

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etudes Spécialisées de MEDECINE GENERALE

**Que pensent les internes de
médecine générale de la thérapie
cognitivo-comportementale pour
le traitement de l'insomnie
chronique ?**

LECLER Camille

Née le 8 octobre 1994 à Rouen (76)

MALBOIS Fabien

Né le 10 mai 1994 à Bois-Guillaume (76)

Sous la direction de Dr PY Thibaut

Membres du jury

Mme Professeur De CASABIANCA Catherine | Présidente

Mr Docteur PY Thibaut | Directeur

Mme Docteur DESHAIES Nathalie | Membre

Soutenue publiquement le :
27 janvier 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignés, LECLER Camille et MALBOIS Fabien déclarent être pleinement conscients que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par les étudiants le **09/12/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine

GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine

TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe		Médecine
WILLOTEAUX Serge	Neurologie	Médecine
	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine

KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Thérapeutique	
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Médecine Générale	Pharmacie
	Chimie organique	

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur De CASABIANCA Catherine,
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance.

À Madame le docteur DESHAIES Nathalie,
Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail et d'être membre de ce jury. Je garde un excellent souvenir de mon passage en stage dans votre cabinet de Saint-Sylvain-d'Anjou. Soyez assuré de notre gratitude.

À Monsieur le docteur PY Thibaut,
Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour votre enthousiasme dans la direction de cette thèse. Merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité tout au long de notre travail. Trouvez ici l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance.

À Monsieur le docteur LAVIOLE Gabriel,
Nous vous remercions sincèrement du temps que vous nous avez consacré et de votre accueil en consultation de médecine des pathologies du sommeil. Soyez assuré de notre gratitude.

Aux internes de médecine générale et médecins de la faculté d'Angers,
Merci pour votre participation et votre accueil en groupes de GEAP.

À l'ensemble des équipes médicales et paramédicales rencontrées tout au long de nos études.

REMERCIEMENTS

Remerciements personnels de Camille LECLER,

À mes parents Véronique et Olivier, qui m'ont permis de devenir médecin et qui ont toujours été à mes côtés pour les épreuves de la vie, merci infiniment.

À ma sœur Mathilde et à mon frère Vincent, vous illuminiez mon existence de vos rires, de vos conseils et de votre écoute, notre complicité est une force au quotidien, merci pour tout.

À ma grand-mère Lydia, qui m'accompagne et adoucit mon existence depuis toujours, mille mercis.

À ma grand-mère Nicole, pour ton attention pour ma vie d'adulte et de médecin, merci beaucoup.

À Léa, Sophie et Olivier, je vous remercie pour votre présence, votre soutien et votre bonne humeur.

À Bernard et Pino, pour ces belles vacances ensemble, pour avoir égayé mes révisions d'étudiante, pour votre soutien dans la vie, grazie mille.

À mes amis de longue date, À mes co-internes devenus mes amis, merci pour votre folie, votre écoute, votre humour et mille choses encore.

À ma belle-famille, merci pour votre accueil si chaleureux au sein de votre famille.

À Fabien, merci d'être toujours à mes côtés, merci pour ton amour et ta patience, pour ton aide et notre complicité, je suis fière de présenter cette thèse avec toi.

REMERCIEMENTS

Remerciements personnels de Fabien Malbois,

À mes parents, qui m'ont toujours soutenu et qui m'ont donné la force de traverser toutes les épreuves jusqu'à aujourd'hui. Merci pour tout. Vous êtes des exemples pour moi. Je vous en serai toujours reconnaissant.

À mes frères, merci pour votre soutien et votre bonne humeur sans faille qui m'ont permis de décompresser dans les moments difficiles. Sans vous je n'en serais sûrement pas là. Vous êtes les meilleurs frères, ne changez rien.

À mes grands-parents, merci de m'avoir soutenu et veillé sur moi. Vous êtes des exemples et comptez beaucoup pour moi.

À l'ensemble de ma famille, cousins, cousins, tantes et oncles qui comptent beaucoup pour moi. Vous m'apportez énormément.

À ma belle-famille, merci pour votre gentillesse et votre soutien à toute épreuve. Vous êtes tous des sources d'inspiration pour moi.

À mes amis, merci pour tous les bons moments passés ensemble qui m'ont donné de la force pour traverser toutes ces épreuves.

À Camille, toutes ces épreuves ensemble nous ont fait grandir et nous ont permis de nous rencontrer. Tu es ma plus grande force et source de bonheur. Merci de m'avoir accompagné dans cette aventure. J'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres...

Liste des abréviations

AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies 10 ^{ème} édition
DPG	Développement Professionnel Continu
DSM-V	5 ^{ème} Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
ECN	Examen Classant National
GEAP	Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques
HAS	Haute Autorité de Santé
ICSD-3	International Classification of Sleep Disorders 3 ^{ème} édition
IMG	Internes de Médecine Générale
ISI	Insomnia Severity Index
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
SAFE	Stage Ambulatoire Femme-Enfant
SAS	Syndrome D'apnées du Sommeil
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TCC-I	Thérapie Cognitivo-Comportementale-Insomnie
TCC+	Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique
TCC-	Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques générales de la population et cursus de formation**
- 2. Place de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de l'insomnie chronique par les internes de médecine générale (IMG)**
 - 2.1. Evaluation de l'insomnie chronique par les IMG et évaluation dans la pratique ambulatoire
 - 2.2. Connaissance de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie par les IMG
 - 2.3. Utilisation de la TCC par les IMG dans le traitement de l'insomnie chronique
- 3. Place de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de l'insomnie chronique chez les IMG**
 - 3.1. Pratique des internes dans le traitement de l'insomnie chronique
 - 3.2. Que pensez-vous de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique ?
 - 3.3. Que pensez-vous de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique ?

4. Place de la TCC dans le sevrage en hypnotique chez les IMG

- 4.1. Renouvellement des hypnotiques par les IMG
- 4.2. Sevrage des hypnotiques par les IMG
- 4.3. Place de la TCC dans le sevrage d'hypnotique selon les IMG

5. Temps de consultation pour insomnie chronique selon les IMG

6. Formation des IMG sur l'insomnie chronique

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Rappel des principaux résultats

2. Forces et limites de l'étude

- 2.1. Forces de l'étude

- 2.2. Limites de l'étude

3. Objectif principal : représentations de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie chez les internes de médecine générale

- 3.1. Qualificatifs de la TCC-I par les IMG
- 3.2. Indications de la TCC-I par les IMG
- 3.3. Freins à l'utilisation de la TCC-I par les IMG
- 3.4. Formation des IMG à la prise en charge de l'insomnie chronique

4. Objectifs secondaires

- 4.1. Représentations de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG

- 4.2. Représentations de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG
- 4.3. Pratiques des IMG dans la prise en charge de l'insomnie chronique
- 4.4. Pratiques des IMG et freins dans le sevrage en hypnotique
- 4.5. Temps de consultation idéal pour insomnie chronique selon les IMG
- 4.6. Mise en application de la TCC-I en stage ambulatoire de médecine générale et expériences personnelles
- 4.7. Alternatives émergentes dans le traitement de l'insomnie chronique.

5. Conclusion et ouverture

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Que pensent les internes de médecine générale de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique ?

LECLER Camille, MALBOIS Fabien

Répartition du travail :

Lecler Camille est à l'origine de l'idée de cette thèse. La rédaction de l'introduction et la création du questionnaire a principalement été réalisée par Camille Lecler avec la participation active de Malbois Fabien dans les recherches bibliographiques.

Lecler Camille et Malbois Fabien ont tous deux participé aux interventions dans les différents groupes de GEAP (Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques).

Malbois Fabien a procédé à l'analyse des résultats et la rédaction de la partie résultat avec la participation active de Camille Lecler dans l'analyse des résultats qualitatifs.

Lecler Camille et Malbois Fabien ont tous deux participé à la rédaction d'une partie de la discussion, respectivement, objectif primaire et objectifs secondaires, avec relecture active réciproque.

La conclusion a été rédigée conjointement par Lecler Camille et Malbois Fabien.

INTRODUCTION

I-Epidémiologie :

L'insomnie représente le trouble du sommeil le plus fréquent chez l'adulte (1). Il constitue un problème de santé publique par sa prévalence et ses conséquences socio-économiques (2). En France 10 % de la population générale souffre d'une insomnie chronique.

Elle génère très fréquemment une anxiété, une irritabilité, des troubles de la concentration et une somnolence diurne. De plus, 40% des gens souffrant d'insomnie chronique non traitée risquent de développer un épisode dépressif caractérisé durant l'année qui suit. Plus tardivement, elle contribue à l'apparition de pathologies cardio-vasculaires (3). Enfin, le risque d'accidents de travail est multiplié par 1,5 chez les insomniaques et celui d'accident de la voie publique par 2,5 (4)(1).

Un tiers des patients insomniaques consultent un soignant pour ce motif, le plus souvent un médecin généraliste. Ces derniers sont fréquemment démunis devant cette affection (5)(6).

La réponse à cette plainte est souvent un traitement médicamenteux. On estime qu'un médicament hypnotique est prescrit dans 90 % des cas à la fin de la consultation (2).

Les français figurent parmi les plus grands consommateurs d'hypnotique en Europe (2). A noter qu'une prise de somnifères est à l'origine d'une amplification des retentissements diurnes de l'insomnie (4)(7).

II-l'insomnie chronique :

L'insomnie chronique se définit par la présence de symptômes datant de plus de trois mois d'après le DSM V. (cf ANNEXE 1 : **Définition de l'insomnie chronique**)

Selon l'ouvrage de Billiard et Dauviliers "Les troubles du sommeil" édité en 2019, il existe trois types d'insomnies chroniques non liées à des comorbidités : idiopathique, paradoxale et psychophysiologique. Cette dernière, que l'on abordera dans cette thèse, représente la majorité des insomnies. Elle est liée à un conditionnement mental et physique négatif. (cf ANNEXE 2 : ***Physiopathologie de l'insomnie psychophysiologique***). Elle est celle à laquelle le médecin généraliste est le plus souvent confronté (6)(8). Par souci de simplification nous la nommerons «insomnie chronique » dans la suite de cette thèse.

III-Dépistage de l'insomnie :

Pour faire le diagnostic de l'insomnie chronique il est important d'y dédier une consultation à part entière (4)(9). L'interrogatoire doit faire décrire le cycle complet veille-sommeil des 24h (en période de vacances et de travail), le mode de vie, ainsi que l'usage de somnifère.

Afin de préciser ces éléments, on peut faire réaliser par le patient un agenda de sommeil sur deux semaines. D'autres outils de dépistages existent, par exemple des auto-questionnaires comme l'Insomnia Severity index (ISI) qui indique la gravité de l'insomnie perçue par le patient ou le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) qui indique la qualité du sommeil (10).

Il est important de ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente se manifestant par des troubles du sommeil : pathologie psychiatrique ou somatique (respiratoire, thyroïdien, gastrique, neurologique, cardiaque ...).

IV-Thérapeutiques :

La prise en charge médicamenteuse de l'insomnie est principalement représentée par les benzodiazépines et les apparentés aux benzodiazépines. Ces molécules largement prescrites,

ont cependant de nombreux effets indésirables bien connus. Pour les benzodiazépines, les principaux effets secondaires sont une perturbation de l'architecture du sommeil, des effets résiduels diurnes (somnolence, diminution des performances, troubles cognitifs), un risque de tolérance, de dépendance et une insomnie de rebond à l'arrêt. Ces effets, majorés chez le sujet âgé, sont pourvoyeurs de chutes. Les apparentés aux benzodiazépines se distinguent par un moins grand retentissement sur l'architecture du sommeil, une demi vie plus courte, mais conservent les mêmes effets secondaires que les benzodiazépines (11).

Les autres traitements médicamenteux tels que les antihistaminiques, les antidépresseurs, la phytothérapie, l'homéopathie ou non médicamenteux comme la luminothérapie et l'acupuncture n'ont pas d'effets réels démontrés sur l'insomnie chronique dans la littérature (9)(10)(11). L'efficacité de la mélatonine est débattue, l'efficacité serait modeste versus placebo, non évaluée chez les patients de plus de 65 ans (12)(13).

Pourtant il existe un traitement non médicamenteux recommandé en première intention par la HAS, dans l'insomnie chronique : la "thérapie cognitivo-comportementale insomnie" (TCC-I). Cette catégorie de thérapie cognitivo-comportementale a été élaborée il y a plus de vingt ans (14)(15) et a fait ses preuves dans de nombreuses études (16)(3). Une TCC-I seule sur le long terme est plus efficace que les hypnotiques seuls et même qu'une TCC-I associée à des hypnotiques (9)(17)(18)(19)(20)(21).

De plus, la TCC-I a montré son efficacité dans le sevrage en benzodiazépines. En effet, de meilleurs résultats sont obtenus en associant une TCC-I en parallèle d'une décroissance progressive des benzodiazépines (9)(22)(23)(24).

La TCC-I par ses différentes approches, permet de corriger sur le long terme les mauvaises habitudes d'hygiène du sommeil, les croyances erronées sur les troubles engendrés par le manque de sommeil, de mettre en évidence le cercle vicieux installé et d'instaurer une nouvelle dynamique du rythme de sommeil(4). Les cinq grands principes de cette thérapie sont : le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil, la thérapie cognitive, l'hygiène du sommeil et la relaxation. (cf ANNEXE 3 : ***Principes de la thérapie cognitivo-comportementale-insomnie***).

V-Point de vue des médecins généralistes et des patients :

D'après la littérature, lors des consultations pour insomnie, le médecin perçoit un besoin d'hypnotique qui n'est pas toujours présent chez les patients. Une thèse de 2012 parue dans la revue "Exercer" a interrogé 13 médecins généralistes libéraux sur leur ressenti à propos de la prise en charge de l'insomnie. Ainsi, plusieurs d'entre eux reconnaissaient prescrire de façon excessive et inadaptée des benzodiazépines. Certains disaient se sentir impuissants face aux insomnies de leurs patients sans cette prescription, associé à un sentiment de contrainte de renouvellement par la suite. Il est également relevé par les médecins un manque de formation sur l'insomnie en particulier les TCC-I, ainsi qu'un manque de temps de consultation (2).

Les médecins généralistes sont majoritairement favorables à la proposition de la TCC-I à leurs patients en les adressant à des professionnels formés s'ils en connaissent. Ils souhaitent pour deux tiers d'entre eux être formés sur le sujet dans le cadre de la formation médicale continue préférentiellement sous forme de soirée (11).

Du point de vue des patients, la prescription médicamenteuse est souvent jugée trop rapide. La crainte de la dépendance est fortement présente. La demande des patients est une écoute

empathique, un temps de consultation conséquent et dédié, une absence de jugement sur leur comportement, une prise en charge globale de leur demande et une réassurance (2). Il est cependant relevé des attentes irréalistes (résultat immédiat efficace), paradoxalement sans la prise de médicament. Ils souhaitent une information éclairée sur l'origine de leur insomnie et le mécanisme. Une consultation dédiée uniquement aux règles hygiéno-diététiques est mal reçue par les patients (2). Dans une thèse portant sur l'application de la TCC-I et interrogeant le ressenti des patients, on constate que 25% seulement des participants trouvent contraignant de remplir un agenda du sommeil, 37 % notent que la technique du contrôle du stimulus est difficile à appliquer. Concernant la restriction du sommeil, 70% des patients la juge difficile à mettre en place (11).

