exemple le matin on peut s'exposer à la lumière et le soir diminuer progressivement la luminosité pour renforcer la synchronisation et faire l'inverse pour les travailleurs de nuit. Il existe d'autres synchroniseurs externes comme le sport, les horaires des repas. Inconsciemment les patients vont avoir tendance à respecter les normes sociales de sommeil ce qui majore le sentiment de sommeil de mauvaise qualité et la sévérité de l'insomnie : connaître son rythme de sommeil est indispensable et **l'agenda du sommeil** nous y aide. Son analyse avec le patient permet de l'amener, logiquement et en douceur vers des pistes thérapeutiques non médicamenteuses.

**La thérapie cognitivo-comportementale est le Gold standard** en matière d'insomnie. **Plus le diagnostic est précoce, plus les TCC sont faciles à mettre en place, avant que ne s'ancrent les mauvaises habitudes et les fausses croyances : c'est tout l'intérêt du dépistage de l'insomnie.** Quel que soit l'intensité ou l'ancienneté des troubles **les règles d'hygiène de sommeil sont fondamentales d'autant que leur place est peut-être sous-estimée en raison d'un champ d'action inapproprié dans les études** (insomnies sévères). Connues mais non appliquées, cherchons pourquoi avec eux et de nouvelles habitudes à la place en prévenant du délai d'action d'autant plus simplement que les habitudes sont difficiles à changer et qu'ils en conviennent. Pour appliquer les RHD, il faut trouver de nouvelles habitudes et **renforcer les capacités d'adaptation des patients**. Il s'agit de la partie la plus abordable des TCC. Par exemple « Placez votre réveil de manière à ne pas le voir » = « l'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration ». **Le contrôle du stimulus** vise à diminuer l'activation et la frustration causées par l'incapacité de dormir ou à rester endormi en renforçant l'association lit sommeil avec un réapprentissage des signes de fatigue et l'importance d'un rythme de sommeil avec une heure de lever identique chaque matin, quel que soit le nombre d'heures passées à dormir (avec adaptation de l'heure de coucher selon les signes de fatigues). C'est exigeant uniquement de son côté, avec une efficacité bien prouvée ; notre rôle est surtout de lui expliquer cette thérapie et de l'accompagner. **La relaxation** demande de l'investissement, de la pratique et nécessite souvent d'y être guidé. Il existe de nombreux guides de méditation et de relaxation en ligne gratuits. **La méditation en pleine conscience** encourage l'acceptation d'une situation par rapport à son contrôle ; cela diminue la réactivité émotionnelle et favorise l'endormissement. Elle repose sur des données de neuro-imagerie et des bases scientifiques solides ; savoir l'expliquer au patient peut le motiver. Ces techniques sortent un peu de nos attributions mais nous devons leur en expliquer la valeur et les laisser y adhérer si telle est leur affinité. **Les thérapies cognitives** nécessitent une prise en charge spécialisée mais peuvent être un levier en médecine générale en mettant en évidence les cognitions absurdes avec le questionnaire type vrai-faux sur les croyances et attitudes envers le sommeil en créant l'ambivalence nécessaire à plus de motivation.

Ces alternatives thérapeutiques fonctionnent d'autant mieux qu'on les réalise conjointement. **Est-ce chronophage ? Certainement mais surtout pour le patient. Mettre en évidence les facteurs de risque et le chronotype, réviser l'ordonnance et les comorbidités prend 15 à 30 minutes. Exposer contrôle du stimulus, RHS, relaxation prend 15 minutes. Au minimum, nous leur devons ces informations pour éviter une perte de chance. Il faut donc deux consultations et cela laisse la possibilité à nos patients de revenir avec leurs questions. La suite dépend des affinités du praticien et de l'envie du patient de prendre le temps de se prendre en soin. Nous avons donc réellement les options thérapeutiques pour répondre au dépistage.**

Seul le miracle est instantané, les y habituer avec des thérapeutiques dont le rapport bénéfice-risque est douteux au long terme n'effaçant que le symptôme sans remédier à la vulnérabilité. Dans

une société de « l'instantané », il n'y a pas le temps et comme avec le temps vient les solutions, il n'y a pas de solutions... **La consultation dédiée renforce l'idée que la prise en soin de son sommeil n'est pas secondaire, puisque nous prenons le temps il sera plus enclin à prendre le sien. Si l'on désire une consultation dédiée efficace il faut qu'il s'agisse d'une décision commune, décision médicale partagée.** Il est libre de prendre le temps de se soigner. L'alliance thérapeutique et la décision médicale partagée sont des valeurs défendues par la médecine générale autant pour l'instauration d'une relation de soin que pour améliorer l'observance.

