

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014-2015.

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Engin Meltem

Née le 11 mai 1983 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2015.

TITRE

Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par les médecins généralistes
quand ils choisissent de ne pas prescrire d'hypnotiques.

Une étude qualitative en Indre et Loire.

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Madame le Professeur Caroline HOMMET
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Madame le Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILY
Madame le Docteur Claire LE LANN

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014-2015.

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Engin Meltem

Née le 11 mai 1983 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2015.

TITRE

**Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par les médecins généralistes
quand ils choisissent de ne pas prescrire d'hypnotiques.**

Une étude qualitative en Indre et Loire.

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Madame le Professeur Caroline HOMMET
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Madame le Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILY
Madame le Docteur Claire LE LANN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - CI.
MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard.....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques

MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie..	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIÈRE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis.....	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie.....	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Remerciements

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury pour juger ce travail. Merci également pour votre implication dans la formation des étudiants.

A Madame le Professeur Caroline HOMMET,
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre gentillesse, votre enseignement très riche et pédagogique au cours de mon stage en médecine interne gériatrique.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LE BEAU,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury pour juger ce travail. Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILLY,
Merci de porter votre regard de spécialiste du sommeil sur mon travail. Vous m'avez permis de découvrir un peu plus votre discipline en m'accueillant dans votre service avec le Dr Brigitte LUCAS, et je vous en suis très reconnaissante.

A Madame le Docteur Claire LE LANN,
Merci beaucoup d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. J'ai beaucoup apprécié votre gentillesse, votre disponibilité, votre patience et vos conseils qui m'ont bien aidée dans la mise en forme de mon idée de thèse jusqu'à sa finalisation. Merci aussi pour le partage de votre expérience tout au long de mon internat à travers le tutorat et les groupes de pratique.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de prendre le temps de participer à ces entretiens.

Merci à tous ceux qui m'ont aidé dans la relecture et la correction de cette thèse : Lauranne, Selma, Maman, Charlotte, Alex et à Ryan pour la traduction en anglais.

Merci à Aude HUMMEAU-COMMIN, nous nous sommes rencontrées dans le service de médecine du sommeil et tu as tout de suite été très enthousiaste pour mon travail. Tu m'as encouragée, toujours donnée de bonnes pistes, et permis d'assister à tes consultations. Je t'en suis sincèrement reconnaissante.

Merci à tous mes maîtres et professeurs de la 1ère année de médecine à la fin de l'internat.

Merci à toutes les équipes avec lesquelles j'ai apprécié de travailler au fil de mes stages d'internat: l'endocrinologie à Dreux, la pédiatrie à Chartres, les urgences de Bourges, la gériatrie à Tours. J'ai appris beaucoup de vous tous et la plupart du temps dans la bonne humeur.

Merci à tous mes maîtres de stage de médecine générale qui m'ont aussi beaucoup appris, ont conforté mon choix de carrière et qui m'ont accueilli à bras ouverts dans leurs cabinets et leurs maisons. Merci à Claire BUSSEREAU, Bernard BAUDRON et Philippe HUTTEAUX, vous m'avez fait découvrir la richesse de la médecine générale de campagne.

Merci aussi à Françoise COUGNAUD, ça a été très agréable de travailler avec toi.

Et puis merci à ceux qui me font toujours une entière confiance et que je continue à remplacer : Nathalie JAN et son associée Vanessa PARSIGNEAU que j'apprécie beaucoup aussi.

Et biensûr merci à toi François DAUENDORFFER toujours là pour répondre à mes nombreuses interrogations et à Marie-Noëlle pour ton accueil chaleureux, vous qui êtes un peu devenus « ma famille de Cinq Mars ».

Merci à tous les co-internes et amis avec lesquels j'ai vécu l'internat.

La Dreux team: My Linh, FX, Julien et Stéphanie, mais aussi Lauranne, Tatiana, Aurore, Fanny et tous les autres.

J'ai apprécié de travailler avec vous, et j'ai surtout passé de très bons moments avec vous tous.

Merci à tous mes amis,
aux co-externes et amis des années fac à Rennes et particulièrement à mes chères Sophie, Charlotte,
Mathilde,
aux amis d'Alex qui m'ont adoptées,
et à mes fidèles amies de toujours : Sandrine, Sylvenn, Dede, Nyny, Emma , Alex et biensûr Elo
mon autre moitié.
A tous les supers moments passés ensemble et à tous ceux qui nous restent à partager.

A ma belle famille,
Merci pour votre accueil chaleureux dans votre famille.

A toute ma famille de France et de Turquie : à mes oncles et tantes, mes cousins et cousines et à mes
grands-parents qui ne sont plus là.

A mes parents,
Merci pour votre soutien sans faille à vos filles dans les études et dans la vie en général.
A toi Maman, pour ta combativité et à toi Papa, pour ta patience à toute épreuve. Merci pour vos
conseils toujours très utiles.

A ma sœur Selma,
Ça y est c'est à mon tour maintenant ! J'espère que tu seras aussi fière de moi que je l'ai été de toi il
y a quelques temps déjà. Simplement merci d'être là, tu es la meilleure sœur qui soit.

A Alexandre,
Pour ces belles années passées avec toi et pour les prochaines à venir ! Merci pour m'avoir
supportée dans les moments de stress et pour tes conseils que j'arrive finalement à accepter (-:
A notre petit bébé qui grandit dans mon ventre pendant la préparation de cette thèse, tu as été ma
meilleure motivation pour finir ce travail !

Résumé

Introduction : L'insomnie chronique chez l'adulte représente un problème de santé publique par sa fréquence et ses répercussions importantes. La H.A.S. incite les médecins à limiter leurs prescriptions de benzodiazépines et apparentés, mais peu d'alternatives thérapeutiques sont recommandées en pratique. Le but de cette étude était donc de connaître ce que les médecins généralistes proposent comme prise en charge dans l'insomnie chronique quand ils choisissent de ne pas prescrire de tels hypnotiques.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée de septembre 2012 à septembre 2014 par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Indre et Loire. L'échantillon était sélectionné en fonction de l'âge, du sexe, du mode et du lieu d'exercice. Les formations complémentaires en médecines alternatives, en techniques de psychothérapie, et sur les troubles du sommeil étaient aussi prises en compte. Les données ont été retranscrites intégralement puis ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les médecins proposent souvent un traitement médicamenteux, allopathique ou non. Ils utilisent également les conseils hygiéno-diététiques, des techniques de relaxation et certains éléments des thérapies comportementales et cognitives.

La plupart des médecins ne sont pas opposés à l'utilisation des médecines alternatives, malgré une incertitude quant à leur efficacité, un manque de connaissances sur le sujet, et des difficultés d'accès à ces thérapeutiques.

L'ensemble de la prise en charge est marquée par une subjectivité importante. Elle demande du temps et de l'investissement de la part des médecins et de leurs patients.

Conclusion : Les médecins généralistes cherchent à éviter la prescription d'hypnotiques dans l'insomnie chronique en proposant des alternatives, dont des traitements non médicamenteux. Néanmoins une formation initiale insuffisante, la difficulté d'accès aux thérapies comportementales et cognitives, et l'absence d'études concluantes concernant certaines alternatives majorent la difficulté de cette prise en charge.

Mots clés : insomnie chronique de l'adulte, médecin généraliste, recommandations H.A.S., alternative aux hypnotiques, thérapies comportementales et cognitives, médecine alternative.

Summary

Background : Chronic insomnia in adults is a public health problem because of its frequency and its significant impact. The H.A.S. encourage general practitioners (GPs) to limit their prescriptions for benzodiazepines and Z-drugs but few alternatives are recommended. The purpose of this study was to investigate what GPs offered to treat chronic insomnia when they chose not to prescribe such hypnotics.

Methods : A qualitative study was carried out from September 2012 to September 2014. Semi-structured interviews were conducted with 14 GPs practising in the Indre et Loire region. The sample was selected according to age, sex, type and place of practice. Additional training in alternative medicines, psychotherapy techniques and sleep disturbances was also taken into account. The data was fully transcribed and subject to thematic analysis.

Results : The GPs frequently suggest drug treatment, whether it is allopathic or not. They also offer lifestyle advice, relaxation techniques and elements of cognitive behavioural therapies. Most of the GPs are not opposed to the use of alternative medicine, despite doubts about its effectiveness, lack of knowledge about the subject, and poor access to these therapeutics . The entire care of patients suffering from chronic insomnia is marked by significant subjectivity, and require time and investment from both GPs and their patients.

Conclusion : GPs try to avoid prescribing hypnotics to treat chronic insomnia and offer alternatives, including non-drug treatments. However, insufficient initial training, poor access to cognitive behavioural therapies, and inconclusive studies on some alternatives make such patient care more difficult.

Keywords: chronic insomnia in adults, general practitioner, H.A.S. guidelines, alternative to hypnotic treatments, cognitive behavioral therapy, alternative medicine.

Table des matières

Introduction	15
Matériel et méthodes	18
Résultats	20
I - Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	20
A - Caractéristiques de l'échantillon.....	20
B - Caractéristiques des entretiens.....	21
II - Analyse des entretiens.....	21
A - Première étape pour une prise en charge adaptée : affirmer et qualifier l'insomnie.....	21
1 - S'assurer qu'il s'agisse d'une réelle insomnie avant de traiter.....	21
2 - Caractériser l'insomnie.....	21
3 - Rechercher une cause à l'insomnie:une étape primordiale pour les médecins.....	22
4 - Outils utilisés par les médecins.....	23
B - Comment les médecins choisissent les alternatives qu'ils proposent ?.....	24
1 - Choix thérapeutique en fonction du médecin.....	24
2 - Trouver avec le patient des solutions qui lui sont adaptées.....	25
3 - Choix thérapeutique en fonction des caractéristiques de l'insomnie.....	26
C - Place et utilisation des traitements hors hypnotiques et benzodiazépines, cités dans les recommandations de la HAS.....	26
1 - Les conseils hygiéno-diététiques.....	26
2 - Les techniques de psychothérapie utilisées par les médecins.....	27
3 - Les traitements pharmacologiques.....	30
D - Place et utilisation des médecines et thérapies alternatives et des autres traitements non cités dans les recommandations de la HAS.....	31
1 - Les thérapies et médecines alternatives vues par les médecins (en dehors de la phytothérapie).....	31

2 - Les traitements pharmacologiques.....	33
3 - Les traitements non pharmacologiques.....	34
E - L'organisation du suivi et l' évaluation de la prise en charge.....	35
1 - L'organisation du suivi.....	35
2 - L'évaluation de la prise en charge.....	36
F - Les facteurs d'échec à l'alternative thérapeutique proposée.....	37
1 - Les facteurs d'échec liés au patient.....	37
2 - Les facteurs d'échec liés au médecin.....	38
3 - Les facteurs d'échec liés aux caractéristiques de l'insomnie.....	38
G - Conduite tenue en cas d'échec du traitement initialement proposé – quand les médecins considèrent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de prescrire des hypnotiques.....	38
1 - Conduite tenue en cas d'échec.....	38
2 - Situations où les médecins considèrent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de recourir aux hypnotiques ou aux benzodiazépines.....	39
H - Les difficultés mises en évidence dans cette prise en charge – quelques propositions faites par les médecins.....	40
1 - Les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insomnie chronique.....	40
2 - Les difficultés dans le choix d'une alternative au traitement par hypnotiques.....	41
3 - Les propositions des médecins pour faciliter la prise en charge de l'insomnie chronique.....	42
Discussion.....	44
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51
Annexes.....	54
<i>Annexe 1</i> : Agenda du sommeil.....	55
<i>Annexe 2</i> : Échelles et Auto-questionnaires.....	57
<i>Annexe 3</i> : Trame d'entretien.....	64
<i>Annexe 4</i> : Verbatims.....	65

Introduction

Le sommeil est un besoin physiologique qui joue un rôle essentiel dans notre bon fonctionnement. Il est étroitement lié à la régulation des fonctions endocriniennes, métaboliques, immunitaires, et tient aussi une place importante dans la mémorisation ⁽¹⁾.

Le sommeil physiologique chez l'Homme se compose de 4 stades différents (3 stades de sommeil lent et 1 stade de sommeil paradoxal), qui constituent des cycles d'environ 90 minutes, une nuit comportant 3 à 5 de ces cycles ⁽²⁾.

Il y a une importante variabilité interindividuelle dans le sommeil. En effet il existe parmi les individus des variations dans la durée de sommeil (courts, longs dormeurs), et aussi des différences de typologie circadienne (matinalité, vespéralité) ⁽²⁾. On sait également que le sommeil se modifie avec l'âge, notamment en ce qui concerne sa durée, son efficacité, sa répartition sur le nyctémère, et son architecture ^(1,3).

L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil. Un adulte sur trois dans la population générale s'en plaindrait au moins de façon occasionnelle. D'après une enquête réalisée en 2010, environ 15% des adultes de la population française seraient concernés par l'insomnie chronique ⁽⁴⁾. Sa prévalence exacte est difficile à évaluer en partie du fait que les critères diagnostics utilisés diffèrent d'une étude à l'autre ^(5,6). D'autre part l'insomnie est certainement sous-diagnostiquée, puisqu'elle est peu abordée spontanément en consultation par les patients ⁽⁶⁾.

Les symptômes d'insomnie sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et leur prévalence augmenterait également avec l'âge ⁽⁵⁾. Les individus avec des antécédents familiaux d'insomnie seraient aussi plus enclins à développer de tels symptômes ⁽⁷⁾.

Les dernières mises à jour des classifications les plus utilisées pour définir l'insomnie (l'ICSD-3 ⁽⁸⁾ et le DSM-V ⁽⁹⁾) se sont uniformisées sur de nombreux points et visent à être plus pragmatiques.

L'insomnie y est définie comme une plainte de sommeil insatisfaisant en qualité ou en quantité avec des difficultés à initier, ou à maintenir le sommeil (réveils nocturnes ou réveils matinaux précoces), ceci en présence de conditions favorables pour dormir. Pour retenir le diagnostic d'insomnie, la plainte de sommeil doit engendrer des répercussions sur le fonctionnement diurne ou une détresse significative. L'insomnie est dite chronique si elle existe depuis plus de trois mois, et elle est considérée cliniquement significative si les symptômes sont présents au moins trois fois par semaine ^(8,9).

La physiopathologie de l'insomnie chronique repose actuellement sur des hypothèses où s'intriquent des facteurs biologiques et psychologiques. D'après le modèle classique de Spielman *et al.*, le déclenchement et la chronicisation de l'insomnie seraient le fait d'une interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien ⁽²⁾.

Le problème majeur de l'insomnie chronique est sa répercussion à l'échelle de l'individu et de la collectivité. Elle engendre de ce fait un surcoût pour la société ⁽¹⁰⁾.

Outre les répercussions diurnes immédiates que peut engendrer l'insomnie (fatigue, troubles de l'humeur, difficultés cognitives, problèmes comportementaux) ⁽¹¹⁾, il existe aussi de nombreux retentissements sur le long terme. Ceci est responsable d'une altération de qualité de vie des insomniaques comparativement aux bons dormeurs ⁽¹⁰⁾.

L'insomnie semble être un facteur de risque de pathologies psychiatriques (essentiellement la dépression) ⁽²⁾, et aussi médicales (diabète de type 2 ⁽¹²⁾, hypertension artérielle ⁽¹³⁾). De même,

les durées de sommeil courtes seraient associées à un sur-risque d'obésité ⁽¹⁴⁾, de cardiopathies ischémiques, d'AVC ⁽¹⁵⁾ et entraîneraient une augmentation de la mortalité globale ⁽¹⁶⁾.

L'insomnie serait aussi un facteur de risque d'accidents de la route, et engendre des répercussions au travail ^(10,17).

Des recommandations professionnelles (recommandations HAS) ont été rédigées pour aider les médecins généralistes à prendre en charge au mieux cette pathologie ⁽¹⁸⁾.

L'utilisation d'outils validés tels que l'agenda du sommeil (annexe 1), et un plan détaillé d'évaluation sont conseillés en complément de l'interrogatoire pour aider à l'investigation de l'insomnie.

Le recours à divers auto-questionnaires (annexe 2) est également mentionné pour aider au diagnostic d'une pathologie psychiatrique, médicale, ou un trouble spécifique du sommeil associés à cette insomnie chronique. Le QD2A de Pichot, le questionnaire abrégé de Beck, et l'échelle HAD sont conseillés pour dépister ou évaluer d'éventuels troubles anxieux ou dépressifs associés, et l'échelle d'Epworth pour détecter une somnolence diurne excessive.

L'actimétrie, la polysomnographie et la consultation spécialisée du sommeil n'ont pas leur place ici en première intention.

Concernant les traitements, les règles d'hygiène du sommeil et le renforcement des facteurs synchroniseurs sont conseillés en première intention, mais sont rarement suffisants.

Il est rappelé dans ces recommandations que les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines n'ont pas l'indication dans le traitement de l'insomnie chronique. En effet leur efficacité au long cours n'est pas prouvée, et leur utilisation est responsable de nombreux effets indésirables sur le court et le long terme, avec en particulier des problèmes de dépendance rendant leur sevrage compliqué ⁽¹⁹⁾.

Leur consommation actuelle en France est parmi les plus élevées d'Europe ⁽²⁰⁾. En effet selon une enquête déclarative datant de 2007, 13% des français prendraient des produits pour dormir dont la moitié de façon régulière, et dans la moitié des cas il s'agit de psychotropes ⁽²¹⁾. Cette tendance va en s'aggravant puisque le taux de consommation de benzodiazépines hypnotiques consommées par les français est en progression d'après un rapport récent de l'ANSM ⁽¹⁹⁾.

Il semble donc nécessaire de se diriger vers d'autres thérapeutiques pour prendre en charge l'insomnie chronique. Certaines techniques de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont montré une efficacité dans cette indication et sont donc recommandées par la HAS. Elles visent essentiellement à désamorcer les facteurs d'entretien de l'insomnie chronique pour favoriser le retour à un sommeil de meilleure qualité ⁽²²⁾. Néanmoins les auteurs des recommandations reconnaissent que ces techniques sont peu développées et peu accessibles en France, cette option reste donc assez théorique.

D'après ces recommandations, les autres types de psychothérapies, la phytothérapie et la mélatonine n'ont pas d'efficacité prouvée. Les antidépresseurs ont quant à eux une balance bénéfice-risque défavorable dans cette indication. Certains anti-histaminiques sont cités mais certains d'entre eux ont été retirés du marché depuis, et les autres n'ont une indication que sur un traitement court.

L'acupuncture et l'homéopathie n'ont pas été abordées étant donné l'absence d'études validées sur le sujet.

On se retrouve donc face à une problématique dans l'insomnie chronique : la nécessité de prendre en charge cette pathologie, tout en évitant au maximum l'initiation d'un traitement par hypnotique, alors que peu d'autres options thérapeutiques réalisables nous sont recommandées en alternative.

L'objectif principal de ce travail était donc d'étudier ce que les médecins généralistes proposent en pratique comme prise en charge à leurs patients atteints d'insomnie chronique, quand ils souhaitent éviter l'initiation d'un traitement par hypnotique.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier la façon dont les médecins généralistes mettent en pratique les recommandations HAS, et d'identifier la place qu'ils donnent aux médecines alternatives dans cette prise en charge.

Matériel et méthodes

Pour répondre à la question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative exploratoire par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire.

Les médecins étaient interrogés sur la prise en charge qu'ils proposent à leurs patients adultes se plaignant d'insomnie chronique, en l'absence de pathologies organiques ou psychiatriques associées, quand ils choisissent une alternative au traitement par hypnotiques. A noter que sous le terme « hypnotiques », l'investigateur sous-entendait « hypnotiques apparentés aux benzodiazépines ».

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient : être médecin généraliste, et exercer en Indre-et-Loire.

L'échantillon a été recruté par le biais de connaissances directes (7 médecins), de rencontres professionnelles au cours de remplacements (2 médecins), mais aussi par effet boule de neige (2 médecins), et par une recherche dans les pages jaunes (3 médecins).

Il a été sélectionné par la stratégie de l'échantillonnage en variation maximale, en fonction : de l'âge et de la durée d'exercice, du sexe, du mode d'exercice (libéral ou salarié, médecin remplaçant ou installé, exercice en groupe ou seul), du lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), de la qualification ou non de maître de stage, de la pratique ou non de médecine(s) alternative(s) ou de techniques de psychothérapies, et de l'existence ou non d'une formation complémentaire sur les troubles du sommeil.

La trame d'entretien a été élaborée à partir d'une réflexion personnelle et de recherches bibliographiques. Elle comportait sept questions principales incluant la question de présentation (annexe 3).

Les différentes questions étaient ouvertes et permettaient de détailler chaque étape de la prise en charge proposée par le médecin généraliste. Une question abordait aussi la place des médecines alternatives dans cette prise en charge.

Des questions de relance étaient prévues si le médecin n'abordait pas certains éléments sous-tendus par la question initiale.

La trame d'entretien a été réajustée une première fois suite au premier entretien, puis suite au sixième entretien après avoir réalisé un premier codage, qui a motivé la reformulation et l'ajout de certains éléments .

Cette trame constitue un guide pour le déroulement de l'entretien. Cependant afin de s'adapter au discours du médecin, les questions n'ont pas toujours été posées de la même façon et dans le même ordre.

La prise de contact était faite par téléphone en expliquant au médecin le sujet de l'étude et les modalités de l'entretien (entretien individuel, enregistrement au dictaphone, anonymat préservé).

Si le médecin acceptait, un rendez-vous ultérieur était fixé pour la réalisation des entretiens, à son cabinet, ou à son domicile, selon sa convenance. Les entretiens ont été réalisés par l'investigateur jusqu'à la saturation des données.

Ils étaient ensuite retranscrits au fur et à mesure et en intégralité sur Open Office Writer. Quelques éléments de communication non verbale ont été décrits. Les enregistrements étaient ultérieurement réécoutés pour éviter toute erreur ou toute omission dans la retranscription.

Les codages ouverts puis thématiques ont été initiés parallèlement à la réalisation et à la retranscription des entretiens. Les thèmes dégagés de l'analyse des verbatims ont servi de structure pour élaborer le plan de présentation des résultats.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Le codage des verbatims a été supervisé par le directeur de thèse, avec une triangulation des données concernant deux entretiens. Aucune validation ultérieure des verbatims et de l'analyse par les médecins interrogés n'était prévue.

Résultats

I - Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

A – Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 14 médecins âgés de 29 ans à 62 ans, dont 7 hommes et 7 femmes. Les médecins présentaient les caractéristiques suivantes :

<u>Réf. entretien</u>	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Durée d'exercice (années)</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Formation(s) ou Pratique(s) spécifique(s)*</u>	<u>Formation Sommeil</u>	<u>Maître de stage</u>
1	F	35	6	Semi-rural	Libéral Associé	Homéopathie	F.M.C.	Non
2	F	47	16	Semi-rural	Libéral Associé	Homéopathie Hypnose	Non	Oui
3	H	61	34	Rural	Libéral Seul	Micronutrition	Non	Oui
4	H	43	14	Urbain	Libéral Associé	Non	Non	Non
5	F	56	27	Urbain	Libéral Associé	Acupuncture Homéopathie	F.M.C.	Non
6	H	62	34	Urbain	Libéral Seul	Non	Non	Non
7	H	43	12	Urbain	Libéral Associé	Homéopathie	F.M.C. Lectures	Non
8	H	34	5	Rural	Libéral Seul	Non	Lectures	Non
9	F	35	6	Urbain	Salarié	Non	D.I.U. Congrès	Non
10	F	36	9	Semi-rural	Libéral Associé	Psychothérapies	F.M.C. Thèse	Oui
11	F	29	2	Urbain Rural	Libéral Remplaçant	Homéopathie	Lectures	Non
12	F	52	22	Rural	Libéral Associé	Hypnose	Non	Non
13	H	59	31	Semi-rural	Libéral Associé	Ostéopathie	Non	Non
14	H	42	14	Rural	Libéral Seul	Homéopathie	Non	Non

* Formations ou pratiques spécifiques de médecine(s) alternative(s) ou de psychothérapies.

B- Caractéristiques des entretiens

Les 14 entretiens (annexe 4) ont été réalisés de septembre 2012 à septembre 2014. Ils ont duré entre 10 et 55 minutes.

L'entretien a eu lieu au cabinet médical pour 10 médecins, et à leur domicile pour les autres médecins.

Les éléments faisant sens ont été classés par thèmes, et illustrés par les citations les plus représentatives. Pour chaque thème, tous les entretiens s'y référant sont énumérés entre parenthèse.

II - Analyse des entretiens

A – Première étape pour une prise en charge adaptée : affirmer et qualifier l'insomnie

1- S'assurer qu'il s'agisse d'une réelle insomnie avant de traiter

Une majorité de médecin l'évoque comme un prérequis indispensable avant d'envisager un traitement « *je m'assure d'abord que c'est une vraie insomnie* » (8, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14).

Pour cela, ils proposent de :

- **S'assurer qu'il ne s'agisse pas d'une simple variation physiologique** en définissant le besoin de sommeil individuel « *il y a les gros dormeurs et puis ceux qui se contentent de beaucoup moins* » (6, 7, 9, 13),
et en expliquant au patient les variations physiologiques du sommeil au cours de la vie « *on peut mettre au moins une demi-heure pour s'endormir surtout que avec l'âge (...) on passe à 50 minutes quand t'as 75 ans en moyenne hein pour t'endormir* » (9, 6, 8, 14).

- **Expliquer au patient qu'il a peut être simplement une mauvaise perception de son sommeil** « *des fois je m'aventure à leur expliquer que le sommeil c'est des cycles et puis que ils ont la perception des micro-réveils* » (8, 6, 7, 9).

- **Rechercher la présence de répercussions sur le fonctionnement diurne** « *est-ce que ça lui entraîne des conséquences dans la journée? Est-ce qu'il se sent fatigué? Est-ce qu'il a une perte de mémoire? Est-ce qu'il n'arrive plus à se concentrer* » (6, 4, 5, 8, 9, 12, 13).

La présence de ces répercussions diurnes constitue une condition nécessaire pour certains médecins pour prendre en considération l'insomnie, et décider de la prendre en charge « *savoir si ces difficultés de sommeil (...) induisent une fatigue diurne (...) Si c'est le cas je concède qu'il puisse s'agir d'une insomnie* » (8),

« *En gros l'insomnie chronique pour laquelle moi je vais rien retrouver d'objectif, je traite pas. Je laisse les gens vivre avec et ça ne me gêne pas.* » (13).

2- Caractériser l'insomnie

« *avant de lui proposer un traitement, je cherche à savoir ce qu'il appelle ne pas dormir* » (6, 1, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14).

- **Définir le type d'insomnie** « *est-ce qu'il arrive pas à s'endormir? Est-ce qu'il se réveille pendant qu'il dort ou est-ce qu'il se lève très tôt le matin, ou est-ce qu'il y a des coupures dans le sommeil?* » (3),

« *il a quand même dormi mais il a pas eu un sommeil réparateur* » (6, 5, 7, 11, 12, 13, 14).

- **Affirmer sa chronicité** et définir son ancienneté « *quand est ce qu'elle est apparue* » (5, 6, 7, 10, 13).

Un des médecins recherche une notion de récurrence « *savoir (...) si c'est un problème chronique qui a déjà eu un épisode comme ça* » (13).

- **Évaluer la sévérité** de l'insomnie, surtout en fonction de l'intensité de ses répercussions « *faut aussi mesurer le degré de fatigue du patient* » (7, 1, 4, 5).

Pour certains médecins la fréquence des symptômes est aussi à prendre en compte « *insomnie chronique où le sujet se plaint vraiment de (...) 3 nuits par semaine (...) il dit qu'il ne dort pas* » (6, 4).

3 – Rechercher une cause à l'insomnie : une étape primordiale pour les médecins

Tous les médecins estiment que cette investigation est importante, et l'ont abordée dans leur discours « *déjà chercher pourquoi il a cette insomnie* » (1),

« *Mon leitmotiv c'est toujours de demander est-ce qu'il y a pas une raison qui expliquerait tout ça.* » (13, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14).

- Ils considèrent l'insomnie comme **une pathologie rarement isolée** « *il y a quasiment toujours une cause (...) C'est jamais vraiment isolé* » (11, 2, 7, 10, 12, 13),

sauf dans quelques rares cas « *ou alors c'est des gens qui dorment pas depuis tout petit.* » (12, 10). Pour un des médecins c'est d'ailleurs toujours un symptôme et pas une pathologie à part entière « *pour moi l'insomnie c'est toujours un symptôme, ça ne me paraît pas une maladie.* » (13).

- **La cause est parfois difficile à identifier** « *cette cause elle est probablement masquée, cachée* » (13, 3, 4, 7, 11, 12, 14).

- Quelles sont les étiologies recherchées par les médecins?

Les causes organiques médicales : « *la douleur, la prostate chez les hommes* », « *problèmes thyroïdiens* », « *des reflux* » (3, 8, 11, 5, 7, 13),

les pathologies spécifiques du sommeil (3, 6, 7, 9, 13),

et les pathologies psychiatriques surtout **la dépression** et **l'anxiété chronique** « *un trouble du sommeil, c'est aussi parfois un pied d'accès des patients sur des troubles psychologiques (...) plus profonds* » (14, 5, 6, 9, 12, 13).

En l'absence de pathologie psychiatrique caractérisée, les médecins recherchent une tendance anxieuse, dépressive ou à l'hyper-réactivité émotionnelle dans la personnalité de leur patient « *les patients anxieux* » (4),

« *ça dépend aussi de la personnalité initiale du patient, il y en a qui sont blindés, et puis d'autres que le moindre événement affecte beaucoup* » (6, 1, 7, 10, 11, 12, 13, 14).

Les prises de médicaments « *si ils ont des médicaments* » (13).

Les habitudes de vie « *comment ça se passe (...) Leur journée et leur coucher* » (12, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14).

Les conditions environnementales surtout le **problème du bruit** « *si t'es dans un logement bruyant, une colocation* » (14, 3, 8, 11, 13),

et **de la lumière** « *est-ce qu'ils ont un réveil lumineux qui leur éblouit l'œil et qu'à chaque fois qu'ils regardent hop ça les réveille* » (13).

La recherche d'un événement déclencheur « *l'histoire de vie, l'histoire du sommeil, comment ça s'est installé? Est-ce qu'il y a eu un facteur à un moment?* » (12, 3, 4, 6, 10, 11, 13, 14).

Le contexte social professionnel « *parce qu'il est anxieux au travail* » (4, 3, 6, 7, 11),
et familial « *enfants qui vont pas bien* » (3, 4, 7, 11, 13, 14).

4 – Outils utilisés par les médecins

- Ils utilisent **surtout l'interrogatoire** « *tout un questionnaire* » (12, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13),
plutôt sous la forme d'un échange avec le patient « *on discute de ça* » (4, 9, 10, 12).
Ils insistent sur la nécessité de prendre le temps suffisant, et sur l'importance de l'écoute du patient, surtout pour la recherche étiologique « *La cause, il suffit de les écouter, on a la cause quoi pratiquement.* » (13, 9, 10, 11).

Une minorité de médecins déclarent poser la question du sommeil de façon systématique au cours de toute consultation « *je fais souvent un interrogatoire général et je demande aux gens si ils dorment bien même si ils ne se plaignent pas d'insomnie* » (5, 9).

- **L'examen clinique** « *je l'examine bien déjà* » (7, 3),
et parfois un **bilan biologique** sont faits pour la recherche étiologique (3, 7).

- Un seul médecin utilise **des échelles ou des auto-questionnaires** pour dépister certaines étiologies « *il y a les échelles de Pichot, l'échelle HAD, ça moi je l'ai en systématique (...) je fais aussi le questionnaire d'Epworth* » (9).

Un autre praticien les cite, mais ne les utilise pas « *c'est sans (...) score particulier. Epworth ou...je fais pas ce genre de truc moi.* » (8).

Les autres médecins n'en ont pas parlé.

- **Un agenda du sommeil** est proposé de façon systématique par peu de médecins « *je donne toujours un agenda du sommeil* » (9, 5), sur 2 (9) ou 3 (5) semaines,
en expliquant au patient comment le remplir « *j'explique comment remplir un agenda du sommeil* » (9).

Un médecin le propose seulement en cas de sévérité de l'insomnie « *si réellement je sens qu'il y a une forme de souffrance sous-jacente, je vais leur demander de me faire un calendrier du sommeil* » (7).

C'est un outil bien accepté par les patients pour un des médecins « *souvent ils aiment bien* » (9),
pas systématiquement pour un autre « *je leur donne souvent et (...) sur 10, je pense qu'il y en a qu'un qui me le ramène.* » (7).

L'agenda du sommeil permet une analyse plus objective, plus précise et plus complète que l'interrogatoire « *on analyse mieux les choses. C'est plus objectif (...) parce que l'insomnie, il y a des patients qui mettent tout et rien donc c'est quelque chose de plus précis* » (5),

Il présente aussi l'avantage de l'autoévaluation « *l'avantage de l'agenda du sommeil, c'est que le patient marque lui-même la qualité de son sommeil, la qualité de son réveil* » (9).

Il aide à affirmer l'insomnie « *il y a des gens quelques fois qui reviennent en me disant « En fait je me suis rendu compte que je dormais pas si mal que ça. » »* (5),

et à la caractériser « *une meilleure évaluation de leur durée de sommeil* » (9, 5).

Il aide aussi à rechercher sa cause « *il peut marquer des éléments de la journée, (...) des traitements, qui fait que nous médecin on voit (...) il s'est disputé avec son chef, et puis on se rend compte que la nuit finalement il a une période un peu hachurée* » (9),

«l'agenda du sommeil aussi permet (...) de voir qu'il y a vraiment en plus une hygiène catastrophique» (9).

Un des médecins est moins convaincu de son utilité « je pensais que ça pouvait être génial pour évaluer les choses mais finalement c'est plus la description qu'ils ont de leur sommeil qui est (...) intéressante. » (7).

- **L'actimètre** est cité mais non utilisé « comparer en effet si ce qu'il dit exactement est la réalité, tu sais notamment les mauvaises appréciations de sommeil. C'est l'idéal d'avoir l'actimètre mais bon après tu vois on peut se débrouiller sans » (9).

B – Comment les médecins choisissent les alternatives thérapeutiques qu'ils proposent?

1 -Choix thérapeutique en fonction du médecin

- Certains médecins rappellent que l'insomnie n'est **pas une urgence avec engagement du pronostic vital** « c'est pas quelque chose d'aigu, vital » (11, 9).

Ils se donnent donc parfois du temps avant de proposer un traitement « je me précipite vraiment pas pour les traiter et je les laisse un peu vivre avec leur insomnie. » (13).

- **Les médecins se basent beaucoup sur leur ressenti** pour choisir un traitement « on a pas de protocoles pour prescrire » (3),

« Entre la phyto et l'homéopathie franchement c'est du feeling » (7, 4).

L'expérience personnelle des médecins avec certains traitements oriente parfois leur choix « je parle des fois de sophro parce que j'ai déjà essayé (...) ça m'a aidé » (11, 9).

Les aprioris que le médecin a sur son patient et sur certaines des thérapeutiques, surtout pour les thérapies alternatives, semblent nettement influencer leurs propositions « ici (...)les hommes en font pas mal aussi (de la gymnastique, du yoga, du Taï-chi N.d.R.) donc des fois je propose aux hommes qui ont l'air d'être ouverts » (11 à propos de la sophrologie N.d.R.),

« Dès que je vois qu'ils sont un peu (...) pas strictement dans les cases de la société, je me dis peut-être la méditation ils accrocheront un peu (...) je le fais vraiment pas à tout le monde, c'est vraiment très ciblé. » (13, 9, 12, 14).

Le degré de connaissance du malade par son médecin rentre aussi en ligne de compte « je lance un peu toutes les pistes (...) selon quand même, je les connais un peu, il y a en que je vais pas lancer. » (13, 4, 6).

La maîtrise des différentes options thérapeutiques par le praticien oriente aussi son choix « j'ai pas de thérapies par exemple comportementales (...) à leur proposer, j'ai rien d'autre à leur proposer parce que je maîtrise pas d'autres choses. » (8, 2, 3, 5, 9, 10, 12).

- **Ils se basent aussi sur des critères plus objectifs:**

Le sexe « les hommes ou les femmes on les traite pas forcément de la même façon » (3, 7, 11).

L'âge du patient « ça dépend aussi des âges (...) entre un jeune qui dort mal et une personne âgée qui dort mal c'est pas du tout la même chose » (4, 3, 7).

Les traitements que le patient a déjà essayé pour l'insomnie (11, 4, 12).

- Certains médecins soulignent que **le traitement de l'insomnie ne comporte pas forcément un traitement médicamenteux** « *c'est pas plus mal (...) qu'il y ait d'autres solutions que des médocs à chaque fois .* » (11),

« *je prescris assez rarement des médicaments pour traiter ça.* » (13, 5, 7, 10, 14).

Ils précisent que certaines **techniques non pharmacologiques ont l'avantage de rendre le patient plus acteur** dans sa prise en charge « *ce que je trouve très positif c'est que ce sont les personnes qui s'approprient une technique (...) y a pas de dépendance envers un produit, envers une consultation* » (10),

« *Ça les rend très actifs. C'est eux qui font des choses (...) qui changent des choses. Et rien que ça c'est intéressant.* » (12, 9, 11, 13).

Néanmoins dans certains cas, quelques praticiens choisissent de donner une réponse immédiate au patient par un traitement médicamenteux, et s'occupent du fond du problème par la suite « *Prenez une boîte et après faudra voir si par hasard vous même vous pouvez pas influencer sur votre sommeil.* » (13, 12, 14).

2-Trouver avec le patient des solutions qui lui sont adaptées

Pour trouver le traitement qui va convenir le mieux au patient, les médecins proposent de :

- **Bien définir la demande du patient** « *je discute de ses attentes* » (1),
« *voir (...) si (...) la demande elle est dans le sens d'un traitement ou si on peut améliorer (...) le contexte* » (7, 6, 10, 14).

- **Évaluer le degré d'investissement du patient** dans sa prise en charge « *si il est vraiment en attente de quelque chose qui vient de l'extérieur ou pas. Si il a envie de s'investir dans quelque chose* » (12, 7),

et sa motivation au changement au moment de la prise en charge « *en fonction vraiment de (...) sa propre aptitude tu vois à changer certaines choses* » (9),
« *ça dépend de leur capacité à ce moment là de leur vie (...) à avancer.* » (10 à propos du choix entre les différentes techniques de psychothérapie N.d.R., 12).

- **Réfléchir avec le patient aux options thérapeutiques** avec l'importance du dialogue et de **la communication** « *je pense que relation médecin-patient c'est un duo, c'est un binôme, moi si mes patients me donnent pas je peux pas avancer, et inversement* » (9),
« *Rechercher avec eux comment améliorer leur sommeil .* » (10),
« *si on arrive à créer un lien suffisant pour qu'ils sachent que c'est un travail et que ça va venir petit à petit (...) on peut y arriver.* » (12, 4, 6).

- **Amener le patient à faire son choix** en lui **exposant différentes options thérapeutiques**
« *Je leur lance des pistes, des perches, ils accrochent, ils accrochent pas.* » (13, 7, 9, 11),
et en le laissant parfois cheminer dans sa réflexion « *si c'est des gens que je vois en consultation régulièrement (...) je vais (...) semer mes petites graines pour qu'à un moment, ils se disent « Bon je vais pas pouvoir couper à ça »* (12 à propos de la consultation chez le psychologue N.d.R.),
« *peut-être que ça pourrait répondre à quelque chose, faudrait que vous y réfléchissiez, et puis on en reparlera si vous le souhaitez.* » (13 à propos de la méditation N.d.R., 9).

- Il y a une notion de **compromis entre le médecin et le malade** « *il faut que ce soit accepté des 2 côtés* » (3 à propos de la micronutrition N.d.R.),
« *un patient il a besoin d'écouter sa musique douce avant de dormir, ok (...) par contre il faut pas qu'il la laisse toute la nuit (...) ça va être un compromis* » (9, 12, 13).

Ce compromis sera fait en fonction des habitudes de vie et des désirs du patient « *il y a des gens qui vont être incapables de lire ou de se mettre tranquille* » (1),
« *en fonction de ses propres goûts* » (9, 7, 10, 12, 13),
et aussi des réticences qu'il peut avoir face à certains traitements « *à moins qu'il y ait des gens qui veulent pas être piqués* » (5 à propos de l'acupuncture N.d.R.),
« *y en a, rien que l'idée de (...) psy, non* » (12, 1, 3, 11).

3-Choix thérapeutique en fonction des caractéristiques de l'insomnie

- C'est surtout l'identification de la cause de l'insomnie qui permet de **guider le choix thérapeutique** des médecins « *quand y a une cause à son insomnie, ben on essaye de voir comment on peut remédier à ce soucis là* » (2, 1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14),
mais cela ne suffit pas toujours « *même si on a les causes, ce n'est pas pour ça qu'on a les solutions.* » (12, 13).

- Les médecins prennent aussi en considération **le type d'insomnie** « *tout dépend quand il dit insomnie, si c'est à l'endormissement ou si c'est plutôt des réveils précoces ou multi-réveils* » (6, 1, 2, 5, 14),

- **ses répercussions** « *si il y a des conséquences, si il a du mal à travailler parce qu'il dort mal, alors oui je donne quelque chose d'efficace* » (4),
« *Si le patient est pas trop épuisé et il a un quotidien pas trop lourd (...) je vais plutôt partir sur des traitements lights.* » (7, 1, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14),

- **et sa durée d'évolution** « *il y a la durée d'insomnie (...) c'est pas pareil un patient qui a un événement ponctuel qui l'empêche de dormir et ça fait 10 ans que le mec dort pas.* » (10, 2, 3, 12).

C - Place et utilisation des traitements hors hypnotiques et benzodiazépines, cités dans les recommandations de la HAS

1 – Les conseils hygiéno-diététiques

- Ils sont **abordés par la majorité des médecins** (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14),
souvent dès le début de la prise en charge « *la première consultation c'est vraiment ça, on élimine tout ce qui peut finalement interférer sur la qualité du sommeil* » (7),
« *je vais plutôt essayer de discuter avec eux (...) de toutes les règles d'hygiène de vie.* » (10, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13).

- Ils sont parfois utilisés seuls (1, 4, 7), mais ils semblent **plutôt considérés comme des mesures associées** (11, 5, 12), que comme un traitement à part entière « *je vais pas leur donner en fait de traitement, je vais surtout leur donner des conseils* » (7, 4, 5, 12, 13, 14).
En effet ils sont utiles « *quand ils nous écoutent, ça marche pas trop mal* » (4, 5, 1),
mais rarement suffisants à eux seuls « *on voit si les moyens simples peuvent suffire mais souvent on prescrit* » (4, 7, 10).

- **Les conseils sont donnés** à l'oral. Seul un des médecins déclare utiliser un support écrit « *je leur file (...) des petites fiches sur le sommeil* » (7). Ils concernent :

L'alimentation : préférer des **repas légers** le soir « *pas manger trop lourd aussi le soir* » (7, 1, 9, 11, 14),
et **éviter les excitants** « *les sucres rapides favorisent l'insomnie* » (9, 1, 7, 8, 10, 11, 12, 13).

L'environnement : avoir un **environnement favorisant le sommeil** « éviter le bruit » et « pièce à température tempérée » (1),
« ambiance de détente » (7),
« bien obscur » (8, 9).

Les activités : **éviter les écrans** avant de se coucher « ça empêche bien de dormir ça les écrans » (5, 1, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 14).
Renforcer les facteurs synchroniseurs la journée : **rythmer sa journée** en faisant une activité physique « de bouger, de faire des activités » (4)
« allez faire du sport, de la marche » (14, 9, 12, 13),
et **s'exposer au soleil** « exposition au soleil parce que du coup tu te resynchronises » (9, 4, 12).

2- Les techniques de psychothérapie utilisées par les médecins

Une partie des médecins utilisent des techniques inspirées des TCC, sans les avoir nommées explicitement dans la plupart des cas.

- **Les techniques de contrôle du stimulus** sont utilisées par certains des médecins qui proposent à leur patient de :

Éviter les siestes « éviter les siestes dans la journée » (7) longues (14) tardives (9).

Avoir des horaires de coucher réguliers « essayer d'être le plus régulier possible dans son sommeil » (5, 1, 13, 14),
pas trop tardifs « se coucher moins tard » (14, 4, 5), mais pas trop proche du repas non plus « pas se coucher juste après (manger) » (11).

Favoriser les activités de détente le soir « éventuellement un peu de lecture » (1),
« ne pas faire d'activités excitantes avant de dormir » (5, 8, 9, 10, 12, 11, 13),
en faisant éventuellement installer un rituel d'endormissement au patient « un rituel d'endormissement que j'essaye de leur installer ou que je leur demande d'essayer d'installer eux mêmes » (13).

Être attentif aux symptômes de fatigue « dès qu'ils sentent arriver le sommeil, se coucher (...) surtout pas résister si ils sentent que ça arrive » (1),
« si on a envie de dormir à 23h, il faut pas se coucher à 21h30 » (9, 12).

Se lever lors d'un éveil nocturne prolongé « je leur propose de se lever si ils arrivent pas à dormir, de faire autres chose et de pas rester au lit » (10),
« à la fin du quart d'heure, le patient retourne dans son lit » (9, 13),
en prenant garde d'éviter toute stimulation excessive « lumière tamisée » et « je lui demande aussi d'ouvrir le lit pendant cette période pour que du coup le matelas se rafraîchisse » (9).

Réserver le lit au sommeil ou à l'activité sexuelle « on est dans son lit que pour dormir ou pour l'activité sexuelle mais pas pour manger sur son lit » (9).

- Un des médecins utilise fréquemment **la restriction du temps de sommeil** (9) dès la deuxième consultation « ça c'est souvent le deuxième rendez-vous parce que là je vois combien de temps ils dorment exactement »,
quand il y a une insomnie sévère « si vraiment c'est des nuits mais n'importe quoi ».

En pratique: « tu leur demandes en fait, tu calcules, tu doit être à 85% de sommeil sur le temps passé au lit », « tu dois pas par contre passer sous le seuil des 5h de sommeil »
« le patient se réveille à la même heure tous les jours y compris le week-end »

- **Des techniques inspirées de la thérapie cognitive de l'insomnie** sont utilisées pour faire envisager au patient une façon différente de percevoir son sommeil « voir avec eux (...) comment ils peuvent changer leur regard sur le sommeil » (10).

La majorité des médecins pensent qu'il est important de dédramatiser le trouble du sommeil « Déjà j'essaye de le rassurer » (6),

« je suis énormément aussi dans la (...) « c'est pas gravologie », vraiment le : voilà c'est pas grave de pas dormir » (9, 4, 5, 7, 10, 13, 14),

pour que l'insomnie soit moins perçue comme un problème par le patient « que ça ne devienne plus un problème pour eux » (12, 13).

Ils proposent pour cela de souligner les choses positives existantes dans la situation actuelle « Ben regardez vous dormez déjà bien le week-end » (9),

« leur montrer aussi qu'ils font des choses et qu'ils sont pas si fatigués que ça » (12, 10, 13),

et de faire envisager au patient son insomnie sur un versant plus positif « transformer les images négatives comme « Il est 4 h oh, plus que 2h30! », moi je leur dit ben non « Chouette encore 2h30 pour dormir! » » (9),

« c'est plutôt une chance (de peu dormir N.d.R.). C'est comme ça que je leur présente les choses : « Du coup vous pouvez faire pleins de trucs! » » (10, 13).

Certains médecins essaient de repérer les croyances erronées, ou les attentes exagérées que certains patients ont vis à vis de leur sommeil, afin de rendre leurs exigences plus réalistes « tant qu'ils veulent dormir d'un sommeil de plomb, se coucher, s'endormir 20 minutes après (...) la barre est bien haute. Donc moi je fais descendre la barre (...) Est-ce qu'on peut convenir ensemble que si vous arrivez à dormir 4 heures d'affilée ce sera déjà un bon truc » (12, 13, 14).

Identifier les attitudes dysfonctionnelles qui en découlent pour pouvoir les ajuster « Ça sert à rien qu'un court dormeur qui dort à peu près 6 heures par exemple reste au lit 8 heures, aucun intérêt donc en effet il a la sensation de pas dormir » (9).

Identifier les modes de pensée défavorables au sommeil élaborés par le patient « essayer de voir avec eux quelles pensées ils ont élaborées au sujet de leur sommeil (...) toutes les pensées automatiques « De toute façon j'y arriverai jamais, je vais jamais m'endormir. » » (10).

Ne pas essayer d'induire le sommeil sur commande « pas vouloir s'endormir tout de suite mais laisser venir les choses » (1),

et dans certains cas utiliser au contraire l'intention paradoxale, qui est décrite par un médecin « des patients qui sont tellement dans la retenue tu vois (...) c'est de leur dire surtout essayez de pas dormir tu vois (...) comme ils sont dans la rétention, et ben du coup ils vont être dans la rétention de surtout ne pas dormir donc ils vont dormir, donc ça va les aider » (9).

- **Les autres techniques inspirées des TCC proposées par les médecins :**

Aider les patients à se débarrasser de leurs pensées envahissantes par l'écriture pour éviter les ruminations nocturnes « Quelqu'un qui au moment de s'endormir y a tout qui tourne dans sa tête toute la journée (...) je vais lui demander d'avoir un petit carnet au bord de son lit et avant de s'endormir de noter toutes les choses qu'il a dans sa tête à ce moment là, et de le déposer » (12).

Amener le patient à réfléchir à certains de ses comportements à l'aide de reformulations « en fait de reformuler (...) ils vont se rendre compte en le disant que (...) c'est peut être pas une bonne idée »(9)
Amorcer l'idée d'un changement « Je leur explique que peut-être là il faut qu'ils se remettent un peu en cause leur fonctionnement avec leur enfant » (13).

Stimuler la motivation au changement du patient « c'est à nous de montrer l'intérêt de changer les choses » (12).

Aider le patient à trouver des stratégies pour s'adapter à la situation existante « arriver à trouver une façon de s'adapter à son peu de sommeil. » (10, 12).

Faire modifier une habitude du patient, concernant le rituel du coucher en place par exemple « si il dort d'un côté du lit (...) éventuellement changer de côté (...) faire des petits changements qui vont faire que ça va pas partir comme d'habitude » (12).

Certains médecins utilisent le renforcement positif : en valorisant les solutions trouvées par le patient « j'essaye de renforcer au maximum aussi ce que le patient a trouvé comme trucs qui sont bien » (9),

« surtout c'est exactement ce qu'il faut faire » (13 à propos des thérapies alternatives N.d.R., 12), et en soulignant l'efficacité d'un traitement entrepris « c'est (...) très intéressant de voir sur le visuel (l'agenda du sommeil N.d.R.) et de montrer aux patients qu'il y a des choses qui marchent » (9), « avec nos petits objectifs qu'ils (les patients N.d.R.) voient qu'il y ait des choses qui changent » (12, 11).

Un des médecin souligne aussi l'importance d'avoir un discours optimiste exprimé avec conviction « je leur dis qu'on va y arriver en plusieurs semaines, mais on va y arriver quoi! » (9).

Inciter le patient à penser en priorité aux choses positives « c'est tous les conseils que je leur donne, notamment de penser aux choses positives » ou « D'éviter d'être tout le temps(...) orienté(...) sur le stress et les effets négatifs » (7).

Adopter une attitude empathique « moi j'attends d'un médecin si je vais en consultation d'avoir un médecin qui ne me juge pas donc je veux pas juger le patient » (9, 12).

- Les suivis psychothérapeutiques spécialisés

Un des médecins a une formation complémentaire en psychothérapies, et utilise en première intention des éléments de diverses techniques associés, ou utilisés successivement en fonction du patient « ça dépend de leur capacité d'introspection », et du stade de la prise en charge « en fonction des moments d'où ils en sont. » (10).

Les autres médecins sans formation spécifique adressent parfois leurs patients à des psychologues quand ils souhaitent des approches psychothérapeutiques approfondies, plutôt en seconde ou troisième intention « je peux très bien adresser au psychologue mais pas à la première consultation » (12, 1, 4, 9, 12, 13),

surtout dans les contextes d'anxiété ou de dépression associées à l'insomnie « je pense surtout aux problèmes en fait anxiété chronique euh dépression chronique (...) avec des bouffées (...) d'insomnie (...) ceux là éventuellement, je leur propose parfois un suivi euh psychothérapeutique » (13, 12, 1).

Ils laissent le choix du type de psychothérapie au thérapeute « je maîtrise pas ça » (4, 9, 12).

Pour certains médecins le coût et le non-remboursement de la consultation chez le psychologue posent problème « un des gros problème c'est le fait que les consultations chez le psychologue ne soient pas remboursées » (4, 9, 13).

Certains médecins soulignent également l'importance d'avoir des référents fiables « J'ai des adresses de psychothérapeutes dont je sais qu'ils ne font pas n'importe quoi » (13, 12).

Ils adressent rarement leurs patients au psychiatre dans cette indication car selon eux, la réponse n'est pas toujours adaptée « *Des psychologues, pas des psychiatres (...) pour une psychothérapie vraiment (...) pas pour avoir des médocs* » (12), « *Je suis un peu embêté avec les psychiatres parce que c'est remboursé, donc ça c'est leur argument de choix. Mais les psychiatres ils ont pas le temps de s'en occuper et je suis pas bien certain qu'ils fassent de la bonne psychothérapie (...) pour les gens qui sont des hyperanxieux chroniques sans pathologie psychiatrique vraie* » (13, 4), et les délais d'attente sont longs « *une consultation chez le psychiatre, ils vont attendre 6 mois* » (4).

3 - Les traitements pharmacologiques

- **La phytothérapie** est l'alternative médicamenteuse la plus utilisée par les médecins (2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 14), a priori sans qu'ils aient de formation spécifique.

Ils l'utilisent souvent en première intention « *beaucoup les plantes à visée sédatrice en démarrage* » (3, 4, 6, 7, 11, 12), seule ou associée à d'autres traitements « *je donne de la phytothérapie ou de l'homéo ou les deux* » (7, 12, 5).

La phytothérapie est prescrite par les médecins chez les patients jeunes « *l'Euphytose® ou ce genre de choses (...) chez le plus jeune, oui là c'est systématique* » (4, 7), les patients ayant une tendance anxieuse ou dépressive « *les gens un peu cyclothymiques (...) je trouve que (...) ça marche très bien* » (2), « *Euphytose® etc toujours avec (...) ce côté un peu anxieux* » (11, 5, 14), et ceux présentant une symptomatologie peu sévère « *si c'est vraiment un contexte anxieux très léger* » (14, 4, 6, 11, 12) et récente « *quand il y a pas longtemps que c'est installé et quand on sait (...) que c'est juste un déséquilibre momentané.* » (12).

Les médecins soulignent l'innocuité de la phytothérapie : « *Ça fait qu'ils ont quand même quelque chose* » (12, 3, 7).

Elle ne pose donc pas de problème de durée limite de traitement « *quand je prescris je ne me fixe pas une obligation de dire il faut absolument l'arrêter au bout de tant de temps* » (6, 14).

Un des médecins émet un doute à ce sujet « *je me demande quand même les interactions* » (10).

Un autre praticien souligne une bonne acceptation par les patients « *leur proposer de la phytothérapie c'est accepté à presque 100%* » (6).

Leur avis sur l'efficacité est partagé : quelques médecins constatent une efficacité dans certains cas « *peut-être que les femmes réagissent mieux à la phytothérapie que les hommes* » (6), « *la phytothérapie peut avoir un intérêt immédiat, ça peut être rapidement efficace* » (7).

Un des médecin rappelle d'ailleurs l'existence de preuves validées dans les essais cliniques « *la phytothérapie y a certains médicaments qui marchent hein versus placebo* » (10).

D'autres médecins sont sceptiques quant à l'utilité de la phytothérapie « *Je pensais que c'était de la connerie moi, de la phytothérapie* » (8), « *pour moi ils traitent leur bien-être avec ça.* » (13).

Certains ne la considèrent pas efficace pour traiter une insomnie sévère « *ça marche pas vraiment quand y a des vrais troubles du sommeil* » (2, 3, 4, 6, 7, 12),

ancienne « *si c'est un vrai insomniaque, ça fait 20 ans qu'il est comme ça, c'est du pipi de chat* » (12, 2, 6, 7).

- **Les antidépresseurs** sont surtout prescrits dans les insomnies associées à une pathologie psychiatrique « *si c'est un sujet dépressif (...) assez rapidement j'introduis un antidépresseur* » (6), « *l'alternative ça va être un antidépresseur si l'anxiété est au premier plan* » (10, 3, 4, 13).

- **Les antihistaminiques sédatifs** sont utilisés par certains médecins en première « de l'Atarax® pour démarrer » (4, 8), ou en deuxième intention « si (...) elles ont déjà essayé de leur côté avec tout ce qui est plantes, homéopathie (...) je peux commencer par l'Atarax®. » (11, 2, 3).

Ils sont prescrits dans l'insomnie peu sévère « Quand ils disent non (pas de retentissement diurne N.d.R.) je vais plutôt vers le Donormyl® » (8, 4, 11), dans les contextes d'anxiété (4) ou d'allergie associée « si il y a (...) une petite allergie saisonnière qu'ils traitent pas (...) là je leur donne un antihistaminique » (13), en respectant les contre-indications (2).

Certaines molécules ne sont pas remboursées « c'est pas remboursé le Donormyl®, alors que l'Atarax® l'est, alors du coup il m'arrive (...) de prescrire de l'Atarax® hors AMM » (8), mais sont peu coûteuses « Ça doit être trois euros par mois le coût de traitement » (8).

Elles sont prescrites à des doses progressivement croissantes « tu peux en prendre 1 à 2 par jour et en prenant 1/2 éventuellement au début. » (8, 11), à la demande « donc 1/2 ou 1, donc c'est elles qui gèrent un petit peu » (11).

Une certaine efficacité est constatée « une fois sur deux ça suffit » (4), et il y a moins d'effets secondaires qu'avec les benzodiazépines « c'est plus facile voilà à arrêter » (4, 3, 8, 9, 11).

- **La mélatonine** est employée par un des médecins, plutôt en deuxième intention « dans un deuxième temps (...) j'essaie aussi la Mélatonine des fois » (14), dans les insomnies anciennes « si effectivement c'est des gens qui depuis longtemps qui vont consulter pour des troubles du sommeil », et dans les problèmes de décalage de phase « Il faut (...) Qu'il ait vraiment une désynchronisation des horaires de sommeil. », « aussi les gens qui ont des difficultés de dépressions saisonnières. Les gens sensibles à la lumière »

Il la prescrit sous forme de préparation magistrale « c'est un principe de préparation officinale pour que ce soit remboursé et pour que ce soit à ce dosage là » « 3 mois minimum sinon ça marche pas »

Il considère l'efficacité modérée « ça n'est que ça », mais souligne son innocuité « C'est un peu considéré comme un complément alimentaire sous certaines doses (...) ça peut pas faire de mal », « J'ai des patients qui en prennent depuis 2 ans, 3 ans. »

D- Place et utilisation des médecines et thérapies alternatives et des autres traitements non cités dans les recommandations de la HAS

1 - Les thérapies et médecines alternatives vues par les médecins (en dehors de la phytothérapie)

- Elles sont mal connues par les médecins qui ne les pratiquent pas « je pense à l'hypnothérapie par exemple (...) on nous donne des concepts mais c'est pas un truc qu'on maîtrise » (7), « Pour moi c'est un peu la même chose (la phytothérapie et l'homéopathie N.d.R.) » (11, 6, 8, 13, 14), par manque d'information sur le sujet « on ne nous parle pas assez de médecines parallèles » (11).