VI-Application en ambulatoire de la TCC-I :

Initialement jugée peu adaptée en médecine ambulatoire et réservée aux centres spécialisés, la TCC-I est désormais applicable par les praticiens libéraux. Dans la littérature, de multiples articles relatent avec précision le déroulement d'une TCC -I, "l'ABC du traitement cognitivo-comportemental" de Morin notamment, est particulièrement didactique. La TCC-I y est décrite étape par étape de manière précise, à l'usage des praticiens.

Deux thèses pour le doctorat de médecine générale publiées en 2004 intitulée "Réalisation et évaluation d'un guide pratique de l'insomnie en médecine générale" et en 2010 intitulée "Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale" sont allées plus loin en réalisant des guides spécifiques à l'usage des praticiens généralistes. Une de ces thèses en l'occurrence, celle de 2010, a abouti à la mise à disposition sur internet de manière gratuite d'un livret court, simplifié et pratique.

L'accueil de ce guide a été favorable et a permis quelques évolutions dans les pratiques (4) : usage de l'agenda du sommeil, application du contrôle du stimulus et de la relaxation. En revanche, la thérapie cognitive et la restriction du sommeil sont jugées plus difficiles à mettre en place.

VII-Qu'en est-il des internes de médecine générale ?

Les connaissances médicales autour du sommeil sont peu présentes au cours des études de médecine.

Durant l'externat, dans la 5^e édition du Collège des enseignants de neurologie, référence pour l'Examen Classant National (ECN) 2020, dans l'item 108 "troubles du sommeil" un paragraphe de 8 lignes seulement est consacré à la TCC-I (25).

Par la suite, lors de l'internat de médecine générale, les traitements non médicamenteux de l'insomnie tels que la TCC-I sont peu abordés. Or les internes sont confrontés fréquemment aux problèmes d'insomnie rapportés par les patients, aux conséquences des traitements médicamenteux et à leur renouvellement.

Dans ce contexte la problématique suivante se pose : que pensent les internes de médecine générale de l'usage de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique ?

Secondairement nous nous intéresserons à la pratique des internes de médecine générale vis-à-vis du traitement de l'insomnie chronique, du renouvellement des hypnotiques, et de leurs éventuels projets de formations dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

MÉTHODES

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de différentes bases de données accessibles, en partie grâce aux portails universitaires tels que : Google Scholar, Pupmed, Dune, SUDOC, CISMeF ainsi que les revues Prescrire et Exercer.

Il a été choisi de réaliser une étude quantitative déclarative, comportant trois questions qualitatives, transversale, par questionnaire en ligne sur la représentation de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique chez les internes de médecine générale de la faculté d'Angers, en les interrogeant notamment sur leurs pratiques de prise en charge, du renouvellement des hypnotiques, et des éventuels projets d'approfondissement de leurs connaissances.

Le recueil des données s'est déroulé d'avril 2021 à juin 2021.

La population étudiée dans cette étude est constituée par les trois promotions d'internes de médecine générale de la faculté d'Angers, correspondant 360 sujets au cours de l'année 2021. Ces derniers ont été recrutés par sollicitation directe en groupe d'échange de pratique (GEAP) à la faculté, pour les internes concernés par ces groupes d'échanges. Les internes en stage hospitalier, identifiés à partir d'une liste recueillie auprès de la scolarité du département de médecine générale, ont été contactés par leur boîte mail universitaire.

Une relance systématique par mail a été réalisée toutes les 3 semaines durant la période de l'étude pour les internes en stage hospitalier. Par souci de simplification des analyses statistiques, seuls les questionnaires complétés entièrement ont été pris en compte.

Le questionnaire (cf ANNEXE 4 : **Questionnaire de thèse**) a été réalisé sur le logiciel en ligne LimeSurvey ;

Ce questionnaire s'articulait en quatre parties :

- Une première partie s'intéressant aux caractéristiques générales de la population d'internes.
- Une deuxième partie concernant les pratiques de prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale par les internes.
- Une troisième partie sur la prise en charge du sevrage en hypnotique par les internes.
- Une quatrième partie interrogeant les internes sur des éventuels projets de formations à la prise en charge de l'insomnie chronique.

Il s'agit d'une part de questions fermées à choix unique et multiple, d'autre part de quelques questions ouvertes donnant accès à un commentaire en texte libre qui portaient sur :

- la connaissance d'outils d'aide au dépistage de l'insomnie chronique.
- l'opinion des internes concernant la prise en charge **médicamenteuse** de l'insomnie chronique.
- l'opinion des internes concernant la prise en charge **non médicamenteuse** de l'insomnie chronique.

Certaines questions conditionnelles ont été affichées ou masquées en fonction des réponses précédentes.

La participation au questionnaire en ligne prenait quelques minutes et les réponses étaient anonymes. Aucune donnée personnelle ne permettait d'identifier les participants.

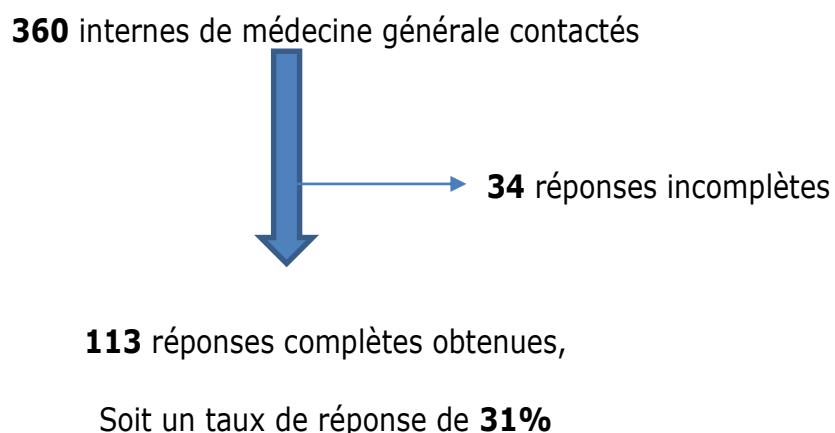
L'analyse des données a été réalisée à l'issue du recueil en ligne, un fichier Excel regroupait les données du questionnaire. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel EpiInfo7 et le logiciel en ligne BiostaTGV.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des données a été réalisée, puis un certain nombre de ces données a été croisé.

La valeur de p significative retenue était inférieure à 0,05 ($p<0,05$)

RÉSULTATS

Sur 360 internes de médecine générale (IMG) contactés, 147 réponses ont été obtenues dont 113 réponses complètes. Les réponses incomplètes ont été exclues de l'étude car inexploitables. Le taux de réponse était donc de 31%.



1. Caractéristiques générales de la population et cursus de formation

Les caractéristiques générales de la population sont représentées dans les Tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population.

Caractéristiques générales	Population totale (n=113)	Population cible (n=360)	p
Sexe			p=0,14
Féminin	84 (74%)	239 (66%)	
Masculin	29 (26%)	121 (34%)	
Age			p=0,04
Moins de 25 ans	9 (8%)	9 (2%)	
25 à 29 ans	97 (86%)	323 (90%)	
30 ans et plus	7 (6%)	28 (8%)	
Année d'internat			p=0,004
1ère année	20 (18%)	110 (30%)	
2ème année	32 (28%)	114 (32%)	
3ème année et plus	61 (54%)	136 (38%)	

Chez les IMG ayant répondu à notre questionnaire, une majorité sont en 3^{ème} année et plus (54%) avec ($p=0,004$). La population étudiée était également significativement plus jeune notamment chez les moins de 25 ans (8% vs 2%) avec ($p=0,04$).

Tableau II : Stages réalisés par les internes.

Caractéristiques générales		Population totale (n=113)
Stages Réalisés		
Stage ambulatoire niveau 1		
Oui		101 (89%)
Non		12 (11%)
SASPAS		
Oui		45 (40%)
Non		68 (60%)
SAFE		
Oui		8 (7%)
Non		105 (93%)
Aucun stage ambulatoire		
Oui		3 (3%)
Non		110 (97%)

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé

SAFE : Stage Ambulatoire Femme-Enfant

2. Place de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de l'insomnie chronique par les IMG.

2.1. Evaluation de l'insomnie chronique par les IMG et évaluation dans la pratique ambulatoire.

67% des IMG ont connaissance de la durée définie d'une insomnie chronique. (Figure 1)

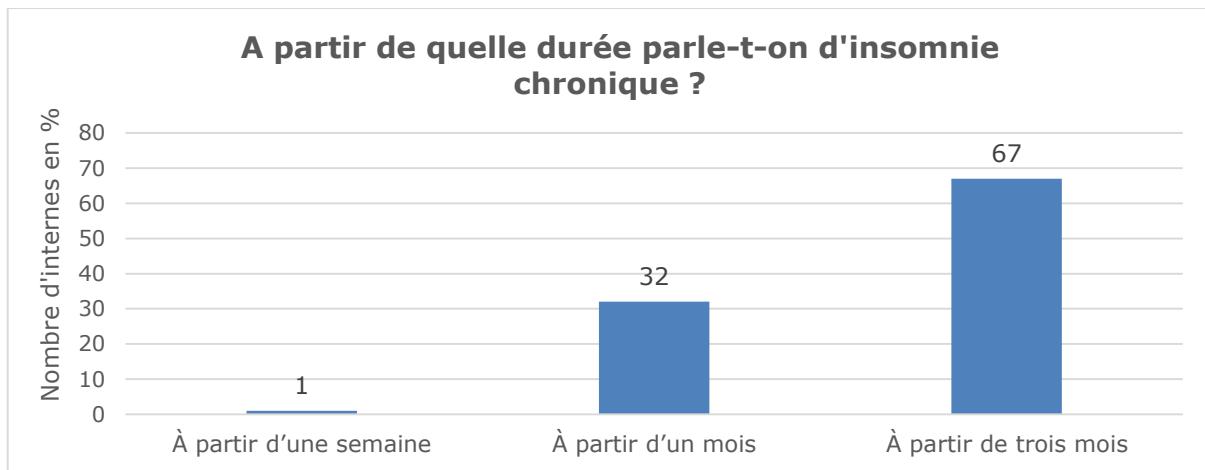


Figure 1 : Définition de la durée d'une insomnie chronique selon les IMG.

74% des IMG sont confrontés à l'insomnie chronique en consultation au moins une fois par semaine. (Figure 2)

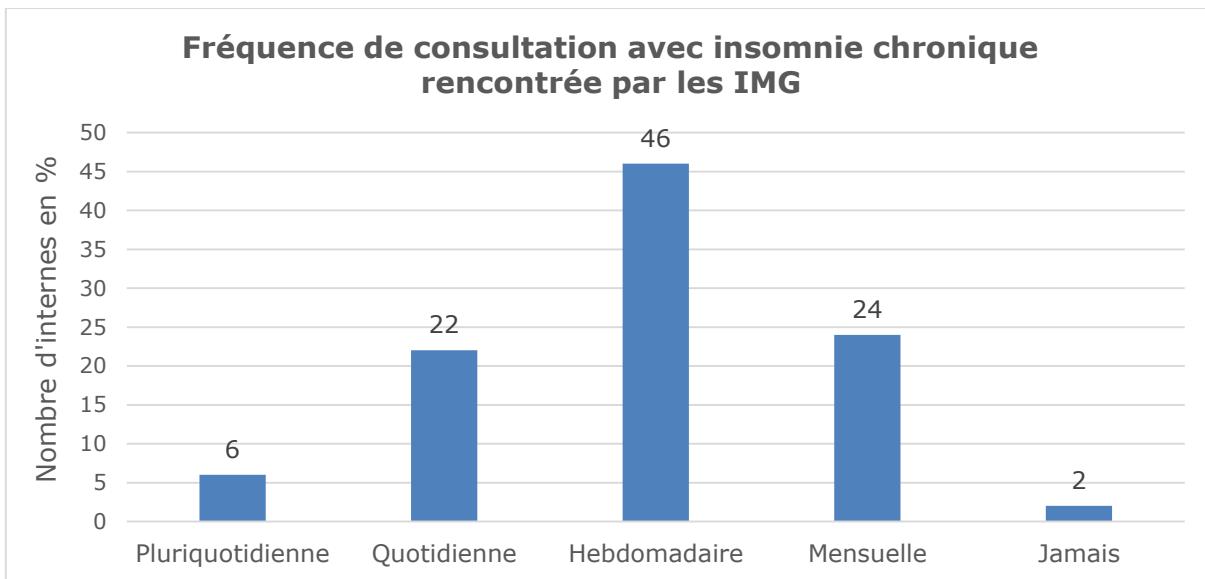


Figure 2 : Fréquence de l'insomnie chronique rencontrée par les IMG.

Concernant les outils de dépistage de l'insomnie chronique, seul **9%** des internes estimaient connaître un outil de dépistage. Deux outils sont cités par les IMG, principalement **l'agenda du sommeil**, puis secondairement **l'ISI** (Index de sévérité de l'insomnie).

2.2. Connaissance de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie par les IMG.

17% des IMG déclarent connaître l'utilisation la TCC-I (Thérapie Cognitivo-comportementale insomnie) comme traitement de l'insomnie chronique (Figure 3). Contre 83% des IMG qui ont déclaré ne pas connaître cette possibilité avant d'avoir répondu à notre questionnaire.

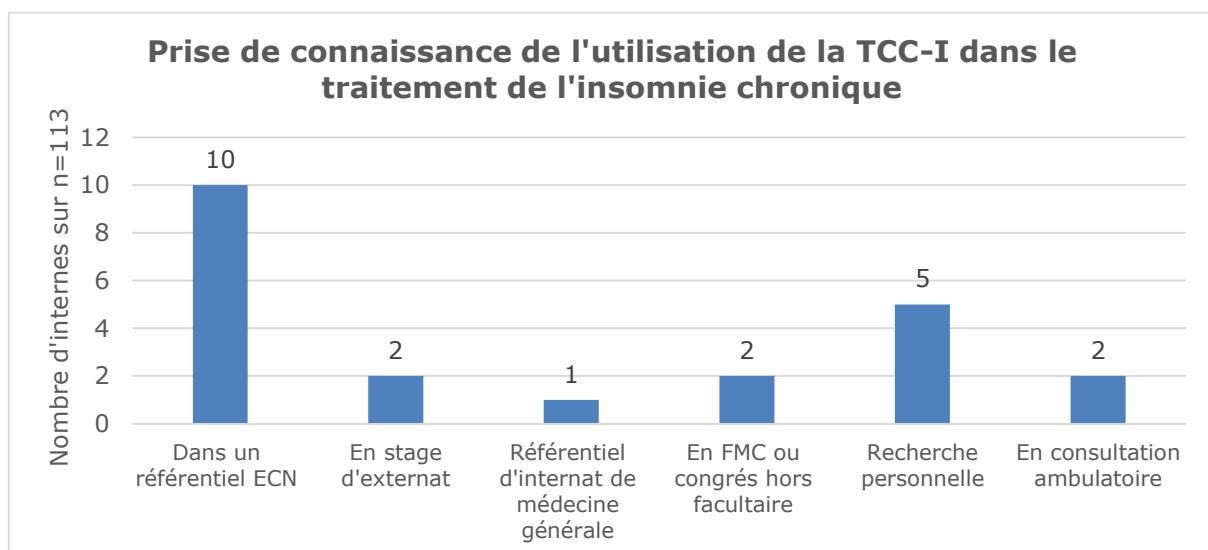


Figure 3: Modalités de connaissance de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique chez les IMG.

2.3. Utilisation de la TCC par les IMG dans le traitement de l'insomnie chronique.

Pour l'analyse de ces résultats nous avons classé les internes selon deux groupes :

- (TCC+) Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique n=19
- (TCC-) Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique n=94

Parmi le groupe (**TCC+)**: 5% (p=0,19) sont en accord sur l'indication d'une TCC-I pour les insomnies de moins d'un mois, 79% (p=1) sont en accord pour la réalisation d'une TCC-I pour les insomnies de plus d'un mois, 100% (p=1) pour les insomnies de plus de 3 mois.

