



UNIVERSITÉ DE LILLE
Faculté de Médecine Henri Warembourg
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Troubles du sommeil en médecine générale : intérêt de
l'utilisation du questionnaire proposé par le réseau
Morphée Paris Île-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2025 à 18h Au Pôle Formation

Par Marion QUAREZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Isabelle POIROT

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

I) Introduction.....	9
A) Contexte de l'étude	9
1) Définition et épidémiologie des troubles du sommeil	9
2) Conséquences des troubles du sommeil.....	10
3) Prise en charge des troubles du sommeil	11
4) Utilisation des médicaments.....	13
5) Difficultés d'accompagnements	14
B) Outils de dépistage	15
C) Le questionnaire du sommeil du réseau Morphée.....	15
1) Scores inclus dans le questionnaire du sommeil	17
2) Pathologies organiques dépistées par le questionnaire du sommeil.....	17
a) Le syndrome d'apnée du sommeil	18
b) Le diagnostic d'anxiété et de dépression	19
c) Le syndrome des jambes sans repos	19
d) L'insomnie sans comorbidités retrouvées.....	20
3) Objectif de l'étude.....	21
II) Matériel et méthodes	21
A) Type d'étude	21
B) Population.....	22
C) Questionnaires.....	22
1) Rédaction du questionnaire n°1	23
2) Rédaction du questionnaire n°2.....	24
D) Critère de jugement	25
E) Réalisation de l'enquête	26
1) Recrutement des professionnels	26
2) Questionnaire n°1	26
3) Sensibilisation au questionnaire du sommeil.....	26
4) Utilisation par les médecins généralistes du questionnaire du sommeil	27
5) Questionnaire n°2.....	27
6) Collecte et analyse des données.....	27
III) Résultats	28
A) Participation à l'étude	28

B)	Epidémiologie des participants	29
C)	Pratique des médecins généralistes concernant les troubles du sommeil.....	31
1)	Formation et aisance des médecins généralistes	31
2)	Prise en charge des troubles du sommeil	32
a)	Dépistage	32
b)	Prise en charge thérapeutique et orientation des patients	32
D)	Faisabilité et pertinence du questionnaire du sommeil du réseau Morphée.....	34
1)	Utilisation du questionnaire du sommeil du réseau Morphée	34
2)	Aide au diagnostic et à l'accompagnement des troubles du sommeil	34
3)	Changement des pratiques concernant les troubles du sommeil.....	36
a)	Prise en charge et orientation devant un trouble du sommeil.....	38
b)	Prise en charge médicamenteuse des troubles du sommeil	40
4)	Après l'étude	42
IV)	Discussion	43
A)	Représentativité de la population	43
B)	Etat des lieux de pratiques avant l'étude et comparaison avec la littérature	44
C)	Résultats de cette étude	45
D)	Forces et limites de cette étude	47
E)	Perspectives.....	48
V)	Conclusion	50

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CBD : Cannabidiol

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – Dixième révision

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux – Cinquième édition

DU : Diplôme universitaire

EIN : The European Insomnia Network

ESRS : The European Sleep Research Society

ESS : Echelle de Somnolence d'Epworth

F2RSMPsy : Fédération Régionale de recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale des Hauts-de-France

FMC : Formation médicale continue

GRADE : Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation

HAD-A : Hospital Anxiety and Depression - Anxiety

HAD-D : Hospital Anxiety and Depression - Depression

HAS : Haute Autorité de Santé

ICD-11 : Classification Internationale des Maladies – Onzième révision

ICSD3-TR : Classification Internationale des pathologies du sommeil – Troisième version, texte révisé

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

NoSAS : Score Neck, Obesity, Snoring, Age, Sex

MRS : Mission Régionale de Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

PSQI : The Pittsburgh Sleep Quality Index

SAS : Syndrome d'apnée du sommeil

SLEEP-50 : Sleep Disorders Epidemiological Questionnaire

STOP-Bang : Snoring, Tired, Observed apnea, Blood Pressure, Body Mass Index, Age, Neck circumference

TCC-I : Thérapie cognitivo-comportementale adaptée à l'insomnie

I) Introduction

A) Contexte de l'étude

1) Définition et épidémiologie des troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents et ils affectent environ 37 % des français selon l'Inserm. En France, selon une étude de 2009, 46 % des personnes âgées de 12 à 75 ans disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours. (1–13)

Les troubles du sommeil sont définis par une plainte nocturne ou par une intrusion de sommeil pendant les phases diurnes (sommolence, sommeil trop prolongé) (2,14–17).

Trois classifications internationales permettent de répertorier ces troubles du sommeil dans un cadre nosographique commun et précis, tout en les séparant des autres pathologies : l'ICSD3, le DSM-5 et l'ICD-11 (mis en place par l'OMS) (18–20).

En effet, de nombreuses pathologies peuvent être la cause de ces troubles du sommeil : comme les insomnies transitoires ou chroniques, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles de l'humeur (dépression), les troubles anxieux, le syndrome des jambes sans repos, les hypersomnies, la narcolepsie, les parasomnies, les troubles du rythme veille-sommeil... (18–20). Concernant le syndrome d'apnée du sommeil (SAS), son taux de prévalence est de 24 % chez les hommes et 9 % chez les femmes. La prévalence du SAS augmente chez les femmes après la ménopause suite à la diminution des œstrogènes. Le syndrome des jambes sans repos est présent parmi environ 5 à 10 % de la population. Enfin, l'insomnie chronique se rencontre chez environ 10 % de la population, mais la fréquence de symptômes transitoires d'insomnie est beaucoup plus élevée (30 à 35 % de la population). L'insomnie est définie par une perturbation de la durée ou de la qualité du sommeil, une difficulté à initier et/ou à maintenir le sommeil, avec parfois un retentissement diurne. (1–14,17,20)

Les troubles du sommeil sont donc un motif fréquent et très varié lors des consultations en soins premiers, et les médecins généralistes ont en charge le diagnostic, le traitement et le suivi des patients qui en souffrent (9,13,21,22).

2) Conséquences des troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont un problème majeur de santé publique (9,13,23). Ils engendrent une détresse chez les patients et leur retentissement sur les activités de la vie quotidienne est important notamment si les troubles perdurent. Les répercussions d'un trouble du sommeil chronique sont à la fois médicales avec le développement de maladies chroniques (cardiovasculaires, psychologiques et psychiatriques) et socio-professionnelles (absentéisme, difficultés relationnelles, accidents de la route ou du travail, baisse de productivité et risque d'erreurs causés par une diminution de l'attention et de la concentration au travail) (14–16,23–29).

En effet, selon une étude de l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance) de 2006, les troubles de sommeil occasionnent au moins une nuisance dans le cadre professionnel chez 56 % des français. Ainsi, 8% ont été absents au moins une fois au travail au cours d'une année en raison de troubles du sommeil et 13% ont conduit en manque de sommeil ou en état de somnolence dans le cadre de leur activité professionnelle et ont risqué l'accident. Les résultats d'une méta-analyse de 2012 montrent également que les troubles du sommeil sont associés à des déficiences légères à modérées de fonctions cognitives spécifiques. (30–33)

Concernant la santé mentale, une méta-analyse de 2011 rapporte que des personnes non déprimées souffrant de troubles du sommeil, ont 2 fois plus de risque de

développer une dépression en comparaison à des patients ne souffrant pas de troubles du sommeil (28,34,35).

Les données actuelles (études de cohorte et données physiologiques) tendent vers un lien de causalité entre les troubles du sommeil et l'hypertension artérielle, les maladies athéromateuses, les troubles du rythme cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux ; mais aussi plus récemment un lien avec l'obésité et le diabète de type 2 comme le montre une revue systématique de la littérature de 2020 (27,36–40).

3) Prise en charge des troubles du sommeil

Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs et les plus sollicités face à une plainte de sommeil, ainsi ils prennent en charge 85% des troubles du sommeil (14,22,26,41). Cependant, malgré sa fréquence, les troubles du sommeil, dont l'insomnie, restent encore trop banalisés.

Selon les recommandations de l'HAS de 2007 sur la prise en charge des troubles du sommeil, le médecin généraliste doit participer à une démarche diagnostique active, réaliser une évaluation clinique avec un entretien approfondi, orienter le patient vers un spécialiste si besoin, et mettre en place un projet thérapeutique et un suivi (9,13,22).

Les différentes recommandations françaises, européennes et internationales s'accordent sur la prise en charge de l'insomnie chez l'adulte avec en première intention la thérapie cognitivo-comportementale adaptée à l'insomnie (TCC-I), puisqu'elle a le plus haut niveau de preuve dans la littérature médicale. La TCC-I possède la meilleure efficacité à long terme et moins d'effets indésirables que d'autres traitements. La TCC-I englobe des techniques comportementales comme la restriction

du sommeil et la thérapie de contrôle des stimuli, mais aussi la somno-éducation (ou hygiène du sommeil), la relaxation et les thérapies cognitives. La thérapie de restriction du sommeil et la thérapie de contrôle des stimuli sont les deux thérapies TCC-I les plus efficaces actuellement, surtout lorsqu'elles sont associées. Si les modifications comportementales permettent une évolution des cognitions, des techniques cognitives comme l'intention paradoxale peuvent être proposées, mais toutes ces thérapies cognitives TCC-I nécessitent une formation spécifique. De manière complémentaire il peut parfois être proposé des techniques adjuvantes comme la méditation, et le biofeedback. (4–9,16,23,29,42–45)

Par ailleurs, les thérapies comportementales et le traitement médicamenteux peuvent être utilisés conjointement si besoin. En effet, le traitement médicamenteux fait partie de l'arsenal thérapeutique et peut apporter une amélioration rapide ce qui laisse le temps à l'accompagnement comportemental de fonctionner, notamment dans le cadre des insomnies aiguës ou lorsque les TCC-I ne sont pas accessibles. Ainsi, les benzodiazépines, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines, le daridorexant (antagoniste des récepteurs de l'orexine) et les antidépresseurs sédatifs à faible dose sont réservés à des situations particulières à discuter au cas par cas, et leurs prescriptions se doivent d'être accompagnées par un plan d'arrêt. Car certains médicaments hypnotiques entraînent sur une prise au long court, une dépendance pharmacologique, modifient l'architecture du sommeil et entraînent une insomnie de rebond à l'arrêt. C'est pourquoi, la prise en charge médicamenteuse des troubles du sommeil doit être réfléchie et raisonnée dans le cadre d'une décision partagée avec une discussion sur les avantages, les inconvénients et les coûts de l'utilisation des médicaments. Leur usage se doit d'être encadré : dosage minimum utile, limitation

dans le temps (< 4 semaines), information du patient, réévaluation programmée de la situation, modalités d'arrêt. (4–9,14,15,22,26,29,46)

Par ailleurs, selon les recommandations de 2023 de l'ESRS (*the European Sleep Research Society*) et de l'EIN (*the European Insomnia Network*), la mélatonine à libération prolongée peut être utilisée jusqu'à 3 mois chez les patients âgés de plus de 55 ans. Cependant, les antihistaminiques sédatifs, les antipsychotiques, la mélatonine à libération rapide, le ramelteon et les phytothérapies ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles du sommeil. (5–7,29,47,48)

4) Utilisation des médicaments

Trop peu de médecins généralistes proposent une TCC-I en 1^{ère} intention aux patients ayant une plainte de trouble du sommeil malgré les recommandations européennes et internationales (étiquetée comme une « recommandation forte » sur la base de la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)) (46). La prise en soins la plus courante du trouble du sommeil chronique reste malheureusement la prescription quasi systématique d'un traitement médicamenteux. En effet, malgré la diminution progressive de l'utilisation d'hypnotiques depuis 2012, la France fait encore partie des plus grands prescripteurs de benzodiazépines en Europe (49–51). En 2021, suite à l'épidémie de Covid-19, l'ANSM a remarqué de nouveau une augmentation de la prescription d'hypnotiques (52).

Les recommandations sont connues des médecins généralistes mais leurs applications sont difficiles et ceux-ci sont souvent démunis face aux troubles du sommeil (26,49,51,53,54), c'est pourquoi les médecins généralistes sont à l'origine

d'environ 82 % des prescriptions d'hypnotiques selon le rapport de l'ANSM de 2017 (9,14,26,33,49,50,53). La majeure partie de celles-ci sont non justifiées ou dépassent la durée d'utilisation ou la posologie recommandées (7,9,14,55). Une étude de 2015 montre que la prescription à long terme des hypnotiques augmente chez les médecins exerçant en milieu rural (56).

De plus, il est trop souvent proposé seul en 1^{ère} intention un traitement symptomatique et médicamenteux des troubles du sommeil considérant l'insomnie comme un signe fonctionnel, alors que les troubles du sommeil sont le plus souvent la conséquence de comorbidités (par exemple : le syndrome d'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos, le diagnostic d'anxiété et/ou de dépression). C'est pourquoi, il est nécessaire en premier lieu d'optimiser le traitement des comorbidités ; puis dans un second temps de proposer une TCC-I avec contrôle du stimulus et restriction du sommeil ; enfin si une souffrance morale s'installe, la prescription médicamenteuse peut être discutée. (9,10,43,57)

5) Difficultés d'accompagnements

Le plus souvent, la plainte de sommeil est abordée en toute fin de consultation et le médecin, dans le temps qui lui est imparti, se tourne vers une thérapeutique médicamenteuse afin d'apporter une réponse à la demande du patient. C'est pourquoi le trouble du sommeil n'est pas toujours correctement pris en charge par manque de temps, manque de formation ou d'outils d'aide au diagnostic. Les outils permettant de faire le diagnostic des troubles du sommeil en médecine générale sont souvent méconnus et rares. Il paraît donc pertinent de proposer des outils spécifiques d'aide au dépistage et au diagnostic. (26,49,51,53,58)

B) Outils de dépistage

Le dépistage des troubles du sommeil et de l'insomnie n'est pas réalisé de manière systématique par le médecin généraliste mais le plus souvent en cas de signes d'appels cliniques. La HAS a publié en 2007 des recommandations sur la prise en soins des troubles du sommeil chroniques chez l'adulte, mais il n'existe pas de recommandations standards pour le dépistage des troubles du sommeil en population générale. En France, il n'existe pas non plus d'outils validés permettant de dépister les troubles du sommeil chroniques, et d'aider à la prise en soins et l'accompagnement de ces patients. Quelques outils existent mais sont rares et restent spécialisés et peu adaptés à la pratique ambulatoire. (3,9,26,51,53,58,59)

Des questionnaires validés en médecine du sommeil existent comme l'ISI (Indice de gravité de l'insomnie qui permet de mesurer la gravité des symptômes de l'insomnie) (8,60), le PSQI (Indice de qualité du sommeil de Pittsburgh qui permet une évaluation globale de la qualité du sommeil) (8,27,61,62), l'échelle de somnolence d'Epworth qui évalue la somnolence diurne (27,62–64), le STOP-Bang pour l'apnée obstructive du sommeil (27,65), le NoSAS (66) et le SLEEP-50 (67). Ce dernier semble être le meilleur questionnaire utilisable en médecine générale mais il n'existe pas en version française. Un travail de traduction serait donc nécessaire au préalable de l'étude de sa validation en France.