- La plupart des médecins ne sont **pas opposés à leur utilisation** « du temps que ça peut aider le patient je m'en fiche » (II, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 14).

Un médecin dit ne pas y avoir recours « Pas franchement » (6).

Elles permettent un regard différent « c'est quand même un complément à ce que l'allopathie ne soigne pas » (7, 9, 11),

pour les patients qui souhaitent éviter les traitements allopathiques « si vraiment (...) ils veulent pas de médicaments comme on dit chimiques, ils demandent qu'est-ce qu'il y aurait comme solution, dans ce cas là j'ouvre les portes » (II, 2, 3, 14),

ou médicamenteux pour les traitements non pharmacologiques « l'idée c'est (...) de résoudre un problème sans médicament donc ça veut dire que ce sont des gens qui sont partants pour faire cette démarche » (12 à propos de l'hypnose N.d.R., 5).

- Elles ne sont souvent **pas proposées en première intention** par les médecins n'en pratiquant pas « C'est rarement à la première consultation, ça va être après, plus tard quand ils en reparlent » (13 à propos de la méditation et de la sophrologie N.d.R., 3, 10).

Quelques médecins parlent spontanément de certaines thérapies alternatives à certains de leurs patients (9, 12, 14), mais la plupart d'entre eux **orientent leur patient seulement si il est demandeur** « L'acupuncture c'est souvent les patients qui y pensent (...) si ils me demandent je les oriente » (4, 3, 9, 11, 12, 13, 14).

Certains médecins orientent leurs patients vers des praticiens qu'ils connaissent « Je leur donne les coordonnées de certains confrères » (14, 9, 10), **d'autres pas** « je les envoie pas avec un mot ni avec une prescription. Je leur dit « Essayez de voir. » » (13).

- **Les médecins les envisagent plutôt dans les insomnies anciennes** pour la plupart des thérapies « tous les patients qui ont un trouble du sommeil installé depuis longtemps » (2 à propos de l'hypnose N.d.R., 3, 12, 14),

et chez les **patients anxieux** « si les gens ont un problème aigu anxieux, parfois je les oriente vers (...) éventuellement la sophrologue » (1),

« Si vraiment il y a un côté anxieux aussi, donc Passiflora®. ça peut y jouer aussi. », « sur des contextes anxiogènes » (II, 4, 12, 14).

- **Pour la plupart des médecins elles sont associées à une notion d'innocuité** « ça peut pas faire de mal. » (II, 7, 10),

avec en particulier l'absence d'interaction avec l'allopathie « De toute façon ça a pas d'interaction avec les (...) traitements allopathiques. Donc peu importe » (14, 11).

Elles ne posent donc **pas le problème de durée limite de prescription** pour les traitements médicamenteux (2).

- **Les avis sont partagés quant à l'efficacité des thérapies alternatives**

Une efficacité est constatée dans certaines situations « il n'y pas d'homéopathie qui ne marche pas, il n'y a que des mauvais prescripteurs » (2),

« quelque chose qui marche de façon assez constante » (5 à propos de l'acupuncture N.d.R.),

« j' y croyais pas trop (...) et puis c'est vrai qu'après on se rend compte qu'il y a quand même des personnes qui répondent bien » (7 à propos de l'homéopathie N.d.R., 3, 9, 11, 12, 14).

Certains médecins ont une **incertitude quant à l'efficacité** de certaines thérapies alternatives « l'homéopathie j'y crois pas » (3),

« l'acupuncture (...) je suis pas non plus convaincu » (4),

« J'en ai envoyé un, une fois faire de l'hypnose mais ça avait pas trop bien marché » (14, 7, 10, 11, 13).

A noter parfois un avis ambivalent par exemple quand le médecin 7 parle de la sophrologie « c'est excellent » puis « ça marche mais c'est quoi 10-15% des patients (...) ça nous motive pas des masses ».

Certains médecins rappellent qu'il y a un manque de preuves scientifiques « l'homéopathie il y a pas d'études donc j'attends » (10),

« C'est pas que j'y crois pas, ou que je suis contre (...) c'est pas prouvé scientifiquement » (11).

Quelques médecins semblent d'ailleurs utiliser certains de ces traitements comme placebo « voir si il y a une composante psychologique » (7 à propos de l'homéopathie et de la phytothérapie, 3).

- Des problèmes d'accessibilité à ces thérapeutiques sont parfois mis en avant

Le coût et le non-remboursement de la plupart de ces thérapeutiques posent problème à certains médecins « y a pleins de choses ici qui sont pas remboursées donc c'est limité dans l'accès. » (8, 4, 7).

Cela ne semble pas être un frein pour d'autres « c'est pas vraiment le prix de la consultation parce que ils sont prêts à acheter d'autres trucs » (10 à propos de la sophrologie N.d.R., 11).

Il y a aussi l'importance d'avoir des référents fiables que certains médecins n'ont pas :

« l'hypnothérapie j'en parle pas trop (...) comme j'ai pas de possibilités thérapeutiques » (7),

« j'ai pas de référents donc c'est pas évident (...) d'adresser. » (11),

« j'ai connu un (...) un médecin qui faisait de l'hypnose et qui était même reconnu dans le domaine et qui pour moi était un, un charlatan, donc ça m'embête un peu » (13, 3).

2-Les traitements pharmacologiques

- **L'homéopathie** est utilisée par certains médecins (1, 2, 5, 7, 11), qui ont fait une formation supplémentaire pour la plupart.

Ils s'en servent en première « très souvent maintenant je commence par de l'homéopathie » (11, 2, 7), ou seconde intention « c'est toujours l'acupuncture d'abord et après, l'homéopathie en complément éventuellement » (5, 1), seule ou associée à d'autres traitements.

Certains utilisent une prescription standard « je connais juste Passiflora® (...) donc je leur donne ça. » (11, 7).

Pour d'autres la prescription est adaptée à de nombreux critères liés à **l'insomnie** « ça dépend si c'est un trouble à l'endormissement, un trouble où il se réveille », « l'heure du réveil c'est hyper important en homéo », « à quoi il pense quand il se réveille, est-ce qu'il pense à son boulot (...) ou bien si il a plutôt des idées (...) morbides » (2, 1),

et **au terrain du patient** « si il y a des problèmes anxieux (...) l'homéopathie c'est pareil c'est par rapport au terrain » (5, 1, 2).

L'homéopathie est utilisée dans l'insomnie légère « il y a des choses en homéo qui sont pour le (...) traitement mineur des troubles du sommeil » (1)

- **L'oligothérapie** est utilisée par quelques médecins en association à d'autres thérapeutiques en première intention (5, 6, 12). Les oligo-éléments cités sont :

Le magnésium « je les recharge en Magnésium, un effet sédatif » (6),

« je l'associé au magnésium la plupart du temps parce que c'est des gens un peu stressés, un peu anxieux » (12, 5).

Le lithium « le lithium c'est un très bon médicament pour l'endormissement (...) chez les gens (...) un peu dépressifs, on utilise le lithium le soir au coucher et ça marche très bien » (5).

Le cuivre-Argent « on utilise par exemple le cuivre – argent pour les asthénies comme stimulant » (5).

- **La micronutrition** est utilisée occasionnellement par un des médecins, mais pas en première intention (3).

« certains compléments alimentaires qui vont être des stimulateurs des pro-neuromédiateurs (...) qui vont permettre une meilleure fabrication de ces neuromédiateurs pour améliorer le sommeil ».

- **La mésothérapie** est simplement citée par un des médecins sans plus de précision (3).

- **Les traitements allopathiques non cités dans les recommandations**

Ont été ponctuellement cités : le Stresam® (6) quand une anxiété ou un syndrome dépressif sont associés à l'insomnie, certains décontractants musculaires (14), et certaines médicaments ayant des propriétés sédatives en effet secondaire *« si c'est une insomnie d'endormissement provoquée par une douleur, ben je préfère commencer par des antalgiques (...) avec des effets secondaires de somnolence »* (3, 13).

3- Les traitements non pharmacologiques

- **L'acupuncture** est pratiquée par un des médecins qui l'utilise presque systématiquement, dès le début de la prise en charge, seule *« en général au départ j'utilise que l'acupuncture »* (5).

« l'insomnie pour nous c'est un trouble du Yin et du Yang (...) Donc on va essayer d'analyser ce trouble là (...) et après on va essayer de traiter (...) le trouble énergétique qui est défectueux (...) on se bloque jamais que sur l'insomnie, enfin on fait un diagnostic général de personne. »

- **L'hypnose** est pratiquée par deux des médecins (2, 12) pas en première intention *« en pratique non je ne vais pas le proposer à la première consultation »* (12).

Elle peut être une aide pour rechercher l'étiologie de l'insomnie *« même si ils ont pas de raison, en général il y en a une (...) ça te permet de le travailler »* (2).

Elle sert aussi à apprendre ou réapprendre au patient à lâcher prise *« apprendre à lâcher (...) je pense à ceux qui sont toujours sur le qui-vive là et qui peuvent pas partir dans le sommeil. »* (12).

Elle est plutôt réservée pour un des médecins à des cas très particuliers *« plutôt des personnes qui ont des cauchemars très violents (...) où on a essayé d'en parler et que ça marchait pas »* (10).

Elle nécessite un patient capable de lâcher prise *« L'hypnose il faut vraiment qu'il y ait un abandon »* (9, 2, 12).

Un des médecins propose systématiquement des exercices d'auto-hypnose à faire chez soi *« on peut faire une séance en consultation qu'on va leur demander de refaire chez eux (...) soit dans la journée si dans notre stratégie c'est comme ça, soit au moment de s'endormir »* (12).

Un autre médecin utilise des tournures affirmatives dans sa communication avec le patient en référence à des techniques de communication hypnothérapeutique *« si je te dis (...) « Ça ne va pas être long », toi tu vas entendre « Ça va être long » (...) donc plutôt dire « Ça va être rapide »* (9).

- **Des techniques de gestion du stress et de relaxation** sont abordées dès le début de la prise en charge par certains médecins *« au départ je serai plus sur (...) des techniques de relaxation ou de choses comme ça . »* (12, 9).

Elles sont suggérées plutôt en deuxième intention par d'autres *« secondairement effectivement de les inviter à se relaxer »*(7),

« Là depuis assez peu, euh je leur propose éventuellement, je leur lâche le mot de (...) sophrologie (...) méditation. » (13, 1, 4, 10, 11, 14).

Ils conseillent ces techniques pour aider le patient à lâcher prise « maîtriser leur degré de stress au quotidien, professionnel et familial » (7),
« être dans l'abandon, la non-maîtrise » (9),
« avec ces techniques-là on essaye de contourner les résistances » (12, 1, 4, 10, 11),
et à ressentir une relaxation physique « ils vont sentir (...) toutes les zones de leurs corps se détendre progressivement » (9),
« c'est maîtriser un peu son corps quoi, la respi » (11).

Les médecins ne parlent pas de la relaxation musculaire progressive ou de la méthode du *biofeedback* mentionnées dans les recommandations, mais proposent à leurs patients la relaxation par le biais des techniques suivantes :

Avoir des moments de détente « Je leur dit qu'il faut qu'ils aient au quotidien des moments de relaxation (...) des moments pour eux » (7, 13, 14).

Un des médecins propose à ses patients de recourir à des techniques d'imagerie mentale, à faire en cas de difficultés d'endormissement ou de réveil nocturne « c'est s'imaginer (...) 3 tableaux, donc prendre celui qui parle le plus (...) identifier chacune de nos pensées négatives »,
« transformer ce temps (d'éveil nocturne N.d.R.), en par exemple, en voyage » (9).

La Sophrologie est proposée spontanément par certains médecins « ce que je propose régulièrement c'est la sophro » (10, 1, 4, 9, 11, 12, 13).

La Méditation est abordée par un des médecins dans certains cas « je leur dit de lire un bouquin, un seul, Christophe André etc avec le CD » (13).

Certains patients s'aident de CD de relaxation « les gens qui se débrouillent avec leur CD de relaxation » (10).

Le Yoga est aussi parfois suggéré « je leur dit d'aller faire du yoga ou des choses comme ça » (12, 7).

- L'ostéopathie est citée par un médecin qui ne la pratique pas mais adresse parfois ses patients à des confrères « Ça marche bien, les massages du crâne, ça fait des micro-mouvements des os du crâne paraît-il, ça fait une détente, j'ai appris que ça existait, je l'ai vu faire. » (3).

Le médecin qui a une formation spécifique en ostéopathie ne l'utilise pas car elle n'a aucune efficacité établie dans cette indication selon lui « Le non-médecin, non-kiné qui fait de l'ostéopathie crânienne pour traiter le sommeil, (...) là pour moi c'est ésotérique ça » (13).

- L'étiopathie est simplement citée par un des médecins (1) sans plus de précisions.

E – L'Organisation du suivi et l'évaluation de la prise en charge

Certains médecins soulignent le fait que l'ensemble du suivi n'est pas standardisé « c'est un peu ce qui nous manque à nous les dinosaures de la médecine, on a pas appris à utiliser des protocoles d'évaluation (...) On fait au feeling » (3, 1, 2).

1 – L'Organisation du suivi

- Peu de médecins proposent d'emblée au patient de revenir pour une consultation dédiée à l'insomnie « tu leur dis moi j'ai besoin de temps pour discuter avec vous pour voir quelle est la meilleure solution adaptée à votre cas. », ils sont prêts à revenir, il y a pas de soucis. » (10, 7, 9).

A noter un biais de recrutement pour les médecins ayant certaines formations spécifiques « moi ceux que je vois comme ça (que pour l'insomnie N.d.R.), je les vois plutôt envoyés par d'autres médecins (...) adressés en hypnose. » (12, 5, 9, 10).

Les autres médecins ne se sont pas exprimés sur le sujet (1, 2, 3, 4, 11, 13, 14), ou ne consacrent pas une consultation dédiée à l'insomnie « je leur demande pas de revenir systématiquement (...) ce sont des patients qui ont l'habitude de revenir pour d'autres renouvellements. » (8, 6).

- Une Consultation de suivi est systématiquement proposée par certains médecins « on dit au patient de revenir nous voir (...) pour en discuter » (4, 1, 3, 5, 6, 9, 11, 12), voire programmée dans certains cas « il y a des patients avec lesquels je vais être un peu plus dirigiste en disant « Je veux absolument qu'on se revoie dans 1 mois » (...) Les patients plus fragiles ou les patients (...) où il y a plus de risque d'addiction » (10).

Elle est suggérée seulement en cas d'échec du traitement par d'autres « je leur dit de revenir si jamais ça marche pas » (2, 7, 10, 14), en laissant le patient juger de sa nécessité « on laisse au patient le choix de gérer un peu son traitement » (3, 14).

En effet d'après certains médecins, une majorité de patients ne reconsultent pas quand il y a une amélioration des symptômes, même si une consultation de suivi leur a été proposée « on dit aux gens, si ça va mieux vous prévenez, ils préviennent pas, eux ils préviennent quand ça va pas » (3, 4, 7).

Certains ne prévoient pas de réévaluation avec leurs patients « surtout j'essaye pas de les revoir, j'attends de voir (...) si ils reviennent. » (13, 8), par inquiétude d'être soumis à une pression de prescription « peut être parce que j'ai la crainte de devoir prescrire du Stilnox® j'en sais rien ! » (8), pour éviter d'être confronté de nouveau au problème « si j'essaye de les revoir, on va repartir là dessus, on va pas en sortir. » (13), et pour vérifier la constance de la plainte d'insomnie « C'est eux qui vont le programmer (la consultation de suivi N.d.R.) si ils ont vraiment une plainte. Ça me permet de, d'avoir un niveau de l'objectivité de leur plainte » (13).

- Le délai d'évaluation est variable « c'est très très flou » (7), entre 10 jours et 1 mois.

Il dépend du traitement choisi (3), et de la sévérité du retentissement de l'insomnie « Si c'est des gens qui sont pas bien du tout (...) ça va être 15 jours. Si c'est un truc qui dure depuis un certain temps, je leur dit 1 mois » (12, 7, 11).

Un suivi régulier est ensuite proposé par certains médecins « je les vois tous les 15 jours » (9, 5), pas systématiquement par d'autres « c'est pas forcément dans l'hypothèse d'un suivi après tous les 15 jours ou tous les mois » (10).

2 – L'évaluation de la prise en charge

- Les méthodes d'évaluation

L'évaluation thérapeutique est faite dans la majorité des cas par un interrogatoire, plutôt sous forme d'une discussion avec le patient « discuter » (1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14).

Quelques médecins utilisent des outils spécifiques tels que l'agenda du sommeil « de 2 semaines en 2 semaines (...) on regarde les agendas (de sommeil N.d.R.) précédents » (9, 5).

Un autre médecin utilise des objectifs d'amélioration de la qualité de vie au quotidien fixés avec le patient entre chaque séance « *c'est un objectif qu'on se fixe avec le patient, qui soit objectivable pour tous les deux, et qui permettent de dire que quelque chose évolue dans le bon sens. Parce que si je leur demande juste « Est ce que vous dormez mieux ? » c'est pas du tout objectivable* » (12).

D'autres outils spécifiques sont mentionnés par certains médecins, mais ne sont pas utilisés « *j'utilise pas d'échelles, de scores* » (10, 8).

- Le contenu de l'évaluation

L'évaluation est basée sur le ressenti du patient « *comment il se sent* » (6, 1, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Les médecins essaient de préciser ce ressenti en posant des questions ciblées « *c'est pas toujours très clair, donc il faut redemander* » (5) sur :

La satisfaction globale du patient « *est-ce qu'ils sont satisfaits ?* » (10, 4, 5, 11, 13, 14).

Son sommeil : l'amélioration de **sa qualité** « *Est-ce qu'ils ont l'impression de mieux s'endormir ?* » (12),

« *Si la nuit est relativement reposante* » (14, 1, 4, 5, 6, 10, 11),

et plus précisément l'amélioration **des paramètres du sommeil** « *combien de temps ils dorment ?* » (11, 1, 5, 12, 14).

Les répercussions diurnes « *est-ce que vous démarrez mieux le matin ?* » (5),

« *l'objectif, ça peut être aussi « Qu'est-ce que je fais quand je suis bien reposé ? »* » (12, 1, 6),

Le traitement : **a t il été appliqué?** « *si eux ils ont modifié quelque chose* » (12 à propos des conseils hygiéno-diététiques N.d.R., 4, 11),

sa tolérance « *voir si ils supportent bien aussi.* » (11),

son efficacité « *je demande « Ça a marché? Ça a pas marché? »* » (8, 7, 10, 11, 12, 14).

F – Les facteurs d'échec à l'alternative thérapeutique proposée

1- Les facteurs d'échec liés au patient

- **La non-acceptation d'un diagnostic et de son traitement** pour les insomnies secondaires « *quand il y a une pathologie derrière et que le patient a du mal à accepter cette pathologie, qu'il veut pas la soigner* » (13, 9).

- **Le manque d'adhésion au traitement** « *les gens qui croient pas en leur traitement, ça marche pas que ce soit de l'homéo ou de l'allopathie* » (2, 1, 3),

et **la mauvaise observance** « *je ne sais pas si ils les appliquent pas (les conseils N.d.R.)* » (1, 11).

- **Le manque d'implication** du patient dans sa prise en charge « *Quand les gens (...) cherchent des choses que de l'extérieur (...) ne s'impliquent pas dans le changement* » (12).

- **Les attentes irréalistes** de certains patients « *quand les gens abandonnent parce qu'ils pensent que c'est magique et que du jour au lendemain, bingo on va les endormir* » (12, 6).

- **Les patients avec une tendance à la somatisation** « *Les gens pour lesquels il faut avoir un symptôme, pour qui c'est une façon de vivre (...) c'est une façon d'exprimer un mal-être j'imagine* » (8, 5).

2 – Les facteurs d'échec liés au médecin

- **Le manque de conviction** du médecin vis à vis du traitement qu'il propose « *ce qui est croyance au niveau des patients, ça dépend comment tu prescrites ton truc «Tiens ben vous pouvez essayer ça, c'est du sucre vous pouvez essayer.» ou «Tiens y a des personnes chez qui ça peut marcher donc pourquoi pas vous.» » (11, 9).*

- **Des explications thérapeutiques qui sont insuffisantes ou inadaptées** engendrant une mauvaise compréhension du patient « *ce qui marche pas, ben c'est quand on explique pas » (3, 9).*

- **Un manque de maîtrise** du traitement utilisé « *si ça marche pas (...) c'est que j'suis pas assez bonne » (2).*

3 – Les facteurs d'échecs liés aux caractéristiques de l'insomnie

- Certains médecins pensent qu'une partie importante des échecs est liée à **une mauvaise orientation diagnostique ou étiologique** au départ « *l'échec généralement il repose sur un mauvais concept de base » (3),*

« *si on s'arrête à l'insomnie et puis qu'on traite que ça, mais en fait il y a d'autres problèmes ça ne fonctionne pas » (4, 10, 13, 14),*

ou à une mauvaise estimation de la sévérité de l'insomnie « *on a surévalué la demande », « comme on essaye toujours de traiter à minima au début (..) peut être pas avoir pris le problème (...) dans toute sa valeur, toute sa grandeur » (4, 3).*

Ceci est souvent lié à la **méconnaissance de certains éléments** non exprimés par le patient « *On est toujours dépendant de ce qu'ils disent. Si ils donnent pas les bonnes infos, tu peux pas apporter une réponse cohérente » (14, 3, 4, 12, 13),*

parfois à cause d'un **manque de temps consacré au problème** « *la consultation rapide « Je dors pas », poum prescrire, évidemment là c'est voué à l'échec » (4, 3, 10, 12),*

ou d'une **mauvaise communication entre le médecin et le patient** « *quand on a pas su laisser parler le patient ou qu'il a pas eu envie de nous le dire » (3).*

- **Le degré d'ancienneté** semble aussi être un facteur d'échec important « *plus c'est chronique, plus c'est compliqué (...) parce que (...) c'est fabriqué (...) c'est institutionnalisé » (12, 1, 5, 6, 10).*

G – Conduite tenue en cas d'échec du traitement initialement proposé – quand les médecins considèrent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de prescrire des hypnotiques

1 – Conduite tenue en cas d'échec

- Un des médecins commence par **rechercher les causes d'un éventuel échec** « *faut essayer soit de savoir le pourquoi ça marche pas » (14).*

- La majorité propose de **réévaluer le diagnostic** « *voir si le diagnostic qu'on a fait est le bon » (5, 1, 2, 3, 4, 7, 13, 14),*

avec en particulier **une nouvelle recherche de pathologie organique ou psychiatrique associée** « *on recherche des bilans étiologiques plus poussés que le simple trouble » (3, 4, 7, 13, 14).*

- **Plusieurs attitudes thérapeutiques** sont ensuite décrites en fonction des médecins et des situations :

Augmenter les doses du traitement en cours « *d'autres qui sont vraiment crevés (...) on voit ensemble pour les paliers pour monter les doses* » (11).

Associer différents traitements ou techniques « *si je vois vraiment que c'est résistant (..) je rajoute un des trois traitements (Oligothérapie, phytothérapie ou homéopathie N.d.R.)* » (5, 7, 9, 10).

Changer de technique ou de molécule au sein d'une même classe thérapeutique « *le trouble du sommeil s'est modifié (...) donc en effet il faut changer la molécule* » (2 à propos de l'homéopathie N.d.R. , 4, 5, 10).

Changer de classe thérapeutique sans notion d'augmentation de palier « *je change mon fusil d'épaule mais je lui avais proposé au début* » (9, 1, 3, 11, 14),
ou avec notion de passage à un palier supérieur dont parfois des benzodiazépines ou apparentés
« *c'est rare mais (...) ça arrive de temps en temps de proposer un neuroleptique* » (4),
« *si il y a un échec ben j'essaye de passer au palier supérieur* » (11, 3, 7, 8, 14).

Demander des avis spécialisés en dernier recours « *en désespoir de cause* » (3, 4, 6).

Soit les médecins adressent leur patient en consultation du sommeil pour rechercher et traiter des étiologies organiques spécifiques « *je leur dit qu'il existe des consultations spécifiques du sommeil, ce qui permet aussi parfois d'éliminer des organicités qui sont pas évidentes en soi.* » (7, 10, 13).

Soit ils les adressent à un psychiatre face à une pathologie psychiatrique sous-jacente sévère
« *L'insomnie de ce que je pensais être révélateur d'une anxiété chronique* » (13, 4, 6),
ou à un neurologue « *je me laisse toujours le neurologue à la fin, ou le neuropsychiatre* » (13).

2 - Situations où les médecins considèrent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de recourir aux hypnotiques ou aux benzodiazépines

- Tous les médecins sans exception en parlent

Certains médecins cherchent à initier ces traitements le moins possible « *une prescription qu'on évite, mais qu'on est de temps en temps, le moins possible, amené à faire* » (1, 3, 5, 9, 10, 12, 13),

alors que d'autres semblent y avoir recours plus facilement « *après je leur prescris assez facilement des hypnotiques* » (8, 4, 6, 14).

- Place dans la prise en charge

Plusieurs médecins soulignent la notion d'un traitement plus performant « *des traitements un petit peu plus incitatifs à dormir et donc plus performants* » (3, 4, 8, 11, 14).

Ils sont donc surtout prescrits quand l'insomnie et ses répercussions sont mal tolérées
« *quand on me dit « Je suis trop épuisé là, ça va plus être possible »* » (5),

« *quand il y a un retentissement très important du manque de sommeil sur l'état psychologique.* » (10, 1, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14),

ou après échec d'un premier ou d'un deuxième traitement « *si je le revois et que ça colle pas et ben on mettra des hypnotiques* » (12, 2, 4, 6, 7, 8, 11, 14).

Ils sont aussi prescrits dans les contextes d'insomnies aiguës et réactionnelles (3, 5, 8, 9, 11, 12),

ou quand l'anxiété ou la pathologie dépressive sont prédominantes (3, 5, 6, 7, 10, 11, 14).

-Tous les médecins expriment une réticence quant à l'utilisation des hypnotiques.

Ce sont les effets indésirables qui posent le plus problème (3).

Sur le long terme c'est surtout la dépendance qui est problématique « *il y a une accoutumance en fait très grande, ils s'y habituent très vite* » (6, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13).

Elle rend les sevrages très compliqués par la suite « *j'ai récupéré des patients qui avaient des hypnotiques (...) il y en a certains on est encore en train de, d'œuvrer pour les arrêter (...) la meilleure façon qu'il n'y ait pas de dépendance c'est de ne pas en prescrire* » (10, 4, 5, 6, 7, 12, 13). Leur prescription est donc évitée dans les antécédents d'addiction « *le patient qui me dit « Ben oui j'étais dépendant à l'alcool mais j'ai réussi à m'arrêter, et puis je fume, et puis je prends quand même de la codéine régulièrement* » alors celui là c'est sur que je vais pas lui mettre d'hypnotiques » (10).

Les effets indésirables à court terme empêchent aussi leur prescription dans certaines situations « *il y a des gens qui dans leur travail ne peuvent pas avoir tout ça* » (1, 7, 9, 14).

Ils sont inefficaces dans l'insomnie chronique « *On parle d'insomnie chronique hein donc de toute façon on sait très bien que ça a pas d'effets* » (9), « *c'est pas une bonne solution pour le long terme.* » (13, 1, 10).

Ils ne permettent pas un sommeil physiologique « *c'est un sommeil qui est pas physiologique, qui est pas réparateur de la même façon* » (13, 1, 9).

- Même si cela est parfois difficile (6), **les médecins sont soucieux de suivre les recommandations concernant leurs prescriptions d'hypnotiques** (4), afin de limiter au maximum les effets indésirables.

Ils choisissent des molécules à demi-vie courte (3, 6, 14), et les prescrivent à la dose minimale efficace (3, 4, 5, 6, 14), à la demande « *1 ou 2 nuits de suite et d'arrêter, et d'attendre d'être de nouveau un peu fatigué pour en reprendre* » (4, 2, 3, 5, 10, 13, 14), et avec la durée de traitement la plus courte possible (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14).

A noter la notion de « traitement court » est variable en fonction des médecins allant de quelques jours (4) à 1 mois (14).

Ils choisissent plutôt un anxiolytique quand une anxiété (3, 5, 6, 7, 10, 11, 14), ou un fond dépressif (6) sont associés à l'insomnie, et plutôt un hypnotique face à des troubles de l'endormissement (1, 6, 14).

H – Les difficultés mises en évidence dans cette prise en charge – quelques propositions faites par les médecins

1- Les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insomnie chronique

- C'est une pathologie fréquente « *un problème qui est récurrent en médecine générale, ça fait partie des motifs de consultation majeurs* » (4, 5, 6, 7),

mais **rarement exprimée par le patient** « *ils ne se plaignent pas du fait qu'ils dorment peu mais c'est parce qu'ils se préoccupent pas de leur sommeil en fait.* » (5, 11, 13),

surtout chez l'homme d'après médecins « *les troubles du sommeil c'est quand même 80% des femmes qui s'en plaignent, les hommes eux ne s'en plaignent pas* » (3, 6).

- L'insomnie est basée sur une **plainte subjective** « *c'est toujours très dépendant de l'avis du patient, c'est difficile de contredire son ressenti (...) c'est un peu comme la douleur* » (14).

- **Sa prise en charge est complexe** « on a pas de solutions très faciles » (1, 3, 7, 12).

Elle nécessite d'y consacrer du temps dès la première consultation , « on leur dit pleins de trucs, il repart avec un agenda du sommeil » (9),

« j'ai besoin qu'on en discute, je peux pas faire ça en 3 minutes » (10, 4, 7, 11, 12, 13),

et un suivi régulier « c'est une pathologie (...) qui aurait besoin d'un coaching, d'une prise en charge vraiment très régulière (...) ça c'est pas évident » (7),

avec tous les problèmes que cela peut comporter « Mais c'est pas du tout évident vu les plannings et vu le temps. » (12),

« je suis en retard ça me gêne pas, les patients (...) qui râlent beaucoup ils changent de médecin c'est clair. » (13)

« financièrement il faut pouvoir se le permettre aussi » (13).

- **C'est rarement le motif unique et principal de consultation** « c'est ça qui piège un peu tout » (12).

Les demandes multiples au cours d'une même consultation sont parfois difficiles à gérer « j'insiste beaucoup sur le fait que ça nécessite quand même une consultation spécifique mais c'est rare qu'ils reviennent que pour ça » (7),

« c'est toujours noyé entre le diabète, l'hypertension, la douleur, le lumbago. Et plus ça va, plus ils regroupent tout » (12, 10).

L'insomnie est **rarement évoquée en motif principal** de consultation « les patients ne consultent jamais pour un motif de sommeil, c'est un motif inavoué de consultation » (9, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 14).

Elle est donc **souvent abordée en fin de consultation** « Souvent les gens ils évoquent ça à la fin de la consultation » (8, 3, 10, 12).

- **Un manque de formation sur le sommeil?**

En grande majorité, les médecins considèrent qu'ils ont été **peu ou pas formés** au cours de leur formation initiale « Inexistante ! Je ne me souviens pas du cours sur les troubles du sommeil, je ne pense pas qu'il ait existé » (14, 7, 8, 11, 12, 13, 14),

sauf pour un des médecin « j'ai l'impression (...) d'avoir reçu une formation suffisante » (10).

Il s'agissait d'**une formation peu concrète** pour certains médecins « finalement il me restait sur le plan thérapeutique et concret pas grand chose. » (7, 11, 12).

Quelques médecins soulignent **une physiologie compliquée** « déjà que toi les cycles du sommeil c'est quand même bien compliqué » (8, 7, 10, 11),

et **des connaissances actuelles encore insuffisantes sur l'insomnie** « je pense qu'il y a pas assez d'études sur l'insomnie, qu'on est trop basiques » (7)

« on est pas très bon sur la prise en charge du sommeil » (7).

Une partie des médecins n'a **pas fait de formation supplémentaire** sur le sujet (2, 3, 4, 6, 12, 13, 14). Pour un des médecins c'est l'expérience qui est essentielle « après ce qu'il faut ben c'est quand même s'exercer, c'est l'expérience » (10).

2 -Les difficultés dans le choix d'une alternative au traitement par hypnotiques

Outre les doutes sur l'efficacité de certaines alternatives et les problèmes d'accessibilité rencontrés (coût, remboursement, nécessité de référents fiables, manque de connaissances du praticien) exposés précédemment , nous avons également pu identifier les difficultés suivantes :

- Les médecins se sentent parfois tiraillés entre une **pression de prescription d'hypnotiques** de la part des patients « *En face on a forcément une pression (...) de prescription.* » (14, 1, 4, 8, 12, 13),

et une **culpabilité de prescrire ces molécules** « *nous parfois aussi quand on prescrit pour nos propres patients on a aussi mauvaise conscience* » (4, 8, 13).

- **Il y a une tendance actuelle à l'attente d'un traitement médicamenteux** quel qu'il soit, par le patient « *c'est quand même « J'ai un problème je prends un médicament, je suis fatigué, je prends une vitamine, j'ai envie de dormir je prends un truc pour dormir »(...) c'est quand même (...) une espèce d'habitude que je trouve pas forcément très très intéressante* » (10, 13, 14), avec parfois aussi la tentation pour le médecin de prescrire un médicament « *C'est aussi la solution de facilité que de prescrire des médicaments.* » (8, 12).

- **Les traitements non pharmacologiques nécessitent un investissement** de la part du patient « *ça nécessite quand même des gens motivés (...) Parce que la relaxation (...) il faut quand même s'entraîner un peu pour réussir.* » (10, 9, 12).

De plus, il est **difficile pour certains patients de changer leurs habitudes** « *quand on va proposer des changements, ça va être plutôt à eux de s'impliquer et à changer des choses (...)c'est pas gagné d'avance* » (12, 1, 4, 10),

ou un **fonctionnement habituel** « *y en a qui ont quand même du mal à lâcher (prise N.d.R.) (...) c'est pas si simple* » (12, 9).

- D'autre part les médecins se sentent **rarement dans la situation de la prise en charge initiale** « *très souvent ils ont essayé pleins de choses* » (1), « *trouver quelqu'un qui dort pas depuis 3 mois qui est vierge d'hypnotiques c'est pas si fréquent* » (12, 4, 5, 11, 13).

Les patients peuvent avoir recours à certaines thérapeutiques sans prescription médicale ce qui ne facilite pas le suivi « *comme la phytothérapie ils peuvent l'avoir sans ordonnance (...) ce sont des patients qui peuvent nous échapper en fait après.* » (7),

« *Parfois tu sais le patient il voit des médecins différents (...) il fait pas forcément le cercle (...) il va voir l'acupuncteur pour le sevrage tabac (...) l'homéopathe pour la ménopause* » (9, 10, 11).

3 – Les propositions des médecins pour faciliter la prise en charge de l'insomnie chronique

- **La plupart des médecins expliquent à leurs patients leur réticence à prescrire des hypnotiques**

Un des médecins dit avoir un discours plutôt tranché et alarmiste à ce sujet « *le fait de leur dire de façon très tranchée, j'ai quand même l'impression que ça les marque* » (13).

Un autre médecin pense qu'il ne faut pas non plus diaboliser ces molécules « *sans diaboliser non plus le médicament parce que (...) des fois c'est vraiment utile* » (4).

A noter que **certains patients sont réticents d'eux même** à prendre des hypnotiques par crainte des effets secondaires « *y en a qui ont peur d'être transformé par le médicament, que leur personnalité soit changée.* » (13),

et surtout la dépendance « *beaucoup aussi qui viennent demander quelque chose pour l'insomnie mais qui veulent pas être dépendants (...) ils ont un peu peur de ça* » (11, 1, 2, 6, 7, 10, 13).

Ces informations sont également relayées par les médias « *avec ce qu'ils entendent aussi à la télé, ce qu'ils disent sur les benzodiazépines (...) ça leur fait une petite peur quand même.*» (13).

- **Proposition de dé-rembourser les hypnotiques** « ça fait partie des médicaments de confort » (14)

« si on veut arrêter de prescrire des hypnotiques il faut les dérembourser ou les mettre à 15% »(14).

- **Intérêt des réseaux et pourquoi pas des centres pluridisciplinaires?** « peut être une maison du sommeil avec un accompagnement pluridisciplinaire, ça serait vraiment une excellente chose (...) ou alors en réseau comme avec le réseau Morphée sur Paris (...) où on aurait en fait une prise en charge générale (...) pour sécuriser en fait les patient dans ce qu'ils vivent. » (7).

- **Faire plus d'études sur l'insomnie** « il faudrait explorer d'avantage les patients qui sont touchés » (7).

- **Rembourser certains alternatives thérapeutiques** « Si c'était pris en charge, c'est certain que je succomberais moins facilement (...) à la prescription d'hypnotiques et même de Donormyl® » (8 à propos la sophrologie et des consultations chez le psychologue N.d.R.).

Discussion

I - La méthodologie

Ce travail de recherche a eu pour point de départ le ressenti d'une difficulté fréquente à la prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale. Il nous a donc semblé intéressant d'étudier les pratiques des médecins généralistes dans ce domaine, et plus particulièrement quand ils souhaitent éviter une prescription d'hypnotiques. Plusieurs travaux ont déjà été réalisés sur la prise en charge de l'insomnie en général, en revanche notre revue de la littérature n'a pas retrouvé d'études centrées sur les traitements en alternative aux hypnotiques que les médecins généralistes proposent.

Pour mener cette étude, nous avons choisi la méthode de l'enquête qualitative ⁽²³⁾, afin de ne pas limiter les propositions des médecins à des réponses pré-établies, et de pouvoir explorer leur démarche, leur raisonnement, et leur vécu, ce que ne permet pas une enquête quantitative.

Le choix d'une stratégie d'échantillonnage en variation maximale, et de critères d'inclusion peu sélectifs pour recruter les médecins, nous ont permis d'avoir un panel de pratiques variées et donc des résultats très diversifiés. En effet dans une étude qualitative, une information donnée a un poids équivalent à une information répétée.

La première question de la trame d'entretien était volontairement très large en ne précisant pas la donnée « en alternative aux hypnotiques », pour favoriser le discours des médecins interrogés, et pour ne pas qu'ils se sentent jugés dans leur pratique.

L'ajout de la précision « sans étiologie organique évidente » à la première question nous a paru nécessaire pour que les médecins ne se focalisent pas sur le traitement spécifique de l'étiologie de l'insomnie, qui n'était pas en rapport avec le sujet abordé ici. Cette précision n'a cependant pas été suffisante pour éviter les « hors-sujets », en particulier en ce qui concerne les pathologies psychiatriques.

Sous le terme « hypnotiques » nous sous-entendons « hypnotiques apparentés aux benzodiazépines ». Nous ne l'avons pas spécifié au cours des entretiens mais ceci n'a visiblement constitué aucune ambiguïté. En revanche, il est à noter que la définition d'« hypnotiques » varie en fonction des articles, et au sein même des recommandations de la HAS. Ce terme désigne le plus souvent de façon implicite les « hypnotiques apparentés aux benzodiazépines », mais parfois il inclut l'ensemble des traitements pharmacologiques ayant des propriétés sédatives (phytothérapie, certains anti-histaminiques...).

Les questions de présentation étaient posées à la fin pour ne pas ralentir le début de l'entretien, et pour éviter que le médecin centre son discours sur une éventuelle spécificité de sa pratique dans le cas d'une formation en médecine alternative par exemple.

La méthode des entretiens individuels a été préférée à celles des focus groupes pour permettre une mise en confiance du médecin interrogé, et donc faciliter une expression plus libre de ses opinions, et de ses pratiques qu'elles soient consensuelles ou non.

Le manque d'expérience du chercheur a participé à un biais d'investigation. En effet l'investigateur a parfois eu tendance à poser des questions fermées, et il a aussi rencontré quelques difficultés pour recadrer le discours de certains médecins.

En ce qui concerne l'analyse des données, le biais d'interprétation, qui est inhérent aux études qualitatives, a pu être majoré par la connaissance antérieure de certains des médecins interrogés par l'investigateur. Les quelques phrases incomplètes ou peu intelligibles du médecin, engendrent une interprétation supplémentaire par l'investigateur, ce qui génère inéluctablement des erreurs dans la compréhension de ce que le médecin a voulu exprimer.

Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux participants pour une vérification, ce qui aurait pu permettre de rectifier certaines de ces erreurs.

Néanmoins les retranscriptions ont été réalisées directement après chaque entretien et quelques éléments de communication non verbale ont été décrits pour permettre de pallier en partie à ce biais. Les codages ouvert puis thématique ont été initiés parallèlement à la réalisation des entretiens dans ce même but, et la triangulation des données concernant deux entretiens a montré un codage similaire.

II - Les résultats

A – Affirmer le diagnostic d'insomnie, la caractériser et trouver sa cause : des prérequis indispensables pour les médecins

En premier lieu, certains médecins ont insisté sur l'importance d'attester du caractère pathologique de la plainte d'insomnie avant de décider de la prendre en charge. La présence de répercussions diurnes semblait être un déterminant essentiel pour guider la décision thérapeutique. Ceci avait également été constaté dans une enquête menée chez des médecins généralistes à l'échelon national ⁽²⁴⁾.

Le caractère subjectif de cette plainte basée sur le ressenti du patient, rend son authentification complexe comme l'a exprimé le médecin 14 « *c'est toujours très dépendant de l'avis du patient, c'est difficile de contredire son ressenti* ». De plus dans notre étude, nous avons constaté que la plupart des médecins se basent sur un interrogatoire non standardisé pour diagnostiquer et caractériser l'insomnie, ce qui majore cette difficulté. En effet seuls 3 médecins sur 14 s'aident d'outils plus objectifs tels que l'agenda du sommeil. Nous n'avons pas cherché à savoir si cela était dû à une méconnaissance de ces outils, ou à un manque de temps pour les utiliser.

Quasiment tous les médecins ont insisté sur l'importance de rechercher une cause à l'insomnie. Les recherches d'étiologies organiques et surtout psychiatriques ont été régulièrement abordées. Elles ont constituées une partie importante du discours de certains médecins, ce malgré les avoir clairement exclues de la question posée et en dépit des recadrages parfois répétés au cours de l'entretien. Pour certains médecins, l'insomnie semble indissociable d'une pathologie psychiatrique dépressive ou anxieuse plus ou moins sévère, comme il a été retrouvé dans la littérature ⁽²⁴⁾. Un des médecins envisage d'ailleurs l'insomnie plutôt comme un symptôme que comme une pathologie à part entière, et considère donc que sa prise en charge repose sur le traitement de sa cause et pas sur un traitement spécifique. La limite entre une pathologie psychiatrique avérée et une tendance anxieuse ou dépressive chez un patient n'est pas toujours évidente en pratique. De même, il est souvent difficile de définir si l'insomnie est cause ou conséquence dans ces cas-là. Néanmoins, il est établi, que lorsque l'insomnie est cliniquement significative, elle a une évolution propre qu'elle soit associée ou non à une autre pathologie, et doit donc être traitée spécifiquement ⁽⁹⁾. Dans ce sens il aurait certainement été préférable de remplacer

« sans étiologie organique évidente » par « en dehors du traitement d'une éventuelle pathologie associée » dans la trame d'entretien pour éviter que certains médecins ne se focalisent sur le traitement causal de l'insomnie.

B - Choix d'une alternative au traitement par hypnotiques

En ce qui concerne leurs propositions thérapeutiques, les médecins interrogés se basent régulièrement sur des critères subjectifs. Nous avons pu notamment constater une nette influence des aprioris qu'ils peuvent avoir sur leur patient ou sur certaines des thérapeutiques comme l'illustre le médecin 11 à propos de la sophrologie « *ici (...) les hommes en font pas mal aussi (de la gymnastique, du yoga, du Tai-chi N.d.R.) donc des fois je propose aux hommes qui ont l'air d'être ouverts* ». Ceci semble plus ou moins marqué selon le degré de connaissance du patient par son médecin. L'expérience personnelle de certains médecins avec certains traitements entrent aussi parfois en compte. Bien que la médecine actuelle soit de plus en plus fondée sur les preuves scientifiques, l'intuition du médecin est donc bien intégrée dans sa démarche intellectuelle, comme l'illustre également le concept du « gut feelings »⁽²⁵⁾.

A l'image d'autres pathologies chroniques, les propos de la plupart des médecins illustraient l'importance d'une alliance thérapeutique avec le patient pour guider l'orientation de la prise en charge.

Certains médecins ont souligné que la prise en charge de l'insomnie chronique ne relève pas forcément de traitements médicamenteux, cependant l'utilisation de ceux-ci a été fréquemment évoquée d'emblée. Cela peut s'expliquer par notre formation actuelle qui est plus axée sur les traitements pharmacologiques que comportementaux.

Conformément aux recommandations faites par la HAS, la majorité des médecins interrogés abordent avec leurs patients les conseils hygiéno-diététiques seuls ou associés à d'autres traitements. Ils semblent les utiliser dès le début de la prise en charge même si certains ne les ont mentionnés que tardivement au fil de l'entretien. En accord avec les recommandations, les médecins ont constaté dans leur pratique que les conseils hygiéno-diététiques constituent une aide utile mais rarement suffisante. Ces conseils sont donnés à l'oral, un seul médecin se sert d'un support écrit qu'il remet au patient.

Cette étude a aussi permis d'observer comment les médecins mettent en pratique certaines techniques inspirées des TCC, sans qu'ils semblent parfois avoir conscience de se servir de techniques éprouvées.

Plus de la moitié des médecins se servent de quelques éléments de la technique du contrôle du stimulus qui sont à la frontière avec les conseils hygiéno-diététiques (activités calmes le soir, éviter les siestes la journée et avoir des horaires de coucher réguliers). Les éléments plus spécifiques de cette technique sont cités par peu de médecin (être attentif aux symptômes de fatigue, réserver le lit au sommeil, se lever en cas d'éveil nocturne prolongé). Cette technique vise à recréer une association positive entre certains stimuli temporaires, environnementaux et le sommeil.

Parmi les principes généraux de la TCC, les médecins insistent surtout sur l'importance d'aider le patient à dédramatiser son insomnie. Quelques médecins utilisent aussi des techniques inspirées de l'entretien motivationnel en proposant des éléments pour accompagner le patient tout au long du processus de changement d'un comportement. Les éléments plus spécifiques de la thérapie cognitive de l'insomnie ont été moins abordés (identifier les croyances erronées et les attentes irréalistes du patient quant à son sommeil, puis les attitudes dysfonctionnelles qui en découlent pour pouvoir les réajuster).

La restriction du sommeil, qui vise à faire ressentir au patient la somnolence au moment du coucher en provoquant un léger état de privation de sommeil, à quant à elle été exclusivement citée par le médecin ayant une formation spécifique sur les troubles du sommeil.

Les éléments spécifiques de la technique de contrôle du stimulus et la restriction du sommeil nous ont paru être réalisables assez simplement. Nous n'avons pas cherché à savoir si les médecins étaient au fait de ces techniques plus spécifiques, mais on peut supposer que c'est la méconnaissance de celles-ci qui explique qu'elles sont peu ou pas utilisées. Plusieurs travaux de thèse ont amené à l'élaboration et à l'évaluation de guides pratiques pour aider les médecins généralistes dans la mise œuvre de ces techniques de TCC. Les médecins semblent trouver ces guides utiles comme le montre une thèse réalisée en Île-de-France ⁽²⁶⁾. Il serait maintenant intéressant de voir si cela modifie vraiment les pratiques sur le terrain.

Le recours au psychologue pour un travail psychothérapeutique plus approfondi était plutôt réservé aux insomnies associées à des anxiétés ou à des dépressions, et était majoritairement freiné par l'aspect financier selon les médecins.

Concernant les traitements médicamenteux allopathiques, les antihistaminiques sédatifs sont utilisés par quelques médecins dans les insomnies peu sévères.

Un seul médecin a parlé de la mélatonine, qu'il utilise parfois dans les contextes de désynchronisations du cycle veille-sommeil. Depuis les recommandations de la HAS, le Circadin® un analogue exogène de la mélatonine a reçu l'AMM en France pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire chez les sujets âgés de plus de 55 ans, ce malgré un SMR considéré faible ⁽²⁷⁾.

A noter qu'aux États-Unis et au Japon, un agoniste des récepteurs sélectifs de la mélatonine, le ramelteon est utilisé, mais n'est actuellement pas autorisé en France. En effet devant une balance bénéfices-risques défavorable, la commission Européenne a rejeté sa demande d'AMM en 2008 ⁽²⁸⁾.

Enfin les antidépresseurs ont été cités par les médecins interrogés plutôt dans le cas des dépressions et des anxiétés associées.

Les avis étaient partagés concernant l'utilisation des thérapies alternatives. Les médecins pratiquant une ou des médecines alternatives les proposent régulièrement en première ou en seconde intention dans la prise en charge de l'insomnie chronique, et les considèrent efficaces dans cette indication sauf pour l'ostéopathie.

Les médecins n'en pratiquant pas, étaient pour la plupart ouverts à l'utilisation de ces thérapies, malgré plusieurs problématiques récurrentes. Ils évoquaient une méconnaissance de ces pratiques, une incertitude quant à leur efficacité due à l'absence de preuve scientifique ou pratique, et un manque d'accessibilité du fait du coût, du non remboursement et de la nécessité d'avoir des référents fiables. C'est essentiellement l'innocuité de ces thérapeutiques qui était mise en avant pour justifier leur utilisation.

La phytothérapie était l'alternative médicamenteuse la plus proposée. On peut observer qu'elle est utilisée par beaucoup de médecins alors qu'ils n'ont a priori pas de formation spécifique dans ce domaine. On peut constater plus rarement ce même phénomène avec l'oligothérapie et en revanche beaucoup moins avec l'homéopathie, pourtant assimilée à la phytothérapie par certains médecins. Les autres médecines alternatives non pharmacologiques, en particulier l'acupuncture et à l'hypnose, ne sont quant à elles utilisées que par des médecins ayant une formation spécifique. L'utilisation de la phytothérapie semble donc être une pratique courante. Ceci peut s'expliquer en partie car il existe pour la phytothérapie, contrairement aux autres médecines alternatives, quelques études qui lui reconnaissent une certaine efficacité. Néanmoins, cette efficacité semble modeste et est de faible niveau de preuve, comme le montre une récente méta-analyse sur la Valériane ⁽²⁹⁾.

En ce qui concerne l'acupuncture, les études actuelles manquent de puissance pour conclure dans un sens ou dans l'autre ⁽³⁰⁾. Il en est de même pour l'homéopathie ⁽³¹⁾.

Les techniques de relaxation musculaire progressive et par biofeedback citées dans les recommandations de la HAS n'ont jamais été abordées. En revanche d'autres formes de relaxation ont été proposées par une partie des médecins, plutôt réalisées par une tierce personne (sophrologie, yoga, méditation, exercices de respiration) ou à l'aide d'un support (livre, CD).

C - Un suivi et une évaluation de la prise en charge hétérogène

Une minorité de médecins demandent à leur patient de revenir pour une consultation dédiée à ce problème. Un des médecins argumente à ce sujet que les patients reconsultent rarement pour ce motif unique, même si on leur propose .

Une consultation de suivi est proposée systématiquement par un peu plus de la moitié des médecins. D'autres médecins ont fait remarquer que les patients n'ont tendance à reconsulte qu'en cas d'échec thérapeutique, et ne proposent donc de réévaluer la situation que dans ce cas-là. Enfin quelques médecins ne proposent pas du tout de consultation de suivi, ce que certains semblent exprimer comme un moyen d'évitement du problème « *peut-être parce que j'ai la crainte de devoir prescrire du Stilnox® j'en sais rien !* » (médecin 8) .

On constatait de nouveau une subjectivité importante tant dans le délai d'évaluation, que dans la façon d'évaluer la prise en charge. En effet l'évaluation est elle aussi basée sur le ressenti du patient, et faite le plus souvent par un interrogatoire non standardisé. L'agenda du sommeil utilisé tout au long du suivi par un des médecins, et des petits objectifs d'amélioration de la qualité de vie au quotidien utilisé par le médecin 12 « *l'objectif , ça peut être aussi « Qu'est-ce que je fais quand je suis bien reposé? »* », semblent être des outils intéressants pour une évaluation plus objective. A noter que l'organisation du suivi n'est pas clairement codifiée dans les recommandations HAS.

D - Facteurs d'échec et conduite tenue en cas d'échec - quand les médecins pensent qu'on ne peut pas se passer des hypnotiques

Les facteurs d'échec principaux aux thérapeutiques proposées, semblent similaires à ceux que l'on peut rencontrer au cours de l'éducation thérapeutique de toute pathologie chronique organique.

Les médecins ont souligné d'autres facteurs d'échec, à savoir les attentes irréalistes de certains patients, et les personnalités avec tendance à la somatisation. Ces particularités s'expliquent certainement en partie du fait du caractère symptomatique de l'insomnie contrairement à d'autres pathologies organiques.

On peut noter que tous les médecins sans exception ont parlé des hypnotiques malgré le « hors-sujet », et la réticence qu'ils exprimaient à les utiliser. Ils évitaient pour la plupart de les utiliser en première intention. Les hypnotiques sont surtout prescrits dans les contextes d'insomnie sévère ou en cas d'échec des premières lignes thérapeutiques. Certains médecins y ont recours plus facilement que d'autres. Outre le manque de connaissance et d'accessibilité de certaines alternatives thérapeutiques, la pression de prescription exercée par les patients et la contrainte de temps semblaient rentrer en compte. Dans une thèse étudiant l'influence de l'insomnie chez les médecins généralistes sur leur pratique, il a aussi été suggéré que les médecins consommateurs d'hypnotiques, ont tendance à prescrire plus ces molécules ⁽³²⁾.

E - Difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte

Tous les médecins ont souligné le fait que la prise en charge de l'insomnie chronique est difficile. Cette difficulté se matérialise à travers le discours de certains des médecins interrogés par une ambivalence, voire parfois une contradiction au sein de certaines de leurs réponses, ainsi qu'une tendance à sortir du sujet.

Mises à part les difficultés déjà citées, on peut aussi retenir le problème que posent les consultations à motifs multiples, et une prise en charge longue qui demande un investissement du médecin et de son patient.

D'autre part, la formation initiale semble dans la majorité des cas insuffisante et peu concrète ce qui constitue une difficulté supplémentaire dans la prise en charge. Une thèse réalisée dans l'Arc Alpin met en évidence des difficultés similaires à celles retrouvées dans notre étude ⁽³³⁾.

La moitié des médecins ont complété leur formation de façon plus ou moins importante, ce qui semble les avoir aidés dans leur pratique. Une récente thèse a montré que la participation à une FMC rendait plus conforme la pratique des médecins aux recommandations, avec en particulier un recours plus fréquent à l'agenda du sommeil et aux thérapies non-médicamenteuses ⁽³⁴⁾.

F – Propositions faites par les médecins pour améliorer la prise en charge de l'insomnie chronique

Les médecins ont émis plusieurs réflexions pour les aider à diminuer ces prescriptions d'hypnotiques et mieux prendre en charge l'insomnie.

Un médecin a soulevé la question du déremboursement des hypnotiques. Depuis ceci a été proposé par la HAS, et la baisse du taux de remboursement de ces molécules à 15% est effective depuis le 1er décembre 2014 ⁽³⁵⁾.

Un autre médecin a suggéré de créer des maisons de santé pluridisciplinaires pour simplifier les problèmes d'accessibilité à certaines thérapeutiques et permettre un suivi régulier. Il évoque aussi l'intérêt des réseaux existants dans d'autres régions de France. Des ateliers organisés par le réseau Morphée en Île-de-France alliant éducation thérapeutique, approche cognitive et thérapies comportementales ont en effet montré leur utilité ⁽³⁶⁾.

Enfin, plusieurs médecins suggèrent le remboursement de certaines alternatives. On peut en effet se demander pourquoi des alternatives validées telles que la TCC par le biais de consultations chez le psychologue ne sont pas prises en charge, alors que certaines alternatives non validées telles que l'homéopathie sont remboursées ?

Conclusion

Cette étude nous a montré que les médecins généralistes semblent dans l'ensemble plutôt réticents à prescrire des hypnotiques, et proposent diverses alternatives lorsqu'ils cherchent à éviter cette prescription dans l'insomnie chronique de l'adulte. Cela nous a permis d'explorer quelles étaient les alternatives proposées, sur quels critères elles étaient choisies, mais aussi comment elles étaient utilisées en pratique.

Même si peu d'options médicamenteuses efficaces sont à la disposition des médecins dans cette indication, elles sont régulièrement utilisées par la plupart d'entre eux. Malgré l'absence de preuves concluantes concernant son efficacité, la phytothérapie est l'alternative pharmacologique la plus prescrite du fait de son innocuité et de son utilisation répandue dans la pratique courante. Depuis les dernières recommandations HAS, la mélatonine a obtenu une AMM, sans qu'elle présente un bénéfice évident dans cette indication.

Les thérapies alternatives paraissent être un complément intéressant dans certains cas, mais plus de preuves sont nécessaires quant à leur efficacité. Une meilleure information des médecins et futurs médecins quant aux principes et aux indications de ces pratiques serait utile.

Même si les techniques de TCC sont sous-exploitées, elles étaient plus utilisées que ce à quoi nous nous attendions, parfois sans que les médecins aient conscience d'utiliser des techniques éprouvées. Les techniques comportementales de contrôle du stimulus et de restriction du sommeil qui étaient moins mentionnées, ont paru particulièrement intéressantes, puisqu'elles semblent facilement utilisables sans être trop chronophages. Une généralisation de la formation à ces techniques pourrait permettre de diffuser leur utilisation, et semble d'autant plus intéressante que ce sont les thérapeutiques qui ont montré le plus d'efficacité sur le long terme dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

La prise en charge de l'insomnie chronique reste une prise en charge complexe. Les médecins de cette étude ont relaté les mêmes difficultés que celles déjà décrites dans la littérature. La plainte d'insomnie étant difficile à objectiver, et certains aspects de la prise en charge étant peu codifiés, cela donne lieu à une hétérogénéité des pratiques. Une formation plus concrète sur les troubles du sommeil, avec une formation à l'utilisation d'outils simples tels que l'agenda du sommeil, pourrait être une bonne aide, en complément de formations aux techniques simples de la TCC. D'autre part le développement d'ateliers thérapeutiques, comme ceux organisés par le réseau Morphée, sur l'ensemble du territoire semble aussi une piste intéressante, mais est-ce réalisable en pratique ?

Il nous semblerait intéressant de réaliser une étude chez les patients pour connaître leurs attentes dans la prise en charge de l'insomnie chronique, et l'efficacité ressentie des différentes thérapeutiques qu'on a pu leur proposer. On pourrait aussi approfondir la question des attentes des médecins quant à une formation sur les troubles du sommeil.

Bibliographie

1. SFRMS-SPLF. DIU Le sommeil et sa pathologie [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.sfrms-sommeil.org/diaporamas-annuels-des-diu/diu-2013-2014/>
2. Billiard M, Dauvilliers Y, éditeurs. Les troubles du sommeil. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson, DL 2011; 2011. xxii+514 p.
3. Espiritu JRD. Aging-related sleep changes. Clin Geriatr Med. févr 2008;24(1):1-14, v.
4. Beck F, Richard J-B, Léger D. [Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey]. Rev Neurol (Paris). déc 2013;169(12):956-64.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. avr 2002;6(2):97-111.
6. Léger D, Ohayon M, Beck F, Vecchierini M-F. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique. Médecine Sommeil. oct 2010;7(4):139-45.
7. Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM. Family history of insomnia in a population-based sample. Sleep. déc 2007;30(12):1739-45.
8. Liistro G. Introduction : classification ICSD 2014, prévalence, moyens diagnostiques - indications de la polysomnographie. 2014.
9. American psychiatric association, éditeur. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (D. C.), Etats-Unis, Royaume-Uni; 2013. xlv+947 p.
10. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. Sleep Med Rev. déc 2010;14(6):379-89.
11. Ohayon MM, Lemoine P. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. L'Encéphale. juin 2004;30(3):222-7.
12. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. févr 2010;33(2):414-20.
13. Vgontzas AN, Liao D, Bixler EO, Chrousos GP, Vela-Bueno A. Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. Sleep. avr 2009;32(4):491-7.
14. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. Sleep. mai 2008;31(5):619-26.
15. Sabanayagam C, Shankar A. Sleep duration and cardiovascular disease: results from the National Health Interview Survey. Sleep. août 2010;33(8):1037-42.
16. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep. mai 2010;33(5):585-92.