Parmi le groupe (**TCC-**) : **21%** ($p=0,19$) sont en accord pour initier une TCC-I pour les insomnies de moins d'un mois, **81%** ($p=1$) sont en accord pour la réalisation d'une TCC-I pour les insomnies de plus d'un mois, **99%** ($p=1$) pour les insomnies de plus de 3 mois. (Tableau 3)

Tableau III : Indication de la TCC-I en fonction de la durée de l'insomnie selon les internes du groupe (TCC+) ou (TCC-).

Indication TCC-I	TCC+	TCC-	p
Insomnie datant de moins d'un mois			p=0,19
Tout à fait/Plutôt d'accord	1 (5%)	20 (21%)	
Moyennement/Pas du tout d'accord	18 (95%)	74 (79%)	
Insomnie datant de plus d'un mois			p=1
Tout à fait/Plutôt d'accord	15 (79%)	76 (81%)	
Moyennement/Pas du tout d'accord	4 (21%)	18 (19%)	
Insomnie datant de plus de trois mois			p=1
Tout à fait/Plutôt d'accord	19 (100%)	93 (99%)	
Moyennement/Pas du tout d'accord	0 (0%)	1(1%)	

TCC-I : Thérapie cognitivo-comportementale insomnie.

TCC+ : Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

TCC- : Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

Parmi le groupe (TCC+) seul **1** interne déclare avoir déjà initié lui-même une TCC-I en consultation.

Concernant l'orientation des patients vers un psychiatre ou un psychologue pour la réalisation d'une TCC-I, **7%** des internes soit 8 IMG ont déjà orienté au moins une fois leur patient vers ces professionnels. Ils sont significativement plus nombreux à avoir orienté un patient pour une TCC-I parmi le groupe (TCC+) (**26% vs 3%**) ($p=0,003$). (Figure 4)

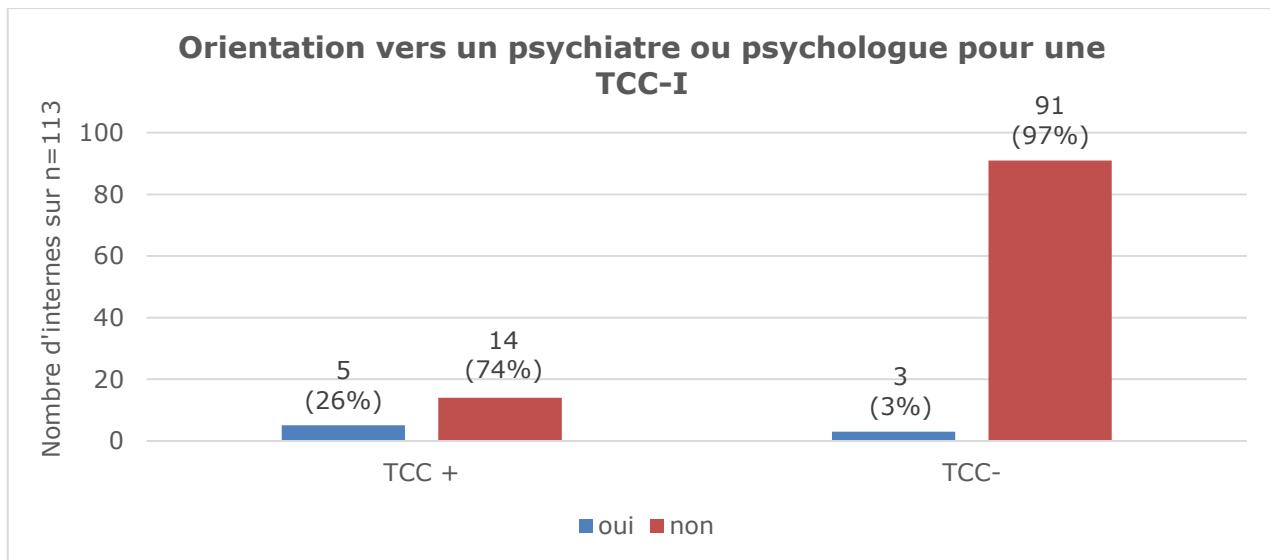


Figure 4 : Orientation des patients des IMG vers un psychiatre ou psychologue pour une TCC-I selon leur connaissance ou non de la TCC-I.

TCC-I : Thérapie cognitivo-comportementale insomnie.

TCC+ : Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

TCC- : Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

3. Place de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de l'insomnie chronique chez les IMG.

3.1. Pratique des internes dans le traitement de l'insomnie chronique.

99% des IMG proposent le rappel des règles hygiéno-diététiques, **82 %** proposent des techniques de relaxation, **50%** déclarent proposer des benzodiazépines et apparentés à l'issue de leurs consultations, **7%** proposent la TCC-I.

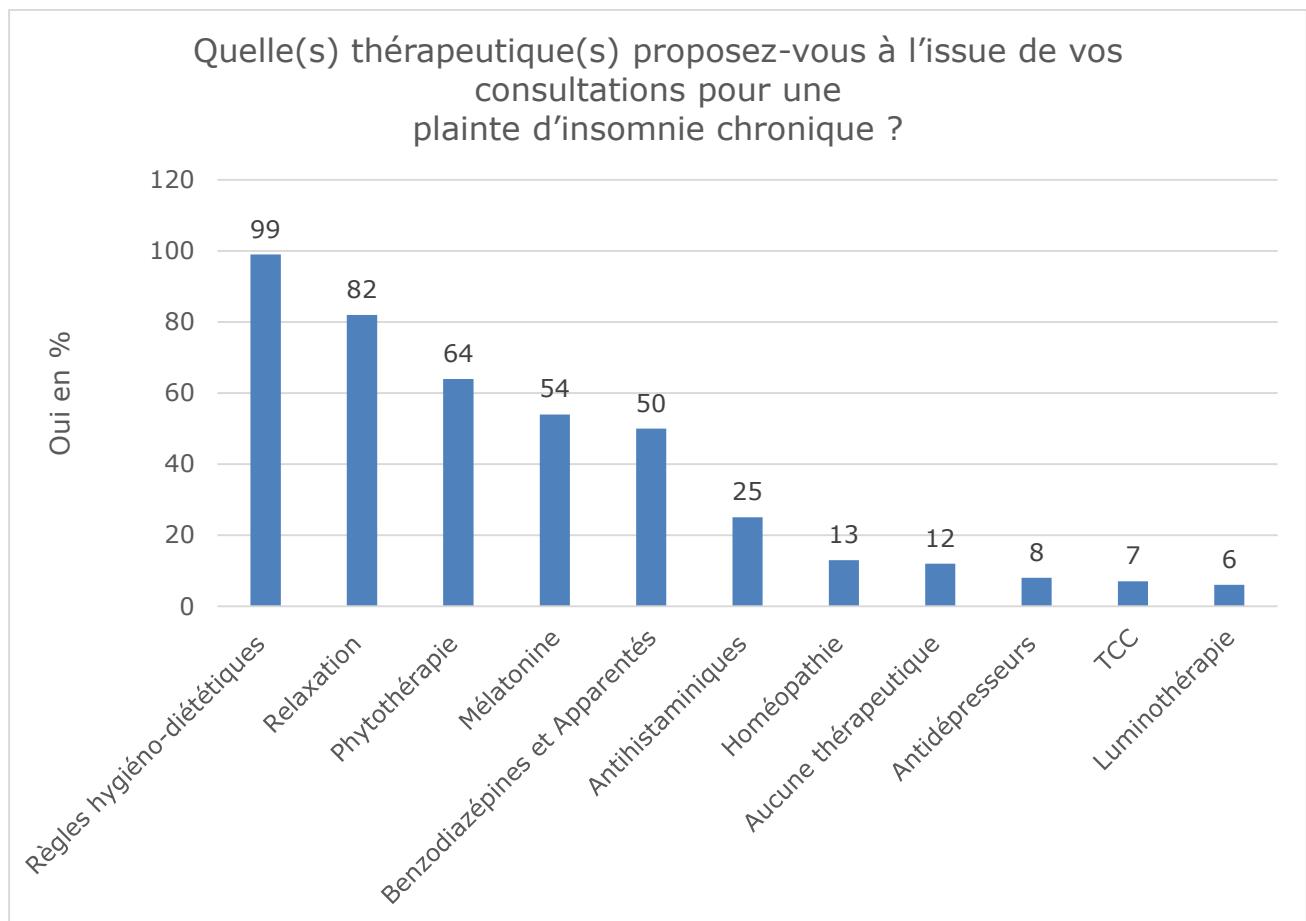


Figure 5 : Prise en charge proposée par les IMG à l'issue de leurs consultations pour plainte d'insomnie chronique.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

Les IMG du groupe (TCC+) proposent significativement plus la **TCC-I** à leur patient (**32% vs 2%**) ($p=0,0002$) (Tableau 4). Après correction de Bonferroni la proposition de luminothérapie n'est pas significativement plus importante dans le groupe (TCC+).

Tableau IV : Thérapeutiques proposées par les IMG selon leur connaissance de la TCC-I.

Thérapeutiques proposées par les IMG	TCC+	TCC-	p
Proposition d'une TCC-I			p=0,0002
Oui	6 (32%)	2 (2%)	
Non	13 (68%)	92 (98%)	
Benzodiazépines ou apparentés			p=0,97
Oui	10 (53%)	46 (49%)	
Non	9 (47%)	48 (51%)	
Antihistaminiques			p=0,39
Oui	3 (16%)	25 (27%)	
Non	16 (84%)	69 (73%)	
Antidépresseurs			p=1
Oui	1 (5%)	9 (9%)	
Non	18 (95%)	86 (91%)	
Phytothérapie			p=1
Oui	7 (37%)	34 (36%)	
Non	12 (63%)	60 (64%)	
Mélatonine			p=1
Oui	10 (53%)	51 (54%)	
Non	9 (47%)	43 (46%)	
Homéopathie			p=0,71
Oui	3 (16%)	12 (13%)	
Non	16 (84%)	82 (87%)	
Règles hygiéno-diététiques			p=1
Oui	19 (100%)	93 (99%)	
Non	0 (0%)	1 (1%)	
Relaxation			p=0,32
Oui	14 (74%)	79 (84%)	
Non	5 (26%)	15 (16%)	
Luminothérapie			p=0,01
Oui	4 (21%)	3 (3%)	
Non	15 (79%)	91 (97%)	

TCC-I : Thérapie cognitivo-comportementale insomnie.

TCC+ : Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

TCC- : Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

3.2. Que pensez-vous de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique ?

Les premières représentations qui sont mises en avant par les IMG sont **les idées de dépendance, d'addiction** ainsi que **les risques d'accoutumance** aux médicaments hypnotiques, par exemple :

« *Gros risque de dépendance et de ne plus pouvoir se sortir de la prise médicamenteuse* » (IMG 21)
« *Pas du tout adaptée, risque d'accoutumance et de dépendance en ce qui concerne les benzodiazépines et les hypnotiques. Il faut s'attacher à la prescription de courte durée, rarement fait et difficile de les arrêter.* » (IMG 56)

Beaucoup d'internes cherchent à éviter l'introduction de traitements médicamenteux, car ils les jugent **peu efficaces dans l'insomnie chronique**, uniquement symptomatiques et non curatifs, pour lesquels la **balance bénéfice risque est défavorable** :

« *C'est une pathologie qui est, je pense, très fréquente et pour laquelle il y a peu de solutions médicamenteuses efficaces sur le long terme* » (IMG 22)
« *J'essaye d'éviter au maximum la prise en charge médicamenteuse qui pour moi n'est absolument pas une solution à long terme. Si l'insomnie est chronique il vaut mieux essayer de trouver d'où elle vient plutôt que de palier avec un traitement médicamenteux ayant de nombreux effets secondaires* » (IMG 128)

Quelques internes mettent l'accent sur les risques liés à la polymédication lors de l'ajout d'un hypnotique, il est relevé fréquemment **une prescription excessive et trop rapide** :

« *Il s'agit d'un recours facile et immédiat qui sonne comme une défaite vis à vis de la prise en charge de cette entité. Pour ma part, la majorité des personnes ayant cette problématique sont âgées, donc polypathologiques, donc polymédiqués. Difficile d'ajouter des molécules hypnotiques dans ces conditions (...)* » (IMG 38)
« *Elle est prescrite de manière abusive, elle peut être une réponse ponctuelle mais souvent quand les médicaments sont installés le sevrage est difficile et la balance bénéfice risque est défavorable* » (IMG 37)

A contrario quelques IMG jugent les traitements médicamenteux **utiles à la prise en charge** de l'insomnie chronique et permettent de retrouver **un cycle circadien adapté** :

« *Elle a sa place dans le traitement de l'insomnie chronique (et pas en aigu), mais elle devrait davantage être couplée à d'autres types de thérapeutiques non médicamenteuses afin de réduire les risques d'accoutumance* » (IMG 116)

« *Parfois utile et nécessaire pour permettre aux patients de se reposer s'ils sont fatigués, d'essayer de recréer artificiellement des périodes de veille/sommeil (...)* » (IMG 23)

Un certain nombre d'IMG valident l'utilisation des hypnotiques dans l'insomnie chronique mais sur une **durée courte**, notamment s'il existe une **anxiété associée** ou des symptômes dépressifs :

« *Peut être utile sur une courte durée pour rééquilibrer le sommeil, d'autant plus si anxiété et ruminations associées* » (IMG 121)

« *Ca peut être utile chez les gens avec épisode dépressif caractérisé* » (IMG 64)

« *Utile de façon ponctuelle. Bien expliquer au patient que c'est maximum 3-4 semaines* » (IMG 60)

Une bonne partie des IMG utilisent les hypnotiques mais plutôt en **deuxième intention** après échec des thérapeutiques non médicamenteuses et particulièrement **après échec des règles hygiéno-diététiques** :

« *J'essaye d'éviter, je prescris si échec des RHD ou demande forte du patient* » (IMG 75)

« *En cas d'échec des RHD. Durée la plus courte possible. Traitement systématique la première semaine puis essayer de décroître ou faire à la demande* » (IMG 148)

Des internes soulignent le fait que **les patients** sont en majorité demandeurs d'une **solution médicamenteuse**, il est ressenti **une pression de prescription** :

« *J'aimerais ne pas l'utiliser en premier recours mais devant la demande insistante des patients à une aide immédiate, j'ai du mal à ne pas prescrire de médicaments* » (IMG 119)

Quelques IMG notent que les renouvellements d'hypnotiques ont l'avantage d'induire un **suivi régulier** et facilitent implicitement la mise en place du **lien de confiance médecin/patient** et des temps d'écoute :

« *Impression de ne pas être efficace et de rendre les patients "accros" notamment aux benzodiazépines et hypnotique. Mais parfois, la prescription permet de garder le lien avec le patient et de faire des mini séances de psychothérapie lors des renouvellements (...)* » (IMG 40)

D'autres internes préfèrent l'utilisation **de thérapeutiques médicamenteuses autre que les benzodiazépines et apparentés**, comme les antihistaminiques, la mélatonine, les phytothérapies avec l'idée d'une bonne efficacité de l'effet placebo dans le traitement de l'insomnie chronique :

« *Je les mets dans des contextes avec beaucoup d'angoisse, des antihistaminiques. Jamais de benzodiazépines par contre* » (IMG 28)
« (...) *Très souvent, effet placebo* » (IMG 40)