C) Le questionnaire du sommeil du réseau Morphée

Le réseau Morphée est un réseau de santé né en 2002, financé par la MRS (Mission Régionale de Santé) d'Île de France. Ce réseau a pour objectif la prise en soins des troubles chroniques du sommeil (insomnie, hypersomnie, parasomnie, apnée du

sommeil et trouble du rythme veille-sommeil). Le réseau Morphée est une association à but non lucratif ainsi qu'un organisme agréé auprès de la HAS. L'objectif de ce réseau est d'améliorer et de faciliter l'accompagnement des troubles chroniques du sommeil comme l'insomnie ; il permet également de dépister des comorbidités (syndrome d'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, trouble anxieux et/ou dépressif) qui sont à l'origine de troubles du sommeil. (54,68)

Une étude observationnelle réalisée en 2017 a comparé l'orientation proposée par un médecin du sommeil suite à une consultation versus l'orientation par l'analyse automatique du questionnaire du sommeil du réseau Morphée rempli en ligne par le patient. Un consensus d'experts a validé l'algorithme de ce questionnaire. Cette étude a montré que le questionnaire du sommeil réalisé en ligne permettait d'orienter de manière efficace plus de 60 % des patients atteints de troubles du sommeil (insomnie, suspicion de SAS par exemple). Cela permet ainsi de limiter les orientations des patients vers de multiples consultations de spécialistes. (69,70)

Le questionnaire du sommeil du réseau Morphée est accessible en ligne ou en version papier et est gratuit et anonyme. Il permet une évaluation clinique des symptômes, des habitudes de vie, de l'environnement, du traitement actuel et des antécédents. En tant qu'aide à la consultation en médecine générale, le médecin peut inviter son patient à remplir le questionnaire du sommeil en ligne. Le réseau propose aussi des échelles, des évaluations cliniques et des fiches « conduites à tenir ». Le réseau Morphée est ainsi ouvert à une utilisation en ambulatoire, par exemple par les médecins généralistes lors de leurs consultations au cabinet. (21,54,70)

1) Scores inclus dans le questionnaire du sommeil

Le site internet a été créé en 2004 et un questionnaire en ligne, ajouté en 2017, permet une éventuelle orientation vers une consultation spécialisée. L'accès à ce questionnaire est gratuit et les patients qui y répondent ont donné leur consentement à l'utilisation de leurs données pour la recherche. Le questionnaire du sommeil contient des questions démographiques, des questions sur le comportement et les habitudes, des questions sur les comorbidités et le traitement médicamenteux, et des échelles comme l'échelle de somnolence d'Epworth (ESS), l'indice de gravité de l'insomnie (ISI) et l'échelle d'anxiété et de dépression (HAD-A et HAD-D) : ces 3 échelles ont été traduites et validées en français. Le questionnaire comprend également une échelle analogique d'évaluation de l'intensité des troubles du sommeil. (21,70)

2) Pathologies organiques dépistées par le questionnaire du sommeil

Comme énoncé plus haut, le questionnaire du sommeil du réseau Morphée permet de dépister des pathologies organiques de sommeil pouvant être la cause des plaintes de sommeil des patients. Les items du questionnaire du sommeil sont en partie inspirés de la classification internationale des pathologies du sommeil dans sa troisième version (ICSD3-TR), et permettent notamment de dépister et de diagnostiquer un syndrome d'apnée du sommeil, une anxiété et/ou une dépression, un syndrome des jambes sans repos ou encore une insomnie sans comorbidités retrouvées.

a) Le syndrome d'apnée du sommeil

Les critères diagnostiques du syndrome d'apnée du sommeil selon l'ICSD3 (20) sont :

- La présence d'un ou plusieurs éléments suivants :
 - Plainte de somnolence, de sommeil non réparateur, de fatigue ou d'insomnie
 - Réveil avec arrêt de la respiration, haletant ou suffocant
 - Ronflements et/ou interruptions de la respiration observés par l'entourage
 - Comorbidités : hypertension artérielle, trouble de l'humeur, troubles cognitifs, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque congestive, fibrillation auriculaire, diabète type 2
- La polysomnographie montre les caractéristiques suivantes :
 - Au moins 5 événements respiratoires (apnées et/ou hypopnées) par heure de sommeil
 - Ou au moins 15 événements respiratoires par heure de sommeil, seuls, sans les éléments cliniques ci-dessus
- Le trouble n'est pas mieux expliqué par une autre pathologie du sommeil, par une prise médicamenteuse ou d'une autre substance

D'autres symptômes orientent également vers un SAS et sont repris dans le questionnaire du sommeil comme : les céphalées matinales, la nycturie, les troubles de la sexualité et les troubles cognitifs (diminution de la concentration, troubles mnésiques).

b) Le diagnostic d'anxiété et de dépression

Les critères diagnostiques évaluant l'anxiété et la dépression reposent dans ce questionnaire du sommeil sur l'échelle HAD, la CIM-10 et le DSM-5 (19,71–73), avec notamment des questions sur l'irritabilité, les troubles de la concentration, la tristesse de l'humeur, la perte d'intérêt ou de plaisir, les troubles du sommeil et de l'appétit, la variation du poids, la perte d'énergie et la fatigue, la perte de confiance en soi, l'anxiété et les sensations de peur, la culpabilité, la dévalorisation, les idées noires et les idées suicidaires.

Les symptômes doivent être présents durant minimum 2 semaines et presque tous les jours, avec un changement par rapport au fonctionnement antérieur ainsi qu'une détresse significative. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes ne doivent pas être imputables à un médicament ou une substance, et ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

c) Le syndrome des jambes sans repos

Le diagnostic du syndrome des jambes sans repos repose, d'après l'ICSD3 (20), sur la présence de 5 critères :

- Besoin impérieux de bouger les jambes, accompagné d'une sensation inconfortable et désagréable dans les jambes
 - Avec un début ou une aggravation pendant une période de repos ou d'inactivité
 - Avec une amélioration partielle ou complète du besoin de bouger par un mouvement de la jambe, tels que l'étirement ou la marche

- Avec une survenue ou une aggravation le soir ou la nuit plutôt que pendant la journée
- Les troubles ne sont pas les symptômes d'une autre pathologie ou d'un problème comportemental (exclusion des diagnostics différentiels)
- Il doit y avoir un retentissement cliniquement significatif sur le sommeil et la vie socio-professionnelle, parfois accompagné d'inquiétude et d'anxiété

d) L'insomnie sans comorbidités retrouvées

Selon l'ISCD3 (20), l'insomnie est dite chronique si les troubles du sommeil sont présents 3 nuits ou plus par semaine, pendant au moins 3 mois, et doit être associée à une altération du fonctionnement ou du bien-être pendant la journée.

Le patient signale une préoccupation marquée ou une insatisfaction à l'égard du sommeil, comprenant un ou plusieurs des éléments suivants :

- Difficulté à initier ou à maintenir le sommeil
- Réveil plus précoce que souhaité
- Résistance à se coucher à l'heure prévue
- Difficulté à s'endormir

Ces éléments se produisent malgré des opportunités et des circonstances adéquates pour dormir (temps suffisant pour dormir et environnement calme/confortable), et avec au moins une forme de plainte diurne :

- Fatigue ou mal-être
- Troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
- Altération de la vie quotidienne
- Troubles de l'humeur ou irritabilité

- Somnolence diurne
- Problèmes de comportement
- Baisse de la motivation, de l'énergie, des initiatives
- Tendance aux erreurs/accidents

3) Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude de cet outil questionnaire du sommeil du réseau Morphée est d'évaluer s'il peut améliorer l'accompagnement des patients souffrant de troubles du sommeil par les médecins généralistes en cabinet, notamment dans la recherche et le diagnostic de pathologies organiques de sommeil. Ce questionnaire mis à disposition des médecins, permettrait une aide au diagnostic et à l'orientation des patients notamment par un adressage plus rapide et spécialisé.

II) Matériel et méthodes

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, multicentrique, quantitative auprès de médecins généralistes en ambulatoire dans le département du Nord.

Le projet de thèse a été encadré par la Fédération Régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSMPsy) (74).

Le réseau Morphée (75) a accepté l'utilisation du questionnaire du sommeil (76) par les médecins généralistes pour cette thèse.

L'objectif de cette étude est d'observer une modification des pratiques des médecins généralistes suite à la proposition du questionnaire du sommeil auprès des patients, c'est pourquoi les participants ont répondu à un questionnaire avant puis après les 3 mois de l'étude.

B) Population

La population cible est caractérisée par une trentaine de médecins généralistes détenteurs d'une thèse, qui exercent en ambulatoire dans un cabinet de médecine générale dans le Nord, recrutés de manière aléatoire par appel téléphonique.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste détenteur d'une thèse
- Exercent en cabinet de médecine générale
- Exercent dans le département du Nord

C) Questionnaires

Deux questionnaires ont été rédigés et utilisés pour cette thèse afin de discerner une évolution des pratiques des médecins généralistes suite aux 3 mois d'étude : le questionnaire d'avant l'étude et avant la sensibilisation au questionnaire du sommeil du réseau Morphée (Annexe 1) et le questionnaire de fin d'étude (Annexe 2).

La sensibilisation sous forme d'une formation en visio a été mise en place pour apporter une connaissance du questionnaire du sommeil du réseau Morphée aux médecins généralistes : sur son fonctionnement, son algorithme, les résultats en découlant...

Le 1^{er} questionnaire d'avant l'étude comprend des données démographiques et l'état des lieux des pratiques concernant les troubles du sommeil en médecine générale. Le 2^{ème} questionnaire de fin d'étude évalue la pertinence de l'utilisation du questionnaire du sommeil réseau Morphée en cabinet de médecine générale, par exemple si les participants ont modifié leurs pratiques, si le questionnaire du sommeil les a aidés dans leur prise en charge, s'ils vont continuer à l'utiliser...

Le questionnaire du sommeil établi par le Réseau Morphée a été proposé par les médecins généralistes auprès des patients, qui le remplissaient par la suite à leur domicile.

1) Rédaction du questionnaire n°1

Les premières questions épidémiologiques et démographiques permettent de cerner la population des médecins généralistes participants, ainsi que leur pratique.

Les questions sur leur âge, leur genre, l'année de début d'exercice en libéral ainsi que leur lieu d'exercice ont pour but d'objectiver un éventuel lien avec leurs pratiques concernant les troubles chroniques du sommeil. En effet, l'année de début d'exercice et l'âge des médecins impliquent forcément une formation différente : la différence d'années d'étude modifie-t-elle les pratiques ? C'est pourquoi il est également demandé si les médecins ont effectué une formation spécifique aux troubles du sommeil au cours de leur carrière. La question portant sur la localisation des cabinets permet de comprendre si la pratique des médecins varie selon un exercice rural ou urbain.

Afin de mieux connaître la fréquence des consultations sommeil, le nombre de patients vus par semaine ainsi que le nombre de patients présentant des troubles du sommeil

vus par semaine ont été demandés aux participants. De même, dans le but de faire l'état des lieux des pratiques des médecins généralistes avant l'utilisation du questionnaire, ces derniers ont été interrogés sur leur aisance avec l'accompagnement et la prise en soins des troubles du sommeil, ainsi que sur leur prise en charge médicamenteuse ou non : la prescription de la TCC-I par les médecins généralistes et sa fréquence, les classes médicamenteuses privilégiées, l'orientation et l'adressage des patients, la présence d'un réseau local pour les troubles du sommeil.

Enfin pour ce premier questionnaire, les médecins ont été questionnés sur leur connaissance antérieure du questionnaire du sommeil du réseau Morphée, afin de savoir si celui-ci est déjà connu par un certain nombre de participants, toujours dans l'idée de développer par la suite son utilisation auprès des médecins généralistes.

2) Rédaction du questionnaire n°2

Ce deuxième questionnaire commence par rechercher la fréquence d'utilisation du questionnaire du sommeil par les participants ainsi que sa facilité de réalisation par les patients. Il est ensuite demandé aux médecins généralistes si le questionnaire du sommeil a facilité le diagnostic d'une pathologie organique (syndrome d'apnée du sommeil, diagnostic d'anxiété et/ou de dépression, syndrome des jambes sans repos, insomnie sans comorbidités retrouvées) ou encore s'il a permis une orientation plus facile et/ou plus rapide d'un patient présentant des troubles du sommeil. Toutes ces données permettent d'avoir une idée sur l'utilisation plus élargie de ce questionnaire dans le cadre d'un réseau sommeil. En ce sens, les participants ont été sondés sur la poursuite de l'utilisation du questionnaire du sommeil après la fin de l'étude.