17. Kucharczyk ER, Morgan K, Hall AP. The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. *Sleep Med Rev.* déc 2012;16(6):547-59.
18. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
19. ANSM. État des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
20. Inserm. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. 2012 . Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071>
21. Institut BVA. Inpes - Les Français et leur sommeil. Enquête sur les représentations, les attitudes, les connaissances et les pratiques du sommeil des jeunes adultes en France [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/08/cp080310.asp>
22. Beaulieu-Bonneau S, Fortier-Brochu É, Morin CM. Prise en charge comportementale de l'insomnie chronique. *Médecine Sommeil.* mars 2007;4(11):4-10.
23. Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Frappé P, éditeur. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
24. Bayon V, Allaert F, Leger D. Evaluation des conséquences de l'insomnie par les médecins généralistes. *Médecine Sommeil.* déc 2007;4(14):33-9.
25. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Le Reste JY. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings » [Internet]. *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale.* Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
26. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
27. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie ? - Fiche BUM [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439922/fr/quelle-place-pour-la-melatonine-circadin-dans-le-traitement-de-linsomnie-fiche-bum
28. Prescrire Rédaction. Ramelteon et insomnie : demande d'AMM retirée, tant mieux pour les patients. *Rev Prescr.* mars 2009;29(305):179.
29. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gómez P, Calbó-Caldentey C, Flores-Mateo G. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med.* juin 2010;11(6):505-11.
30. Cheuk DK, Yeung W-F, Chung K, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996. Disponible sur: <http://0-onlinelibrary.wiley.com.sso.scd.univ-tours.fr/doi/10.1002/14651858.CD005472.pub3/abstract>

31. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: a systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev.* oct 2010;14(5):329-37.
32. Will S. Insomnie chez les médecins généralistes alsaciens: prévalence et influence sur leur pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009). Faculté de médecine; 2013.
33. Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin: exploration des difficultés ressenties [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
34. Volcler N, Paumier F. Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
35. Médicaments hypnotiques : baisse du taux de remboursement à partir du 1er décembre 2014 [Internet]. Disponiblesur:http://www.vidal.fr/actualites/14442/medicaments_hypnotiques_baisse_du_taux_de_remboursement_a_partir_du_1er_decembre_2014/
36. Londe V, Royant-Parola S, Liane M-T, Storch Y, Dagneaux S, Aussert F, et al. Prise en charge de l'insomnie chronique : les ateliers insomnie du Réseau Morphée. *Médecine Sommeil.* oct 2011;8(4):166-72.

Annexes

Annexe 1 : Agenda du sommeil

Annexe 2 : Échelles et Auto-questionnaires

Annexe 3 : Trame d'entretien

Annexe 4 : Verbatims

COMMENT REMPLIR L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda se remplit à deux moments de la journée :

- ✓ le matin au réveil pour décrire le déroulement de la nuit
- ✓ le soir pour reporter ce qui s'est passé dans la journée.

- **Le matin** : inscrivez la date (*nuit du 5 au 6 juin par exemple*).
 - Notez le moment où vous vous êtes mis au lit par une flèche vers le bas. (*même si c'était pour lire ou pour regarder la télévision*)
 - Mettez une flèche vers le haut pour indiquer votre horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
 - Hachurez la zone qui correspond à votre sommeil. Si vous vous êtes réveillé en pleine nuit et que cet éveil a été gênant, vous interrompez la zone hachurée en regard des horaires du réveil. Le but n'est pas de vous souvenir précisément que l'éveil s'est produit entre 3h17 et 4h12 mais de traduire simplement votre impression avec des horaires qui seront obligatoirement approximatifs.
 - Précisez ensuite la qualité de votre nuit, votre forme au réveil, en remplissant les colonnes de droite (*TB = très bon, B = Bon, Moy = moyen, M = mauvais, TM = très mauvais*).
 - Précisez si vous avez pris des médicaments, ou s'il s'est passé quelque chose qui a pu interférer avec votre sommeil (*par exemple faire du sport le soir, avoir mal à la tête, avoir de la fièvre...*).

- **Le soir** : vous remplissez à nouveau l'agenda
 - Pour préciser si vous avez fait une sieste, par une zone hachurée, de la même façon que vous avez noté votre sommeil de nuit. Vous reportez si besoin les moments de somnolence en notant un « S » en regard des horaires correspondants.
 - Enfin, vous apprécierez votre forme globale dans la journée.

Vous remplirez cet agenda pendant 3 semaines minimum. S'il vous est possible de le remplir à la fois sur une période de travail et une période de vacances, vous aurez beaucoup plus d'informations.

Auto-questionnaire QD2A de P. Pichot

Demander au patient d'entourer la proposition qui correspond à son état depuis plusieurs semaines :

J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	vrai faux
Je suis sans énergie	vrai faux
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	vrai faux
Je suis déçu et dégoûté par moi-même	vrai faux
Je me sens bloqué ou empêché devant la moindre chose à faire	vrai faux
En ce moment je suis moins heureux que la plupart des gens	vrai faux
J'ai le cafard	vrai faux
Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit	vrai faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	vrai faux
Je suis incapable de me décider aussi facilement que de coutume	vrai faux
En ce moment, je suis triste	vrai faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	vrai faux
En ce moment, ma vie me semble vide	vrai faux

La note est le nombre de propositions classées VRAI. Elle varie donc de 0 à 13.

En population générale, une note strictement supérieure à 6 est fortement corrélée au diagnostic clinique d'état dépressif.

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

(Beck Depressive Inventory- BDI 13)

Traduction française : professeur Pierre Pichot

Introduction et mise en garde : ce questionnaire ne doit pas servir à faire vous-même votre diagnostic de dépression. Le diagnostic ne peut être porté avec fiabilité que par un médecin au vu de divers éléments, les symptômes d'une dépression pouvant être très variables selon les individus. Ce questionnaire peut en revanche vous aider à suivre l'évolution de symptômes dépressifs au cours d'un traitement par exemple.

Consignes : Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel de ces deux dernières semaines. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie.

A	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants)	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3

E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3

K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Cotation : La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 questions. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- 0-4 : pas de dépression ;
- 4-7 : dépression légère ;
- 8-15 : dépression modérée ;
- 16 et plus : dépression sévère.

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Annexe 3 : Trame d'entretien

1- La dernière fois qu'un de vos patient s'est plaint d'insomnie chronique **sans étiologie organique évidente**, que lui avez vous proposé comme prise en charge initiale?

- *Si chez ce patient vous aviez voulu éviter une prescription d'hypnotique que lui auriez vous proposé?*

La suite de l'entretien concerne les situations où le médecin choisi une alternative à la prescription d'hypnotiques :

2- Qu'est-ce qui détermine votre choix thérapeutique pour un patient donné?

- *Solutions adaptées ou standardisées?*

- *Sur quels critères faites vous votre choix ?*

3- Comment organisez vous le suivi par la suite?

- *Méthodes d'évaluation de la solution proposée?*

- *Délai d'évaluation?*

4 – Quels sont les facteurs d'échec ou au contraire de succès à ces options thérapeutiques que vous avez pu identifier?

- *Liés aux caractéristiques du patient?*

- *Liés aux caractéristiques de l'insomnie?*

5- Quand vous considérez qu'il y a un échec de votre première ligne thérapeutique, comment procédez vous par la suite?

6- Que pensez vous des médecines alternatives (**autres que celles que vous avez citées**) dans la prise en charge de ces insomnies?

7- Questions de présentation :

- Age, sexe, durée d'exercice et d'installation, mode (seul, en groupe) et lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural), maître de stage ou pas?

- Pratiquez vous une ou des thérapies alternatives? Si oui depuis combien de temps et quelle formation avez vous suivi?

- Que pensez vous de votre formation concernant les troubles du sommeil? Avez vous eu une ou des formations complémentaires dans ce domaine? Si oui, qu'est-ce que cela vous a apporté et **comment cela a changé votre pratique?**

- Les questions en italiques correspondent aux relances.

- La modification suite au premier entretien a été la reformulation de la première question (retrait de la notion « en dehors des hypnotiques » qui était précisée d'emblée).

- Les éléments inscrits en gras ont été rajoutés après le 6ème entretien.

Annexe 4 : Verbatims

Entretien n°1

- *M : Alors, donc je vais te poser les questions. Euh donc la dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint d'insomnie chronique et que tu voulais éviter une prescription d'hypnotique, qu'est-ce que tu lui as prescrit ou proposé ? Qu'est-ce que tu lui as proposé ?*
- P1 : Des conseils.
- *M : Ouais ?*
- P1 : Que l'on appelle hygiéno-diététiques, qui font partie de ces conseils là. Euh ben déjà chercher pourquoi il a cette insomnie, les facteurs favorisants, est-ce qu'il y a des raisons extérieures à son insomnie, et puis lui donner des conseils sur comment se coucher, à quelle heure, à heures fixes. Pas avoir fait un repas trop important, pas forcément avoir bu d'alcool, dans une pièce à température tempérée euh dans des bonnes conditions extérieures quoi. Voilà !
- *M : D'accord, hum très bien... Et euh...*
- P1 : Je t'ai répondu ?
- *M : Comment mets tu en place ces solutions en pratique ?*
- P1 : Exactement ce sont des conseils, on leur explique les cycles du sommeil comment ça se passe, euh ce qui peut les énerver, les exciter le soir donc ce qu'il faut qu'ils évitent, ce qui peut par contre les... les aider à trouver le sommeil.
- *M : Comme quoi par exemple ? Du coup tu leur conseilles quoi pour les aider à trouver le sommeil ?*
- P1 : Alors de pas avoir fait d'activités physiques avant, de se mettre en bonnes conditions, euh... et puis éventuellement un peu de lecture avec une lumière un peu tamisée dans une pièce fraîche, être dans leur lit et puis dès qu'ils sentent arriver le sommeil se coucher. Pas, euh... voilà pas vouloir s'endormir tout de suite mais laisser venir les choses et puis surtout pas résister si ils sentent que ça arrive.
- *M : D'accord, OK, et tu disais les choses à éviter pour toi c'est ?*
- P1 : Les excitants : le tabac, le café, le thé les choses comme ça, les repas trop copieux , l'alcool, l'activité physique euh... après ben le bruit, éviter la télévision dans la chambre, les choses comme ça, les conseils « de base ».
- *M : Oui, alors du coup bon ça va peut-être être un peu répété : est-ce que tu proposes des solutions différentes en fonction du type de patient ou c'est toujours quelque chose de standardisé ?*

- P1 : Alors non c'est quand même un peu adapté parce qu'il y a des gens qui sont plus ou moins réceptifs aux conseils qu'on peut leur donner. Il faut s'adapter à chaque patient en fait, en fonction déjà de la façon dont il a d'aborder le sommeil, la façon dont il a de se coucher, si c'est... on adapte en fonction, oui il y a des gens qui vont être incapables de lire ou de se mettre tranquille. Il faut quand même s'adapter au patient quoi.

- ***M : Oui ben oui du coup. Très bien... Alors comment donc tu évalues l'efficacité de la solution que tu as proposée ? Est-ce que t'as... ? Enfin comment tu fais en fait ?***

- P1 : Alors j'ai pas de choses standardisées, je propose aux gens de les revoir entre 15 jours et 1 mois après, de discuter de la qualité de leur sommeil, de la durée et de la qualité de leur sommeil, de leur état de fatigue, de comment ils se sentent le matin, si ils ont eu l'impression que ce soit mieux au niveau de l'endormissement, au niveau de la persistance du sommeil et comment ils se sentent.

- ***M : D'accord, ok, une évaluation surtout par des questions ... donc est-ce que tu as constaté en fonction du type de patient, ben justement ce qu'on disait tout à l'heure, des facteurs d'échec ou au contraire des facteurs de succès de certaines des solutions que tu proposes ? Et quels sont ces facteurs si tu en as repéré ?***

- P1 : Les gens qui d'emblée sont très réticents, qui aimeraient des hypnotiques pour les faire dormir et qui sont réticents aux conseils, souvent... alors je ne sais pas si ils les appliquent pas ou bien si ça marche pas chez eux, mais souvent ceux là on n'a pas de bons résultats. Par contre les gens qui ont pas envie de prendre d'hypnotiques pour de multiples raisons, les effets indésirables etc et puis pas d'accoutumance, ceux là ils sont très réceptifs aux conseils et je trouve c'est chez ceux là que ça fonctionne le plus.

- ***M : D'accord.***

- P1 : Même dans les sevrages d'hypnotiques, les gens qui souhaitent arrêter les hypnotiques, ceux qui sont très très motivés, quand on leur donne ce type de conseils on se rend compte qu'il y en a une part non négligeable qui arrivent à arrêter.

- ***M : Et dans ceux qui arrivent sans aucun, comment dire, idées préconçues, est-ce que ceux là tu trouves que ça marche en général, enfin ça dépend de quoi ?***

- P1 : Alors, ça dépend des raisons de leur insomnie. Euh si ils ont un problème ponctuel qu'ils vont pouvoir régler, ou bien un problème anxieux qu'ils vont arriver à gérer euh forcément l'insomnie va s'améliorer. Si c'est des gens qui n'ont jamais bien dormi comme ils disent et qui ont toujours été comme ça, chez ces gens-là c'est plus... enfin j'ai l'impression que plus c'est long, plus il y a une longue évolution et plus c'est difficile de prendre en charge.

- ***M : OK plus c'est chronique ?***

- P1 : Ouais plus c'est chronique, plus c'est compliqué me semble-t-il.

- ***M : Très bien. Alors quand tu considères qu'il y a un échec de ta première ligne thérapeutique, donc des conseils hygiéno-diététiques, qu'est-ce que tu fais par la suite, comment tu procèdes ?***

- P1 : Alors je ne suis pas très très hypnotiques, donc j'ai plus ou moins tendance à donner un peu d'homéopathie – de rediscuter avec eux des troubles du sommeil et de pourquoi ils en sont là et de leur proposer de l'homéopathie soit à visée anxiolytique parce que c'est l'anxiété qui les empêche de dormir, soit il y a des choses en homéo qui sont pour les traitements des insomnies, enfin traitement mineur des troubles du sommeil. Bon ceux qui sont d'accord pour essayer , moi j'essaye de l'homéo.
- ***M : L'homéopathie, d'accord. Et c'est des choses fixes ou alors tu vas adapter par rapport au patient, les différents traitements ?***
- P1 : On adapte en fonction du type de patient, du type d'insomnie, euh de la durée d'installation, de l'anxiété sous-jacente, de plein de choses !
- ***M : OK et donc si un patient, n'est pas très homéopathie justement, n'est pas très ouvert à ça qu'est-ce que tu lui proposes d'autre ?***
- P1 : Alors moi je discute de ses attentes , il y a des fois des gens qui viennent qui sont épuisés qui ont vraiment besoin de dormir qui du coup sont hyper irritables, qui ont des enfants en bas âge, enfin parfois c'est un peu compliqué. Des fois, même si j'aime pas trop ça, un hypnotique pendant quelques temps si ça leur permet de se reposer, de repartir je dirais dans des conditions un peu meilleures et voilà de retravailler le sommeil un peu plus tard... parfois je prescris des hypnotiques. Et puis il y a d'autres patients qui, de toute façon viennent chercher des hypnotiques. En première intention moi j'essaye de pas les prescrire et puis si vraiment il y a pas d'autres alternatives possibles avec eux et que l'homéopathie c'est impossible, et ben de temps en temps... Mais en fait il n'y en a pas tant que ça des gens comme ça.
- ***M : Oui qui insistent ?***
- P1 : Non parce que des gens qui ont des troubles du sommeil depuis excessivement longtemps, très souvent ils ont déjà essayé pleins de choses, pour lesquelles ils ont pas été très satisfaits puisque globalement les hypnotiques ça induit le sommeil mais ça ne permet pas de le faire durer, le prolonger dans la nuit donc les gens ils se réveillent à 4 h du matin donc ils sont pas forcément satisfaits d'avoir dormis certes à 21 h mais d'être réveillé à 1 h, donc après... Bon il y a quand même des gens qui sont sous hypnotiques au long cours de toute façon, il ne faut pas se leurrer, et qui ne veulent pas du tout arrêter. C'est quand même une prescription qu'on évite, mais qu'on est de temps en temps le moins possible amené à faire.
- ***M : Et si jamais par exemple l'homéopathie, la personne essaye mais n'y arrive pas, tu proposes autre chose que des hypnotiques ou alors ça va être ça après ? Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu essayes en général ?***
- P1 : Alors c'est toujours dépendant du contexte, si les gens ont un problème aigu anxieux, parfois je les oriente vers la psychologue pour essayer de rediscuter, éventuellement la sophrologue. Ça dépend un petit peu de leur sensibilité. Il y a des gens qui vont aller facilement voir la sophrologue. Il y a l'étiopathe aussi. Après j'essaye de chercher ce qui pourrait aider les gens à avoir un meilleur sommeil en fonction de leur personnalité pour toujours essayer de... Moi j'explique toujours les effets indésirables des hypnotiques, je pense que les gens ont besoin de savoir, la dépendance mais aussi les troubles de mémoire, les troubles de concentration etc... Il y a des gens qui dans leur travail ne peuvent pas avoir

tout ça. Il faut que les gens aient entendu que c'est un vrai médicament, que ça fait pas juste dormir et qu'il n'y a rien d'autre. Et puis quand on a pas le choix, une prescription d'hypnotique.

- ***M : Très bien, c'est quasiment la fin ! En homéopathie, tu as fais des formations particulières ou pas ?***
- P1 : J'ai juste fait les séminaires de formation courte, les soirées.
- ***M : Ça fait combien de temps que t'en fais au fait de l'homéopathie ?***
- P1 : L'homéopathie j'ai commencé pratiquement en commençant, ça doit faire 6 ans.
- ***M : Et est-ce que t'as déjà eu des formations particulières sur les troubles du sommeil ?***
- P1 : Des FMC sur les troubles du sommeil, pas très souvent, comme on n'a pas de solutions très faciles je pense que c'est pas évident. J'ai du en faire une mais il y a...
- ***M : Tu trouves que ça t'a apporté ?***
- P1 : Ben sur les conseils à donner aux patients sur les conditions d'endormissement etc... C'est vrai que ça m'avait éclairé parce que pendant les études on en avait pas parlé mais sinon après il y a pas de miracles... On retombe vite dans les traitements médicamenteux et pour le coup il n'y en a pas cinquante...

Entretien n°2

- ***M : Alors, la dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint à toi pour la première fois d'insomnie chronique, qu'est-ce que tu lui as proposé ?***
- P2 : Comme traitement ? Comme médicament ?
- ***M : Je sais pas, qu'est-ce que tu lui as proposé tout court, enfin comme prise en charge en fait ?***
- P2 : Et ben on discute, j'essaye de trouver, j'essaye de trouver s'il y a une cause, s'il y a une cause à son insomnie.
- ***M : Ouais.***
- P2 : Quand y a une cause à son insomnie, ben on essaye de voir comment on peut remédier, remédier à ce soucis-là. Et après je lui propose de l'homéopathie.
- ***M : D'accord, un traitement homéopathique. Et du coup, quel traitement homéopathique tu proposes en pratique ?***
- P2 : Ah ben ça dépend, ça dépend du trouble du sommeil, ça dépend si c'est un trouble à l'endormissement, un trouble où il se réveille, où il se réveille. Ça dépend à quoi il pense quand il se réveille, ça dépend de pleins de choses l'homéopathie !
- ***M : D'accord. Est-ce que tu peux me dire à peu près les questions que tu vas poser pour euh justement euh choisir ton traitement homéopathique ?***
- P2 : Oui alors je lui demande déjà si c'est un trouble à l'endormissement ou un trouble du réveil. Si c'est un trouble à l'endormissement, je lui demande si, si quand il se couche euh... quand il se couche il est toujours dans ses idées et, et il part dans des idées...euh...ou il réfléchit. Ou bien si, ou bien si avant de se coucher il s'endort devant la télé et puis après il se couche dans son lit et après il se retourne vingt fois et puis il arrive pas à s'endormir, il s'endort que tard. Après ça c'est pour les troubles de l'endormissement en gros, et pour les troubles du...pour les troubles du réveil je lui demande à quelle heure il se réveille parce que l'heure du réveil c'est hyper important en homéo. Et puis ben à quoi il pense quand il se réveille ? Est-ce qu'il pense à son boulot ? Est-ce qu'il est déjà au boulot ? Jusqu'à 5 h du mat, 5-6h et puis à 6h il se rendort ou bien si il a plutôt des idées, des idées euh morbides ou voilà.
- ***M : D'accord. Est-ce qu'il y a des facteurs liés au patient lui-même aussi qui, enfin qui vont changer les prescriptions ou pas?***
- P2 : Euh oui oui oui oui oui, oui oui oui, parce que tu peux mettre un traitement de fond en plus, mettre un traitement de fond toute la journée euh si l'insomnie euh si l'insomnie entre dans le cadre d'une maladie générale. Quand c'est pas une insomnie qui est créée par quelque chose.
- ***M : D'accord. Donc par exemple dans quelle maladie générale tu vas donner ce genre de traitement ?***
- P2 : Ben je sais pas, y a des, y a des grands euh, des grands angoissés euh, je pense aux gens *Arsenicum album* par exemple, c'est des grands angoissés de la mort, qui ont toujours peur

de la mort, qui ont toujours peur de mourir, donc ces gens-là tu leur donnes pas uniquement de l'homéo quand ils vont se coucher et quand ils s'endorment, tu mets de l'homéo aussi le matin.

- **M : OK, par rapport à leurs angoisses quoi du coup ?**
- P2 : Voilà !
- **M : Y a d'autres pathologies où tu vas donner des traitements de fond comme ça ?**
- P2 : Ah ben tu peux donner un traitement de fond à tout le monde.
- **M : A tout le monde en fonction de la personnalité ?**
- P2 : Voilà, en fonction de la personnalité. Les gens qui vont très bien et qui n'ont aucun soucis, tu donnes pas de traitement de fond, même si tu sais globalement ce que sont les gens quand tu commences à t'y connaître un petit peu en homéo que tu vois les gens que tu discutes avec un peu, t'arrives à les caractériser mais après tu donnes un traitement, que si, que si y a une pathologie qui sort du traitement, enfin pas du traitement mais de la personne.
- **M : OK, alors euh comment tu évalues ensuite l'efficacité de la solution proposée ? A quels délais, est-ce que t'as des méthodes particulières ?**
- P2 : Alors en général non, j'ai pas de méthode particulière. En général ce que je fais c'est que je leur prescris pour, pour 3 à 6 mois et je leur dit que si au bout de 15 jours ça marche pas ils reviennent. Ça c'est pour les gens qui ont de *novo* un traitement homéo, et puis par contre les gens quand ils font le relais ou que c'est des gens que je connais pas ou des gens qui prennent un autre hypnotique ou bien, ou bien du, de l'Imovane® je leur dit que la première semaine en général, je leur dit de continuer leur molécule et pendant 1 semaine après je leur dit de la couper en 2. Et puis après de l'arrêter.
- **M : Et en même temps ils prennent l'homéopathie ?**
- P2 : Voilà, ils prennent l'homéopathie en même temps sur quinze jours, je fais un petit relais sur quinze jours et après ça dépend évidemment des patients, des angoisses qu'ils ont par rapport au fait de laisser leur hypnotique, ça dépend depuis combien de temps ils prennent une benzo, quand il y a les benzo, un sevrage aux benzo ça prend beaucoup plus de temps.
- **M : Ben oui.**
- P2 : Mais on y arrive toujours !
- **M : D'accord, tu as constaté, le sevrage aux benzo ça marche toujours ?**
- P2 : Ouais.
- **M : Et donc tu réévalues au bout de combien de temps à peu près ? Quelques mois du coup tu disais ?**
- P2 : Quelques mois mais les gens reviennent si jamais ça marche pas, je leur dit de revenir si jamais ça marche pas.

- ***M : D'accord, ça marche. Est-ce que t'as constaté en fonction du type de patient, certains facteurs d'échec ou contraire de réussite de ce que tu proposes ?***
- P2 : Alors, oui, y a les gens, y a des gens qui prennent de l'homéo uniquement pour me faire plaisir, ceux-là je sais quasiment d'emblée que ça va pas marcher et qu'ils reviendront me redemander leur hypnotique. Et puis y a des gens qui au contraire viennent me voir parce qu'ils en ont marre de prendre des saloperies et euh ils croient vraiment en l'homéo et eux ça marche beaucoup mieux. Hein, c'est toujours pareil c'est comme tout l'homéo, tu sais que, tu sais que les gens qui croient pas en leur traitement ça marche pas que ce soit de l'homéo ou de l'allopathie hein.
- ***M : Et ça oui t'as constaté ça même pour des gens on va dire qui viennent sans idées préconçues ?***
- P2 : Ah ben non quand ils ont pas d'idées préconçues, l'homéo ça marche super bien !
- ***M : D'accord, t'as pas remarqué des... tu t'es pas dit : tel patient qui à telle caractéristique ça marche en général moins bien, à part ce que tu m'as dit ?***
- P2 : Non.
- ***M : Ok très bien. Et si tu considères qu'il y a un échec euh ben de ce que tu as proposé en premier, donc en l'occurrence un traitement homéopathique, comment tu fais par la suite ?***
- P2 : Alors, ben je donne de l'Imovane®, parce que pour moi c'est le moins mauvais. Je donne de l'Imovane® et je leur dis que si jamais ils se réveillent dans la nuit ils peuvent en reprendre ½.
- ***M : D'accord.***
- P2 : Parce que pour moi l'Imovane® c'est le moins, moins, c'est le moins nocif quoi, y a pas du tout de syndrome de sevrage.
- ***M : OK ça marche.***
- P2 : Ou bien je donne de l'Atarax®, de l' Atarax® sauf évidemment aux personnes âgées avec des risques de glaucome et de rétention d'urines avec la prostate.
- ***M : Et d'autres choses ? Ou non c'est surtout ces 2 choses là que tu vas proposer ?***
- P2 : Ouais, ouais. Ou bien, ou bien aussi à un moment je donnaismais ça dépend des moments, tu sais le truc plantes là...euh...
- ***M : Euphytose® ?***
- P2 : Euphytose®, voilà. Euphytose®, Tranquicalm® ou voilà.
- ***M : OK.***

- P 2 : Mais ça, ça marche pas vraiment quand y a des vrais troubles du sommeil. Hein ça c'est plutôt les gens un peu cyclothymiques, un peu euh tu vois, je trouve que ça sur ces gens-là ça marche très bien. Les gens qui ont vraiment le vrai trouble du sommeil comme quand il y a une raison ou que c'est un trouble du sommeil qui dure depuis très très longtemps, pffff c'est vrai que ces gens-là, ça marche pas ça. Et l'homéo ça marche très très bien. Il y a pas d'homéopathie qui ne marche pas, il n'y a que des mauvais prescripteurs. C'est un jour un, c'est jour une de mes maîtres en homéo qui me l'a dit, donc voilà.
- ***M : Très bien. Et justement par exemple si tu...donc la première fois tu as prescrit de l'homéo au patient, si ça marche pas tu vas passer donc directement à l'Imovane® ou à l'Atarax® ou tu vas changer d'homéo au départ ?***
- P2 : Ah non, non non je vais changer d'homéo, je vais réinterroger, je vais voir ou peut-être, peut-être que, des fois, des fois le trouble du sommeil est calmé par l'homéo et puis ils se remettent à pas dormir et en fait quand ils reviennent ils me disent « Docteur, ça marche plus votre truc », et en fait tu réinterroges, en fait le trouble du sommeil s'est modifié.
- ***M : Oui, d'accord.***
- P2 : Hein, donc en effet il faut modifier la molécule, c'est plus la même molécule qu'il faut donner.
- ***M : Très bien, très bien. Ben écoute je crois qu'on a fait un peu le tour...***
- P2 : Et puis aussi, ce qu'on a oublié de dire c'est que je propose aussi de l'hypnose.
- ***M : D'accord.***
- P2 : Pour les gens qui ont des troubles du sommeil chronique, tu vois les gros chroniques je leur propose de l'hypnose.
- ***M : Tu proposes de l'hypnose... Est-ce qu'il a des types de patients à qui tu vas proposer ça plutôt qu'à d'autres ?***
- P2 : Non, non non, tous les patients qui ont un trouble du sommeil chronique, qui ont vraiment un truc chronique installé depuis longtemps.
- ***M : D'accord tu vas leur proposer à tous ?***
- P2 : Qu'ils aient une raison d'avoir leur trouble ou pas. Hein parce que même si ils ont pas de raison, en général il y en a une. Donc voilà, donc ça te permet de le travailler.
- ***M : Ça tu le proposes en parallèle de l'homéopathie, ou si l'homéopathie ça marche pas ?***
- P2 : Oui, oui oui, je propose voilà.
- ***M : Est-ce que tu peux m'en dire un peu plus, je sais pas est-ce qu'il y a différents types d'hypnose adaptés en fonction du trouble du sommeil ?***
- P2 : Non, non non je fais de l'hypnose Ericksonnienne moi, voilà donc après tu le fais comme tu le sens, comment tu sens le patient pendant la séance quoi, tu te mets toi-même en hypnose donc tu pars sur ton truc et tu peux pas dire ce que tu vas faire quoi.

- ***M : D'accord c'est un peu adapté à chaque... et le nombre de séances ?***
- P2 : Ouais ben c'est pareil, moi en général je fais entre 4 et 7 séances, je fais rarement plus de 7 séances pour un même euh pour un même problème. Si ça marche pas euh ben c'est que jsuis pas assez bonne ou que le patient est pas prêt quoi, pas prêt à se lâcher.
- ***M : D'accord. Et sur combien de temps à peu près ?***
- P2 : Alors je fais une séance toutes les 3 semaines. Je mets toujours 3 semaines entre 2 séances.
- ***M : OK ça marche. Et euh pareil, est-ce que tu as remarqué qu'il avait des gens chez qui ça marchait beaucoup plus facilement que d'autres?***
- P2 : Ah ben oui ! Les gens quand ils sont capables de lâcher, tu le sens bien. Et les gens par contre qui ne lâchent rien, qui sont hyper euh, qui ont besoin de tout, de tout régenter, de tout, de tout, euh tout maîtriser, les gens qui ont des migraines hein c'est typique, c'est typique les gens qui ont la migraine, ceux-là c'est très difficile pour leur permettre de, de se lâcher dans l'hypnose, c'est plus difficile.
- ***M : D'accord. Tu trouves que ce sont les mêmes personnes qui vont avoir du mal à adhérer à l'homéopathie que pour l'hypnose ?***
- P2 : Pas du tout, pas du tout.
- ***M : D'accord, OK. Voilà, donc est-ce que tu peux me dire juste pour l'homéopathie et l'hypnose ta formation c'était?***
- P2 : Alors l'homéopathie j'en fais depuis...attends je suis arrivée il y a 9 ans, je suis installée depuis 9 ans. J'ai commencé à en faire un petit peu il y a 8 ans. Et l'hypnose j'en fais depuis 4 ans. J'ai fait une formation à Rennes avec un hypnothérapeute de Lyon.
- ***M : D'accord. T'as pas d'autres formations en autres thérapies alternatives ?***
- P2 : Alors non, là j'ai fait une, j'ai fait une sur-formation en fait, un truc génial avec un autre maître que j'aime beaucoup qui nous a appris les sons, les sons. Donc je fais de l'hypnose musicale maintenant. Alors j'ai pas encore d'instrument, alors je chante, je chante voilà et puis je touche les gens.
- ***M : OK ça marche. Est-ce que t'as déjà eu une formation pour les troubles du sommeil ou pas ?***
- P2 : Non jamais.
- ***M : D'accord, juste la formation de la fac c'est ça ?***
- P2 : J'ai même pas souvenir de ça à la fac.
- ***M : Très bien ! Il y a d'autres choses que t'aurais envie de dire ?***
- P2 : Non pas pour l'instant.

Entretien n°3

- *M : Alors la dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint à toi de son insomnie chronique, qu'est-ce que tu lui a proposé? Et c'était la première fois qu'il s'en est plaint?*
- P3 : Une insomnie chronique?
- *M : Oui une insomnie qui traîne un petit peu.*
- P3 : Alors ce que j'ai fait, ce que j'ai proposé ou ce que j'ai ...?
- *M : Ben tout. Ce que tu lui as proposé, ça peut être ce que tu as fait... enfin en globalité quoi?*
- P3 : Ben pour l'insomnie je fais comme pour la psychiatrie, je me dis d'abord est-ce que c'est vraiment une insomnie? Donc je cherche qu'est-ce qui peut la provoquer, comment il la définit, ça veut dire insomnie, est-ce qu'il arrive pas à s'endormir, est-ce qu'il se réveille pendant qu'il dort, est-ce qu'il se lève très tôt le matin ou est-ce qu'il y a des coupures dans le sommeil. Donc après je vois si il a des raisons de se réveiller ou pas, de la douleur, la prostate chez les hommes, et puis voilà... Sinon pour ceux qui sont au travail, je vois si ils ont des problèmes professionnels ou pas et puis après je vérifie ce qu'ils mangent, ce qu'ils boivent le soir et puis ben leurs conditions de vie quoi, si il y a un problème familial, si il y a des enfants qui vont pas bien, enfin voilà pleins de choses.
- *M : OK.*
- P3 : Donc je cherche à replacer l'insomnie dans son contexte, contexte perso et familial et professionnel. Avant que ça s'appelle, avant de vouloir traiter euh un symptôme qui est peut-être que le reflet d'autre chose quoi.
- *M : OK et justement quand t'as envie de lui proposer un traitement ou une solution qu'est-ce que tu lui proposes en général?*
- P3 : Ben après j'ai oublié de parler des problèmes de tension et autres choses hein, les problèmes d'apnées, les gens qui sont fumeurs tout ça , sinon euh alors si c'est une insomnie d'endormissement, un problème d'endormissement qui est provoqué par une douleur ben je préfère commencer par des antalgiques et par des choses qui peuvent potentialiser l'effet de la douleur avec des produits qui peuvent du coup entraîner comme effet secondaire une somnolence, donc utiliser des antalgiques à visée euh, avec des effets secondaires de somnolence. On a dans ces produits-là, la codéine et le Dafalgan® par exemple, il y a le *tramadol* qui fait ça aussi le soir et sinon j'utilise beaucoup les plantes en démarrage euh toutes les plantes à visée sédatrice qu'on connaît : l'aubépine, la passiflore, enfin des choses comme ça. Donc là je prends des produits comme la Spasmine® ou le Tranquital®, qui sont des mélanges de 3-4 plantes, c'est pour tester la réalité du trouble du sommeil et c'est pour donner quelque chose.
- *M : OK.*
- P3 : Sinon, ben versant anxiété si il y a vraiment des troubles non pas du sommeil mais de l'anxiété ou de l'angoisse par rapport à des choses de la vie de tous les jours, une grossesse d'un enfant qui se passe mal ou bien un, un décès qui approche je donne plutôt des

anxiolytiques à ce moment-là, mais je vais pas aller vers les sédatifs quoi.

– **M : Des anxiolytiques, lesquels?**

– P3 : Alors moi j'utilise beaucoup le *bromazepam*, le Lexomil® en laissant à la demande, ça veut dire que je ne donne pas de traitement fixe et je prescris par quart de comprimés.

– **M : D'accord.**

– P3 : En gros dans le quart d'heure qui précède le fait d'aller au lit ou avant l'heure où le patient souhaite trouver le sommeil, ça veut dire qu'on ne le donne pas comme sédatif, on le donne comme anxiolytique au moment où la lumière est éteinte, la télé est éteinte...

– **M : Donc c'est vraiment dans le contexte d'une anxiété.**

– P3 : Dans le contexte de l'anxiété oui. En sachant que l'anxiété peut empêcher de s'endormir quoi.

– **M : D'accord.**

– P3 : Même chose si le réveil survient à l'occasion d'un cauchemar, ou d'un trouble, euh n'importe quoi, si au moment du réveil le patient est agité, anxieux ou bien machin, je leur donne aussi plutôt un anxiolytique donc avec en principe une durée de vie courte et un effet immédiat quoi, non pas des choses à la durée de vie longue ou retardée.

– **M : Très bien. Et donc pour ceux qui ont pas d'anxiété, c'est ce que tu disais, tu proposes plutôt des choses aux plantes au départ?**

– P3 : Au démarrage oui, ça permet de tester et puis de pas de mettre tout de suite le mot insomnie, utiliser des termes de psychiatrie alors que c'est pas forcément un problème psychiatrique. Je ne veux pas traiter avec des médicaments lourds tout de suite.

– **M : D'accord. Est-ce que tu proposes des solutions différentes en fonction du type de pathologie et en fonction du type de patient, est-ce que tu vas changer un peu ta prescription?**

– P3 : Ah ben oui parce que ça dépend dans tous les cas, puisque tous les facteurs qui entraînent le trouble du sommeil se retrouvent. Alors le sexe ça veut dire les hommes ou les femmes, on les traite pas forcément de la même façon. On va pas traiter un paysan de la campagne de 60 ans qui a des troubles du sommeil alors que d'habitude il bosse tellement la journée qu'il s'écroule le soir, qu'il dort. Si lui il a des troubles du sommeil, voilà on va pas le traiter de la même façon qu'une jeune femme de 30 ans qui est harcelée par son patron au boulot et qui a peur de dormir parce que le lendemain elle sait qu'elle va de nouveau avoir des soucis. On ne peut pas les traiter de la même façon et donc oui il y a une différence.

– **M : Dans quel sens justement? Par exemple le paysan tu vas lui donner plutôt quoi?**

– P3 : Ben le paysan de 60 ans il va avoir de l'arthrose et des machins, moi je vais aller plus sur les antalgiques à visée sédatif quoi.

– **M : D'accord. Et donc la jeune fille plutôt?**

- P3 : Plutôt psychosomatique on va dire gentiment, avec les plantes, ou alors au pire alors après si vraiment ça marche pas, si on évolue dans le temps, ben je vais utiliser des antidépresseurs à très petites doses, à demi-doses. En sachant que la composante trouble du sommeil fait partie d'un état dépressif alors qui est peut-être plus important versant sommeil que sans vraiment de dépression ou autre trouble. Ça dépend de la dépression quoi.

- ***M : Très bien. Justement les solutions thérapeutiques que tu proposes, tu les évalues en général au bout de combien de temps? Est-ce que tu as des méthodes particulières pour évaluer ça?***

- P3 : Alors j'ai pas de méthode. Ça c'est un peu ce qui nous manque à nous, les dinosaures de la médecine. On a pas appris à utiliser des protocoles d'évaluation donc on a pas de protocoles pour prescrire, vraiment. On fait au feeling, et l'évaluation on la fait, alors... Le paysan de 60 ans si il a mal à ses genoux et que, si on lui calme bien ses douleurs de genoux et qu'il dort mieux et ben, on réévalue au bout de 10 jours quand ses médicaments sont finis. Si il revient c'est que ça a pas marché. Si il revient pas c'est que ça a marché, or... Mais ça c'est pas, on a pas de traçabilité, donc on a pas euh, je mets pas en place quelque chose pour savoir et alors bien sûr on dit aux gens : « Si ça va mieux, vous prévenez », ils préviennent pas, eux ils préviennent quand ça va pas. Donc l'évaluation elle est pas programmée, mon évaluation elle est pas programmée. L'auto-évaluation du malade c'est si je pense que ça peut marcher et puis peut être, je mets souvent les ordonnances à renouveler une fois ou 2. Si ça marche pas je leur dis de revenir, si ça marche je leur dis de prolonger mon ordonnance, et je fais des prescriptions courtes, toujours à renouveler 1 ou 2 fois ou alors à réévaluer au bout de 10 jours en fonction des médicaments que je donne. Si je donne des antalgiques ou des plantes, je donne des traitements avec des durées connues, les anti-inflammatoires on donne 10 jours par exemple. Bon quand c'est des plantes chez les jeunes filles de 25 ans, c'est le printemps ben je lui donne 1 mois d'Aubépine et de Passiflore et puis voilà, donc euh... Mais sinon l'auto-évaluation du patient, finalement c'est un peu ce que je fais quand je lui dis : « Si au bout de 10 jours ça va, vous continuez, ou si ça va vraiment mieux vous diminuez de moitié ou si ça suffit pas ben vous doublez. Et si vous savez pas ben je vous revois. » Après c'est pas augmenter le nombre de consultation quoi.

- ***M : D'accord.***

- P3 : Bon on prévoit ou on programme que ça peut aller mieux ou moins bien, donc on laisse un peu au patient le choix de gérer son traitement donc je prévois aussi si ça va pas assez ou si ça va bien, il peut continuer 15 jours sans forcément revenir à la case départ donc je mets pas d'ordonnance bloquée, fixe pour qu'il se sente pas non plus euh voilà « Et qu'est-ce que je vais faire demain si j'en ai pas », donc ça va l'inquiéter de savoir qu'au dernier jour le samedi et puis que le dimanche il aura rien quoi.

- ***M : Et tu leur donnes une conduite à tenir au cas où?***

- P3 : Oui, au prorata oui.

- ***M : Très bien, très bien. Euh est-ce que t'as remarqué, euh, je vais revenir plutôt sur ce que tu disais au départ, la jeune qui prend des plantes, ou l'angoissé à qui tu vas prescrire du Lexomil®... Est-ce que tu as remarqué en fonction du type de patient qu'il y a des facteurs d'échec ou de réussite en fonction de certaines caractéristiques? Pour le traitement par les plantes par exemple?***

- P3 : Alors je vais dire simplement, je crois qu'il y a une chose qui est sûre dans les échecs, c'est quand on ne sait pas tout.
- **M : *Oui c'est à dire?***
- P3 : Quand le patient nous a pas tout dit, soit qu'il le sait pas, soit qu'on a pas pris le temps de parler suffisamment longtemps et que quelque chose qu'il devait nous dire il ne nous le dit pas parce qu'il a pas eu le temps, parce qu'il y a pas pensé, parce que c'est très lourd à dire. Il va pas, entre guillemets, on va utiliser un terme de police, il va pas avouer. Parce que si il avoue c'est comme une faute et donc ça, ça augmente le risque d'échec du traitement parce qu'on a pas la base, on sait pas. J'ai pas d'exemple précis mais ça m'est venu la semaine dernière... J'ai plus le patient précis en tête mais vraiment on a eu un échec thérapeutique parce que « oui mais vous m'aviez pas dit ça » donc le patient ne m'avait pas demandé, je ne pouvais pas supposer qu'il s'était passé telle ou telle chose donc voilà. Alors on est tous les 2 entre guillemets responsables mais pas fautifs de ne pas avoir donné l'info qui aurait permis de donner la solution. Et aucun des 2 n'a pensé que ça pouvait être en rapport, on a pas été chercher la chose à 3ans ½ j'ai vu mon grand-père se faire écraser par son tracteur. Bon y en a d'autres de histoires! Non mais voilà donc l'échec généralement il repose sur un mauvais concept de base. Qu'on a pas su laisser parler le patient ou qu'il a pas eu envie de nous le dire. Quand une maman vient me voir « Je ne dors pas depuis un mois. » et puis que 15 jours après elle te dit « J'ai réussi à emmener mon fils à la gendarmerie pour lui faire avouer qu'il prenait du cannabis », on sait qu'elle était angoissée parce qu'elle allait devoir faire son rôle de maman, d'amener son gamin chez les gendarmes. Une fois qu'elle l'avait dit, ben elle l'a pas dit au démarrage, sauf qu'une fois qu'elle l'a eu dit ben du coup elle a plus eu de troubles du sommeil.
- **M : *Oui.***
- P3 : Parce qu'elle arrivait mieux à dormir, que du coup son fils ça allait mieux, il a pu dire aussi que oui, il en prenait mais que oui, il voulait bien arrêter. Donc ça c'est un exemple, mais c'est souvent l'échec du choix du médicament qu'on va donner ou l'échec du ... qu'on donne après c'est sur une mauvaise base.
- **M : *Parce que les indications sont pas bonnes c'est ça?***
- P3 : Mmmh.
- **M : *Et quand il y a un échec de la solution thérapeutique que tu proposes, en général qu'est-ce que tu proposes par la suite?***
- P3 : ...silence...
- **M : *Pareil, je reviens plutôt sur le cas où tu as prescrit des plantes au départ?***
- P3 : Oui ... Alors tu m'a pas demandé mais j'ai très peu d'hommes... Les troubles du sommeil c'est quand même 80% des femmes qui s'en plaignent, les hommes eux ne s'en plaignent pas. On a pas la plainte, on a pas de consultations d'un homme qui vient en disant « J'ai un trouble du sommeil ».
- **M : *Ils ne vont pas s'en plaindre spontanément?***

- P3 : Non. On a ça chez les femmes plutôt alors voilà! L'homme il va te dire ça en fin de consult après avoir... il va te dire « Au fait je dors pas bien en ce moment » mais c'est pas prioritaire, c'est pas, ça le choque pas!
- **M : C'est pas une consultation dédiée quoi?**
- P3 : Ah ben non c'est pas dédié!
- **M : Alors que la femme, oui?**
- P3 : Oui, elle va venir pour ça. Ça c'est vraiment, alors c'est pas caricatural autant mais c'est vraiment plus spécifique de venir consulter pour ce genre de motif là chez une femme que chez un homme. En réfléchissant un petit peu alors c'est pareil... Pour le dire il faudrait avoir des bonnes gestion des dossiers. Mais en motif de demande si on fait, on met le motif de la consultation à partir du thésaurus je suis certain que j'ai pas 1% des hommes qui viennent pour un problème de trouble du sommeil.
- **M : Mmmh**
- P3 : On va avoir les épouses qui disent il ronfle, il fait des apnées. Mais lui va pas venir pour dire j'ai des troubles du sommeil. Et c'est pas le mari qui va dire, c'est la femme ou l'inverse, parce que ça arrive aussi hein dans l'autre sens, donc euh voilà.
- **M : Du coup, oui alors tu me disais...qu'est-ce que tu proposes en alternative de ta première ligne thérapeutique si ça a pas marché ?**
- P3 : Alors si j'ai pas été trop loin dans le bilan médical, je vérifie quand même qu'il y a pas des troubles métaboliques quelconques, donc après euh qu'est-ce qui peut donner des troubles du sommeil... Ça va être des anémies qui vont provoquer des fatigues, qui empêchent donc de bien dormir du coup, euh ... Ben je fais un bilan sanguin par exemple.
- **M : D'accord.**
- P3 : Euh.... Si y a des problèmes douloureux persistants mais localisés ben on fait un bilan radio pour chercher les causes de voilà! Des cervicalgies, des maux de tête, de la tension, enfin un bilan cardio, enfin on recherche des bilans étiologiques plus poussés que le symptôme machin. En désespoir de cause j'adresse à la consultation du sommeil à Bretonneau. Si j'ai épuisé la ressource des traitements simples ou d'avoir été donné des traitements un petit peu plus incitatifs à dormir et donc plus performants...
- **M : Et donc qu'est-ce que tu vas donner justement dans ces cas-là de plus incitatif pour dormir ?**
- P3 : Euhhhhh...y en a un que j'aime bien c'est le Victan®. J'en donne pas très souvent. Je le donne par demi comprimés, ça marche bien.
- **M : C'est un...**
- P3 : Sinon j'utilise un anti-histaminique genre Atarax® qui sont donc anti-histaminiques de base, donc on sait que ce sont des produits pour faire dormir mais encore une fois je l'utilise un petit peu parce que ça a des effets sédatifs quoi. C'est des demi-vies courtes également.

Euh... ben j'essaye d'éviter de rentrer dans la spirale du Stilnox®, des barbituriques et des hypnotiques quoi. De préférence j'aime pas mais ça...Mais je veux pas rentrer dans... ou alors je donne des traitements, je donne de l'Imovane®, je commence par des doses la plus basse, la 3,75 pendant une certaine durée et puis je passe à 7,5 après. Mais si vraiment j'ai un gros problème je fais une consultation du sommeil.

– **M : OK.**

– P 3 : Bon soit un enregistrement, soit une consultation, ça veut dire Brigitte Lucas à Bretonneau par exemple, ils sont 2 ou 3 maintenant. T'as la consultation spécifique douleur et t'as l'enregistrement...euh douleur, sommeil, consultation sommeil! Euh qui est faite par des, qui peut être faite par des neurologues, eux aussi ils consultent, ou alors l'enregistrement du sommeil, pour voir si on a dans le sommeil, des perturbations oui.

– **M : OK Très bien. On a fait un peu le tour... Qu'est-ce que tu penses sinon des médecines alternatives dans le traitement de l'insomnie? Est-ce que c'est quelque chose que tu utilises?**

– P 3 : Alors euh je... un, je les connais, je sais qu'elles existent, bon je respecte ceux qui savent s'en servir. Donc pour ceux qui me demandent, j'adresse à des mésothérapeutes, des acupuncteurs, euh...y a les ostéopathes pour faire des massages du cuir chevelu, des choses comme ça.

– **M : OK.**

– P 3 : Ça marche bien, les massages du crâne, ça fait des micro-mouvements des os du crâne paraît-il, ça fait une détente.

– **M : Donc tu vas prescrire, quand tu prescris de l'ostéopathie par exemple, comment tu vas prescrire ça?**

– P 3 : Ben je fais massage des os du crâne, ouais de la voûte crânienne parce que j'ai appris que ça existait, je l'ai vu faire. Quand c'est fait par des gens sérieux, j'ai pas d'exclusive en allothérapie. J'ai aussi l'homéothérapie dans tous les sens quoi! Non pas parallèles mais annexes ou autres, celles qu'on ne connaît pas nous, elles existent donc voilà.

– **M : Donc en fait tu vas, quand ils vont te demander tu vas les adresser mais de toi même tu vas pas forcément...**

– P3 : Alors j'ai pas mon premier jet d'envoyer vers tel collègue qui fait que de l'homéopathie dans le secteur ou vers tel ostéopathe dans le secteur d'à côté qui je sais fait les choses... Pas en première intention c'est vrai. Moi j'utilise, alors par contre y a quelque chose que je fais mais c'est un peu perso, mais tu le sais c'est l'utilisation de certains compléments alimentaires qui vont être des stimulateurs des pro, des pro des neuromédiateurs plutôt que des anti. Utiliser des médiateurs, des initiateurs de la sérotonine et de la dopamine en les stimulant par les acides aminés qui vont permettre une meilleure fabrication de ces neurotransmetteurs pour améliorer le sommeil quoi.

– **M : D'accord, donc ça t'arrive de prescrire ce genre de compléments? Et ça, ça va être pareil, pas en première intention?**

- P 3 : Non jamais. Enfin ça peut l'être pour des gens qui d'eux même ont des réticences pour prendre un antidépresseur ou si j'ai pas envie de leur en donner un. Donc au lieu de donner un anti-sérotoninergique ou un inhibiteur de la recapture, je vais donner des compléments alimentaires qui vont contenir des acides aminés qui s'intègrent dans le cycle de fabrication de la sérotonine ou du tryptophane et du coup ça c'est pour ceux qui ont une réticence à prendre des médicaments. On respecte leur conviction en disant je connais certaines des techniques alternatives déjà mais pas toutes. Dans le complément alimentaire je fais. Sérotonine, dopamine je fais, mais en complément, pas en médicament, ce sont des pro plutôt que des anti voilà. Ça va engendrer une sécrétion de la sérotonine et de la dopamine.
- **M : Et t'as constaté que c'était efficace?**
- P3 : Oui, mais on peut pas donner au tout venant comme ça. Voilà, ça fait partie des consultations, quand elles sont bien faites c'est aussi long que des consultations d'homéopathies.
- **M : Et qu'est-ce qui fait que ça marche pas, quand ça marche pas ? Tu as remarqué des choses ?**
- P3 : Ben moi tu vas me donner de l'homéopathie j'y crois pas donc ça marchera pas!
- **M : Mais pour les compléments alimentaires?**
- P3 : Alors pour la diet, on parle de compléments alimentaires, qu'est-ce qui marche pas, ben c'est quand on explique pas. Si on a pas l'accord du patient au préalable, qu'il a pas compris ce qu'on fait donc il faut être très long. Euh, donc soit les patients d'eux même disent « J'ai vu ça ou ça dans la presse, telle pub, tel machin, je suis allé sur internet, qu'est-ce que vous en pensez? » Je dis, ben je connais, je ne donne que ce que je connais moi après, en qualité, en quantité, en dosage. Il y a des dosages connus hein pour tout ça, donc voilà. Après il faut travailler avec des produits sérieux et surtout pas par internet.
- **M : D'accord.**
- P3 : Non mais ça marche, quand la personne est en demande. Euh quand tu lui... quand tu fais l'interrogatoire euh spécifique qui permet de trouver un déficit dans les acides aminés précurseurs de la sérotonine et de la dopamine, on a des questionnaires types qui existent, oui, que le patient accepte ou pas de faire. Et si ton nombre de réponses, ça va ressembler à un quiz... On te pose cinquante questions et puis à la fin on te dit, ah ben tu préfères les blondes. Tu ne vois pas venir, la réponse, elle est déduite, parce que toutes les questions ont provoquées comme réponse, au total, à la fin ils disent, il y a un déficit en magnésium, il y a un déficit en acide machin, il y a un déficit en flore intestinale, il y a un déficit en... voilà. Et là un déficit en précurseur de la sérotonine, donc on a des questionnaires qui existent oui. Je pourrai te le montrer c'est intéressant. Et moi quand je les ai appris...
- **M : C'est trop compliqué de les faire comme ça à l'oral?**
- P 3 : T'as un schéma, mais le schéma quand tu le lis, tu te dis mais c'est nul et puis quand t'appliques les réponses ensuite, sur le résumé global, tu remets dans un autre sens toutes les questions que t'as eu dans un sens eh ben t'as une réponse qui découle à la fin et tu te dis ben oui c'est évident. Bon ça doit être à la fois hyper simple, c'est parfois ressenti comme simpliste, sauf que quand tu donnes la solution et que tu la montres, tu prouves que tous les

désordres que tu as noté pouvaient s'intégrer dans différentes pathologies, dysfonctionnements on va dire, on est plus dans les maladies. Et à la fin tu dis, bon ben vous avez un déficit en dans votre flore intestinale qui fait que votre microbiote de l'intestin ne marche pas et tu vas filer des levures, c'est tout ce qu'il faut faire! Ça paraît bien compliqué pour si peu de choses. Tu donnes des levures et ça marche.

– ***M : Et ça marche?***

– P3 : Je parle pas du trouble du sommeil. Tu rétablis le système digestif, qui lui va rétablir une meilleure assimilation de certains aliments qui va améliorer une certaine carence qui avait engendré tel type de problème. Pourquoi pas le sommeil d'ailleurs! Ça marche bien, mais ça prend 1heure.

– ***M : Ça prend du temps, peut être un suivi régulier aussi?***

– P3 : Le suivi après ben si c'est pour ça, c'est très lent, c'est lent parce que c'est sur 1 mois, 2 mois, 3 mois. Les précurseurs de la sérotonine machin c'est 3 mois. Donc il faut pas que les patients soient demandeurs de « la semaine prochaine je veux aller bien ». Donc tu peux le faire que sur des gens qui ont des pathologies déjà plus longues, pas sur un truc aigu, et on le fait sur des gens soit que tu connais pas mais qui acceptent de faire le travail de l'interrogatoire et de la recherche et puis de ne pas prendre d'autres produits en même temps. Tu leur donnes ça, pour pas perturber le... si tu donne du Stilnox®, + du machin, + du truc, tu ne sais pas ce qui marche, + de l'homéopathie, tu vas voir un mésothérapeute, un acupuncteur, un magnétiseur et un ostéopathe voilà. « Je vais mieux parce que je vais voir l'ostéopathe ». « Non, vous avez été vu 6 personnes différentes » et tu sais plus! Il faut que les gens acceptent de pas tricher quelque part et de prendre une orientation thérapeutique que tu as choisie avec eux. Il faut que ce soit accepté des 2 côtés, moi pour ça j'en fais pas tant que ça, car on ressent pas toujours l'acceptation d'aller dans cette voie-là. Mais c'est la même chose quand tu veux faire maigrir quelqu'un, sinon t'as beaucoup de gens en surpoids, c'est facile de leur donner à tous la même chose, or je fais pas pour tous la même chose. Y'en a 5% qui font une pratique, d'autres feront d'eux même ce qu'ils peuvent.

– ***M : Oui, il faut que ce soit adapté. Très bien, j'ai fini avec mes questions. Simplement tu as fait quoi comme formation en nutrition?***

– P3 : Ben j'ai fait avec un labo, une vingtaine de séminaires de 3 jours avec Thérascience, avec des gens de qualités qui sont des docteurs qui sont dans les universités, dans les instituts de recherche, avec des colloques à Paris ou ailleurs, avec des publications. Donc c'est du boulot sérieux qui est fait. Il y a un support scientifique on va dire.

– ***M : Est-ce que t'as déjà eu des formations particulières sur les troubles du sommeil?***

– P3 : Oh ben je sais qu'il y en a de proposées, mais moi je fais beaucoup de choses.

– ***M : Je crois qu'il y en a pas beaucoup.***

– P3 : Ah bon ? Moi je pense en avoir vu, mais... Alors je lis pas, je lis pas du tout les... tout ce que publient les associations de machin, tout ce que font des trucs de formation, mais je pense qu'il y en a. Je sais pas si tu as déjà vu les pavés qu'ils sortent dans toutes les régions de France et le nombre de formations proposées tout le temps est énorme! Mais j'ai pas cherché à savoir si il y en avait.

- *M : Donc toi tu n'en a pas fait de spécifiques. Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter sur l'insomnie ? Les traitements de l'insomnie?*
- P3 : Ça touche le cerveau donc c'est compliqué !

Entretien n° 4

- ***M : Le dernière fois qu'un de vos patient s'est plaint à vous d'un problème d'insomnie chronique, qu'est-ce que vous lui avez proposé au départ?***
- P4 : On prend le...fff le rythme de vie et les causes possibles à l'insomnie. On discute de ça euh si euh souvent y a pas de cause bien identifiée enfin en dehors des patients anxieux qui ont un problème, une réaction à un problème de la vie courante on va dire ...mais la plupart du temps en effet c'est mal défini. On voit si les moyens simples peuvent suffire mais souvent on prescrit ... ça dépend vraiment des situations, mais soit un anxiolytique soit un hypnotique soit euh...
- ***M : D'accord.***
- P4 : Parce qu'en général quand ils viennent nous voir c'est qu'ils ont déjà essayé des produits plus simples on va dire, en pharmacie ou à base de plantes ou...
- ***M : Très bien.***
- P4 : Si ils ont pas , si ils ont pas essayé les plantes on leur donne ben oui un peu d'Euphytose® un peu de...
- ***M : OK. Quand vous disiez les moyens simples, vous pensez donc aux plantes, et il y a d'autres choses aussi?***
- P4 : Oui bon l'hygiène de vie, pas se coucher trop tard, euh pas se mettre devant la télé, euh...alors ça dépend aussi des âges évidemment, entre un jeune qui dort mal et une personne âgée qui dort mal c'est pas du tout la même chose.
- ***M : Alors plutôt chez les adultes d'âge moyen.***
- P4 : Les adultes d'âge moyen? Alors l'adulte d'âge moyen, je dirai que quand il dort mal c'est en effet parce qu'il est anxieux au travail, à la maison, là on arrive à identifier le problème. On regarde si il y a des répercussions en effet. Si il dort mal une fois de temps en temps on essaye de calmer les choses de...de dire de faire un peu de sport, de...de s'aérer, de prendre un peu de recul et puis si il y a des conséquences, si il a du mal à travailler parce qu'il dort mal alors oui je donne quelque chose d'efficace en général.
- ***M : D'accord.***
- P4 : Soit de l'Atarax® pour démarrer, pour donner quelque chose qui rend pas dépendant et puis si vraiment je sens quelque chose de plus fort, oui une benzodiazépine avec les recommandations habituelles d'en prendre le moins longtemps possible mettons 1 ou 2 nuits de suite et d'arrêter et d'attendre d'être de nouveau un peu fatigué pour en reprendre.
- ***M : Plutôt d'en prendre de manière interrompue?***
- P4 : Oui oui oui toujours! Toujours, toujours... en rappelant ces règles là. Voilà tous les risques de dépendance que ça comporte en effet.
- ***M : Et donc quand vous voulez justement éviter la prescription d'hypnotiques, vous aurez***

plutôt tendance comme vous dites à prescrire de l'Atarax® , est-ce qu'il y a d'autres choses que vous prescrivez?

