

Groupe troubles du sommeil-anxiété-dépression

Coordinateurs Célia Bornert-Estrade et Bernard Frêche

Recherches en cours au 02/04/2012

COMPOSITION

AUDIER Régis, BIRAULT Francois , BORNERT Célia , FRECHE Bernard , KERHARO Anne.

PROBLEMATIQUE GENERALE

Le rôle spécifique du médecin de soins primaire en France principalement représenté par le médecin généraliste libéral se situe à plusieurs niveaux. De nombreuses questions sont à éclaircir. Celles-ci paraissent être :

- ✍ Réfléchir aux classifications existantes, évaluer leur validation dans les champs spécifiques du soin primaire.
- ✍ Spécifier la gestion en médecine générale des troubles suivants.
 - ? Les troubles du sommeil et de l'endormissement
 - ? Le trouble anxieux généralisé
 - ? Les troubles de l'humeur notamment le trouble dépressif.

Identifier les outils

- ✍ Quels sont les freins à l'utilisation des outils psychométriques?
- ✍ Construire des outils spécifiques à la médecine ambulatoire de proximité.

Evaluer, en vu d'améliorer, la « formation » des soignants de soins primaires dans la prise en charge dans les troubles suivant.

- ? Les troubles du sommeil et de l'endormissement
- ? Les troubles de l'humeur notamment le trouble dépressif.

Assurer un niveau de prise en charge

- Quel sont les niveaux d'investissement possible ?
- Comment éviter une surconsommation de traitement médicamenteux?
- Comment aider les patients à s'améliorer ?
- Comment aider les soignants et avec quel outils ?
- Comment communiquer entre médecine générale et psychiatrie.
- Comment améliorer la coopération Médecin de soins primaires et psychiatres dans la prise en charge du patient dépressif ?

La recherche en ces domaines est donc un effort de compréhension (études d'observations) et des essais d'intervention (études interventionnelles)

Deux thématiques de recherche.

L'insomnie est un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence, de son retentissement sur la qualité de vie et sur l'état de santé des patients. De plus, les plaintes d'insomnie sont souvent traitées de façon symptomatique par la prescription d'une benzodiazépine hypnotique, notamment chez les personnes âgées. Leur prise en charge est délicate : la formation initiale des médecins est pauvre, le bilan diagnostique est chronophage, il peut déboucher sur de nombreuses étiologies, et implique une approche globale centrée sur le patient.

Des formations à l'approche diagnostique et thérapeutique des plaintes d'insomnie intégrant une approche comportementale et l'utilisation d'outils validés peuvent être intéressantes pour le médecin généraliste.

Les travaux de recherche sur ce thème viseront à :

- Mieux définir la fréquence des étiologies associées aux plaintes d'insomnie en médecine générale
- Décrire les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique des plaintes d'insomnie de leurs patients (y compris le dépistage de l'insomnie)
- Evaluer l'impact des formations « sommeil » sur les pratiques des médecins généralistes, sur la qualité du sommeil de leurs patients et sur les modifications de prescription des benzodiazépines hypnotiques
- Evaluer l'intérêt d'outils de prise en charge de l'insomnie en médecine générale

En 2001, l'OMS publie son rapport sur la santé dans le monde. Le titre de ce rapport est le suivant : Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs¹. Les auteurs de ce rapport, sous la direction de Rangaswamy Srinivasa Murphy, ont précisé que la santé mentale est capitale pour le bien être des individus, des sociétés et des pays. La santé mentale doit être considérée sous un **nouveau jour**.

Soutien des états à **la recherche, initiation de nouveaux travaux** de recherche en **soins primaires** sont indispensables.

La prise en charge en médecine générale permet de s'adresser au plus grand nombre, et d'éviter des examens inadaptés et coûteux précise l'OMS.

En 2010 le département de Médecine générale de la Faculté de médecine inaugure son pôle de recherche en soins primaires. La coordination en est confiée au Dr Philippe BINDER, maître de conférences associé. Au sein de ce pôle de recherche, le Dr Bernard FRECHE, maître de stage Universitaire coordonne la thématique centrée sur la dépression et l'anxiété.

La dépression est une maladie commune, traitée en grande partie en soins primaires².

Elle sera l'un des plus grands fardeaux pour la santé mentale et deviendra le deuxième problème de santé générale en 2020³.

Il existe un continuum entre une souffrance morale légère et la maladie dépressive.

Les troubles anxieux ne sont pas limités à l'anxiété généralisée, à l'agoraphobie, les troubles de panique et aux TOC. Événements de vie stressants, stress post-traumatique, phobie sociale ont une forte prévalence en médecine générale.

Le travail de recherche du sous-groupe consistera à rechercher une réponse aux objectifs principaux suivants :

- ✍ Identifier la spécificité diagnostique des troubles dépressifs et des troubles anxieux en médecine générale.
- ✍ Identifier la spécificité thérapeutique de ces troubles en MG
 - Définir la prise en charge psychothérapeutique spécifique du Médecin généraliste.
 - Étudier les possibilités interventionnelles spécifiques à la médecine ambulatoire de premier recours.
 - Quid des co-morbidités (démence, maladie générale.....)

Le groupe collaborera avec des équipes dont l'une des thématiques, au moins, de recherche est la santé mentale en soins primaires.

Les tableaux suivants montrent l'avancé des travaux en cours.

ETUDES ET RECHERCHES

RECHERCHES :

TROUBLES DU SOMMEIL :

1	INSOMNIE (1) L'insomnie est-elle sous diagnostiquée en médecine générale ? (quantitatif)	Pilote : BORNERT – Thésard : BOURREAU Nicolas							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Thèse soutenue le 4 octobre 2010. Article en cours de rédaction</i>									

2	INSOMNIE (2) Quel est le taux de diminution de dose de benzodiazépine après une formation médicale continue de 2 jours sur l'approche globale de l'insomnie? (quantitatif)	Pilote : BIRAULT– Thésard : MURA François							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Différencie l'intention de la pratique. Etude interventionnelle. 10 patients / groupe de 10 MG témoins/ >6 mois après formation récupération des données</i>									

3	INSOMNIE (3) Auto-évaluation des pratiques des médecins généralistes après une formation de 2 jours sur l'insomnie des personnes âgées et l'aide au sevrage en benzodiazépines (qualitatif).	Pilote : BORNERT – Thésard : DEBAURE Emilie							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	thème	biblio	idée
<i>Données en cours d'analyse , Thèse en cours de rédaction</i>									