3.3. Que pensez-vous de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique ?

La première remarque, chez plus d'un tiers des IMG, est que la prise en charge non médicamenteuse est à privilégier **en première intention**, notamment avec le rappel des **règles hygiéno-diététiques** :

« *Indiquée et préférable aux thérapeutiques médicamenteuses. Prise en charge à privilégier selon moi* » (IMG 115)
« *RHD (règles hygiéno-diététiques), éducation sur bonne hygiène du sommeil en premier lieu* » (IMG 127)

Une idée qui est également mise en avant, est que la prise en charge non médicamenteuse est **curative** et plus efficace que les traitements médicamenteux s'il y a une bonne adhésion du patient :

« *Indispensable car traitement de la cause ++ (par exemple relaxation/psychothérapie si stress important)* » (IMG 121)

« *Personnellement convaincue de leur bienfaits, et lorsque l'adhérence du patient à ces prises en charges est importante, meilleurs en sont les résultats* » (IMG 73)

Certains IMG soulignent qu'il n'y a **pas de problématique d'accoutumance** ou d'effet secondaire, et qu'il est intéressant d'utiliser une prise en charge non médicamenteuse **en complément** d'un médicament :

« *Peut aider sans les effets indésirables des médicaments (...)* » (IMG 20)

« *C'est une solution moins contraignante en termes de dépendance pour le patient* » (IMG 88)

« *En complément, selon la sensibilité du patient, à proposer systématiquement* » (IMG 61)

Concernant l'adhésion des patients aux prises en charge non médicamenteuses, certains IMG ont le sentiment qu'elles sont **peu acceptées** par les patients et **plus difficile à mettre en place** en médecine générale :

« *(...) Je pense qu'il s'agit d'une prise en charge plus difficile à faire accepter par le patient, parfois en attente d'une solution miracle à son problème* » (IMG 100)

« *Très bien mais difficile à faire accepter aux patients et à mettre en place* » (IMG 21)

Une des idées avancées par des IMG sur cette difficulté d'adhésion à la prise en charge non médicamenteuse est le **non remboursement** :

« *À privilégier mais souvent peu acceptée par les patients qui recherchent quelque chose d'efficace rapidement et qui soit pris en charge par la sécu* » (IMG 5)

Des IMG mettent en avant le fait que la prise en charge non médicamenteuse est **peu connue** des internes, notamment la TCC avec une **difficulté d'orienter leur patient** :

« *Intéressante mais très peu développée lors de nos formations, j'ai surtout l'impression que c'est du feeling en consultations. Et je brode des règles hygiéno-diététiques au fur et à mesure* » (IMG 47)
« *Intéressante mais peu d'information et de formation sur ce qu'il est possible de faire en cabinet. TCC = psychiatre ? Souvent peu disponible* » (IMG 17)

D'autres internes appuient le fait que la prise en charge non médicamenteuse demande une plus grande **implication du médecin** dans le suivi du patient pour son insomnie, des temps de consultation dédiés, des propositions thérapeutiques moins standardisées, une nécessité d'adaptation au cas par cas non aisée :

« *Plus engageante, nécessite un accompagnement rapproché* » (IMG 54)
« *Elle a un rôle essentiel, mais elle est trop peu utilisée par les médecins généralistes je pense (plus facile de prescrire un médicament ...)* » (IMG 116)
« *Efficace, je pense qu'elle a un meilleur impact sur l'hygiène de vie que les médicaments, encore faut-il trouver la bonne méthode pour chaque patient* » (IMG 67)

Quelques IMG ont le sentiment d'une **moindre efficacité** de la prise en charge non médicamenteuse :

« *Doute sur l'efficacité* » (IMG 49)
« *Pas très efficace. Pas accessible pour tout le monde, en fonction des représentations, des personnalités (relaxation notamment)* » (IMG 66)

4. Place de la TCC dans le sevrage en hypnotique chez les IMG.

4.1. Renouvellement des hypnotiques par les IMG.

79 % des internes des groupes (TCC+) et (TCC-) sont moyennement d'accord ou pas du tout d'accord avec le renouvellement systématique des hypnotiques ($p=1$).

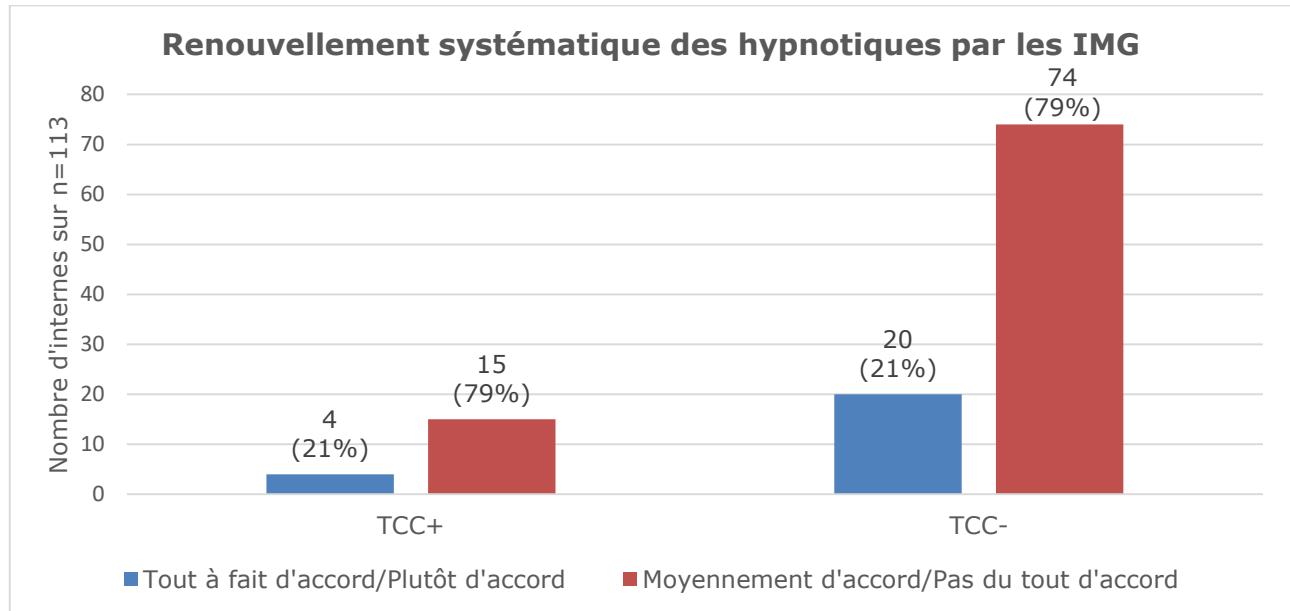


Figure 6 : Renouvellement systématique des hypnotiques par les IMG selon leur connaissance ou non de la TCC-I.

TCC+ : Internes ayant déclaré connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

TCC- : Internes ayant déclaré ne pas connaître l'utilisation de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique.

A la question « Jugez-vous **utile** la réduction de l'utilisation d'hypnotique dans la prise en charge de l'insomnie chronique ? », **96%** des IMG étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord, contre **4%** qui étaient moyennement ou pas du tout d'accord.

4.2. Sevrage des hypnotiques par les IMG.

58% des internes déclarent avoir réalisé un sevrage en hypnotique chez au moins un de leur patient traité pour une insomnie chronique.

Tableau V : Réalisation d'un sevrage en hypnotique selon les caractéristiques des IMG.

Réalisation d'un sevrage en hypnotique	Oui	Non	p
Selon le Sexe			p=0,015
Sexe féminin	43 (51%)	41 (49%)	
Sexe masculin	23 (79%)	6 (21%)	
Selon l'année d'internat			p=0,005
1ère année	6 (30%)	14 (70%)	
2ème année	17 (53%)	15 (47%)	
3ème année et plus	43 (70%)	18 (30%)	

Tableau VI : Qualification et proposition du sevrage en hypnotique par les IMG.

Le sevrage des patients en hypnotique est-il aisé ?	Tout à fait/plutôt d'accord	Moyennement/pas du tout d'accord
Parmi les IMG ayant réalisé un sevrage en hypnotique n=66 (58%)	4 (6%) (0% tout à fait d'accord)	62 (94%)
Proposez-vous de façon systématique un sevrage en hypnotique ?	Tout à fait/plutôt d'accord	Moyennement/pas du tout d'accord
Dans le cadre de renouvellement d'hypnotique chez des patients traités depuis plus d'un mois		
Parmi tous les IMG n=113	87 (77%) (34% tout à fait d'accord)	26 (23%) (2% pas du tout d'accord)

IMG : Internes de médecine générale

Pour **90%** des IMG, le refus du patient est un frein au sevrage en hypnotique. La rechute de l'insomnie exprimée par le patient ou la majoration de son insomnie à la diminution progressive des posologies l'est également pour **75%** des IMG. (Figure 7)

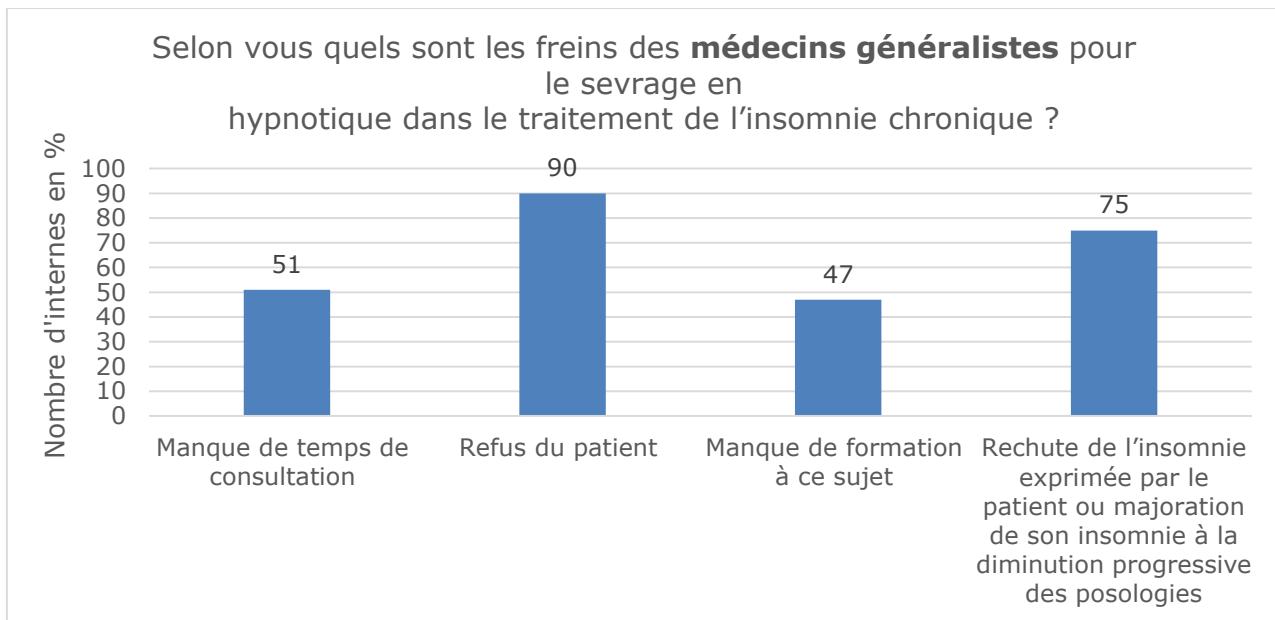


Figure 7 : Freins des médecins généralistes au sevrage en hypnotique des patients traités pour insomnie chronique selon les IMG.

Parmi les réponses ouvertes à la question des freins au sevrage en hypnotique, il a également été évoqué par des IMG : « Manque d'accessibilité à d'autre thérapie notamment TCC » ; « Faire prendre conscience au patient de son addiction » ; « Plus simple d'aller dans le sens du patient et de le contenter » ; « Nécessite un accompagnement rapproché » ; « Manque de solutions alternatives pouvant aider au rebond d'insomnie ».

Sur les freins **des patients** au sevrage en hypnotique, **94%** des IMG relient cela à la crainte d'une insomnie de rebond, **72%** à une appréhension du sevrage, et **14%** à l'appréhension d'une autre prise en charge.

Il a également été évoqué par les IMG : « le non remboursement des alternatives » ; souhait de ne pas changer « leurs habitudes » même si perte d'efficacité du traitement ; les patients veulent conserver « le rôle anxiolytique des hypnotiques».

96% des IMG optent pour une diminution progressive des posologies pour le sevrage en hypnotique de leur patient. (Figure 8)

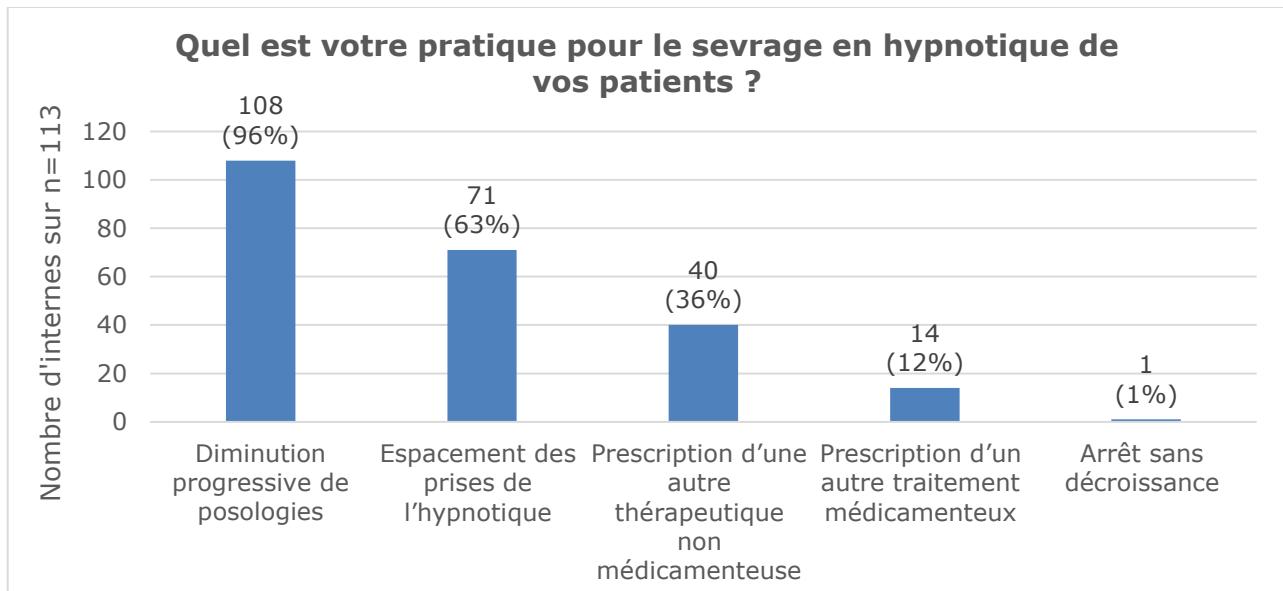


Figure 8 : Pratique des internes de médecine générale dans le sevrage en hypnotique de leurs patients traités pour insomnie chronique.