Un des objectifs de cette thèse est de chercher si l'utilisation du questionnaire du sommeil a permis aux médecins d'être plus à l'aise dans leur pratique et leur prise en charge des troubles chroniques du sommeil, d'où en découle la question sur l'aisance dans l'accompagnement et la prise en soins des troubles du sommeil. Cette question est donc présente dans le questionnaire avant mais aussi dans celui après l'étude afin d'objectiver un éventuel changement.

De même, les questions sur la prise en soins des troubles du sommeil, ainsi que sur leur prise en charge médicamenteuse ou non (la prescription de la TCC-I par les médecins généralistes et sa fréquence, les classes médicamenteuses privilégiées, l'orientation et l'adressage des patients), ont été posées à l'identique dans le questionnaire n°1 et le questionnaire n°2 dans le but de visualiser une modification des pratiques des médecins suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil.

D) Critère de jugement

L'objectif principal est de calculer le taux de proposition du questionnaire du sommeil par les médecins généralistes auprès des patients par rapport aux nombres de patients présentant des troubles du sommeil. Le critère de jugement principal était donc le taux de proposition du questionnaire du sommeil aux patients par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant les troubles du sommeil, de déterminer le ressenti du médecin généraliste sur l'utilité du questionnaire du sommeil du réseau Morphée en soins premiers et son intérêt sur la prise en charge des patients, d'objectiver le ressenti des patients sur la facilité ou la difficulté de réponse au questionnaire.

E) Réalisation de l'enquête

1) Recrutement des professionnels

Le recrutement des professionnels a été réalisé par appel téléphonique de manière aléatoire dans des cabinets de médecine générale situés dans le département du Nord durant la période de janvier 2024 à avril 2024.

2) Questionnaire n°1

Les médecins généralistes recrutés ont répondu au 1^{er} questionnaire de début d'étude avant la sensibilisation en juin 2024 avec une relance début juillet 2024. Le lien LimeSurvey de ce questionnaire a été envoyé par mail et les médecins y répondaient en ligne. Un code de chaînage a été utilisé au début des questionnaires n°1 et n°2 pour faire le lien entre les 2 questionnaires tout en gardant l'anonymat des médecins généralistes.

3) Sensibilisation au questionnaire du sommeil

Une formation en visio sur le questionnaire du sommeil du réseau Morphée a été réalisée auprès des médecins généralistes mi-juillet 2024 afin de les sensibiliser au questionnaire et de répondre à leurs questions. La visio a été enregistrée pour que les médecins puissent la regarder de nouveau ultérieurement. Des fiches mémos explicatives médecin et patient (Annexe 3 et 4) ont été remises par mail aux médecins afin de les aider durant l'étude.

4) Utilisation par les médecins généralistes du questionnaire du sommeil

Les médecins généralistes recrutés ont proposé pendant 3 mois, de septembre 2024 à novembre 2024, le questionnaire du sommeil du réseau Morphée auprès de patients majeurs présentant des troubles du sommeil depuis plus de 3 mois.

Le questionnaire peut être rempli en ligne (ou format papier) par le patient à son domicile, puis le patient ramène le résultat de son questionnaire à son médecin traitant pour discuter des résultats issus de l'algorithme.

5) Questionnaire n°2

A la fin des 3 mois d'étude en décembre 2024, les médecins généralistes participants ont répondu au 2^{ème} questionnaire de fin d'étude afin d'évaluer la pertinence de l'utilisation du questionnaire du sommeil réseau Morphée en cabinet de médecine générale. Deux relances ont été effectuées en janvier et février 2024.

6) Collecte et analyse des données

Les données LimeSurvey ont été transférées sur fichier Excel puis analysées pour les statistiques par la F2RSMPsy grâce au logiciel R Studio, version 4.4.1.

III) Résultats

A) Participation à l'étude

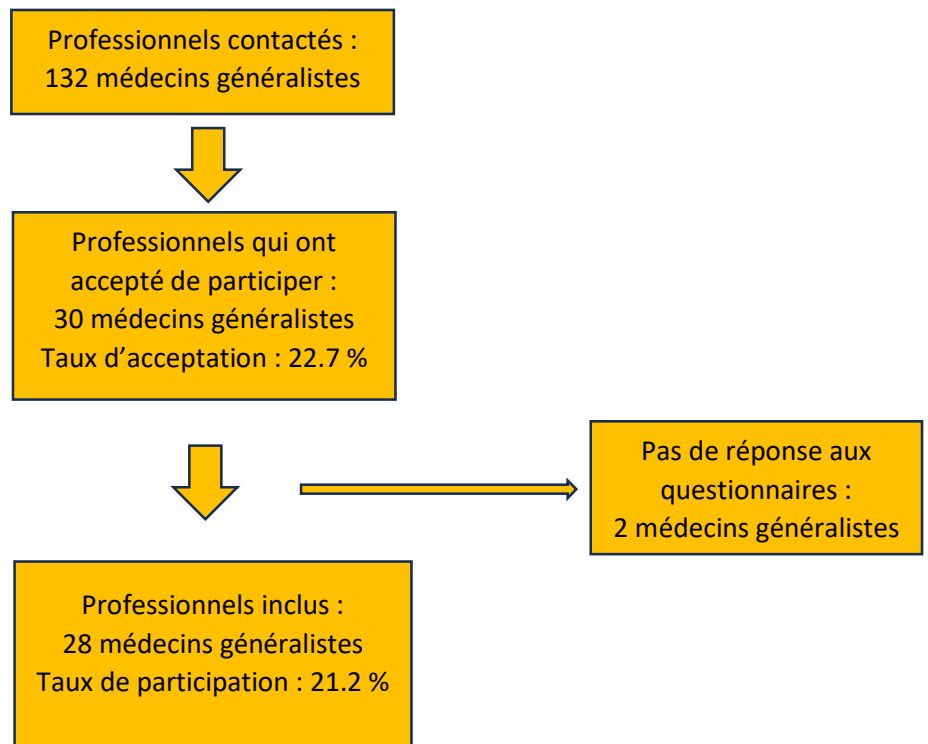
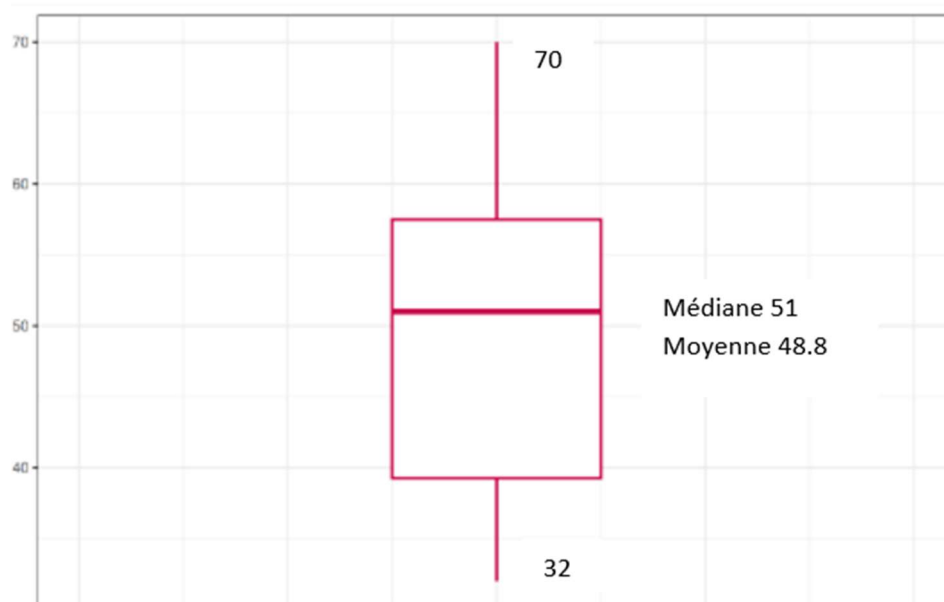


Diagramme de flux

Sur 132 médecins généralistes contactés, 30 médecins généralistes ont accepté de participer, soit un taux d'acceptation de 22.7 %. Sur les 30 médecins ayant accepté de participer, 2 médecins généralistes n'ont finalement pas répondu aux questionnaires de début et de fin d'étude et n'ont donc pas été inclus dans l'étude. Le taux de participation est donc de 21.2 %.

B) Epidémiologie des participants

La moyenne d'âge des médecins généralistes participants est de 49 ans.



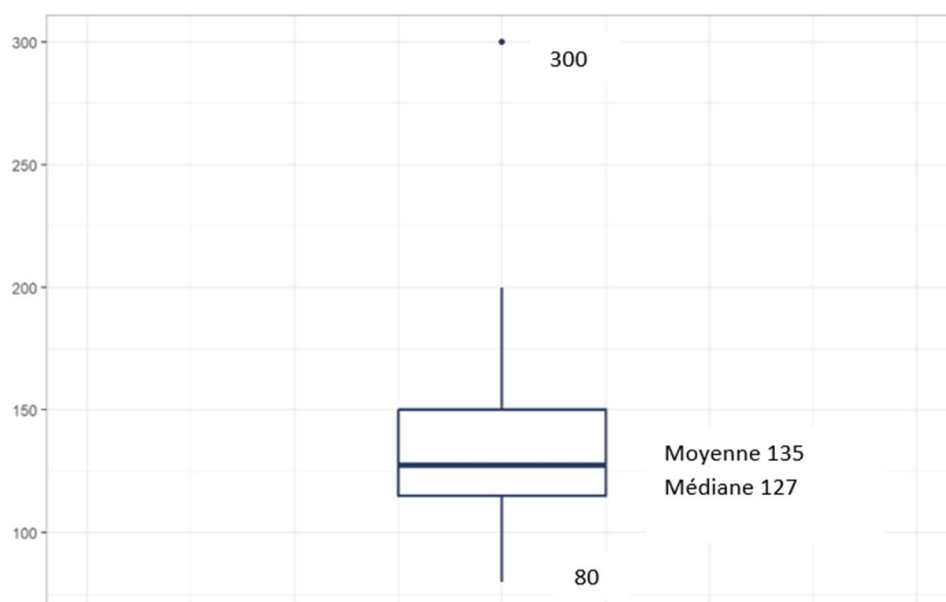
Box-plot de l'âge des médecins généralistes participants

Dans cette étude, 32.14% sont des femmes et 67.86% sont des hommes.

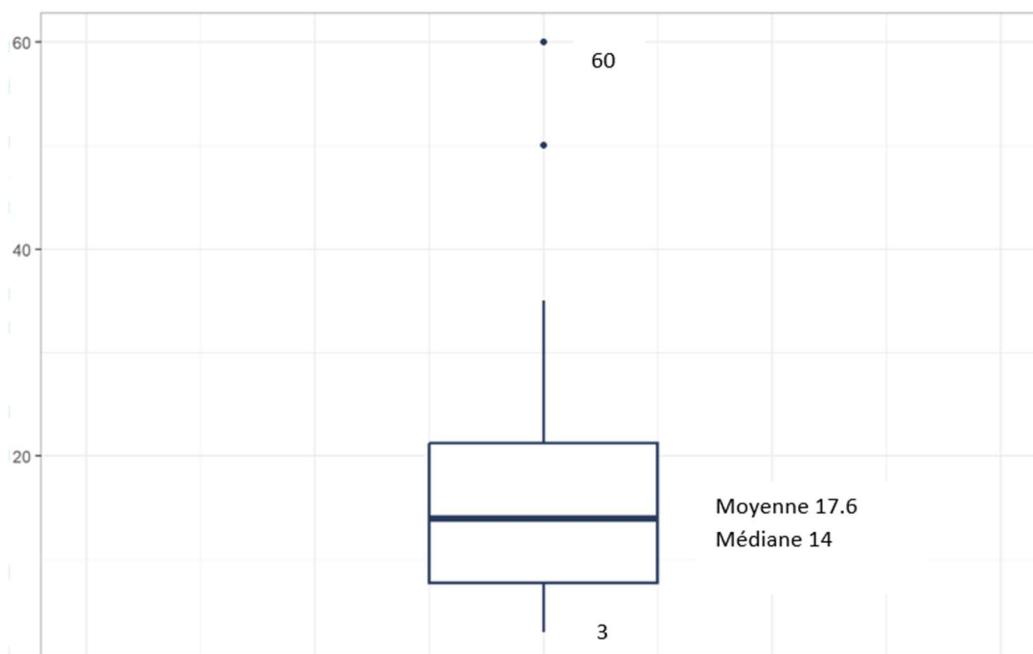
L'année de début d'exercice en libéral est très variable entre 1982 et 2022, soit une installation chaque année hormis 3 installations en 2000 ; 2 installations en 1993, en 2001 et en 2018.

Dans cette population, 10.71 % des médecins généralistes exercent en milieu rural, 25 % en milieu semi-rural et 64.29 % en milieu urbain. Par ailleurs, 75 % des participants exercent en cabinet de groupe, contre 25 % en cabinet seul.

Les médecins généralistes participants voient en moyenne 136 patients par semaine, parmi eux 17 patients environ présentent des troubles du sommeil, ainsi environ 12.5% des consultations abordent la plainte du sommeil chez les médecins participants.



