
**MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE
L'INSOMNIE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
AVANT UNE PREMIÈRE CONSULTATION
SPÉCIALISÉE AU CENTRE HOSPITALIER : À
PROPOS DE 31 CAS VUS AU CENTRE DU
SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE DE BESANCON.**

Thèse d'exercice pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
Présentée et soutenue le 15 mars 2011
Par Bénédicte PETIT

PARTIE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Définition de l'insomnie

- Subjective, c'est un ressenti
 - Plainte concernant la qualité du sommeil et/ou sa quantité
 - Retentissement diurne
-

2. Prévalence de l'insomnie

- Très variable selon les études
- 6 à 20 % en moyenne dans la population générale
- Plus de 30 % chez les patients consultant en médecine générale

PARTIE EXPERIMENTALE

Matériel et méthode (1) :

- Objectifs :
 - Évaluer les modalités de PEC de l'insomnie par les médecins généralistes avant avis spécialisé
 - Évaluer la prévalence des pathologies du sommeil relevant d'une PEC de médecine générale chez les patients consultant au centre du sommeil

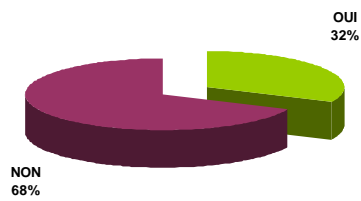
Matériel et méthode (2) :

- Type d'étude :
 - Transversale descriptive
 - Prospective
 - Questionnaire rempli par le Dr Bourdin à l'issue de la première consultation
- Critères d'inclusion :
 - Patients :
 - Se présentant pour un premier RDV au centre du sommeil du CHUB
 - Adressés par un généraliste ou un spécialiste
 - Adressés pour insomnie
 - Agés de plus de 14 ans
 - Vus entre février et juin 2010

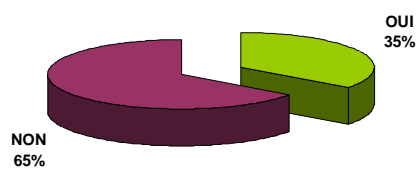
Résultats (1) :

- 31 questionnaires exploitables
- 48 % femmes ; 52 % hommes
- Classes d'âges les plus représentées :
 - 36 % 50-65 ans
 - 26 % 30-50 ans
- Durée moyenne de l'insomnie : 8 ans

Résultats (2) : prise en charge initiale en MG



- Consultation exclusivement dédiée au sommeil

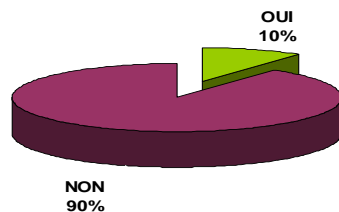


- Conseils de relaxation et/ou d'hygiène du sommeil

Résultats (3) : prise en charge initiale en MG

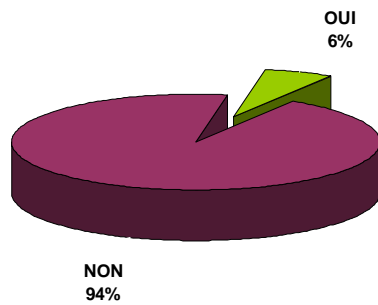


- Questionnaires du sommeil



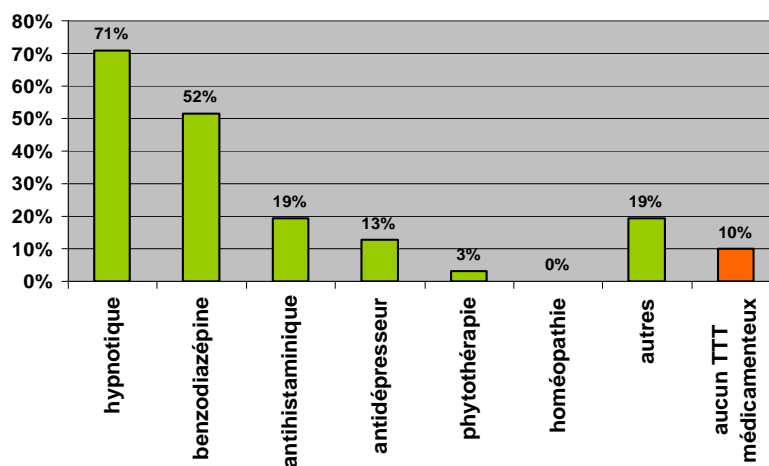
- Agendas du sommeil

Résultats (4) : PEC initiale répondant aux critères de bonne pratiques cliniques

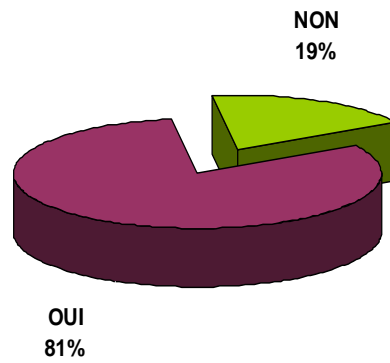


= consultation
uniquement dédiée
au sommeil
+ questionnaires ou
auto-questionnaires
+ agenda du
sommeil