**Un dépistage du trouble « insomnie » négatif en lui-même serait une avancée pour des patients ainsi éduqués, formés et informés (décision en pleine conscience et pleinement éclairé) qui auraient mieux connaissance de l'importance de leur sommeil pour leur santé.** Sans forcément attendre du médecin une solution à tout prix, nous serions un premier recours devant leurs difficultés, pouvant les orienter vers un parcours de soin spécifique au besoin. Il s'avère qu'ils existent beaucoup de documents à leur destination que nous pouvons leur remettre (réseau Morphée par exemple) (18).

Mon maître de thèse insiste sur un point, **nous ne prenons pas en charge les patients nous ne pouvons que les prendre en SOIN.** Ne préjugeons pas des capacités d'actions de nos patients. La prise en charge nous rend craintif de notre échec alors qu'en réalité nous sommes responsables de nos actes et non du patient. Si nous cherchons à faire à leur place, à les prendre en charge nous sommes condamnés à échouer d'autant que les arguments sociodémographiques sont contre nous. « Rien ne se fait pour nous sans nous et tout ce qui se fait pour nous sans nous se fait contre nous ». Comme dirait une psychologue de mon entourage, « Tous les soignants ont le syndrome du sauveur, nous ne pouvons avancer qu'avec eux ». Je laisse ici la parole à mon directeur de thèse : **« Maintenant ce sont les usagers qui doivent « Se » prendre en charge. Nous sommes là pour les aider à retrouver une zone de confort éloignée de leurs symptômes en leur donnant l'occasion d'augmenter leurs : « savoir », « savoir être » et « savoir-faire » ce qui va augmenter leur compétence dans le contexte de l'insomnie et ainsi diminuer leur vulnérabilité face au stress ».** J'ajoute que diminuer cette vulnérabilité augmente leurs capacités d'adaptation face au stress. **Laissons les patients « en capacitation » (empowerment)** de leur suivi et de leurs thérapeutiques. Ils sont seuls maîtres de leur destin et nous connaissons tous des patients capables d'obtenir des IRM (Imagerie Résonance Magnétique) ou des rendez-vous avec des dentistes ou des spécialistes dans des délais qui nous paraissent fous !

### **Annexe 3 : Contrôle du stimulus, chronotype (15, 16, 18, 57, 62)**

#### **Contrôle du stimulus :**

Développée par Bootzin en 1972 (62), cette technique vise à amener l'individu à réassocier le lit et l'environnement de la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec l'activation et la frustration causées par l'incapacité de dormir ou à rester endormi.

Comme le rappelle les Drs Poirot et Schröder : *« Se coucher et se lever à heures régulières introduit une répétition de comportement qui instaure une facilitation conditionnée de l'endormissement ».* (57)

Les règles sont les suivantes :

- Prévoir de se détendre 1 heure avant le coucher afin de créer une période de transition veille-sommeil.
- Aller uniquement au lit lorsque la somnolence est ressentie.
- Réapprendre les signes de fatigue (picotement des yeux, les paupières lourdes...)

- Sortir du lit lorsqu'il est impossible de s'endormir (ou se rendormir) au bout de 15 à 20 minutes ; aller dans une autre pièce, s'occuper de façon non stimulante et attendre que le sommeil se fasse à nouveau sentir ; le répéter autant de fois que nécessaire afin de ne pas renforcer l'association lit-insomnie, diminuer l'énerverment et la température corporelle.
- Se lever à la même heure chaque matin, quel que soit le nombre d'heures passées à dormir, même en fin de semaine, adapter en revanche l'heure du coucher.
- Réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle, à l'exclusion de toute autre activités, en particulier regarder la télévision au lit ou y travailler.
- Il est classiquement recommandé d'éviter les siestes (15, 16, 57).
  - o Néanmoins les dernières études nuancent ce point. Actuellement la sieste est considérée comme l'une des contremesures les plus souples et efficaces face au manque de sommeil.
  - o Elle est conseillée chez les travailleurs postés et de nuit au sommeil insuffisant, lors des longs trajets et dans le milieu scolaire.
  - o Récupérer le week-end (jusqu'à 63 min) serait un facteur limitant le risque de comorbidité associé au sommeil court.
  - o Néanmoins la sieste demeure néfaste s'il elle est à l'origine d'un décalage de l'heure de coucher ou de réveils nocturnes. L'agenda de sommeil peut aider à la placer au bon moment de sa journée.
  - o Il faut veiller à leur fréquence, leurs durées, leurs horaires pour ne pas détériorer le sommeil. Les siestes qui décalent l'heure du coucher sont ou trop longues ou trop tardives ou trop fréquentes.
  - o Eviter les siestes longues (supérieures à 30 minutes) et trop tardives (après 16 heures) (à adapter si travail posté ou de nuit)

### **Chronotype :**

La durée idéale du sommeil est extrêmement variable d'un individu à l'autre. Certains sont de longs dormeurs avec des besoins de sommeil de 9 heures ou plus (jusqu'à 12h par nuit !), d'autres sont des courts dormeurs ayant besoin de moins de 6 heures.