- P4 : Oui c'est surtout ça en fait quand je veux être efficace. En effet si je sens que c'est vraiment léger et qu'ils n'ont pas essayé les plantes, oui éventuellement je vais essayer de l'Euphytose® ou ce genre de choses, mais en fait c'est rare de...sauf chez le plus jeune, oui là c'est systématique. L'adulte qui vient me voir pour ce problème là euh...d'insomnie non il ressort pas avec de l'Euphytose® en général.
- ***M : D'accord, très bien.***
- P4 : Ça arrive...mais dans 10 %...c'est pas la majorité des cas...
- ***M : C'est pas la majorité des cas vous diriez?***
- P4 : On essaye de répondre efficacement au problème. Et oui je pars plutôt en général sur de l'Atarax® la plupart du temps.
- ***M : D'accord.***
- P4 : Parce que c'est plus facile voilà à arrêter et souvent ça suffit. Il y a une prescription et puis ils reviennent plus pour ça, enfin ça passe...
- ***M : Justement c'est ce que j'allais vous demander.***
- P4 : Une fois sur deux ça suffit, Ils le gèrent, peut être 3 mois après ils nous en redemandent une boîte et puis après il gèrent ça comme ça et tout le monde est content. Voilà si ça peut s'en tenir là c'est très bien! Quand le problème est transitoire ils en reparlent plus et par contre quand c'est plus chronique...
- ***M : Justement est-ce que vous évaluez? Est-ce que vous avez des méthodes d'évaluation particulières? Un délai? Quand c'est quelque chose de chronique?***
- P4 : Oui on dit au patient de revenir nous voir dans le mois pour en discuter en général oui...
- ***M : OK, OK.***
- P4 : Et puis souvent ils reviennent pas parce que tout va mieux et puis voilà c'est à l'occasion d'une autre consultation, on leur redemande si...si ça va mieux à ce moment là.
- ***M : Très bien , très bien. Est ce que, ben justement donc vous me disiez certains vous proposez plus Atarax®, d'autres plutôt des benzodiazépines, c'est quoi qui...ou d'autres de l'Euphytose®, vous m'avez dit l'Euphytose® c'est quand c'est plus léger...est ce qu'il y a d'autres critères qui...***
- P4 : Ou l'âge, en fonction de l'âge aussi, enfin si c'est un très jeune, un adolescent.
- ***M : D'accord et entre l'Atarax® et la benzodiazépine est ce que vous avez des critères particuliers pour vous dire plutôt l'un ou l'autre?***
- P4 : (Rires) C'est un peu subjectif oui c'est pas des critères bien objectifs, c'est....

- ***M : C'est une impression?***
- P4 : C'est en connaissant le patient, en sachant un petit peu si....(silence)...fff le type d'insomnie aussi, si c'est vraiment quelqu' un juste d'un petit peu anxieux l'Atarax® suffit si c'est vraiment euh...une angoisse importante et des troubles avec la famille, l'enfant, le fils , le travail...souvent il faut une benzodiazépines quelques temps, une semaine pour récupérer et puis si la personne est très fatiguée en effet et que vraiment elle a du mal à s'endormir.
- ***M : D'accord.***
- P4 : Peut être l'intensité de l'insomnie oui qui me....mmm que j'essaye d'évaluer. Des critères oui plutôt subjectifs, je sais pas...
- ***M : D'accord plutôt avec une impression?***
- P4 : Oui plutôt une impression oui, c'est pas très scientifique tout ça. Vous savez il y a tellement de facteurs hein en fonction de la cause, du patient qu'on connaît ou qu'on connaît pas...c'est vrai que j'ai du mal à vous donner des critères très...très arrêtés.
- ***M : C'est juste pour savoir comment vous faites.***
- P4 : Avec l'expérience on va dire, pour être...
- ***M : Oui mais oui ça compte c'est sûr!***
- P4 : Et puis des fois on se trompe en effet. Ça arrive souvent que le patient revienne, quand on demande « Ça va mieux, vous arrivez mieux à dormir? Est ce que vous avez utilisé le produit? » « Ah non non non je ne l'ai pas pris. » Mais ils sont contents d'avoir eu le produit. Ils repartent, ils sont rassurés, on a discuté. Soit ils ne l'ont pas acheté à la pharmacie, soit ils l'ont acheté et ils l'ont laissé de côté et des fois ça les rassure simplement d'avoir quelque chose au cas où et puis ça va un peu mieux. C'est pas, c'est pas rare ça vraiment...entre guillemets une inobservance thérapeutique. On a dit vous pouvez faire ça comme ça, mais c'est assez fréquent qu'ils le prennent pas.
- ***M : D'accord.***
- P4 : Mais ça leur convient comme ça enfin voilà. On a eu la discussion. On a surévalué la demande entre guillemets, on a prescrit à tort quelque chose mais en ayant expliqué en effet les tenants et les aboutissants ça arrive fréquemment que les patients ne prennent pas.
- ***M : D'accord et quand vous leur expliquez justement, vous leur expliquez quoi exactement? Qu'est-ce que vous leur dites en général? Vous leur expliquez les mécanismes?***
- P4 : Ben on les met en garde voilà, de pas prendre l'habitude de prendre quelque chose pour dormir mais sans diaboliser non plus le médicament parce que si...des fois c'est vraiment utile de , de rendre un peu de sommeil au patient, ça passe dans la communication. Après c'est toujours est ce qu'ils comprennent ce qu'on a expliqué, ce qu'on...
- ***M : Et quand vous remarquez, vous me dites que parfois ils ne prennent pas le traitement,***

mais si ils l'ont pris et qu'ils vous disent « Ben docteur c'est pas efficace! » est-ce que vous proposez autre chose? Qu'est-ce que vous faites en général?

- P4 : Ben on essaye de réévaluer les causes, le contexte, voir si c'est plus profond, si il y a une dépression derrière.
- **M : D'accord.**
- P4 : Voir si il faut voir un psychiatre, ou prescrire un antidépresseur en plus, si...oui.
- **M : OK, d'accord.**
- P4 : Et puis on change de produit, des fois ça peut suffire en changeant de nom en changeant de produit.
- **M : Quand vous dites changer de produit, vous changez de classe, de type?**
- P4 : Si on était à l'Atarax®, ben éventuellement essayer un hypnotique.
- **M : D'accord.**
- P4 : Une benzodiazépine souvent oui. Il faut aller jusqu'aux neuroleptiques dans les cas euh...en montant petit à petit. Ça arrive, c'est rare hein c'est rare. En général on passe voir le psychiatre avant mais c'est arrivé en effet, ça arrive de temps en temps de proposer un neuroleptique.
- **M : Donc quand vous constatez que la benzodiazépine ne marche pas vous avez tendance à adresser au psychiatre?**
- P4 : Oui en général oui.
- **D'accord, OK. Est ce que vous avez remarqué des facteurs d'échec? Qu'il y avait des patients qui avaient certaines caractéristiques qui faisaient que souvent ça marchait pas avec eux? Est ce qu'il y a des choses que vous avez constaté de ce point de vue là?**
- P4 : Des gens qui prennent déjà des, des produits, des hypnotiques . Oui il y a des patients qu'on arrive jamais enfin fff... l'insomnie n'est pas une vraie insomnie il y a d'autres problèmes derrière , ils veulent pas le dire, ils veulent pas en parler ou...et puis si on soigne que ça, ça ne fonctionne pas.
- **M : Donc souvent c'est un manque...c'est qu'ils vous cachent des informations?**
- P4 : Oui , oui oui. Si on s'arrête à l'insomnie et puis qu'on traite que ça mais en fait il y a d'autres problèmes...ça ne fonctionne pas oui, ça arrive. Et puis les patients qui sont déjà poly-médicamentés, les patients qui viennent d'ailleurs qu'on connaît pas, qui ont des demandes, des...On essaye de diminuer les doses, mais ça ne fonctionne pas toujours très bien. Mais oui y a des échecs hein, y a des...quand on y va à tâtons, qu'on essaye de donner les plus petites doses possibles, que les patients reviennent, ça ne fonctionne pas donc on augmente les doses. Mais quels sont les facteurs qui font que ça ne fonctionne pas, oui je ne sais pas c'est...c'est après qu'on le sait ou qu'on le voit enfin quand le patient revient, et qu' il dit « je dors toujours pas. ».

- ***M : Oui, mais vous vous êtes, est-ce que vous avez repéré justement qu'ils avaient un point commun ces patients là ou pas? Vous m'avez dit, le fait qu'ils communiquent pas tout en général***
- P4 : Oui euh, on a mal appréhender le problème, on a peut être pas assez....ciblé oui, et puis... y acomme on essaye toujours de traiter a minima au début euh...peut être pas avoir pris le problème dans son , dans toute sa valeur, toute sa grandeur.
- ***M : D' accord. Et pour l'échec par rapport à l'Euphytose®? Vous disiez que vous le prescriviez plus dans des insomnies légères, est ce que vous avez remarquez des facteurs d'échec aussi mis à part le fait qu' il s'agisse d'une insomnie plus ou moins intense?***
- P4 : ... (*soupir*)... en général c'est chez l'adolescent. Les facteurs d'échec euh...pfff...c'est difficile à identifier, ça j'avoue que...
- ***M : Donc c'est surtout par rapport à l'intensité, vous trouvez que quand c'est trop intense ça fonctionne pas?***
- P4 : Oui voilà c'est ça.
- ***M : D'accord et sinon qu'est ce que vous pensez des médecines alternatives dans le traitement de l'insomnie?***
- P4 : Genre sophrologie...?
- ***M : Oui acupuncture, homéopathie...***
- P4 : Oui ça peut être utile surtout quand c'est des angoissés chroniques, on peut demander un peu d'aide en effet par ce biais là. L'homéopathie je suis pas trop homéopathie donc euh...bon si ils en veulent on prescrit bon voilà....mais spontanément, spontanément non.
- ***M : D'accord, et les autres types vous disiez?***
- P4 : Moi c'est pas en effet...c'est plus soit un psychologue, soit un psychiatre enfin voilà.
- ***M : D'accord, plutôt ce...***
- P4 : Après pour la gestion du stress on peut adresser au sophrologue. Le sport enfin oui avant tout le sport aussi, l'activité physique adaptée en fonction de l'âge et du contexte, la marche, le... Quand ils nous écoutent ça marche pas trop mal. C'est vrai que quand on arrive à les convaincre de sortir un petit peu, de bouger, de faire des activités...
- ***M : Oui vous trouvez que c'est efficace en général?***
- P4 : Il y a des résultats oui, oui oui. Ça participe en tous les cas. Mais bon il faut que ce soit suivi, c'est pas toujours...
- ***M : C'est ça, c'est toujours le problème.***
- P4 : Changer les habitudes c'est pas toujours facile.

- ***M : Et quand vous me disiez psychologue est-ce que vous orientez vers des psychothérapies particulières ou non vous laissez au psychologue le choix de gérer?***
- P4 : Non je maîtrise pas ça, je sais pas.
- ***M : D'accord. Et pareil, quand vous me disiez pour certains types de médecine alternative, vous me parliez de la sophrologie, est ce que vous...***
- P4 : Oui je pense à ça essentiellement. L'acupuncture c'est souvent les patients qui y pensent ou qui sont allés voir eux même. Je propose pas spécialement parce que je suis pas non plus convaincu donc euh voilà si ils me demandent je les oriente.
- ***M : OK, très bien, très bien...***
- P4 : Après donner des chiffres c'est difficile
- ***M : Oui chiffrer c'est compliqué effectivement...Alors sinon quelques petites questions de présentation : donc vous m'avez dit, vous vous ne pratiquez pas de thérapies alternatives, enfin vous avez pas fait de formations dans ce sens là?***
- P4 : Moi non.
- ***M : Est-ce que vous avez fait des formations concernant le sommeil?***
- P4 : Non je vis sur mes acquis de la fac.
- ***M : Depuis combien de temps vous exercez enfin vous êtes installé?***
- P4 : Je suis installé depuis 12 ans.
- ***M : Depuis 12 ans, d'accord OK. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet? Qui vous semble important?***
- P4 : Oui c'est un problème qui est récurrent en médecine général, ça fait partie des motifs de consultation majeur et toujours la culpabilité de prescrire un médicament derrière... le plus dur c'est de récupérer des patients qui ont de lourds traitements et d'avoir à leur arrêter. Oui les patients âgés... on essaye toujours mais c'est pas toujours possible.
- ***M : C'est pas évident.***
- P4 : Je pense que nous parfois aussi quand on prescrit pour nos propres patients on a aussi mauvaise conscience. Il y a des demandes qui sont excessives, mais c'est pas tous les cas. Les demandes excessives sont difficiles à gérer. Je pense qu'il faut pas diaboliser non plus ces traitements là, parce qu'il y a une réelle utilité, quand les patients sont en surmenage, qu'ils dorment plus. Quelques jours d'hypnotiques et puis ça peut remettre les, ça peut aider... Et bien sûr ça peut pas être fait en 5 minutes, la consultation rapide « Je dors pas », boum prescrire, évidemment là c'est voué à l'échec...ça demande un peu de temps...
- ***M : Souvent le problème c'est que les gens ne viennent pas avec ce motif unique.***

- P4 : Exactement! C'est pas souvent LE MOTIF. Ça et puis le plus dur c'est de renouveler tous les mois l'hypnotique, et tous les mois de dire au patient on arrête. C'est usant.
- ***M : Tous les mois vous tentez?***
- P4 : Ah oui oui, moi c'est systématique. Bon à la fin quand ça fait des années que ça dure on peut ne plus le dire, oui parce qu'il y a une lassitude et puis on en rigole avec le patient et puis aussi voilà il y a des gens qui sont sous hypnotiques et tout va bien et ainsi de suite...quand ils arrivent à 80 ans et qu'il risquent de chuter donc ben on est plus incisif mais euh..quand il y a une petite démence qui s'installe bon ben là on leur arrête plus facilement, mais avant c'est, c'est...
- ***M : Si la personne n'est pas d'accord c'est très compliqué, c'est presque impossible.***
- P4 : C'est presque impossible. C'est des motifs à fâcherie. Bon voilà!
- ***M : Et bien très bien, je vous remercie.***
- P4 : Oui et puis un des gros problème c'est le fait que les consultations chez le psychologue ne soient pas remboursées. On nous dit d'éviter de prescrire des médicaments mais les autres solutions ne sont pas remboursées. Une consultation chez le psychiatre ils vont attendre 6 mois et puis la réponse est pas toujours adaptée. Chez le psychologue c'est 40 euros la consultation, ils ne peuvent pas tous payer, c'est pareil pour le sophrologue.

Entretien n°5

- ***M : La dernière fois qu'un de vos patients vous a fait part d'un problème d'insomnie pour la première fois, enfin c'est la première fois qu'il vous en a parlé, qu'est-ce que vous lui avez proposé ?***
- P5 : C'est la première fois on a dit ?
- ***M : Oui sachant que c'est quelque chose qui traîne, quelque chose de chronique.***
- P5 : C'est ce que j'allais dire, nous on a plutôt... les gens viennent nous voir en seconde intention – ce sont plutôt des insomnies qui sont relativement anciennes, pas toujours mais enfin la plupart du temps c'est ça quand même.
- ***M : Oui ben c'est à celles-là que je m'intéresse.***
- P5 : D'accord. Et ben déjà on essaye, la première chose c'est qu'on fait un interrogatoire pour voir si il y a une cause, on recherche les causes organiques ou pas, ou psychiques. Après moi je leur propose de faire un petit calendrier du sommeil. On a eu une formation il y a pas très longtemps avec un OGC et c'est vrai qu'ils nous ont proposé ça et depuis que je le fais je trouve ça pas si mal, je trouve ça assez intéressant, on analyse mieux les choses. C'est plus objectif quoi. L'insomnie...donc c'est quelque chose de plus précis. Après j'analyse les différents... Comment évolue son insomnie ? Quand est-ce qu'elle évolue l'insomnie propre ? Est-ce qu'il y a des médicaments ? Combien de temps ? Etc... et souvent la personne elle vient parce qu'elle veut diminuer les médicaments, les arrêter ou ne pas en prendre carrément... Moi je donne rarement et d'emblée des médicaments sauf si c'est une insomnie récente avec un problème bien précis qui est du à un gros stress, alors là effectivement il faut arrêter... on bloque avec des anxiolytiques des choses comme ça ...
- ***M : Donc vous faites au départ comme vous dites, le calendrier du sommeil. Vous le proposez comment, enfin sur combien de temps en pratique ?***
- P5 : Sur 3 semaines. J'étais assez surprise parce que il y a des gens qui reviennent quelque fois en me disant, en fait je me suis rendu compte que je dormais pas si mal que ça. Et souvent, ça objective. L'insomnie c'est quelque fois une sensation de mal dormir, c'est pas toujours vrai qu'ils dorment mal et donc c'est intéressant puisque ça permet de bien discuter sur son sommeil.
- ***M : Et en général donc vous disiez, vous ne proposez pas de médicaments... Est-ce que vous proposez des choses thérapeutiques d'emblée ou pas ?***
- P5 : L'acupuncture toujours !
- ***M : Tout de suite, directement ?***
- P5 : Oui oui oui toujours de l'acupuncture, après éventuellement des médicaments homéo, pas obligatoirement mais quelques fois en plus. Ça dépend un peu comment va la personne pour les médicaments, mais bon...
- ***M : Et comment est-ce que vous choisissez l'une ou l'autre des méthodes ?***

- P5 : C'est toujours l'acupuncture d'abord et après, l'homéopathie en complément éventuellement.
- **M : OK c'est jamais l'homéopathie seule ?**
- P5 : Non c'est rare, à moins qu'il y ait des gens qui veulent pas être piqués...
- **M : Et la phytothérapie pareil, c'est en complément ?**
- P5 : Oui oui c'est en complément oui.....
- **M : Est-ce que vous pouvez me dire un peu les caractéristiques des patients ou d'insomnies auxquels vous donnez telle ou telle chose, phytothérapie ? homéopathie ?**
- P5 : Donc il y a les... les insomnies chroniques hein on parle toujours. Alors les insomnies chroniques, les hyper-anxieux, ceux qui n'arrivent pas à s'endormir, il se retourne dans la tête et puis voilà, ils finissent quand même par s'endormir qui dorment pas trop mal et puis il y a ceux qui se réveille tout le temps. Et puis ceux qui se réveillent le matin c'est plutôt le style déprimé, les dépressions. Souvent ces terrains là on fait des... enfin on analyse notre... une analyse du point de vue énergétique parce que du coup l'insomnie pour nous c'est un trouble du Yin et du Yan, on va essayer d'analyser ce trouble là, voir sur quel méridien il résonne, et après on va essayer de traiter le méridien qui... le trouble énergétique qui est défectueux on va dire voilà.
- **M : D'accord.**
- P5 : Donc essentiellement l'acupuncture c'est ça. On se bloque jamais que sur l'insomnie enfin c'est un diagnostic général de personne.
- **M : D'accord, OK.**
- P5 : Alors après si il y a des problèmes anxieux, si on veut rajouter des médicaments, l'homéopathie c'est pareil c'est par rapport au terrain. On donne des traitements plus pour l'anxiété, pour calmer pour essayer de préparer le sommeil, des conseils aussi hygiéno-diététiques pour préparer le sommeil puis agir plutôt sur l'anxiété, le stress par exemple les palpitations, la chaleur etc...et puis si c'est un terrain plutôt dépressif on donnera des médicaments homéopathiques... pour stimuler la personne au niveau antidépresseur quoi, de l'humeur.
- **M : D'accord.**
- P5 : Et puis après il y a les insomnies chroniques, des gens qui ne sont ni déprimés, ni anxieux qui ne dorment pas il y a des familles souvent comme ça qui ne dorment pas. On peut essayer de leur faire comprendre que c'est pas si grave que ça parce souvent ils sont pas fatigués, mais ils se disent « un jour je vais avoir un problème si je dors pas ». Ça c'est moins fréquent hein.
- **M : Oui c'est plus rare ?**
- P5 : C'est plus rare. Souvent ils vivent bien avec leur insomnie. C'est une histoire familiale.

- ***M : Et l'oligothérapie vous disiez, vous prescrivez ça dans quel contexte ?***
- P5 : Il y a plusieurs oligoéléments que j'utilise dans l'insomnie, comme les grosses fatigues, les grosses dépressions par exemple on utilise le *cuivre-argent* pour les asthénies comme stimulant. Après on peut utiliser le *lithium*, c'est un très bon... pour l'endormissement.
- ***M : Le lithium vous avez dit?***
- P5 : Le *lithium* en oligothérapie bien sûr. En fait c'est un médicament qui régularise l'humeur, donc ça permet d'avoir une... c'est plus chez les gens qui ont des baisses de... qui sont un peu dépressifs, on utilise le lithium au coucher ça marche très bien. Et puis après on peut utiliser des choses on va dire pour le stress, des oligoéléments comme le *magnésium* des choses comme ça. C'est essentiellement ces trois-là qu'on utilise.
- ***M : OK très bien, et vous me parliez des règles hygiéno... des conseils hygiéno-diététiques, vous donnez quoi comme conseil en général?***
- P5 : D'abord de... d'essayer d'être le plus régulier possible dans son sommeil, qu'il se couche pas trop tard, ne pas changer toujours ses horaires, c'est pas toujours évident. Et puis ne pas faire d'activités excitantes avant de dormir, éviter le jogging juste avant d'aller se coucher, le sport le soir. Après il y a le fait de regarder des écrans aussi, les ordinateurs, ça empêche bien de dormir ça les écrans. Toutes ces petites règles là qui sont en fait de, qui sont des règles de vie quoi ! Éviter les bains chauds, les choses comme ça. Pleins de petits conseils. On voit un peu comment ils... par exemple il y a beaucoup de jeunes qui ont des problèmes de sommeil mais qui se couchent même à n'importe quelle heure, qui regardent des films le soir sur les ordi tout ça, c'est vrai que ça perturbe pas mal le sommeil. Ils dorment très peu ces gens là ou alors ils dorment le matin mais il faut qu'ils se lèvent pour aller au travail ou aux études, ils sont un peu perturbés quand même. Souvent les gens, ils n'ont pas ces règles de base.
- ***M : Vous remarquez souvent qu'il y a un defect de ce côté là?***
- P5 : Oui tout à fait, oui oui. Je ne suis pas très médicaments en tout cas, vous avez bien compris.
- ***M : Oui oui. Et du coup, j'insiste peut être un peu là dessus, mais vous disiez que parfois vous proposez que l'acupuncture, et parfois vous proposez l'acupuncture et d'autres solutions que vous m'avez dit l'oligothérapie, la phytothérapie et l'homéopathie, est ce que vous pouvez mélanger les 4, est ce qu'il y a des situations ou vous n'utilisez que l'acupuncture...?***
- P5 : Ben en général quand j'utilise que l'acupuncture, je vois un peu comment ça réagit parce que j'aime pas tout mélanger au départ. On fait trois séances et puis si je vois vraiment que c'est résistant, on rajoute le... enfin suivant l'arsenal thérapeutique que je vais avoir, je rajoute un des trois traitements.
- ***M : D'accord, très bien. Donc justement, vous disiez vous essayez d'abord l'acupuncture, trois séances c'est ça en général ? Une séance tous les combien ?***
- P5 : Ben pour les insomnies chroniques c'est pas la peine d'en faire trop souvent, c'est 8-10 jours. Toujours par 15 jours pour régulariser tranquillement les énergies. Et puis après si on

voit qu'au bout de 3 séances ça commence à aller mieux et ben on va espacer un petit peu . Après les séances d'entretien, il y a des gens qui ont des problèmes d'insomnie qui viennent 2 fois par an par exemple pour régulariser un petit peu leur énergie. Il y a des périodes où ils vont être plus fatigués, plus stressés, en prévention.

- ***M : D'accord. Et en général la phase on va dire de traitement intensif ça dure combien de séances en moyenne ?***
- P5 : On va dire entre 5-10 maximum.
- ***M : Et donc vous réévaluez en fait au bout de 3 séances donc 1 mois c'est ça?***
- P5 : Oui à peu près.
- ***M : Est-ce que vous avez une méthode d'évaluation particulière, enfin comment vous évaluez si ça a marché ou pas ?***
- P5 : Par l'interrogatoire on réévalue, je refais pas faire de calendrier à moins qu'ils soient accrocs au calendrier. Il y a des gens qui aiment bien alors je leur redonne un calendrier, souvent ils disent « non non je vais pas recommencer... ».
- ***M : Donc c'est plus pour le diagnostic en fait le calendrier?***
- P5 : C'est plus pour voir comment ça marche. Et puis après c'est l'interrogatoire. On interroge pour savoir s'ils s'endorment plus facilement. C'est une impression en fait, les gens se sentent plus reposés. C'est pas toujours très clair, il faut redemander un petit peu « Qu'est-ce qui va mieux ? Est-ce que vous dormez mieux ? Est-ce que vous bougez moins la nuit ? Est-ce que vous démarrez mieux le matin? » On refait un interrogatoire en fait.
- ***M : Et si vous constatez justement, si vous constatez un échec de la première thérapeutique que vous avez proposé donc c'est à ce moment là que vous disiez ajouter d'autres thérapies. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous proposez ?***
- P5 : Ben quelque fois malheureusement j'ai été obligée de donner des médicaments, de l'allopathie. Quand on me dit « je suis trop épuisée là, ça va plus être possible, j'ai des examens » donc on passe par les médicaments qu'on va essayer de faire le plus court possible, une boîte comme ça ils ne s'habituent pas trop, je leur dis de prendre la moitié de la dose et puis après d'en prendre de temps en temps quand c'est vraiment, quand ils sont très très fatigués et qu'ils ont pas dormi depuis quelques jours. On essaye de pas trop les habituer. Le problème c'est surtout les gens qui en prennent depuis de nombreuses années et qu'il faut sevrer. Il faut y aller petit à petit, progressivement. C'est pas toujours facile.
- ***M : C'est compliqué oui. Et du coup, comme vous disiez quand vous voyez que l'acupuncture ne suffit pas vous ajoutez d'autres thérapies, par exemple si vous ajoutez l'homéopathie à l'acupuncture et que ça ne suffit pas qu'est-ce que vous faites, est-ce que vous rajoutez une autre ?***
- P5 : On réévalue le traitement. On peut changer le traitement homéopathie, on peut changer le traitement d'acupuncture aussi. On réévalue, on peut changer de traitement, on essaye d'affiner son diagnostic. On peut dire que souvent quand même c'est quelque chose qui marche assez de façon constante, pas mal quoi.

- ***M : Oui souvent vous avez des retours positifs ?***
- P5 : Oui. Il y a des gens qui viennent aussi en me disant « ben j'ai tout essayé docteur, vous êtes ma dernière chance ». Alors ça en général, ça met bien la pression et puis ces gens-là, est ce que... ben je me dis qu'il y a des gens qui ont envie... c'est leur symptôme et voilà... ils dorment mal. Quelque fois on arrive à améliorer les choses pour un certain temps, et les gens vont dire... « de toute façon rien ne marche chez moi »
- ***M : Et vous avez justement identifié des caractéristiques communes chez ces patients chez qui... ?***
- P5 : Les gens pour lesquels il faut avoir un symptôme pour qui c'est une façon de vivre. Il y en a qui ont mal au ventre, qui ont mal à la tête et bien eux c'est le sommeil. C'est une façon d'exprimer un mal-être j'imagine. Si quelque part le sommeil va mieux, il y a quelque chose d'autre qui va apparaître, c'est psychosomatiques. Donc c'est vrai qu'on va améliorer un symptôme peut être et puis ça va passer à autre chose. C'est une façon de s'exprimer.
- ***M : Et chez ces patients-là vous constatez qu'il y a un échec, on va dire, peu importe le type de thérapeutique utilisée ?***
- P5 : Oui voilà, exactement. On va pas avoir un grand succès. C'est peut être même pas utile de l'avoir de toute façon
- ***M : Et en fonction des différentes solutions que vous m'avez exposées, outre ce que vous venez de me dire, est-ce qu'il y a des patients, des types de patients ou des types d'insomnie qui font qu'il y a souvent quelque chose qui bloque, que ça marche pas ? Les facteurs en fait de certains patients à certains types de thérapeutiques ?***
- P5 : Les facteurs d'échec... ceux qui sont depuis longtemps traités par des hypnotiques ou des benzodiazépines, c'est vrai que si on a une insomnie plus récente c'est toujours plus facile de traiter. C'est surtout ça les facteurs d'échec en fait... très très anciennes.
- ***M : D'accord, il y a pas d'autres facteurs d'échec pour vous en fonction du type de thérapeutique ? Par exemple pour l'acupuncture vous avez pas remarqué que tel type de patient est moins répondeur ?***
- P5 : Non, non j'ai pas remarqué ça.
- ***M : OK je crois qu'on a fait le tour... du coup je vais vous poser quelques petites questions de présentation. Quelle formation avez vous en acupuncture et en homéopathie ?***
- P5 : En acupuncture... il n'y avait pas d'enseignement en fac, donc j'ai pris une école qui s'appelle l'AFA qui existe encore à Paris. C'était une école en 4 ans, en fait qui se faisait sur les week-end, le samedi essentiellement parfois le dimanche. Voilà et donc j'ai passé le diplôme de l'AFA. Et puis après quelques années après je me suis installée et là, il y a des D.U. d'acupuncture, et là j'ai passé l'équivalence du D.U.. En fait je l'ai passé à Strasbourg, parce qu'en fait chaque D.U. était un peu chapeauté par une école différente et moi c'était mon école qui était à Strasbourg donc j'ai passé mon équivalence là-bas. Il y a des écoles un peu différentes donc c'est pas toujours facile de s'y retrouver, en langage il y a un jargon différent selon les écoles, donc moi j'ai passé à Strasbourg voilà. Et puis l'homéopathie j'ai

beaucoup appris sur le tas, parce qu'en fait je me suis... j'ai remplacé à Loches un médecin qui est acupuncteur homéopathe et j'avais une petite formation en homéopathie, très légère, donc il a fallu que je me forme, donc j'ai beaucoup appris avec lui et puis après j'ai fait le CEDH mais j'ai pas fini le diplôme.

– ***M : D'accord, OK. Et la petite formation que vous aviez eu au départ c'était... ?***

– P5 : Non non c'était une formation par les bouquins. Enfin c'était presque mon maître de stage puisque j'ai été en stage un peu avec lui, et après je l'ai remplacé, on a beaucoup échangé.

– ***M : D'accord, très bien? D'autres formations particulières ?***

P5 : J'ai pas fait d'autres formations non.

– ***M : Sinon est-ce que vous avez eu des formations concernant les troubles du sommeil ?***

– P5 : Ben oui j'en ai eu une il y a pas longtemps euh avec l'OGDPC, MGForm, 2 jours de formation. Ils en font une tous les ans elle était très intéressante. Et puis non autrement j'ai pas fait de formation.

– ***M : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet ? Quelque chose que vous avez envie de dire, qui vous semble important ?***

– P5 : Non. Je trouve que les gens ne dorment pas assez la plupart du temps. Parce que je fais souvent un interrogatoire général et je demande aux gens si ils dorment bien même si ils ne se plaignent pas d'insomnie et je suis souvent étonnée du peu de sommeil qu'ils ont. Ils dorment peu. Les gens dorment 6h, 7h et je trouve que c'est pas beaucoup.

– ***M : Mais sans qu'ils se plaignent forcément ?***

– P5 : Non sans qu'il se plaignent, enfin les gens sont toujours un peu fatigués. Il y a quand même de la fatigue, mais non ils ne se plaignent pas du fait qu'ils dorment peu, mais c'est parce qu'ils ne se préoccupent pas de leur sommeil en fait.

– ***M : C'est un motif fréquent ? Enfin les médecins vous les adressent souvent pour ça ?***

– P5 : Souvent oui, c'est un motif fréquent oui. Par exemple on a une médecin généraliste pas très loin, quand elle a un problème d'insomnie elle nous les envoie.

– ***M : D'accord, et il y a des patients qui viennent vous voir directement justement parce qu'ils savent que vous faites de l'acupuncture?***

– P5 : Oui, oui oui, il y a des gens qui viennent directement, parce qu'ils ont entendu parlé que c'était efficace dans l'insomnie. Il y a des gens qui viennent directement, il y en a qui sont envoyés par un médecin. Ou bien des patients dont on est le médecin traitant mais c'est rare.

– ***M : Que vous soyez le médecin traitant ?***

– P5 : Oui, notre mode de travail est pas très propice à être médecin traitant.

Entretien n°6

- ***M : La dernière fois qu'un de vos patient s'est plaint à vous d'insomnie chronique qu'est-ce que vous lui avez proposé comme prise en charge initiale?***
- P6 : Ben d'abord j'essaye de rechercher la cause de son insomnie chronique. Parce que y a, pour moi y a 2 grands, il y a l'insomnie aiguë, passagère liée par exemple à des pathologies aiguës, à un décalage horaire parce qu'il est parti aux États-Unis, et puis insomnie chronique où le sujet se plaint vraiment de, par exemple, je sais pas 3 nuits par semaine de...il dit qu'il ne dort pas. Après, avant de lui proposer un traitement, je cherche à savoir ce qu'il appelle ne pas dormir. J'interroge pour savoir : Combien il a de périodes d'éveils ? Est-ce qu'il s'endort facilement ? A quelle heure il se réveille ? Comment il ressent son insomnie ? Est-ce que ça lui entraîne des conséquences dans la journée ? Est-ce qu'il se sent fatigué ? Est-ce qu'il a une perte de mémoire ? Est-ce qu'il arrive plus à se concentrer ? Est-ce qu'il est fatigué plus le matin au réveil ou le soir en fin de journée ? Et puis je, alors selon l'âge du patient je l'interroge aussi pour savoir par exemple si c'est pas...derrière l'insomnie chronique c'est pas par exemple un syndrome d'apnées du sommeil, qu'il aurait un très mauvais sommeil, en fait qu'il dort mal et qu'il se réveille avec le sentiment d'avoir mal dormi mais il a quand même dormi mais il a pas eu un sommeil réparateur quoi. Bon alors là le traitement dans ce cas là par exemple, bon ben pour moi c'est d'abord traiter le syndrome d'apnées du sommeil.
- ***M : Oui.***
- P6 : Je vais surtout pas, par exemple lui proposer des hypnotiques ou des anxiolytiques qui vont aggraver les choses.
- ***M : Si vous avez objectivé l'insomnie avec ce que vous dites et que vous avez pas justement retrouvé de cause organique on va dire, y a pas d'apnées du sommeil ou de jambes sans repos...***
- P6 : Pas de pathologies organiques ou de pathologies aiguës graves, par exemple un sujet néoplasique qui a des algies chroniques intenses...
- ***M : Voilà si on enlève ce genre de causes qu'est ce que vous faites ensuite?***
- P6 : Déjà j'essaye de le rassurer et après je lui donne, je commence plutôt par la phytothérapie.
- ***M : D'accord.***
- P6 : Traitement type Euphytose® ou...j'aime bien Euphytose®, à base de plantes, c'est à dire Aubépine, Valériane, Passiflore. J'aime bien Prosoft® par exemple qui est très concentré en Valériane. Bon et puis si son insomnie chronique est liée à une pathologie type syndrome dépressif ou syndrome anxieux assez rapidement quand même après la phytothérapie je lui donne euh si il a un problème d'endormissement je lui donne un inducteur du sommeil, mais j'essaye à doses minimales et de le sevrer assez rapidement.
- ***M : Quand vous dites inducteur du sommeil...?***
- P6 : C'est à dire genre Imovane® ou Stilnox® ou Havlane®, ces médicaments qui sont des

benzodiazépines à demi-vie courte. C'est-à-dire qu'au bout de 3-4 heures normalement elles sont éliminées. Mais il y a une accoutumance en fait très grande, ils s'y habituent très vite. Alors bon dans le Vidal ils vous disent 12 semaines, faut pas dépasser 12 semaines...bon euh oui on essaye mais c'est pas toujours facile. Bon si c'est un sujet dépressif euh là assez rapidement j'introduis un antidépresseur.

– ***M : D'accord.***

– P6 : Avec en début de traitement quelquefois un inducteur du sommeil voire si vraiment il y a une composante très anxieuse, un anxiolytique. Mais à demi-vie assez courte pour pouvoir dès que l'antidépresseur sera efficace, parce que généralement il faut 2 à 3 semaines. L'antidépresseur, moi, ils ont beau nous dire que c'est plus rapide, moi je constate en pratique qu'il faut 14 jours – 2 semaines pour que l'antidépresseur commence à être efficace, voire 3 semaines pour vraiment que le sujet ne ressente plus cette fatigue, ces troubles du sommeil, cette lassitude quoi.

– ***M : Oui cette tristesse.***

– P6 : Oui cette tristesse, cette anhédonie, où il a plus envie de rien faire, plus de goût à rien, plus d'initiative, plus...

– ***M : Et du coup vous disiez dans tous les cas quand même vous commencez toujours par de la phytothérapie?***

– P6 : Sauf si c'est vraiment, le sujet je vois d'emblée qu'il est dépressif, là je...antidépresseur ou alors j'utilise du Stresam® qui est un anxiolytique non benzodiazépine où là y a pas de problème de sevrage mais souvent soit ça marche, c'est un peu la loi du tout ou rien, soit ça marche dans les 8 jours, si au bout de 8 jours c'est un état qui a pas changé, s'il dort pas mieux, là je passe soit aux inducteurs du sommeil soit aux anxiolytiques benzo puisqu'en fait c'est soit Stresam® qui est non benzo soit après on tombe dans le case des benzo Xanax®, euh et tous les autres ouais.

– ***M : D'accord. Et quand vous...je reprend le cas où il n'y a pas de grosse dépression derrière, vous commencez comme vous dites par la phytothérapie. Euh comment ?***

– P6 : Phyto plus souvent, alors à ce moment là je les recharge en *magnésium*, un effet sédatif.

– ***M : D'accord, donc vous faites les deux en même temps?***

– P6 : Souvent oui. A ce moment-là oui.

– ***M : Et ça peu importe le type de patient, sauf si il y a une grosse dépression comme vous disiez?***

– P6 : Ah si le sujet arrive vraiment déprimé il a soit un gros problème familial, soit un gros problème à son travail, menace de licenciement, bon...où il arrive ...bon si déjà le patient je le connaissais avant, je savais que c'était plutôt l'hyperactif, solide, et puis qui arrive complètement effondré et découragé, là je suis assez rapidement inducteur de l'antidépresseur.

- ***M : Très bien. Alors je vais encore revenir sur le cas où il n'y pas de grosse dépression, vous réévaluez en général, est-ce que vous avez des méthodes d'évaluation de votre traitement ? Est-ce que vous avez des délais d'évaluation?***
- P6 : Je le revois au bout de quinze jours pour refaire le point, pour qu'il me dise comment il se sent. Si il dort mieux, si il a retrouvé le sommeil qu'il...parce que il y a les gros dormeurs et les autres qui se contentent de 4-5 h de sommeil. Mais si je suis en présence d'un patient qui dit mal dormir, une insomnie, qu'il dort plus que 3-4h, alors qu'avant il dormait 9-10h bon là je dis il faut faire quelque chose. Mais si bon il est habitué à dormir 3-4h bon pour moi la phytothérapie suffit quoi.
- ***M : Donc vous le revoyez au bout de 2 semaines, et vous réévaluez en lui posant des questions sur son sommeil c'est ça?***
- P6 : Voilà, voilà sur son sommeil. Déjà quand il se réveille : comment il se sent? Est-ce qu'il se sent en forme? Est-ce que ça lui coûte de se lever ? De faire sa toilette ? De retourner au travail ? Et puis savoir si en fait ses problèmes sous-jacents est en cours de règlement ou pas, si c'est un problème de chômage, de licenciement, si c'est un deuil familial bon le deuil il va pas se faire en quinze jours, il faut compter 6 mois. Et puis ça dépend aussi de la personnalité initiale du patient, il y en a qui sont blindés, et puis d'autres que le moindre événement affecte. Où je suis beaucoup plus embêté c'est l'enfant quand la maman me dit il dort pas, il me casse les pieds, il me réveille alors là, je dois dire que souvent je...c'est plus compliqué parce souvent j'ose pas donner de médicament, alors là après bon on essaye de monnayer, de voir si l'enfant a des peurs, ce que c'est, il est en train de feinter avec ses parents parce qu'il veut coucher dans la chambre des parents, ou parce qu'il est jaloux du petit frère ou de la petite sœur qui vient de naître. J'essaye de résoudre le problème sans traitement.
- ***M : Très bien. Alors du coup est-ce que vous avez remarqué, je reviens sur la phytothérapie – est-ce que vous avez remarqué des facteurs d'échec de cette thérapeutique ou au contraire de succès, des facteurs propres au patient ou propres au type d'insomnie en dehors de la grosse dépression?***
- P6 : Non je n'ai pas remarqué...
- ***M : Vous n'avez pas remarqué que tel type de patient répondait moins bien à tel traitement?***
- P6 : Non, non, alors je dirais peut-être que les femmes réagissent mieux à la phytothérapie que les hommes. Euh bon mais...
- ***M : Vous avez l'impression que ça fonctionne mieux d'après les retours que vous avez?***
- P6 : Oui. Déjà les femmes ont tendance à consulter plus vite pour les troubles du sommeil que les hommes. Les hommes ça va toujours s'arranger, ça va...Une femme qui commence à avoir une insomnie chronique elle viendra plus vite exposer son problème.
- ***M : Donc pour vous ça va mieux marcher si c'est moins ancien?***
- P6 : Oui si c'est moins chronicisé, moins l'insomnie est installée de façon importante, plus je pense que la phytothérapie a un effet positif, oui. Et puis bon aussi la psychologie, faut les

rassurer leur dire que, essayer de comprendre leur problème puis d'essayer d'avoir des arguments pour les rassurer, leur dire que bon, ils sont pas licenciés encore, c'est qu'une menace, ça va peut être s'arranger, tant qu'ils ont pas reçu la lettre recommandée avec une mise à pied c'est pas fait. On essaye toujours de discuter parce que c'est, le contact c'est quand même un facteur important.

- ***M : Quand vous partez sur ce type de traitement et que vous trouvez que ça marche, combien de temps de traitement en général?***
- P6 : Y a pas de...autant pour un antidépresseur pour moi c'est 6 à 9 mois. Quand c'est la phytothérapie ça peut être 8 jours à plusieurs semaines mais je veux dire quand je prescris je ne me fixe pas une obligation de dire il faut absolument l'arrêter au bout de tant de temps, c'est selon l'évolution clinique du patient, et souvent c'est fonction de la résolution du problème qui a causé l'insomnie quoi.
- ***M : Et quand vous évaluez et que vous constatez que ça marche pas, vous proposez quoi en général par la suite? Si on enlève toujours le fait de la grosse dépression.***
- P6 : Ben quand alors après, quand rien ne marche, euh...une fois j'ai envoyé à une consultation au Dr L. euh parce que bon le patient je le vois pas très souvent mais quand je le vois soi-disant il ne dort jamais, jamais, jamais. J'avais tout essayé hein.
- ***M : Vous aviez essayé quoi du coup?***
- P6 : La phytothérapie, les anxiolytiques euh...bon, je savais plus comment, donc je l'ai envoyé. Et puis en fait...que c'était surtout un tempérament anxieux et qu'il fallait traiter son anxiété quoi.
- ***M : Par des anxiolytiques?***
- P6 : Ouais, ouais, je lui en ai prescrits mais je suis pas sûr que l'observance soit bonne.
- ***M : Et donc en général quand vous constatez, sans aller dans des cas aussi extrêmes, que la phytothérapie marche pas vous aurez tendance à prescrire des anxiolytiques?***
- P6 : Oui à essayer, à essayer déjà voir si ça marche et après essayer de les arrêter le plus rapidement possible, ce qui est pas toujours facile.
- ***M : Vous prescrivez plutôt des anxiolytiques que des hypnotiques, des inducteurs du sommeil?***
- P6 : Ben si c'est...tout dépend si quand il dit insomnie, si c'est lié à l'endormissement ou si c'est plutôt des réveils précoces ou des multi-réveils au cours du nyctémère quoi. Et si c'est vraiment qu'il dort pas, qu'il met 1h, 1h30 à s'endormir, là je serai plus Stilnox® par exemple ½ comprimé. Si c'est plus qu'il me dit, je me réveille en deuxième partie de nuit, là donc y a plus à mon avis, c'est plus voir si il y a pas un fond dépressif derrière, donc là si il y a pas franchement un syndrome dépressif, je serai plus anxiolytique là, qu'inducteur du sommeil oui.
- ***M : D'accord. Et sinon qu'est ce que vous pensez des médecines alternatives autres que la phytothérapie?***

- P6 : Autres méthodes? J'en ai pas une grande pratique non.
- ***M : Et est-ce que vous adressez parfois vers d'autres médecins qui ont ces pratiques ou pas franchement?***
- P6 : Pas franchement, non. Sauf si c'est vraiment une dépression sévère où là je passe quand même la main assez facilement à un psychiatre. Surtout quand c'est un sujet, je dirais dépressif chronique, qui récidive assez régulièrement ses épisodes dépressifs là j'ai plutôt tendance à demander l'avis à un spécialiste oui.
- ***M : Sinon vous, est-ce que vous faites en général des consultations dédiées aux troubles du sommeil quand il y a une personne qui se plaint de ce trouble ou pas de consultation spécifique?***
- P6 : Non pas une consultation spécifique, c'est lors d'une consultation tout venant quoi. Il vient voir pour mycose et puis en l'interrogeant il évoque, de dire « ben je sais pas je ne dors pas bien », donc à ce moment là, on se branche au problème de l'étiologie et essayer de résoudre mais je fais pas euh...
- ***M : Oui vous allez pas lui dire de revenir exprès pour ça. Est-ce que ...vous me disiez au départ que vous prescrivez souvent de la phytothérapie, vous avez déjà rencontré des patients qui étaient contre ça dès le départ, qui veulent tout de suite par exemple un inducteur du sommeil?***
- P6 : Non, non souvent ils sont quand même, c'est le contraire ils préfèrent, ils ne veulent, pas, ils ne voudraient pas comme ils disent prendre tout de suite un...ils parlent pas d'anxiolytiques mais « comme la voisine elle prend ça, moi j'en veux pas » Ils ont lu sur le papier que bon c'est pas bien. Non leur proposer de la phytothérapie c'est accepté à 100% je veux dire.
- ***M : Donc dans 100% des cas vous proposez ça au départ sauf syndrome dépressif évident.***
- P6 : Sauf si je sens qu'il y a un facteur anxiété sans que ça aille jusqu'à la dépression, et qu'il faut traiter l'anxiété avant que ça ne découle vers une dépression. Le sujet anxieux chronique, si on ne traite pas son anxiété il finit par, ça s'accumule et après il n'arrive plus à surmonter ses problèmes, qui aux sujets normaux paraissent mineurs mais que lui ça s'accumule et puis bon il est débordé.
- ***M : Donc je crois qu'on a fait le tour, maintenant les questions de présentation. Alors depuis combien de temps êtes vous installé?***
- P6 : Alors je suis installé depuis 1979, donc ça fera 34 ans le 23 octobre prochain ici, toujours.
- ***M : Donc vous m'avez dit que vous ne pratiquez pas de thérapies alternatives. Est-ce que vous avez déjà eu une formation particulière concernant les troubles du sommeil?***
- P6 : Non, non.
- ***M : D'accord. Est ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet? Quelque chose***

qui vous semble important?

- P 6 : C'est un problème euh où on est quand même confronté assez souvent, pas de façon sur des insomnies sévères, mais sur des insomnies passagères ou..je sais pas sur une clientèle, quel est le pourcentage ? ...Le gros problème c'est qu'avec l'âge, ils se plaignent toujours de mal dormir qui en fait dorment, mais du fait de l'âge ils ont un raccourcissement des cycles du sommeil, ils ont l'impression de pas dormir, mais comme dit sa famille « je l'ai entendu il ronflait ». Donc ...et puis le matin il se réveille « ben non j'ai pas dormi ». De toute façon physiologiquement les personnes âgées dorment moins que le sujet jeune actif. Et puis bon il y a les gros dormeurs et ceux qui se contentent de beaucoup moins. Tant mieux pour ceux qui peuvent dormir moins!

Entretien n° 7

- ***M : La dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint d'un problème d'insomnie chronique sans étiologie organique évidente, qu'est-ce que tu lui as proposé toi comme prise en charge initiale?***

- P7 : Comme prise en charge initiale? Donc c'est la première fois qu'il vient me voir pour une insomnie chronique ?

- ***M : Qu'il vient te voir en tout cas toi, oui. Qu'il se plaint à toi d'insomnie chronique.***

- P7 : Euh ben le rappel des conseils classiques en fait . C'est ce que tu veux?

- ***M : Ben tu me dis, tu me dis ce que tu fais.***

- P7 : Ben ce que je fais en fait, bon je l'examine bien déjà et j'essaye de voir le contexte psychologique. Donc on est hors organicité?

- ***M : Oui hors organicité.***

- P7 : J'essaye de mesurer si c'est réellement chronique déjà, parce que souvent ils se plaignent de problèmes d'insomnie mais c'est une problématique qu'ils vivent plus ou moins avec un ressenti qui est pas forcément une réelle insomnie, mais plus un ressenti en fait de réveils fréquents au cours du sommeil. Donc ça c'est un peu différent. C'est vrai que pour la première fois, je vais pas leur donner en fait de traitement, je vais surtout leur donner des conseils et éventuellement un traitement homéopathique pour voir si il y a une composante psychologique, donc ça va être Passiflora composé® par exemple 5 granules matin et soir et, mais bon il faut reconnaître que souvent ils viennent pas que pour ça, c'est pour ça que faut pas faut, faut... Je les invite à revenir pour une consultation spécifique et si réellement je sens qu'il y a une forme de souffrance sous-jacente, je vais leur demander de me faire un calendrier du sommeil. Je leur file justement un petit truc comme ça (*le médecin me montre une petite fiche*), j'ai des petites fiches sur le sommeil justement, je t'en file une.

- ***M : D'accord, avec des conseils du coup.***

- P7 : Oui les conseils classiques quoi, alors effectivement pas trop d'excitants, la chambre pas trop chaude, enfin en gros avoir une ambiance plutôt de détente. Euh éviter les siestes dans la journée, voilà pas manger trop lourd aussi le soir, enfin bon tous ces conseils en fait classiques, qui limitent aussi parce que c'est vrai que...là moi je, quand je, la première consultation c'est vraiment ça, on élimine tout ce qui peut finalement interférer sur les qualités du sommeil.

- ***M : D'accord.***

- P7 : Sans prendre de traitement.

- ***M : Et tu disais sauf parfois tu donnes, quand tu dis que tu donnes de l'homéopathie pour éliminer une cause psychologique, c'est à dire?***

- P7 : Ben ça c'est souvent parce que le patient vient, euh il a une insomnie et il va répondre à toutes les questions que vais lui poser donc euh, en gros il fait tout bien hein, il fait pas de

sport le soir, il prend pas de café, enfin quand on l'écoute finalement tout va bien (*rires*) et puis dans ce cas en fait c'est tu vas avoir, tu vas sentir aussi qu'il est venu pour se rassurer, pour avoir un truc, alors euh bon voilà. Il faut lui expliquer effectivement que le sommeil, il faut vraiment se détendre et puis qu'on peut avoir des réveils précoces sans pour autant que le sommeil soit ruiné ou altéré. Donc voilà, donc dans un premier temps c'est soit de la phytothérapie, soit de l'homéopathie, soit que des conseils en fait.

- ***M : D'accord. Et donc en fait tu vas, est ce que tu peux me dire un peu en fonction de quels critères tu vas choisir l'une ou l'autre de ces solutions ? Est-ce que t'as des critères ou pas en fait?***
- P7 : Ben ce sera en fonction, la première fois, c'est...faut, faut aussi mesurer le degré de fatigue du patient. Si le patient est pas trop épuisé et il a un quotidien pas trop lourd, je pense à, je sais pas, quelqu'un qui est au chômage, qui un truc comme ça, finalement je vais plutôt partir sur des traitements light. Mais en revanche le patient qui lui me pose la question, enfin pose la question du problème du sommeil alors que ça cache un phénomène d'épuisement et que finalement le trouble du sommeil peut être une conséquence secondaire, qu'il a besoin de se reposer, on peut avoir besoin de, ça dépend aussi de sa profession, avoir besoin de, d'utiliser rapidement un so... un hypnotique pour essayer de réguler en fait les choses, parce que lui aussi, il est venu pour avoir une réponse, et euh donc mais bon...en même temps nous on doit aussi ne pas répondre systématiquement par l'usage automatique en fait de somnifères ou d'anxiolytiques. De fait, c'est sur cette discussion que la première consultation est portée. Elle est très importante.
- ***M : OK très bien. Et du coup je reviens, quand tu me disais parfois, alors en dehors des hypnotiques tu me disais tu les donnes quand le patient est épuisé, mais quand tu choisis par exemple une autre option , comment tu fais ton choix entre que conseils, la phyto ou l'homéo?***
- P7 : Ben c'est délicat, c'est vrai que c'est tout l'intérêt de la consultation parce que je te dis tu vas avoir...comment on pourrait simplifier...T'as des personnalités différentes. Donc une femme qui va venir se plaindre de problèmes de sommeil ça peut être un pfff elle va pas être demandeuse de prendre des hypnotiques, elle, elle veut surtout pas, enfin je pense à ces femmes-là, elles veulent pas prendre de traitement, rentrer dans une forme de dépendance ou quoi que ce soit même si il y a des femmes qui veulent aussi avoir un traitement. Il y en a d'autres ils viennent et ils veulent quelque chose pour dormir quoi parce que là ils en peuvent plus, ils sont fatigués. C'est vrai que là c'est la limite. Entre la phyto et l'homéopathie franchement c'est du feeling. Ouais le patient qui est à un fond anxieux...je dirai peut être c'est une question d'âge aussi, le patient qui est vraiment jeune, je pense que la phytothérapie peut avoir un intérêt immédiat, ça peut être rapidement efficace. Le patient plus âgé qui enfin, qui a aussi un quotidien où il fait pas grand-chose quoi, il va, toute son attention va être portée, vraiment les personnes âgées on a un gros soucis avec eux , euh là l'homéopathie ça peut être un biais psychologique, c'est vrai qu'on va jouer peut être un peu sur le côté placebo, mais sur...enfin ça peut être un biais. La phytothérapie ça peut être aussi intéressant hein faut...enfin pour moi, je sais pas ça va être un peu du cas par cas.
- ***M : D'accord et en général après comment tu organises le suivi en fait une fois passée la première consultation?***
- P7 : Ouais, déjà la première...déjà ça sous entend que ils sont venus pour ça, alors que généralement ils viennent pour autre chose et ils soulignent en fait ce soucis-là. Ensuite moi j'insiste beaucoup sur le fait que ça nécessite quand même une consultation spécifique mais

c'est rare qu'ils reviennent que pour ça.

– ***M : C'est rare même quand tu leur proposes?***

– P7 : Non ils reviennent pas. Enfin ils reviennent pour autre chose et puis ils en reparleront à ce moment là. Ou alors le sommeil ce sera...enfin ce sera secondaire à un état de stress ou à un état, bon ce sera pas réellement la pathologie isolée . Et c'est vrai qu'après le sommeil étant secondaire ou symptomatique, on va traiter en fait la cause même si elle est pas organique hein, elle peut être psychologique, ou...donc euh pfff...

– ***M : Donc toi tu proposes une consultation spécifique, ils viennent pas forcément ?***

– P7 : J'insiste, alors la première consultation je fais systématiquement en fait donc en fonction du profil du patient, je vais systématiquement je vais faire un rappel en fait des différentes thérapies et je leur montre bien les enjeux et notamment les risques de dépendance donc ils savent que de toute façon on va pas forcément entrer dans ces traitements-là, où si on arrive un jour à ces traitements-là c'est pour faire des traitements courts, donc c'est, donc quand ils reviennent et si ça marche pas, et qu'ils veulent aller un peu plus loin. Euh après aussi se pose la question de l'organicité, les syndromes d'apnées du sommeil toutes ces choses-là, donc ils viennent aussi, enfin... favoriser un diagnostic hein donc même si au bout du bout on a éliminé l'organicité, au cours des consultations c'est pas si évident, donc ça peut être le biais d'une autre consultation, bilan biologique, thyroïdien tout ça.

– ***M : Thyroïdien et quoi?***

– P7 : Ben pfff c'est essentiellement thyroïdien et puis voir si il y a pas une autre pathologie qui peut les fatiguer, c'est surtout ça. Revoir le contexte psychologique, maîtriser leur degré de stress au quotidien, professionnel et familial et puis de voir en fait si réellement la demande elle est dans le sens d'un traitement ou si on peut améliorer, ou faire en sorte d'améliorer le contexte.

– ***M : D'accord.***

– P7 : C'est pas évident...mais ça peut être intéressant.

– ***M : OK. Du coup tu me parlais justement de savoir si ça marche ou pas ce que tu avais proposé au départ. Est-ce que tu as toi des méthodes d'évaluation particulières, enfin comment tu évalues du coup?***

– P7 : Alors le calendrier du sommeil ben c'est intéressant, c'est parfois compliqué, le patient il adhère pas toujours sauf si vraiment enfin il prend le temps de le faire mais c'est...encore une fois je leur donne souvent et je pense que sur un enfin sur dix calendriers, enfin sur dix je pense qu'il y en a qu'un qui me le ramène donc c'est une évaluation euh moi je pensais que ça pouvait être génial pour évaluer les choses mais finalement c'est plus la description qu'ils ont de leur sommeil qui est finalement intéressante. Alors soit c'est une difficulté d'endormissement, soit ce sont des réveils précoces et fréquents, soit en fait c'est vraiment un endormissement et un réveil extrêmement précoce ou alors c'est un endormissement très tôt avec un réveil extrêmement tôt, si bien qu'on se rend compte que parfois il y a des patients qui ont l'impression de pas dormir mais qui dorment au moins 6 heures et qui sont, bon, ben qui font pas de sieste dans l'après-midi et qui sont finalement...c'est parce qu'ils se

réveillent très tôt ou parce qu'ils se couchent très tard qu'ils ont le sentiment de pas dormir alors qu'en fait ils ont peu de besoins.