Box-plot du nombre de patients vus par semaine par les participants



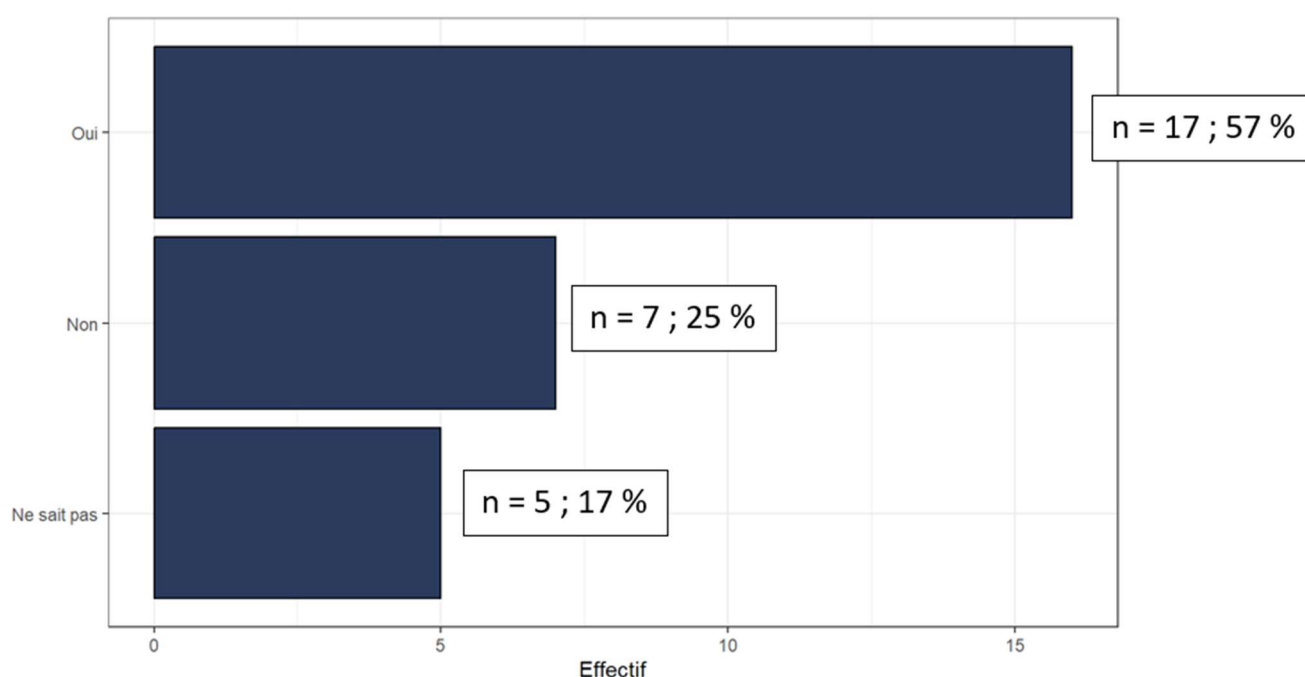
Box-plot du nombre de patients présentant des troubles du sommeil par semaine par participants

C) Pratique des médecins généralistes concernant les troubles du sommeil

1) Formation et aisance des médecins généralistes

Une formation spécifique aux troubles du sommeil avait déjà été effectuée par 64 % des médecins participants, comme par exemple : des FMC (formations médicales continues) sur les troubles du sommeil, le DU (diplôme universitaire) stress et anxiété, une formation sur le dépistage de l'apnée du sommeil et la prescription de la polygraphie. La durée moyenne des formations réalisées était de 17h environ.

Avant l'étude, un quart des médecins généralistes ne se sentait pas à l'aise avec l'accompagnement et la prise en charge des troubles du sommeil et 17 % n'ont pas su se prononcer ; 16 médecins se disaient à l'aise avant l'étude.



Proportion des médecins étant à l'aise ou non avec l'accompagnement et la prise en charge des troubles du sommeil (avant l'étude)

2) Prise en charge des troubles du sommeil

a) Dépistage

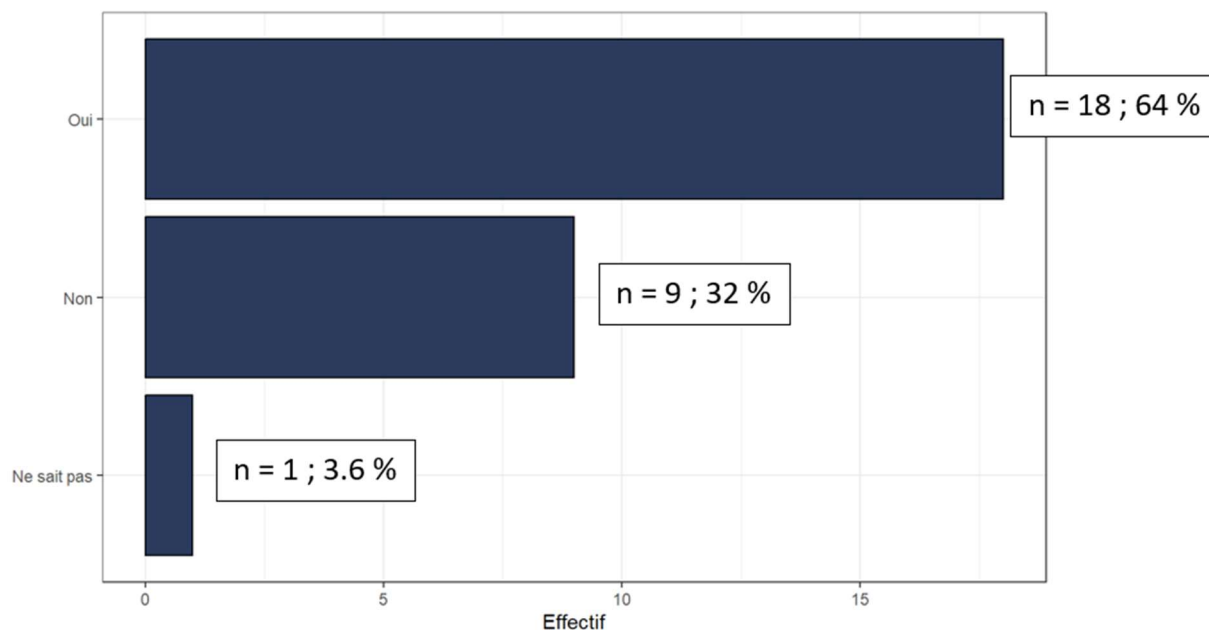
A la question : « Quand recherchez-vous un trouble du sommeil auprès de vos patients ? », les participants ont répondu les dépister « parfois » à 21.5 % et les dépister « souvent » à 78.5%.

b) Prise en charge thérapeutique et orientation des patients

Avant cette étude, tous les médecins généralistes participants proposent les règles d'hygiène de sommeil auprès de leurs patients et 53.5 % organisent une consultation de suivi rapprochée (à 1 mois).

Le traitement médicamenteux est quant à lui prescrit dans près de 68 % de la prise en charge des troubles du sommeil, soit 19 médecins. Parmi ces médecins généralistes proposant un traitement médicamenteux, 17 prescrivent de la mélatonine, 15 un antihistaminique sédatif, 8 un antidépresseur sédatif, 10 une benzodiazépine, 16 prescrivent du zolpidem ou zopiclone, 1 médecin prescrit le daridorexant et 1 médecin propose un neuroleptique. Certains médecins participants proposent des thérapies autres comme de la phytothérapie avec la passiflore par exemple, ou encore le CBD.

Au début de cette étude, 64 % des participants adressent leurs patients vers d'autres spécialistes, ainsi 9 médecins n'orientent pas leurs patients devant un trouble du sommeil et les prennent en charge seul.



Proportion d'orientation des patients présentant des troubles du sommeil par les médecins (avant l'étude)

La thérapie cognitivo-comportementale est prescrite par 39 % des médecins environ et 18 % proposent une psychothérapie autre qu'une TCC. L'hypnose, la méditation, le yoga, la sophrologie, l'acupuncture ainsi que la relaxation sont d'autres alternatives évoquées par 28,5 % des participants.

Quinze médecins généralistes (soit 53.5 %) orientent leurs patients vers d'autres spécialités comme la pneumologie, la psychiatrie, l'ORL ou la médecine du sommeil. Presque la moitié des médecins participants connaissent un réseau local pour la prise en charge des troubles du sommeil, soit 46.5 %. Parmi les réseaux cités, il est retrouvé : « clinique privée, hôpital de proximité, pneumologue, unité de sommeil, CHU, centre du sommeil Morphée du littoral (non lié au réseau Morphée Paris Ile-de-France), médecin du sommeil polyclinique de Grande-Synthe ».

D) Faisabilité et pertinence du questionnaire du sommeil du réseau Morphée

1) Utilisation du questionnaire du sommeil du réseau Morphée

Douze médecins connaissaient le questionnaire du sommeil du réseau Morphée avant le début de l'étude, soit 42 %. Parmi ces 12 participants, 10 exercent en milieu urbain. Parmi les médecins exerçant en milieu urbain, 55 % connaissaient le questionnaire du sommeil ; parmi les médecins exerçant en milieu semi-rural et rural, 20 % connaissaient le questionnaire.

Sur les 28 participants à cette étude, 26 ont utilisé le questionnaire du sommeil en le proposant à leurs patients. En moyenne, les médecins l'ont proposé 19 fois durant les 3 mois de l'étude, avec un minimum d'utilisation de 5 questionnaires.

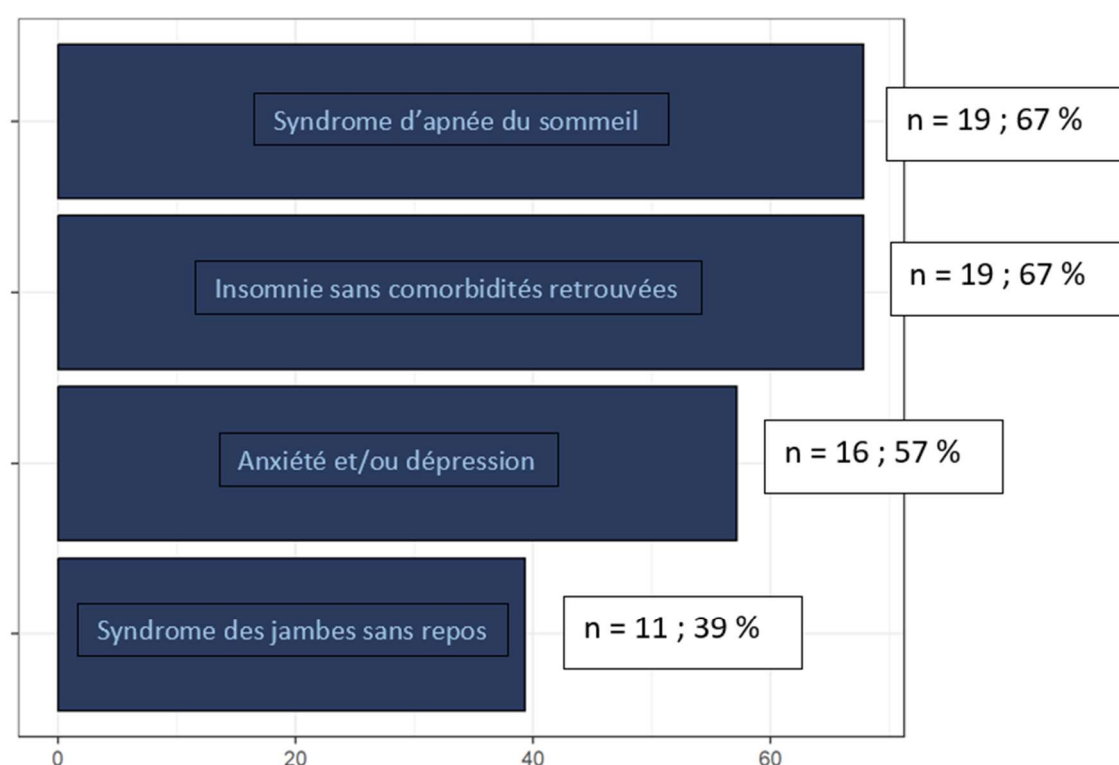
Concernant le critère de jugement principal, les médecins généralistes ont proposé le questionnaire du sommeil à environ 9 % de leurs patients présentant des troubles du sommeil (soit à environ 1 patient sur 10).

Globalement 64 % des médecins rapportent que leurs patients auraient trouvé facile le remplissage du questionnaire du sommeil. Un quart des médecins n'a pas su se prononcer quant au niveau de difficulté ou de facilité du remplissage. Trois médecins relatent que les patients n'ont pas trouvé le remplissage facile.

2) Aide au diagnostic et à l'accompagnement des troubles du sommeil

Après 3 mois d'utilisation du questionnaire du sommeil, 57 % des participants se sentent plus à l'aise avec l'accompagnement et la prise en charge des troubles du sommeil, 28,5 % ne se sentent pas plus à l'aise et 14 % n'ont pas forcément vu de changement.