4	INSOMNIE (4) Evaluation diagnostique et prise en charge étiologique et comportementale de l'insomnie chez des personnes âgées traitées par benzodiazépines hypnotiques au long cours » : impact d'une formation de 2 jours sur la diminution des doses de benzodiazépines hypnotiques chez 200 patients	Pilote : BORNERT – Thésard : aucun ETUDE ABANDONNEE							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>(étude d'intervention contrôlée randomisée). Protocole en cours de rédaction, recherche de financement</i>									

5	SEVRAGE EN BENZODIAZEPINES A VISEE HYPNOTIQUE Quels sont les facteurs facilitant ou gênant le sevrage en benzodiazépine chez les patients âgés ayant une plainte d'insomnie ? (Recherche qualitative : Entretiens individuel)	Pilote : Bernard FRECHE Interne : Mathieu PARLET							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Recherche qualitative par entretiens individuels auprès de patient présentant des troubles du sommeil datant de plus de 3 mois. Recrutement en cours</i>									

TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS

6	BIPOLARITE ET DEPRESSION Quels sont les signes évocateurs de bipolarité repérés et repérables en pratique par les médecins de soins primaires du Poitou-Charentes pour le dépistage des dépressions bipolaires chez les patients de 18 à 65 ans présentant des symptômes dépressifs ?"	Bernard FRECHE Interne : Ophélie MATUCHET							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Recherche qualitative par entretiens en Focus groupe. travail de la problématique quel est l'intérêt pour le patient d'être étiqueté « trouble bipolaire »</i>									

7	BURN OUT DES MG La prise en charge « personnelle immédiate » des consultations à motifs multiples est-elle un facteur de risque de Burnout des MG ? (quantitatif)	Pilote : Célia BORNERT Interne BRIGDEN							
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Données récupérées, en attente de l'analyse statistique effectuée par le Pr Ingrand. Thèse en cours de rédaction.</i>									

8	PREVENTION SUICIDE EN MG Comment les médecins de soins primaires, lors d'une consultation, repèrent-ils les patients en crise suicidaire ?	Bernard FRECHE. Interne Gâelle PENIN							
Idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<i>Recherche qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes. Formulation de la question de recherche et choix de la méthode</i>									

9	Quels sont les moyens mis en place par les médecins de soins primaires en France pour dépister les patients atteints de TAG ?							Bernard FRECHE. Interne : POUPIN Pierre		
Idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	

10	Etude de l'utilisation des outils d'évaluation psychométrique par les médecins généralistes du Poitou-Charentes dans le dépistage de la dépression et de l'anxiété généralisée chez les adultes de 18 à 65 ans							Bernard FRECHE-Nemat JAAFARI Interne Nicolas CHAPRON		
Idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Poster présenté aux Journées interrégionales de recherche de Tours</i>										
<i>Poster accepté au CNMG de Nice en 2012</i>										

11	Quelles propositions d'amélioration dans la prise en charge d'une co-morbidité anxieuse chez un patient dépressif en pratique courante les médecins de soins primaires proposent-ils ?							Bernard FRECHE. Interne : Marion ROUET		
Idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	

12	La prise en charge de la Dépression en soins primaires en France Etude Randomisée, prospective, interventionnelle							Bernard FRECHE. Interne : Jean-Yves ROTGE		
Idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>1^{er} temps : Construction d'ateliers formatifs (Dépression – Recherche)</i>										
<i>2^{ème} temps : Design de l'étude</i>										

PROJETS :

- ☞ Approche diagnostique et thérapeutique des troubles des troubles anxio-dépressifs non classifiés dans le DSM-IV et/ou DSM V en médecine générale MG

LES FICHES DE RECHERCHE

Titre :	LA PLAINTE « DÉPRESSION »
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Bernard FRECHE – assistants : Thésard : PENIN gaelle
Collaborations :	? Dr Nemat Jaafari. ? Dr Patrice Nabbe : Maître de Conférence Associé Faculté de Brest
Financement :	Aucun à ce jour.
Problématique :	<p>Le nombre de consultation pour « dépression » en médecine libérale selon le Credes¹ est de 12 millions sur 304 millions d'actes avec une répartition suivante : 70% pour les généralistes (MG) et 30% pour les psychiatres. Les institutions en charge de la santé publique reprochent aux MG une insuffisance diagnostique. Des recommandations de bonne pratique existent². Les enquêtes d'opinion montrent que les MG se sentent à l'aise face au diagnostic³ de dépression. Par contre ils ne se servent pas d'un référentiel pour le diagnostic.</p> <p>Des propositions d'améliorations de prise en charge pourraient être les suivantes³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Valider en Médecine Générale la démarche diagnostique proposée par le DSM-IV ou la CIM 10⁴ ? Utilisation d'échelles d'autoévaluation des patients présentant des signes de dépression. (HADS par exp.) ? Élaboration d'un « outil » d'évaluation du risque suicidaire avec une formation à son utilisation. ? Élaboration d'un référentiel de prise en charge avec une systématisation des rendez-vous. (prendre en exp. les recom. HAS de cancérologie) ? Mise en place de formations aux techniques de psychothérapie. <p>Il existe de nombreuses contradictions (à détailler) dans les différents rapports institutionnels. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ? De nombreux patients diagnostiqués dépressifs ne sont pas traités (traitement médicamenteux) / le dépistage systématique n'apporte pas de bénéfice par rapport à la prise en charge habituel. (les patients ont des états dépressifs moins sévères). ? Les MG sont peu représentés dans les commissions d'expertises : 7/23 pour l'anaes (HAS), 0/29 pour l'Opeps (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé). <p>Le développement d'une recherche clinique en médecine générale est une nécessité pour comprendre et améliorer la prise en charge de ses patients.</p>
Bibliographie :	4 références
Question :	A définir.
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> ? Définir et conceptualiser la plainte « dépression » en MG ? Élaborer un référentiel de prise en charge diagnostic dans un premier temps et thérapeutique (en collaboration avec les psychiatres universitaires) ? Définir et conceptualiser la psychothérapie spécifique à la médecine générale. Ceci devra être effectué à partir des trois types de psychothérapie actuelle : de soutien, psycho-comportementale, et analytique ; (place de l'hypnose ou autre...). ? Élaboration d'un outil de d'évaluation du risque suicidaire en MG validé. (Travail avec d'autres équipes).
Méthode :	Étude mixte : Qualitative / Quantitative. (à définir). <ul style="list-style-type: none"> ? auprès de patients ? auprès des médecins généralistes
Résultats attendus :	
Stade en cours :	Appropriation de la thématique. Recherche de financement
Présentation :	
Publication :	Articles (exercer, revue du prat, l'encéphale), articles en anglais, communications orales, poster.