Inconsciemment nous avons tendance à respecter les normes sociales et donc essayer de se coucher avant minuit et après 19h. Ne pas avoir connaissance de ses besoins de sommeil et de son rythme peut majorer le sentiment de sommeil de mauvaise qualité. Il est fondamental de savoir si **son profil de sommeil** est « court dormeur », « long dormeur », « **couche tôt** » « **couche-tard** » « **lève tôt** » « **lève tard** ». Les quatre dernières notions s'évaluent facilement avec un agenda de sommeil en période où l'horloge circadienne est en libre court. Il s'agit des profils horaires où l'on va se coucher somnolent et se lever spontanément. (18)

### **Court dormeur (18) :**

- Vous êtes relativement en forme après une nuit où vous n'avez dormi que 3 h,
- En vacances, vous ne dormez pas beaucoup plus que pendant l'année,
- Dormir 8 heures est votre durée de sommeil maximale,
- Vous n'aimez pas traîner au lit une fois réveillé.

### **Long dormeur (18) :**

- Vous supportez très mal de dormir peu,

- En vacances ou les week-ends, vous dormez beaucoup plus longtemps que pendant l'année,
- Vous limitez vos sorties en fonction de la quantité de sommeil dont vous avez besoin.

### **Quelques outils :**

#### **Questionnaire de typologie circadienne de Horne et ostberg**

Accessible : <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/quel-dormeur/soir-matin/questionnaire-de-typologie-circadienne-de-horne-et-ostberg>

#### **Réseau morphée Agenda de sommeil**

Accessible : [https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda\\_2p.pdf](https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf)

## **Annexe 4 : Les bases de la Thérapie cognitive (40, 64)**

### **Les grands principes de la thérapie cognitive**

#### 1/ Garder des attentes réalistes envers le sommeil :

Les besoins de sommeil varient selon les individus, tous n'ont pas besoin de 8h de sommeil. 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.

#### 2/ Ne pas essayer de forcer le sommeil :

Bien qu'il soit possible de contrôler certaines circonstances favorisant le sommeil, le sommeil lui-même ne se commande pas, il nécessite du « lâcher-prise », du « laisser-aller ».

#### 3/ Revoir les causes de l'insomnie :

Revoir les causes modifiables et les causes non-modifiables.

#### 4/ Ne pas accorder trop d'importance au sommeil :

Le fait de regarder l'heure peut augmenter la frustration. Il ne faut pas axer sa vie autour du mauvais sommeil et de ce qu'il faut faire pour l'améliorer.

#### 5/ Evitez de dramatiser les conséquences des difficultés de sommeil :

La fatigue, les troubles de concentration ressenties en journée ne sont pas entièrement reliée au manque de sommeil.

#### 6/ Développer une tolérance au manque de sommeil :

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 (et surtout pas en prévision !).

### **Les questionnaires vrai-faux :**

- Le repos est lié à la durée longue de sommeil de 20h à 10h...
  - FAUX
- Si je reste au lit je vais finir par m'endormir

- peut-être mais réveil assuré sur le restant de la nuit ! « plutôt que de chercher à dormir à tout prix [...], mieux vaut accepter un sommeil moins bon, afin de ne pas entrer dans une dépendance qui va ultérieurement poser encore plus de problèmes »
- En changeant mes habitudes je vais immédiatement dormir mieux
  - laissez-vous le temps ! De plus vous êtes authentiquement fatigués ! Votre cerveau doit d'abord prendre le temps de faire le tri, votre corps de s'habituer à ces changements. Vous-même allez mettre du temps à agir parfaitement en accord avec le sommeil de manière inconsciente ! Or le faire de manière consciente et appliqué est moins efficace. Laissez le temps à ces exigences nouvelles de devenir de petits automatismes favorisant votre sommeil sans y penser. Si c'est automatique, il n'y a pas de peur de l'échec ! Il faut en général 4 semaines avec les bonnes habitudes déjà ancrées en semi-automatique pour que cela fonctionne.
- Penser à exercer un rituel afin de favoriser un lien entre gestes ou activité et sommeil
  - Vrai, de manière souple et non rigide
- Pratiquer le sport le soir empêche le sommeil.
  - Vrai et Faux. Il va le retarder mais restera bénéfique sur la qualité du sommeil une fois trouvé.
- Si je me lève tard le week-end, je serais plus reposé pour ma semaine
  - faux !
- Le contenu de mes cauchemars est mauvais signe, je préfère ne pas dormir !
  - Compréhensible mais le cauchemar est plutôt la preuve que votre cerveau essaie de résoudre le problème, de l'évacuer !