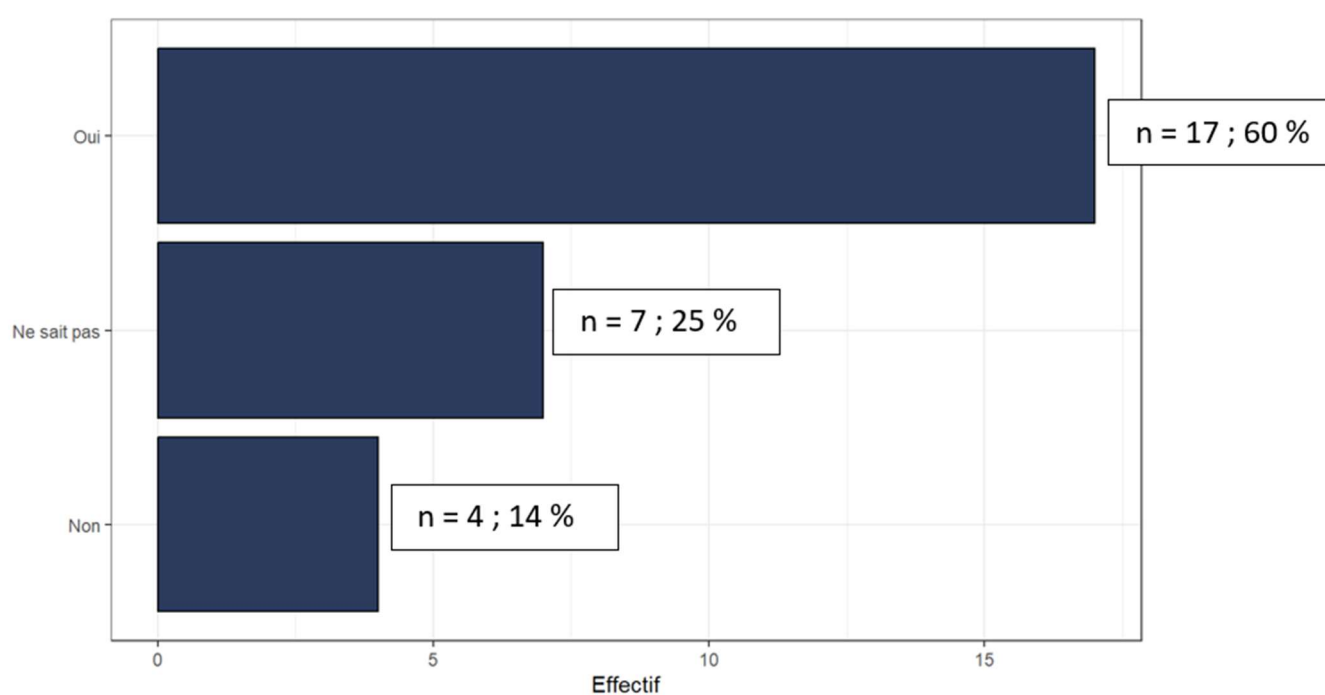
Trois quarts des médecins généralistes ont trouvé que le questionnaire du sommeil a été une aide au diagnostic de la plainte de troubles du sommeil. Pour 68 % d'entre eux, il a aidé au diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil et d'une insomnie sans comorbidités retrouvées. Le questionnaire du sommeil a facilité le diagnostic d'une anxiété et/ou d'une dépression pour 57 % des participants. Le diagnostic du syndrome des jambes sans repos a été facilité pour 39 % des médecins de l'étude.



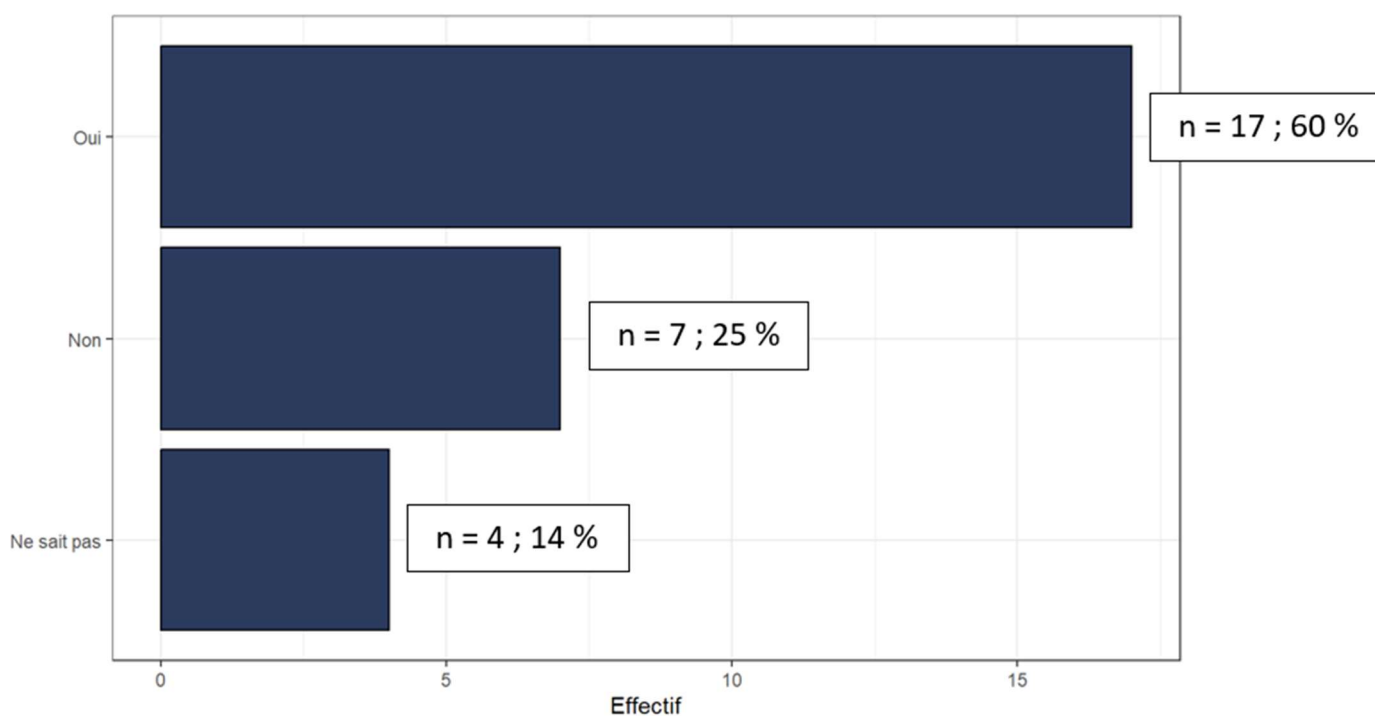
Proportion des médecins participants ayant trouvé que le questionnaire sommeil facilitait un diagnostic

3) Changement des pratiques concernant les troubles du sommeil

Suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil pendant 3 mois, 60 % des médecins participants ont senti une amélioration de leur prise en charge d'une plainte de trouble du sommeil, et ce quel que soit le milieu d'exercice. De même, 60 % ont modifié leur pratique suite à cette étude.

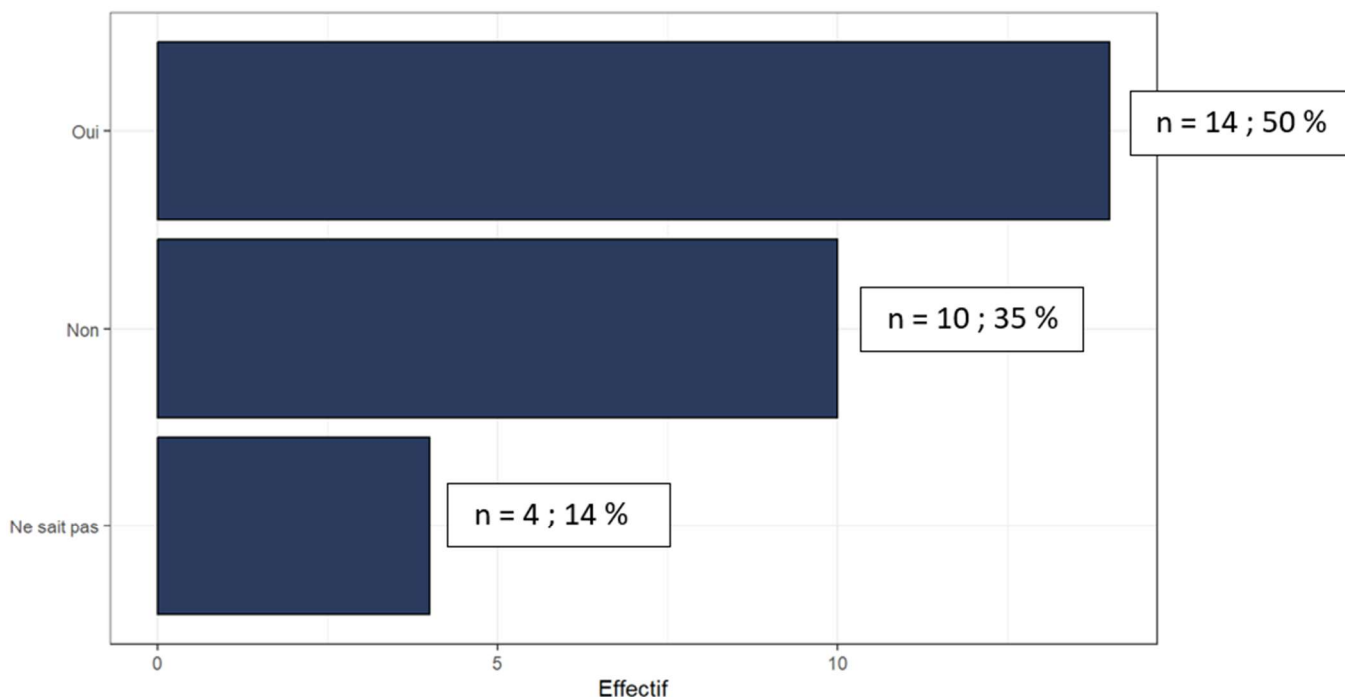


Amélioration de la prise en charge des troubles du sommeil d'après les médecins participants



Modification des pratiques suite à l'utilisation du questionnaire sommeil d'après les médecins participants

Un médecin généraliste sur 2 pense que le questionnaire a permis une orientation plus facile et plus rapide de leurs patients vers un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil (psychiatre, médecin du sommeil, pneumologue, O.R.L...). Parmi les médecins exerçant en milieu urbain, 44 % trouvent que le questionnaire du sommeil a permis une orientation plus facile et plus rapide de leurs patients ; et parmi les médecins exerçant en milieu semi-rural et rural, 66 % d'entre eux pensent que l'orientation de leurs patients a été facilité par le questionnaire.



Orientation plus facile et plus rapide des patients d'après les médecins participants

a) Prise en charge et orientation devant un trouble du sommeil

Après les 3 mois d'utilisation du questionnaire du sommeil, les participants n'ont pas changé leurs pratiques concernant les règles d'hygiène de sommeil. Ainsi 100 % des médecins les proposaient avant l'étude mais également après celle-ci.

Quinze médecins généralistes proposaient déjà une consultation de suivi rapprochée à 1 mois avant l'étude, soit un peu plus de 53 %. Suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil, 75 % des professionnels mettent en place cette consultation de suivi rapprochée : 6 professionnels ont changé leur prise en charge concernant cette pratique.

La prise en charge médicamenteuse a légèrement diminué avec 60 % de prescription contre 68 % avant l'étude. Trois médecins ont modifié leurs pratiques et ne prescrivent plus systématiquement un traitement médicamenteux devant une plainte de trouble du

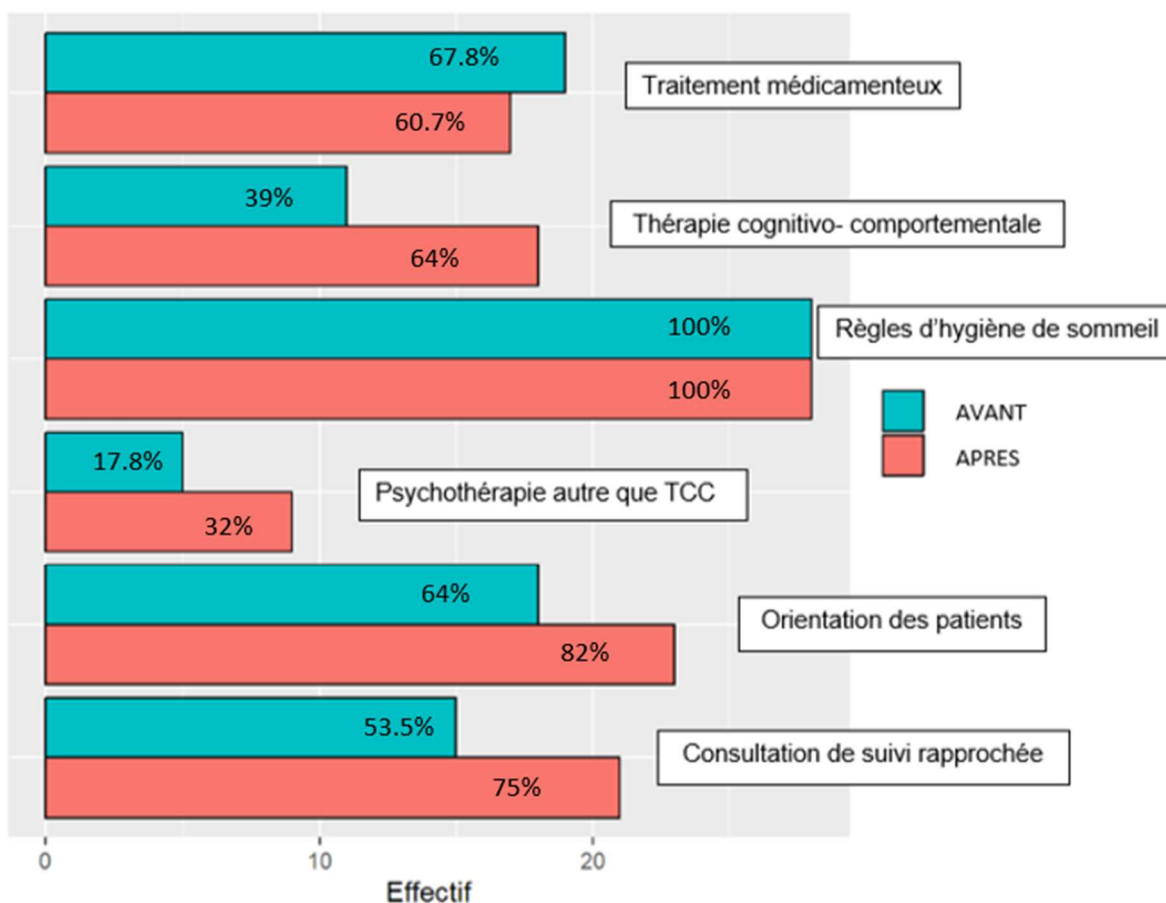
sommeil. A noter, un médecin qui ne prescrivait pas de médicaments s'est mis à en prescrire après l'étude.

Les méthodes alternatives (hypnose, yoga, acupuncture, sophrologie, aromathérapie, phytothérapie) qui étaient proposées par 28 % des médecins, sont proposées par 60 % des participants après l'étude.