- ***M : Oui d'accord. Et ça tu l'évalues par l'interrogatoire tu dis autant que par le calendrier du sommeil ?***

- P7 : Ouais...c'est...c'est ce que j'ai donné ce matin justement à une patiente dans la revue *Prescrire* du mois dernier, ils ont donné une fiche en fait qui est intéressante aussi...Je vais te la donner si tu veux (*le médecin cherche dans son ordinateur*)... C'est une patiente qui... parce que souvent c'est rare qu'il y ait que ça, il y a souvent pleins de trucs (*rires*) donc c'est une patiente qui a un syndrome anxieux important, des difficultés de sommeil, elle a 3 enfants et donc elle veut pas prendre de somnifère ou quoi que ce soit. Elle a déjà fait l'usage en fait de ces traitements-là. Comme j'ai beaucoup insisté, elle sait bien qu'elle peut rentrer dans une forme de dépendance. Du coup voilà c'était plus pour voir si les critères d'endormissement, tous ces trucs là en fait étaient respectés. Mais en voyant finalement le fil de son...c'est à dire qu'elle lit très tard euh et euh finalement elle se réveille très tôt et dans la journée elle est plutôt speed quoi mais elle veut pas prendre de traitement pour ralentir son rythme, mais ça va en même temps ça va. Son mari s'étonne qu'elle dort pas, mais (*rires*) mais elle ça va! Mais c'est pas évident, c'est pas évident en fait.

- ***M : Et du coup au niveau du délai d'évaluation? Donc j'ai compris qu'ils revenaient rarement pour ça comme tu disais, même si tu leur proposais***

- P7 : Ils reviennent, mais ils reviennent pas pour une consultation spécifique, c'est extrêmement rare, ils reviennent pour autre chose et ils reparlent du problème. Ils veulent soit des médicaments parce que du coup ça a pas marché, soit il me demande mon avis sur...mais ils ont suivi toutes les remarques tout ça, et ils ont arrêté le café...

- ***M : Et au bout de combien de temps ils reviennent, tu leur dis de revenir?***

- P7 : Pfff...c'est très très flou. Si je sens qu'ils sont épuisés c'est différent. Le patient épuisé, je lui donne par exemple du *Zolpidem* pendant 1 petite semaine ou alors qui fait le 3/8, et ou alors il y a des soucis et ça engendre des soucis dans la famille, ou alors c'est un patient qui commence à boire le soir parce qu'il arrive pas à dormir, je sens bien qu'il y a une espèce d'urgence à agir. Là le patient je vais lui demander à ce qu'il revienne le mois d'après mais je vais pas lui donner un traitement d'un mois, je vais lui donner un traitement d'une semaine, de 5 jours, de 7 jours et je vais lui demander de revenir en fait au cours du mois pour qu'on en reparle voir si ça a été efficace et si ça, si il y a besoin d'autre chose quoi.

- ***M : OK et est-ce que tu as pu identifier des facteurs d'échec ou de succès au contraire de tes solutions thérapeutiques ? Est-ce que par exemple tu as remarqué pour la phytothérapie que telle chose faisait que ça marchait pas ? Je te dis pour la phytothérapie mais c'est pour les autres aussi. Tu as remarqué que ça ne fonctionnait pas chez certaines personnes ou dans certains types d'insomnie?***

- P7 : Ah ben là c'est tout l'art de notre métier, hein c'est d'évaluer en fonction du patient, mais bon...je crois que chez un homme très anxieux qui, euh, qui a un travail stressant la phytothérapie, bon ça, c'est une proportion, ça va être euh... ça va être 30% de réussite, ou pas et puis quand ça marche ils reviennent pas parce qu'ils sont satisfaits. Et comme la phytothérapie ils peuvent l'avoir sans ordonnance euh du coup ce sont des patients qui peuvent nous échapper en fait après.

- ***M : Et qu'est ce qui fait que ça marche pas, quand ça ne marche pas?***
- P7 : Quand ça marche pas je pense que c'est vraiment un état de stress sous-jacent. Alors on parle en fait d'insomnie chronique, donc on est aussi sur des patients finalement qui ne dorment pas depuis longtemps, longtemps, longtemps et qui viennent en fait et qui se plaignent en fait, ça fait longtemps, c'est aussi pas le patient qui dort pas depuis quinze jours tu vois donc là c'est vraiment ton sujet. Et donc c'est vrai qu'après quand tu dis un patient qui dort pas depuis longtemps, tu lui files de la phytothérapie, ça semble bien gentil parce que tu lui apportes toutes les infos, mais au bout d'un moment tu sens bien que bon il faut passer aussi à quelque chose de plus costaud quoi et là, là, là voilà donc c'est, l'évaluation c'est ça : je donne de la phytothérapie ou de l'homéo ou les deux et puis si ça fonctionne pas je leur demande de revenir et à ce moment-là on va débiter un traitement.
- ***M : Un traitement à base d'hypnotique?***
- P7 : Ouais. Ou d'anxiolytique. Parce que si la cause elle est plutôt anxiogène, enfin... ce sera plutôt, ça peut être que un anxiolytique.
- ***M : Ça va être ta deuxième ligne thérapeutique, c'est bien ça?***
- P7 : Ça va être la deuxième ou la troisième ligne, selon le degré en fait d'évolution enfin de... d'effet sur le sommeil quoi... enfin d'effet sur le quotidien en tout cas. Et puis t'as un petit peu l'urgence demandée par le patient d'être moins fatigué dans la journée ou euh, mais ouais.
- ***M : OK, très bien. Sinon qu'est-ce que tu penses des autres médecines alternatives que celles que tu as citées dans l'insomnie?***
- P7 : La sophro ? L'acupuncture ? Euh l'hypnothérapie ? Ben c'est bien mais c'est difficile à mettre en place. Enfin moi je, si y avait un hypnotiseur enfin un hypnothérapeute dans le quartier avec des tarifs corrects mais bon ils y passent du temps et du coup c'est pas très bien rémunéré donc si bien que en fait y a pas ça. Mais je pense que l'hypnothérapie comme la sophrologie c'est excellent quoi. Les patients ont besoin de thérapies comme ça mais à mettre en place c'est difficile en fait.
- ***M : C'est le manque d'accès?***
- P7 : C'est aussi le coût. C'est le coût mais en revanche ça fait partie des choses que je leur dis. Je leur dis il faut qu'ils aient au quotidien des moments de relaxation, des moments de relaxation enfin des moments pour eux, je pense aux femmes qui sont avec leurs enfants et puis qui arrêtent pas toute la journée. Il faut aussi organiser, enfin ça c'est tous les conseils que je leur donne, notamment de penser aux choses positives. D'éviter d'être tout le temps en fait orienté sur les, sur le stress et les effets négatifs. Mais donc oui là effectivement. Alors la sophrologie...mais c'est cher en fait donc tout le monde peut pas le faire en fait, 50 euros. Un truc qu'ils vont faire...je vais les orienter vers le yoga. Quand je tombe sur un gars qui bosse et qui a des problèmes de sommeil, il dit « moi j'ai pas le temps je peux pas faire ces trucs-là » donc euh... mais je les oriente, au moins je leur dis que ça existe et que ça fait partie en fait d'une hygiène du sommeil et de thérapies possibles. L'acupuncture j'y crois pas trop, ça a pas, j'ai pas eu de retours positifs donc j'y crois pas trop non. Ça peut peut-être être intéressant chez les patients répondeurs, mais là non j'y crois pas trop.

- ***M : Et donc tu disais la sophrologie et l'hypnothérapie c'est quelque chose que tu vas proposer systématiquement? Enfin tu vas leur en parler en tout cas?***
- P7 : Ben je vais pas être trop confus au début, hein je pense qu'il faut au quotidien c'est première règle, première consultation donc c'est ce qu'on a dit donc... et donc les règles que je leur donne. Secondairement effectivement on peut envisager de leur glisser donc ces mots-là. Donc si ils veulent un truc temporaire parce que ça devient un peu urgent, de la phyto et puis secondairement effectivement les inviter à se relaxer et si ils veulent voir un sophrologue, de l'envisager bien sûr, ou voir même un psychologue qui fait de la sophrologie, parce que c'est souvent le cas en plus. Et puis l'hypnothérapie j'en parle pas trop parce que comme j'ai pas de possibilités thérapeutiques euh...
- ***M : Tu n'as pas de contacts, tu ne connais pas d'hypnothérapeutes?***
- P7 : Non, non j'en connais mais ils sont à l'hôpital. Et puis après je connais pas leurs tarifs, je sais pas ce que ça peut faire. Mais dans l'insomnie donc moi après ce que je fais, je commence à leur parler de la consultation du sommeil, parce que je sais que les rendez-vous en fait, bon je leur dis globalement sans être trop confus, et ça dépend aussi des profils mais, je leur dis qu'il existe des consultations spécifiques du sommeil ce qui permet aussi parfois d'éliminer des organicités qui sont pas évidentes en soi. Un bilan biologique dans un deuxième temps. Euh un peu de traitement sans plus, enfin sans forcer, et puis en insistant bien sur le fait que c'est pas la solution, ça peut être une solution à court terme et pas sur un long terme et puis voilà. Après je sais pas y a peut-être d'autres choses qui me viennent à l'esprit...Enfin on est d'accord, les patients c'est la première cause, ils prennent pas de vacances, ils sont cramés, leur femme en peut plus, du coup ça créé un climat vachement électrique dans le couple et du coup ils dorment plus parce que c'est le bordel quoi! (*rires*)
- ***M : OK, OK. On va passer aux questions de présentation. Est-ce que tu peux me dire quel âge tu as, et depuis quand tu es installé en fait?***
- P7 : J'ai 43, je suis installé depuis 2001 dans ce cabinet-là, au début tout seul pendant sept ans et puis après on a agrandi à deux puis à trois.
- ***M : Tu n'es pas maître de stage toi X?***
- P7 : Non pas pour le moment.
- ***M : Tu pratiques une ou des médecines alternatives, tu m'as dit que tu prescrivais un peu d'homéopathie de temps en temps, un peu de phytothérapie, est-ce que tu as une formation particulière dans ces domaines?***
- P7 : Non, le médecin enfin que j'ai succédé, elle faisait de l'homéo. Euh pff j'y croyais pas trop et puis j'ai eu une petite expérience et puis en fait comme il y avait quelques patients qui étaient demandeurs, j'ai poursuivi. Enfin j'ai essayé d'aller, de me renseigner hein, et puis c'est vrai qu'après on se rend compte qu'il y a quand même des personnes qui répondent bien, des enfants. Ça évite d'utiliser des traitements plus lourds et puis il y a quand même des réponses, je dirais pas pour tout, mais c'est quand même un complément à ce que l'allopathie ne soigne pas.
- ***M : OK. Sinon qu'est-ce que tu penses de ta formation globale enfin sur les troubles du sommeil?***

- P7 : Ben la formation de la fac franchement je dirai que y'a rien. Enfin j'ai souvenir mais ça fait loin maintenant, mais j'ai souvenir de cours sur la physiopathologie du sommeil, c'était un peu compliqué et finalement il me restait sur le plan thérapeutique et concret pas grand-chose. En revanche ce qui a été, enfin du coup ma formation et ma pratique au quotidien, le fait de la lecture aussi, plutôt revue Prescrire j'avoue parce que les autres après c'est insupportable et puis donc une formation que j'ai fait avec MG France sur les troubles du sommeil. Déjà j'étais bien imprégné mais ça a permis de consolider des idées que j'avais, dont j'étais à peu près sûr.

- **M : Ça a changé, tu trouves que ça a modifié ta pratique?**

- P 7 : Non ça a consolidé, ça a conforté en fait les idées que j'avais et puis après y a un autre soucis c'est que, finalement quand on arrive et qu'on reprend une patientèle, il y a une patientèle de personnes âgées sous hypnotiques et alors pour faire des sevrages c'est (*rires*) c'est hyper compliqué donc on a qu'un souhait c'est de surtout pas engager des traitements qui pourraient durer longtemps sur les personnes les plus jeunes. Mais c'est vrai que c'est délicat de reprendre des patients sous hypnotiques alors que le mal est un peu fait quoi (*rires*).

- **M : Très bien, ben écoute on a fait le tour. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur le sujet? Quelque chose que tu as envie de dire?**

- P7 : Moi j'ai l'impression que toutes les, que les... que les connaissances sur le sommeil aujourd'hui sont pas suffisantes. Alors on est peut être assez forts en fait sur tout ce qui est pathologie organique tout ça mais aujourd'hui on a quand même des... on est pas très bon sur la prise en charge du sommeil et donc c'est bien de s'interroger parce que je, l'évaluation de la sophrologie je dirais que bon ça marche mais c'est quoi 10-15% des patients, c'est pas beaucoup par rapport au coût, ça nous motive pas des masses, euh la phytothérapie, bon euh ça répond bien chez la grande majorité des patients, c'est un petit truc qui peut aider temporairement. Mais il y a quand même beaucoup, c'est une pathologie qui touche beaucoup de patients, et qui aurait besoin d'un coaching, d'une prise en charge vraiment très régulière quoi, donc euh ça c'est pas évident. Donc je pense à l'hypnothérapie par exemple, où finalement on maîtrise pas, on nous donne des concepts mais pfff c'est pas un truc qu'on maîtrise et puis...

- **M : Donc pour toi c'est un problème de formation ou de connaissances en fait?**

- P 7 : Non pas de formation, ça sous entendrait qu'on saurait tout alors que là on est loin de tout connaître sur l'insomnie. Non je pense qu'il n'y pas assez d'études sur l'insomnie, qu'on est trop basiques en fait, que il faudrait explorer d'avantage les patients qui sont touchés, alors c'est pas facile parce qu'en plus il y a tout le contexte anxieux sous-jacent. Il faudrait éliminer les patients anxieux... En fait c'est pas évident, ouais c'est franchement pas évident, mais bon c'est une pathologie qui touche beaucoup beaucoup de personnes, donc ce serait, je sais pas, peut être une maison du sommeil avec un accompagnement pluridisciplinaire, ça ce serait vraiment une excellente chose, où on aurait dans le même lieu en fait ou alors en réseau comme avec le réseau Morphée sur Paris, mais des sophrologues, psychologues, médecin généralistes, euh peut être aussi psychiatres qui, ou neurologues aussi, neuropsychiatres, où on aurait en fait une prise en charge générale pour, pour sécuriser en fait les patients dans ce qu'ils vivent. Un hypnothérapeute, oui il faudrait une maison tout simplement (*rires*) mais ça c'est pas pour demain. Mais ça c'est intéressant!

Entretien n°8 :

- ***M : La dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint d'insomnie chronique à toi pour la première fois, qu'est-ce que tu lui as proposé comme prise en charge initiale, alors si on enlève les causes organiques ?***
- P 8 : Indépendamment des questions que je lui pose par rapport à son insomnie ?
- ***M : Ça peut être ça aussi. En fait toute la prise en charge.***
- P8 : Ben moi je m'assure d'abord que c'est une vraie insomnie et la question que je leur pose c'est de savoir si ces difficultés de sommeil euh font enfin induisent une fatigue diurne, si ils piquent du nez, si ils sont fatigués la journée. Si c'est la cas, ben je concède qu'il puisse s'agir d'une insomnie et je leur propose un traitement. Je commence souvent par, avant je donnais de l'Atarax® beaucoup, avant de me rendre compte que le Donormyl® c'était un antihistaminique, mais qui avait pour le coup l' A.M.M. pour le, pour l'insomnie, donc je donne souvent du Donormyl® en premier lieu sauf que c'est pas toujours, c'est pas remboursé le Donormyl®, alors que l'Atarax® l'est, alors du coup il m'arrive de faire, de prescrire de l'Atarax® hors AMM pour les insomnies.
- ***M : OK***
- P8 : Et donc, ben quand ça marche, ça marche. Souvent ça marche pas en fait parce que, parce qu'ils font pas vraiment de l'insomnie, ils ont juste une perception altérée de leur sommeil et ils comprennent pas que on peut se ré, enfin c'est des cycles, alors des fois je m'aventure à leur expliquer que le sommeil c'est des cycles et puis que ils ont la perception des micro-réveils mais alors là tu les vois bien qu'ils comprennent rien (*rires*) enfin ils comprennent... c'est pas facile à expliquer et puis je m'y prends sûrement très mal, mais euh donc du coup ben après tu montes en charge quelque fois et euh ben après je leur prescris assez facilement les hypnotiques.
- ***M : D'accord.***
- P8 : Havlane® en premier lieu et puis après Stilnox®, Imovane®. En leur disant bien que c'est des prescriptions courtes et qu'il va pas falloir qu'ils viennent m'en réclamer tous les mois. Et puis bon ben voilà, moi j'essaye de m'en sortir avec le Donormyl® ou l'Atarax®.
- ***M : Et tu prescris ça comment le Donormyl® ou l'Atarax® ?***
- P8 : Alors c'est mon ordinateur qui me le dit mais je crois que tu peux en prendre un à deux par jour, et en prenant un demi éventuellement au début.
- ***M : OK. Et du coup c'est ce traitement là que tu proposes systématiquement en première intention ou parfois tu proposes des alternatives, autre chose ?***
- P8 : Alors quand vraiment il y a un épisode, un vrai soucis aigu de deuil de choses comme ça, je donne d'emblée un Stilnox®, mais c'est facile de leur faire entendre que le traitement

sera à prescription courte, enfin de durée courte de prescription.

- ***M : Oui, quand il y a vraiment une cause aiguë.***
- P8 : Oui. La dernière fois j'ai une dame qui a perdu son mari, elle avait vraiment besoin de dormir, d'avoir un sommeil un plus réparateur donc, là d'emblée je lui mets une benzo ou équivalent.
- ***M : D'accord, très bien. Du coup si j'ai bien compris ce qui détermine que tu choisisses le Donormyl®, l'Atarax® ou l'hypnotique directement c'est...***
- P8 : C'est la conviction que je me fais ou pas de l'insomnie. Des fois c'est une plainte comme une autre : « moi je dors pas bien », « j'ai mal à la tête » enfin les gens fonctionnels dorment souvent pas bien, si je leur donne du Stilnox® tout de suite je vais pas m'en sortir, parce qu'ils vont revenir à la charge tout le temps et puis de toute façon ça marchera pas donc euh, c'est souvent ça même le Stilnox® et le Donormyl® ça marche pas, même le Stilnox® pardon et l'Imovane®, ils te disent que ça marche pas. J'ai toujours dit que c'était un vrai somnifère mais ça suffit pas à améliorer leur qualité de leur sommeil, enfin la perception qu'ils en ont en tout cas de leur sommeil.
- ***M : Oui d'accord. Quand c'est un problème de perception comme tu disais ?***
- P8 : En pratique j'essaye de m'assurer que c'est d'une vraie insomnie dont il s'agit, euh...
- ***M : Et comment tu fais ça du coup ?***
- P8 : Ben je leur demande si « La journée vous êtes fatigués ? Si vous êtes somnolents? Si vous avez euh... si vous piquez du nez facilement ? Si vous luttez pour rester éveillé? » Mais c'est comme ça hein c'est sans, c'est pas de score particulier. Epworth ou... je fais pas ce genre de truc moi.
- ***M : Oui voilà tu fais plutôt un interrogatoire ?***
- P8 : Comme ça je leur dis « Est-ce que vous vous sentez fatigués la journée ? »
- ***M : Et quand ils disent non ?***
- P8 : Quand ils disent non je vais plutôt vers le Donormyl®, enfin je réponds quand même par un médicament.
- ***M : D'accord. Et comment t'organises ensuite le suivi ou l'évaluation de la première solution que tu as proposée alors ?***
- P8 : Ce sera à l'occasion de la consultation suivante. Je leur dis pas systématiquement de revenir peut-être parce que j'ai la crainte de devoir prescrire du Stilnox® j'en sais rien ! (rires) Je leur dis pas, enfin si tu veux ils viennent régulièrement en général... les gens qui viennent ponctuellement pour une demande de somnifère et que j'ai pas vu avant, je m'en méfie, souvent d'ailleurs je regarde leur historique de remboursement sur Amélipro parce

que c'est des gens qui sont... une fois une était interdite, enfin tu reçois par la sécu parfois des signalements. Mais non je, je leur demande pas de revenir systématiquement, mais en général ce sont des patients qui ont l'habitude de revenir pour d'autres renouvellements. Y a rarement de consultations qui ne soit dédiées qu'à l'insomnie. Souvent les gens ils évoquent ça à la fin de la consultation, alors c'est pas pour autant que je leur mets « Bon ben d'accord un je vous mets un somnifère. », je creuse un peu la question mais les gens qui viennent que pour me dire je dors pas bien, c'est rare.

- ***M : Et du coup quand ils viennent te voir, donc pour autre chose mais qu'ils te parlent aussi de leur sommeil, est-ce que toi tu as des méthodes d'évaluation ? Enfin comment tu évalues en fait l'efficacité du traitement que tu as donné, quand tu as donné de l'Atarax® ou du Donormyl® par exemple ?***
- P 8 : Alors j'évalue, j'ai pas de tests, j'ai pas de façon de, après quand il s'agit de prescrire l'ordonnance, ben c'est l'ordonnance précédente que je réutilise et à cette occasion là, je demande « Ça a marché ? Ça a pas marché ? On reconduit, on reconduit pas ? » je repose la question de le renouveler ou pas mais j'ai pas d'outils pour euh...
- ***M : Et est-ce que t'as d'autres questions que tu vas poser pour savoir justement si c'est efficace ?***
- P8 : Alors par rapport à l'insomnie, je leur demande toujours si ils regardent pas la télé, enfin si ils font pas de sport par exemple le soir, si ils prennent pas de toxiques, café, machin, si la température est pas trop haute, si il y a du bruit, si c'est bien, si c'est bien obscur, euh il y a quoi autrement, si il fume pas une clope avant de se coucher et puis des petits désordres thyroïdiens ou des choses comme ça, ça c'est pas une question que je leur pose mais voir si ils se plaignent pas de problèmes thyroïdiens, d'hyperthyroïdie ou de choses comme ça.
- ***M : D'accord et ça c'est des choses que tu vas***
- P 8 : Au départ oui avant de prescrire un traitement, avant de prescrire un hypnotique.
- ***M : OK ça marche. Pour toi, est-ce que tu as remarqué des facteurs d'échec ou au contraire de succès, alors je pense surtout à quand tu prescrais du Donormyl® ou de l'Atarax®, à ces traitements-là? Est-ce que tu as remarqué qu'en fonction du type de patient ou alors du type d'insomnie qu'il y avait des choses qui ressortaient, et qui faisaient que ça marchait pas en fait ?***
- P 8 : Oui il y a toujours des gens qui se disent hypersensibles au traitement, alors eux tu vas leur mettre du Donormyl® ça va les abattre, ça marche très bien et puis d'autres qui sont toujours à dire que les médicaments fonctionnent pas, qui diront que ça a pas marché une seule seconde. Je pense que le tempérament de base, le côté fonctionnel ou pas peut jouer sur l'efficacité ou pas du traitement.
- ***M : Et quand tu dis fonctionnel, tu veux dire que pour toi si c'est fonctionnel***
- P8 : Fonctionnel ça veut dire que l'insomnie c'est un symptôme parmi tout un cortège de symptômes qui sont toujours les mêmes « J'ai mal à la tête », « J'ai la tête qui tourne », « J' suis fatigué »

- ***M : Et chez eux tu penses que ça marchera pas forcément ?***
- P8 : Je suis pas convaincu que ça marche très bien, je suis pas convaincu qu'il faille monter en charge, enfin ou en puissance, passer du Donormyl® à autre chose. Après en pratique voilà, je sais pas si, je sais pas comment je fais, j'ai pas de, j'ai pas d'analyse sur la question. Peut-être que pour certains je monte en charge, peut-être que pour d'autres je dis que ça marche pas, enfin j'ai pas d'autres, j'ai pas de thérapies par exemple comportementales ou euh à leur proposer, j'ai rien d'autre à leur proposer parce que je maîtrise pas d'autres choses.
- ***M : D'accord.***
- P8 : C'est aussi la solution de facilité que de prescrire des médicaments. Les thérapies de relaxation les choses comme ça, je connais pas, enfin je les connais bon je, je leur propose pas.
- ***M : OK ça marche. Donc tu m'as dit oui par rapport au type de patient, les patients qui sont fonctionnels comme tu dis ça marche pas souvent. Est-ce que tu as remarqué par rapport à certains critères de l'insomnie aussi que certains traitements pouvaient moins marcher ?***
- P8 : Non je me suis pas interrogé. Enfin je comprends pas très bien la question en fait.
- ***M : Est-ce que par rapport au Donormyl® ou à l'Atarax® que tu prescris au départ, est-ce que t'as remarqué que dans certains type d'insomnie ça marchait moins bien que dans d'autres en fait ?***
- P8 : Non ben je sais pas, enfin après j'ai pas de, j'arrive pas, les insomnies euh je sais pas trop comment les caractériser, soit il... enfin ma définition c'est soit il y a une vraie insomnie parce qu'il y a un retentissement le lendemain avec somnolence tout ça et auquel cas ben je suis tenté de prescrire des des des hypnotiques ou des antihistaminiques, soit c'est pas une vraie insomnie auquel cas ben, enfin c'est pas une vraie insomnie... c'est pas une insomnie qui rend fatiguée le lendemain, et auquel cas ben j'essaye de me débrouiller pour rien prescrire du tout. Mais de toute façon c'est soit rien, soit des médicament mais j'ai pas d'autres...
- ***M : OK ça marche. Du coup quand il y a un échec de ta première ligne si jamais c'est du Donormyl® ou de l'Atarax®, soit comme tu disais tu vas prescrire un hypnotique si c'est une vraie insomnie, c'est bien ça ? Soit au cas par cas tu vas augmenter les doses si éventuellement***
- P8 : Ben le Donormyl® ouais c'est, ça dépend je résiste autant que je peux quoi mais c'est toujours une pression des gens. En pratique je pense que je cède assez facilement au Stilnox® et à l'Imovane®. Mais j'ai pas le sentiment d'en avoir beaucoup sous hypnotiques dans mes patients.
- ***M : D'accord. Du coup tu me disais que tu ne fais pas de relaxation ou de choses comme ça, mais qu'est-ce que tu penses toi des médecines alternatives dans le traitement de l'insomnie chronique, même si toi tu maîtrises pas ?***

- P8 : Je ne maîtrise pas et le seul problème c'est que c'est des prises en charge, sophrologie, y a plein de choses ici qui sont pas remboursées donc c'est limité dans l'accès. Si c'était pris en charge je, je, j'irai sans problème solliciter, on a plein de thérapeutes ici dans le secteur, en tous genres hein, mais le problème c'est que c'est onéreux donc les gens ont pas de sous. Si c'était pris en charge c'est certain que je succomberais moins facilement aux, à la prescription d'hypnotiques et même de Donormyl®, sauf qu'en terme de, alors le Donormyl® c'est pas remboursé mais je crois qu'une dame me disait ça doit être trois euros par mois le coût de traitement donc c'est quand même, alors qu'une consultation chez le psy ou je sais pas quoi ça va être ouais minimum trente euros la séance non remboursée donc c'est compliqué.

- ***M : Et pour quelle raison tu préfères en première intention quand tu peux choisir le Donormyl® ou l'Atarax® par rapport à un hypnotique ? Qu'est-ce qui fait que tu choisis plutôt ça ?***

- P8 : Parce qu'il y a moins d'effets secondaires, c'est moins à risque et puis la tendance est à prescrire le moins possible de benzo donc, enfin voilà. Alors Donormyl®, j'ai appris récemment, c'est étonnant que c'était une, un antihistaminique, enfin de type I là, tu sais t'as les I et les II. Il y a les vieux hypnotiques comme Polaramine®, Atarax® et en fait on m'a dit y a pas longtemps, enfin ça devait être un visiteur, que c'était en fait, c'était un antihistaminique comme les vieux antihistaminiques qui sont un peu sédatifs comme la Polaramine® que tu donnes aux gamins qui ont la varicelle, et ben du coup je prescrivais de l'Atarax® parce que c'était remboursé, euh le Donormyl® je le prescrivais moins parce que c'était pas remboursé, mais maintenant je sais que c'est un antihistaminique. Je pensais que c'était de la connerie moi, de la phytothérapie, donc j'en prescrivais pas trop. Maintenant que je sais que c'est un antihistaminique et donc que j'y crois un peu plus, je le donne encore plus. Mais en fait avant je donnais ça pour ne pas donner de l'Imovane® ou du Stilnox®, dont je savais ben voilà qu'il y avait aussi de l'accoutumance, et que voilà aujourd'hui on nous incite à en prescrire le moins possible.

- ***M : D'accord, d'accord. Ben je crois qu'on a fait le tour, du coup maintenant c'est les questions de présentations. Est-ce que tu peux me dire quel âge tu as, depuis quand tu es installé ?***

- P8 : Je suis installé depuis 2 ans, j'ai 34 ans, je travaille en milieu semi- rural, enfin ouais je sais jamais trop, exercice entre rural et urbain, semi rural c'est ce qui se dit habituellement. Qu'est-ce que t'as besoin comme autres informations ?

- ***M : Ben pour la présentation voilà. Autrement toi tu es pas maître de stage ?***

- P8 : Non

- ***M: Tu n'as pas de formation en thérapies alternatives ?***

- P8 : Non

- ***M : D'accord. Qu'est-ce que tu penses de ta formation concernant les troubles du***

sommeil en globalité ?

- P8 : La dernière chose que j'ai pu lire, alors en terme de formation à la fac j'ai pas le souvenir d'avoir appris grand chose dessus, sinon peut-être les cycles du sommeil. La dernière chose que j'ai pu lire dessus ça devait être dans la petite revue, c'était sur les cycles du sommeil, ça devait être cet été, l'été dernier donc il y a 1 an et puis je me souviens avoir lu un truc sur l'HAS il y a peut être ouais 1 an ou 2, justement le souvenir que j'en ai c'est qu'il fallait faire la part des choses entre une vraie insomnie et une perception anormale de son sommeil et ce qui était recommandé à ce moment-là c'était d'expliquer en fait les cycles du sommeil et de faire entendre aux gens qu'ils étaient pas insomniaques. Ils percevaient des petits réveils nocturnes, alors que quand ils sont gamins, ils avaient le même cycle de sommeil mais qu'ils s'endormaient tellement vite, que ils se rendaient pas compte qu'il y avait 5- 6 réveils dans la nuit et que ils ont l'impression d'avoir vu toutes les heures de la nuit sauf que c'est des petits épisodes de veille assez fugaces et ce qu'il fait qu'au total, ils ont un sommeil suffisamment réparateur qui ne donne pas de difficultés de veille la journée, et eux font cette confusion entre une mauvaise perception de leur sommeil et l'insomnie.

- ***M : OK, donc ça a modifié un peu ta, ça t'as aidé un peu dans ta pratique ?***

- P8 : Ah ben ça m'a aidé d'avoir lu ça. J'ai essayé de leur expliqué mais dans la pratique c'est pas évident. C'est compliqué, déjà que toi les cycles du sommeil c'est quand même bien compliqué, donc je crois que je ne m'y risque plus trop, je leur dis que c'est pas forcément de l'insomnie, qu'ils perçoivent mal leur sommeil, ils perçoivent les réveils et puis point barre, je sais pas si ça leur sert à quelque chose (*rires*).

- ***M : Et du coup là tu me disais t'as lu des choses, est-ce que tu as eu d'autres formations supplémentaires sur les troubles du sommeil ?***

- P8 : Non, non c'est des choses que j'ai lu un petit peu comme ça par hasard. J'ai jamais fait la démarche de de me former d'avantage là dessus.

- ***M : D'accord. Est ce que tu as quelque chose à rajouter sur le sujet, qu'on a pas dit, qui te viens à l'esprit ? Que tu as envie de dire sur l'insomnie chronique ?***

- P8 : Ben non, non...

Entretien n° 9

- *M : La dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint à toi d'un problème d'insomnie chronique, alors sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que tu lui as proposé comme prise en charge initiale ?*
- P9 : Alors prise en charge initiale moi j'ai proposé un... du coup j'ai posé la question des règles hygiéno-diététiques, règles de sommeil.
- *M : OK, si tu peux détailler un peu ?*
- P9 : Alors moi en règles hygiène de sommeil je leur, je leur, bon on évalue ensemble donc c'est aussi en même temps des conseils que je donne, euh du coup c'est, enfin si y a sport tard et qu'en fait il y a une insomnie, puisque c'est le cas que tu évoques, du coup pas faire de sport après 19h, une chambre fraîche tu vois entre 18 et 20°, un lit où on ne passe, enfin on est dans son lit que pour dormir ou pour l'activité sexuelle mais pas manger sur son lit, regarder un film parce qu'on réchauffe son lit, et donc on réchauffe artificiellement la température du lieu où on s'endort, ce qui fait que du coup c'est plus difficile pour s'endormir. Euh les écrans évidemment, pas d'écrans puisque ça diffuse la lumière bleue donc c'est y compris smartphone, euh du coup qu'est-ce que je dis... les repas le soir, repas légers avec des sucres lents, parce que les sucres rapides favorisent l'insomnie, dîner léger, pas d'alcool. Et puis en journée moi je propose toujours de faire une activité physique, éviter les siestes après 14h, exposition au soleil parce que du coup tu te resynchronises.
- *M : Donc favoriser l'exposition au soleil ?*
- P9 : Ouais, moi je leur propose en systématique tu vois, même les personnes âgées je leur dis « faut les mettre dehors », dans les maisons de retraite il faut absolument qu'ils fassent un tour dehors. Euh alors après ça vient au fur et à mesure de la consultation tu me diras, mais grossomodo c'est à peu près ça. Oui si bien sûr, élément indispensable, ne jamais se coucher fâché. Ensuite pour les éléments en fait où l'insomnie chronique, là tu vois je pense à quelqu'un c'est la première, c'est ma dernière consultation là tu vois, la patiente c'est une patiente qui est cadre supérieure à la SNCF et en fait du coup moi je donne toujours un agenda de sommeil et on se revoit 2 semaines après donc j'explique comment remplir un agenda du sommeil, donc tu sais avec la flèche vers le bas quand on se couche, flèche vers le haut quand on se lève et puis entre on hachure la zone où on a pensé dormir. Donc le mieux c'est de pas regarder le réveil pour avoir une estimation et puis si on est réveillé la nuit, du coup on laisse en blanc. Et si on a fait des siestes on hachure la période de la journée où on a fait la sieste et si somnolence dans la journée on marque un S et l'avantage de l'agenda de sommeil c'est que le patient marque lui même la qualité de son sommeil, la qualité de son réveil et puis aussi il peut marquer des éléments de la journée ou tu vois des traitements qu'il aurait qui fait que nous médecin on voit tu vois je dis n'importe quoi, il s'est disputé avec son chef et puis on se rend compte que la nuit finalement il a une période un peu hachuré et voilà.
- *M : On peut faire le lien.*
- P9 : Et voilà, du coup on va plus travailler sur les thérapies cognitivo-comportementales, voilà donc ensuite moi je donne toujours avant de partir en plus de l'agenda de sommeil des conseils comme : si on est réveillé plus de 30 minutes, ben après c'est entre 20 et 30 minutes mais bon, vraiment un éveil fort donc on se lève, on va faire pendant 15 minutes une activité

ennuyeuse, tu vois pas stimulante il faut pas repasser, il faut pas refaire une activité physique, c'est remonter sa température corporelle donc c'est s'éloigner aussi d'une, d'un sommeil possible donc et puis c'est pareil si on écrit, qu'on colle les photos et puis on est très ému par les photos ça sert à rien. Donc moi je propose un jeu de carte, une réussite ou un livre pas, voilà ni ennuyeux ni captivant à vouloir absolument le lire jusqu'au bout pour connaître la fin de l'histoire, si ils vont se marier ensemble et euh voilà, et donc pendant un quart d'heure, lumière tamisée, à la fin du quart d'heure, le patient retourne dans son lit, donc moi je lui demande aussi d'ouvrir le lit pendant cette période pour que du coup le matelas se rafraîchisse et puis il se rendort. Et surtout je leur dis que c'est pas grave de pas dormir. En fait c'est se rassurer par rapport aux phases d'éveils, d'une part le sommeil lent en stade I, le sommeil léger finalement c'est un stade où on a conscience qu'on dort mais à moitié donc moi je leur dis si vous restez dans votre lit, vous allez voir d'une part c'est un repos musculaire qui est toujours bénéfique, et puis en fait finalement vous allez peut-être quand même dormir. Je leur propose aussi de transformer tu vois les images négatives comme « il est 4h oh, plus que 2h30! » moi je leur dis ben non « chouette encore 2h30 pour dormir! » et euh de transformer ce temps en, par exemple en voyage. Typiquement moi j'adore le train donc je vais dire si je me réveille, de dire « Ben écoutez il est 4h, vous avez 2h30, ben en 2h30 en train vous pourriez aller à Lille. » donc imaginez un voyage. Ou si le patient il aime l'avion, ben se dire « En 3h je suis à Marrakech de Tours. », voilà des petits conseils comme ça et puis lui dire voilà c'est pas grave de pas dormir une nuit, c'est pas grave de pas dormir 2 nuits, c'est que de toute façon on va augmenter notre pression de sommeil. Si on fait pas de sieste dans la journée, puisqu'il faut pas faire de sieste dans la journée, du coup le 3ème soir on est super fatigué et là, voilà ça c'est sûr la 3ème nuit on va dormir, donc c'est voilà être dans l'abandon, dans la non maîtrise. Et tout ça je revois ça, c'est une consultation qui est longue, en sommeil moi je prends au moins une demi heure, euh.

– ***M : Tu vas faire des consultations spécifiques en fait ?***

– P9 : Ouais à la SNCF en fait je vais proposer si tu veux du coup comme j'ai le diplôme de, si tu veux que les patients à ce moment-là quand ils prennent un rdv avec moi sur la médecine générale de dire je prends 2 créneaux. Alors en réalité moi je prends jamais les gens en un quart d'heure mais au moins que si tu veux il y ait un temps bloqué de une demi heure où je je, voilà je sais que je me concentre que sur la personne.

– ***M : Ça c'est quand tu sais qu'elles viennent pour ce motif en fait ?***

– P9 : Oui voilà, alors par ailleurs tu vois la patiente elle venait pour un frottis, mais comme il est vrai, tu vois j'ai le diplôme, et j'aime beaucoup cette particularité, enfin le sommeil en tout cas, du coup je pose en systématique la question.

– ***M : D'accord.***

– P9 : Comme je pose la question sur les vaccins, euh moi la question « Comment est-ce que vous dormez? » je la pose à chaque consultation, même si j'ai vu 4 fois le patient et donc voilà, là c'était la dernière fois que j'ai remis un questionnaire.

– ***M : D'accord. Et donc du coup tu lui as expliqué tout ça au cours de la consultation même si c'était pas son motif au départ ?***

– P9 : Ouais moi je, je, alors l'avantage de la SNCF aussi qui est une particularité par rapport à l'exercice de ville, euh c'est que je pense que c'est une chance justement d'avoir cette médecine générale au cœur de l'entreprise, et que on peut prendre plus de temps avec un

patient, on peut lui offrir ça tu vois. Donc moi si j'ai tu vois un quart d'heure de retard euh parce que finalement tu vois on a parlé du sommeil et que ça commencé à accrocher et voilà, ben tant pis y aura un quart d'heure de retard, voilà. Mais après comme tu dis t'as raison, après ils sont, je leur demande de bloquer des créneaux exprès, donc j'ai plus ce, je sais que c'est que pour le sommeil.

- ***M : Est-ce que parfois dans ces situations tu vas prescrire d'emblée un traitement associé ou pas à ce que tu viens de décrire ?***

- P9 : Alors moi je prescris, je n'initie jamais, mais je pense jamais des hypnotiques. C'est pas du tout, c'est pas une famille avec laquelle je suis à l'aise. C'est pas une famille que j'apprécie. On parle d'insomnie chronique hein donc de toute façon on sait très bien que ça a pas d'effet. Je suis plutôt sur un sevrage, donc ça par contre je l'aborde en systématique. Euh. Je renouvelle, ça m'est arrivé de renouveler hein, je pense que ça nous est tous arrivé. Par contre j'appuie de nouveau sur la durée de prescription de vingt huit jours, sur le fait que c'est une prescription réduite, donc souvent les patients ne le savent pas tu vois, ou alors ça a été mentionné mais ils l'ont oublié, euh que voilà normalement c'est vingt huit jours et il y a une date de fin, donc voilà moi je précise ça. Je précise qu'il y a une dépendance et que souvent des insomniaques chroniques qui ont un traitement, eux pensent que s'ils n'ont pas pris leur traitement, si tu veux c'est la cause de leur mauvais sommeil, ben c'est finalement la molécule qui va favoriser le sommeil, donc en fait moi je leur explique toujours que c'est, ça favorise du coup le stade 2 mais ça favorise pas le stade 3 qui est le sommeil récupérateur, hein le sommeil lent profond c'est voilà, le sommeil qui nous permet de récupérer de la journée d'avant, qu'en fait ça a aussi une demi vie qui peut persister la journée suivante, et ça ils ont pas toujours conscience. Donc je leur dis « Le matin quand vous prenez votre voiture en fait vous avez encore des molécules efficaces dans le sang » euh voilà. Par contre il est vrai que il peut être proposé des molécules à visée hypnotique sur une insomnie aiguë, tu vois un deuil ou voilà, euh bon... moi j'aime pas trop donc voilà. En aiguë je l'entendrai parfaitement tu vois si finalement après les techniques d'hygiène voilà, si le patient il vient me voir au bout de 10 jours parce qu'on est en aiguë, en me disant que ça va pas là tu vois je vais. Par contre je serai plus soit sur des Z-Drugs, type Stilnox®, Imovane®, bon parce qu'il y a moins d'accoutumance, soit les antihistaminiques mais euh pfff mais je suis très réfractaire, très très très réfractaire.

- ***M : Oui ça marche. Et du coup donc tu me disais, que la dernière fois en l'occurrence tu as proposé un agenda du sommeil et tu as expliqué les règles hygiéno-diététiques. Est-ce que c'est quelque chose que tu fais systématiquement avec tous les patients ou est-ce que tu as parfois des solutions différentes soit en fonction soit des caractéristiques du patient ou des caractéristiques de l'insomnie ? Quand on reste dans une insomnie chronique bien sûr.***

- P 9 : Alors tu me parles de la première consultation du coup ? Ouais à chaque patient différent qui vient me voir à la première consult ? Alors moi l'agenda de sommeil je le propose en systématique. Après voilà c'est un outil, moi je pense que relation médecin-patient c'est un duo, c'est un binôme, moi si mes patients me donnent pas je peux pas avancer, et inversement voilà. Donc si ça lui correspond pas, si il me dit non moi l'agenda du sommeil j'ai rien compris machin, pas de problème on recommence et puis si je vois qu'il galère bon. Mais souvent ils aiment bien. Là tu vois après en fonction du caractère de la personne je peux proposer de la sophro, je propose l'hypnose beaucoup, alors ça je peux le proposer en première consultation hein.

- ***M : Et quand tu dis en fonction du caractère ?***
- P9 : Ben en fait tu, moi je trouves qu'il y a des patients, alors je leur propose les deux je, mais dans ma tête je me dis « Tiens j'ai l'impression que lui il serait plus sur un mode euh que la sophro va plus peut-être lui parler. ». L'hypnose il faut vraiment qu'il y ait un abandon, alors je leur explique bien que on a pas une perte de contrôle, qu'on va pas donner son numéro de carte bleue à l'hypnothérapeute (*rires*), que celui que je conseille c'est un médecin, voilà euh, que c'est juste se mettre en état de conscience modifiée, donc ne plus avoir finalement les soucis de la lumière, le froid aux pieds ou (*rires*) tu qui font que on est moins dans la relation avec le thérapeute. Euh y a des patients, on voit qu'ils ont envie d'être acteur, mais tu vois qu'ils ont besoin de voir le résultat tout de suite Donc la sophro, ils vont sentir eux mêmes vraiment toutes les zones de leur corps se détendre progressivement, ils vont le voir. En une séance tu vois ils vont voir. L'hypnose tu lâches prise mais, ça passe par un lâcher prise tu vois ce que je veux dire?
- ***M : Oui donc il y a moins de contrôle ?***
- P9 : T'es acteur mais par le psychique.
- ***M : On a moins l'impression de maîtriser peut-être ?***
- P9 : Voilà probablement on peut avoir l'impression de moins maîtriser mais en l'occurrence on maîtrise autant, puisqu'on se guide voilà mais euh ça c'est des possibilités.
- ***M : D'accord donc c'est comme ça que tu peux éventuellement faire ton choix entre l'une ou l'autre des méthodes ?***
- P9 : Souvent c'est ça. Y'en a qui te demande aussi parce que les, alors les insomniaques ils ont souvent regardés pleins de choses différentes, et parfois ils nous demandent conseil. Donc tu vois quelqu'un qui va venir, « Que pensez vous de l'acupuncture? », moi pas de problème, moi je pense que toute médecine qui apporte aussi un regard différent de la médecine finalement l'allopathie, pfff voilà si ça convient au patient. Tu vois l'homéopathie pas de problème, tant que le patient il voit qu'il est moteur.
- ***M : D'accord, si lui t'en parle, tu vas le diriger vers ça quoi, mais tu vas pas forcément le proposer toi même par contre?***
- P9 : Alors l'acupuncture euh moins mais après c'est pff tu vois si je vois que le patient il est intéressé par ça, voilà tu vois il peut ne pas me prononcer le mot acupuncture et finalement je pense qu'il peut être réactif à ça. Euh voilà l'homéopathie moi j'en prescris pas, alors j'aimerais être formée hein ça c'est vrai euh mais pareil je vois un patient qui me dit « Écoutez je voudrai être orienté vers un homéopathe. » ben « Allez-y! ». Parfois tu sais le patient en fait il voit des médecins différents, il, il fait pas forcément le cercle, il nous lie pas tous tu vois. Il va voir l'acupuncteur pour le sevrage tabac. Il va voir, je dis n'importe quoi, l'homéopathe pour la ménopause, alors qu'en fait moi je relie tout tu vois. Grossomodo c'est ce que je propose en... alors aussi pendant la consult je leur parle d'état de conscience modifiée comme des petits exercices qu'on peut faire hein tous.
- ***M : D'accord.***
- P9 : Donc pareil je l'aborde en systématique. Donc c'est s'imaginer, donc là il y a 3 tableaux,

donc prendre celui qui parle plus : soit s'imaginer dans l'herbe donc un beau soleil, le ciel bleu et puis il y a des nuages, regarder les nuages qui vont doucement filer et, ou alors être assis au bord de l'eau et voir l'eau couler tu vois tout doucement. Euh et dans ces 2 cas précis auparavant en fait sur un grand drap blanc, identifier chacune de nos pensées négatives, donc ça peut être voilà la dispute avec le chef, je sais plus ce qu'on a dit, je dis n'importe quoi, le PV, l'institut de l'enfant. Tout ce qui nous a agacé, on l'identifie bien et on les dépose les uns à côté des autres sur le grand drap blanc, et on va fermer ce grand drap blanc très très fort et donc ensuite dans la situation choisie donc soit sur l'herbe, soit au bord de l'eau, sur l'herbe lancer très très fort le baluchon sur un gros nuage qu'on aura choisi bien moelleux bien voilà, et on regarde le nuage partir avec notre baluchon et sur l'eau c'est le jeter dans l'eau et le regarder partir tout doucement. Et le 3ème tableau c'est un très beau jardin et en fait un peu plus loin dans le centre et plus bas il y a un endroit magnifique avec de très beaux arbres, de jolies fleurs et il faut y accéder par un escalier, donc à chaque marche laisser un élément négatif qu'on aura identifié, ce qui fait qu'arrivé, après avoir tout lâché on arrive dans ce très beau jardin, voilà.

- ***M : Et ça c'est quelque chose que tu leur conseilles de faire avant de s'endormir en fait?***
- P9 : Quand ils arrivent pas à dormir, ouais. Mais je suis énormément aussi dans la... comment je pourrai te formuler ça, dans le, je sais pas la « c'est pas gravologie », vraiment le : voilà c'est pas grave de pas dormir.
- ***M : Dédramatiser?***
- P9 : Voilà complètement, dédramatiser. C'est normal de s'endormir pendant, enfin on a jusqu'à une demi heure, non je dis pas comme ça, mais on peut mettre au moins une demi heure pour s'endormir surtout que avec l'âge ça avance hein, on passe à 50 minutes quand t'as 75 ans en moyenne hein pour t'endormir enfin en durée d'endormissement donc voilà, ça peut paraître long. Que l'histoire des cycles aussi j'explique bien les cycles du sommeil, qu'on en a 4 à 5, qu'entre chaque cycle en fait on a des micro-réveils, alors dont on a la plupart du temps pas conscience, si on a l'impression de pas avoir fait une nuit complète c'est que parfois quand on se réveille c'est justement qu'on est entre 2 cycles, et qu'avant on disait ah lala si on a raté le petit train, ça va être une catastrophe et qu'il faut attendre que l'autre train passe, qu'il faut attendre 2h. Pas du tout, on peut se rendormir en 30 minutes et voilà. Donc c'est plus ces éveils, soit dans l'insomnie d'endormissement voilà pour se détendre, soit en effet des éveils nocturnes, soit finalement l'éveil matinal et puis ben on se rendort une demi heure avant le réveil, ben c'est toujours une demi heure de prise. Et j'essaye aussi, alors... moi j'avais pris l'atelier au congrès du sommeil sur l'état de conscience modifié, initiation à l'hypnose, que tu sais le cerveau n'entend que le positif, enfin le cerveau n'entend pas la négation plutôt.
- ***M : D'accord.***
- P9 : Donc c'est-à-dire que si je te dis, avant de te faire une injection de vaccin je te dis euh « Ça ne va pas être long. », toi tu vas entendre « Ça va être long. », enfin tu vas retenir... donc plutôt dire « Ça va être rapide. ». Si je te dis « Ça va être froid. » quand tu désinfectes toi tu vas te dire « Froid oh non non! » il vaut mieux dire « Ça rafraîchit. » euh « Je passe la peau. » plutôt que « Je pique. » euh tu vois. Alors c'est très récent hein la connaissance de ça mais j'essaye dans la consultation du coup de le faire comme ça, donc je dis pas « C'est pas grave. » mais je dis « Tranquillisez vous. ».
- ***M : D'accord, OK.***

- P 9 : « Tranquillisez vous. » euh voilà j'essaye de renforcer au maximum aussi ce que le patient a trouvé comme truc lui aussi, des trucs qui sont bien hein pas, si il regarde la télé pendant 2 h, je peux pas lui conseiller ça mais, tu vas te dire ben oui pendant le quart d'heure j'allume et puis...
- ***M : Oui voilà de les encourager dans ce qu'ils ont pu trouver quoi. OK, OK. Est-ce que ce dont tu me parlais ça porte un nom particulier, le fait d'imaginer les scènes.***
- P9 : Ça je crois que c'est, est-ce que c'est de la sophro ? Je pense que... Dans nos cours on avait appris, des patients qui sont tellement dans la retenue tu vois, dans la vraiment très très « Ah lala c'est la catastrophe, il est 10h30 je dors toujours pas » euh c'est de leur dire surtout essayez de pas dormir tu vois.
- ***M : D'accord.***
- P9 : L'inverse, tu vois parce que comme ils sont dans la rétention, et ben du coup ils vont être dans la rétention de surtout ne pas dormir donc ils vont dormir, donc ça va les aider voilà ! Et j'insiste aussi pour, excuses moi je reprends un peu avant, de dormir quand on a envie de dormir. Et par exemple si on a envie de dormir à 23h il faut pas se coucher à 21h30.
- ***M : Oui***
- P9 : Et que je détermine aussi à la première consultation si le patient il est court dormeur ou long dormeur. Ça sert à rien qu'un court dormeur qui dort à peu près 6 h par exemple reste au lit 8h, aucun intérêt donc en effet il a la sensation de pas dormir.
- ***M : Tu vas déterminer ça comment en fait ?***
- P9 : Ben en fait tu poses la question. « En moyenne de combien avez vous besoin de sommeil », même en vacances tu vois tu vas demander, et aussi si il est plutôt matinal ou vespéral. Alors tu peux faire des petits tests, il y a des tests qui sont assez euh, notamment sur le réseau Morphée avec Sylvie Royant-Parola, sur internet tu peux le faire, mais souvent juste en 2 questions, le patient il se connaît bien. Voilà il va dire « Non mais moi le matin y a rien à tirer », « Couchez vous plus tard ! ».
- ***M : D'accord, d'accord. Du coup pour le, ensuite, alors comment tu organises le suivi ensuite ? Suite à la première consultation, est-ce que tu as un délai, des méthodes d'évaluation ?***
- P9 : Alors moi je fais tous les quinze jours, donc je le revois quinze jours après euh toujours un agenda de sommeil. Moi j'ai pas d'actimètre donc si tu veux, je peux pas comparer en effet si ce qu'il dit exactement est la réalité, tu sais notamment les mauvaises appréciations de sommeil. C'est l'idéal d'avoir l'actimètre mais bon après tu vois on peut se débrouiller sans. Euh donc voilà tous les 15 jours du coup ça, le patient ça le...
- ***M : Et donc à chaque fois avec un agenda du sommeil ? Et autant de temps que le suivi va durer.***
- P9 : Mmmh, voilà ! Mais je leur dis qu'on va y arriver en plusieurs semaines, mais on va y arriver quoi ! Tu vois y avait un patient il parlait à la retraite de la SNCF, il avait une date

butoir , il était venu me voir début décembre, et en fait quand tu n'es plus, quand t'es retraité SNCF tu peux plus aller au cabinet de consultation voilà. Euh je lui ai dit « On va y arriver ». Et tu vois en 2 mois c'était incroyable, mais alors lui il a complètement adhérer c'était du bonheur aussi en tant que médecin, c'est-à-dire que t'as mis la pichenette et t'as fait strike avec la boule là (*rires*) donc c'est très très satisfaisant, mais bon même quand ça marche pas c'est pas grave. Je trouve c'est, c'est très intéressant de voir sur le visuel et de montrer aux patients qu'il y a des choses qui marchent aussi.

- ***M : Même si il a l'impression que ça marche pas quoi ?***
- P9 : Ben oui. Tu vois par exemple euh je sais pas, « Je dors mieux quand je suis chez mes parents. », un jeune il va te dire tu vois il passe ses études et puis en fait le week-end quand il rentre chez ses parents il dort mieux. Bon ben voilà, toi tu dis « Ben regardez vous dormez déjà bien le week-end ! », il faut essayer d'identifier pourquoi et puis, puis en fait de 2 semaines en 2 semaines puisque je les vois tous les quinze jours euh du coup c'est, on regarde les agendas précédents.
- ***M : D'accord oui c'est surtout comme ça que tu vas évaluer en fait.***
- P9 : Oui et ce que je propose aussi du coup, donc ça c'est souvent le deuxième rdv parce que là je vois combien de temps ils dorment exactement tu vois, là vraiment j'ai une meilleure évaluation de leur durée de sommeil. Euh là si vraiment il y a une insomnie qui est majeure, je, je fais la réduction du temps passé au lit. Tu leur demandes en fait, tu calcules, tu dois être à 85% de sommeil sur le temps passé au lit, donc tu calcules et il faut que le patient se réveille à la même heure tous les jours, y compris le week-end.
- ***M : D'accord, donc en fait tu regardes le temps qu'il dort effectif c'est ça et tu vas l'autoriser à rester 15% de plus au lit, c'est ça ?***
- P9 : Ben en fait par exemple si le patient je vois qu'il a dormi 6h sur les 8, 80% donc euh voilà ça tombe pas juste. On va dire il a passé 10h au lit, il a dormi 8h30, bon ben ça, ça marche tu vois. Par contre il a passé 10h au lit, il n'en a dormi que 6h alors qu'en fait il a besoin de, et il en a dormi que 6 ben je vais lui dire « Ben non vous passez pas 10h au lit. », je réduis, je vais lui dire « À ce moment-là vous passez 8h. ».
- ***M : D'accord donc il y a toujours la même heure de lever et c'est sur l'heure du coucher que tu vas jouer ?***
- P9 : Exactement puisqu'il doit ressentir les symptômes de fatigue tu vois. Autant le lever un horaire fixe finalement, je vais être, c'est mécanique quoi, c'est on va travailler tu vois il y a la pression sociale. Autant l'heure de coucher il faut que ce soit vraiment encore plus le ressenti, et après quand il aura plus ses insomnies et ben si besoin le week-end qu'il est parti dans son sommeil et ben voilà, il y aura plus de soucis. Mais voilà, ça par contre je le fais assez fort, si vraiment c'est des nuits mais n'importe quoi.
- ***M : D'accord donc ça dès la deuxième consultation si tu remarques que...***
- P9 : Ouais souvent en deuxième consult, t'arrives à voir très vite.
- ***M : Est-ce que t'as d'autres outils d'évaluation ?***

- P9 : Ben après t'as les échelles hein forcément, l'échelle de dépression. Ça je t'en ai pas parlé aussi mais à la première consult, parce que bon la dépression c'est quand même un des critères majeurs enfin une des raison majeure d'insomnie, donc passer à côté d'une dépression c'est toujours ballot euh donc y a les échelles de Pichot, l'échelle HAD, ça moi je l'ai en systématique et je fais aussi le questionnaire d'Epworth tu sais le questionnaire de somnolence euh et pareil je t'en ai pas parlé, mais bien évidemment moi je fais en systématique tu vois les syndromes d'apnées, enfin je pose la question du syndrome d'apnée, les jambes sans repos, la narcolepsie. Je t'en ai pas parlé mais parce que ça me paraissait évident.
- **M : Oui et puis je t'avais dit qu'on écartait les causes organiques.**
- P9 : Voilà, du coup mais par contre la dépression je l'évalue.
- **M : Et du coup pour toi qu'est-ce qui définit l'échec ou le succès de la solution que tu as proposée finalement ?**
- P9 : Ben, tu m'as dit échec, l'échec?... moi je pense qu'à chaque fois c'est le ressenti du patient tu vois. Il y a des patients qui ont des nuits mais enfin on serait le conjoint on serait fou, il se réveille 4 fois, j'ai un patient à 2h du mat il va prendre un café, tu vois il se lève, il va prendre un café et il se rendort alors euh on va dire si on veut être très très carré, on va lui dire « Mais ça ne va pas! » (*rires*) et il y a pas de problèmes de sommeil, tu vois ! Ça lui pose pas de soucis, bon ben tu vois, ben on laisse comme ça !
- **M : Ok donc c'est vraiment le ressenti ?**
- P9 : Moi c'est le ressenti ! Alors évidemment la somnolence, tu vois le patient c'est son ressenti, il va dire « J'en ai marre je suis fatigué dans la journée » donc ça c'est un ressenti négatif, donc ça on peut le traiter tu vois ça on peut dire « Ben tiens ben non, telle méthode ça a pas été ». Euh il dort n'importe comment et ça se passe très bien et il a pas d'accident de voiture et il a aucun symptômes ben voilà !
- **M : Très bien, alors quelles sont les facteurs d'échec ou de succès de ces propositions que tu as pu identifier ?**
- P9 : Ben je pense que c'est si on est convaincu ou pas. Euh, alors par rapport à la restriction de sommeil tu vois, tu dois pas par contre passer sous le seuil des 5h des sommeil, il faut pas que le patient il descende en dessous. Euh si on est passé en dessous, parce que le patient il a été trop, trop, je sais pas, que ça l'a complètement stressé à l'inverse, bon ben là on n'a pas été bon, ben voilà. Après je pense que c'est nous, la façon dont on l'explique et notre conviction euh le patient si on a su aussi le faire choisir en fonction vraiment de ses propres goûts et sa propre aptitude tu vois à changer certaines choses et voilà. Moi vraiment pour moi c'est un tandem mais je leur dis dès le début, dès le début de la consult. Donc euh, je sais pas je dis n'importe quoi, un patient il a besoin d'écouter sa musique douce avant de dormir, ok, ben très bien, par contre il faut qu'il la laisse toute la nuit tu vois, donc ça va être un compromis.
- **M : C'est de la discussion quoi ?**
- P9 : C'est ça . Les échecs euh les échecs c'est si, tu vois le patient qui va pas revenir me voir, euh quelque part, je lui dis « Bon on se revoit dans 15 jours. ».