4.3. Place de la TCC dans le sevrage d'hypnotique selon les IMG.

98 % des IMG sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour qualifier la TCC-I d'utile pour l'aide à la réalisation d'un sevrage en hypnotique. (Figure 9)

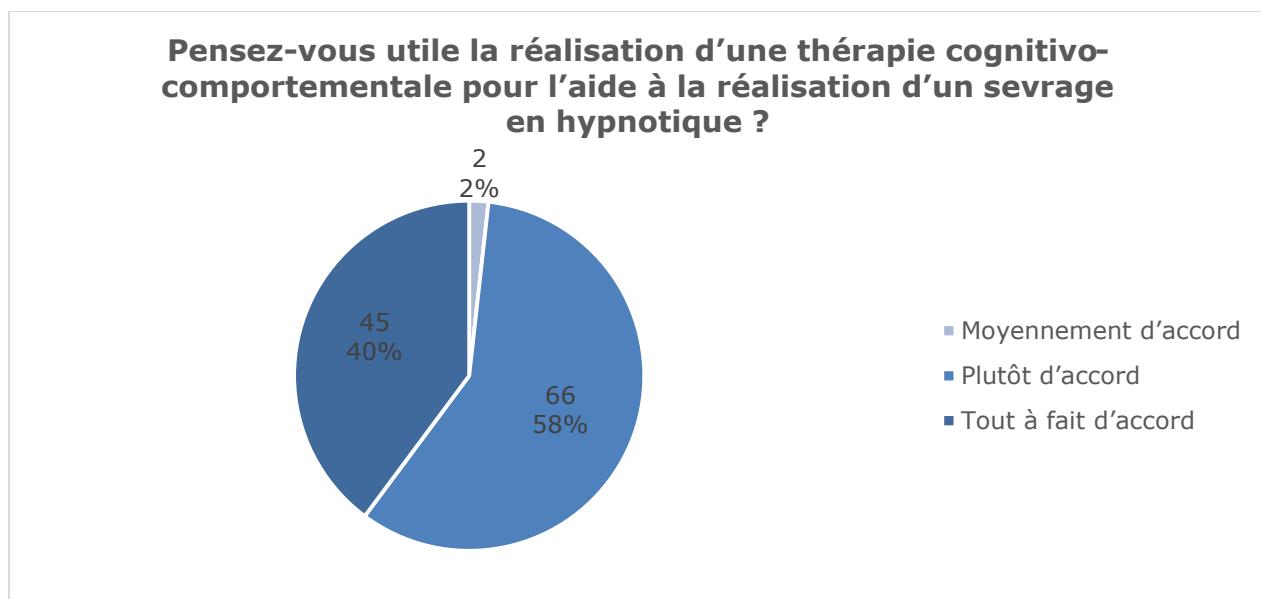


Figure 9 : Utilité de la TCC dans le sevrage en hypnotique selon les IMG.

5. Temps de consultation idéal pour insomnie chronique selon les IMG.

63% des IMG sont prêts à consacrer 20 minutes à leur patient pour une plainte d'insomnie chronique dans une consultation dédiée. (Figure 10)

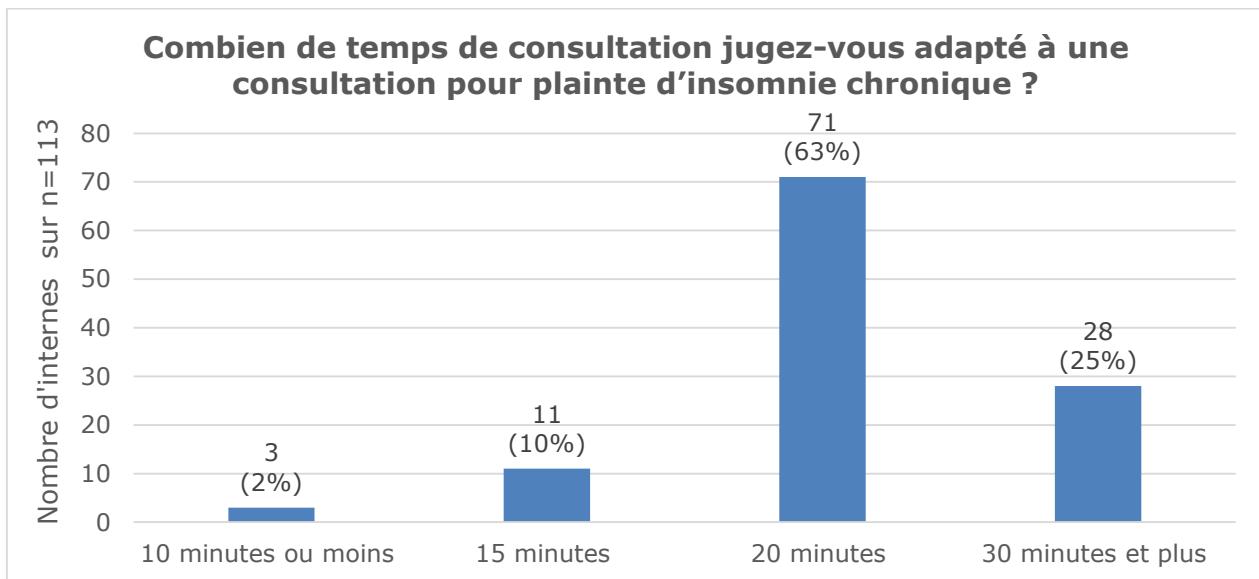


Figure 10 : Durée idéale d'une consultation pour insomnie chronique selon les IMG.

6. Formation des IMG sur l'insomnie chronique.

Lorsque l'on interroge les IMG s'il juge leur niveau de formation satisfaisante sur l'insomnie chronique : **53%** ne sont pas du tout d'accord, **43 %** moyennement d'accord, **4%** sont plutôt d'accord.

96% des IMG jugent utile un perfectionnement de leur prise charge de l'insomnie chronique dont 61% sont tout à fait d'accord et 35% plutôt d'accord avec cette affirmation. **4%** sont moyennement d'accord avec cette affirmation. (Figure 11)

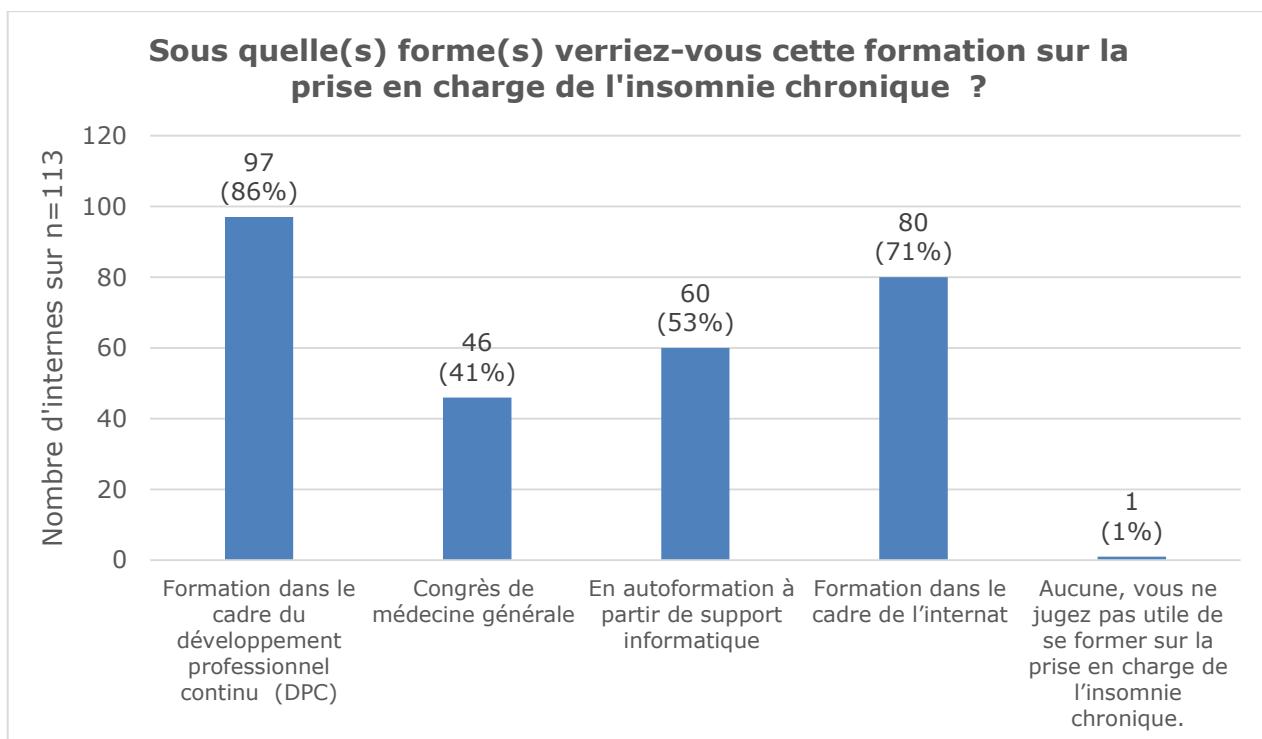


Figure 11 : Types de formations préconisées sur l'insomnie chronique selon les IMG.

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Rappel des principaux résultats.

La majorité des IMG retrouvent la durée définie par le DSM V de l'insomnie chronique qui est de plus de trois mois (**67%**).

La plupart des IMG sont confrontés à l'insomnie chronique en consultation au moins une fois par semaine (**74%**).

Les outils de dépistage de l'insomnie chronique sont peu connus par les IMG (**9%**).

83% des internes ne connaissaient pas la thérapie cognitivo-comportementale insomnie (TCC-I), avant d'avoir répondu à notre questionnaire. Parmi les **17%** qui déclaraient connaître cette thérapie, la majorité l'avait découverte dans les référentiels de l'ECN.

Dans le groupe (TCC+) **100%** des IMG sont en accord pour la réalisation d'une TCC-I pour une insomnie de plus de 3 mois, ce résultat est comparable dans le groupe (TCC-) (**99%**) (**p=1**).

A l'issue de leurs consultations pour une plainte d'insomnie la quasi-totalité des internes prescrivent des règles hygiéno-diététiques (**99%**), la moitié prescrivent des benzodiazépines ou apparentés (**50%**), et **7%** une thérapie cognitivo-comportementale.

Les internes connaissant la TCC-I orientent plus vers un psychiatre ou un psychologue pour la réalisation d'une TCC-I (**26% vs 3%**) (**p = 0.002**).

Concernant la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique, le **risque de dépendance** est particulièrement mis en avant par les IMG. Ils cherchent pour la plupart à éviter l'initiation d'un traitement médicamenteux, aux motifs qu'ils seraient **non curatifs** et à l'origine de **nombreux effets indésirables**, notamment pour les hypnotiques.

Certains IMG utilisent les hypnotiques sur une **durée courte**, en particulier après échec des règles hygiéno-diététiques ou en présence d'un syndrome dépressif, il est également noté une **pression de prescription** ressentie par les IMG.

La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique est préconisée en **première intention** par plus d'un tiers des IMG. Elle est jugée **curative**, sous réserve d'une bonne **adhésion** du patient, d'un temps dédié en consultation. Elle est jugée également **méconnue** ce qui rend difficile sa prescription et **non remboursée**. Elle est parfois considérée comme étant **moins efficace**.

Plus des trois quarts (79%) des IMG sont moyennement d'accord ou pas du tout d'accord avec le renouvellement systématique des hypnotiques.

96% des internes jugent utile la réduction de l'usage des hypnotiques.

Plus de la moitié (58%) des IMG déclarent avoir réalisé un sevrage en hypnotique, avec une différence significative entre les IMG masculins et féminins, **respectivement (79% vs 51%) (p=0.015)**. Parmi les internes ayant réalisé ce sevrage, **94%** trouvent cette démarche moyennement ou pas du tout aisée.

96% des IMG préfèrent réaliser ce sevrage par diminution progressive des posologies.

Le premier frein des médecins généralistes d'après les IMG pour le sevrage en hypnotique est le **refus** des patients. Le frein des patients pour ce sevrage d'après les IMG est surtout la **crainte d'une insomnie de rebond**.

58% des IMG sont plutôt d'accord avec le fait qu'une TCC-I est utile pour la réalisation d'un sevrage en hypnotique.

La majorité des internes sont prêts à dédier **20 minutes** à leurs patients pour une consultation portant sur une plainte d'insomnie chronique.

96% jugent utile un perfectionnement, en majorité (86%) à **travers le développement professionnel continu (DPC)**.

2. Forces et limites de l'étude.

2.1. Forces de l'étude.

Originalité du sujet : D'après nos recherches, il s'agit de **la seule étude française** s'interrogeant sur les représentations **des internes** de médecine générale concernant la thérapie cognitivo-comportementale insomnie. Des travaux avaient déjà été réalisés auprès des médecins généralistes installés en France et à l'étranger. Ils démontraient pour la plupart une méconnaissance de la TCC-I par ces derniers. Cependant pour les praticiens formés elle se révèle efficace en cabinet de médecine générale bien que difficile à mettre en place (26)(4)(16).

Recrutement de la population d'IMG : Le choix de solliciter les IMG par leur boite mail universitaire et par interventions en groupes de GEAP a permis de s'affranchir d'un biais d'exclusion et de s'adresser à tous les IMG de l'université d'Angers.

Les interventions de 5-10 minutes dans les groupes de GEAP avaient pour objectifs de sensibiliser les IMG à la problématique de la prise en charge de l'insomnie chronique en cabinet de médecine générale et de motiver les réponses au questionnaire. En parallèle, nous avons réalisé des relances systématiques pendant la période de recueil. L'ensemble de ces mesures nous a permis d'obtenir un taux de réponse satisfaisant en comparaison de certaines études réalisées dans les populations d'internes (4)(5).

La période de recueil d'avril 2021 à juin 2021 a permis d'intervenir auprès des groupes de GEAP des internes de 1^{ère} année et de 3^{ème} année (les 2^{èmes} années étant en stage hospitalier).

Le questionnaire : Il s'agissait d'un questionnaire en ligne composé pour la plupart de questions fermées facilitant les analyses statistiques avec un gain d'objectivité. Le questionnaire était relativement rapide à remplir (environ 10 minutes), anonyme et gratuit, disponible sur internet via un lien, sur tout support informatique ayant permis un meilleur taux de réponse.

Il était également composé de 3 questions ouvertes, permettant une approche qualitative moins standardisée, en laissant une liberté d'expression aux IMG.

Analyses statistiques : Les données quantitatives et rédactionnelles du questionnaire ont pu être récupérées directement sous format Excel et CVS puis intégrées à un logiciel d'analyses statistiques évitant un éventuel biais de recopiage ou de calcul.

2.2. Limites de l'étude.

Biais de recrutement : Du fait du volontariat, les IMG les plus sensibilisés et les plus intéressés par ce sujet ont probablement été plus nombreux à répondre. De plus, nos interventions en groupes de GEAP ont probablement davantage motivé les internes de 1^{ère} et 3^{ème} années à répondre.

Biais de mesure par désirabilité sociale : Il est probable que les réponses des IMG favorables à l'utilisation de la TCC-I soient surestimées par rapport à leur pratique clinique, car l'opinion concernant l'utilisation de thérapeutiques autres que les benzodiazépines et apparentés, est généralement positive.

Biais de puissance : Les effectifs des sous-groupes étant relativement faibles, ils n'ont probablement pas permis de mettre en évidence de différence significative par manque de puissance statistique pour certains résultats.

Biais de mesure : Par souci de simplification et de compréhension de notre questionnaire par les IMG, nous avons généralisé le terme d'insomnie psychophysiologique (non due à une comorbidité) par le terme d'insomnie chronique, et le terme thérapie cognitivo-comportementale-insomnie (TCC-I) par le terme thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Il en résulte probablement, une légère surestimation des cas d'insomnie psychophysiologique rencontrés par les IMG et une sous-estimation de l'utilisation et de l'efficacité de la TCC-I dans le traitement de l'insomnie psychophysiologique.

3. Objectif principal : représentations de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie chez les internes de médecine générale.