Les médecins généralistes orientent leurs patients vers une TCC ou une autre spécialité (pneumologues, psychiatres, médecin du sommeil, O.R.L...) pour 64 % d'entre eux ; puis, après l'utilisation du questionnaire du sommeil, plus de 82 % des médecins proposent cette orientation à leurs patients.

La TCC, prescrite par 39 % des médecins avant l'étude, est proposée dans 64 % des prises en charge après l'étude. Ainsi, 7 participants ont changé leurs pratiques et l'ont proposée à leurs patients.

Trente-deux pourcents des participants proposent une psychothérapie autre que TCC après l'utilisation du questionnaire du sommeil, contre 18 % avant l'étude.



Comparaison avant/après l'utilisation du questionnaire sommeil de la prise en charge globale proposée aux patients souffrant de troubles du sommeil

b) Prise en charge médicamenteuse des troubles du sommeil

La mélatonine a été prescrite par environ 60 % des médecins généralistes avant comme après l'étude.

Le taux de prescription d'un antihistaminique sédatif était de 53.5 % avant l'étude puis est descendu à 42.8 % après celle-ci. Ainsi, après l'étude, 3 participants ont arrêté de prescrire des antihistaminiques sédatifs chez les patients présentant des troubles du sommeil.

Les participants proposaient un antidépresseur sédatif dans 28 % des cas avant l'utilisation du questionnaire du sommeil. Cette proportion n'a que très peu changé puisque 25 % des médecins le proposent toujours après l'étude.

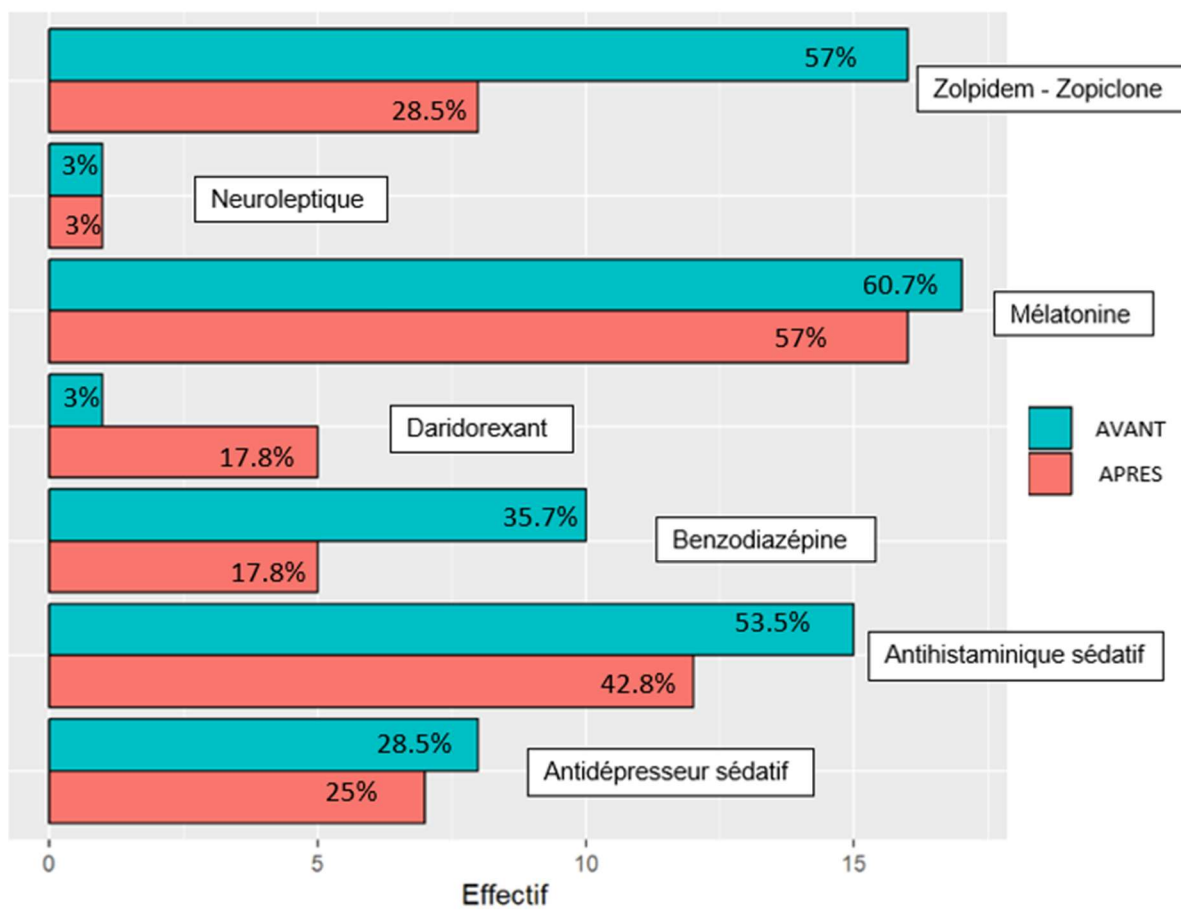
Plus de la moitié des professionnels prescripteurs utilisent une benzodiazépine dans la prise en charge des troubles du sommeil (soit 10 participants), et seulement 18 % d'entre eux ont continué à les utiliser après ces 3 mois d'étude (soit 5 participants).

Le daridorexant était prescrit par un seul participant au début de l'étude, puis par 5 médecins à la fin de celle-ci, soit 18 % des médecins.

La plus grande modification des pratiques concerne les médicaments zolpidem et zopiclone qui étaient proposés par 57 % des médecins généralistes avant l'utilisation du questionnaire du sommeil (soit 16 médecins). Après son utilisation, seulement 28.5% des médecins ont continué leur prescription (soit 8 médecins).

Les neuroleptiques sont très peu prescrits en pratique dans la prise en charge des troubles du sommeil. Un seul participant les utilise que ça soit avant ou après l'étude.

Globalement, les médecins généralistes participants à l'étude ont diminué leur taux de prescription suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil, notamment les benzodiazépines, le zolpidem et le zopiclone, et dans une moindre mesure les antihistaminiques et antidépresseurs sédatifs.



Comparaison avant/après l'utilisation du questionnaire sommeil de la prise en charge thérapeutique proposée aux patients souffrant de troubles du sommeil

4) Après l'étude

Dix-neuf participants à cette étude, soit 67.8 % des médecins généralistes, déclarent vouloir continuer à utiliser le questionnaire du sommeil dans leur pratique. Cinq médecins, soit presque 18 % des participants ne savent pas encore s'ils poursuivront son utilisation. Enfin, 4 médecins ne l'utiliseront plus, parmi eux se trouve les 2 médecins n'ayant pas utilisé le questionnaire du sommeil pendant les 3 mois d'étude. Les arguments rapportés sont notamment un questionnaire « trop long, non rempli par

les patients », « trop contraignant, manque de maîtrise de l'outil », « long à remplir pour les patients ».

Parmi les médecins exerçant en milieu urbain, 66 % vont poursuivre l'utilisation du questionnaire du sommeil ; et parmi les médecins exerçant en milieu semi-rural et rural, 70 % d'entre eux vont continuer à le proposer à leurs patients.

IV) Discussion

A) Représentativité de la population

Concernant la représentativité de l'échantillon des participants : la moyenne d'âge des médecins généralistes participants est de 49 ans, ce qui est représentatif de la population des médecins généralistes : l'âge moyen des médecins étant d'environ 48 ans (77).

Dans cette étude, 32.14% sont des femmes, ce qui semble ici moins représentatif de la population réelle puisqu'avec la féminisation de la profession, les femmes représentent 55% des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2025 (77).

Dans cette population, 10.71% des médecins généralistes participants exercent en milieu rural, 25 % en milieu semi-rural et 64.29 % en milieu urbain. Cet échantillon semble représentatif avec 67.9% des médecins généralistes exerçant en zone urbaine et 32.1% en zone rurale et semi-rurale (77,78).

En conclusion, la population de cette étude semble globalement représentative de la population générale des médecins généralistes notamment en termes d'âge et de lieu d'exercice.

B) Etat des lieux de pratiques avant l'étude et comparaison avec la littérature

Cette étude permet également de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en matière de troubles du sommeil.

Soixante-quatre pourcents des médecins ont déjà effectué une formation sur les troubles du sommeil, ce qui témoigne de leur volonté de se former face à ce réel problème de santé public aux conséquences socio-médico-économiques.

Chez les médecins participants, environ 12.5 % des consultations abordent la plainte du sommeil. Cependant, nous avons vu que 37 % des français étaient touchés par un trouble du sommeil (1–13). Ainsi, cela montrerait que les patients n'abordent pas de manière automatique le sujet du sommeil avec leurs médecins, mais également que les médecins généralistes ne dépisteraient pas systématiquement les troubles du sommeil chez leurs patients : 21.5 % les dépistent « parfois » et 78.5% d'entre eux les dépistent « souvent ».

Dans cette étude, 68 % des médecins participants prescrivent un traitement médicamenteux et parmi eux plus d'un médecin sur deux propose un hypnotique, ce qui rejoint le taux de prescription encore élevé de ces médicaments en France (9,14,26,33,49,50,53). Malgré cela, 39 % des médecins généralistes participants proposent la thérapie cognitivo-comportementale (TCCi) qui est la recommandation en 1^{ère} intention dans la prise en charge des troubles du sommeil (4–9,16,23,42–45).

Par ailleurs, plus d'un médecin sur deux prescrit de la mélatonine et/ou un antihistaminique sédatif qui ne sont pas recommandés dans la prise en charge des troubles du sommeil (5–7,47,48).

C) Résultats de cette étude

L'objectif de cette étude était de montrer la faisabilité et la pertinence de l'utilisation du questionnaire du sommeil du réseau Morphée par les médecins généralistes auprès des patients en cabinet de ville.

Le critère de jugement principal était le taux de proposition du questionnaire par les médecins aux patients : ce taux est de 9 %, ainsi les médecins généralistes ont proposé le questionnaire du sommeil à environ 1 patient sur 10 présentant des troubles du sommeil. Le questionnaire du sommeil a été proposé régulièrement aux patients par les médecins participants au cours des 3 mois d'étude mais peut-être pas assez systématiquement par manque de temps par exemple, de sous-estimation des troubles du sommeil ou encore peut-être par manque de formation. Mais nous pouvons aussi nous demander si parmi les patients retenus comme présentant des troubles du sommeil, certains étaient peut-être déjà diagnostiqués et pris en charge. Or les médecins auraient eu moins d'intérêt à proposer le questionnaire à ces patients-là, ce qui diminue probablement le nombre de propositions du questionnaire du sommeil par les médecins aux patients.

Les patients auraient trouvé facile le remplissage du questionnaire du sommeil dans 64 % des cas, ce qui montre qu'il peut assez facilement être proposé aux patients en consultation.

Trois quarts des médecins généralistes ont trouvé que le questionnaire du sommeil a été une aide au diagnostic de la plainte de troubles du sommeil : notamment pour le diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'une anxiété et/ou dépression, d'une insomnie sans comorbidités retrouvées ; un peu moins pour le syndrome des jambes sans repos.

Un médecin généraliste sur 2 pense que le questionnaire a permis une orientation plus facile et plus rapide de leurs patients vers un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil (psychiatre, médecin du sommeil, pneumologue, O.R.L...), notamment les médecins exerçant en milieu semi-rural et rural. Nous pouvons donc nous demander si, avec la moindre accessibilité à ses spécialités en milieu rural et semi-rural, les médecins généralistes temporisent avant d'adresser leurs patients et que le questionnaire du sommeil aurait permis d'accélérer cet adressage.

Après ces 3 mois d'étude, environ 60 % des participants se sentent plus à l'aise avec l'accompagnement et la prise en charge des troubles du sommeil, et ont senti une amélioration de leur prise en charge avec une modification de certaines de leurs pratiques. En effet, la prise en charge médicamenteuse a diminué après l'étude, cette diminution de prescription concerne notamment les benzodiazépines, le zolpidem et le zopiclone et dans une moindre mesure les antidépresseurs sédatifs et antihistaminiques sédatifs. Mais cette diminution s'est compensée par une augmentation des méthodes alternatives dans la prise en charge (hypnose, yoga, acupuncture, sophrologie, aromathérapie, phytothérapie) alors qu'aucune de ces thérapies alternatives n'a prouvé son efficacité (5–7,47,48). Par ailleurs, la TCC-I qui est le traitement de première intention dans les troubles du sommeil a été proposée plus souvent après l'utilisation du questionnaire du sommeil, dans 64 % des prises en charge après l'étude contre 39 % avant l'étude (4–9,16,23,42–45). Nous remarquons que le daridorexant n'est pas prescrit fréquemment par les médecins généralistes (79–81).

Presque trois-quarts des médecins déclarent vouloir continuer à utiliser le questionnaire du sommeil dans leur pratique avec une proportion légèrement plus grande pour les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural. Ce qui rejoint les

chiffres sur l'adressage, les médecins généralistes en milieu rural et semi-rural ayant trouvé que le questionnaire du sommeil permettait plus facilement d'orienter leurs patients vers d'autres spécialités, sont peut-être encore plus enclins à poursuivre son utilisation.

D) Forces et limites de cette étude

Le biais de sélection est limité puisque le recrutement des médecins généralistes a été réalisé de manière aléatoire (appels téléphoniques de cabinets sélectionnés au hasard dans le Nord), ce qui explique, comme vu précédemment, une certaine représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale de médecins généralistes.

Malgré tout, suite au recrutement par appel téléphonique, certains médecins ont décidé de participer d'autres non, ce qui peut induire un biais de volontariat.

Par ailleurs, un biais de recrutement peut exister vu que douze médecins connaissaient le questionnaire du sommeil avant l'étude. Mais nous ne savons pas s'ils l'utilisaient dans leur pratique au cabinet, ce qui aurait été intéressant à savoir pour limiter ce biais et interpréter différemment les résultats. Cependant, pour limiter ce biais, une formation en visio a été réalisée pour que tous les médecins généralistes aient bien connaissance des subtilités du questionnaire du sommeil.