Titre :	LE TROUBLE BIPOLAIRE : ÉTUDE MANIPPOCRATE
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Bernard FRECHE Thésard : Ophélie MATUCHET :
Collaborations :	Dr Nemat Jaafari:
Financement :	Aucun à ce jour.
Problématique :	<p>Plus de 1% de la population présente un trouble bipolaire¹. Il faut en moyenne 8 ans et 3 à 5 avis médicaux avant que le diagnostic soit posé. 73% (des BP) des diagnostics énoncés sont erroné. Plus de 50% des troubles bipolaires commencent par une dépression².</p> <p>Le généraliste joue un rôle important dans le processus d'interrogation du patient autour de ses troubles bipolaires. Il est à certaine phase le seul médecin accepté par le patient. Il est souvent le promoteur de l'accès aux soins psychiatriques. Il peut être aussi le premier promoteur de ses soins. Des recherches doivent être faites sur le niveau de formation des médecins généralistes, leur motivation à s'investir dans ce type de pathologie et sur les possibilités d'amélioration de leur prise en charge.</p> <p>Très peu d'études permettent d'évaluer les thérapies médicamenteuses en médecine ambulatoire. Une éducation et une information fournies aux patients et à leur famille sont des points primordiaux dans la prise en charge de ces patients³. Des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies familiales spécifiques et des thérapies interpersonnelles peuvent être utiles⁴. Des pathologies associées comme des problèmes de dépendance ou d'abus d'alcool ou de substances se rencontrent dans 60%. Il peut exister une association entre troubles anxieux et Bipolarité⁵. Chez certain patient les premiers troubles surviennent dans l'enfance ou à l'adolescence. Porter le diagnostic de bipolarité chez un ou une adolescent est compliqué tant les variations de l'humeur à cet âge sont fréquents. 1/3 environ des patients bipolaires font une tentative de suicide, fatale pour 10 à 15% d'entre eux⁶.</p> <p>L'élaboration d'une stratégie préventive de dépistage précoce en Médecine générale peut devenir un enjeu primordial dans la prise en charge de ces psychotiques⁷.</p> <p>Un effort à fournir auprès des patients, de leurs familles, des informations doit être décliné. Comment le médecin généraliste doit-il prendre une place centrale dans ce travail d'information?</p> <p>Comment établir une collaboration étroite entre le médecin ambulatoire de premier recours et l'équipe psychiatrique dès le début de la prise en charge et tout au long du traitement ?</p>
Bibliographie :	7 références
Question :	A définir.
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> ? Élaborer un référentiel de prise en charge diagnostic et thérapeutique (en collaboration avec les psychiatres universitaires) ? Définir et conceptualiser la psychothérapie spécifique à la médecine générale. Ceci devra être effectué à partir des quatre types de psychothérapie actuelle : de soutien, psycho-comportementale, familiale et analytique ? Élaborer des stratégies de formation et d'évaluation des prises en charge des patients bipolaires.
Méthode :	<p>Étude mixte : Qualitative / Quantitative. (à définir).</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Auprès de patients ? Auprès des médecins généralistes
Résultats attendus :	
Stade en cours :	Appropriation de la thématique. Recherche de financement
Présentation :	
Publication :	Articles (exercer, revue du prat, l'encéphale), articles en anglais, communications orales, poster.

Titre :	BURNOUT DES MG
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Célia BORNERT – Thésard : Nadine BRIGDEN
Collaborations :	Département de santé publique / Biostatisticien : Pr Ingrand
Financement :	Aucun
Problématique :	<p>Les consultations à motifs multiples sont fréquentes [9] [10] [11] et posent problème dans plus de 50% des cas [9]. Ces consultations sont ressenties comme « compliquées » par les médecins qui se sentent en difficultés. De plus, ces consultations « compliquées » sont liées à une insatisfaction globale des médecins.</p> <p>Il a été démontré que les médecins n'avaient alors pas les mêmes types de gestion que pour les consultations à un seul motif [10] [11]. Dans ce cas, les médecins diffèrent d'avantage la réponse à certains motifs ou demandent plus d'avis ou de bilans.</p> <p>D'autre part, le burnout touche environ 1 médecin généraliste sur 2 en France [7]. Les facteurs de risque déjà connus concernent le médecin lui-même (son âge, son sexe...) et son environnement personnel (statut marital, ses enfants...) et professionnel (lieu d'exercice, gardes, ...). Peu de facteurs liés à la pratique ont été évalués. [3] [7] [8]</p> <p>Aujourd'hui, devant cette mise en évidence de difficultés rencontrées au quotidien par les médecins lors des consultations à motifs multiples, nous pensons légitime de nous demander si le type de gestion de ces consultations à motif multiple a un impact sur le risque de burnout des médecins généralistes et sur la satisfaction globale des médecins à l'issue de la consultation.</p>
Bibliographie :	12 références
Question :	La prise en charge « personnelle immédiate » des consultations à motifs multiples est-elle un facteur de risque de Burnout des MG ?
Objectifs :	<p>Objectif principal : déterminer si la gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples augmente le risque de burnout des médecins généralistes.</p> <p>Objectif secondaire : déterminer si la gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples a un impact sur la satisfaction globale du médecin à l'issue de la consultation.</p> <p>Remarque : la gestion personnelle immédiate est définie par une réponse négative à toutes les affirmations suivantes : « au moins un motif différé pour une prochaine consultation », « demande d'examen complémentaires », « autres avis médical »</p>
Méthode :	<p>Une enquête descriptive analytique transversale.</p> <p>Réalisée en 2011, auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes.</p> <p>Questionnaire à remplir par les médecins généralistes, comportant deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une partie « données médecin », comportant des données démographiques, des données en rapport avec la satisfaction globale du médecin, des données relatives aux facteurs de risques connus du Burn-out et le questionnaire MBI évaluant le niveau de risque de Burnout (absent, faible, moyen, élevé). - une partie « consultations » à remplir pour 15 consultations choisies au hasard (3 patients par demi-journée pendant 5 demi-journées), comportant des données sur les modalités de gestion de la consultation.
Résultats attendus :	<p>Les résultats attendus sont une prévalence du burn out proche de la moyenne nationale, soit environ 50%. On s'attend à trouver une moyenne d'environ 2 motifs par consultation comme retrouvé dans plusieurs études précédentes.</p> <p>On s'attend à vérifier nos hypothèses : la gestion personnelle immédiate lors de consultation à motifs multiples est un facteur de risque de burn out.</p> <p>La gestion personnelle immédiate lors de consultation à motifs multiples est facteur d'insatisfaction globale du médecin.</p> <p>Ceci permettra de discuter des conseils à formuler aux médecins qui se sentent en difficulté vis-à-vis de ce genre de consultations et ainsi prévenir le burnout.</p>
Stade en cours :	Analyse des données
Présentation :	