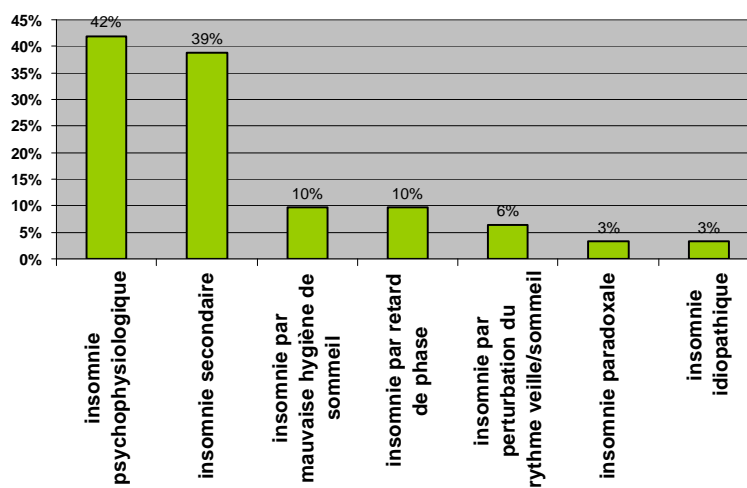
Résultats (5) : nature des traitements en cours



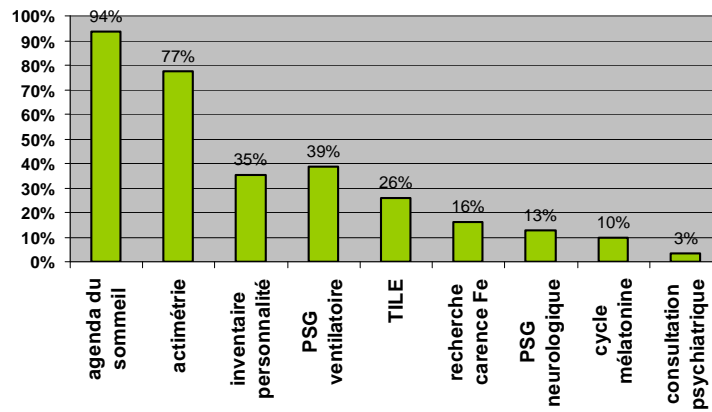
Résultats (6) : association de deux BZD ou apparentées



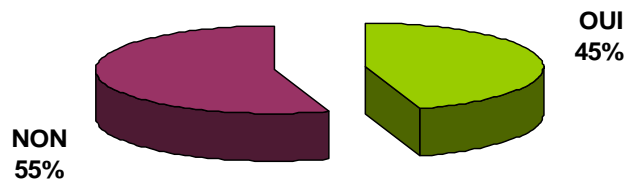
Résultats (7) : étiologies évoquées à l'issue de la première consultation spécialisée



Résultats (8) : nature et fréquence des examens complémentaires demandés



Résultats (9) : PEC initiale réalisable en médecine générale



Discussion (1) :

- Biais et limites de l'étude :
 - Taille de l'échantillon
 - Biais de recrutement
 - Biais lié au protocole : **résultats déclaratifs**
 - Etiologies retenues et non diagnostics confirmés

Discussion (2) : retard au diagnostic initial

- Méconnaissance des recommandations HAS
 - **Temps entier de consultation** consacré à la plainte d'insomnie. Anamnèse ++
 - Utilisation **d'outils diagnostiques** :
 - Agenda du sommeil
 - Auto-questionnaires
 - Détail des **conseils d'hygiène systématique**
- PEC selon recommandations HAS < 10%

Discussion (3) : étiologies évoquées

- 45% : insomnies relevant PEC de MG :
 - Psychophysiologique
 - Mauvaise hygiène de sommeil
- Pas d'examens complémentaires spécialisés
- Avis spécialisé non justifié, au moins initialement
- 55 % : insomnies relevant PEC spécialisée :
 - Secondaire (SAS, SJSR etc.)
 - Paradoxale
 - Décalage de phase
 - Idiopathique

Discussion (4) : recours médicamenteux

- Forte fréquence recours médicamenteux :
 - Attente +++ des patients vis-à-vis du médicament
 - Permet au médecin une réponse rapide même si imparfaite
- Forte fréquence des associations de BZD :
 - Concorde avec données de Assurance maladie :
 - prescription Z drugs régulière pour 7 % population
 - Prescription hypnotiques régulière pour 4% population
 - En contradiction avec les recommandations
 - S'explique par phénomènes de tolérance et dépendance

Discussion (5) : techniques comportementales

- TCC : efficacité à moyen et long terme prouvée
- Sous-utilisation des TCC :
 - Manque de formation des médecins à leur usage
 - Nécessité d'investissement et motivation patient/médecin
 - Nécessité de temps

Conclusion :

- Importance de la formation des médecins
- Importance de la limitation de la primo-prescription des BZD
- Importance de la réévaluation des prescriptions
- Importance de l'alliance thérapeutique médecin/malade

Merci pour votre attention