- ***M : Mais du coup là tu va pas savoir pourquoi, pour le coup.***
- P9 : Alors on le reverra peut-être plus tard...
- ***M : Est-ce qu'il y a quelque chose qui aurait pu te faire pressentir que ça n'aurait pas... une caractéristique de l'insomnie ou du patient ?***
- P9 : Ouais, tu vois il y a une dame, alors enfin c'est une insomnie... en fait c'est un, je pense que c'est un syndrome d'apnée, enfin c'est sûr. Dès le début je me suis dit c'est un syndrome d'apnée qu'elle a cette dame. Euh c'est une dame qui avait changé de travail, qui est responsable si tu veux des personnes qui vendent les billets. Et du coup elle a changé de poste, elle a, enfin elle a plus de temps pour se poser, elle a aussi des enfants qui sont ados dont elle s'occupe beaucoup, un mari etc... En fait je crois qu'elle a 45 ans ou 50 ans et je pense qu'elle était pas du tout euh, elle s'attendait pas à ce que je lui parle de syndrome d'apnée tu vois, c'est aussi ça. Donc en fait moi je l'ai envoyé voir un ORL pour une polygraphie. Elle a mis du temps, elle est revenue me voir pour un truc rien à voir, mais je lui ai remis une petite couche, genre la fille qui lâche rien (*rires*) non mais voilà je dis « Où est-ce que vous en êtes dans le sommeil ? » tu vois donc évidemment c'était pas mieux, mais l'agenda de sommeil aussi permet en plus d'un SAS, d'un syndrome d'apnée de voir qu'il y a vraiment en plus, une hygiène catastrophique. Ça va pas tout régler de la mettre sous machine. Donc j'en étais là si tu veux, elle a eu son diagnostic, je pense qu'il faut qu'elle fasse un deuil parce que c'est pas évident de se dire j'ai 45 ans, j'ai un syndrome d'apnée euh oui elle venait me voir, excuse-moi, elle venait me voir pour un sur-poids et stress voilà.
- ***M : D'accord.***
- P9 : Donc après tu sais bien le SAS, quand tu dors pas bien, la gréline, la sensation de faim, on l'a moins donc on prend du poids voilà ça va de paire. Donc du coup je l'ai laissé repartir avec un agenda de sommeil en plus de ce diagnostic... voilà, donc je pense que ça c'était pas évident. Donc ça c'est un échec qui n'en ai pas un, c'est-à-dire que clairement moi jme dis que ça doit pas être facile de se prendre ça en diagnostic.
- ***M : Oui.***
- P9 : Tu vois, je le prends pas comme un échec en fait. J'ai pas eu de retour de ma consultation si tu veux, enfin si la question elle est formulée comme ça. Mais non en échec euh, non parce que moi je suis persuadée qu'on peut y arriver.
- ***M : D'accord donc autrement tu n'as pas constaté de choses comme ça. Du coup, sans forcément parler d'échec, si tu considères que la chose que t'as proposée en première intention te semblait pas en tout cas assez efficace, qu'est-ce que tu as tendance à proposer en deuxième intention alors outre comme tu disais la restriction de sommeil. Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu vas proposer par la suite si tu vois que***
- P9 : Écoute euh ça peut être, pour en revenir tu vois en médecine non allopathique, ben justement tu vas dire tiens, ben est-ce que la sophro dont on avait parlé en première consult finalement, parce que le patient il chemine aussi.
- ***M : Oui c'est ça, il aura pas forcément tout assimilé au départ.***

- P 9 : Mmmh. Ben oui parce que c'est long, on leur dit pleins de trucs, il repart avec un agenda de sommeil, c'est pas facile facile quoi. Euh... donc voilà repartir là dessus. Euh et puis en plus il y a une réflexion qui avance, c'est-à-dire que lui aussi il va cheminer dans son insomnie et puis il va voir qu'il y a des choses qui marchent et puis que finalement il va identifier quand même qu'il se crispe sur des problèmes, par exemple tu vois qu'il y a quelque chose au boulot qui l'ennuie ou que ça va être un enfant, enfin je dis n'importe quoi. Et il va plus l'identifier aussi donc parfois moi aussi je propose des thérapies euh tu vois avec un psychiatre.
- **M : Ah oui d'accord, des thérapies type ?**
- P9 : Des thérapies tu vois analytiques ou pas mais euh...
- **M : D'accord tu vas pas orienter vers un type de thérapie en particulier mais tu vas orienter vers le psychiatre et c'est lui qui...**
- P9 : Ouais parce qu'après je leur dis qu'il y a plusieurs thérapies, c'est toujours bien de se connaître même à 85 ans, donc euh...
- **M : Et psychiatre ou psychologue ?**
- P9 : Alors psychiatre euh je leur dis que c'est remboursé, psychologue après il y a des très bon psychologues. Moi c'est comme le patient, c'est c'est, jsuis pas euh... si il me dit « Attendez on m'a parlé d'un psychologue ou d'une psychologue, qu'est-ce que vous en pensez ? » voilà. Les rebouteux tu vois je suis pas trop trop (*rires*) voilà, c'est, c'est... j'écoute la personne hein qui va me dire qu'avec le pendule euh voilà ! Je dois avouer que je l'écoute mais j'ai, je lui dis, je vais reformuler en disant « Ça vous a soulagé? » tu vois point d'interrogation, si il dit « Oui ça m'a soulagé », ok point. Clairement je n'oriente jamais, pour moi c'est pas une médecine quoi, un rebouteux voilà. Mais il y en a qui vont les voir. Ça a marché pour eux bon ben voilà mais je ne leur dis pas (*rires*).
- **M : Tu ne vas pas les orienter dans cette direction-là. Mais donc par contre tu disais pour les autres médecines alternatives, tu vas pas forcément toi même le prescrire mais en tout cas tu peux en parler ou si la personne t'en parle.**
- P9 : Oui ou orienter, et dire ben en fait peut-être l'acupuncture. Je dis par exemple « Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous aiderait à plus vous détendre le soir? La sophro, l'acupuncture, est-ce que l'homéopathie ? » euh fff il y a tellement de choses euh. « Ah oui en effet peut être l'acupuncture » donc tu vois je fais un courrier pour le confrère, euh... en médecine euh en médecine en acupuncture, homéo, j'ai rarement des retours de confrères donc des courriers. Mais c'est pas grave, moi je pense que par confraternité moi je lui envoie un patient, donc je lui fais un courrier, je lui dis ce que j'ai fait.
- **M : Et t'as des retours plutôt.**
- P9 : C'est le patient qui me dit « Oui ça a super bien marché ». Si, je reprends mes outils que j'ai proposé au début tu vois. C'est je change mon fusil d'épaule mais je lui avais proposé au début ouais ouais.
- **M : OK ça marche. Du coup on a fait le tour. Maintenant c'est les questions de présentation. Est-ce que tu peux me dire du coup quel âge tu as, depuis quand tu exerces**

et dans quelle structure ?

- P9 : Ouais, alors moi je viens d'avoir 35 ans, euh alors moi j'exerce en ce moment dans 2 consultations différentes, je suis salariée pour les 2. J'ai une consultation à 50% à l'entraide ouvrière qui est une consultation pour les précaires, enfin pour les personnes en situation de précarité, c'est des consultations qui sont gratuites. Bon c'est une association locale fondée par un prêtre ouvrier tourangeau, un peu comme Emmaüs si tu veux, donc avec beaucoup de centres d'hébergements ou du travail social aussi. Euh donc très varié, c'est vraiment de la médecine G, bon les insomnies là c'est souvent des traumas. Euh et puis j'ai 2 vacations à la SNCF en médecine, ce qu'ils appellent médecine de soin mais c'est de la médecine générale, où là en fait toute personne qui travaille à la SNCF peut consulter donc voilà. Euh j'ai gardé mon activité libérale euh parce que j'ai beaucoup remplacé et puis comme j'ai eu l'examen du D.I.U. du sommeil en octobre j'avais pensé à m'installer. Dès octobre j'avais bien commencé, d'autant plus que la demande de vacation dont on avait parlé à l'hôpital qui du coup faute de financement n'est pas possible en 2014, euh du coup m'installer en libéral comme médecin du sommeil. Mais des éléments rien avoir avec la médecine sont arrivés. Par contre clairement la médecine du sommeil, enfin ça a transformé ma vision de la médecine hein ce diplôme.

- ***M : Et justement est-ce que tu as fait d'autres formations à part ce diplôme, sur le sommeil ?***

- P9 : Des formations sur le sommeil ? Euh j'ai un diplôme de contraception – IVG mais ça n'a rien avoir avec le sommeil, quoique ! Non j'avais été au congrès à Tours de la société la SFRMS, la société savante de la médecine du sommeil. En 2010 j'avais vraiment été très intéressée. Voilà euh j'avais fait une séance de sophro offerte avec les remplaçants, je sais pas si tu fais partie de l'association Remplacentre. Et donc il y avait une soirée où il y avait une sophrologue qui était venue nous présenter la sophro et après de façon perso j'ai, mes prépas accouchements étaient assez dirigées vers la sophro donc je suis très très réceptive à la sophrologie, je trouve ça super agréable. Euh l'hypnose non j'ai jamais vu d'hypnose, ça ça me dirait bien, même d'essayer tu vois.

- ***M : Et l'homéopathie tu disais ?***

- P9 : Alors l'homéo j'aimerais bien, euh l'homéo j'aimerais bien justement même, avoir quelques clés pour prescrire sans forcément parler de sommeil, mais même pour les rhinopharyngites et voilà.

- ***M : Et du coup tu disais ça a changé ta vision du sujet d'avoir fait le D.I.U. des troubles du sommeil. Tu trouves que ça a changé ta pratique ? Par rapport à quels éléments ?***

- P9 : Ah complètement ! Alors d'une part moi j'aime beaucoup dormir donc euh voilà quand tu vois que les patients n'arrivent pas à dormir, on passe un tiers de notre vie à manger et à dormir, c'est quand même bien dommage de pas apprécier ce grand moment. Donc plus dans le partage, mais surtout en fait c'est prodigieux de comprendre pourquoi on dort, comment on dort et que finalement il y a des moments où on croit qu'on dort pas et puis en fait on dort. Tu vois c'est des clés qui me sont apparues. Et en fait le diplôme du sommeil c'est à la fois extrêmement rigoureux dans le sens si tu veux scientifique pur où tu vois les électrodes, là t'as des spindles donc t'es en stade 2 toc toc toc c'est comme ça voilà ! Et d'autres finalement où ben c'est du ressenti, tu vois les rêves euh l'insomnie euh voilà c'est, c'est quelque chose qui est pas...

- **M : *Qui est subjectif ?***
- P9 : Oui c'est ça subjectif exactement ! Et moi les insomniaques mais auparavant, mais ça m'agaçait, ça m'agaçait, parce qu'en fait les patients ne consultent jamais pour un motif de sommeil, c'est un motif inavoué de consultation, c'est toujours le renouvellement pour l'hypertension artérielle, on va dire « Au fait mon hypnotique ! ». Donc moi ça m'agaçait prodigieusement, j'avais toujours l'impression d'être le supermarché du coin où je faisais la liste. Surtout qu'en tant que remplaçant c'est compliqué aussi d'intervenir, on se met quand même dans les chaussons du praticien, donc y a mettre sa pratique mais en même temps il faut respecter ce que le confrère a fait, enfin jusqu'où on va et voilà. Donc euh les insomniaques voilà ça m'agaçait, ça me renvoyait beaucoup d'agacement, et en fait moi j'ai un caractère à me dire, quand ça m'agace c'est probablement que je comprends pas ou que je suis mauvaise dans ce domaine hein clairement, que je ne connais pas. Euh du coup le savoir, mais alors maintenant cela ne me pose aucun problème.
- **M : *D'accord tu prends ça plus sereinement ?***
- P9 : Ah mais oui complètement. La personne qui ne dort pas depuis quinze ans ben c'est pas grave du tout ! Mais ça ne me pose aucun soucis donc c'est une sérénité par rapport à la consultation qui est très agréable. Et en médecine du sommeil t'annonces jamais des choses très graves enfin tu vois on annonce pas des diagnostics avec la mort derrière hein comme on peut le faire en médecine générale ou autre. Il y a des mauvaises nouvelles, comme l'annonce d' une narcolepsie, on parlait d'apnée sévère, où t'as un syndrome d'apnées là le patient pour le moment les études ben elles sont en cours, donc il y a que la machine voilà. Mais enfin tu vois c'est pas euh voilà, donc c'est très agréable aussi ! (*rires*)
- **M : *OK, du coup il y a autre chose que tu veux rajouter sur le sujet ? Que l'on n'a pas dit, que tu as envie de dire ?***
- P9 : Écoute euh non le sommeil des enfants, après il y a du bon sens tu vois souvent en fait. Il y avait un de mes profs qui nous avait dit « Écoutez bien votre patient parce que c'est lui qui va vous dire ce qu'il a » et en fait quand t'écoutes les patients souvent, enfin quand on écoute les patients, en fait de reformuler leur, les parents qui viennent parce que l'enfant il se réveille toutes les nuits, il demande le biberon donc ils donnent le biberon, ben en fait ils vont se rendre compte en le disant que peut-être le biberon c'est peut-être pas une bonne idée, voilà. Et en fait... je, moi j'attends d'un médecin si je vais en consultation d'avoir un médecin qui ne me juge pas donc je veux pas juger le patient tu vois.
- **M : *D'accord.***
- P9 : Donc c'est plus un échange et des conseils, une dual, un duo, on est vraiment un duo.
- **M : *Sans hiérarchie quoi ?***
- P9 : Voilà c'est ça.

Entretien n°10

- ***M : La dernière fois qu'un de tes patients t'as parlé d'un problème d'insomnie chronique, alors sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que tu lui as proposé toi comme prise en charge initiale?***
- P10 : Alors euh...je sais plus le dernier mais en gros euh ce que je propose c'est déjà de discuter de pourquoi il dort pas, voilà. Sachant que moi j'ai une particularité dans ma prise en charge parce que je fais de la psychothérapie donc je vois beaucoup de patients qui ont des troubles du sommeil, des troubles anxieux, des troubles dépressifs. Donc j'ai déjà un recrutement on va dire euh la moitié des patients que je vois ont des troubles du sommeil en fait. (*rires*) Voilà donc déjà j'ai un petit biais de recrutement sachant que c'est pas la population tout venant on va dire. Après je dirais qu'il y a deux types de population, il y a à la fois deux types de patients. Il y a les patients qui vont être dans cette catégorie de patients que je suis ou que je fais suivre par des psychologues qui ont une pathologie psychiatrique : dépression, anxiété euh voilà avec des troubles du sommeil associés et des patients qui ont des troubles du sommeil avec une petite anxiété mais c'est pas une anxiété pathologique voilà. Donc finalement il y a vraiment deux types de patients pour moi et après ben la deuxième catégorie c'est à dire ceux qui ont des troubles du sommeil mais sans pathologie on va dire avérée, ceux-là je vais leur proposer plus une prise en charge de, d'essayer de voir ensemble pourquoi ils ont ces troubles du sommeil, qu'est-ce qui pourrait améliorer leur sommeil, l'hygiène de sommeil des choses comme ça.
- ***M : D'accord.***
- P10 : Rechercher avec eux comment améliorer leur sommeil. Mais je vais pas forcément leur prescrire d'hypnotiques parce que finalement ces patients-là, souvent ils en souffrent pas des troubles du sommeil. Enfin c'est un peu gênant parce qu'ils sont un peu en décalé par rapport aux autres personnes de la famille par exemple, mais euh ça fait des années qu'ils dorment pas, euh ils font leur boulot, ils ont une vie sociale normale, tout se passe bien, sauf que ben effectivement ils ont un temps de sommeil assez court. Ben du coup moi d'emblée je leur dit « Ben je vous prescris pas d'hypnotiques » parce que sinon finalement il y a pas de, comme y a pas vraiment de choses sur lesquelles ils peuvent agir directement, ça risque pas de s'améliorer tout seul quoi. Donc du coup ceux-là je leur dit « Si je vous prescris un médicament, ça va être, après vous allez en avoir besoin tout le temps » et là spontanément souvent ils disent « Ah ben non ben non je veux pas alors ».
- ***M : D'accord oui en leur expliquant.***
- P10 : Oui en leur expliquant que le médicament il va agir au moment où ils vont le prendre, mais si ils ont toujours ce problème de sommeil, il faudrait à la limite qu'ils prennent le médicament tout le temps et du coup bon voilà. Et après il y a les autres patients qui ont plus une pathologie psychiatrique, on va dire qui provoque des troubles du sommeil et ceux-là des fois, pas tout le temps en fait, en fonction de leur gène je prescris des hypnotiques ou des anxiolytiques si c'est une, si on diagnostique ensemble que c'est plutôt une anxiété du soir et que l'endormissement est compliqué mais qu'après le sommeil est à peu près normal, ça peut être un anxiolytique pour juste provoquer l'endormissement par détente mais en les prévenant dès le départ que de toute façon ce sera au début et que, enfin que ce sera pour une durée courte et qu'après euh
- ***M : OK et ça c'est comme tu dis quand c'est vraiment la pathologie psychiatrique qui est***

prédominante quoi.

- P10 : Voilà et en fait quand il y a un retentissement très important du manque de sommeil sur l'état psychiatrique, enfin sur l'état psychologique. Du coup c'est un cap.
- ***M : OK. On va plutôt rester dans ce que tu disais au départ, donc plutôt les insomniaques qui peuvent avoir une anxiété associée mais pas majeure on va dire. Et quand ils ont une répercussion quand même assez importante de leur insomnie au niveau de la journée du lendemain, est-ce que tu prescris d'autres choses?***
- P10 : Des fois je prescris des hypnotiques mais en leur disant « Ben vous pouvez les prendre de temps en temps », genre le vendredi ou euh voilà pour faire redescendre la pression de la semaine, ils passent une bonne nuit et voilà, donc j'ai des patients qui prennent deux hypnotiques par semaine comme ça, un le mercredi, un le vendredi et ils arrivent plus ou moins on va dire à tenir.
- ***M : En ponctuel?***
- P10 : En ponctuel. De toute façon moi je suis, j'ai récupéré des patients qui avaient des hypnotiques tout le temps et voilà, il y en a certains on est encore en train de, d'œuvrer pour les arrêter donc euh, c'est compliqué. Donc finalement de tout ce qu'on peut lire sur les benzo, les hypnotiques tout ça, la meilleure façon qu'il n'y ait pas de dépendance c'est de ne pas en prescrire donc du coup...mais moi je trouve que ça marche bien en prévenant bien les gens de l'utilisation qu'on peut en faire et en leur disant « Voilà si vous en prenez deux par semaine il y a pas de dépendance donc du coup vous pouvez avoir l'effet » moi c'est ce que je leur dit « Vous avez vraiment l'effet à plein pot bénéfique du médicament, ça marche bien vous êtes pas emberlificoté dans une prise après qui est compliquée pour vous, donc on a que les effets positifs » donc du coup, et moi je trouve que ça marche plutôt bien en fait quand c'est comme ça. Donc il y a des patients je sais pas, je leur prescris deux boîtes de Stilnox® par an, donc vraiment une fois de temps en temps et ils me disent « Ah ben au fait j'en ai plus, vous pouvez m'en remettre une? » Je regarde, ah ben oui la dernière c'était genre au mois de décembre oui bon ben d'accord.
- ***M : Et si tu veux éviter une prescription d'hypnotiques chez ces patients-là, est-ce que tu proposes parfois une alternative?***
- P10 : Moi je trouve qu'il y a pas vraiment d'alternative en fait hein c'est soit, ou alors l'alternative ça va être un antidépresseur si l'anxiété est au premier plan et que ça passe pas mais, mais sinon moi je trouve que l'alternative qui va être genre l'homéopathie ou truc comme ça bon, je trouve que ça a une efficacité assez modeste (*rires*) et du coup, je trouve que c'est quand même entretenir la prise de médicament et ça ça me gêne quand même parce que même si la phytothérapie, même si l'homéopathie y a à priori pas de risques de dépendance physique et y a pas d'effets secondaires à priori mais c'est quand même « J'ai un problème je prends un médicament » « Je suis fatigué, je prends une vitamine » « J'ai envie de dormir, je prends un truc pour dormir » et euh voilà, c'est quand même une espèce de, une espèce d'habitude que je trouve pas forcément très très intéressante donc euh voilà, donc du coup je vais plutôt essayer de discuter avec eux de la façon, enfin de toutes les règles d'hygiène de vie.
- ***M : Oui, est-ce que tu peux détailler justement ce que tu leur dis?***

- P 10 : Ouais, ben qu'il faut éviter les écrans le soir, éviter le sport le soir. Euh je leur propose de se lever si ils arrivent pas à dormir, de faire autre chose et de pas rester au lit, mais alors ça c'est très compliqué hein. Ça c'est vraiment très difficile, parce que souvent c'est le conjoint ou la famille qui est mis en avant dans ce cas-là. Que du coup ça dérangerait tout le monde, ou alors que du coup ben eux ça leur demanderait vraiment un effort trop important de se lever et de faire autre chose. Ils arrivent pas à dormir mais ils sont quand même suffisamment fatigués pour pas pouvoir se lever du lit, voilà. Donc euh voilà, qu'est-ce que je propose d'autre ? Ben après limiter le café, le thé mais enfin bon, c'est pas forcément... le mec il prend six cafés par jour, le café il a pas un effet très excitant en fait donc euh voilà il a une tolérance à la caféine qui fait que c'est pas...
- ***M : C'est pas ça qui va jouer un rôle majeur quoi?***
- P10 : Non je trouve c'est pas ça. Après voilà après ça peut être aussi ben euh proposer des activités un peu tranquilles, un peu calmes où les gens peuvent se détendre tout simplement, parce que finalement il y a beaucoup de gens qui ont pas forcément d'activités pour eux enfin, des moments pour eux, pour juste prendre du plaisir pour eux tranquille donc euh voilà.
- ***M : D'accord, OK. Et du coup tu disais que tu faisais pas mal de psychothérapie aussi c'est ça? Est-ce que, enfin qu'est-ce que tu utilises comme, quelles types de psychothérapies tu fais du coup?***
- P10 : Alors moi j'utilise pleins de trucs différents, j'utilise la psychanalyse, j'utilise la TCC, j'utilise des, des techniques de, des trucs qui s'appelle la communication non-violente, qui est une façon de communiquer avec l'autre sans être violent justement. Voilà j'utilise pleins pleins de choses différentes, en fonction des patients, en fonction des moments d'où ils en sont.
- ***M : D'accord et tu peux utiliser tout ces types de psychothérapies chez l'insomniaque chronique?***
- P10 : Mmmh. Oui voilà, oui. Voir ben à la fois pourquoi ils dorment pas et puis ensuite, ben ça c'est un petit peu la TCC aussi d'essayer de voir avec eux quelles pensées ils ont élaboré au sujet de leur sommeil, au sujet de, toutes les pensées automatiques. « De toute façon j'y arriverai jamais, je vais jamais m'endormir » des trucs comme ça. Donc ça c'est assez utile aussi je trouve d'essayer de voir avec eux quel, comment ils peuvent changer leur regard sur le sommeil et c'est aussi ben finalement. « Oui vous dormez 5h par nuit, mais ça fait 20 ans que vous dormez 5h par nuit donc voilà vous faites votre travail tout va bien, ça embête qui ? » « Ben en fait ça embête mon conjoint parce que je viens pas me coucher avec lui » « Ben je sais pas, peut-être qu'on peut imaginer que vous allez vous coucher avec votre conjoint, et puis une fois qu'il est endormi, vous vous relevez et vous faites autre chose » euh voilà c'est pas forcément très très grave non plus, mais d'arriver à trouver une façon de s'adapter à son peu de sommeil.
- ***M : D'accord, par rapport à son quotidien et sa façon de vivre quoi?***
- P10 : Mmmh c'est ça.
- ***M : OK. Et du coup qu'est-ce qui détermine, quels critères on va dire déterminent que tu choisisses une option thérapeutique pour un patient donné ?***

- P10 : Alors il y a les antécédents d'addiction, et les expériences que les gens ont eu avec les médicaments qui vont œuvrer, enfin qui vont être importantes. C'est à la fois le patient qui te dit « Ah ben non mais de toute façon moi je veux pas d'un traitement parce que j'ai déjà eu du Stilnox® et j'ai mis 4 ans à l'arrêter donc euh c'est pas possible ». Y a, à l'inverse on va dire de mon côté le patient qui me dit « Ben oui j'étais dépendant à l'alcool mais j'ai réussi à m'arrêter, et puis je fume, et puis et puis et puis je prends quand même de la codéine régulièrement, et puis » Alors celui-là, c'est sûr que je vais pas lui mettre d'hypnotiques...euh donc voilà y a ça déjà le terrain. Après il y a la durée d'insomnie on va dire. C'est à dire que c'est pas pareil un patient qui a un événement ponctuel qui l'empêche de dormir et ça fait 10 ans que le mec dort pas. Voilà! Euh qu'est-ce qui il y a d'autres ? euh...Oui après il y a surtout beaucoup le retentissement moi je trouve.
- ***M : D'accord et dans quel sens du coup?***
- P10 : Ben je leur demande en fait : « Est-ce que ça vous gêne de pas dormir ? », « Qu'est-ce qui est le, c'est quoi le plus gênant en fait ? Est-ce que c'est le fait d'être anxieux par exemple ou déprimé ou est-ce que c'est le fait de pas dormir ? ». Parce que t'as des gens ils te disent « Non mais moi je voudrai juste récupérer, dormir 2-3 bonnes nuits pour souffler parce que là, je sens que j'en peux plus, je suis trop fatigué.» Bon ben voilà on dit ensemble qu'ils vont prendre 3 comprimés d'hypnotiques de suite et qu'après ils arrêtent et qu'on voit ensemble comment ça se passe après.
- ***M : OK donc en fonction du retentissement aussi du coup. D'accord, donc ça c'était par rapport au choix de si tu prescris des hypnotiques ou pas, et pour choisir entre tes différentes méthodes de psychothérapie, est-ce que pareil tu as des critères?***
- P10 : Non je n'ai pas de critères. Ça dépend des gens, ça dépend un peu des gens, ça dépend de ce qu'ils demandent eux, ça dépend de leur capacité d'introspection, ça dépend de leur capacité à ce moment-là de leur vie de, à avancer. Parce qu'il y a des patients qui sont tellement dans l'anxiété, tellement dans le mal-être, que on va pas commencer à parler de trucs trop compliqués, à remuer j'allais dire, voilà on est plutôt dans le présent, dans comment ils arrivent à gérer le présent, qu'est-ce qu'ils ressentent au moment où ils sont là. Quelqu'un qui est très très mal, très anxieux, très déprimé, on est pas obligé de déterrer les histoires anciennes tout de suite quoi. On peut prendre un peu de temps déjà de se connaître, de voir comment la personne est dans le temps présent dans le moment de sa vie où elle consulte et puis après de voir avec elle de gratter, parce qu'il faut quand même que les gens soient disponibles. Il y a des gens pendant des semaines, des semaines, parce qu'il y a des gens que je vois toutes les semaines, il y a des gens pendant des semaines, je fais que les porter. C'est à dire que, voilà ils sont là ils viennent ils parlent et puis en fait ils racontent des trucs et ils repartent, et puis la semaine d'après ils reracontent le même truc et ils repartent, voilà c'est un peu...et au bout d'un moment, on voit que ça va mieux, qu'ils peuvent juste s'apercevoir qu'ils sont pas juste cette personne à ce moment-là, qu'ils peuvent envisager autre chose, donc à ce moment-là on peut faire un travail plus profond mais avant c'est compliqué.
- ***M : Et quand tu dis « travail plus profond » tu penses à quoi?***
- P10 : Plutôt, plutôt regarder un petit peu leurs histoires de vie, enfin regarder avec eux, leurs histoires de vie et essayer de voir pourquoi, finalement, ils sont dans cette situation là à ce moment-là. On est rarement dans une situation par hasard.

- ***M : Oui. Donc c'est plus tout ce qui est psychanalyse c'est ça?***
- P10 : Oui c'est ça, parce que finalement il y a 2 possibilités. Soit on essaye d'aider les gens à changer de comportement au moment où on est là, soit on essaye de leur faire comprendre, enfin de les amener à comprendre, parce que nous on comprend pas forcément mais, c'est plus eux qui comprennent, de les amener à comprendre pourquoi ils sont comme ça maintenant, donc voilà. Et le sommeil c'est un peu pareil, si ça fait 25 ans que tu dors pas et que t'as jamais bien dormi, ben c'est pas la même chose que « J'ai toujours bien dormi et puis là ça fait 3 mois que j'en peux plus. » Ben voilà on va pas rechercher les mêmes choses quoi. Et puis des fois il y a rien à chercher, il y a des gens qui dorment peu, parce qu'ils dorment peu et c'est plutôt une chance (*rires*). C'est comme ça que je leur présente les choses « Du coup vous pouvez faire pleins de trucs ! » Donc voilà le mec qui dort pas, juste parce qu'il dort 3h par nuit ben souvent c'est quelqu'un qui fait pleins d'autres trucs donc euh voilà!
- ***M : Ça peut être positif.***
- P10 : Ça peut être positif voilà ! (*rires*)
- ***M: OK. Alors une fois que t'as mis en place ces options thérapeutiques, comment tu organises le suivi par la suite?***
- P10 : Alors moi je vois mes patients, je vois beaucoup de patients très régulièrement, comme je te disais toutes les semaines, tous les 15 jours. Après si on prend un patient qui a pas de pathologie psychiatrique qui est plutôt voilà, ça va se rapprocher d'un patient en médecine générale on va dire classique, ces patients-là en général je leur dit « Bon ben voilà vous essayez ça et puis on se revoit dans 15 jours, dans 1 mois », c'est pas forcément dans l'hypothèse d'un suivi après tous les 15 jours ou tous les mois mais de refaire le point, de voir comment ça va, de voilà, je leur dit euh...alors soit je leur dit d'emblée « Bon ben je veux absolument qu'on se revoit dans 15 jours 1 mois », ou alors leur « Ben écoutez je vous prescris ça pour passer ce cap-là, de je sais pas moi les exams, le machin, le truc qui est anxigène et qui fait qu'ils dorment pas et puis ben par contre si ça dure, on se revoit ». Donc voilà, il y a des patients avec lesquels je vais être un peu plus dirigistes en disant « Je veux absolument qu'on se revoit dans un mois »
- ***M : Et quels vont être ces patients?***
- P10 : Les patients plus fragiles ou les patients que je vais voir où il y a plus de risque d'addiction en fait.
- ***M : D'accord OK.***
- P10 : De dépendance au produit, où là. Bon après de toute façon je fais des ordonnances restreintes donc euh, c'est sur un temps court, donc si ils en ont besoin normalement ils reviennent. Bon et puis là où je suis les patients ils vont tout le temps voir le même médecin. Ils s'amuse pas à se balader, donc voilà t'es plutôt tranquille de ce côté-là.
- ***M : Et t'as des méthodes d'évaluation?***
- P10 : Sur le sommeil?

- ***M : Oui, ta façon d'évaluer ce que tu as pu proposer?***
- P10 : Ben voir un peu comment ils sont. Je leur demande comment ils sont ? Est-qu'ils dorment mieux ? Est-ce qu'ils sont satisfaits ? Est-ce que ça leur suffit ? Est-ce que voilà!
- ***M : D'accord c'est par l'interrogatoire?***
- P10 : Oui c'est plutôt ça, j'utilise pas d'échelles, de scores, de trucs.
- ***M : D'accord. Et quand il y a un échec, quels sont les facteurs d'échecs ou au contraire de succès que tu as pu identifier?***
- P10 : Quand c'est pris tôt. Quand c'est pris tôt, que les gens, que t'as pu vraiment cibler le besoin, enfin que t'as pu faire vraiment une bonne évaluation.
- ***M : Oui une bonne évaluation?***
- P10 : Discuter avec les gens, de pourquoi ils dorment pas, de quel traitement à mettre en place. Euh le pire truc c'est le patient en fin de consult qui te dis « Ah au fait je dors pas » et de prescrire une boîte de *Zopiclone*, ça c'est le pire truc je pense, ça c'est vraiment... donc voilà faut bien leur dire « Ben non ! » moi c'est ce que je leur dis maintenant en tout cas « Ben non je ne vous prescris pas, par contre on peut se revoir assez rapidement si vous voulez. »
- ***M : Oui tu prévois une consult exprès pour ça?***
- P10 : Ah ouais ouais ouais moi j'ai besoin qu'on en discute, je peux pas faire ça en 3 minutes, souvent en plus ils ont balancé pas mal de, pleins d'autres motifs bien fourre tout qui ont déjà bien embolisés la consultation, donc voilà.
- ***M : OK, d'accord. Donc au départ une bonne identification du problème?***
- P10 : Voilà c'est ça, avec le temps qu'il faut et d'utiliser le cadre d'une consultation pour faire que ça. Mais ce qui est très bien accepté d'ailleurs. Je pense que c'est nous qui nous mettons des barrières, en se disant « Oh non les patients qu'est-ce qu'ils vont penser ? » En fait voilà si tu leur dis « Moi j'ai besoin de temps pour discuter avec vous, pour voir quelle est la meilleure solution adaptée à votre cas. » Ils sont prêts à revenir, il y a pas de soucis.
- ***M : D'autres facteurs d'échec ou de succès que tu as pu?***
- P10 : Non. Après ce qui est compliqué, c'est les patients qui ont une prescription d'hypnotiques depuis 2000ans mais bon c'est un peu ce qui se retrouve dans la littérature aussi hein. Voilà, bon ceci dit moi comme j'ai créé ma clientèle, j'ai récupéré des patients des autres d'un peu partout hein...mais euh , ça marche, enfin j'ai pas mal de patients qui ont arrêté ou diminué les anxiolytiques ou les hypnotiques mais il faut du temps. Il faut vraiment du temps. Alors moi après j'utilise des techniques de coupage des comprimés, de limage des comprimés aussi. Voilà parce qu'il y a tout le côté rituel du limage du comprimé, des fois où c'est même le conjoint qui lime le comprimé donc le patient ne sait pas combien il a de comprimé, un truc où il y a quand même l'histoire du rituel.
- ***M : Oui, oui remplacer ce rituel par un autre?***

- P10 : Voilà, et donc euh, ça ça marche bien. Ça marche pas mal, de dire aux gens « Vous pouvez l'utiliser un jour sur 2 par exemple » et « Oui une nuit vous allez très mal dormir probablement, peut-être mais la nuit d'après vous dormirez mieux et progressivement vous allez vous désintoxiquer du médicament » et puis voilà. Mais c'est pas possible de leur dire « Mais oui arrêtez le, tout va bien se passer », ça va pas bien se passer donc heu. Si tu leur dis d'emblée « Ça va être compliqué mais en tenant, enfin il faut pas baisser les bras et ça va passer », là déjà euh, voilà. Si tu leur dis juste « Arrêtez-le ! » ils vont revenir après et te dire « Mais c'était nul votre truc, ça n'a pas du tout marché! »
- **M : OK. Alors si tu considères qu'il y a un échec de ta première ligne thérapeutique? C'est peut être un peu plus long comme tu utilises des techniques de...**
- P10 : Oui moi en général j'utilise pas mal de techniques.
- **M : Tu vas changer de technique du coup? Il y a pas un ordre précis que tu suis?**
- P10 : Ça dépend, ça dépend de la situation. J'ai pas vraiment un truc de première ligne, deuxième ligne. Ça dépend vraiment, et puis plus ça va moins j'utilise de médicaments en plus donc euh.
- **M : D'accord.**
- P10 : Même d'antidépresseurs en fait, plus ça va plus...
- **M : D'accord. Et qu'est-ce que tu penses des médecines alternatives autres que celles que tu as citées donc phytothérapie et homéopathie ?**
- P10 : Alors si, oui ce que je propose régulièrement c'est la sophro, voilà avec euh, bon là elle exerce plus mais on avait une sophrologue qui était pas loin du cabinet qui était très bien, donc d'utiliser des méthodes comme ça de relaxation pour aider à induire le sommeil, aider à se détendre.
- **M : OK donc ça c'est quelque chose que tu proposes?**
- P10 : Oui ça je propose régulièrement en disant, en leur disant, l'idée c'est que, ce que je trouve très positif c'est que ce sont les personnes qui s'approprient une technique et donc c'est pas, y a pas de dépendance envers un produit, envers une consultation, voilà. Après les gens qui se débrouillent avec leur CD de relaxation donc voilà. Après ça nécessite quand même des gens motivés euh qui ont, alors c'est pas tellement le prix de la consultation parce que ils sont prêts à acheter d'autres trucs mais c'est plutôt qu'il faut s'entraîner quoi. Parce que la relaxation c'est quand même pas forcément, il faut quand même s'entraîner un peu pour réussir. Après on a aussi dans le coin un médecin qui fait de l'hypnose, donc ça ça peut être, mais ça je lui envoie plutôt des patients qui ont des cauchemars qui ont, voilà.
- **M : Pas des insomnies chroniques, simples si on peut dire?**
- P10 : Non voilà. C'est plutôt des personnes qui ont des cauchemars très violents, des trucs un peu... et où on a essayé d'en parler et que ça marchait pas.
- **M : OK**

- P10 : Mais non sinon... Bon après, il y a des patients qui utilisent l'acupuncture. Moi c'est vrai que je suis pas forcément très, je propose pas d'emblée mais bon.
- **M : Parce que tu...**
- P10 : Parce que voilà je suis pas persuadée que ce soit forcément adapté à toutes les situations mais.
- **M : Donc tu vas pas forcément les adresser quoi, c'est plus eux qui vont y aller et te dire ensuite ?**
- P10 : Oui, c'est ça « Ah ben au fait j'ai été voir l'homéopathe, enfin l'acupuncture et ça a bien marché. » « Ah oui d'accord »
- **M : D'accord. Et tu disais l'homéopathie et la phytothérapie t'es pas convaincue non plus de l'efficacité?**
- P10 : Alors la phytothérapie, il y a certains médicaments qui marchent hein versus placebo, l'homéopathie il y a pas d'études donc j'attends voilà. Voilà après la phytothérapie, enfin tout ces produits c'est quand même moi je trouve, l'inconvénient c'est que c'est des choses qui nous échappent. Alors pas que ce soit gênant que les gens prennent des trucs sans qu'on soit au courant d'un point de vue idéologique hein c'est pas la question. C'est que du coup des fois, il y a quand même des patients qui prennent beaucoup de phytothérapie moi je trouve, beaucoup de médicaments, qui médicalisent beaucoup le truc et bon ben voilà, au bout d'un moment moi je me demande quand même les interactions, voilà le cumul de tout ça. Le recours à un médicament quand t'es malade, enfin c'est plus ça qui me gêne quoi, c'est le fait de prendre systématiquement un médicament quand on a un problème de santé.
- **M : Très bien, très bien. Du coup on a fait le tour! Alors là c'est les questions de présentations. Est ce que tu peux me dire quel âge tu as? Depuis quand tu exerces? Est-ce que tu es installée?**
- P10 : Alors moi, j'ai 36 ans, je suis installée depuis 2010, janvier 2010 et j'exerce depuis novembre 2005.
- **M : OK, alors tu exerces toute seule, en groupe?**
- P10 : Alors, je suis en groupe, on est 4 médecins dans un regroupement de professionnels. Il y a 4 médecins, 2 infirmiers, 2 kinés voilà en semi rural.
- **M : Sinon tu es maître de stage?**
- P10 : Oui, je suis maître de stage d'externe, je suis directrice de thèse et je suis enseignante à la fac du coup depuis peu, ça fait pas longtemps.
- **M : Ça marche, et donc tu me disais que tu faisais pas mal de psychothérapie, qu'est-ce que tu as fait comme formation exactement?**
- P10 : Alors j'ai fait pas mal de petites formations, en fait, diverses et variées. J'ai fait un séminaire de DPC qui s'appelait « Psychothérapie en médecine générale ». Euh j'ai fait, j'ai

lu beaucoup beaucoup beaucoup de livres. J'ai fait une analyse. J'ai eu une supervision par un psychiatre pendant 3 ans, c'est à dire un psychiatre que je voyais pour parler des patients que je suis. Ouais sinon c'est surtout lire beaucoup. Je trouve qu'il y a pleins de trucs intéressant et que c'est dommage de se restreindre.

– **M : Sinon as-tu des formations en certaines thérapies alternatives?**

– P10 : Non, je connais un peu la TCC, j'utilise un peu des bribes comme ça mais je l'utilise pas strictement.

– **M : OK. Qu'est-ce que tu penses de ta formation concernant les troubles du sommeil?**

– P10 : Ben écoute, moi j'ai trouvé que c'était pas mal hein, parce que finalement euh on nous en a parlé en cours en nous disant que c'était compliqué mais oui c'est compliqué! Moi j'ai l'impression qu'on nous en a parlé, enfin d'avoir reçu une formation suffisante, après ce qu'il faut ben c'est quand même s'exercer, c'est l'expérience finalement. De prendre de l'assurance de proposer à un patient d'arrêter un traitement, ou de dire « Ben non, ok ça je vous le prescris mais on en rediscute quoi, je vais pas juste vous prescrire un truc comme ça. » S'autoriser à dire « Ben non là je peux pas c'est la fin de la consultation, vous êtes venus déjà pour 3 autres choses, il faut qu'on se revoit spécifiquement pour en parler. » Et où finalement tu découvres à la consult d'après que les troubles du sommeil certes mais c'est aussi une grosse anxiété, un truc enfin voilà. Que les troubles du sommeil, c'était un peu la façon de rentrer en contact mais qu'après ça cache d'autres choses.

– **M : D'accord. Est-ce que tu as fait d'autres formations sinon sur les troubles du sommeil à part la formation de la fac?**

– P10 : Ben j'ai fait une soirée, j'ai fait ma thèse sur le syndrome d'apnées du sommeil quand même! J'ai fait une soirée sur les troubles du sommeil de l'adulte avec le Dr H., très très pointu qui est spécialiste du sommeil à l'Alliance, qui fait une consult de sommeil, donc d'ailleurs j'avais adressé un de mes patients pour qui ça avait bien marché, pour essayer de trouver des causes organiques à ses troubles du sommeil, c'était assez intriqué. Euh voilà, après j'ai fait des séminaires aussi sur les psychotropes, les hypnotiques.

– **M : Et qu'est-ce que ça t'a apporté tout ça globalement?**

– P10 : Une meilleure connaissance des produits quand même sur les demi-vies, sur les différents hypnotiques qu'on peut utiliser, enfin voilà.

– **M : Et ta formation spécifique sur le sommeil du coup ça a modifié ta pratique?**

– P10 : C'était plus sur comment arrêter des benzo, c'était ça le thème, c'était comme une sorte de groupe de pratique en fait donc c'était intéressant.

– **M : OK! Est-ce qu'il y a des choses que tu veux rajouter sur le sujet?**

– P10 : Non c'est bon tout est dit ! (rires)

– **M : Alors moi juste je voudrais te demander quelque chose par rapport aux différentes techniques de psychothérapie que tu utilises. Est-ce que tu peux quand même me faire un petit résumé de savoir quelle technique pour quel...comment dire, est-ce qu'il y a des**

prérequis ? Dans l'insomnie par exemple est-ce qu'en fonction de telle caractéristique du patient ou de l'insomnie tu vas plutôt utiliser telle technique?

-
- P10 : Non, j'ai pas vraiment de prérequis particulier, enfin il y a pas vraiment d'indications. Euh c'est vraiment plus en fonction des gens.

- ***M : C'est la personnalité ?***

- P10 : Non, c'est pas la personnalité, c'est plus l'histoire, l'histoire de la maladie ou l'histoire de la pathologie sous-jacente ou le trouble psychiatrique associé, on va dire. C'est plutôt ça qui fait. Si la personne est très très anxieuse par exemple je vais pas prescrire d'hypnotiques ou d'anxiolytiques, je vais prescrire un antidépresseur à visée anxiolytique et du coup les troubles du sommeil vont s'améliorer avec l'antidépresseur, tu vois c'est ça.

- ***M : Et donc tu me disais que les différentes techniques que tu utilises c'est surtout la TCC, l'analyse et la communication non-violente c'est ça?***

- P10 : Oui alors après ben y a pas mal de trucs aussi. Il y a la, les techniques d'empathie et de thérapies centrées sur le client. C'est des trucs très Nord-Américain, de Carl Rogers, des choses qui vont être plus d'arriver à aider le patient à s'exprimer sur ce qu'il ressent, sur ce qu'il voilà, les techniques de reformulations, de, d'écoute active, de choses comme ça.

- ***M : Un peu comme l'entretien motivationnel?***

- P10 : Oui l'entretien motivationnel utilise beaucoup de ces techniques-là de Rogers. Il a décrit ça avant en fait. Il avait une clinique psychiatrique où il avait des traitements psychothérapeutiques qui étaient plus centrés sur le patient, plus dans l'interaction que la psychanalyse classique où on écoute et on dit rien, voilà.

Entretien 11

- ***M : Alors la dernière fois qu'un de tes patient s'est plaint à toi d'un problème d'insomnie chronique sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que tu lui as proposé comme prise en charge initiale ?***
- P11 : Euh alors qu'il a jamais eu de traitement ?
- ***M : En tout cas toi tu lui en as jamais donné.***
- P11 : D'accord. Donc ça dépend de ce qu'il a déjà eu. Euh très souvent c'est des personnes âgées en fait qui ont déjà essayées pleins de traitements.
- ***M : Alors oui je t'ai pas précisé excuse moi, c'est plutôt les adultes d'âge moyen.***
- P11 : D'accord OK ! Alors souvent c'est les femmes jeunes euh que j'ai, qui demande ça qui ont jamais forcément eu de traitements euh avec euh c'est souvent des insomnies réactionnelles ou dues au travail, enfin dues au travail dans le sens où voilà le rythme etc, avec les enfants donc euh...
- ***M : Qui vont se chroniciser ?***
- P11 : Ben en fait qui durent depuis des mois et qui viennent parce que ben je suis la remplaçante et que c'est pas facile à dire, voilà, donc euh du coup très souvent maintenant je commence par de l'homéopathie. Donc euh voilà, j'en connais pas grand, enfin je connais juste Passiflora® (rires) donc voilà, donc je leur donne ça. Si vraiment il y a un côté anxieux aussi, donc Passiflora® ça peut y jouer aussi. Sinon il y a tout ce qui est euh... plantes Euphytose® etc toujours avec cette, euh cette voilà ce côté un peu anxieux, euh sinon euh pour aider à dormir tout seul, euh... je commence déjà par ça. Après si vraiment elles disent qu'elles ont déjà essayé de leur côté avec tout ce qui est plantes, homéopathie etc, euh je peux commencer par l'Atarax®. L'Atarax®, le moins dosé en fait.
- ***M : Que tu prescris comment ?***
- P11 : Euh du coup Atarax® 1 au coucher, le 25 mg là. Si elles ont jamais pris de traitements ou quoi que ce soit, je me demande même si on fait pas ½, alors je leur dis attention (rires) donc ½ ou 1, donc c'est elles qui gèrent un petit peu, et on se revoit après, euh 15 jours après.
- ***M : D'accord, et du coup comment tu prescris ça toi la phyto et l'homéopathie ?***
- P11 : L'homéopathie par exemple, si c'est enfin si y a pas de, surtout l'insomnie etc c'est plutôt le soir vers 16 h donc de toute façon c'est ventre vide, donc à 16h et au coucher donc c'est 5 granules, 5 granules de Passiflora composé® (rires) voilà.
- ***M : Ça marche. Il y a d'autres choses que tu proposes dans la prise en charge initiale ?***
- P11 : Euh ça, donc voir déjà la cause. Après c'est difficile, voir si c'est réactionnel ou pas, si

c'est le boulot ou pas euh voilà... euh si elles ont du mal à gérer le stress enfin de la journée etc, ça va être des exercices de respiration en fait.

– **M : D'accord, que tu vas leur montrer ?**

– P11 : Soit ça, soit leur expliquer, soit leur proposer d'aller voir une sophrologue ou un truc comme ça. Il y en a pas mal qui font ça et euh, qui arrive à gérer un petit peu leurs émotions, à se vider la tête et pouvoir dormir quoi.

– **M : OK, OK. Donc tu m'as déjà un peu répondu à la question, euh par rapport tu disais à la sophrologie tu vas y penser plutôt chez les personnes qui sont plutôt anxieuses c'est ça ?**

– P11 : Euh... ouais plus ou moins anxieuses en fait, euh après ça dépend de l'approche, c'est vrai que je le proposerai pas à tout le monde, surtout aux femmes bizarrement (*rires*).

– **M : Tu proposerais plutôt aux femmes?**

– P11 : Ouais, ouais. ...bizarrement aux femmes sauf ici parce qu'ici il y a une population qui fait pas mal de Gymnastique, de Yoga etc, du Tai-chi. Il y en a qui font ça donc c'est pas eux qui vont me demander, mais les hommes en font pas mal aussi donc des fois je propose aux hommes qui ont l'air d'être ouverts quoi ! Mais euh beaucoup aux femmes ouais.

– **M : D'accord, et en ce qui concerne ton choix thérapeutique, donc à part la sophrologie, pour tous les autres traitements que tu m'as cité, quels vont être tes critères de choix ? Dans quel cas tu vas choisir plutôt phyto, plutôt homéo, plutôt Atarax® ?**

– P11 : Alors du coup souvent je commence par l'homéo, enfin je propose genre question ouverte « Qu'est-ce que vous pensez de ça ? ». Très souvent, enfin y en a pleins qui disent « J'ai déjà essayé, ça marche pas » ou « Oui c'est vrai tiens ça me dit quelque chose », parce que le médecin que je remplace ici donne pas mal d'homéo en fait. Il est pas homéopathe mais vu qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui ont une dizaine de traitements en fait, il a des fois des listes comme ça d'homéopathie et donc du coup ceux là ils sont plus réceptifs. Ou sinon ils disent « Je connais déjà, ça marche pas chez moi, j'y crois pas trop ». Là je vais plutôt sur quelque chose de chimique. Après je leur propose, c'est vrai que je leur dis qu'il y a plusieurs possibilités, on peut partir de manière voilà, enfin progressivement mais voir comment ils réagissent, parce qu'il y a des gens qui répondent plus ou moins à l'homéopathie avec qui ça marche ou pas. Et beaucoup aussi qui viennent demander quelque chose pour l'insomnie mais qui veulent pas être dépendants. Ils parlent de dépendance etc ils ont un peu peur de ça, donc du coup ça permet d'ouvrir un peu les portes pour l'homéopathie, ou même l'Atarax®.

– **M : D'accord. Oui quand tu parlais de quelque chose de plus chimique, tu pensais à l'Atarax® c'est ça ?**

– P11 : Oui enfin, parce que du coup le reste (*rires*) Atarax®, après voilà ça dépend aussi quel degré, si vraiment ils dorment très peu ou pas du tout selon l'expérience, après il y a tout ce qui est Stilnox® ou Zopiclone.

– **M : D'accord, que tu vas réserver à quels cas ?**

- P11 : Euh ben pour les gens qui ont essayé qui disent que ça marche pas. Vraiment les gens qui disent « Voilà c'est vraiment pour s'endormir ». Pour les gens aussi qui, ça dépend ce qui est associé. Si ils sont plus ou moins dépressifs, si ils sont plus ou moins euh ils se réveillent en plein milieu de nuit et que voilà, je vais pas mettre du Passiflora® par exemple.
- ***M : Très bien. Alors je ré-insiste là dessus mais est-ce que tu fais une différence entre la phytothérapie et l'homéopathie justement ?***
- P11 : Pour moi c'est un peu la même chose. Ouais si ça marche pas, je passe à l'autre.
- ***M : Oui voilà tu n'as pas de critères particuliers qui font que tu te dis plutôt l'un ou l'autre ?***
- P11 : On n'a pas de formation sur ça (*rires*).
- ***M : Non je suis d'accord. Sinon comment toi tu organises le suivi par la suite ?***
- P11 : Alors ça dépend de leur niveau de demande et de la demande de résultats quoi. En gros si ça les gêne pas trop, on fait une cure de 15 jours voire 1 mois, et puis je leur propose de voir ce qu'ils préfèrent. Et d'autres qui sont vraiment crevés, qui ont vraiment besoin de dormir tout de suite, je leur donne 1 semaine, et dans ces cas là on voit ensemble pour les paliers pour monter les doses etc et voir si ils supportent bien aussi.
- ***M : D'accord et tu as des méthodes d'évaluation ? Comment tu évalues en fait ?***
- P11 : Ben surtout voilà par rapport à l'insomnie, si c'est pas transitoire, si c'est réactionnel ou pas, si il y a une composante à côté enfin si il y a quelque chose d'associé au niveau de l'humeur, et quel type d'insomnie, si c'est pas l'endormissement lui même, si c'est pas le réveil nocturne, si c'est pas, voilà surtout ça. Les personnes jeunes hein c'est ça ?
- ***M : Oui oui adulte d'âge moyen on va dire, pas les extrêmes quoi. D'accord et quand t'évalues pour voir si ce que tu as proposé était efficace ou pas ?***
- P11 : Ah oui, alors du coup je demande par rapport à avant la prise de médicament, qu'est-ce qu'ils en pense eux, leur ressenti. Euh combien de temps ils dorment ? Si ils arrivent à bien dormir ? Des fois ils dorment plus longtemps mais ils peuvent avoir des micro réveils et c'est pas très efficace, ou si ils dorment plus profondément avec le médicament, peut être avec une période plus courte quoi mais c'est vrai que je connais pas trop les cycles de sommeil, enfin exactement quoi. Notre formation là dessus c'était en P1-P2 (*rires*).
- ***M : D'accord. Du coup qu'est-ce qui défini pour toi l'échec ou le succès de ce que tu as proposé ?***
- P11 : Ben déjà la satisfaction du patient. Voilà, si il arrive à... s'il arrive à s'en passer c'est que enfin soit le médicament, soit le placebo, soit d'en parler aussi, voilà de trouver des solutions à côté, pas de boire de café, d'excitants à partir de telle heure enfin les mesures associées aussi quoi.
- ***M : Alors quand tu dis mesures associées, donc tu dis pas boire d'excitants...***

- P11 : Ouais, pas trop manger ou pas se coucher juste après, essayer de se détendre, voilà pas rentrer du boulot et bosser à fond, enfin penser encore au truc. Passer des appels encore, quand t'as pas fini avec les patients (*rires*). Après voilà, ça dépend pourquoi aussi mais c'est pareil y en a qui ont des reflux qui ont du mal à dormir... Après voilà, voir si le compagnon il ronfle pas aussi, parce que ça y joue aussi. Voilà donc si ça marche pas ben on essaye de passer à autre chose si ils sont vraiment en demande, donc dans ce cas là comme je disais un peu plus chimique si il y a des composantes à côté. Voir qu'est-ce qui cause aussi l'échec. Est-ce qu'il arrive à le prendre tout le temps parce que du coup les jeunes ils travaillent, enfin les jeunes euh l'adulte d'âge moyen, en fait il a des activités, il travaille donc en semaine il ose pas forcément prendre parce qu'il a peur d'être ensuqué le lendemain. Euh voilà, après pour le travail, les professions de nuit etc pour le lendemain c'est plutôt vraiment, parce que j'en ai eu aussi pour le lendemain, quand ils arrivent le lendemain matin je donne plutôt quelque chose qui déclenche le sommeil. Après si il y a un échec ben j'essaye de passer au palier supérieur entre guillemets.

- ***M : D'accord donc comme tu disais au départ c'est plutôt homéo- phyto si je t'ai bien comprise , le palier ensuite c'est Atarax® et ensuite***

- P11 : Tout ce qui est voilà, après tout ce qui est chimique j'utilise surtout Stilnox® et Zopiclone, plus ou moins Xanax®, plus ou moins ça si vraiment ils ont du mal à s'endormir parce que à cause de certaines choses il arrivent pas à éteindre le moteur quoi parce qu'ils sont stressés. Mais très souvent j'ai, ces patients là c'est qu'il y a quelque chose de nouveau, il y en a une par exemple qui attend des résultats de biopsies, résultats d'examen etc...

- ***M : D'accord, ça c'est peut-être plus dans le cadre de l'aiguë, c'est peut-être moins dans les insomnies chroniques. Alors sinon quels sont les facteurs d'échecs ou au contraire de succès aux solutions que tu as proposé au départ - donc hors hypnotiques - que tu as pu identifier ?***

- P11 : Ben ce qui peut réveiller la nuit quoi. Les parents qui ont des enfants, voilà sinon facteurs d'échec. Ben l'homéopathie (*rires*) ben ils ressentent pas la différence en gros, ils ont beau en prendre, ils ressentent pas la différence. Après les causes d'échec je sais pas trop.

- ***M : Oui tu n'as pas remarqué que telle caractéristique chez un patient ou dans une insomnie faisait que ça marchait moins bien ?***

- P11 : Je pense que, pour l'insomnie chronique, enfin en dehors des médicaments, je pense qu'il faut vraiment vraiment connaître la cause quoi, parce qu'il y en a qui passent outre donc chronicité plus ou moins puisqu'ils arrivent à dormir des nuits par semaine. Voilà euh les adultes d'âge moyen, l'insomnie chronique, j'en ai pas vu tant que ça en fait. Si c'est vraiment ça il y a toujours une cause en fait à côté et donc très souvent au début je perds énormément, enfin je prends énormément de temps à leur demander qu'est-ce qui pourrait les empêcher de dormir, à cause du travail, à cause d'un élément en particulier etc.... Et il y a quasiment toujours une cause quoi en fin de compte, même si c'est pas organique euh même si ils sont pas forcément dépressifs, il y a toujours pleins de choses, pleins de soucis à côté. C'est jamais vraiment isolé quoi enfin j'ai pas l'impression d'en avoir vu vraiment la maladie insomniant isolée quoi.