3.1. Qualificatifs de la TCC-I par les IMG.

Les IMG ont dans leur majorité une vision positive de la TCC-I. Elle est qualifiée par les termes : «utile », « curative », « intéressante », « innocuité ». Un grand nombre souhaiterait la proposer en première intention. Cette connotation positive est probablement corrélée à l'opinion favorable accordée de nos jours aux TCC dans leur ensemble (27)(28)(29)(30)(31)(32) et par l'intérêt suscité chez certains internes suite à notre intervention en groupe de GEAP.

Cependant les qualificatifs : « méconnu », « peu disponible », « sous utilisée », « complémentaire aux hypnotiques », « difficulté de mise en place au cabinet », sont également très souvent cités. Cela peut s'expliquer par l'écart jugé existant entre les conditions

idéales nécessaires à la réalisation d'une TCC-I, et la réalité du terrain. Comme le souligne l'étude d'Augustin Caralp intitulée « La pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives par les médecins généralistes du Calvados dans l'insomnie chronique des patients âgés de 18 à 65 ans » (27), cet avis est globalement partagé par les médecins généralistes : manque de temps de consultation, absence de cotation dédiée et de formation.

Quelques IMG la qualifient « d'inefficace », de « peu acceptable par les patients », de « difficile pour les médecins à utiliser », cette vision négative est probablement liée à une méconnaissance de la TCC-I et des à priori vis-à-vis des prises en charge par les thérapies cognitivo-comportementales, qui circulent chez certains patients et médecins (2).

3.2. Indications de la TCC-I par les IMG.

L'utilisation de la TCC-I par les IMG reste anecdotique à l'heure actuelle. L'orientation des patients pour une TCC-I reste également minoritaire du fait d'une faible diffusion de cette technique chez les internes durant leur cursus universitaire, comme chez les médecins généralistes (2)(6)(11). Il existe des guides pratiques expliquant l'utilisation de la TCC-I en ambulatoire et des recommandations de la HAS allant dans ce sens mais qui sont à l'heure actuelle peu diffusées (4)(9). L'étude du Dr Moreau Sandi avait plutôt montré une évolution favorable des pratiques des médecins généralistes dans le traitement de l'insomnie chronique suite à la diffusion de son guide pratique, avec néanmoins une sélection des composantes de la TCC-I en fonction de leur facilité d'application. Ainsi la restriction du sommeil n'était souvent pas utilisée (4).

On constate néanmoins un engouement pour cette pratique et une volonté affichée par les IMG à se perfectionner dans la prise en charge de l'insomnie chronique. On retrouve également cet attrait chez les médecins généralistes (4)(27)(6). Il est possible que cette volonté de se former s'inscrive dans un mouvement de fond global de recul des prescriptions médicamenteuses lorsque des alternatives non médicamenteuses existent, ainsi qu'une prise en charge centrée sur le patient (31)(33).

Les IMG ne sont pas totalement concordants avec le DSM-V quant à l'estimation du délai d'initiation de la TCC-I chez leurs patients. Ils sont une majorité à estimer le délai d'un mois suffisant pour proposer une TCC-I. Ce délai étant débattu selon les référentiels (34)(35), il serait intéressant d'étudier l'impact d'une TCC-I chez les patients insomniaques à partir d'un mois. L'usage précoce de la TCC-I permettrait peut-être d'éviter l'installation d'une insomnie psychophysiologique.

L'idée d'associer une TCC en parallèle d'un hypnotique ou en relais a été de nombreuses fois avancée par les internes et leur semble être un bon compromis. Mais des études ont montré qu'il n'y avait pas de bénéfice à une combinaison TCC-I et hypnotique versus TCC-I seule (36) (19).

3.3. Freins à l'utilisation de la TCC-I par les IMG.

L'un des premiers freins à l'utilisation de la TCC-I par les IMG est sa méconnaissance en tant que solution thérapeutique dans l'insomnie chronique, cela vient du fait de sa faible diffusion à l'heure actuelle au sein de la formation des médecins généralistes (4). Il est possible que la TCC-I soit vue comme trop spécialisée et plutôt destinée aux psychiatres ou aux psychologues.

Cependant la promotion des prises en charge non médicamenteuses à travers les recommandations telles que celles de la HAS tend à décloisonner ces thérapeutiques (31)(33).

La sous-utilisation de la TCC-I, selon les IMG, peut s'expliquer par la difficulté d'orienter les patients vers un professionnel compétent notamment en milieu rural. Il est possible que les internes connaissent moins de correspondants que les médecins installés. De notre expérience nous ne connaissons que deux psychologues formés à la TCC-I dans le Maine et Loire et le délai de consultation en pathologie du sommeil au CHU est de plus d'un an. D'autres praticiens exercent probablement et utilisent la TCC-I, sans en faire la promotion.

L'adhésion des patients à la TCC-I est décrite comme plus difficile par les IMG et les médecins généralistes (11). L'effet de la TCC-I est non immédiat, demande une motivation de la part du patient, un investissement plus important du médecin et un suivi prolongé (37).

Le manque de temps de consultation a peu été évoqué par les internes, contrairement aux médecins généralistes probablement parce qu'ils ont une charge de travail en cabinet un peu moins importante avec un maximum de 3 consultations par heure (38). Ils sont également moins soumis à la problématique de la rémunération à l'acte.

Certains internes restent sceptiques quant à l'efficacité de la TCC-I par rapport aux hypnotiques. Cela est possiblement liée à la faible diffusion des études concernant ce sujet, l'absence de formation (4) et au manque d'expérience professionnelle mettant en évidence l'inefficacité des hypnotiques au long cours.

3.4. Formation des IMG à la prise en charge de l'insomnie chronique.

La grande majorité des IMG jugent leur niveau de compétence insuffisant, ou du moins perfectible, avec une volonté de se former, comme chez les médecins généralistes (4)(27)(2). Cela peut s'expliquer par notre cursus de formation, où la pratique de la TCC n'est pratiquement pas abordée au cours de notre externat.

Le modèle bio-médico-psycho-social enseigné au cours du 3^{ème} cycle des études médicales à Angers notamment, participe à cette évolution des pratiques. Il est possible que cet attrait pour cette formation soit légèrement amplifié par un biais de désirabilité sociale.

Les IMG souhaitent plutôt être formés dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et/ou durant leur internat. A noter que l'internat de médecine générale comporte déjà un enseignement médical transversal et fourni, une sélection des sujets abordés est donc nécessaire afin de prioriser certaines notions jugées indispensables.

4. Objectifs secondaires.

4.1. Représentations de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG.

Dans la prise en charge médicamenteuse nous pouvons faire la distinction entre les hypnotiques (benzodiazépines et apparentés, et antihistaminiques) qui ont une efficacité démontré supérieure aux placebos (39), et les autres (homéopathie, phytothérapie) qui n'ont pas de supériorité démontrée face aux placebos (40)(13). La mélatonine a une efficacité modeste sur l'insomnie aiguë, sans efficacité démontrée dans l'insomnie chronique (13).

Les IMG sont particulièrement sensibilisés aux effets indésirables des hypnotiques à travers leur cursus majoritairement hospitalier où s'opère une sélection des patients victimes d'effets indésirables, phénomène illustré par le carré de White. On retrouve sensiblement le même phénomène avec les AINS (41).

Néanmoins, les internes ne diabolisent pas l'utilisation des hypnotiques, puisque 50% d'entre eux déclarent les utiliser. Cela peut s'expliquer par l'efficacité des hypnotiques sur le court terme (9).

Les autres thérapeutiques médicamenteuses comme les phytothérapies et la mélatonine semblent bénéficier d'une image plus positive, en témoigne l'usage chez plus de la moitié des internes. Le succès de ces thérapeutiques pourtant peu ou pas abordées dans notre cursus de formation est probablement favorisé par un effet de mode, appuyé par l'industrie pharmaceutique dans un contexte de déremboursement de l'homéopathie. Leurs avantages résident aussi dans la quasi absence d'effet secondaire de ceux-ci (13)(42).

4.2. Représentations de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG.

Les IMG privilégient les thérapeutiques non médicamenteuses en première intention. Cependant, seule la TCC-I a montré son efficacité sur le long terme. La relaxation et les règles hygiéno-diététiques font partie intégrante de la TCC-I mais restent insuffisantes la plupart du temps, lorsqu'elles sont utilisées seules(4)(15).

La majorité des IMG déclarent utiliser les règles hygiéno-diététiques. En effet, celles-ci sont abordées durant l'externat et largement diffusées chez les médecins généralistes. Les

techniques de relaxation, en revanche, sont peu abordées dans le cursus des internes mais semblent bénéficier d'une opinion favorable et d'une large diffusion. Elles ont l'avantage d'être applicables à d'autres pathologies comme le syndrome anxiо-dépressif, les troubles phobiques. L'essor de ces thérapeutiques répond à une demande croissante d'alternatives au tout-médicament (30)(31).

Plusieurs internes évoquent également la psychothérapie pour le traitement de l'insomnie chronique au cabinet, celle-ci est en effet complémentaire à l'approche cognitivo-comportementale.

4.3. Pratiques des IMG dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

Le fait que la majorité des IMG prescrivent en première intention les règles hygiéno-diététiques et les techniques de relaxation, deux éléments de la TCC-I, laisse à penser que l'usage de la TCC-I en cabinet de médecine générale pourrait se démocratiser.

La phytothérapie et la mélatonine occupent également une place de choix pour plus de la moitié des IMG. Ce constat peut s'expliquer par un mouvement de fond sociétal, où le recours à des traitements dits « naturels » est plébiscité, phénomène illustré par exemple par le recul des contraceptions hormonales (43).

Les benzodiazépines et apparentés sont utilisés par les IMG, plutôt en deuxième intention ou en cas de symptômes très invalidants lorsqu'il est constaté une situation d'épuisement, car efficaces à court terme et rapidement. Ces thérapeutiques restent actuellement un outil utile pour les internes.

Les antihistaminiques sont peu utilisés mais restent une alternative pour un quart des internes, probablement grâce à un rapport efficacité à court terme/faible pouvoir addictogène plus favorable que pour les benzodiazépines.

Les autres thérapeutiques, telles que l'homéopathie, les antidépresseurs et la luminothérapie sont peu utilisées par les internes. Cela peut s'expliquer par leurs faibles niveaux de preuve (44)(45).

4.4. Pratiques des IMG et freins dans le sevrage en hypnotique.

Les IMG sont très majoritairement favorables à la réduction de l'utilisation et à la proposition de sevrage des hypnotiques. Plus de la moitié d'entre eux ont déclaré avoir déjà réalisé un sevrage de leur patient, en particulier ceux des semestres plus avancés. Cela peut s'expliquer par le manque d'expérience des plus jeunes semestres qui n'ont pas encore acquis une force de proposition, une vision globale et à long terme de la prise en charge en médecine générale.

Les internes utilisent en grande majorité la diminution progressive des posologies et l'espacement des prises d'hypnotiques. Ils semblent par ailleurs convaincus de l'utilité de la TCC-I comme outil d'aide au sevrage. Les recommandations de la HAS vont également dans ce sens (46)(47).

4.5. Temps de consultation idéal pour une plainte d'insomnie chronique selon les IMG.

Le temps de consultation théorique que souhaiteraient accorder les IMG pour l'insomnie chronique est de 20 minutes pour la moitié d'entre eux, voire 30 minutes et plus pour un quart d'entre eux.

Le temps de consultation moyen des médecins généralistes en France était de 18 minutes en 2019 (27). Selon la littérature, c'est avant tout la qualité de l'interaction médecin-patient à travers l'écoute et l'empathie du médecin qui prime, et non une durée précise de consultation. Ils préfèrent une discussion plutôt qu'une prescription systématique (2)(48).

Pourtant, ce temps de consultation représente un coût pour les médecins généralistes qui sont soumis à la logique de la rémunération à l'acte. D'autant plus, qu'il n'existe pas de cotation dédiée à la TCC. Peut-être serait-il intéressant d'intégrer cette dimension du temps dans la rémunération des médecins généralistes, probablement au détriment du nombre de patients vus, mais en faveur d'une amélioration de la qualité de prise en charge (27).

4.6. Mise en application de la TCC-I en stage ambulatoire de médecine générale et expériences personnelles.

En tant qu'interne, nous avons essayé d'initier quelques composantes de la TCC-I en consultation. L'accueil des patients était globalement favorable. Nous avons notamment prescrit des agendas du sommeil, abordé les règles hygiéno-diététiques et le contrôle du stimulus, ce qui nous a permis de démasquer des rituels récurrents parmi les patients favorisant l'éveil (temps d'écran très élevé avant le coucher ou dans la chambre, pas de lever hors du lit lors des éveils de plus de 20 minutes, consommation nocturne de nourriture...) et réalisé des ébauches de thérapie cognitive. Cette démarche nous a souvent permis de différer l'introduction d'hypnotique.

Nous avons très peu proposé la restriction du sommeil, probablement par manque d'expérience sur ce volet de la TCC-I réputé plus complexe à mettre en place (4).

Nous n'avons pas réussi à initier de sevrage d'hypnotiques à l'aide de la TCC-I en raison du refus des patients, en particulier les patients consommateurs depuis de nombreuses années. L'impact de nos interventions est difficile à évaluer car limité par la durée du stage.

Nous avons pu assister aux consultations sur l'insomnie chronique du Dr Laviole Gabriel, médecin généraliste et des pathologies du sommeil du CHU d'Angers.

Ces consultations pour insomnie chronique durent vingt à trente minutes. Les patients pré-remplissent un questionnaire composé de plusieurs échelles d'évaluation comme l'Index de Sévérité de l'Insomnie. Un interrogatoire approfondi suit l'analyse des questionnaires, à propos des habitudes de sommeil (cycle jour et nuit), des traitements consommés, des plaintes associées et une recherche de la cause initiale de l'insomnie, afin d'éliminer un diagnostic différentiel ou surajouté (Echelle d'Epworth pour le SAS, Echelle de BECK pour l'épisode dépressif caractérisé).

Des explications concernant la physiologie du sommeil sont ensuite dispensées au patient, un agenda de sommeil est prescrit. Avec ces informations, lorsqu'un diagnostic d'insomnie chronique (psychophysiologique) est posé et annoncé, il est proposé au patient selon ses besoins des séances de TCC-I individuelles avec un psychologue libéral ou bien en groupe avec un psychiatre et un médecin spécialisé en pathologie du sommeil. Les séances collectives sont constituées d'environ dix patients, durent une heure et demie et s'échelonnent sur six semaines.

Selon les contextes et la sévérité de la plainte des patients il peut être prescrit un traitement médicamenteux associé sur une courte période définie préalablement.

Le délai de ces consultations est assez long, autour d'un an, avec un délai de 3 mois pour l'inscription aux groupes de TCC-I.

4.7. Alternatives émergentes dans le traitement de l'insomnie chronique.

L'hypnose est parfois utilisée pour le traitement de l'insomnie chronique, mais les études publiées manquent de puissance et nous n'avons pas trouvé d'études comparant l'hypnose et la TCC-I (4)(33)(34)(35).

Concernant les traitements médicamenteux, les antagonistes de l'orexine sont une nouvelle classe de somnifères commercialisées aux Etats-Unis mais n'ayant pas l'AMM en France. Ils sont annoncés efficaces sur le maintien du sommeil avec peu ou pas de dépendance. Leur coût est actuellement élevé et leur principal effet indésirable est une somnolence diurne (36)(37).

5. Conclusion et ouverture.

L'insomnie chronique est un enjeu de santé publique en France avec une forte consommation de somnifères dans cette indication.