Publication :	
---------------	--

Titre :	SEVRAGE EN BENZO A VISEE HYPNOTIQUE : COTE PATIENT
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Bernard FRECHE Thésard : Mathieu Parlet
Collaborations :	Célia Bornert
Financement :	Aucun à ce jour.
Problématique :	<p>Le rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS)¹ indique que la France est le pays de l'Union Européenne où la consommation de psychotropes est la plus élevée notamment en ce qui concerne les anxiolytiques et les hypnotiques. Ils sont parmi les médicaments les plus consommés en France : 15 à 20% des français en consomment ponctuellement et 10% régulièrement. Cette consommation élevée depuis les années 1990 est stable alors qu'elle est en baisse dans plusieurs pays européens.</p> <p>Cette constatation se base sur trois études et un rapport européen :</p> <p>L'étude menée par Ohayon et collaborateurs² est une étude transversale sur l'usage des psychotropes et leurs associations avec les pathologies du sommeil, psychiatriques et physiques ; conduite dans 4 pays (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni) ; entre 1993 et 1997 ; sur 18679 sujets de plus de 15 ans non institutionnalisés. Les résultats montrent que la prévalence d'usage des hypnotiques (2.5%) et des anxiolytiques (9%) en France est plus élevée que celle des autres pays avec communément une utilisation supérieure à 5 ans dans plus de 1/3 des cas.</p> <p>L'enquête SMPG (Santé Mentale en Population Générale)³ est une enquête multicentrique pour évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et les représentations liées à ces troubles ; menée par le Centre Collaborateur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour la recherche et la formation en santé mentale et la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) ; dans 47 sites ; entre 1999 et 2003 ; sur 39617 sujets de plus de 18 ans en France métropolitaine et dans les DOM. Les résultats montrent que parmi les 13133 sujets qui ont pris au moins un psychotrope au cours de leurs vies, 7041 ont pris des anxiolytiques (53.6%) et 3246 des hypnotiques (24.7%).</p> <p>L'étude ESEMed (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)⁴ est une étude épidémiologique européenne sur l'usage des médicaments psychotropes ; conduite entre 2001 et 2003 ; dans 6 pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France métropolitaine, Italie, Pays-Bas) ; sur 21425 sujets de plus de 18 ans non institutionnalisés. Les résultats montrent une fréquence d'usage des psychotropes dans les 12 derniers mois deux fois supérieure en France que dans les autres pays. Les anxiolytiques et les hypnotiques sont les psychotropes les plus utilisés avec une prédominance féminine importante [OR=2.1, IC 95% :1.9-2.4]. 19% des 21% de sujets qui ont pris au moins une fois un psychotrope dans l'année, ont pris un anxiolytique-hypnotique⁵.</p> <p>Cette étude s'intègre dans l'étude mondiale sur la santé mentale (World Mental Health Surveys)⁶ conduite dans 14 pays par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).</p> <p>Le rapport européen « The State of Mental Health in the European Union » réalisé par Kovess et collaborateurs⁷ montre que la France est le pays le plus consommateur en anxiolytiques et hypnotiques en nombre d'unités consommées : 124 DDD (Defined Daily Dose)/1000 habitants/an devant la Finlande (81.70 DDD/1000 hab/an) et la Suède (62.60 DDD/1000 hab/an).</p> <p>Le rapport de l'HAS (Haute Autorité de Santé) rédigé par le Professeur Legrain⁸ stipule que la France est le pays occidental le plus consommateur en benzodiazépines alors que les français ne semblent pas plus anxieux que les autres occidentaux et qu' existe un excès de prescription en benzodiazépines qui se retrouve principalement dans les plaintes d'insomnie.</p> <p>De multiples études telles que : l'étude EVA (Epidémiologie du Vieillissement Artériel)⁹⁻¹⁰ menée entre 1991 et 1993 à Nantes; l'enquête ESPS 2000 (Enquête sur la Santé et la Protection sociale)¹¹ et ESPS 2002¹², l'étude de Fourrier et collaborateurs¹³ publiée en 2001, l'étude de Lagnaoui et collaborateurs¹⁴ menée en 2001 et publiée en 2004, montrent que la prévalence de la consommation en benzodiazépines chez les 60 ans et plus se situent entre 14.3% et 33.1%.</p> <p>L'enquête nationale de l'assurance maladie réalisée en 2000¹⁵ sur un échantillon de 845 436 personnes ayant eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes dans l'année montre que le taux annuel de consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques augmentent avec l'âge .</p>

Taux annuel (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge et le sexe en 2000, régime général d'assurance maladie stricto sensu, France métropolitaine (effectifs redressés).

Age	Antidépresseurs		Antibiotiques		Hypotenseurs		Neuroleptiques		Sevrage alcool ^a		Lithium		Ensemble des psychotropes	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	119 730	275 889	225 676	470 987	124 428	227 028	47 733	61 751	12 586	7 029	2 022	3 087	334 847	641 267
0-9	0,4	0,2	2,9	2,5	0,8	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	3,5
10-19	0,9	1,6	2,1	3,9	0,5	0,8	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	5,4
20-29	3,5	8,1	0,7	14,4	2,9	4,9	2,0	1,5	0,3	0,1	0,0	0,0	9,9	19,3
30-39	6,9	15,7	12,6	24,2	6,1	9,6	9,3	2,9	1,1	0,4	0,1	0,1	18,0	32,4
40-49	8,5	19,9	15,5	29,8	8,5	13,7	9,5	3,7	1,7	0,8	0,2	0,2	22,2	39,6
50-59	10,2	22,4	19,0	35,2	11,0	19,0	3,6	4,4	1,4	0,7	0,2	0,3	27,9	47,2
60-69	8,0	18,9	19,4	35,7	12,1	19,0	3,3	4,6	0,8	0,4	0,2	0,3	29,3	48,5
70-79	9,0	20,0	21,2	39,5	14,4	22,3	9,4	5,4	0,4	0,3	0,1	0,2	32,9	54,8
80 et +	10,4	20,5	20,3	35,2	15,6	22,6	5,0	8,3	0,3	0,3	0,0	0,1	34,5	53,7
Total	5,7	13,4	11,6	22,9	9,4	11,1	2,5	3,9	0,7	0,3	0,1	0,2	17,3	31,3

^a Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.
^b H : hommes ; F : femmes.