- ***M : Très bien, donc autrement qu'est-ce que tu penses toi des médecines alternatives dans la prise en charge de ce type d'insomnie, alors en dehors de celles que tu as pu me citer ?***

- P11 : L'hypnose par exemple ? L'acupuncture ?
- **M : Oui par exemple.**
- P11 : Ça peut faire du bien, ça peut pas faire de mal. Euh je pense qu'en médecine générale, enfin c'est personnel euh c'est beaucoup de... c'est beaucoup de comment dire, la manière dont tu parles en fait, tu prends les choses avec le patient donc en gros... c'est-à-dire qu'en fait du temps que ça peut aider le patient je m'en fiche. C'est pas que j'y crois pas ou que je suis contre, c'est pas prouvé donc euh enfin c'est pas prouvé scientifiquement mais en fin de compte quand tu regardes bien il y en a pleins qui font ça, ils vont même chez le magnétiseur donc voilà, ostéopathe euh, hypnose , acupuncture beaucoup. Et ils ont ici pas mal de médecins homéopathes, donc en fin de compte au début j'en rigolais et en fin de compte quand je vois tous les patients qui ont ça et à qui ça fait du bien, je me dis pourquoi pas en fin de compte, du moment que ça fait pas de mal ! Mais je suis pas, j'ai pas d'avis quoi, enfin mon avis c'est du temps que ça fait du bien, au contraire il vaut mieux ça que des médocs, enfin des médocs qui ont des effets...
- **M : Voilà donc tu vas pas orienter toi même, mais si le patient le fait, tu vas pas**
- P11 : Si il ouvre, si il demande qu'est-ce que j'en pense et tout, je fais ben « Il faut mieux essayer, pourquoi pas essayer ». De toute façon c'est pas remboursé (*rires*) donc de son propre chef et si vraiment voilà ils veulent pas de médicaments comme on dit chimiques, ils demandent qu'est-ce qu'il y aurait comme solution, dans ce cas là j'ouvre les portes aussi, je fais ben... par contre j'ai pas de référents donc c'est pas évident de, d'adresser. C'est pour ça que je parle des fois de sophro parce que j'ai déjà essayé, enfin quand j'étais enceinte. Quand j'étais enceinte, ouais ça m'a aidé pour l'accouchement (*rires*) donc en fin de compte c'est maîtriser un peu son corps quoi, la respi et tout donc ça peut pas faire de mal et c'est pas plus mal que ils puissent aussi contrôler et qu'il y ait d'autres solutions que des médocs à chaque fois. Donc au contraire moi je suis pour dans ces situations là, parce que c'est pas très grave. Si c'est pour un cancer je dirais non quoi (*rires*) enfin c'est pas quelque chose d'aigu, vital ou voilà quoi, donc l'insomnie, pour ces choses là ouais ! Et pour les douleurs.
- **M : Oui pour les douleurs. D'accord donc on a fait à peu près le tour, alors maintenant est-ce que tu peux te présenter ?**
- P11 : Alors j'ai 29 ans, j'ai eu mon internat en 2009, j'ai été décalé de 6 mois de mon internat de médecine général pour une grossesse. Euh médecine générale c'est un choix, donc voilà je suis remplaçante régulièrement, un cabinet une fois par semaine minimum et l'autre toutes les vacances mais par contre je commence à connaître bien la patientèle en fait. Ce cabinet ci urbain et l'autre c'est semi-rural, rural. Donc je remplace 3 médecins de la trentaine à la cinquantaine avec une population assez variée.
- **M : Et donc tu disais tu prescrais un peu d'homéopathie et de phytothérapie, est-ce que tu as eu des formations particulières dans ces domaines ?**
- P11 : Non pas du tout, c'est sur le tas. On a un petit groupe de travail en fait avec des copains remplaçants, on s'était fait une petite liste d'homéopathie facile en poche à prescrire facilement, parce qu'un des médecins que je remplace avait un bouquin et qu'en tant que remplaçants non thésés, on a pas accès facilement aux différentes formations. Ça dépanne et ça permet d'ouvrir d'autres portes quoi.

- ***M : OK et sinon qu'est-ce que tu penses toi de ta formation globale sur les troubles du sommeil ?***
- P11 : Euh à part pour l'internat il y a pas eu grand chose. Quelques formations par-ci par-là par notre propre chef, des lectures, des p'tites présentations par les psy de liaison. Pour la formation en elle même de toute façon notre formation pour l'internat elle est pas adaptée à la médecine de ville.
- ***M : Très bien, qu'est-ce que tu as envie de rajouter sur le sujet ?***
- P11 : Que je lirais bien ta thèse du coup pour ma formation, pour moi (*rires*). Et qu'on ne nous parle pas assez des médecines parallèles, enfin des autres médecines en dehors de tout ce qui est médicamenteux. Les psychiatres, c'est vrai que tu vois jamais ça sur les ordonnances des psychiatres, même si tu les envoies pas forcément pour un problème psychiatrique, j'en vois pas beaucoup. Les gynécos je commence à en voir, j'en vois. Il y a plusieurs gynécos qui font pas mal d'homéopathie pour la ménopause des choses comme ça. Après je pense que l'esprit, tout ce qui est croyance au niveau des patients, ça dépend comment tu prescrites ton truc « Tiens ben vous pouvez essayer ça, c'est du sucre vous pouvez essayer. » ou « Tiens y a des personnes chez qui ça peut marcher donc pourquoi pas vous. »
- ***M : De montrer une certaine conviction quoi ?***
- P11 : Ouais, et pour les médicaments c'est pareil, enfin je pense. Les papis « Oui je dors 1h hein et avec ça je dors 1h30 en plus » « Et ben super ! ». Voilà je pense qu'en dehors des médicaments il faut vraiment connaître la cause, essayer de voir l'environnement tout autour, voir qu'est-ce qui pourrait donner une insomnie chronique quoi, je pense que c'est important.

Entretien 12

- ***M : Alors la dernière fois qu'un de vos patients s'est plaint à vous d'un problème d'insomnie chronique, alors un patient adulte, sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que vous lui avez proposé, vous, comme prise en charge initiale?***

- P12 : *(silence)* En fait ça se pose quand même rarement comme ça, enfin je trouve que ça se pose rarement comme ça. C'est, ce qu'on voit le plus c'est quand même les insomnies chroniques qui sont tous, ils arrivent ils ont déjà leur hypnotique, leurs choses comme ça et c'est plutôt ceux qui ont, enfin je vais pas répondre bien à la question du coup! Alors si j'avais vu quelqu'un comme ça qui n'a pas d'hypnotiques... Alors j'aurais plutôt cherché les causes. J'aurais, et puis moi enfin on aurait plus discuté sur savoir si c'est un problème d'anxiété, si c'est un problème plus de réveils nocturnes ou plus d'insomnie enfin de, enfin tout un questionnaire sur le type de sommeil. Mais c'est vrai qu'au départ je serais plus sur tout ce qui est Euphytose® euh plantes euh toutes ces choses-là ou des techniques de relaxation ou de choses comme ça.

- ***M : D'accord.***

- P12 : Et puis moi je fais de l'hypnose aussi et donc c'est quelque chose que je peux proposer. Je vais plutôt être sur des choses euh, alors je vais essayer de pas mettre d'hypnotiques au départ sachant le mal qu'on a à les arrêter on va dire euh sauf quand c'est des... quand on sait que c'est à un moment donné et qu'on va pouvoir euh, que c'est le contexte particulier qui va faire qu'on va pouvoir le donner quelques jours et en expliquant dès le départ que je vais lui mettre quelque chose, mais c'est pas tellement votre question.

- ***M : Ce serait plus dans les insomnies aiguës quoi?***

- P12 : Exactement. Où il y a besoin vraiment que la personne dorme pendant quelques jours, qu'elle récupère et puis qu'après on laisse comme ça. Ça c'est pour ma prescription d'hypnotiques.

- ***M : D'accord. Et du coup pour les autres prescriptions dont vous parliez, donc vous disiez plutôt de la phytothérapie c'est ça?***

- P12 : Oui, je mets du L72® souvent j'aime bien : 30 gouttes au dîner, 60 au coucher. Ça fait qu'ils ont quand même quelque chose mais que je sais qu'ils s'habitueront pas à ça. Après si vraiment il y a un problème que je trouve plus psychologique, ou quelque chose qui traîne depuis longtemps je peux très bien envoyer au psychologue mais pas à la première consultation, ça c'est sûr, parce que c'est pas une idée qui me vient, qui va... Mais je vais commencer à tâter le terrain, pour savoir, enfin si y a des gros trucs marquants dans, quand je fais l'interrogatoire quoi.

- ***M : D'accord essayer de retrouver une cause à cette insomnie ?***

- P12 : Oui une cause.

- ***M : OK donc vous disiez la phytothérapie, sinon vous parliez de techniques de relaxation?***

- P12 : Ou alors soit j'envoie à un sophrologue, quelqu'un qui fait de la relaxation ou je leur

dis d'aller faire du yoga ou des choses comme ça, en tout cas de, de voir si ils peuvent se faire des techniques pour lâcher prise quoi.

- ***M : D'accord donc c'est pas des choses que vous vous allez lui montrer, vous allez l'adresser plutôt vers d'autres personnes. Et par rapport à l'hypnose c'est quelque chose que vous pouvez proposer à la première consultation aussi?***

- P12 : Je le propose, non, en pratique non, je ne vais pas le proposer à la première consultation. Je vais plutôt tâter voir si déjà si on fait la phytothérapie, si ça change quelque chose, voir comment ils réagissent avec. Ou si ils font de l'activité physique, il y en a qui ont aucune activité physique. Si par l'hygiène on va dire l'hygiène et les petites choses on arrive à changer les choses. L'hypnose je vais pas leur, à moins que ce soit quelqu'un qui ait déjà vu 36000 médecins et qui a déjà essayé des choses, à ce moment-là ce sera pas une première intention. Je dirais que ça c'est une autre possibilité, c'est une autre prise en charge.

- ***M : D'accord et quand vous me dites l'hygiène et les petites choses vous pensez?***

- P12 : Et ben ceux qui boivent 10000 cafés par jour, qui sortent jamais de chez eux, qui ont aucune activité physique ou qui ont pas de rythme, moi la télé dans la chambre hein c'est un des premiers, je trouve que la télé dans la chambre c'est un truc que je discute avec les gens. Euh l'activité sportive le soir, c'est ça que j'entends par hygiène de vie, tout ce qui est, euh tout ce qui va être excitant dans la journée, euh activité physique le soir qui est pas très bon. Par contre les activités physiques je vais demander d'en avoir pendant la journée, de sortir de chez eux et puis qu'est-ce que, oui et puis la télé quand même, la télé reste quand même...les gens la regardent beaucoup, enfin la télé dans la chambre quoi, c'est quand même pas un très bon hypnotique quoiqu'ils en pensent (*rires*) euh voilà c'est ça que j'entends par hygiène de vie.

- ***M : D'accord, très bien. Et qu'est-ce qui détermine du coup que vous choisissiez une solution thérapeutique ou l'autre pour un patient, en fait est-ce que vous avez des critères qui vont vous permettre de dire « Je vais plutôt commencer par ça »?***

- P12 : Ça va vraiment dépendre du patient. Euh (*silence*) si il est vraiment en attente de quelque chose qui vient de l'extérieur ou pas. Si il a envie de s'investir dans quelque chose et de changer sa manière de faire ou pas. Parce que il y en a à qui ça va, j'aurai beau leur dire d'enlever la télé ou en tout cas, enfin de faire une activité physique, soit c'est pas possible, soit en tout cas c'est compliqué pour eux de changer les choses quoi.

- ***M : D'accord donc ça c'est pour tout ce qui est règles d'hygiène de sommeil on va dire?***

- P12 : Oui. Après la phytothérapie ça je la propose très facilement parce que je trouve que c'est un bon complément avec les changements et ça permet d'avoir quelque chose. Après tout ce qui va être technique de sophro, hypnose ou autre technique ça c'est quand je vais sentir que le patient peut être adhérent, je vais tendre la perche et je vais voir.

- ***M : Par rapport à quel, enfin il y a des caractéristiques qui vont vous faire penser qu'il est***

- P12 : Ah ben y en a, rien que l'idée de, alors psy non, enfin ou en tout cas, il va falloir amener le terrain progressivement. C'est vraiment en fonction des gens. Je sais pas si ça répond à la question mais ça dépend de la personnalité des gens. Après euh (*silence*) parce que là on parle de quelqu'un qui a des troubles de sommeil depuis longtemps hein?

- ***M : Voilà chronique, donc depuis plus de 3 mois on va dire selon la définition officielle.***
- P12 : Vraiment si je peux éviter de mettre un hypnotique, j'éviterai pour essayer de trouver une autre solution si c'est quelqu'un qui a été, qui est vierge de tout. Parce que trouver quelqu'un qui dort pas depuis 3 mois qui est vierge d'hypnotiques c'est pas si fréquent, je trouve pas ça du tout fréquent. Vraiment si on peut s'en passer je ferai ça, et puis si je le revois et que ça colle pas et ben on mettra des hypnotiques effectivement mais c'est vrai que c'est pas la première chose, je sais que si on commence à les mettre sur un, sur quelqu'un en chronique, j'ai peu de chance qu'on arrive à les enlever quoi, surtout si c'est moi qui l'ai prescrit au départ. Parce qu'en fait ça veut dire qu'à un moment j'ai pensé que ou alors quand j'ai prescrit il faut que je dise « Je vous les mets là pour que vous récupériez mais dans tant de temps j'arrête » et c'est compliqué. Je sais pas si je réponds aux questions? (*rires*)
- ***M : Si si. Et je reviens juste sur la phytothérapie, à un moment vous avez dit Euphytose®, L72®...***
- P12 : J'ai Euphytose® que je peux mettre 2, et puis, pour le sommeil je pense que je mets plus L72® mais comme c'est des petites gouttes amères y en a qui aiment pas du tout ça, donc je mets de l'Euphytose®, 2 dîner, 2 coucher. Et souvent je l'associe au magnésium la plupart du temps parce que c'est des gens un peu stressés, un peu anxieux et je fais une association au magnésium très souvent.
- ***M : Très bien. Et comment vous organisez le suivi par la suite?***
- P12 : Ah ben là c'est revoir dans 1 mois pour voir comment les choses se passent. Alors après tout dépend du contexte. Moi je vois très peu de gens qui viennent que pour le sommeil, enfin moi je trouve que c'est pas euh, je sais pas les autres ils ont pas dit ça?
- ***M : On va dire ça dépend aussi de leur orientation.***
- P12 : Ben oui. Parce que moi ceux que je vois comme ça, je les vois plutôt envoyés par d'autres médecins en hypnose, adressés en hypnose. Et du coup, là moi, je, c'est la carte hypnose donc j'ai pas de, je, comment dire, du coup je suis très libérée des hypnotiques et tout ça puisque l'idée c'est soit de se sevrer des hypnotiques soit de résoudre un problème sans médicament donc ça veut dire que ce sont des gens qui sont partants pour faire cette démarche-là, et ce qui est un peu différent hein ça fait un peu deux casquettes différentes. Mais en tant que médecin généraliste comme ça je trouve qu'on voit peu de gens qui viennent comme ça vierges de tout, ou ça va être abordé avec d'autres problèmes ou à la fin de la consultation, c'est ça qui piège un peu tout. Ils vont dire « Au fait je vous ai pas dit mais je dors pas depuis combien de temps » et alors là c'est toujours un peu compliqué selon qu'on est pressé ou pas. Et mettre un truc vite fait mais c'est vrai que de toute manière je mettrai plutôt quelque chose de doux, de toute manière pour pas m'engager là-dedans.
- ***M : Et que vous réévaluez comme vous dites sous quinze jours - un mois c'est ça?***
- P12 : Oui alors ça dépend comment ils sont en fait. Si c'est des gens qui sont pas bien du tout et qu'il y a autre chose ça va être 15 jours. Si c'est un truc qui dure depuis un certain temps, je leur dis 1 mois et puis on voit ce qui se passe.
- ***M : D'accord et c'est une consultation que vous proposez de manière systématique ou***

vous leur laissez un peu

- P12 : Euh j'aime bien les revoir au bout d'1 mois hein, plutôt assez systématiquement. Quand il y a un problème comme ça, qu'on met en place un truc, dans un mois pour voir comment les choses se passent, si la phytothérapie a changé quelque chose, si eux ils ont modifié quelque chose. Donc plutôt à revoir dans 1 mois et puis après on voit comment ça se passe quoi.
- **M : Ok et du coup la consultation que vous proposez le mois d'après c'est une consultation que vous faites que pour le sommeil ou alors ça va être à l'occasion d'autre chose?**
- P12 : Euh si ils viennent me voir pour leur sommeil je, je leur dis de revenir dans un mois et qu'on réévalue ça. Si ils ont d'autres traitements et ben je leur dis « Ben vous revenez dans un mois. » et puis peut-être que le traitement peut être prescrit sur 3 mois, mais je leur dis que j'aimerais bien les revoir dans un mois pour qu'on parle de ce problème-là quoi.
- **M : D'accord, très bien. Alors est-ce que, quelles sont vos méthodes d'évaluation de la solution que vous avez proposée? Enfin comment vous l'évaluez en fait?**
- P12 : Alors euh en fait le ressenti des gens hein déjà. Est-ce qu'ils ont l'impression de mieux s'endormir ? Est-ce qu'ils se réveillent encore la nuit ? Est-ce qu'ils sont plus reposés ou pas ? Ça va être surtout ça.
- **M : D'accord par un interrogatoire essentiellement. Et pour vous qu'est-ce qui va définir le succès ou l'échec de la solution que vous avez proposée?**
- P12 : Ben ça va être leur ressenti à eux. En hypnose je vais faire différemment parce que du coup on va se fixer un objectif qui va pas forcément être un objectif de sommeil, qui va être un objectif en général de bien-être, ou de confort le lendemain, euh enfin au bout d'un certain temps. Savoir est-ce que, de le, parce que d'avoir un mauvais sommeil souvent ça les empêche de faire des choses et donc on va définir « Si je dormais mieux, qu'est-ce que, comment ça serait? Peut-être que je ferais plus de choses? » Et en fait c'est sur cet objectif-là que je vais me fixer et ça je le fais plutôt en hypnose, et plutôt pas ici enfin voilà.
- **M : D'accord.**
- P12 : Mais c'est ce qui change le plus, en tout cas je vais être plus sur la qualité de leur vie. Parce qu'en fait, il y en a qui ne dorment pas mais ils ne sont pas fatigués, ils ont pas de fatigue forcément donc il va y avoir une question sur le sommeil et une question quand même sur le retentissement.
- **M : Surtout quand vous faites de l'hypnose c'est ça?**
- P12 : Et surtout quand je fais de l'hypnose, je me rends compte en vous, en répondant.
- **M : Et quand vous dites vous fixez des objectifs, ça va être au début de la prise en charge en hypnose en fait? Des objectifs de...**
- P12 : C'est un petit objectif de changement. C'est-à-dire que si eux ils voient que ça, c'est un objectif qu'on se fixe avec le patient, qui soit objectivable pour tous les deux, et qui permette

de dire que quelque chose évolue dans le bon sens. Euh je sais pas, c'est clair ?

– **M : *Oui, oui très clair.***

– P12 : Et comme ça, moi ça me fait, ce qu'on appelle le plus petit changement possible, ou un petit objectif, et comme ça, ça nous permet à tous les deux de voir qu'il y a des choses. Parce que si je leur demande juste « Est-ce que vous dormez mieux? » c'est pas du tout objectivable ça. Donc si ils me disent « Ben je serai moins fatigué et si je suis moins fatigué ben je pourrai faire ça dans ma journée » et si à la séance d'après ils arrivent et ils me disent « Ben j'ai réussi à faire ça », ça, ça voudra dire qu'il y a quelque chose qui a avancé. Alors peut-être pas exactement comme euh, pas le sommeil directement mais ça veut dire que ça a avancé.

– **M : *D'accord et dans ces cas-là vous refixez ensuite d'autres objectifs?***

– P12 : Oui on refixe des objectifs, ouais, ou on travaille dans ce sens-là, parce qu'on voit que dans ce sens-là, ça a fonctionné.

– **M : *Et dans le cadre de l'hypnose justement vous avez au niveau du suivi***

– P12 : Alors c'est plutôt 1 mois avec souvent des... alors quand je fais en hypnose, je peux leur demander de noter des choses ou de, avec des tâches à faire entre les deux. En hypnose je prends pas du tout les choses de la même manière.

– **M : *Donc vous faites faire des tâches***

– P12 : Euh qu'est-ce que je peux demander à quelqu'un pour dormir (*silence*) Quelqu'un qui au moment de s'endormir y a tout qui tourne dans sa tête toute la journée, tout ça, je vais lui demander d'avoir un petit carnet au bord de son lit et avant de s'endormir de noter toutes les choses qu'il a dans sa tête à ce moment-là, et de le déposer et de faire ça, et de voir. Enfin il va faire ce qu'on appelle des tâches, des petites choses à faire qui sont, alors ça va paraître curieux comme ça hein, ça paraît un peu, euh qui sont une manière de lui faire faire des choses et de changer des choses par rapport à ses habitudes. Ou alors de faire un changement, je sais pas si il dort d'un côté du lit, de changer, éventuellement changer de côté ou de faire des petits changements qui vont faire que ça va pas partir comme d'habitude quoi. De changer des choses, des tâches ou des changements. En général je fais faire des choses entre deux. L'idée c'est de bousculer, on a tous des rituels, c'est de bousculer le rituel, enfin la chose habituelle et en changeant un peu quelque chose, changer un peu autre chose quoi. Ou alors après ça va être aussi changer le cadre, parce que eux après si ils pensent qu'ils dorment pas 8 heures d'affilée ça va pas coller, mais y en a qui dorment quand même et qui ont pas besoin de tant de sommeil que ça. Donc c'est arriver à travailler aussi là-dessus quoi. C'est pour ça que la question, l'objectif, ça peut être aussi « Qu'est-ce que je fais quand je suis bien reposé, que je suis bien? » et de leur montrer aussi qu'ils font des choses et qu'ils sont pas si fatigués que ça. Après le grand anxieux ça va être lâcher prise, donc ça, ça va être en hypnose déjà apprendre à lâcher quoi. Enfin je pense à ceux qui sont toujours sur le qui-vive là et qui peuvent pas partir dans le sommeil.

– **M : *OK, OK.***

– P12 : Et puis après ben ceux qui sont plus dépressifs, avec les réveils nocturnes et tout ça, c'est bien plus compliqué parce que on va travailler carrément sur autre chose et le sommeil

après sera mieux. Mais c'est pas le, le sommeil sera pas forcément le premier objectif.

- ***M : Oui quand la dépression est prédominante.***
- P12 : Ah ben oui, on va plutôt travailler sur autre chose, parce qu'on sait que ça, ça viendra après.
- ***M : Et du coup je reviens quand vous disiez changer les petites habitudes, donc vous disiez par exemple changer de côté du lit, est ce qu'il y a d'autres choses en général que vous proposez dans ce sens-là?***
- P12 : Oui ceux qui, ceux qui avec la télé (*rires*) moi je reste avec ma télé, je me bagarre avec les télévisions dans les chambres, quand je vois des petits qui ont la télé dans les chambres, euh...soit éteindre la télé, décider qu'on regarde la télé de telle heure à telle heure mais que à un moment, on décide qu'on éteint la télé, c'est pas le ronron de la télé qui nous endort. Ou alors monter au moment où, dans sa chambre, enfin je dis monter, ou aller dans sa chambre au moment où on a sommeil, alors qu'il y en a qui s'endorment que le canapé et puis qui montent après. En fait changer quelque chose dans le déroulement habituel du rituel du coucher.
- ***M : D'accord. Donc ça va être vraiment***
- P12 : Ça c'est, alors ça c'est un petit outil par rapport, enfin c'est une petite chose parmi d'autres dans la manière de prendre en charge les choses. Et puis du coup on peut faire des petits exercices d'auto-hypnose au moment du coucher.
- ***M : Que vous leur apprenez du coup?***
- P12 : Ouais, ouais pour lâcher prise.
- ***M : Et en plus de ça, vous parliez d'écrire***
- P12 : Alors ça c'est, ça peut être un truc parce que je pensais à une patiente. Elle dit « Mais moi j'ai tous mes problèmes qui me reviennent là au moment de me coucher » donc on avait décidé ensemble qu'elle listait tous ses problèmes pour les sortir et elle les posait. Une manière de se débarrasser des choses, mais physique on va dire, peut être métaphorique mais euh voilà. Donc avec elle on avait fait ça. Euh comme ça, ça lui permettait de classer quand même ce qu'il y avait à faire mais de l'extérioriser quoi, elle le gardait pas. Est-ce que j'ai fait d'autres choses? (*silence*) Non je vois ces petites choses-là, après tout dépend ce que font les gens, c'est ce que vont apporter les gens en fait. Je ne sais jamais avant, c'est ce qu'ils vont me dire, ils vont me dire « Ça se déroule comme ça », donc on va changer une petite chose dans ce déroulement-là quoi.
- ***M : OK donc vous les interrogez sur le déroulement de leur coucher?***
- P12 : Ah oui oui, comment ça se passe. Leur coucher. Leur journée et leur coucher pour le sommeil ouais.
- ***M : OK, d'accord. Et du coup une fois que vous avez évalué, enfin revu les patients suite à ce que vous avez proposé en première intention, quels sont les facteurs d'échec ou au contraire de succès aux différentes solutions que vous proposez, que vous avez pu***

identifier?

- P12 : Ah ben plus c'est chronique, plus c'est compliqué. Enfin plus ça fait longtemps, moi je trouve plus c'est compliqué parce que ils ont vraiment euh comment dire...ben c'est, c'est fabriqué, enfin comment dire c'est institutionnalisé leur manière de, le trouble du sommeil, ça fait longtemps que ça dure comme ça. C'est, c'est...comment, comment dire, c'est vraiment ancré, donc plus c'est ancré plus je trouve que c'est difficile. Après euh si ça vient là que c'est un peu une cause il y a pas trop longtemps, que si c'est pas, là on a toutes les, enfin moins c'est chronique euh mieux on arrive à changer les choses. Plus c'est chronique, plus c'est compliqué.

- ***M : Et puis vous parliez de causes, donc vous trouvez que si il y a une cause qu'on identifie***

- P12 : Oui en tout cas ou si c'est, quand je dis une cause ou un contexte, dans lequel s'est installé euh, et que ce contexte...il y a toujours eu un contexte qui a fait, ou alors c'est des gens qui dorment pas depuis tout petit. Parce que j'ai vu aussi moi une jeune fille, mais je l'ai vue en hypnose, mais qui dormait pas depuis toute petite, alors on a amélioré des choses, c'est à dire qu'elle s'endormait plus facilement, elle avait des techniques pour s'endormir plus facilement, mais elle gardait des sommeils assez courts. On a amélioré les choses, mais on a pas complètement réglé le problème mais déjà c'était moins un problème du coup, parce que c'est elle qui gérait les choses quoi. Alors je trouve que quand ça dure, quand c'est quelque chose qui dure depuis très longtemps c'est plus compliqué, de, enfin moi je trouve que la chronicité fait que on améliore des choses mais on ne règle pas, enfin c'est pas des gens qui vont dormir 8h d'affilée comme ça quoi. Et peut-être...c'est que ça ne devienne plus un problème pour eux quoi. Parce que euh, que ils dorment, ils dorment pas, enfin changer leur, recadrer l'insomnie. C'est à dire que c'est pas forcément, il y en a qui dorment peu de temps, comment ils vont faire avec ça. Parce que tant qu'ils veulent dormir d'un sommeil de plomb, se coucher, s'endormir 20 minutes après et se réveiller comme d'habitude, tant qu'ils ont pas ça en tête (*souffle*) la barre est bien haute. Donc moi je fais descendre la barre plus bas déjà dans mes objectifs « Est-ce qu'on peut convenir ensemble que si vous arrivez à dormir 4 heures d'affilée ce sera déjà un bon truc pour vous quoi ? ». Recadrer oui, parce que... parce que si l'objectif c'est vraiment de dormir parfaitement comme avant, comme à un moment, on va ramer.

- ***M : Ça va être difficile oui.***

- P12 : Enfin moi je pense, je ne sais pas si il y a des médecins qui ont des solutions radicales mais (*rires*) mais en tout cas moi je pense que c'est voilà. Donc aussi, oui ça j'ai pas parlé, tout ça je le fais plus en hypnose parce que je trouve que c'est une consultation longue, le sommeil. Parce qu'en fait ça ne touche pas, c'est pas. En fait les gens disent, nous disent ça à la fin de la consultation comme si c'était un petit truc, qu'on allait donné un hypnotique et que ça allait régler le problème alors qu'en fait quasiment faut reprendre l'histoire de vie, comment ils gèrent leur journée, enfin c'est pas une petite question.

- ***M : Non c'est sûr.***

- P12 : Et du coup je trouve que l'intérêt en hypnose, moi je prends 1 heure quand je fais des consult, donc du coup c'est très confortable pour s'occuper de ça.

- ***M : Ok, très bien. Et donc vous interrogez pas mal comme vous dites sur...***

- P12 : Ben l'histoire de vie, l'histoire du sommeil, comment ça s'est installé? Est-ce qu'il y a eu un facteur, à un moment? Ou c'est quelqu'un qui, qui depuis, enfin je pense à cette jeune fille, c'était depuis, enfin sa mère disait qu'elle avait toujours eu des problèmes de sommeil enfin voilà, ou alors il y en a un décès particulièrement, l'arrivée des enfants, le réveil des enfants parce qu'il fallait être vigilants avec l'arrivée des enfants. Enfin il y a des trucs bien particuliers qui déclenchent ça.

- ***M : Oui pour essayer de trouver un déclencheur?***

- P12 : Oui, alors ça veut pas dire que je vais travailler forcément sur l'élément déclencheur, mais ça va donner du sens au fait de, ou donner une explication et voilà. Après ça veut pas dire que forcément on va arriver à, mais bon, la maman qui se réveille c'est quelqu'un qui reste attentif, qui va pas lâcher parce qu'elle veut être attentive. Donc après il va peut-être falloir lui réapprendre à lâcher, parce qu'on sait qu'à un moment elle savait le faire avant euh voilà. Donc moi ça va m'orienter sur comment je vais, sur quoi je vais travailler plus. Voilà comment je vais raisonner.

- ***M : D'accord. Et est-ce qu'il y a d'autres choses, vous m'avez parlé de la chronicité comme facteur d'échec, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous avez pu identifier en fonction des***

- P12 : Quand les gens veulent que, cherchent des choses que de l'extérieur, c'est à dire ne s'impliquent pas dans le changement.

- ***M : D'accord, ça en général ça fait que ça marche pas?***

- P12 : Ben non ça marche pas, ça marche pas dans le sommeil mais ça marche pas dans d'autres choses quoi. Euh voilà, quand les gens ne voient pas, alors c'est à nous de montrer l'intérêt de changer des choses. C'est à dire que je les juge pas quand je dis ça, mais y en a on sent bien que c'est comme ça... Ils cherchent de l'extérieur. Tandis que ce qu'on va proposer quand on va proposer des changements, ça va être plutôt à eux de s'impliquer et à changer des choses donc ça c'est pas gagné d'avance en tout cas ça demande un accompagnement quoi. Donc ça... Qu'est-ce qui fait que ça marche pas? Ben c'est que c'est pas simple, que même si on a les causes ce n'est pas pour ça qu'on a les solutions. Euh que...y a quelque, quelque fois où ça se règle comme ça mais quand les gens dorment pas en général c'est plus euh enfin y a des causes, c'est pas si simple de lâcher, de se mettre en voilà. C'est surtout que la cause est pas si simple et puis que des fois ils voudraient que ce soit réglé de façon magique et que ça il me semble que c'est une prise en charge qui demande quand même du temps, c'est pas magique. Il faut apprendre à lâcher et c'est pas si magique que ça en tout cas. Pour ceux pour qui c'est naturel, ça pose pas de problème, mais quand on a perdu ça c'est compliqué.

- ***M : D'accord. Et si on prend les différentes choses dont vous avez parlé en première intention, donc phytothérapie, règles d'hygiène, est-ce que en fonction des différentes méthodes***

- P12 : Et puis hypnotiques hein j'en mets quand même des hypnotiques malheureusement et puis j'en renouvelle beaucoup, parce que je vois pas comment faire autrement. Parce que les gens d'abord ils ont pas envie, ça marche avec ça donc ils ont pas envie, ils ont pas forcément envie de changer. Et alors quand on, à ce moment-là, mais ça fait pas partie du sujet, l'arrêt des hypnotiques (*rires*) donc non je

- ***M : Oui on va plutôt prendre en dehors de cette situation, donc quand vous avez choisi une alternative aux hypnotiques. Que ce soit la phyto, l'hypnose ou les règles d'hygiène, est-ce que vous avez pu identifier des facteurs d'échec en fonction du type de thérapeutique ?***

- P12 : Ben l'Euphytose® euh c'est peu, enfin la phytothérapie pardon, ça va pour des choses légères, quand il y a pas longtemps que c'est installé et quand on sait que c'est parce que c'est juste un déséquilibre momentané. Dans les choses plus chroniques c'est plus compliqué. Et je m'en sers pour euh, pour sevrer aux, des hypnotiques mais euh parce que je trouve que du coup ça les laisse pas sans rien, et ça peut être une bonne aide. Mais ça euh la phytothérapie elle a vraiment ses limites hein.

- ***M : D'accord.***

- P12 : Si c'est un vrai insomniaque, ça fait 20 ans qu'il est comme ça, c'est du pipi de chat, voilà (*rires*) donc ça c'est sûr. L'hypnose, les échecs c'est quand les gens abandonnent parce qu'ils pensent que c'est magique et que du jour au lendemain, bing on va les endormir et que ils vont réussir à s'endormir comme ça. Euh... si on arrive à créer un lien suffisant pour qu'ils sachent que c'est un travail et que ça va venir petit à petit avec nos petits objectifs qu'ils voient qu'il y ait des choses qui changent, là on peut y arriver. Et en recadrant, et en recadrant que ce sera pas 8 heures, parce qu'ils arrivent avec « Je veux bien dormir quoi » et donc ça je prends pas pour argent comptant parce que je sais que c'est pas possible, c'est pas jouable comme ça.

- ***M : D'accord.***

- P12 : Et puis la sophro alors ça en général, ça les aide à lâcher. En fait du coup ils sont mieux. C'est un, ça peut être intéressant pour des gens très, très anxieux qui savent pas se poser quoi.

- ***M : D'accord et là vous avez constaté des facteurs d'échec à la sophro?***

- P12 : Ben oui, parce que, c'est des gens qui savent pas lâcher et qui sont résistants à ça. Euh et du coup y en a quand même qui ont du mal à lâcher, même si justement avec ces techniques là on essaye de contourner les résistances, c'est pas si simple hein. Oui, oui.

- ***M : Oui c'est pas évident. Et quand vous considérez qu'il y a un échec de la première option que vous avez proposée, donc de votre première ligne thérapeutique, qu'est-ce que vous allez proposer par la suite?***

- P12 : Ben ça va être les hypnotiques hein.

- ***M : Les hypnotiques? D'accord.***

- P12 : Les hypnotiques... Et puis selon le contexte ça va être quand même une psychothérapie, enfin une psychothérapie ou un, si je sens vraiment qu'il y a un truc euh un peu lourd derrière, je vais vraiment... alors si c'est des gens que je vois en consultation régulièrement, ça je vais l'amener, je vais en reparler tranquilou, semer mes petites graines pour qu'à un moment, ils se disent « Bon je vais pas pouvoir couper à ça, il faut que j'y aille. »

- ***M : D'accord.***
- P12 : Parce que je pense quand même que, je pense qu'il y a beaucoup de problèmes de sommeil qui sont liés à des, enfin où il y a des choses un peu lourdes que voilà.
- ***M : Et vous orientez vers des types de psychothérapies particulières?***
- P12 : Des psychologues, pas des psychiatres. Des psychologues pour une psychothérapie vraiment, enfin c'est à dire pour un travail psy, pas pour avoir des médocs quoi. (*rires*) C'est à dire que mon but c'est pas qu'ils aillent prendre des hypnotiques, des antidépresseurs ou des choses comme ça, à ce moment-là. C'est qu'ils fassent un travail sur eux.
- ***M : Ok. Et une psychothérapie sans type particulier, vous laissez voir le psychologue après?***
- P12 : Oui! Euh... ben après moi c'est plutôt, j'ai quelques psychologues référents. Mais maintenant ils sont plutôt ouverts à plusieurs types de thérapies.
- ***M : Très bien. Et donc vous disiez parfois quand ils sont pas adressés au départ pour hypnose, parfois vous proposez l'hypnose en deuxième intention?***
- P12 : Oui en deuxième intention oui. Là j'ai une patiente euh ça fait très longtemps que je la vois du coup, je lui ai demandé si, mais elle je sais pas, ça fait 20 ans que je lui prescris des hypnotiques donc ça va être quelque chose. Enfin je vais la voir au mois de janvier là, ce sera plus un sevrage et plus une amélioration.
- ***M : Et je reviens sur l'organisation, enfin le suivi de l'hypnose. Vous disiez en général que vous les revoyez au bout d'un mois, la fréquence des séances ensuite, il y a une fréquence type ?***
- P12 : Ben ça va être, c'est en fonction des gens après, mais ça va être 3 semaines – 1 mois.
- ***M : D'accord.***
- P12 : Euh et ça peut durer un petit peu oui quand même. Ce sont des thérapies brèves mais euh sur plusieurs mois. En tout cas ça peut être une dizaine, une bonne dizaine, ça peut être 1 an hein, sur un truc comme ça. Voire plus parce que, enfin souvent il y a des choses sous-jacentes.
- ***M : Associées ?***
- P12 : Mmh ouais.
- ***M : Et sinon, qu'est-ce que vous pensez des autres thérapies alternatives dans le traitement de ce type d'insomnie, alors autres que celles que vous avez citées du coup?***
- P12 : Alors euh... Je sais pas l'acupuncture? Y'en a qui font ça, enfin vous pensez à ça?
- ***M : Oui par exemple.***

- P12 : Alors moi quand les gens font, l'acupuncture je dis toujours que c'est bien, il y a des gens à qui ça fait beaucoup de bien donc, j'ai rien contre. Qu'est-ce qu'il y a d'autre euh, homéopathie, ça me va si ça fonctionne, enfin vraiment moi si ça fonctionne... Qu'est-ce qu'il y a d'autre? Euh
- **M : Vous allez pas prescrire mais vous orientez si ils vous en parlent c'est ça?**
- P12 : Oui, oui exactement, je vais. J'envoie pas à l'acupuncteur ça c'est sûr, mais par contre si les gens me disent « Qu'est-ce que vous en pensez? », machin « Oui pas de problème. » oui. Je vais plutôt être orientée, je m'aperçois du coup, je vais plutôt être orientée psy, sophro, enfin plutôt ce versant-là moi.
- **M : Très bien, d'accord. Bon ben écoutez on a fait à peu près le tour. Alors du coup je vais vous demander de vous présenter, quel âge vous avez, depuis combien de temps vous êtes installée?**
- P12 : D'accord donc j'ai 52 ans et demi, je suis installée depuis 22 ans, depuis 91, ah ben 23 bientôt. Depuis 23 ans et puis je suis en cabinet de groupe là et on est en maison de santé depuis 18 mois et avant, on travaillait tous les 2 avec mon mari, on avait un cabinet à part. Je travaille à mi-temps là et j'ai 3 demi-journées où je fais de l'hypnose du coup et une demi-journée où je fais de l'hypnose à la consultation anti-douleur au C.H.U. Voilà donc j' ai un temps un peu partagé.
- **M : D'accord, très bien. Et êtes-vous maître de stage?**
- P12 : Non je ne suis pas maître de stage.
- **M : D'accord. Donc vous m'avez dit vous faites de l'hypnose, quelle formation avez-vous eue ?**
- P12 : Je me suis formée à Rennes à l'institut « Émergences » et puis là je vais me former à Nantes aussi sur d'autres techniques l'HTSMA.
- **M : C'est une autre technique d'hypnose?**
- P12 : Oui avec les mouvements alternatifs aussi. Euh hypnose, thérapie brève et mouvements alternatifs, ça s'appelle comme ça. Ça regroupe l'hypnose et d'autres techniques.
- **M : OK, et ça c'est quelque chose que vous pratiquez pas pour le moment?**
- P12 : Non.
- **M : Avez-vous d'autres formations en d'autres thérapies alternatives? Par exemple vous parliez de phytothérapie?**
- P12 : Non, non. Je bricole avec 2-3 trucs c'est tout, j'ai pas de formation en phyto.
- **M : Très bien. Alors je reviens juste sur une dernière chose, est-ce qu'il y a différentes techniques d'hypnose que vous utilisez dans l'insomnie?**

- P12 : On va tout regrouper ça sous de l'hypnose, c'est à dire que. Mais par contre avec de l'auto-hypnose c'est à dire que pas simplement les séances-là, mais on peut faire une séance en consultation qu'on va leur demander de refaire chez eux au moment de, alors soit dans la journée si dans notre stratégie c'est comme ça, soit au moment de s'endormir des techniques à refaire chez eux. Du coup ça peut être un outil intéressant et puis ça les rend très actifs. C'est eux qui font des choses, c'est eux qui changent des choses. Et rien que ça c'est intéressant.
- ***M : Et ça vous le faites en systématique?***
- P12 : L'auto-hypnose, pour le sommeil, presque! Ouais, ouais.
- ***M : D'accord. Et sinon qu'est-ce que vous pensez de votre formation concernant les troubles du sommeil?***
- P12 : Oh ben pfff...on a été très peu formé hein, voire pas formé, je sais même pas si on nous a parlé de ça. Peut-être pour euh, oh non non. En tout cas maintenant ça fait un petit peu, alors j'ai bien oublié et je trouve qu'on a pas été tellement formé là-dessus, en tout cas moi j'ai pas de souvenir clair et précis là-dessus.
- ***M : Vous avez fait d'autres formations par la suite sur le sommeil?***
- P12 : Non. Donc du coup j'ai pas... On s'y intéresse un peu plus avec les syndromes d'apnées du sommeil là. Je trouve qu'on, ça nous a fait nous reposer des questions par rapport à ça, c'est-à-dire qu'on va être plus vigilant, et puis plus les rechercher alors qu'avant on les recherchait pas. Mais je trouve qu'on est très peu formé. En tout cas ma génération, moi j'ai pas de souvenir.
- ***M : Les autres aussi.***
- P12 : Je me souviens pas avoir eu des cours là-dessus.
- ***M : Pour nous c'était très bref et peu pratique.***
- P12 : Et oui exactement, et par rapport à ce qu'on voit après au cabinet (*rires*)
- ***M : Très bien, est-ce que, qu'est-ce que vous avez envie de rajouter sur le sujet ? Sur le sujet de l'insomnie chronique?***
- P12 : Que, ben ce que je m'aperçois en faisant ça c'est que c'est vraiment l'objet en médecine générale, vraiment d'une consultation pour ça et que avec l'interrogatoire là je me dis que maintenant quand les gens me parlent de ça, je les ferai revenir pour qu'on discute de ça. Parce que c'est toujours noyé entre le diabète, l'hypertension, la douleur, le lumbago. Et plus ça va, plus ils regroupent tout et ils disent « Ben j'ai attendu pour venir et j'amène tout ça », et plus je m'aperçois qu'on fait vraiment, enfin c'est pas possible de gérer ça avec l'hypertension, le renouvellement, le lumbago voire le frottis. Voilà ma réflexion après ça! (*rires*) Et du coup moi je me dis, ça me fait juste bien, alors quand je les vois en hypnose, ça pose pas de problèmes, puisque justement, et c'est ça que je trouve agréable, on a le temps, et mes patients faudra que je les fasse revenir pour reprendre ça bien, si on veut vraiment le prendre en charge. Sinon effectivement on prescrit. Mais c'est pas du tout évident vu les plannings et vu le temps. Voilà ma réflexion! (*rires*)

Entretien 13

- ***M : La dernière fois qu'un de vos patients s'est plaint d'insomnie chronique, sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que vous lui avez proposé comme prise en charge initiale ?***
- P13 : Alors attendez, la dernière fois qu'un patient s'est plaint d'insomnie chronique ?
- ***M : Voilà. Que vous avez diagnostiqué une insomnie chronique chez un patient et que vous n'avez pas identifié d'étiologie organique évidente, donc on va dire une insomnie anciennement dite primaire, qu'est-ce que vous vous lui avez proposé comme prise en charge au départ ?***
- P13 : Au départ ben très certainement d'essayer de comprendre pourquoi, moi c'est toujours mon... Mon leitmotiv c'est toujours de demander est-ce qu'il y a pas une raison qui expliquerait tout ça. Est-ce qu'il y a déjà eu des problèmes comme ça etc, de savoir si c'est un problème récent, pas récent, si c'est un problème chronique qui a déjà eu un épisode comme ça à l'occasion d'une dépression ou un truc comme ça. Alors si vous me dites primaire, donc sans cause organique, j'imagine que vous mettez sans cause psy non plus ?
- ***M : Oui voilà.***
- P13 : Donc ben à vous dire vrai, ça arrive pas si souvent que ça, euh j'en ai pas beaucoup je pense des patients comme ça qui se plaignent de façon chronique. Il y en a sûrement qui dorment mal de façon chronique mais qui m'en parlent pas forcément, parce que ben très souvent dans un premier temps je, je commence par leur dire que c'est peut-être physiologique de pas dormir beaucoup, qu'est-ce que, je leur fais mieux redéfinir ce qu'ils ressentent, savoir si c'est un vrai problème chronique ou si c'est un problème dont ils se plaignent. Euh j'essaye d'avoir les éléments objectifs du retentissement sur la journée, c'est-à-dire que... Ben si effectivement ils ont des endormissement dans la journée, des coups de fatigue, des... bon bah à ce moment-là je vais peut-être y attacher plus d'attention mais à vous dire vrai en général ils ont pas beaucoup de retentissements dans la journée, dans ceux que j'ai en tout cas. Et puis ça doit quand même remonter à assez loin le dernier patient que j'ai traité comme ça, mais sinon je leur parle du, éventuellement de faire explorer ce genre d'insomnie chronique prolongée qui aurait vraiment pas de cause, qui aurait vraiment un retentissement dans la journée etc.
- ***M : Alors quand je dis pas de cause psychiatrique, enfin c'est pas de cause psychiatrique majeure à l'origine de cette insomnie si vous voulez.***
- P13 : Ah oui majeur mais il y a toutes les mineures autour, ça c'est le cas général. Majeur c'est pas si fréquent que ça, général on est vite, enfin on bute vite dessus. Et on traite vite la cause, enfin on essaye de traiter vite la cause, après on y arrive peut-être pas par contre, ça c'est autre chose mais euh...
- ***M : Mais en dehors de ce contexte vous voyez d'étiologie évidente traitable.***
- P13 : Pour moi soit vraiment je bute et puis de toute façon je leur dis « Ben éventuellement faudrait faire explorer ça » et éventuellement je les envoie d'abord en consultation chez un neurologue, ou éventuellement je leur demande de prendre contact avec le centre d'exploration du sommeil au C.H.U. , où alors là je suis dans le flou complet, je connais

même pas qui s'en occupe etc mais je sais que ça existe donc je leur dis dès le premier jour, mais je leur propose quand même une consultation chez un neurologue. Alors ils y vont, ils y vont pas, ils acceptent, ils acceptent pas mais en fait surtout en général ils en arrivent à relativiser un peu leur symptômes et déjà quand ils entendent dire que peut-être, ça serait peut-être un peu physiologique de dormir moins que ce qu'ils penseraient dormir, avoir envie de dormir, bon ben euh voilà très souvent ça va pas beaucoup plus loin. Et je prescris assez rarement des médicaments pour traiter ça. Et quand j'en prescris, bon ben j'essaye de voir si il y a pas une raison de prescrire un antihistaminique et dans ce cas-là j'en choisis un, un petit peu sédatif, un vieille génération. J'essaye de voir si voilà et puis sinon peut-être si j'ai un doute sur l'anxiété chronique, je leur met peut être un peu de Miansérine®, ou un truc comme ça. Je biaise un petit peu mais en tout cas, je leur mets pas de médicaments, somnifères et benzodiazépines. En général j'ai un texte tout près sur les somnifères et les benzodiazépines. Je leur explique que les somnifères, les benzodiazépines ça a été découvert dans les années 70, que, j'ai entendu un psychiatre m'expliquer ça une fois, euh que les antidépresseurs ça avait été découvert aussi dans les années 70, que les anxiolytiques etc... Que tout ça, ça avait été classé comme ça parce qu'on avait rendu des souris anxieuses, en les électrocutants et puis qu'après elles allaient mieux quand on leur donnait les médicaments, alors ça les perturbe complètement d'écouter ça. Et puis je leur dis « Ben à la même époque on a rendu des souris dépressives, alors je sais plus ce qu'on leur faisait, des trucs absolument horribles, mais on les rendait dépressives et en leur mettant l'antidépresseur elles allaient mieux. Donc on a dit ça c'est l'anxiolytique, ça c'est l'antidépresseur et puis voilà ! On est resté sur ces étiquettes, pendant 20 ans on a traité les gens comme ça donc ils sont devenus dépendants, vous le savez tous ! D'ailleurs ça vous fait peur. ». À chaque fois que j'en propose un, les patients veulent pas le prendre parce qu'ils ont peur de dépendre du médicament. Et puis y en a qui ont peur d'être transformé par le médicament, que leur personnalité soit changée. « Enfin, on a fait 20 ans d'expérience à ce sujet, on s'est beaucoup trompé parce que on est resté sur cette catégorie. Donc pourquoi pas traiter votre insomnie ou anxiété chronique avec un antidépresseur. Moi maintenant ça me paraît pas idiot parce que ça a beau s'appeler comme ça voilà ». Enfin bref je leur explique que peut-être je vais pas leur donner le médicament qu'ils attendent.

– **M : D'accord.**

– P13 : Et en tout cas ce sera pas forcément un anxiolytique, ce sera pas forcément un somnifère. Je leur explique les problèmes de dépendance avec ces médicaments presque automatique au bout de quelques temps. Et... des temps courts, je leur cite le chiffre de 7 jours, en leur disant : « Au delà de 7 jours ça y est on commence déjà à avoir une dépendance, ça veut dire que plus tard on arrivera plus à vous l'arrêter. Quand on vous l'arrêtera ce sera nuit blanche automatique. Là, vous viendrez me voir en me disant, mais je comprends pas docteur je dors pas » et je vous dirai « Ouais mais c'est normal vous l'avez arrêté, c'est nuit blanche automatique en plus il y a pleins de troubles qui vont apparaître, et puis ça va durer un certain temps, et en plus après, on va vraiment avoir du mal à vous l'arrêter. Et puis alors la solution ce sera quoi ? Il faudra doubler, on doublera la dose, bon d'accord et puis et puis, vous finirez par vous casser la figure. Y a des tas de grand-mères qui se cassent la figure partout. ». Quand ils entendent tout ça ils sont (*souffle*) et puis à la fin « Bon ben finalement si c'était une dérive, une variante de la normale ? ». Finalement ça leur plaît bien comme solution la variante de la normale. Et puis de sortir sans médicaments, alors je leur prescris toujours une boîte quand même.

– **M : Une boîte d'hypnotiques ?**

- P13 : Enfin pas toujours, mais ça peut arriver que je leur prescrive une boîte en leur disant « Bon écoutez, quand ça fait 3-4 jours que vraiment vous dormez pas, et où vraiment ça va pas, et où vraiment le matin euh vous êtes fatigués, ben à ce moment-là vous vous autorisez d'en prendre une fois de temps en temps etc... ». Et puis du coup ils font assez attention et c'est très rare qu'ils me demandent le renouvellement de leur boîte ou alors beaucoup plus tard et c'est des patients qui gèrent, qui me disent « Oui j'ai bien compris que ». Enfin bon en tout cas, ça arrive.

- ***M : D'accord et du coup quand vous choisissez une alternative au traitement hypnotique donc soit vous prescrivez pas de traitements c'est ça ? Soit vous***

- P13 : Oui. C'est toujours une consultation ça prend pas moins d'une demi heure hein. Là, faut quand même avoir le temps. Moi j'ai le temps ça tombe bien je vais peut-être pas l'avoir longtemps parce que mon associé est parti, ça tombe bien aussi. Mais du coup je vais peut-être pas avoir trop le temps, je sais pas si je vais faire ça cent sept ans, mais comme j'ai le temps j'en profite, voilà j'hésite pas et puis je suis en retard ça me gêne pas, les patients attendent une demi heure dans la salle d'attente, ils ont pris un rendez-vous, ils râlent, mais ceux qui râlent beaucoup ils changent de médecin c'est clair.

- ***M : Oui.***

- P13 : Mais enfin oui mais c'est pas facile à tenir comme attitude ! Parce qu'on se fait des ennemis quand même hein. Il y a des gens qui m'en veulent d'avoir ce genre d'attitude, donc c'est pas simple. Et puis financièrement il faut pouvoir se le permettre aussi hein euh moi j'ai fait une croix sur mon train de vie donc ça va, mais il faut quand même avoir envie de faire ça. Donc ça prend du temps, et par contre en contrepartie, je prescris quand même probablement assez peu de, d'anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs etc... Enfin antidépresseurs si peut-être que j'en prescris, mais benzo en tout cas sûrement très très peu. Et en traitement renouvelé alors là c'est rarissime. Dans mes patients là c'est rarissime. Par contre les patients des autres à chaque fois que j'ai à renouveler une boîte je leur dis « Ah vous avez ça au long cours ? Ça c'est embêtant ! Ça fait combien de temps que vous le prenez ? Oh là on arrivera plus à vous l'arrêter ! ». À chaque fois je leur sors le discours, je leur dis « Ça, il faudra que vous revoyez ça avec votre médecin traitant parce que c'est vraiment un médicament il faudrait pas que vous le gardiez hein. C'est clair qu'il faudrait arriver à l'arrêter. Maintenant je vous l'arrête pas c'est hors de question, j'y arriverai pas donc vous revoyez ça avec votre médecin traitant. ». Donc là ils entendent ça, je pense que ça les déstabilise un petit peu, et puis voilà. Et puis de toute façon comme j'avais un collègue là, donc on avait une clientèle très différente l'un de l'autre. Euh lui je pense qu'il devait prescrire beaucoup, parce qu'il avait pas mal de patients sous traitement. Quand il était en vacances, hop c'était moi qui était amené à les voir et à les renouveler. Je les renvoyais etc.. et des fois j'avais le retour et puis ils me disaient « Ah ben oui de toute façon je sais que vous allez râler pour me renouveler ça. ». Mais voilà j'ai quand même l'impression que le fait de leur dire de façon très tranchée, j'ai quand même l'impression que ça les marque, et puis que avec ce qu'ils entendent aussi à la télé, ce qu'ils disent sur les benzodiazépines, les médicaments auxquels on s'habitue ffff c'est vrai que ça les met, ouais ça leur fait une petite peur quand même. Ça les met mal à l'aise, mais ils le réclament quand même hein certains ! Ils le réclament quand même oui ça ils aiment bien.

- ***M : D'accord. Sinon vous me disiez tout à l'heure, ça vous arrive aussi de prescrire éventuellement des antihistaminiques par exemple.***

- P13 : Oui c'est pas fréquent mais si il y a la moindre raison, une petite allergie, un petit

machin, une petite allergie saisonnière qu'ils traitent pas, là je vais, là je leur donne un antihistaminique, et dans ce cas-là, j'en choisis un qui endort un peu le soir par exemple, un sédatif.

– **M : Et il y a d'autres choses que vous allez proposer dans ces cas là ?**

– P13 : Ben euh... oui ça m'arrive de leur donner (*soupir*) je sais pas, si ils toussent de leur mettre du Toplexil® quelques temps histoire de voir, enfin bon histoire de. Mais j'essaye d'éviter à tous prix des traitements médicamenteux oui oui c'est clair ! Pour moi je leur explique quand même que peut-être on a pas à faire à une vraie insomnie pathologique, parce que sinon il y aurait un vrai retentissement dans la journée, il y aurait des choses qu'ils n'ont pas, des signes qu'ils n'ont pas. Est-ce qu'ils ont des lâchages musculaires, est-ce qu'ils ronflent la nuit enfin je sais pas quoi, j'essaye quand même à chaque fois de les ramener vers des causes. Leur montrer qu'une vraie insomnie en général y a des causes, et que les causes, c'est vraiment elles qu'il faut traiter. Alors quand on a parlé de tout ça c'est bien rare si ils sont pas dans une case d'une insomnie sur laquelle on peut faire quelque chose. Et euh les autres et ben je leur propose une consultation chez le neurologue. Je fais souvent des lettres, j'ai rarement des retours parce qu'ils y vont pas forcément. Ils y vont pas forcément, c'est souvent des gens qui amènent la plainte, parce que alors ils vous expliquent « Oui je dors pas depuis 3 mois, depuis 6 mois. ». Bon ils le disent, ils le pensent, mais finalement après en avoir après avoir parlé, après avoir vraiment vu qu'il y avait des cases, qu'il y avait tout ça, finalement ils s'en accommodent probablement pas si mal que ça parce que ils en reparlent pas souvent les fois d'après.

– **M : D'accord.**

– P13 : Une fois qu'on leur a vraiment bien défini les choses, j'ai l'impression que les consultations suivantes, ça devient un motif secondaire. C'est rarement un motif principal de consultation. Donc je me précipite vraiment pas pour les traiter et je les laisse un peu vivre avec leur insomnie. Ça me gêne pas de laisser un patient qui me dit « Je dors pas bien » et puis qui reparte sans médicament, si je leur ai bien expliqué ce que pour moi j'entendais comme insomnie pathologique et qui mériterait un traitement. Quand je lui ai bien expliqué, souvent il est assez d'accord que peut-être il a pas ça. Et pourtant il se plaignait d'insomnie chronique des fois depuis des mois « Ouais je dors pas depuis des mois. ». Et puis en général « Est-ce qu'il y a pas un peu de stress, est-ce qu'il y a pas un peu d'anxiété etc ? » « Euh non non. » et « Autour de vous est-ce que les gens pensent que vous êtes un peu anxieux, un peu stressé ? ». Bon déjà hop on commence à aborder un peu le problème. « Et puis maintenant avec le recul ça fait 3-4 mois que vous me dites que vous dormez pas bien, il s'est pas passé grand chose il y a 3-4 mois ? Il y a pas eu quelque chose, il y a pas eu ? » « Ah ben oui oui, il y avait peut-être » et puis voilà. Donc on est rarement dans la case d'insomnie chronique pathologique qu'il faudrait traiter et envoyer au centre du sommeil quoi.

– **M : Quand vous dites pathologique vous voulez dire à laquelle on retrouve une cause finalement ? Soit une cause psychiatrique, une pathologie spécifique du sommeil ou médicale sous-jacente ?**

– P13 : Oui oui oui. En gros l'insomnie chronique pour laquelle moi je vais rien retrouver d'objectif, je traite pas. Je laisse les gens vivre avec et ça ne me gêne pas.

– **M : Et si il y a des retentissements quand même dans la journée ?**

- P13 : Ben si y a des retentissements dans la journée j'essaye à chaque fois de revenir sur la cause et puis sinon je leur explique « Ben dans ce cas-là pas de problème, vous êtes sûrement fatigués parce que vous récupérez pas bien du sommeil. ». Je leur fais installer des règles d'hygiène de vie, le sport dans la journée si c'est possible euh, pas trop tard le soir pour pas qu'ils soient énervés après en rentrant du sport. Éviter la télé, 3 h de télé le soir avant d'aller se coucher c'est peut-être une connerie. Avec les horaires, peut-être essayer de lire un petit peu avant de se coucher, ou au contraire si ils se réveillent de lire un petit peu et de se rendormir. Enfin j'en sais rien, d'essayer de voir avec eux quels sont leurs habitudes et comment cadrer ça, leur imposer un peu des horaires. Leur faire diminuer un peu l'alcool, si y a de l'alcool, si y a je sais pas trop quoi, et puis et puis voilà, mais très souvent on arrive à trouver quelque chose à faire qui ne soit pas des médicaments à prendre. Et quand y a des médicaments à prendre, je leur dis « Bon ben 3-4 jours d'accord, vous y faites attention parce que vous avez pas bien récupéré. C'est pas parce que ce soir vous allez pas bien dormir que vous allez en prendre demain, vous attendez que ça s'accumule, de voir, et puis si vous avez l'impression que c'est le cumul de nuits blanches qui vraiment vous fatigue, ben là effectivement vous vous obligez à dormir avec des comprimés mais c'est un sommeil qui est pas physiologique, qui est pas réparateur de la même façon, c'est pas une bonne solution pour le long terme. ». Enfin bref j'insiste, et puis « Pas de problème je vous prescris une boîte ! », grand seigneur. Et puis voilà. Et puis surtout j'essaye pas de les revoir, j'attends de voir qu'ils reviennent, si ils reviennent. Parce que si j'essaye de les revoir, on va repartir là dessus, on va pas en sortir. Si ils reviennent avec la plainte et ben je retourne un petit peu au charbon pour essayer de voir si il y a pas quelque chose derrière.