**Un outil :**

**Questionnaire Croyances et attitudes concernant le sommeil (CAC)**

Accessible :

[https://www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/croyances\\_et\\_attitudes\\_concernant\\_le\\_sommeil\\_30\\_items.pdf](https://www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/croyances_et_attitudes_concernant_le_sommeil_30_items.pdf)

## **Annexe 5 : La Grille d'évaluation STROBE**

<b>Catégorie</b>	<b>Item n°</b>	<b>Recommandation</b>
Titre et résumé	1	a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés  (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/Justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	a) Étude transversale – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyse statistique	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion  (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions  (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées  (d) Étude transversale – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage  (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		

Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés
		b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape
		(c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiel
		(b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt
Données obtenues	15*	Étude transversale – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus
		(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

\*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

**AUTEUR : Nom : Davault Prénom : Fanny**

**Date de soutenance : 28 mars 2024**

**Titre de la thèse : Etat des lieux du dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes des Hauts de France en 2023 au sein de leur patientèle. Etude quantitative**

**Thèse - Médecine - Lille « ECN 2018 »**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : insomnie ; dépistage ; médecine générale ; continuité des soins**

**Résumé :**

Etat des lieux du dépistage de l'insomnie par les médecins généralistes des Hauts de France en 2023 au sein de leur patientèle. Etude quantitative.

L'insomnie est un problème de santé publique : forte prévalence, sous diagnostiquée, tardivement avec auto-entretien, complications, mésusage médicamenteux, accidents dans une société qui ne favorise pas le sommeil. Aux stades chroniques, sévères la pharmacopée est insatisfaisante, la fragilité des patients rend les alternatives malaisées. Or un insomniaque sur deux n'en parle pas au médecin L'HAS requiert son dépistage, positif : précocité du diagnostic facilitant les soins, négatif : prévention. **Objectif I** : Est-il pratiqué ? **Objectifs II** : Quelles situations à risques permettent de le cibler ? Quel suivi ? **Méthode** : étude épidémiologique descriptive quantitative transversale de pratique des médecins généralistes des Hauts de France en 2023. Questionnaire en ligne. Analyses univariées et bivariées pour l'objectif principal, analyse descriptive pour les objectifs secondaires. **Résultats** : 27.27% dépistent, significativement plus de femmes (p=0.013). Pas de lien entre dépistage et accès au spécialiste (p=0.073), temps de consultation (p=0.124), formation (p=0.338), statut de MSU (p=0.811). Près de 50% dépistent devant ces facteurs de risques : dépression, spectre anxieux, syndrome d'apnée du sommeil/toux/dyspnée, horaires de travail décalés/postés, événements/changements de rythme de vie, sevrage en substances sédatives/antalgiques/addictives, stress lié au métier, nycturie. Les facteurs de risques métaboliques et cardiovasculaires, le temps passé sur les écrans, le chômage sont peu utilisés malgré leur forte association avec l'insomnie. 56.6% proposeraient une consultation dédiée, 85.9% pensent que dépister inviterait les patients à consulter spécifiquement, plus précocement ? **Conclusion** : L'étude se généralise aux médecins généralistes de 36-54 ans du Nord-Pas-de-Calais. 27.27% dépistent l'insomnie. Certains facteurs de risque sont bien connus, sensibiliser sur ceux liés au métier, aux événements de vie, au sevrage, à l'âge, au cardiovasculaires et métaboliques reste nécessaire. 56.6% s'intéresse à une consultation de suivi dédiée qui renforce l'idée que son sommeil n'est pas secondaire. La stricte définition de l'insomnie invite à la qualification d'état pré-morbide renforçant l'intérêt du dépistage qui, même négatif, permettra prévention et sensibilisation. La prise en soin précoce du trouble pourrait-elle faciliter l'application des TCC et limiter la prise médicamenteuse dans le temps ?

**Composition du Jury :**

**Président** : PU de gériatrie et biologie du vieillissement, président du jury : Pr Boulanger

**Assesseurs** : PA de médecine générale : Pr Bayen / Psychiatre : Dr Rascle

**Directeur de thèse** : Dr Kornobis