Les prescriptions de benzodiazépines et médicaments apparentés selon les recommandations de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)¹⁶ doivent se limiter de 8 à 12 semaines dans les troubles anxieux réduction de posologie comprise ; de 2 à 5 jours dans l'insomnie occasionnelle et 2 à 3 semaines dans l'insomnie transitoire.

Le rapport de l'OPEPS¹ indique que $\frac{3}{4}$ des usagers de benzodiazépines ont une consommation supérieure à 6 mois. L'étude de cohorte rétrospective menée par l'HAS entre 2001 et 2006 sur la base de données de prescription THALES¹⁷ a regroupé 1300456 patients de plus de 65 ans. Les résultats ont montré une médiane de durée de consommation sans interruption par patient de 45 jours pour les benzodiazépines [min :1 ; max :2418] et 30 jours pour le zopiclone [min :1 ; max :1107] et le zolpidem [min :1 ; max :857]

Dans plus de 80% des cas, la prescription est faite par un médecin généraliste¹.

Les benzodiazépines et apparentés présentent des effets indésirables surtout chez la personne âgée¹⁸ : somnolence, trouble de la concentration et de la mémoire ; confusions, ataxies et chutes ; sensations vertigineuses, dysarthries, tremblements, dépressions ; dépressions respiratoires, faiblesses musculaires dont des troubles de la motilité oculaire, troubles urinaires ; effets paradoxaux avec désinhibition, augmentation de l'hostilité et de l'agressivité, conduites automaniaques et amnésies ; baisses de la capacité à la conduite de véhicules (médicament de niveau 3 selon la classification de l'AFSSAPS¹⁹) ; diminution de l'efficacité thérapeutique qui apparaît au bout de 2 à 4 semaines d'usage quotidien ; dépendances et syndromes de sevrage. Les effets indésirables et les troubles cognitifs sont identiques pour les benzodiazépines et les hypnotiques apparentés (Zaléplone, zolpidem, zopiclone dits « Z-drugs »)²⁰⁻²¹.

En France, l'HAS a établi en octobre 2007 des recommandations sur les modalités de sevrage en benzodiazépines et médicaments apparentés chez les sujets âgés pour améliorer les pratiques et le service médical rendu au patient¹⁷.

Une comparaison du taux de prescription de benzodiazépines à demi vie longue chez des médecins (échantillon de 5355 médecins) signataires et non signataires du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) n'a recensé qu'une diminution respective de 1% (de 15.7% à 14.7%) et 0.6% (de 15.5% à 14.9%) en 1 an²². Ce qui est loin de l'objectif cible qui est de réduire à 5% la consommation de benzodiazépines à demi vie longue chez les plus de 65 ans²³.

Dans l'étude d'Archambault et collaborateurs²⁴, 335 médecins généralistes donnaient pour raisons de la non proposition de sevrage à tous leurs patients consommateurs en benzodiazépines de plus de 3 mois : une indication de la prise toujours pertinente et une impossibilité d'arrêt des benzodiazépines sans précision.

La décision clinique se fait toujours autour de 3 champs qui forment l'EBM (Evidence Based Medecine) : la situation clinique et les circonstances, les données actuelles de la science, les préférences et le comportement du patient.

Le rôle des patients et les facteurs qui déterminent leurs attitudes face à une proposition de sevrage sont peu étudiés dans la littérature.

L'enquête de la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs non Saliés des Professions non Agricoles) de 1996¹ montre que 32% des cas de poursuites des prescriptions d'hypnotiques seraient expliquées par l'échec d'une tentative de sevrage.

Bibliographie :

¹ Briot M. Assemblée nationale. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS). Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris :Assemblée Nationale ; 2006.

² Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63:817-25

³ Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale. *Etudes et résultats, DREES* 2004 ;347:1-12

- ⁴ Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Psychotropic drug utilization in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;55-64
- ⁵ Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A et al.[Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France ; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study]. *Encephale* 2005;31:195-206
- ⁶ Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalance, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90
- ⁷ Kovess V, Brugha T, Carta MG, Lehtinen V. The state of mental health in the European Union. *European Community*,2004:79
- ⁸ Legrain Sylvie. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *HAS* 2005:1-16
- ⁹ Paterniti S, Bisserbe JC, Alperovitch A, et al. Médicaments psychotropes, anxiété et dépression dans une population âgée. Etude EVA. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1998;46:253-62
- ¹⁰ Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA. *Rev epidemiol Sante Publ* 2003 ;51(3):317-26
- ¹¹ Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. *Gérontol Soc* 2002 ;103:13-23
- ¹² Auvray L, Doussin A, Le Fur P. Santé soin et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale en 2002. *CREDES* 2003;1509:1-181
- ¹³ Fourrier A, Letteneur L, Dartigues JF, et al. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57(5):419-25
- ¹⁴ Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A, et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60(7) :523-9
- ¹⁵ Lecadet J, Bidal P, Baris B, et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine : I-Données nationales, 2000. *Rev Méd Assur Mal* 2003 ;34(2):75-84
- ¹⁶ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur les troubles du comportement liés à l'utilisation des benzodiazépines et produits apparentés (BZD). *AFSSAPS* 2001. Consulté le 30/11/2011 sur le site de l'AFSSAPS : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Mise-au-point-sur-les-troubles-du-comportement-lies-a-l-utilisation-des-benzodiazepines-et-produits-apparentes-BZD>
- ¹⁷ Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Argumentaire. *HAS* 2007:1-148
- ¹⁸ Prescrire Rédaction. Interactions médicamenteuses. Comprendre et décider. *Rev Prescrire* 2010;30(326):316-317
- ¹⁹ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Médicaments et conduite automobile. *AFSSAPS* 2009 : 1-31
- ²⁰ Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas JV, et al. [Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer \(Z drugs\) versus older \(benzodiazepine\) hypnotics for sleep problems in primary care.](#) *Br J Gen Pract* 2008 Jun;58(551):417-22
- ²¹ Glass J, Lanctôt KL, Hermann N, et al.Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331(7526):1169-1173
- ²² Assurance Maladie. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients. CAPI-1^{er} résultats après une année d'existence. *Assurance Maladie* 2010 :1-11. Consulté le 30/11/2011 sur le site : <http://www.i-med.fr/IMG/pdf/dp-cnams-100916-capi-cau-pdf.pdf>