La Thérapie Cognitivo-Comportementale insomnie semble être un outil de premier choix. L'opinion majoritairement favorable des internes de médecine générale pour la TCC-I est encourageante pour sa diffusion plus large et sa mise en application au sein des cabinets de médecine générale dans leurs pratiques futures.

Néanmoins des freins persistent, comme le manque de formation disponible, l'investissement en temps de consultation, l'absence de cotation dédiée, la faible disponibilité des thérapeutes formés.

Il serait intéressant d'évaluer le retentissement des pratiques des internes dans la prise en charge de l'insomnie chronique après avoir été formé à la TCC-I.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rabourdin-Frin N. Réalisation et évaluation d'un guide pratique de l'insomnie en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale]. [Nantes]: Faculté de médecine de Nantes; 2004.
2. Yoann Gaboreau, Floriane Pricaz, Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou Patrick Imbert). Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire. Exercer. Février 2017;130:52-9.
3. Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportementale de l'insomnie primaire. Le médecin du Québec. oct 2004;39(10):85-96.
4. MOREAU S. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Élaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile de France [Thèse pour le Doctorat en médecine]. [Paris]: Université Paris 7-Denis-Diderot; 2010.
5. Bartlett DJ, Marshall NS, Williams A, Grunstein RR. Predictors of primary medical care consultation for sleep disorders. Sleep Med. 2008;9:857-64.
6. Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale]. [Université Grenoble Alpes]: UFR Médecine; 2013.
7. Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. Encephale. 2004;30(3):222-7.
8. M. Billiard, Y. Dauvilliers. Les troubles du sommeil. 3ème. Elsevier Masson; 2019. 456 p.
9. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale [Internet]. Société de formation thérapeutique du généraliste , Haute Autorité de Santé; 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
10. M. Hein, P. Hubain, P. Linkowski, G. Loas. Prise en charge de l'insomnie: recommandations pour la pratique en médecine générale. Rev Med Brux. 2016;37:235-41.
11. Mlle PUECH C. Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville: étude prospective [étude prospective monocentrique]. [Toulouse III]: Faculté de médecine; 2013.
12. Martin T. Synthèse des connaissances et des recommandations sur la mélatonine à l'usage des médecins généralistes. 2019.
13. HAS. Commission de la transparence-CIRCADIN 2mg, comprimé à libération prolongée. 2008.

14. Hohagen F, Rink K, Käppler C, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *Eur Arch Psych Clin Neurosci*. 1993;242(6):329-36.
15. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy 1994; 151(8):1172-1180. *Am J Psych*. 1994;151(8):1172-80.
16. Annie Vallières, Bernard Guay. Au-delà de l'ABC du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie. *Le médecin du Québec*. 2014;49(4):81-5.
17. Morin CM, Vallières A, Guay B et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301(19):2005-15.
18. JACOBS G, EDWARDS F, et al. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia. A Randomized Controlled Trial and Direct Comparison. *Arch Intern Med*. 2004;164(17):1888-96.
19. ESPIE CA, INGLIS SJ, TESSIER S and al. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. janv 2001;39(1):45-60.
20. EDINGER J et al. Cognitive Behavior Therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2001;285(14).
21. SMITH M et al. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):5-11.
22. Geneviève Belleville, Lynda Bélanger et Charles M. Morin. Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. *Santé mentale au Québec*. 2003;28(2):87-101.
23. Morin CM, Bastien C, Guay B, et al. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:332-42.
24. Lynda Bélanger, Annie Vallières Charles M Morin. Insomnie et utilisation accrue des somnifères chez les aînés -Problématique et alternative de traitement. *Canadian Family Physician*. *Le Médecin de famille canadien*. août 2006;52:968-73.
25. Collège des enseignants de neurologie. [Internet]. 5^e édition. Elsevier Masson; 2019. (Référentiels des Collèges). Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/>
26. Chambe J. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale , deuxième partie : démarche thérapeutique. *Exercer*. déc 2015;26(122):256-66.
27. Caralp A. La pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives par les médecins généralistes du Calvados dans l'insomnie chronique des patients âgés de 18 à 65 ans. Caen; 2020.
28. Corman B. Vieillissement et sommeil. *La revue de gériatrie*. oct 2012;37(8):571.

29. Régnier Carlier A. Evaluer la représentation et la connaissance des thérapies comportementales et cognitives par le généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2014.
30. Tennessel M. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T.C.C pour le médecin généraliste. Toulouse II; 2015.
31. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011.
32. Bouvier N, Desimpel F, Gimer A-C. Sommeil et Alzheimer. Changeons d'approche. La revue de gériatrie. Février 2013;38(2):131-4.
33. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. HAS; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
34. American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Fifth Edition. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013. 991 p.
35. The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3). Third Edition (ICSD-3). 2014.
36. MORIN CM et al. Traitement de l'insomnie et autres troubles du sommeil. Psychologie Quebec. Janvier 2004;18:18-22.
37. FERRON Kavita. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale. Étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV [[Thèse pour le Doctorat en médecine]]. Université Bordeaux 2; 2006.
38. GUIDE DE L'INTERNE [Internet]. Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Angers – IMGA; 2018. Disponible sur: http://www.imga.fr/medias/2018/09/IMGA_Guide-de-linterne_Version-2018.pdf
39. HAS. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. HAS; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
40. Plainte d'insomnie : une place pour la phytothérapie traditionnelle. La revue prescrire. Août 2007;tome 27(286):564.
41. Serre C. Quelles sont les modalités de prescription des AINS chez les médecins généralistes et les médecins urgentistes lors de la prise en charge initiale d'épisodes douloureux aigus non traumatologiques? Marseille; 2019.
42. Martin T. Synthèse des connaissances et des recommandations sur la mélatonine à l'usage des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie; 2019.
43. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés. 2014;5(511):1-4.

44. Wieser A, Chambe J, Bourgin P. La luminothérapie a-t-elle une indication pour l'insomnie primaire en médecine générale? Exercer 2013. juillet 2011;24(105 (suppl 1)):2.
45. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, Manson CCF, Wilson S. Les antidépresseurs contre l'insomnie. Mai 2018.
46. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.
47. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. HAS; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf
48. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. 2020.
49. Am Psychiatric Assoc. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Am Psychiatric Assoc. 2013.
50. LAINÉY E et al. Traitement comportemental et cognitif de l'insomnie. Annales Médicopsychologiques. 2002;160(1):93-6.
51. Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. Can Fam Phys. 1997;43:290-6.
52. Sateia M, Nowell P. Insomnia. The Lancet. 2004;364(9449):1959-73.
53. Rédaction Prescrire. L'insomnie : Les traitements cognitifs et comportementaux, alternative aux médicaments. Rev Prescrire. 1998; 18 (181) : 133-35.
54. BLAIS F, GENDRON L. Assesment of insomnia: validation of three questionnaires. Encephale. 1997;23(6):447-53.
55. Heinz Bernegger, Hanna Meier-Rossi, Jürg Schwander. Traitement non médicamenteux de l'insomnie. Forum med suisse. 2003;(43):1034-8.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Définition de la durée d'une insomnie chronique selon les IMG	13
Figure 2 : Fréquence de l'insomnie chronique rencontrée par les IMG	13
Figure 3 : Modalités de connaissance de la TCC-I comme traitement de l'insomnie chronique chez les IMG.....	14
Figure 4 : Orientation des patients des IMG vers un psychiatre ou psychologue pour une TCC-I selon leur connaissance ou non de la TCC-I.....	16
Figure 5 : Prise en charge proposée par les IMG à l'issue de leurs consultations pour plainte d'insomnie chronique	17
Figure 6 : Renouvellement systématique des hypnotiques par les IMG selon leur connaissance ou non de la TCC-I.	24
Figure 7 : Freins des médecins généralistes au sevrage en hypnotique des patients traités pour insomnie chronique selon les IMG	26
Figure 8 : Pratique des internes de médecine générale dans le sevrage en hypnotique de leurs patients traités pour insomnie chronique	27
Figure 9 : Utilité de la TCC dans le sevrage en hypnotique selon les IMG	27
Figure 10 : Durée idéale d'une consultation pour insomnie chronique selon les IMG	28
Figure 11 : Types de formations préconisées sur l'insomnie chronique selon les IMG	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques générales de la population.....	11
Tableau II : Stages réalisés par les internes	12
Tableau III : Indication de la TCC-I en fonction de la durée de l'insomnie selon les internes du groupe (TCC+) ou (TCC-)	15
Tableau IV : Thérapeutiques proposées par les IMG selon leur connaissance de la TCC-I	18
Tableau V : Réalisation d'un sevrage en hypnotique selon les caractéristiques des IMG	25
Tableau VI : Qualification et proposition du sevrage en hypnotique par les IMG	25

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	8
RÉSULTATS.....	11
1. Caractéristiques générales de la population et cursus de formation	11
2. Place de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de l'insomnie chronique par les IMG	11
2.1. Evaluation de l'insomnie chronique par les IMG et évaluation dans la pratique ambulatoire	11
2.2. Connaissance de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie par les IMG	14
2.3. Utilisation de la TCC par les IMG dans le traitement de l'insomnie chronique.....	14
3. Place de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de l'insomnie chronique chez les IMG	17
3.1. Pratique des internes dans le traitement de l'insomnie chronique.....	17
3.2. Que pensez-vous de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique ?	17
3.3. Que pensez-vous de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique ?	21
4. Place de la TCC dans le sevrage en hypnotique chez les IMG	24
4.1. Renouvellement des hypnotiques par les IMG	24
4.2. Sevrage des hypnotiques par les IMG	25
4.3. Place de la TCC dans le sevrage d'hypnotique selon les IMG	27
5. Temps de consultation idéal pour insomnie chronique selon les IMG	28
6. Formation des IMG sur l'insomnie chronique.....	29
DISCUSSION ET CONCLUSION	30
1. Rappel des principaux résultats	30
2. Forces et limites de l'étude	32
2.1. Forces de l'étude	32
2.2. Limites de l'étude	33
3. Objectif principal : représentations de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie chez les internes de médecine générale	34
3.1. Qualificatifs de la TCC-I par les IMG	34
3.2. Indications de la TCC-I par les IMG	35
3.3. Freins à l'utilisation de la TCC-I par les IMG.....	36
3.4. Formation des IMG à la prise en charge de l'insomnie chronique	37
4. Objectifs secondaires	38
4.1. Représentations de la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG	38
4.2. Représentations de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique par les IMG	39
4.3. Pratiques des IMG dans la prise en charge de l'insomnie chronique	40
4.4. Pratiques des IMG et freins dans le sevrage en hypnotique	41

4.5.	Temps de consultation idéal pour une plainte d'insomnie chronique selon les IMG ..	41
4.6.	Mise en application de la TCC-I en stage ambulatoire de médecine générale et expériences personnelles	42
4.7.	Alternatives émergentes dans le traitement de l'insomnie chronique	44
5.	Conclusion et ouverture	44
BIBLIOGRAPHIE		46
LISTE DES FIGURES		50
LISTE DES TABLEAUX		51
TABLE DES MATIERES		52
ANNEXE 1		I
ANNEXE 2		I
ANNEXE 3		II
ANNEXE 4		V

ANNEXES

ANNEXE 1 : *Définition de l'insomnie chronique :*

L'insomnie est décrite dans plusieurs classifications nosologiques : DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (49) , ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders) (35) et la CIM- 10 (Classification Internationale des Maladies).

Selon la 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux réédité en 2013 (DSM V), le trouble d'insomnie est défini par une insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil dans un contexte adéquat de sommeil de nuit avec des conséquences diurnes néfastes. Une insomnie de 1 à 3 mois est considérée comme épisodique (ou aiguë), une insomnie de plus de 3 mois est appelée persistante (ou chronique), et enfin, deux épisodes d'insomnie ou plus, séparés de plus d'un an caractérisent une insomnie récurrente.

Pour poser le diagnostic, il doit y avoir au moins une des plaintes suivantes : difficulté d'endormissement de plus de 20 minutes chez l'adulte jeune ou 30 minutes chez la personne âgée, réveils précoces d'au moins 30 minutes par rapport à l'heure choisie ou réveils nocturnes de plus de 30 minutes. Ces critères doivent être présents au minimum trois fois par semaine (10)(25).

La 3ème version de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil de 2014 (ICSD-3) ajoute aux trois critères précédents la notion de temps de sommeil inférieur à 6 heures.

A noter également que, selon l'ICSD-3, les patients consommateurs chroniques d'hypnotiques qui ne présentent plus de trouble du sommeil sont malgré tout considérés comme insomniaques (35).

ANNEXE 2 : *Physiopathologie de l'insomnie psychophysiologique.*

La physiopathologie de l'insomnie psychophysiologique n'est pas encore à ce jour, pleinement éclaircie. Peu d'éléments sont établis mais plusieurs hypothèses affleurent dans la littérature.

Les modèles les plus récurrents sont ceux de Spielman et de Morin.

Selon ces derniers, il existe chez certains sujets des facteurs "prédisposants" (vulnérabilité biologique, antécédents familiaux, trait de personnalité) augmentant dès le départ le risque de développer une insomnie. A un moment donné de l'histoire du patient, la survenue d'un événement (deuil, séparation, difficultés au travail) perturbe temporairement le sommeil, c'est le ou les facteurs "précipitants". Par la suite, chez certains individus, des stratégies dysfonctionnelles se mettent en place pour tenter de rétablir un sommeil normal (augmentation du temps passé au lit, prise de médicaments psychotropes, longues siestes diurnes). L'échec de ces stratégies induit une appréhension des situations normalement associées au sommeil (tels que l'approche du l'heure du coucher, la chambre, le lit), d'où l'émergence d'une hyperactivité cognitive, émotionnelle et d'une tension somatique qui entretiennent le trouble, ce sont les facteurs "perpétuants" (25)(8).

ANNEXE 3 : *Principes de la thérapie cognitivo-comportementale-insomnie.*

Les cinq grands principes de cette thérapie sont : le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil, la thérapie cognitive, l'hygiène du sommeil et la relaxation.

Le contrôle du stimulus est inventé par le Dr Bootzin en 1972, il repose sur l'hypothèse selon laquelle l'insomnie est le résultat d'un conditionnement négatif entre des stimuli environnementaux et le sommeil (50). Cela consiste à appliquer des consignes simples visant à diminuer les activités incompatibles avec le sommeil. Le but étant de favoriser l'association entre la chambre à coucher et le sommeil. Les recommandations dispensées au patient sont les suivantes :

- Garder une heure de détente avant le coucher en cessant les activités exigeantes physiquement et mentalement.
- Ne se coucher que lorsque la sensation de sommeil est présente.
- Se relever de son lit si le sommeil ne vient pas au bout de 20 minutes.
- Faire une activité non stimulante dans une autre pièce, ne se recoucher qu'une fois que la sensation de sommeil apparaît à nouveau.
- Répéter ces trois premières consignes aussi souvent que nécessaire.

- Se lever tous les jours à la même heure, y compris les weekends, et peu importe la quantité de sommeil réalisée lors de la nuit.
- L'utilisation du lit doit strictement être réservée au sommeil et à l'activité sexuelle (pas de lecture ou de télévision...).
- Ne pas regarder l'heure pendant la nuit.
- Ne pas faire de longues siestes au lit, s'octroyer seulement un moment de détente en début d'après-midi ou une sieste n'excédant pas 20 minutes (11).

L'efficacité de cette méthode est considérée comme supérieure aux autres traitements et de façon durable (15)(51). Des diminutions de l'ordre de 50% du délai d'endormissement et de la durée des éveils nocturnes ont été obtenues avec cette technique (52)(53).