Les médecins généralistes ont assez fréquemment proposé la TCC-I tout au long de ces 3 mois d'étude. Cependant, nous pouvons nous demander en quoi consiste la TCC-I proposée par les participants puisqu'elle nécessite une formation : quelle est leur conception de la TCC-I, ont-ils une formation ou ont-ils adressé leurs patient ? Ce sont des questionnements qui manquent peut-être à cette étude afin d'y apporter un raisonnement plus précis.

Un des points forts de cette étude est l'anonymat des médecins généralistes qui protège la confidentialité des participants. Cela peut encourager les médecins à fournir des réponses plus impartiales, honnêtes et équitables.

Les relances par mail pour que les médecins généralistes répondent aux questionnaires d'avant et d'après l'étude ont permis de limiter les perdus de vue.

L'utilisation d'un questionnaire avec des questions fermées permet de standardiser les réponses, ce qui permet d'analyser plus facilement les données collectées grâce aux logiciels statistiques.

De plus, 28 médecins généralistes ont accepté de répondre aux 2 questionnaires, d'assister à une formation en visio et de participer aux 3 mois d'étude d'utilisation du questionnaire du sommeil auprès des patients. Ce nombre de participants qui peut paraître insuffisant, est assez intéressant à notre échelle pour se donner une idée de la faisabilité de l'utilisation du questionnaire du sommeil du réseau Morphée par les médecins généralistes auprès des patients. D'autant plus que participer à cette étude leur demandait un minimum de temps, d'engagement et de réactivité.

Enfin, les médecins ont proposé le questionnaire du sommeil à leurs patients en moyenne 19 fois sur les 3 mois, ce qui est un taux suffisant pour leur permettre de se faire un avis sur la faisabilité de son utilisation en cabinet de médecine générale.

E) Perspectives

Cette étude est pertinente pour évaluer la faisabilité de l'utilisation du questionnaire du sommeil du réseau Morphée auprès des patients par les médecins généralistes en cabinet. Cependant, il serait également intéressant d'avoir l'avis et le ressenti des

patients sur la pertinence et la faisabilité de l'utilisation du questionnaire du sommeil. Ceci pourrait éventuellement faire l'objet d'une deuxième étude.

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que le questionnaire du sommeil peut être utilisé par les médecins généralistes auprès des patients dans leur pratique quotidienne, avec la possibilité d'orienter ces derniers plus facilement et plus rapidement vers une TCC-I ou vers des autres spécialités. Ainsi, pour simplifier la prise en charge des troubles du sommeil et faciliter l'adressage des patients, un réseau local pourrait être intéressant à organiser autour de ce questionnaire du sommeil. Ce réseau viendrait appuyer les médecins généralistes dans leur prise en charge des troubles du sommeil en ville et proposerait aux patients un adressage plus rapide vers d'autres spécialités (O.R.L, médecin du sommeil, pneumologue, psychiatre...).

V) Conclusion

Le questionnaire du sommeil du réseau Morphée a été proposé assez facilement par les médecins généralistes à leurs patients présentant des troubles du sommeil.

De plus, il a été une aide au diagnostic des syndromes d'apnée du sommeil, des troubles anxieux et/ou dépressifs et des insomnies sans comorbidités retrouvées. Ce questionnaire du sommeil a permis également un adressage plus facile et plus rapide des patients vers un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil (psychiatre, médecin du sommeil, pneumologue, O.R.L...).

Les médecins généralistes participants à cette étude se sentent plus à l'aise avec la prise en charge des troubles du sommeil, et ont senti une amélioration de leur prise en charge avec une modification de certaines de leurs pratiques. En effet, l'utilisation du questionnaire du sommeil a permis une diminution de la prescription médicamenteuse notamment en ce qui concerne les benzodiazépines, le zolpidem et le zopiclone. La TCC-I, quant à elle, a été proposée plus souvent par les médecins généralistes suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil.

Enfin, la majorité des médecins généralistes participants déclarent vouloir continuer à utiliser le questionnaire du sommeil dans leur pratique quotidienne.

Ainsi, la généralisation d'un outil d'évaluation des troubles du sommeil en médecine générale pourrait être une réelle aide dans la prise en charge des troubles du sommeil (comme par exemple le dispositif *psychiaclic*). Le questionnaire du sommeil par le réseau Morphée a montré sa fiabilité et son intérêt, le diffuser plus largement pourrait être une bonne idée.

Références

1. Delwyn J. Bartlett, Nathaniel S. Marshall, Anthony Williams, Ron R. Grunstein. *Predictors of primary medical care consultation for sleep disorders*. Sleep Med. 2008;9(8):857-64.
2. Inserm. (2017). *Insomnie*. <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
3. Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. *Insomnia*. The Lancet. 2022;400(10357):1047-60.
4. Melissa Ree, Moira Junge, David Cunnington. *Australasian Sleep Association position statement regarding the use of psychological/behavioral treatments in the management of insomnia in adults*. ScienceDirect. (2017). <https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1389945717301533>
5. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. Journal of Sleep Research. 2017;26(6):675-700.
6. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA. *The European Insomnia Guideline : An update on the diagnosis and treatment of insomnia*. J Sleep Res. 2023;32(6):e14035.
7. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. *Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults : An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline*. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2017;13(02):307-49.
8. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL. *Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults : an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment*. J Clin Sleep Med. 2021;17(2):263-98.
9. Haute Autorité de Santé. (2007). *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
10. Ouhayoun S, Dupouy J. *Étude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées*. Revue Exercer. 2016;(124):62-3.
11. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Leger D. *Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux*. Revue d'épidémiologie Santé Publique. 2011;59(6):409-22.
12. Maurice M. Ohayon. *Prévalence et comorbidités des troubles du sommeil en population générale*. (2007). La revue du praticien. <https://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2012/10/prevalence-comorbidite.pdf>
13. Ministère de la santé. (2006). *Rapport sur le thème du sommeil*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf>
14. Bourin M. *Les médicaments du sommeil et de la vigilance et leurs indications*. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2007;65(4):251-7.

15. Eric M. Matheson, Brandon David Brown, Alexei O. Decastro. *Treatment of Chronic Insomnia in Adults*. American Family Physician. 2024;109(2):154-160. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2024/0200/chronic-insomnia-adults.html>
16. Holder S, Narula NS. *Common Sleep Disorders in Adults : Diagnosis and Management*. Am Fam Physician. 2022;105(4):397-405.
17. Fédération Française de Neurologie. (2024). *Le sommeil et ses troubles*. <https://www.ffn-neurologie.fr/maladies/le-sommeil-et-ses-troubles/>
18. Organisation mondiale de la santé. *Classification Internationale des Maladies Onzième Révision : ICD-11*. <https://icd.who.int/fr>
19. American Psychiatric Association, Marc-Antoine Crocq, Alexis Etienne Boehrer, Julien-Daniel Guelfi. (2023). *DSM-5-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Elsevier Masson. (<https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-texte-revisé-9782294781353.html>)
20. American Academy of Sleep Medicine. *ICSD3 : Classification Internationale des Pathologies du Sommeil - 3^{ème} version* (2015).
21. Royant-Parola S, Dagneaux S, Hartley S, Escourrou P. *Dossier médical sommeil : un outil de partage de données : L'expérience du Réseau Morphée*. Médecine Sommeil. 2008;5(17):34-7.
22. Massant V et Frogner R. *Approche clinique et prise en charge de l'insomnie*. (2015). https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/327/RMG327_06-15.pdf
23. Van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. *Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia : A meta-analysis*. Sleep Medicine Reviews. 2018;38:3-16.
24. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. *Quality of life in people with insomnia*. 1999;22 Suppl 2:S379-385.
25. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. *SF-36 : Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers*. Psychosomatic Medicine. 2001;63(1):49-55.
26. Gaboreau I, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, Imbert P. *Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire*. Revue Exercer. 2017;(130):52-9.
27. Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. *Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene*. Progress in Cardiovascular Diseases. 2023;77:59-69.
28. Inserm. (2022) *De courtes nuits de sommeil dès 50 ans augmenteraient le risque de développer plusieurs maladies chroniques*. <https://presse.inserm.fr/de-courtes-nuits-de-sommeil-des-50-ans-augmenteraient-le-risque-de-developper-plusieurs-maladies-chroniques/65741/>
29. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, G. Ellis J, A. Espie C, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, et al. *Lignes directrices européennes pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie*. (2017). Journal of Sleep Research. <https://onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1111/jsr.12594>

30. Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. *Insomnia and daytime cognitive performance : A meta-analysis*. Sleep Med Rev. 2012;16(1):83-94.
31. Beck F, Léon C, Pin-Le Corre S, Léger D. *Troubles du sommeil : caractéristiques sociodémographiques et comorbidités anxiodépressives. Étude (Baromètre santé INPES) chez 14734 adultes en France*. Revue Neurologique. 2009;165(11):933-42.
32. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. (2023). *Sommeil et travail*. <https://institut-sommeil-vigilance.org/sommeil-et-travail/>
33. Léger D, Massuel MA, Metlaine A, The SISYPHE Study Group. *Professional Correlates of Insomnia*. Sleep. 2006;29(2):171-8.
34. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. *Insomnia as a predictor of depression : A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies*. Journal of Affective Disorders. 2011;135(1):10-9.
35. Ohayon MM. *Epidemiology of insomnia : what we know and what we still need to learn*. Sleep Med Rev. 2002;6(2):97-111.
36. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. *Inadequate sleep as a risk factor for obesity : analyses of the NHANES I*. Sleep. 2005;28(10):1289-96.
37. Singh M, Drake CL, Roehrs T, Hudgel DW, Roth T. *The association between obesity and short sleep duration : a population-based study*. J Clin Sleep Med. 2005;1(4):357-63.
38. Bounhoure JP, Galinier M, Didier A, Leophonte P. *Syndromes d'apnée du sommeil et maladies cardiovasculaires*. (2005). <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/16149210/>
39. Bayon V, Laaban JP, Léger D. *Comorbidités métaboliques et cardiovasculaires associées aux troubles du sommeil*. La revue du praticien. 2007;57.
40. Hein M, Lanquart JP, Loas G, Hubain P, Linkoski P. *L'insomnie avec courte durée de sommeil comme facteur de risque du diabète de type 2 : une revue systématique de la littérature*. (2020). Revue médicale Bruxelles. <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/e71b8134bc7da5a95fe822dc56f48fe0.pdf>
41. Touitou Y. *Troubles du sommeil et hypnotiques : Impacts médicaux et socio-économiques*. Ann Pharm Fr. 2007;65:230-8.
42. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN, et al. *Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life : A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry. 2019;76(1):21-30.
43. Poirot I. *Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies*. Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique. 2012;170(3):202-7.
44. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, et al. *Components and Delivery Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia in Adults*. JAMA Psychiatry. 2024;81(4):357-65.

45. Furukawa Y, Masatsugu S, Yamamoto R, et al. (2024) *Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique : quelles en sont les composantes efficaces, et sous quelles modalités est-elle efficace ?* <https://minerva-ebp.be/FR/Article/2390>
46. Morin CM, Buysse DJ. *Management of Insomnia*. The New England Journal of Medicine. 2024;391(3):247-58.
47. Tuft C, Matar E, Menczel Schrire Z, Grunstein RR, Yee BJ, Hoyos CM. *Current Insights into the Risks of Using Melatonin as a Treatment for Sleep Disorders in Older Adults*. Clinical Interventions in Aging. 2023;18:49-59.
48. Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O. *Melatonin in sleep disorders*. Neurologia English Edition. 2022;37(7):575-85.
49. ANSM. *RAPPORT BENZODIAZEPINES*. Addictovigilance Paris. (2017). <https://addictovigilance.aphp.fr/2017/05/23/ansm-rapport-benzodiazepines/>
50. ANSM. Rapport coordonné par Richard N. *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. (2017).
51. Léger D, Allaert FA, Massuel MA. *La perception de l'insomnie en médecine générale : Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes*. Presse Médicale. 2005;34(19, Part 1):1358-62.
52. ANSM. (2021) *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 : point de situation jusqu'au 25 avril 2021*. <https://ansm.sante.fr/actualites/usage-des-medicaments-de-ville-en-france-durant-lepidemie-de-covid-19-point-de-situation-jusquau-25-avril-2021>
53. Driot D, Bismuth M, Poutrain JC, Birebent J, Berthes A, Oustric S, et al. *Revue systématique de la primo-prescription de benzodiazépines en soins premiers pour les troubles anxieux et l'insomnie*. Rev Exercer. 2017;(131):120-3.
54. Royant-Parola S, de Mascarel A, Escourrou P. *Rôle d'un réseau de santé dans la prise en charge des troubles du sommeil*. Revue de Pneumologie Clinique. 2009;65(4):273-7.
55. Lader M. *Benzodiazepine harm : how can it be reduced ?* British Journal of Clinical Pharmacology. 2014;77(2):295-301.
56. Rat C, Werner EL, Pivette J, Senand R, Nguyen JM. *Hypnotic prescription without face to face contact: A report from French family medicine*. European Journal of General Practice. 2013;19(3):158-61.
57. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia*. Annals of Internal Medicine. 2015;163(3):191-204.
58. Guay B, Morin M. *Comment évaluer un problème d'insomnie ?* (2002). Le médecin du Québec. <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/097-109FAGuay0902.pdf>
59. Riemann D, Benz F, Dressle RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF, et al. *Insomnia disorder : State of the science and challenges for the future*. J Sleep Res. 2022;31(4):e13604.
60. Thakral M, Von Korff M, McCurry SM, Morin CM, Vitiello MV. *ISI-3 : evaluation of a brief screening tool for insomnia*. Sleep Med. 2021;82:104-9.