	<p>²³ CAPI. Prévenir le risque iatrogène médicamenteux chez la personne âgée. <i>Assurance Maladie</i>. Consulté le 30/11/2011 sur le site de l'assurance maladie : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf</p> <p>²⁴ Archambault P, Boyer P, Crappier JJ. Etude descriptive sur la prescription et l'arrêt des tranquillisants et des hypnotiques en médecine générale. <i>Rev Prat Med Gen</i> 1999;12(453):495-500</p>
Question :	Pourquoi les patients présentant des troubles du sommeil éprouvent des difficultés à se sevrer en leurs traitements par benzodiazépines ou apparentés, en soins primaires?
Objectifs :	Lister les motivations ou les non motivations des patients ,en soins primaires, face à une proposition de sevrage de leurs traitements par benzodiazépines ou apparentés.
Méthode :	Recherche qualitative par entretiens individuels auprès de patients présentant un trouble du sommeil depuis plus de 3 mois ;
Résultats attendus :	
Stade en cours :	Recherche en Cours de Réalisation
Présentation :	
Publication :	Articles (exercer, revue du prat, l'encéphale), articles en anglais, communications orales, poster.

Titre :	INSOMNIE 1
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable (co-directeur de thèse): Célia BORNERT – Directeur de thèse : José GOMES Thésard : Nicolas Bourreau
Collaborations :	Département de santé Publique / Biostatistique Pr Ingrand
Financement :	Aucun
Problématique :	<p>L'insomnie constitue un problème majeur de santé publique en France. Fréquente, elle touche près d'un français sur cinq en population générale [1, 2]. De plus, les patients insomniaques présentent des répercussions diurnes entraînant un dysfonctionnement social et cognitif (irritabilité, fatigue, anxiété, difficultés de concentration, mauvaise mémoire...) [3], ainsi qu'une moins bonne qualité de vie que les bons dormeurs [4]. Enfin, l'insomnie est associée à une morbi-mortalité plus importante, du fait d'un plus grand nombre d'accidents de la route et du travail chez les insomniaques [5]. Toutes ces conséquences ont aussi une répercussion en termes de coût pour la société, avec la multiplication des consultations médicales [6], des hospitalisations et une consommation plus importante de médicaments.</p> <p>Actuellement, il n'existe pas d'étude évaluant la prévalence de l'insomnie en Médecine Générale en France. Seules deux études réalisées en Allemagne [7] et au Canada [8] retrouvent une prévalence plus importante qu'en population générale (respectivement 46% chez des patients de 18 à 65 ans pour la première étude et 38% chez des patients de plus de 16 ans pour la deuxième étude).</p> <p>Or, dans l'étude allemande les médecins généralistes n'avaient conscience des difficultés de sommeil que chez moins de la moitié de leurs patients insomniaques sévères. Autrement dit, environ 11,5% de tous les patients consultant en médecine générale présentaient une insomnie sévère non diagnostiquée. Ceci était surtout lié au fait que ces patients n'avaient jamais parlé à leur médecin de leurs difficultés de sommeil.</p> <p>Le sous diagnostic de l'insomnie mis en évidence par cette étude, souligne l'intérêt du dépistage de l'insomnie dans ce pays.</p> <p>Mais en France, on ne sait pas s'il existe aussi un sous diagnostic de l'insomnie en médecine générale. Or, cette donnée justifierait l'intérêt du dépistage systématique de l'insomnie pour tous les patients consultant en médecine générale, tel qu'il est préconisé dans les recommandations de la SFTG-HAS de décembre 2006 [9].</p>
Bibliographie :	9 références
Question :	quel est le taux de patients insomniaques qui n'ont jamais parlé à leur médecin généraliste de leurs difficultés de sommeil ?

Objectifs :	<p><u>Objectif principal</u> :</p> <p>Le but de cette étude est de déterminer, en population de médecine générale, le taux de patients insomniaques qui n'ont jamais parlé de leurs difficultés de sommeil à leur médecin généraliste.</p> <p><u>Objectif(s) secondaire(s)</u> :</p> <p>Caractériser le profil des ces patients afin de mieux cibler le dépistage</p>
Méthode :	<p>Etude descriptive, chez des patients charentais de plus de 18 ans, consultant leur médecin généraliste (quelque soit le motif de consultation).</p> <p>L'inclusion a été réalisée sur tous les patients non institutionnalisés vu au cours d'une journée. Pour cette étude, nous avons sélectionné 25 médecins généralistes qui devaient inclure anonymement 20 patients au cours d'une ou deux journées consécutives, soit 500 patients. Les médecins généralistes ont été tirés au sort parmi les 365 médecins généralistes répertoriés dans les pages jaunes de la Charente.</p> <p>Les patients ont complété plusieurs questionnaires d'auto-évaluation permettant de faire un diagnostic d'insomnie et de récupérer plusieurs autres données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un questionnaire d'élaboration personnelle (données démographiques, critères diagnostiques de l'insomnie selon la définition de l'ISCD-2, fréquence et ancienneté des symptômes, type de recours au système de santé pour cette plainte, et en particulier le médecin généraliste, utilisation d'un traitement médicamenteux). - L'indice de sévérité de l'insomnie : validé en recherche clinique pour évaluer l'intensité de l'insomnie [10] ainsi que sa traduction française [11]. <p>Un questionnaire apparié a aussi été adressé aux médecins généralistes pour déterminer s'ils avaient conscience des difficultés de sommeil de leurs patients.</p>
Résultats obtenus :	<p>22 médecins généralistes et 292 patients ont été inclus. 59% (n=171) des patients répondants avaient un diagnostic d'insomnie (selon l'ISCD-2). Nous nous sommes intéressés aux insomniaques ne prenant pas de médicament sur ordonnance pour le sommeil et qui consultaient leur médecin traitant (n=102). Le médecin sous évaluait leurs symptômes d'insomnie dans 64% (n=66) des cas, et il sous diagnostiquait leur insomnie dans 85% (n=87) des cas. Ces insomniaques sous diagnostiqués étaient des femmes dans 68% des cas et étaient âgés en moyenne de 53,6 ans (+/-15,3). Pour 82% d'entre eux, l'insomnie durait depuis plus de 6 mois et 83% pensaient n'avoir jamais consulté leur médecin pour leurs difficultés de sommeil. La comparaison entre insomniaques non diagnostiqués (n=87) et diagnostiqués (n=15) a montré que le risque de sous diagnostic était plus fréquent lorsque le médecin estimait ne jamais avoir abordé la question du sommeil avec son patients, lorsqu'il pensait que le patient ne lui avait jamais parlé de ses difficultés de sommeil et lorsque qu'il estimait que son patient était un patient « régulier ». Le profil socio-démographique des insomniaques non diagnostiqués n'était pas différent de celui des insomniaques diagnostiqués.</p>
Stade en cours :	Thèse soutenue en octobre 2010
Présentation :	
Publication :	En cours de rédaction