La restriction du sommeil, consiste à réduire le temps passé au lit par rapport au nombre d'heures réellement dormies. Elle permet au patient de ressentir une somnolence au moment du coucher. L'objectif quantifiable est d'obtenir un coefficient d'efficacité du sommeil ($[temps\ total\ de\ sommeil\ / temps\ passé\ au\ lit] \times 100$) au moins égal à 85 %, calculable à l'aide de l'agenda de sommeil tenu par le patient sur une à deux semaines à chaque étape. Initialement le médecin généraliste prescrit un temps de sommeil adapté à partir de la moyenne du temps de sommeil du premier agenda de sommeil (avec toutefois une limite inférieure fixée à 5 heures de sommeil par nuit minimum).

La restriction du sommeil se réalise en retardant l'heure du coucher mais en maintenant une heure de lever constante. Si à 10 jours l'efficacité du sommeil n'est pas améliorée, il faut retarder le coucher de 15 minutes supplémentaires. Inversement, si l'objectif de 85% d'efficacité est atteint il est possible d'avancer l'heure de coucher de 15min à chaque fois. Les siestes diurnes ne sont pas autorisées si le coefficient d'efficacité n'est pas de 85% au minimum (8)(9).

La thérapie cognitive est basée sur le modèle de Beck. Elle a pour but de repérer puis de corriger les comportements inappropriés et les croyances erronées à propos du sommeil, en proposant d'autres stratégies de raisonnement (8)(4)(19)(36).

Il existe des questionnaires comme "l'échelle des croyances et attitudes envers le sommeil" (54) permettant d'identifier les croyances dysfonctionnelles. Il en existe notamment quatre types identifiés :

- Les attentes irréalistes par rapport au sommeil.
- Les conceptions erronées des causes de l'insomnie.
- L'amplification des conséquences de l'insomnie.
- Les fausses croyances concernant la pertinence des comportements mis en place par le patient pour essayer de corriger son insomnie.

Cette partie de la thérapie cognitivo-comportementale semble plus coûteuse en temps et plus difficile à maîtriser, réalisable cependant avec une formation adaptée (11).

Il existe des récurrences concernant les idées fausses vis-à-vis du sommeil, dont voici quelques exemples de réponses à apporter :

- Il n'y a pas de norme de quantité de sommeil par individu donné, le besoin interindividuel est variable.
- Il n'y a pas de relation entre les heures de sommeil perdues par les troubles du sommeil et le nombre d'heures de sommeil à récupérer (seulement un tiers de ce temps serait suffisant).
- Il faut faire accepter au patient qu'on ne peut pas être parfaitement maître de son sommeil, et atténuer son anxiété de performance.
- Prohiber les attitudes punitives et culpabilisantes mises en place par le patient (privation d'activités, notamment sociales) (3).

L'hygiène du sommeil est une série de conseils concernant l'usage de substances, des activités et des comportements, qu'il convient d'adopter ou d'éviter :

- Ne pas prendre de substance stimulante proche du coucher. Par exemple, 6h avant le coucher pour le café et pas plus de trois par jour (idem pour le thé et sodas à base de caféine). Limiter la consommation de nicotine (demi-vie longue), drogues stimulantes type cocaïne, héroïne. Le cannabis, lui, favorise l'endormissement mais perturbe l'architecture du sommeil.
- Limiter la consommation d'alcool. Celui-ci peut favoriser l'endormissement mais réduit les phases de sommeil profond.
- Laisser 1h30 entre le dîner et le coucher et éviter un dîner trop copieux et/ou gras.

- Eviter le sport 3 heures avant le coucher, mais celui-ci est recommandé durant la journée favorisant l'endormissement et la quantité de sommeil profond réparateur.
- Eviter l'exposition à la lumière bleue le soir (écran d'ordinateur, de télévision, de smartphone, de tablette ...), favoriser l'exposition à la lumière du soleil dans la journée.
- Favoriser une habitude calme non stimulante 30 min avant le coucher (par exemple pratiquer la relaxation, la lecture ...).
- Eviter les douches chaudes avant le coucher (l'élévation de la température corporelle limite l'endormissement).
- La température de la chambre à coucher doit être comprise entre 17 et 19°C (11).

La relaxation est une des composantes de la thérapie cognitive qui a pour but de réduire les tensions cognitives et physiques. Elle permet une réduction de la latence d'endormissement de façon significative (4)(51). Il existe de multiples méthodes comme : la relaxation musculaire progressive décrite par Jacobson (55); le training autogène de Schultz (technique d'introspection et de concentration qui s'apparente à de l'autohypnose), l'imagerie mentale ; la méditation sous différentes formes comme le yoga (méditation active), la respiration rythmique ...

ANNEXE 4 : **Questionnaire de thèse**

Que pensent les internes de médecine générale de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique ?

Questionnaire à destination des internes de médecine générale :

L'insomnie est un problème de santé publique, on estime que 10% de la population souffre d'insomnie chronique. Il en existe plusieurs types, la plus fréquente est l'insomnie psychophysiologique, c'est-à-dire non due à une comorbidité mais liée à un conditionnement mental et physique. Par souci de simplification nous la nommerons « insomnie chronique ». Le premier recours pour cette plainte est la consultation chez le médecin généraliste.

De nombreuses études se sont intéressées à la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique chez les médecins généralistes, notamment l'usage de la thérapie

cognitivo-comportementale (TCC). En revanche, aucun travail de ce type n'a encore été réalisé auprès des internes de médecine générale. Notre thèse a pour but d'évaluer l'opinion des internes de médecine générale concernant l'usage de la TCC dans la prise en charge de l'insomnie chronique. Secondairement nous nous intéresserons à la pratique des internes de médecine générale vis-à-vis de l'insomnie chronique, du renouvellement des hypnotiques, et de leurs éventuels projets de formations sur la prise en charge de l'insomnie chronique.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes :

Il y a 29 questions dans ce questionnaire.

Etes-vous de sexe ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Quel est votre âge ? *

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Répondre par un nombre (exemple : "26").

(votre réponse apparaît sur la droite)

Quel est votre semestre d'internat ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- semestre 1
- semestre 2
- semestre 3
- semestre 4
- semestre 5
- semestre 6 et plus

Quel(s) stage(s) ambulatoire(s)avez-vous réalisé(s) ou en cours de réalisation?

*

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Praticiens de niveau 1
- SASPAS
- SAFE
- Aucun

Selon vous, à partir de combien de temps parle-t-on d'insomnie chronique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- À partir d'une semaine
- À partir d'un mois
- À partir de trois mois

Lors de vos stages ambulatoire en médecine générale, à quelle(s) fréquence(s) avez-vous été confronté à une plainte d'insomnie chronique lors des consultations ?

*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pluriquotidienne
- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Jamais

Connaissez-vous un(des) outil(s)d'aide au dépistage de l'insomnie chronique ?

*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) outil(s) d'aide au dépistage de l'insomnie chronique connaissez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '7 [q7]' (Connaissez-vous un(des) outil(s)d'aide au dépistage de l'insomnie chronique ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quelle(s) thérapeutique(s) proposez-vous à l'issue de vos consultations pour une plainte d'insomnie chronique ? (plusieurs réponses possibles)

*

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucune
- Benzodiazépines ou apparentés
- Antihistaminiques
- Antidépresseurs
- Phytothérapie
- Mélatonine
- Homéopathie
- Règles hygiéno-diététiques
- Relaxation
- Thérapie cognitivo-comportementale
- La luminothérapie
- Autre:

Que pensez-vous de la prise en charge **médicamenteuse** de l'insomnie chronique ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

En quelques mots

Que pensez-vous de la prise en charge **non médicamenteuse** de l'insomnie chronique ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

En quelques mots

Connaissez-vous la thérapie cognitivo-comportementale comme traitement de l'insomnie chronique ?

*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si oui, avez-vous pris connaissance de ce type de thérapie :

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

La réponse était 'Oui' à la question '12 [q12]' (Connaissez-vous la thérapie cognitivo-comportementale comme traitement de l'insomnie chronique ?)

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dans les supports de cours de l'externat (référentiels de l'ECN)
 Lors des stages d'externats
 Dans les supports de cours de l'internat de médecine générale
 Lors de FMC ou congrès en dehors de l'enseignement facultaire
 Autre:

Si oui, avez-vous déjà initié une thérapie cognitivo-comportementale en consultation pour traiter une insomnie chronique ?

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

La réponse était 'Oui' à la question '12 [q12]' (Connaissez-vous la thérapie cognitivo-comportementale comme traitement de l'insomnie chronique ?)

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous déjà orienté un patient vers un psychiatre ou un psychologue pour une thérapie cognitivo-comportementale pour traiter une insomnie chronique ? *

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

- Oui
 Non

Etes-vous en accord avec la réalisation d'une thérapie cognitivo-comportementale pour une insomnie : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	datant de moins d'un mois ?	datant de plus d'un mois ?	datant de plus de trois mois ?
Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plutôt d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moyennement d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Renouvez-vous de façon systématique les traitements hypnotiques de vos patients pour le traitement d'une insomnie chronique ?

*

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

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Moyennement d'accord
 Pas du tout d'accord

Jugez-vous utile la réduction de l'utilisation d'hypnotique dans la prise en charge de l'insomnie chronique ? *

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

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Moyennement d'accord
 Pas du tout d'accord

Avez-vous déjà réalisé un sevrage en hypnotique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, trouvez-vous aisé la réalisation d'un sevrage en hypnotique chez vos patients ?

*

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

La réponse était 'Oui' à la question '19 [q19]' (Avez-vous déjà réalisé un sevrage en hypnotique ?)

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Moyennement d'accord

Pas du tout d'accord

Proposez-vous de façon systématique un sevrage de vos patients traités depuis plus d'un mois par hypnotique pour le traitement d'une insomnie chronique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Moyennement d'accord

Pas du tout d'accord

Selon vous quels sont les freins des **médecins généralistes** pour le sevrage en hypnotique dans le traitement de l'insomnie chronique ? *

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Manque de temps de consultation

Refus du patient

Manque de formation à ce sujet

Rechute de l'insomnie exprimée par le patient ou majoration de son insomnie à la diminution progressive des posologies

Autre:

(Plusieurs réponses possibles)

Selon vous quels sont les freins des **patients** pour le sevrage en hypnotique dans le traitement de l'insomnie chronique ? *

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Crainte d'une insomnie de rebond
- Appréhension du sevrage
- Appréhension d'une autre prise en charge
- Autre:

(Plusieurs réponses possibles)

Quel est votre pratique pour le sevrage en hypnotique de vos patients ? *

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Diminution progressive de posologies
- Espacement des prises de l'hypnotique
- Arrêt sans décroissance
- Prescription d'un autre traitement médicamenteux
- Prescription d'une autre thérapeutique non médicamenteuse
- Autre:

Pensez-vous utile la réalisation d'une thérapie cognitivo-comportementale pour l'aide à la réalisation d'un sevrage en hypnotique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

Combien de temps de consultation jugez-vous adapté à une consultation pour plainte d'insomnie chronique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 10 minutes ou moins
- 15 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes et plus

Jugez-vous votre formation au traitement de l'insomnie chronique satisfaisante ?

*

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

Jugez-vous utile un perfectionnement sur la prise en charge de l'insomnie chronique ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

Si oui, sous quelle(s) forme(s) verriez-vous cette formation ? *

❶ Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Formation dans le cadre du développement professionnel continu (DPC)
- Congrès de médecine générale
- En autoformation à partir de support informatique
- Formation dans le cadre de l'internat
- Aucune, vous ne jugez pas utile de se former sur la prise en charge de l'insomnie chronique.

Merci de votre participation !

Que pensent les internes de médecine générale de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique ?

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La thérapie cognitivo-comportementale est recommandée en première intention par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le traitement de l'insomnie chronique, pourtant elle est peu utilisée par les médecins généralistes. De nombreuses études ont évalué l'usage et l'opinion de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique chez les médecins généralistes, mais aucune étude n'a été réalisée auprès des internes.

METHODES : Étude quantitative comportant trois questions qualitatives, transversale, déclarative par questionnaire en ligne, interrogeant les internes de médecine générale de la faculté d'Angers. Les variables étudiées étaient les représentations de la thérapie cognitivo-comportementale insomnie, les pratiques dans le traitement de l'insomnie chronique, les pratiques de sevrage en hypnotique par les internes ainsi que leur projet éventuel de formation.

RESULTATS : 113 réponses complètes sur 360 internes, soit un taux de réponse de 31%. 74% des IMG sont confrontés à l'insomnie chronique en consultation au moins une fois par semaine. Les outils de dépistage de l'insomnie chronique sont peu connus par les internes (9%). 83% des internes ne connaissent pas la thérapie cognitivo-comportementale-Insomnie (TCC-I). A l'issue de leurs consultations pour insomnie chronique la quasi-totalité des internes prescrivent des règles hygiéno-diététiques (99%), la moitié prescrivent des benzodiazépines ou apparentés (50%), et 7% une thérapie cognitivo-comportementale. Les internes connaissant la TCC-I orientent plus vers un psychiatre ou un psychologue pour la réalisation d'une TCC-I (26% vs 3%). 96% des internes jugent utile la réduction de l'usage des hypnotiques. La majorité des internes sont prêts à dédier 20 minutes à leurs patients pour une consultation d'insomnie chronique. 96% jugent utile un perfectionnement de leur formation, en majorité (86%) à travers le développement professionnel continu.

CONCLUSION : La Thérapie Cognitivo-Comportementale-Insomnie semble être un outil de premier choix. L'opinion majoritairement favorable des internes de médecine générale pour la TCC-I est encourageante pour sa diffusion plus large et sa mise en application au sein des cabinets de médecine générale dans leurs pratiques futures.

Mots-clés : Thérapie cognitivo-comportementale-Insomnie (TCC-I) ; Insomnie chronique ; Médecine Générale ; Internes ; Représentations ; Formation

How behavioral cognitive therapy for the treatment of the chronic insomnia is perceived by general medicine residents ?

ABSTRACT

INTRODUCTION : Cognitive behavioral therapy is recommended as a first-line treatment by the French National Authority for Health (HAS) in the treatment of chronic insomnia, but it is rarely used by general practitioners. Numerous studies have evaluated the use and opinion of cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic insomnia in general practitioners, but no studies have been done with residents.

METHODS : Quantitative studies comprising three qualitative questions, cross-sectional, declarative questions by online questionnaire, interviewing general medicine residents at the Faculty of Angers. The variables studied were the representations of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), the practices in the treatment of chronic insomnia, the hypnotic withdrawal practices by the residents as well as their possible training plan.

RESULTS : Out of 360 residents, 113 (31%) have responded. 74% of residents experience chronic insomnia in consultation at least once a week. The tools to detect chronic insomnia are little known by residents (9%). 83% of residents do not know cognitive behavioral therapy for insomnia. At the end of their consultations for chronic insomnia, almost all residents prescribe hygiene and dietetic rules (99%), half prescribe benzodiazepines or related drugs (50%), and 7% cognitive behavioral therapy. Residents who are familiar with CBT-I refer more to a psychiatrist or psychologist for performing CBT-I (26% vs. 3%). 96% of residents think it is useful to reduce the consumption of hypnotics. Most of the residents are willing to dedicate 20 minutes to their patients for a chronic insomnia consultation. 96% consider that it is useful to improve their training and the majority (86%) through continuing professional development.

CONCLUSION : Insomnia Cognitive-Behavioral Therapy seems to be a tool of first choice. The favorable opinion of general medecine residents for CBT-I is encouraging for its wider dissemination and application in ambulatory practice in their future practices.

Keywords : Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) ; Chronic insomnia ; General Medicine ; Residents ; Representations ; Training