61. Ait-Aoudia M, Levy PP, Bui E, Insana S, De Fouchier C, Germain A, et al. *Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder*. European Journal of Psychotraumatology. 2013;4(1):19298.
62. Nishiyama T, Mizuno T, Kojima M, Suzuki S, Kitajima T, Ando KB, et al. *Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale for the diagnosis of sleep disorders*. Sleep Med. 2014;15(4):422-9.
63. Kendzerska TB, Smith PM, Brignardello-Petersen R, Leung RS, Tomlinson GA. *Evaluation of the measurement properties of the Epworth sleepiness scale : A systematic review*. Sleep Med Rev. 2014;18(4):321-31.
64. Lapin BR, Bena JF, Walia HK, Moul DE. *The Epworth Sleepiness Scale : Validation of One-Dimensional Factor Structure in a Large Clinical Sample*. J Clin Sleep Med. 2018;14(8):1293-301.
65. Nagappa M, Liao P, Wong J, Auckley D, Ramachandran SK, Memtsoudis S, et al. *Validation of the STOP-Bang Questionnaire as a Screening Tool for Obstructive Sleep Apnea among Different Populations : A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLOS One. 2015;10(12):e0143697.
66. Morrone E, Giordano A, Carli S, Rossato F, Villani T, Paracchini E, et al. *NoSAS : a possible screening questionnaire in patients with OSA and comorbidities*. European Respiratory Journal. 2020;56(suppl 64). https://publications.ersnet.org/content/erj/56/suppl_64/2121
67. Spoormaker VI, Verbeek I, van den Bout J, Klip EC. *Initial Validation of the SLEEP-50 Questionnaire*. Behav Sleep Med. 2005;3(4):227-46.
68. Dossier d'information du réseau Morphée. *Une prise en charge des troubles chronique du sommeil coordonnée, dynamique, efficiente et replicable*. (2022). <https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2022/06/Dossier-dinformation-Reseau-Morphee.pdf>
69. Royant-Parola S, Hartley S, Aussert F, Dagneaux S, Brion A, Aisenberg N, et al. *Aide d'un algorithme pour orienter le patient vers la consultation de sommeil la plus adaptée*. Médecine Sommeil. 2017;14(1):43.
70. Gauld C, Hartley S, Lopez R, Philip P, Micoulaud-Franchi JA, Royant-Parola S. *Sleep health network analysis based on questionnaire data from 35,808 subjects concerned by their sleep*. Sleep Epidemiology. 2021;1:100011.
71. Haute Autorité de Santé. (2017) *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
72. DSM-5. Annexe 4 : Définition de l'EDC selon le DSM-5. (2013).
73. Organisation mondial de la santé. (2025). *Principaux repères sur la dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
74. F2RSMPsy. *Qui sommes-nous ?* <https://www.f2rsmpsy.fr/qui-sommes-nous.html>
75. Réseau Morphée. *Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil*. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/>
76. Questionnaire du sommeil du réseau morphée. <https://questionnaire.reseau-morphee.fr/>

77. Ordre national des médecins. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. (2025).
78. Rican S, Charraud S. Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. (1999)
79. Fernandes M, Placidi F, Mercuri NB, Liguori C. *Daridorexant treatment for chronic insomnia : a real-world retrospective single-center study*. Neurol Sci Off J Ital. 2024;45(7):3443-8.
80. Kunz D, Dauvilliers Y, Benes H, García-Borreguero D, Plazzi G, Seboek Kinter D, et al. *Long-Term Safety and Tolerability of Daridorexant in Patients with Insomnia Disorder*. CNS Drugs. 2023;37(1):93-106.
81. Haute Autorité de Santé. *QUVIVIQ (daridorexant) - Insomnie chronique*. (2023). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3443615/fr/quviviq-daridorexant-insomnie-chronique

Annexes

ANNEXE 1

Questionnaire n°1 :

Questionnaires aux médecins généralistes avant la sensibilisation

- Age : __ _ ans
- Année de début d'exercice en libéral : __ _
- Genre : H / F / Autre
- Lieu d'exercice : rural / semi-rural / urbain
- Exercice : cabinet seul / cabinet de groupe
- Combien voyez-vous de patients par semaine ? __ _ _

- Avez-vous déjà effectué une formation spécifique aux troubles du sommeil ?
oui / non / ne sait pas
 - Si oui :
 - Quelles formations ? __ _ _ _
 - Nombre d'heures de formations : __ _ _ h
- Vous sentez-vous à l'aise avec l'accompagnement et la prise en soins des troubles du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas
- Quand recherchez-vous les troubles du sommeil auprès de vos patients ?
Souvent / Parfois / Jamais

- Quelle prise en charge proposez-vous à vos patients présentant des troubles du sommeil ? (réponse à choix multiple)
 - Règles d'hygiène de sommeil
 - Consultation de suivi rapprochée (< 1 mois)
 - Traitement médicamenteux
 - Si oui :
 - Mélatonine
 - Antihistaminiques sédatifs
 - Benzodiazépines

- Daridorexant
 - Zolpidem ou Zopiclone
 - Antidépresseurs sédatifs
 - Neuroleptiques
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie autre que TCC
- Autres : _ _ _ _
- Orientez-vous vos patients présentant des troubles du sommeil ?
 - Si oui : de quelle manière ?
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Psychothérapie autre
 - Auprès d'autres spécialités (Pneumologue, psychiatre, médecin du sommeil)
 - Méthodes alternatives (Hypnose, yoga, méditation, acupuncture, sophrologie, aromathérapie, phytothérapie...)
 - Autres : _ _ _ _ _
- A votre niveau avez-vous un réseau local pour la prise en soins des troubles du sommeil ?
 - Si oui : Lequel ? _ _ _ _ _
- Connaissiez-vous le questionnaire du sommeil avant de participer à cette étude ? oui / non / ne sait pas

ANNEXE 2

Questionnaire n°2 :

Questionnaire aux médecins généralistes après l'étude

Combien voyez-vous de patients par semaine ? _ _ _

- Combien de patients présentant des troubles du sommeil voyez-vous par semaine ? _ _
- Avez-vous proposé le questionnaire du sommeil aux patients présentant des troubles du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
 - Si oui, combien de fois sur les 3 mois ? _ _
- Les patients ont-ils trouvé que la réalisation du questionnaire du sommeil était facile ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Après ces 3 mois d'utilisation de questionnaire du sommeil, vous sentez-vous plus à l'aise avec l'accompagnement et la prise en soins des troubles du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Le questionnaire vous a-t-il aidé au diagnostic de la plainte de troubles du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Le questionnaire du sommeil a-t-il facilité le diagnostic :
 - D'un syndrome d'apnée du sommeil ?
 - D'une insomnie sans comorbidités retrouvées ?
 - D'un syndrome anxio-dépressif ?
 - D'un syndrome des jambes sans repos ?
- Le questionnaire a-t-il permis d'orienter plus facilement et plus rapidement le patient vers un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil (pneumologue, médecin du sommeil, psychiatre) ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Le questionnaire du sommeil vous a-t-il permis d'améliorer votre prise en soins des troubles du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Quelle prise en charge proposez-vous à vos patients présentant des troubles du sommeil ? (réponse à choix multiple)
 - Règles d'hygiène de sommeil
 - Consultation de suivi rapprochée (< 1 mois)
 - Traitement médicamenteux

- Si oui :
 - Mélatonine
 - Antihistaminiques sédatifs
 - Benzodiazépines
 - Daridorexant
 - Zolpidem ou Zopiclone
 - Antidépresseurs sédatifs
 - Neuroleptiques
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie autre que TCC
- Autres : _ _ _ _
- Orientez-vous vos patients présentant des troubles du sommeil ?
 - Si oui : de quelle manière ?
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Psychothérapie autre
 - Auprès d'autres spécialités (pneumologue, psychiatre, médecin du sommeil)
 - Méthodes alternatives (Hypnose, yoga, méditation, acupuncture, sophrologie, aromathérapie, phytothérapie...)
 - Autres : _ _ _ _ _
- Avez-vous modifié votre pratique suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil ? Oui / Non / Ne sait pas (réponse choix unique)
- Allez-vous continuer à utiliser ce questionnaire après la fin de l'étude ? Oui / non
 - Si non, expliquez pourquoi : _ _ _ _ _

ANNEXE 3

Fiches mémo médecin

QUESTIONNAIRE DU SOMMEIL DU RESEAU MORPHEE

Pour le médecin généraliste

Etude de septembre à novembre 2024 (3 mois)

Rappel : L'intérêt de répondre au questionnaire du sommeil en ligne est que l'algorithme propose une hypothèse diagnostique après validation des questions, ainsi que le calcul des différents scores ce qui permet une aide au diagnostic et une prise en charge plus rapide.

- 1) Si un patient majeur présente des troubles du sommeil => proposer au patient le questionnaire du sommeil du réseau Morphée.
Pour vous aider au remplissage du questionnaire de fin d'étude vous pouvez comptabiliser le nombre de fois où vous proposez le questionnaire (à votre manière ou dans le tableau au dos)
- 2) 2 choix s'offrent au patient :
 - Remplissage en ligne +++
 - Remplissage sur le format papier (vous pouvez lui fournir le questionnaire)
- 3) Remettez au patient la « fiche patient » explicative, en plus de vos instructions
- 4) Le patient revient vous voir en consultation avec son questionnaire papier rempli ou le rapport imprimé du questionnaire en ligne.
- 5) En fonction des résultats du questionnaire, des conseils sont d'emblée proposés au patient et une hypothèse diagnostique peut-être évoquée dans le rapport, à vous de faire le point avec votre patient sur la conduite à tenir lorsque vous le revoyez en consultation.

Si vous avez des questions ou des problèmes durant ces 3 mois n'hésitez pas à me contacter :
06 34 96 10 41 ou marion.quarez.etu@univ-lille.fr

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 4

Fiches mémo patient avec QR code

QUESTIONNAIRE DU SOMMEIL DU RESEAU MORPHEE

Pour les patients

Si le médecin vous a proposé de réaliser ce questionnaire c'est que vous présentez des troubles du sommeil.

2 choix s'offre à vous (mais l'idéal reste la version en ligne car elle contient un algorithme avec une analyse immédiate de vos réponses) :

- Réaliser le questionnaire sur **papier** en demandant un exemplaire à votre médecin
 - Et ramener le questionnaire rempli lors d'une prochaine consultation avec votre médecin traitant
- Remplir le questionnaire en **ligne** (internet) en tapant le lien URL ci-dessous ou en scannant le QR code ci-après :
 - <https://questionnaire.reseau-morphee.fr/>



- Valider les conditions générales
- Remplir la case « Identifiant de votre médecin du sommeil » par : Dr POIROT
- Le questionnaire peut vous sembler long, vous pouvez enregistrer l'avancée de votre questionnaire et finir de le remplir plus tard !
- Une fois le questionnaire fini et validé : Pensez à enregistrer votre rapport sur votre ordinateur et à l'imprimer, dans ce document vous retrouverez :
 - Des conseils personnalisés sur votre sommeil
 - La synthèse de vos réponses qui aideront à la consultation avec votre médecin
- Ramener le rapport imprimé lors d'une prochaine consultation avec votre médecin traitant (ou transmettez lui par mail / déposez le au secrétariat etc...)

Si vous avez des questions n'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant.

AUTEURE : Nom : QUAREZ

Prénom : Marion

Date de soutenance : 2 octobre 2025

Titre de la thèse : Troubles du sommeil en médecine générale : intérêt de l'utilisation du questionnaire proposé par le réseau Morphée Paris Île-de-France

Thèse - Médecine – Lille – Année 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale – DU de gynécologie

Mots-clés : troubles du sommeil ; médecine générale ; dépistage ; diagnostic ; enquêtes et questionnaires ; réseau Morphée

Résumé

Contexte : Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les outils permettant le dépistage des troubles du sommeil sont rares ou méconnus. L'objectif de cette étude est d'évaluer si le questionnaire du sommeil du réseau Morphée permet une modification des pratiques des médecins généralistes en améliorant l'accompagnement des patients souffrants de troubles du sommeil.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle multicentrique quantitative auprès de médecins généralistes en ambulatoire dans le Nord. Durant 3 mois, les médecins participants ont proposé à leurs patients présentant des troubles du sommeil le questionnaire du sommeil. Les médecins généralistes ont répondu à un questionnaire avant puis après les 3 mois de l'étude.

Résultats : 28 médecins généralistes ont participé à cette étude. Ils ont proposé le questionnaire du sommeil à environ 9% de leurs patients présentant des troubles du sommeil. Suite à ces 3 mois d'étude, les médecins ont diminué leur taux de prescription en benzodiazépines, zolpidem et zopiclone. La TCC-I a été proposée plus souvent par les médecins suite à l'utilisation du questionnaire du sommeil. Les participants se sentent plus à l'aise avec l'accompagnement et la prise en charge des troubles du sommeil (57%). Trois-quarts d'entre eux trouvent qu'il a été une aide au diagnostic de la plainte des troubles du sommeil (syndrome d'apnée du sommeil, insomnie sans comorbidités retrouvées, anxiété et/ou dépression). Un médecin sur deux pense que le questionnaire a permis une orientation plus facile et rapide des patients vers un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil. Enfin, 68% des médecins généralistes déclarent vouloir continuer à utiliser le questionnaire du sommeil dans leur pratique quotidienne en cabinet.

Conclusion : Le questionnaire du sommeil du réseau Morphée a été une aide au diagnostic et les médecins se sont sentis plus à l'aise avec la prise en charge des troubles du sommeil avec une modification de leurs pratiques. L'utilisation du questionnaire du sommeil a permis une diminution de la prescription médicamenteuse et une augmentation de proposition de la TCC-I. La majorité des médecins ont déclaré vouloir continuer à utiliser ce questionnaire dans leur pratique quotidienne.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ali Amad

Assesseur : Madame le Docteur Sabine Bayen

Directrice de thèse : Madame le Docteur Isabelle Poirot