Titre :	INSOMNIE 2
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Célia BORNERT – Directeur de thèse : François BIRAULT Thésard : François MURA
Collaborations :	Organisateurs du séminaire de formation
Financement :	Partenariat avec OGC /MGForm pour la formation
Problématique :	<p>Les troubles du sommeil représentent un problème majeur de santé publique à l'échelle nationale et internationale, tant par leurs que par les perturbations sérieuses dans la vie active et professionnelle.</p> <p>La plainte concernant le sommeil concerne près d'1/3 de la population générale, quant au diagnostic d'insomnie il concerne 4,4 à 15 % de la population générale en France, la prévalence se majorant avec l'âge). Souvent chronique, la plainte d'insomnie s'associe dans près de 80% des cas à une comorbidités : syndrome d'apnée du sommeil, un syndrome des jambes sans repos ou encore des troubles organiques ou psychiatriques .</p> <p>La consommation de benzodiazépines, reste en France un problème de santé publique, de part les nombreuses conséquences physiques dont les problèmes d'accoutumance, les conséquences routières, un taux de suicide majoré.... L'enjeu économique (coût directs et indirects) que représente le sevrage en benzodiazépines des patients habitués à une consommation régulière, dont les prescriptions sont en grande majorité régulés par le médecin traitant, est également considérable.</p> <p>Il a été prouvé ces vingt dernières années par de nombreuses études essentiellement outre atlantiques que les méthodes non médicamenteuses (contrôle du stimulus, hygiène de sommeil, méthodes cognitives et comportementales) sont à privilégier dans le traitement de l'insomnie en première intention.</p> <p>Les recommandations de l'AFSSAPS-SFTG de 2006 vont également dans ce sens, impliquant le médecin généraliste au cœur de cette prise en charge. ()</p> <p>Par ailleurs selon les recommandations HAS 2007 concernant les modalités de l'arrêt des benzodiazépines chez la personne âgée, il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des benzodiazépines (accord professionnel). L'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnements non médicamenteuses « aussi prolongées que nécessaire »</p> <p>Le problème qui se dégage de ces recommandations est la nécessité pour les généralistes, de renforcer leur formation à la fois pour favoriser un meilleur diagnostic étiologique, une meilleure orientation des patients et pour lui permettre de maîtriser les différentes méthodes non médicamenteuses, jusqu'ici peu employées dans la pratique quotidienne.</p> <p>Afin de pouvoir sevrer les patients de leur traitement anxiolytique ou hypnotique pris à long terme, les généralistes doivent connaître les outils d'analyses valisés dans la prise en charge des troubles du sommeil, et maîtriser les différentes alternatives thérapeutiques.</p> <p>Pour répondre à ce besoin, certaines formations médicales continues se sont mises en place dans la région. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact d'une formation de 2 jours avec programme complet de la prise en charge des troubles chroniques du sommeil, sur le taux de sevrage en benzodiazépine de leurs patients.</p>
Bibliographie :	9 références
Question :	Quel est le taux de diminution de dose de benzodiazépine après une formation médicale continue de 2 jours sur l'approche globale de l'insomnie?
Objectifs :	<p>Evaluer l'impact de la formation sur la diminution de dose de benzodiazépines des patients.</p> <p>Critère d'évaluation principal : taux de réduction (D0-D1s)/D0 des doses de benzodiazépines 4 mois après la formation.</p> <p>Taux de sevrage complet en benzodiazépines hypnotiques</p> <p>Diminution des symptômes d'insomnie chez les patients pris en charge</p> <p>Regard sur la sévérité de leur plainte d'insomnie appréciée par l'Index de Sévérité de l'Insomnie à J0 et 4 mois</p> <p>Modification des pratiques des médecins formés</p> <p>Evaluer en comparaison pour le groupe de médecin témoin si la seule diffusion des recommandations HAS permet d'obtenir une diminution significative de la consommation en BZD des patients suivis</p>
Méthode :	<p>Etude d'intervention contrôlée non randomisée en grappe :</p> <p>Un groupe de médecins « intervention » remplissant une grille d'évaluation des pratiques avant</p>

	<p>et après la formation, et bénéficiant de la formation. Une vingtaine de médecin</p> <p>Un groupe de médecin « témoins » à qui l'on distribuera les recommandations et une grille d'évaluation des pratiques en même temps que le groupe intervention. Une vingtaine de médecins.</p> <p>Outils d'évaluation : questionnaire pour les médecins distribué avant et 4 mois après la formation (une partie « grille d'évaluation des pratiques » et une partie « recueil de données patient »).</p> <p>La grille sera remplie pour les mêmes patients avant et après la formation.</p>
Résultats attendus :	<p>Si l'hypothèse de travail se confirme, elle permettrait de mettre en avant l'intérêt d'une formation complète sur les troubles du sommeil en montrant une réduction significative de la consommation en benzodiazépines dans la population étudiée. Une baisse significative par rapport au groupe de médecin témoin (recevant une simple diffusion écrite des recommandations) permettrait de mieux promouvoir ce type de formation continue, voir de l'étendre (interne de médecine générale).</p> <p>La perspective économique est également intéressante puisqu'on connaît le coût élevé des prescriptions de benzodiazépines à long terme, une aide publique afin de financer ce type de formation pourrait être discutée.</p> <p>A échelon individuel et local, on espère également que les médecins impliqués dans la formation y trouveront des applications pratiques et réalisables au quotidien et que cette étude puisse renforcer leur argumentaire vis-à-vis des patients réfractaires à une tentative de sevrage ainsi qu'envers les confrères généralistes réticents à appliquer les recommandations.</p> <p>Si l'hypothèse de travail ne montre aucun bénéfice sur la réduction des taux on discutera des causes d'échec et tenterons de proposer des pistes afin d'améliorer la formation.</p> <p>Dans tous les cas nous disposerons de données intéressantes vis-à-vis de la modification des pratiques concernant la prise en charge des troubles du sommeil des médecins généralistes en 2011, et disposerons de données épidémiologiques récentes</p>
Stade en cours :	Récupération des données
Présentation :	
Publication :	

Titre :	INSOMNIE 3
Perspective :	
Équipe locale:	Responsable : Célia BORNERT – Thésard : Emilie Debaurre
Collaborations :	Organisateurs du séminaire de formation
Financement :	Partenariat avec OGC /MGForm pour la formation
Problématique :	<p>On sait qu'en médecine générale les plaintes d'insomnie concernent environ 40% des personnes âgées et conduisent le plus souvent à la prescription d'un traitement symptomatique hypnotique. On Chiffre en France en 2007 à 32% des plus de 65 ans et près de 40% des plus 85 ans qui se sont vus prescrire un hypnotique (source HAS, CNAMTS, RSI, MSA, InVS et le groupe « Améliorer le prescription des psychotropes chez le sujet âgé », in press).</p> <p>On sait également que l'HAS recommande en premier lieu un traitement non médicamenteux comme la thérapie cognitive et comportementale et donc de ce fait encourage fortement l'arrêt des Benzodiazépines et médicaments apparentés chez le sujet âgé de plus de 65 ans en proposant es modalités stratégiques applicables par le médecin traitant en ambulatoire(www.has-sante.fr/recommandations de la pratique clinique du patient adulte se plaignant d'insomnie et modalités d'arrêt des Benzodiazépines chez le sujet âgé).</p> <p>En Effet, il a été démontré que les somnifères sont efficace sur une courte durée avec des effets délétères au long cours et tout particulièrement en ce qui concerne les Benzodiazépines qui exposent à des chutes, des altérations cognitives et des accidents de la voie publique (conduite). (source : « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé » recommandation HAS 2007)</p> <p>Or aucune étude n'a évaluer l'impacte de telles recommandations dans la pratique quotidienne des médecins généralistes alors que l'insomnie et sa prise en charge semble susciter un réel intérêt chez ces derniers.</p>
Bibliographie :	4 références
Question :	Comment les médecins généralistes auto-évaluent-ils leurs pratiques après une formation de 2 jours intitulée "thérapie comportementale et sevrage des benzodiazépines hypnotiques chez les personnes âgées" ?
Objectifs :	<p>L'objectif principal est d'identifier les points forts et les difficultés persistantes des médecins généralistes vis-à-vis des modifications de leurs pratiques après une formation de 2 jours intitulée : « thérapie comportementale et sevrage des benzodiazépines hypnotiques chez les personnes âgées ».</p> <p>Les objectifs secondaires de cette étude sont d'une part d'établir un protocole de prise en charge de l'insomnie avec sevrage des hypnotiques compatible avec la pratique quotidienne du médecin généraliste et d'autre part, d'optimiser une formation pré-existante permettant la mise en application de ce protocole .</p>
Méthode :	<p>Recherche qualitative par « focus group » de médecins généralistes dans la région Poitou-Charente.</p> <p>Inclusion : 13 médecins volontaires ayant participé à une formation de 2 jours intitulée : « thérapie comportementale et sevrage des benzodiazépines hypnotiques chez les personnes âgées ». Ces médecins sont convoqués à une réunion 3 mois après la formation pour participer à un focus group.</p> <p>Le canevas (= les questions de relance) du Focus group permet d'explorer le ressenti, les représentations (et connaissances) et les modifications des pratiques, 3 mois après la formation, vis-à-vis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du bilan d'évaluation initial (diagnostique et étiologique) - de la diminution de doses et du sevrage de benzodiazépines hypnotiques - de l'accompagnement non médicamenteux (thérapies comportementales, entretien motivationnel...) et médicamenteux de ce sevrage
Résultats attendus :	<p>Cette étude doit permettre l'identification au sein des recommandations de l'HAS de ce qui est et n'est pas applicable dans la pratique courante du médecin généraliste et de ce fait de distinguer les éléments modifiables dans cette dernière.</p> <p>Ces résultats doivent permettre de mettre en évidence la modification des pratiques permettant d'améliorer la prise en charge de l'insomnie du sujet âgé et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une diminution des prescriptions d'hypnotiques - la mise en oeuvre de méthodes d'accompagnement de la diminution de dose et du sevrage des benzodiazépines hypnotiques -l'amélioration du bilandiagnostique et étiologique des plaintes d'insomnie

	Ultérieurement, une des perspectives envisagées serait que chaque médecin généraliste propose systématiquement à leurs patients concernés un sevrage en benzodiazépines.
Stade en cours :	Analyse des données
Présentation :	
Publication :	

CORRESPONDANTS MG

TROUBLES DU SOMMEIL :

TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS

- ✍ Groupe de Recherches en Soins primaires : Patrice NABBE Département de Médecine Générale BREST
- ✍ Groupe de Recherches en Soins primaires : Alain MERCIER Département de Médecine Générale ROUEN
- ✍ Groupe de Recherches en Soins primaires : Isabelle AUBIN Département de Médecine Générale PARIS-OUEST
- ✍ INSERM, Experimental and Clinical Neurosciences Laboratory, Team Psychobiology of Compulsive Disorders ; CIC INSERM U 802 ; Univ Poitiers ; CHU Poitiers ; Unité de recherche clinique intersectorielle en psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit, F-86022, France. : Nemat JAAFARY – Jean-Yves ROTGE

RESSOURCES FINANCIERES

CONGRES

- ✍ Journées inter-régionale de Tours - Recherche en Médecine Générale
- ✍ Congrès de La Médecine Générale
- ✍ Congrès EGPRN