- ***M : D'accord, en fait vous allez pas proposer un suivi entre guillemets programmé c'est ça ?***

- P13 : Ah non je veux pas le programmer. C'est eux qui vont le programmer si ils ont vraiment une plainte. Ça me permet de, d'avoir un niveau de l'objectivité de leur plainte. Si ils s'en plaignent plus pendant 6 mois, après ils peuvent revenir me voir en me disant « Ben ça fait 3 mois que je dors pas. ». Je leur dirai « Ben oui mais on en avait parlé et euh je vous ai revu à telle date, vous m'en avez pas trop parlé parce que je vous ai rien represcrit, ça veut dire que ça allait quand même un petit peu mieux. ». Voilà j'essaye d'objectiver un peu le truc quoi.

- ***M : D'accord et quand ils reviennent vous revoir avec cette plainte, quelles sont vos méthodes d'évaluation de ce que vous avez proposé ?***

- P13 : Ben de savoir si ils ont été mieux pendant un temps, si il y a quelque chose qui a changé dans leur vie, enfin j'en sais rien je reviens toujours à essayer de voilà. Moi je pars du principe que l'insomnie chronique pathologique avec retentissement dans la vie ça existe pas sans cause. Et si vraiment ça existe sans cause, et ben là on est dans une pathologie du sommeil, une vraie, un truc que je connais pas forcément donc là c'est le neurologue, pour moi c'est clair, c'est le neurologue, ça va peut-être être l'exploration du sommeil, pour essayer d'objectiver leur trouble et puis voir. Alors après euh, quand ils me racontent euh des fourmis dans les jambes, de pathologies des jambes sans repos etc bon j'essaye de voir ce qu'on peut faire là dedans. À une époque il y avait un médicament, bon j'ai du le prescrire deux fois le médicament qui était sorti, il a été arrêté ensuite si je me souviens bien. Je sais plus exactement ce que c'était mais je me suis dit après tout, c'est un truc de neurologues ça, c'est leur boulot.

- ***M : Ça c'est un cas particulier, on est d'accord. Donc comme vous dites, vous essayez***

surtout de trouver une cause qui a pu déclencher cette insomnie ?

- P13 : Oui pour moi il doit y en avoir une. Il doit y en avoir une, cette cause elle est probablement masquée, cachée, on a 8 chances sur 10 de le retrouver soit côté habitudes de vie, soit contexte familial, soit psychisme, je sais pas trop quoi. Bon j'exclue les pathologies psychiatriques connues, euh manie euh, dépression etc... Je les exclue mais si je tombe dessus , là je vais mettre le doigt dessus quand même hein.

- ***M : Oui et donc vous allez rechercher les causes par l'interrogatoire c'est ça ?***

- P13 : Ah ben oui oui oui. Je prends au moins 5 à 10 minutes pour leur demander qu'est-ce qu'ils entendent par le mot pas dormir quoi. Est-ce qu'ils se réveillent, à quelle heure, plusieurs fois, une seule fois, plutôt en fin de nuit, plutôt en début de nuit, est-ce qu'ils regardent l'heure dans la nuit, est-ce qu'ils ont un réveil lumineux qui leur éblouit l'œil et qu'à chaque fois qu'ils regardent hop ça les réveille. Enfin bon, j'essaye un peu de savoir ce qu'il peut y avoir derrière. Et puis si ils sont réveillés parce que il y a des bruits autour, et qu'ils sont inquiets parce qu'il y a un petit qu'ils surveillent, qu'il a 3 ans, 4 ans et qu'ils continuent de surveiller son endormissement et son sommeil. Je leur explique que peut-être là il faut qu'ils se remettent un peu en cause leur fonctionnement avec leur enfant. Enfin j'en sais rien, j'essaye de trouver le truc qui ferait qu'ils arrivent pas à être zen quoi. Et justement une fois que j'ai conclu qu'ils arrivent pas à être zen, c'est pas forcément un médicament. Là depuis assez peu, euh je leur propose éventuellement, je leur lâche le mot de je sais pas, peut-être sophrologie, peut-être faire du sport, peut-être je sais pas trop quoi, peut être méditation là je lâche le mot. Alors méditation je vois comment ils réagissent, et très vite je leur dis « Moi de toute façon c'est un mot que j'aime pas, parce que ça a une connotation spirituelle, j'ai pas envie que ce soit Krishna qui vous endorme tous les soirs. ». Enfin j'ai des tas de textes comme ça que je leur ressors. Et puis une fois que je leur ressors tout ça, ben je vois bien vers quoi ils embayent, et puis des fois je leur fais acheter un bouquin sur la méditation. Plus ça va, plus je le propose. Et j'ai l'impression qu'il y a des gens qui vont mordre là dedans parce que c'est très à la mode, donc ils en entendent parler à droite, à gauche. Quand moi je pense qu'ils ont un espèce de recul par rapport au côté spirituel du truc donc je leur dis de lire un bouquin, un seul Christophe André etc... avec le cd, et je puis je leur dis « Ben peut-être que ça pourrait répondre à quelque chose, faudrait que vous y réfléchissiez, et puis on en reparlera si vous le souhaitez. ». Enfin bref voilà et puis on verra bien, et après je vois si ils se replaignent un petit peu de troubles comme ça, je redemande si c'est subjectif, objectif, enfin si ils ont pas trouvé eux même finalement une raison qui pourrait peut-être en être une, voilà.

- ***M : OK. Et quand vous proposez ça justement, vous dites la méditation, vous parlez aussi de la sophrologie, vous adressez vers quelqu'un d'autre ?***

- P13 : Ben la sophrologie oui, je leur demande si ça serait pas intéressant qu'ils s'orientent vers quelques séances de ce genre-là. Des sophrologues à une époque il y a en avait un à Joué, je sais pas s'il existe toujours, j'en entends plus parler mais voilà, alors là je les envoie pas avec un mot ni avec une prescription. Je leur dis « Essayez de voir. » etc enfin je les laisse. Moi je suis pas très directif pour leur dire « Faites ci, faites ça. ». Je leur lance des pistes, des perches, ils accrochent, ils accrochent pas. Si ils accrochent ben voilà, c'est lancé.

- ***M : Vous allez lancer toutes les pistes c'est ça et les laisser un peu choisir ou alors il va y avoir certains critères qui vont guider vos propositions ?***

- P13 : Oui oui, je lance un peu toutes les pistes et puis, enfin selon quand même je les

connais un peu, il y en a que je vais pas lancer.

– ***M : Selon quoi ?***

– P13 : Il y en a certains c'est pas la peine que je leur parle de méditation, sophrologie, de machin, ils comprendront pas les mots quoi.

– ***M : Par rapport à quoi justement vous allez choisir de parler d'une chose plutôt qu'une autre ?***

– P13 : Oh ben ça dépend, il y a des gens, quand je vois quelqu'un euh je sais pas euh qui fait attention à manger bio etc je sais pas trop quoi, je sais très bien que dans ses copains il y a des gens qui font de la méditation etc... Très souvent ils s'orientent vers un truc de reiki je sais pas trop quoi enfin les trucs à la mode. Ils me font faire des certificats pour aller faire du, de la danse je sais pas trop quoi, du reiki euh je sais pas quoi, enfin. Bon ben très bien, moi je laisse faire ça. Dès que je vois qu'ils sont un peu, pas borderline mais... un peu pas strictement dans les cases de la société, je me dis peut être la méditation ils accrocheront un peu, je sais pas trop quoi. Je leur lâche le mot mais, je le fais vraiment pas à tout le monde, c'est vraiment très ciblé.

– ***M : D'accord.***

– P13 : Très ciblé, parce que je les connais un peu. C'est rarement à la première consultation, ça va être après, plus tard quand ils en reparlent, quand je les connais mieux, et puis, mais c'est bien rare qu'entre temps ils aient pas trouver eux même.

– ***M : Donc c'est plutôt en deuxième intention ?***

– P13 : Oui, oui, oui ça va pas être tout de suite mais ça fait partie. Ou alors à la première consultation je leur dis « Prenez une boîte et après faudra voir si par hasard vous même vous pouvez pas influencer sur votre sommeil. ». Je leur laisse la porte ouverte sur le fait d'essayer de voir le problème un peu autrement qu'avec la boîte de médicament que je leur ai laissé.

– ***M : D'accord, d'accord... alors, en fonction des différentes choses que vous proposez quels sont les facteurs d'échec que vous avez pu identifier ? Ou au contraire les facteurs de réussite ?***

– P13 : Ben facteur d'échec c'est quand il y a une pathologie derrière et que le patient a du mal à accepter cette pathologie, qu'il veut pas la soigner. Moi pathologie je pense surtout aux problèmes en fait anxiété chronique euh dépression chronique ou justement cycliques avec des bouffées de, des bouffées de problème d'insomnie, qui ont en fait une signification, mais que le patient rejette la signification ou en tout cas n'envisage pas de le traiter. C'est là où j'essaie le discours de leur expliquer pourquoi les anxiolytiques, pourquoi les antidépresseurs, pourquoi ce serait utile, pourquoi on a fait des erreurs, et qu'effectivement on va essayer d'éviter le même genre d'erreur. Bref ben ceux là éventuellement, je leur propose parfois un suivi euh psychothérapeutique, soit par le biais d'un psychiatre. Je suis un peu embêté avec les psychiatres parce que c'est remboursé, donc ça c'est leur argument de choix. Mais les psychiatres ils ont pas le temps de s'en occuper et je suis pas bien certain qu'ils fassent de la bonne psychothérapie. Ils font de la psychothérapie dans certains cas pour les gens qu'ils ont identifié, comme pathologiques, avec pathologie psychiatrique ça c'est vrai. Mais pour les gens qui sont des hyper-anxieux chroniques sans pathologie

psychiatrique vraie avec conséquences importantes dans leur vie, bon ils vont pas aller se lancer dans une psychothérapie en règle si j'ose dire. Donc en gros ils sont assez déçus en général de la consultation, ils reviennent, ils ont peut-être une prescription, ils ont peut-être un machin, ou alors ils s'entendent dire « Oui bon ben reprenez un rendez-vous, on revoit ça dans un mois. ». Bon en gros ils sont pas très avancés quoi. Donc la psychiatrie avec son côté remboursé, qui moi m'arrangerait parce que les patients demandent toujours à ce que ce soit gratuit et remboursé. Bon je dis que ça m'arrangerait parce que j'ai l'impression qu'ils iraient peut-être plus. Euh donc je leur propose par contre éventuellement l'alternative du psychothérapeute. Alors là j'ai été très embêté pendant des années avec les psychothérapeutes parce que je savais pas ce qu'il s'y faisait dans les cabinets de psychothérapie. Et j'ai déchanté un peu avec certains qui revenaient en racontant des trucs où je me disais, mais c'est pas de la médecine qui se passe là, c'est des trucs bizarres. Ils allaient voir des coachs, des machins. C'était pas forcément une connerie mais, je sentais un peu un espèce d'embrigadement dans une espèce de norme de travail, de machin enfin. Des fois j'ai même vu des gens qui avaient des troubles et qui allaient voir le coach proposé par l'entreprise, donc quand j'entends ça et qu'ils me disent que c'est de la psychothérapie. Euh quand ils en ont vraiment besoin, je me dis qu'on s'embraye dans une fausse piste, ça m'inquiète un peu. Donc c'est pour ça les psychothérapeutes j'avais quand même un peu une inquiétude et puis euh y a pas très longtemps, donc j'ai quand même vécu euh quinze ans de médecine sans trop savoir ce que c'était la psychothérapie et ce qui s'y faisait hein. Et puis depuis un an à peu près, on a eu des formations entre nous médecins et on a mis ce sujet sur la table et on avait fait venir des psychothérapeutes, on a fait venir. Donc ça y est là on a un peu mieux clarifié les choses. J'ai des adresses de psychothérapeutes dont je sais qu'ils ne font pas n'importe quoi, j'explique aux gens que ça va être payant que voilà mais que pour traiter leur anxiété chronique c'est peut-être pas plus mal. Il faut peut-être qu'ils se lancent un peu là dedans et qu'ils y réfléchissent et puis euh.

- ***M : D'accord. Donc ça c'est plutôt quand il y a une anxiété chronique associée, que vous allez les adresser au psychothérapeute éventuellement ?***
- P13 : Oui oui et les médicaments je m'en méfie un petit peu parce que très souvent, on démarre des traitements d'anxiété chronique. Je leur explique que si on est vraiment dans un diagnostic d'anxiété chronique, le traitement il va être sur le long terme, sur peut-être des années, des années et des années. Et que une fois que le diagnostic va être posé, ça va peut-être être un antidépresseur, le traitement à plus petite dose, mais sûrement sur des années et chaque fois qu'on arrêtera, ça recommencera. Euh quand on est dans ce schéma-là, parce que très souvent ils prennent une boîte, deux boîtes et puis ils arrêtent. Ça c'est vraiment, on a beau leur expliquer ils essayent toujours. Ça commence toujours comme ça un traitement d'anxiété chronique. J'en connais pas qui d'emblée acceptent qu'ils vont prendre le traitement des années, donc ils le prennent et on les revoit quatre mois après « Ah ben non non j'ai pris le traitement. » et puis ils l'ont pas renouvelé, et puis ils reviennent avec les mêmes symptômes en fait. Donc je leur dis « Ben oui finalement on est revenu à la case départ, mais souvenez-vous, je voulais vous revoir, et puis on avait dit qu'on en reparlerait. Ah ben oui oui mais finalement ça allait mieux pendant que vous preniez le traitement et pendant les quinze jours qui ont suivi ça allait mieux et puis après ça c'est dégradé. ». Donc j'essaie de leur, de les relancer un peu là dedans ou sinon je demande un avis psy aussi. Y en a que j'envoie chez un psy pour avoir l'avis et savoir un peu ce qu'en pense le psy dans ces cas-là.
- ***M : Par rapport à l'anxiété ou l'insomnie ?***
- P13 : L'insomnie de ce que je pensais être révélateur d'une anxiété chronique hein. Pour moi je je, pour moi l'insomnie c'est toujours un symptôme, ça ne me paraît pas une maladie.

- ***M : Et est-ce que vous avez identifié***
- P13 : Quand c'est une maladie, c'est le neurologue, c'est plus moi.
- ***M : Oui d'accord. Et vous avez identifié d'autres facteurs d'échecs qu'une anxiété ou une dépression, enfin qu'une autre pathologie sous-jacente ?***
- P13 : Dépression, anxiété, d'autres cas où ça fonctionne pas euh...(souffle) ben pas trop non. Sauf si ils ont des médicaments, des machins, mais je fais le tri avant. Euh... non si ils ont une maladie je sais pas respiratoire, ou je sais pas trop quoi, dans l'absolu euh voilà ! Mais dans l'interrogatoire, j'ai exclu tout ça parce que je leur ai demandé quand même si ils étaient réveillés par des brûlures, si ils toussaient le matin. Enfin, si ils avaient, si ils ronflaient, si leurs femmes disaient qu'ils ronflaient. J'essaye de chercher d'autres choses oui.
- ***M : Oui toutes les pathologies organiques. Et du coup quand vous considérez, quand les patients reviennent se plaindre à vous, c'est là que vous disiez éventuellement parfois que vous proposiez de la relaxation, de la méditation pardon, ou de la sophrologie à certains patients. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous allez proposer?***
- P13 : Ah ben oui, de faire du sport ! Euh d'essayer euh, moi je leur explique ben que quand les muscles sont fatigués, la récupération est meilleure. Je leur explique souvent que leur trouble du sommeil c'est peut-être tout simplement une mauvaise récupération de la journée. Que la nuit c'est fait pour récupérer de la fatigue de la journée, donc effectivement si ils dorment mal, ils récupèrent mal, si ils récupèrent mal, ils accumulent. Au bout d'un moment il faut peut être effectivement quelques comprimés ça c'est le départ. Mais après quand ils reviennent et qu'ils sont toujours fatigués, qu'ils sont toujours je sais pas quoi, il doit bien y avoir une raison quoi ! Donc j'en reviens toujours à la raison. Pour moi je lâche pas ça, je lâche pas ça.
- ***M : D'accord, OK. Et***
- P13 : Les facteurs d'échec et ben c'est quand on a pas trouvé la bonne raison, alors on la recherche !
- ***M : D'accord et donc vous allez la rechercher comme vous disiez, de nouveau par l'interrogatoire ou alors éventuellement un avis neurologique ou un avis psychiatrique en fonction du contexte, c'est bien ça ?***
- P13 : Oui ça j'y arrive. Et puis des fois l'avis du cardiologue pour savoir si il y a pas une apnée du sommeil ou je sais pas trop quoi. Même je leur fais explorer le sommeil, ça arrive, en recherchant, si j'ai un doute, je recherche spécifiquement des apnées du sommeil. Si ils me décrivent des lâchages musculaires dans la journée, des endormissements brutaux, des machins, bon ben là, là pour le coup, mais on est plus dans le truc qui a pas de cause. La cause il suffit de les écouter, on a la cause quoi pratiquement.
- ***M : Oui. Autrement qu'est-ce que vous pensez des médecines alternatives autres que ce que vous avez pu me citer dans la prise en charge de ces insomnies où on ne retrouve pas de causes évidentes ?***
- P13 : Moi je le propose pas, mais le patient qui me dit « Ben je fais un peu d'acupuncture. »,

je leur dis « Très bien ! Pas de problème, zéro problème, surtout c'est exactement ce qu'il faut faire ». Ils me disent de l'homéopathie ben je leur dis « Écoutez moi je suis médecin, je peux vous en prescrire mais c'est pas mon truc donc non non non vous revoyez avec l'homéopathe pourquoi pas. ». Je suis un peu embêté parce que dans le coin y en a qui traite avec de l'homéopathie, qui font pleins d'autres trucs à côté qui sont complètement de la non médecine pour moi enfin bon, euh qui ont l'étiquette de médecin mais c'est, ça c'est des trucs qui m'embête un petit peu. En gros, on a pas tous le même discours, alors comme les gens ils écoutent et ils aiment bien aller vers le médecin qui dit ce qu'ils ont envie d'entendre, euh du coup celui qui dit ce que dit la médecine des fois, il est un peu pris pour un emmerdeur, un empêcheur de tourner en rond, parce que c'est pas ce qu'on a envie d'entendre. Ça, ça me gêne un peu. Si tout le monde avait un peu le même discours ce serait plus simple mais bon on refait pas le monde non plus hein.

- ***M : D'accord, donc vous n'orientez pas comme vous dites, mais si le patient vous en parle***
- P13 : Non je n'oriente pas, je ne donne pas d'adresse, je ne donne rien. Mais si ils veulent y aller ils y vont, je leur dis qu'au contraire c'est très bien. J'essaye aussi de les envoyer faire du sport, je leur dis « Écoutez il y a des tas de clubs de sport, il y a de la Zumba, il y a de la danse, il y a du Taï-chi, il y a du je sais pas trop quoi, faites faites ! ». Celui qui fait du Taï-chi, celui-là il aura le droit à la méditation, enfin un jour je lui proposerai. Taï-chi, méditation tout ça c'est très associé. Celui qui va, celui qui me raconte qu'il préfère acheter des plantes je sais pas quoi, et qu'il les achète au magasin bio ou à la pharmacie, des Arkogélules® ou des machins, celui-là un jour il aura la méditation. Bon il fait partie forcément de gens qui parlent entre eux de je sais pas trop quoi et dans le lot il y en a qui médite, il y en a qui vont chez Krishna. J'imagine ça comme ça moi, je vois ça avec mes gros sabots mais je me fais des classifications comme ça. Que je remets en cause par contre, si je vois que c'est pas ça.
- ***M : D'accord donc vous les encouragez dans leur démarche, mais vous vous en pensez quoi ?***
- P13 : Moi je pense qu'ils feraient mieux de s'occuper de leur anxiété chronique qu'il doit y avoir derrière, et il ferait bien d'accepter de la traiter parce que très souvent ils sont dans un refus de traiter ça justement par peur de dépendance du médicament. Et à côté de ça si on leur proposait une benzodiazépine à laquelle finalement ils seraient accroché à la fin, là ils seraient peut-être plus d'accord et puis on est quand même dans une société, un symptôme, un médicament. Ça, ça marche très très fort quand même, depuis trente ans que j'exerce j'entends ça, un symptôme, un médicament. « Un symptôme, un médicament docteur, je viens chercher le médicament de mon symptôme. D'ailleurs il faudrait me prescrire ça parce que j'ai ça. ». C'est toute la journée ça ! C'est... moi c'est le genre de fonctionnement que je refuse absolument. Pour moi un symptôme égal un médicament, euh non c'est clair ! Quand les gens me le demandent, je leur explique que c'est pas du tout automatique, que c'est pas comme ça que ça marche la médecine et que j'essaye plutôt d'avoir un diagnostic avant de donner un médicament. Alors un diagnostic, un médicament, là ils sont d'accord. Et puis je leur explique aussi qu'il faut faire une différence avec le mal-être et la mauvaise santé. Le mal-être, ben y a des tas de choses pour soigner le mal-être, y a des tas de trucs euh ésotériques, machin, on voit fleurir partout des gens qui s'occupent du mal-être euh pour que les gens aillent mieux, pour que voilà, donc on peut faire des massages, on peut aller aux UV, on peut aller au hammam, on peut partir en vacances, voilà tout ça c'est pour soigner le mal-être, mais le mal-être c'est pas forcément de la mauvaise santé. La mauvaise santé, il faut quand même qu'il y ait des éléments objectifs. Moi je m'occupe plutôt de la mauvaise santé. Le mal-être, voilà c'est eux qui voient comment gérer leur mal-être, j'ai pas à

intervenir là dedans, moi j'ai une frontière très nette. Quand on explique aux gens que finalement ils viennent avec des symptômes de mal-être, voir le médecin qui s'occupe de la mauvaise santé, moi mon boulot c'est de leur dire si ils sont en bonne santé ou pas, même si ils sont en mal-être. Mais par contre si ils sont en mal-être à eux d'essayer peut-être de comprendre pourquoi. Je peux peut-être les aider en discutant avec eux mais ça va être à eux de mettre la réponse, parce que moi j'ai pas de réponse au mal-être. J'ai une réponse peut-être à la mauvaise santé, mais au mal-être pas forcément. Et si c'est du mal-être là on attaque le problème différemment, et donc les médicaments sont pratiquement exclus, sauf si je fais un diagnostic de, d'anxiété chronique, de dépression, de je sais pas trop quoi enfin.

- ***M : Quand vous parliez d'antidépresseurs au départ c'était si il y avait une dépression sous-jacente c'est ça ?***
- P13 : Ou si il y a une anxiété chronique. L'antidépresseur je l'utilise pour l'anxiété chronique sans arrière pensée, mais là, il y a un gros travail d'explication parce que quand le patient sait que c'est un antidépresseur, il aime pas l'étiquette de dépressif hein c'est clair ou alors il faut bien lui expliquer ce que c'est que la dépression et pourquoi je lui mets cette étiquette.
- ***M : Très bien, très bien... alors simplement en revenant sur les médecines alternatives, si j'ai bien compris, si le patient vous en parle vous l'encouragez dans cette voie-là, et***
- P13 : Ah ben oui mais sauf si il me parle de l'ostéopathie, l'ostéopathie ça c'est un domaine que je connais donc quand un patient me dit qu'il va aller voir l'ostéopathe pour son sommeil, je lui dis « Attendez là il faut peut-être pas mélanger les choses. ». On peut faire tout et n'importe quoi avec les mots mais quand même pas l'ostéopathie, c'est un truc que je connais bien, c'est autre chose pour moi. Je leur explique, quelle est la définition pour le médecin de l'ostéopathie et là ça m'embête un peu, parce qu'il y a une définition pour le médecin et puis il y a une définition pour le non-médecin. Le non-médecin, non-kiné qui fait de l'ostéopathie crânienne pour traiter le sommeil, moi je veux bien mais là pour moi c'est ésotérique ça.
- ***M : Pour vous il y a pas d'indication de l'ostéopathie dans le traitement des troubles du sommeil ?***
- P13 : Ben non ce n'est pas une indication sauf si le patient en ressent un bien-être. Dans ce cas-là je lui explique qu'effectivement, peut-être que pour traiter son mal-être, peut-être que c'est ça, mais on est pas dans la mauvaise santé. En gros il m'a pas amené d'éléments qui m'expliquent qu'il est en mauvaise santé, donc j'ai pas de diagnostic à lui donner sur sa santé, sauf lui dire qu'il va bien, mais qu'il se plaint de voilà, de pas être voilà, de pas être en accord avec lui même. Peut-être qu'il y a quelque chose qui va pas derrière, que c'est pas identifié, mais voilà ! On peut peut-être essayer d'en parler pour essayer de l'identifier mieux mais. Alors souvent ils ont aussi un motif de, de, d'insomnie hein. Ils arrivent avec leur insomnie, et ils vous expliquent pourquoi. Bon ben là, on relativise un petit peu, est-ce que c'est vraiment de l'insomnie, est-ce que, qu'est-ce qu'il peut y avoir derrière quoi. Et puis je regarde toujours, je leur dis toujours « Attendez vous m'emmenez le motif, y a le motif qui est sur le devant », je schématise parce que c'est pas comme ça que je leur présente mais, y a le motif qui est sur le devant et puis y a peut-être dix motifs qui sont derrière et peut-être qu'ils sont plus importants, là, on va creuser un peu. Ils aiment bien ce genre de discours en général. En fait ils aiment bien venir parler, ils aiment bien être écoutés, là ils aiment bien ! Nous il faut qu'on ait le temps, ça c'est le béaba, or, bon là je vois bien que mon collègue est parti, je commence à avoir une pression avec plus de demandes de rendez-vous, de machin, pourtant je suis pas dans l'annuaire mais n'empêche que je sens que je vais avoir de plus en

plus de clientèle. A un moment donné, j'aurai peut-être plus le temps de le faire. Et peut-être que comme mes collègues, je ferai bon ben allez hop benzo et au suivant parce que j'en peux plus quoi ! À la fin de ma journée je suis fatigué hein quand même. Par contre j'ai entendu des histoire extraordinaires à peu près tous les jours. À les écouter on a quand même des histoires extraordinaires hein.

– ***M : Oui c'est important.***

– P13 : Ben c'est important, moi c'est ce que j'aime faire donc ça tombe bien ! Mais il faut avoir les moyens de le faire quoi. Et financièrement à la fin, mon comptable, il se demande si vraiment je fais les bonnes opérations quoi, parce que ça prend vraiment du temps.

– ***M : Oui, c'est sûr ! Bon et bien on va passer aux questions de présentation, quel âge vous avez, depuis combien de temps vous êtes installés ?***

– P13 : Ouh là quel âge j'ai... 59 ans. Je dois être installé depuis l'âge de 28 ans, donc ça ferait 31 ans, 30 ans. SOS 92 pendant 5 ans, des remplacements pendant 2 ou 3 ans et après ça je me suis installé ici. Alors il y a eu plusieurs cabinets, un premier cabinet où j'étais tout seul pendant euh 8 ans je crois et puis ensuite un cabinet ici où j'étais tout seul pendant 2-3 ans et puis là j'ai un associé qui est venu et l'association s'est arrêté il y a 3 semaines.

– ***M : OK. Est-ce que vous êtes maître de stage ?***

– P13 : J'ai été pendant 1 an mais... (*histoire perso*)... donc j'ai arrêté la maîtrise de stage et je l'ai pas reprise, comme c'est du temps, du machin, j'en ai un peu marre de tout ça en fait.

– ***M : D'accord. Sinon vous m'avez dit que vous faisiez de l'ostéopathie, quelle formation vous avez eu ?***

– P13 : ... (*histoire perso*)... j'ai été recontacté par des copains de SOS 92 qui eux avaient fait l'école de Bobigny à l'époque, et ensuite avaient monté une école d'ostéopathes médecins, qui était pas reconnue par l'état mais à l'époque, il y avait aucune école reconnue par l'état donc c'était pas un gros problème. Et qui ont fait fonctionné cette école-là, et puis quand je leur racontais les difficultés que j'avais pour m'occuper des épaules, quand j'envoyais au kiné que j'avais des problèmes d'épaule euh, de dos, des douleurs chroniques du dos, des machins. Ils me disaient « Ben nous on les traite et puis on a des succès. » donc ça m'a un peu tenté. J'ai fait les 3 années d'écoles... (*histoire perso*)... et puis après il a fallu valider le diplôme parce que comme c'était une école non reconnue, il a fallu passer un truc reconnu, donc j'ai passé un D.I.U. d'ostéopathie à Tours où j'ai bossé pendant 2 ans. Le D.I.U. c'était pas du tout la même chose que l'école d'ostéopathie, c'était plus rhumatologique, plus axé sur les diagnostics rhumato tout ça, donc à mon avis c'était très complémentaire mais ce n'était pas de l'ostéopathie. Moi j'avais plutôt des trucs qui étaient plus de l'ostéopathie que la rhumato donc à la fin ils m'ont filé le diplôme ça c'est bien passé, et puis je continue de le faire. J'en fais pas beaucoup mais je fais à peu près 10% de mes actes en ostéopathie, ce qui m'amène des douloureux chroniques, ce qui m'amène des gens qui finalement ont des pathologies anxieuses derrière, des pathologies psychiatriques derrière, psychologiques, dépressives euh. Et puis là quand on les manipule c'est du billard pour faire le diagnostic puisque vous manipulez quelqu'un qui est anxieux, dépressif, je sais pas trop quoi. On voit tout de suite comment réagissent ses muscles, comment il réagit lui même, comment voilà. Et là, en 2 minutes de temps on quitte le domaine de la douleur de cause rhumatologique pour passer à la douleur de cause peut être un peu psychologique et puis on parle quoi. Et là pour moi c'est un très très bon moyen d'avancer dans le diagnostic autre que

rhumatologique, quand les gens viennent me voir pour la douleur mais que c'est l'ostéopathe qu'ils veulent voir. Là c'est clair qu'on va avancer, là c'est sûr qu'il va se passer des choses. Et puis quand ils ont un petit blocage, un petit machin bon ben ça l'ostéopathie ça marche très bien, c'est pas difficile à faire.

– **M : Et donc vous l'utilisez pas du tout dans l'insomnie vous avez dit ? Il n'y a pas d'indication ?**

– P13 : Ah ben non ! Il y a zéro indication dans l'insomnie ça c'est archi clair. Bon sauf si ils me disent (*rires*) « Ben j'ai mal à la tête, j'ai des céphalées en lien avec un problème cervical ». Bon ça peut-être que j'essaye quand même, mais il faut vraiment que j'y vois un diagnostic rhumatologique à la clé quand même.

– **M : Vous avez d'autres formations en d'autres thérapies alternatives ?**

– P13 : Euh non non non, je m'intéresse pas mal aux addictions mais c'est plus par culture générale personnelle. J'ai pas envie d'avoir non plus des toxicos qui viennent me voir parce que une clientèle de toxicos vraiment ça me saoulerait. Mais bon les mécanismes de l'addictologie m'intéressent beaucoup. Là justement avec les benzodiazépines on touche un peu ces trucs-là, donc c'est pour ça que je suis vraiment très très, j'essaye de pas les rendre addict à ce genre de truc quoi c'est clair, je veux pas être responsable de ça !

– **M : D'accord. Et euh qu'est-ce que vous pensez de votre formation concernant les troubles du sommeil ?**

– P13 : Ah ben euh elle a été minimaliste, il y a 30 ans on en parlait à peine, sauf pour dire qu'il y avait des somnifères et puis qu' y avait des benzodiazépines et que il y avait des antidépresseurs. À part ça, on avait tout dit et rien dit, et on savait pas très bien les utiliser en plus. Alors après, on a appris que c'était vraiment une grande honte que de prescrire du Lexomil® à tout le monde, bon ben très bien, j'ai sûrement participé, à une époque j'en ai sûrement prescrits plus que j'en prescrirais. J'ai quand même toujours cherché des diagnostics derrière donc j'en ai jamais prescrits beaucoup, mais quand même sûrement beaucoup plus que maintenant, donc c'était une grande honte, euh vraiment les médecins étaient fautifs euh. Bon j'ai, je me suis dit oui on était sûrement fautifs mais on savait peut-être pas non plus. En même temps j'ai constaté que les psychiatres évoluaient sur leur façon d'utiliser les médicaments, je me suis dit après tout moi je suis qu'un simple généraliste, j'ai le droit d'évoluer aussi donc euh. J'ai écouté les psychiatres qui disaient qu'ils avaient d'autres définitions des médicaments, et dans les années 2000, oui un peu plus de 2000, il y en a un qui m'a expliqué comment ça fonctionnait. Donc une fois qu'il m'a expliqué où ils en étaient, j'ai eu l'impression d'avancer, et puis il y a 3-4 ans lors d'une de nos formations entre nous, on a invité un psychiatre pour qu'il nous parle de tout ça. Ah la clarté là ! Tout à coup il nous a expliqué ce que c'était que l'anxiété chronique, la dépression, les étiquettes mises sur les médicaments dans les années 70, et là tout à coup je me suis dit ben oui tout s'éclaire là maintenant que je sais ça ! C'est plus la même chose et du coup j'ai vraiment modifié mon exercice, ça c'est clair. Et depuis c'est sûr que j'en prescrits encore moins qu'avant, et j'en prescrivais pas beaucoup.

– **M : D'accord, d'accord.**

– P13 : Des benzo et des machins. Par contre les antidépresseurs j'en prescrits peut-être plus sans forcément envoyer au psychiatre et de façon sûrement plus dans l'anxiété chronique, qui à mon avis peut-être gérée par le généraliste si il a le temps. À condition peut-être qu'un

psychothérapeute s'en mêle de temps en temps, à condition que y ait peut-être d'autres choses qui, que ce soit pas trop mal surveillé quoi, que le patient accepte de revenir. Là, pour le coup je surveille un peu quoi.

– ***M : Et euh en revenant sur les troubles du sommeil, est-ce que vous avez eu d'autres formations sur ce sujet après la fac ? Est-ce que vous avez eu des formations complémentaires ?***

– P13 : Ben sur le sommeil spécifiquement non, par contre sur l'anxiété et sur la dépression. Sur l'anxiété chronique oui, la douleur chronique oui. Avec le diplôme d'ostéopathie, le D.I.U. d'ostéopathie là pour le coup ça a beaucoup fait évoluer les choses quand même, mais c'est, et puis toutes les problématiques de harcèlement au travail, machin, alors là on est envahi de ça. Je me dis de temps en temps heureusement que je connais ce type de pathologie parce qu'il y a 30 ans je connaissais pas, il y a 20 ans je connaissais pas et puis il y a 15 ans quand je me suis mis à le connaître, c'était un peu avant les années 2000. Euh là euh j'ai découvert un monde là quand même hein. Je me dis si de nos jours y a un médecin qui connaît pas ça, évidemment qu'il doit passer à côté de pleins de trucs quoi parce que c'est pas possible de pas connaître hein, enfin voilà.

– ***M : Très bien***

– P13 : Et d'un autre côté quand j'ai des patients qui viennent me voir et quand j'ai un parcours médical, mais je me dis est-ce qu'il a croisé des médecins qui connaissent ça. Parce que des fois le diagnostic il est tellement évident que il y a quelque chose de cet ordre-là derrière que, c'est évident pour moi, que je me dis mais je comprends pas, qu'il ait vu autant de médecin et qu'il ait pas approché ce diagnostic. Alors soit il a pas voulu, et puis vraiment il refuse et puis il va refuser encore, soit quand on lui en parle euh des fois en quelques minutes le patient vous dit « Ben oui oui c'est exactement ça ! ». Alors dans ce cas-là, c'est pareil, j'ai un livre, « Vous devriez lire tel livre, moi je peux pas dire ce que vous avez, j'en sais rien du tout. Peut-être que dans le livre vous reconnaîtrez des éléments et puis qu'on pourra en reparler » et puis voilà. C'est un livre sur le harcèlement hein, l'un des premiers bouquins sur le harcèlement hein qui a été un peu rendu public là de *Marie-France Hirigoyen*. « Le harcèlement moral au travail » si c'est au travail ou « Le harcèlement au quotidien » ou je sais pas trop quoi si c'est un problème familial et puis voilà. Je leur fais lire le bouquin et puis je leur dis « Ben peut-être que vous reconnaîtrez des éléments de votre vie et puis voilà on peut en reparler. Et puis si vous avez l'impression que, ben peut-être qu'on pourrait baptiser ça harcèlement » surtout si eux ont prononcé le mot harcèlement hein quand même. Parce que sinon moi je le prononce pas comme ça, j'ai bien trop peur qu'ils s'engouffrent dans la brèche et qu'après on en sorte plus.

– ***M : Oui c'est sûr.***

– P13 : Je les laisse venir un peu et puis, il y en a pas beaucoup qui achète le bouquin mais y en a ! Et puis quand y en a des fois, qu'ils reviennent et qu'ils me disent « J'aurai pu l'écrire ! » là je me dis bon ben ça va, on a du à peu près bien ciblé le truc quoi.

– ***M : Vous avez autre chose à rajouter sur le sujet de l'insomnie chronique ? (silence) Quelque chose que vous avez envie de dire, que l'on a pas abordé ?***

– P13 : Euh je sais pas non j'ai l'impression d'avoir beaucoup causé (*rires*) je sais pas.

– ***M : Juste, qu'est-ce que vous pensez de l'hypnose, de la phytothérapie etc dans ces***

indications ?

- P13 : Si ça c'est des choses euh si les patients veulent utiliser ben ils utilisent. Moi je leur propose. L'hypnose moi je mets ça un petit peu comme la méditation. Euh mais j'ai un petit peu peur que ce soit mal utilisé aussi, parce que des maîtres hypnose euh, j'ai croisé des pancartes dans la rue avec marqué « Maître hypnose » en grand je sais pas trop quoi, ça me fait doucement rigolé, et surtout je me dis que ça m'inquiète un peu parce que je sais pas ce qu'il y a derrière. Donc moi médecin, envoyer un truc où je sais pas ce qu'il y a derrière ça m'embête. Par contre si il y avait hypnose médicale avec une étiquette hypnose médicale, mais je me méfie parce que j'ai connu un, un, pas un hypnotiseur médical mais un médecin qui faisait de l'hypnose et qui était même reconnu dans le domaine et qui pour moi était un, un charlatan, donc ça m'embête un peu ça. Ça m'embête un peu parce que j'avais aucun, j'avais plutôt un mauvais contact avec ce médecin-là et il était reconnu maître hypnotiseur je sais pas trop quoi, enseignant en hypnose, je me suis dit là il y a un truc là. Mais d'un autre côté, pour moi bien utilisé, comme peut l'être la méditation que le patient s'approprie et non pas qui dirigée derrière un, un fil conducteur spirituel, euh pour moi bien utilisé l'hypnose je vois vraiment pas pourquoi ça marcherait pas, au contraire ! Ça serait sûrement une très bonne indication, mais pour la mettre en pratique là je suis embêté là. Et comme moi même je ne fais pas d'hypnose, j'ai pas très envie d'en faire, parce que on peut pas tout faire et puis ça me branche pas tant que ça. Euh, je vais pas le faire quoi ! Mais par contre si je savais le faire, peut-être que moi je l'utiliserai beaucoup oui possible mais bon c'est pas mon truc... La phytothérapie je dis aux gens « Débrouillez vous. ». Souvent ils arrivent et, mais en fait quand on les interroge ils ont déjà, ils mangent des Arkogélules® des machins, ils ont vu avec le pharmacien, la tisane, le dort-bien, le machin, le dort-plus, voilà, le sans-stress, l'Aubépine euh l'Aloé-véra, on entend de tout là ! Les huiles essentielles, bon d'accord très bien. C'est pas que je sois contre mais, si ça leur fait du bien très bien mais pour moi ils traitent leur bien-être avec ça. Et si ils me disent que ça va pas mal quand ils le prennent, j'essaye de leur expliquer qu'ils sont dans le mal-être et puis que là ils ont fait un effort pour aller vers le bien-être et qu'il y en a peut-être d'autres choses à faire justement, un peu de sport, un peu de machin, un peu de trucs et qu'ils ont bien raison, et que faire attention à leur alimentation, leurs horaires de coucher, leurs machin euh etc ça c'est le bien-être tout ça et il faut vraiment qu'ils travaillent dans ce sens-là. Et qu'à un moment donné d'ailleurs ils s'apercevront ils auront peut-être pas besoin de continuer leur tisane, leur machin mais si ça leur fait plaisir le soir, surtout au contraire, justement ça fait partie d'un rituel d'endormissement que j'essaye de leur installer ou que je leur demande d'essayer d'installer eux mêmes, si ils y mettent leur petite infusion, ça marche très bien. Le pisse-mémé là ils peuvent y aller là comme ils veulent, il y a zéro problème. Moi même vous m'en proposez le soir, même si je dors pas bien, je vais pas en prendre parce que je m'en fiche complètement de pas bien dormir, ça ne me gêne pas, de pas bien dormir. D'entendre les ronflements de mon conjoint, ça ne me gêne pas. Quand il y a des gens qui viennent se plaindre du ronflement du conjoint, je leur dis « Mais vous devriez être tellement heureux de l'entendre bien dormir comme ça, ça devrait vous contenter en fait ! ». Alors là évidemment, mais après on arrive sur le bien-être, on arrive à ouvrir la discussion sur autre chose. Mais quand j'entends la femme se plaindre du ronflement de son mari, et que je lui explique « Ben écoutez votre mari, d'abord il peut pas l'empêcher son ronflement donc on va essayer de voir si on peut y faire quelque chose mais le fait de l'entendre ronfler ça vous fait pas plaisir ? Le fait de savoir qu'il dort tellement bien ? Vous l'entendez ronfler, il est bien, il est, vous devriez en tirer un bénéfice au lieu de vous en plaindre. ». Euh là je sens que je touche quelque chose d'un peu sensible (*rires*) mais voilà, après quand ils en sont à dormir dans la chambre d'à côté euh, là effectivement je considère, alors là des fois, je donne un peu de benzodiazépines à la conjointe oui pour la calmer un peu. Mais du coup c'est peut-être la conjointe que je vais soigner, c'est pas le conjoint avec son ronflement. Lui je l'envoie voir le

stomato, je l'envoie voir l'ORL, je l'envoie voir je sais pas quoi. Très souvent en tout cas, les techniques récentes je sais pas, mais les techniques anciennes quand il a vu l'ORL, qu'il revient et qu'il ronfle toujours et qu'en plus de ça il a les amygdales en moins, il a quand même souffert pas mal, ça m'embête un peu quoi. Maintenant il y a des techniques plus modernes effectivement, donc là je demande quand même toujours les avis des ORL, et je fais toujours ce qu'ils disent de faire. Mais par contre j'envoie aussi au stomato et j'ai lu qu'il y avait des tas de possibilités stomato, des nouvelles possibilités chez les stomatologistes de traiter, la position de la mâchoire pour éviter les ronflements.

– ***M : Oui les avancées mandibulaires ?***

– P13 : Oui, enfin non reculer au contraire la mâchoire pour faire repousser un peu le voile du palais et laisser la passage ou je sais pas quoi et donc je sais qu'il y a ça mais par contre je connais pas beaucoup de stomato qui le mettent en pratique parce que quand on les envoie en consultation d'abord on a un délai de, effroyablement long enfin bref.

– ***M : Vous avez les maxillo-faciaux qui doivent faire ça aussi.***

(histoire perso)

– P13 : Ah oui je connais pas bien ça. C'est pour ça que je me dis, si vraiment je bute, ce sera le neurologue, le neurologue enverra là quoi parce que il loupera pas ça quand même normalement. C'est pour ça que je me laisse toujours le neurologue à la fin, ou le neuropsychiatre, ou la consultation du sommeil, parce qu'il y en a quelques uns quand même qui vont faire des enregistrements du sommeil parmi mes patients. J'en ai en a pas beaucoup mais il y en a quelques uns qui y vont. Alors après qu'est-ce qu'ils deviennent ? Je les suis pas toujours, je suis pas toujours le truc.

– ***M : Vous n'avez pas toujours de retour?***

– P13 : Si en général j'ai des retours. Si il y a une lettre j'ai des retours, si il y a pas de lettres, j'ai pas de retours. Les patients des fois ils y vont longtemps après hein. Et puis longtemps après, je veux dire que des fois ils m'en parlent plus pendant 1 an, 2 ans et puis après ils vont à la consultation et puis j'ai pas forcément de retour j'en sais rien. Ou j'ai des retours mais j'ai des retours indirects.

– ***M : OK.***

– P13 : Mais y a assez peu de pathologies réelles moi dans ma clientèle. J'en ai très peu de pathologies réelles du sommeil étiquetées pathologie primitive du sommeil j'en ai pas.

– ***M : Enfin quand je vous disais primitive c'est plutôt dans le sens, des gens qui dorment mal de façon chronique mais chez qui il n'y a pas de grosse pathologie traitable derrière.***

– P13 : Oui. On a pas parlé de l'enfant, des parasomnies et des liens parents-enfants qui à mon avis sont une grosse cause dans tout ça, bon à part ça, mais là c'est pareil y a pas trop de place pour les médicaments, enfin je crois pas.

– M : Oui moi je ciblais plutôt les adultes effectivement. L'enfant c'est un cas bien spécifique.

Entretien 14

- ***M : La dernière fois qu'un de tes patients s'est plaint d'insomnie chronique, sans qu'il y ait d'étiologie organique évidente, qu'est-ce que tu lui as proposé toi comme prise en charge initiale ?***
- P14 : Euh... en premier lieu plutôt un anxiolytique.
- ***M : D'accord.***
- P14 : Euh famille Temesta®, voire Xanax®, en considérant qu'il y a peut-être une petite partie anxiogène, que ça puisse aider, comment dire, à se détendre un petit peu avant de dormir quoi. Voilà, sur une phase d'essai de 15 jours, 1 mois pour voir comment il réagit à ça, et si effectivement ça lui permet un petit peu de se relâcher un peu avant de s'endormir quoi, voilà.
- ***M : D'accord. Et si tu souhaites éviter une prescription d'hypnotiques ou de benzodiazépines, qu'est-ce que tu***
- P14 : Oh ben ça peut-être des petits anxiolytiques légers type Euphytose®, Spasmine®, ça aussi quoi selon le contexte.
- ***M : D'accord.***
- P14 : Après souvent ouais on tombe sur les hypnotiques stricts quoi, quand il y a vraiment un problème d'endormissement qui soit anxiogène ou pas. C'est l'autre hypothèse quoi, l'autre alternative. Et puis après dans un deuxième temps euh effectivement si on a une persistance du truc et que l'anxiolytique n'améliore pas la situation et avant de tomber dans des anxio, euh dans des hypnotiques plus chroniques quoi, moi j'essaye aussi la *Mélatonine* des fois. Mais ça dépend un peu du contexte du patient, quoi.
- ***M : Oui alors dis moi un peu en fonction de quel contexte tu vas choisir ça ?***
- P14 : Il faut qu'il y ait quand même, comment dire, euh une réponse du patient, qu'il soit sensible à ça. Qu'il ait vraiment une désynchronisation des horaires de sommeil. Ça, c'est les gens qui arrivent pas à s'endormir, qui s'endorment en fin de nuit etc... Et éventuellement aussi les gens qui ont des horaires alternés, tu sais 2/8, 3/8. Ça peut marcher aussi, parce que c'est là dessus que ça marche hein la *Mélatonine* ! Donc on peut essayer ça quoi.
- ***M : D'accord, chez ce genre de patients, soit qui sont désynchronisés, soit qui ont...***
- P14 : Ben qui ont des alternances de veille-sommeil irrégulières quoi, ça revient à la désynchronisation quoi finalement.
- ***M : Et en pratique, comment tu prescris ça ?***
- P14 : Euh la *Mélatonine*, c'est 2 mg par jour, alors c'est un principe de préparation officinal pour que ce soit remboursé et pour que ce soit à ce dosage-là, et puis euh voilà tu prescris ça sur 28 jours, à renouveler.
- ***M : D'accord.***

- P14 : Alors plus ou moins les pharmaciens le font dans les officines locales ou sous-traitent hein maintenant, mais voilà c'est comme ça que ça se prescrit. C'est en une prise par jour, c'est 1 comprimé le soir en général. Ça stabilise un peu ces désynchronisations de sommeil, c'est un petit peu voilà. Ça permet d'atterrir gentiment sans utiliser de trucs trop, trop actifs tout de suite.
- ***M : D'accord. Et ça tu disais, c'est plutôt en deuxième intention c'est ça?***
- P14 : Ouais. Ben il faut un peu voir si il y a pas un petit contexte anxio-gène en aiguë, un stress machin. Bon après si effectivement c'est des gens qui depuis longtemps qui vont consulter pour des troubles du sommeil, au sens vraiment où ils sont en veille tard le soir, qu'ils arrivent pas à s'endormir vraiment etc, ouais il faut essayer ça, ça marche des fois. En tout cas ça améliore, ça c'est sûr! Est-ce que ça permet un sommeil plein et entier je dirais de façon automatique et systématique c'est moins sûr, ça permet un petit peu de, d'atténuer les variantes si tu veux dans le rythme de sommeil quoi, si il y a des gros pics où ils dorment pas, ils sont décalés, c'est un peu plus facile. Bon ce qui n'empêche que de temps en temps ils sont quand même obligés de prendre un petit complément type hypnotique pour vraiment induire le sommeil mais à des petites doses sur une période courte et pas sur du chronique comme on peut le faire avec le *Zolpidem*, le *Zopiclone*. On peut, on peut proposer ça pour éviter les trucs un peu plus costauds, quoi.
- ***M : OK. Alors je reviens sur ce que tu disais en première intention tu aurais plutôt tendance à donner quelque chose pour l'anxiété c'est ça donc soit***
- P14 : Ouais. Ben souvent c'est ça hein un trouble du sommeil initial, c'est les gens qui arrivent pas à se relâcher le soir.
- ***M : Oui. Est-ce que tu proposes autre chose que les benzo, que la phytothérapie ?***
- P14 : Non.
- ***M : D'accord, ça va être les deux choses que tu vas proposer essentiellement ?***
- P14 : Oui.
- ***M : Et comment tu vas faire ton choix entre les deux ?***
- P14 : Ben si c'est vraiment un contexte anxieux très léger tu vois, un étudiant un peu speed le soir, qui a un peu le stress du lendemain, tu mets une petite phytothérapie, Aubépine, Valériane etc, ce qu'il y a dans la Spasmine® et dans les Euphtyose® et compagnie. Si c'est des gens qui ont un stress un petit peu plus marqué, ou un peu plus résistant, moi je mettrai une petite benzodiazépine type du Temesta® 1 mg, ou des petites choses vraiment ponctuelles quoi histoire qu'ils se relâchent vraiment légèrement. Que ça fasse pas tout le cycle du sommeil, mais au moins qu'ils aient une initiation de sommeil plus facile quoi, qu'ils cherchent pas le sommeil pendant des heures.
- ***M : OK, et ça tu vas le prescrire sur combien de temps ?***
- P14 : 1 mois, tu fais 1 mois et puis après il faut voir.

- ***M : D'accord, 1 mois pour les deux options ?***
- P14 : Je fais 28 jours ouais et après on réévalue la situation. Parce que dans les deux cas de figure, soit ça marche, donc très bien on en reste là. Soit ça marche pas et faut essayer soit de savoir le pourquoi ça marche pas, parce que le contexte psychologique est peut-être pas le bon hein, on peut s'être trompé dès le départ. Soit parce que y a d'autres causes, d'où dérèglement des horaires de sommeil, d'où horaires de travail décalés, d'où ... peut-être qu'il faut modifier certaines choses quoi tu vois. Ça peut être aussi, un trouble du sommeil, c'est aussi parfois un pied d'accès des patients sur des troubles psychologiques euh... plus profond si on peut dire donc euh, ils commencent par ça et après ils disent « Oui mais », il y a autre chose derrière quoi. Forcément si c'est pas sur la bonne piste d'hypothèse étiologique, si on prend le problème, donc déjà tu mets un mois et puis après on voit ce que ça donne et on y réfléchit quoi. Enfin à mon sens il faut pas faire plus d'un mois parce que après on sait pas du tout comment ça évolue, et on peut aussi s'enkyster dans une mauvaise piste. Tu vois se mettre sur un truc qui est pas le bon et puis finalement pas voir d'amélioration quoi. Voilà.
- ***M : OK, et du coup tu les revois en systématique au bout d'un mois, ou tu leur laisses le choix ?***
- P14 : Je leur laisse le choix, je leur donne que un mois de traitement. Si ils jugent que c'est efficace et qu'ils en ont encore besoin, ben on en reparle ou pas. Si ils jugent que c'est pas efficace, soit on se revoit avant, ou on fait autre chose, enfin voilà quoi. C'est eux qui... je leur dis « Si ça va pas au bout d'un moment on en reparle. ».
- ***M : Ok très bien. Et quand tu disais « Quand ça va mieux, on en reste là », ça veut dire que tu represcris pas ?***
- P14 : Pas forcément si eux ils ont retrouvés leur système de sommeil normal, ben voilà. Si ça va mieux et que ça leur apporte un certain confort, ben on peut en represcrire un peu ponctuellement. La Spasmine® ou autre, ça passe tout seul, le Temesta® faut réfléchir. C'est pas un truc que tu vas mettre non plus...ou alors à ce moment-là tu donnes des hypnotiques et puis tu te poses pas de questions (*rires*). Donc voilà !
- ***M : Très bien. Est-ce que t'as des méthodes d'évaluation de la solution que tu proposes ?***
- P14 : Ben non parce que c'est surtout sur le ressenti du patient.

(silence)

- ***M : Ouais, par l'interrogatoire ?***
- P14 : Ben oui. Alors après la problématique c'est que tout un chacun auto-évalue son propre, sa propre qualité de sommeil tu vois. Donc t'as des gens qui dorment 8 heures non-stop qui disent « Ah j'ai mal dormi ! » parce qu'ils ont plus ou moins été agités pendant le sommeil et puis t'en as d'autres, ils dorment 5 heures, ils disent « J'ai super bien dormi, tout va bien ! ». Donc c'est toujours très dépendant de l'avis du patient, c'est difficile de contredire son ressenti tu vois (*rires*) même si il dort 8 heures et qu'il a pas bien dormi. Voilà c'est un peu comme la douleur quoi, si t'as mal t'as mal quoi ! Des fois euh elle est plus ou moins projetée cette douleur. Donc c'est pas toujours évident à interpréter.
- ***M : D'accord, donc quand tu les revois tu les interrogés sur leur ressenti ?***

- P14 : Ben oui je leur demande quelle était l'efficacité de tout ça.
- **M : K. Et qu'est-ce qui définit pour toi l'échec ou le succès de ce que t'as pu proposer ?**
- P14 : Et ben donc le ressenti du patient. Si lui il juge, que ses critères, ses critères d'endormissement sont satisfaisants c'est-à-dire qu'il s'endort vite, relativement vite et confortablement c'est que c'est pas mal quoi. Si la nuit est relativement reposante, c'est que ça a répondu à sa demande. Après à l'évidence, si il dit « Ben non j'ai pas trop bien dormi. » ou « J'ai quand même mis du temps à m'endormir. » ou « Ça suffit pas votre anxiolytique, j'ai pas été assez », voilà bon faut réévaluer mais il y a quand même des gens qui disent qu'avec 2 Temesta® et 3 Zolpidem, ils dorment pas, faut essayer de leur dire que c'est pas la peine non plus de surcharger, qu'il doit y avoir autre chose ailleurs ou que leur qualité de sommeil est pas si mauvaise que ça. Ou alors après ça peut être des bilans d'autres trucs hein, les ronflements, jambes sans repos des trucs comme ça hein ! Faut laisser la porte ouverte, c'est pas forcément...
- **M : Oui c'est pas parce qu'au départ...**
- P14 : Ben parce que ils l'ont pas forcément exprimés non plus hein. On est toujours dépendant de ce qu'ils disent (*rires*). Si ils donnent pas les bonnes infos, tu peux pas apporter une réponse cohérente quoi !
- **M : Tout à fait. Et du coup quand tu considères que ce que tu as proposé en première intention, donc ça a pas marché, comment tu procèdes par la suite ? Alors tu m'as déjà dit la Mélatonine éventuellement, est-ce qu'il y a d'autres choses que tu proposes en deuxième intention ?**
- P14 : Ben les hypnotiques, euh le Stilnox® et le Zolpidem.
- **M : D'accord, que tu vas proposer dans quels cas ?**
- P 14 : Ben si c'est plutôt un trouble de l'endormissement, tu vois si les gens ont du mal à trouver le sommeil. Si ils te disent ou voilà, je suis endormi très très légèrement, au moindre bruit je me réveille, tu peux taper là dessus. Si c'est plutôt une agitation nocturne, des réveils nocturnes ou un sommeil pas assez profond, bon on pourra plutôt travailler sur un... anxiolytique enfin une benzodiazépine.
- **M : D'accord, donc si tu as commencé par une benzo, tu changeras de benzo ?**
- P14 : Non parce que si une benzo marche pas euh c'est pas une autre benzo qui fera meilleur effet. Et déjà quand t'es à 1 mg de Temesta® euh normalement ça te relaxe. Bon après il y a d'autres trucs. Tu peux proposer éventuellement des trucs qui sont pas vraiment benzodiazépines non plus en traitement court, type des décontractants musculaires ou des choses comme ça quoi.
- **M : D'accord. Type ?**
- P14 : Dans le relâchement tu vois, type *Thiocolchicoside*... des trucs comme ça quoi, qui sont en fait une sous-famille des benzodiazépines, mais voilà.

- ***M : D'accord. Et par contre si tu trouves que la phytothérapie a pas été assez efficace, c'est là que tu vas passer aux benzo quoi plutôt ?***
- P14 : Ou aux hypnotiques si, si ils expriment plutôt une difficulté d'endormissement, c'est le principe de l'hypnotique, troubles du sommeil enfin un inducteur du sommeil, voilà !
- ***M : Ça marche, très bien. Du coup je reviens juste sur la Mélatonine, tu m'as dit quand tu pars sur la Mélatonine, tu la prescris pendant 1 mois aussi ?***
- P14 : 3 mois, c'est 3 mois minimum ouais sinon ça marche pas.
- ***M : Et tu réévalues ?***
- P14 : Au bout de 3 mois ouais. Il faut faire des ordonnances de 3 mois, tu peux faire 1 mois, renouvelable hein pour voir si il le tolère. Mais je prescris au minimum 3 mois pour avoir un bon retour. J'ai des patients qui en prennent depuis 2 ans, 3 ans.
- ***M : D'accord. Donc on peut la renouveler sans problèmes si ça se passe bien quoi ?***
- P14 : Ah oui oui. Ce qui leur évite de prendre des anxio ou des hypnotiques quoi.
- ***M : Et donc tu as constaté une certaine efficacité quoi ?***
- P14 : Ouais c'est pas mal ! C'est pareil hein, ça dépend vraiment de ton évaluation, du trouble du patient, tu sais. C'est typiquement aussi les gens qui ont des difficultés de dépressions saisonnières. Les gens sensibles à la lumière, les problèmes de synchronisation euh veille-sommeil etc... Ça ça marche pas mal aussi avec eux quoi.
- ***M : Ok, donc même si ils ont pas de troubles de synchronisation du sommeil mais qu'ils ont tendance à faire des dépressions saisonnières ?***
- P14 Ça peut être un indicateur oui, mais bon après c'est vachement dépendant de chaque individu. Ou des fois tu peux tenter un peu pour voir ce que ça donne, parce que de toute façon c'est que de la *Mélatonine*, donc ça va pas aller loin. C'est un peu considéré comme un complément alimentaire sous certaines doses, donc tu peux essayer pendant 2 mois voir ce que ça donne, ça peut pas faire de mal (*rires*) chez un gars qui a du mal à dormir. Après voilà hein, ça n'est que ça, donc voilà !
- ***M : Très bien, sinon qu'est-ce que tu***
- P14 : Mais c'est quand même très socio-culturel hein cette histoire de sommeil. T'as des gens qui dorment 8-9 heures et qui sont insatisfaits, t'as des gens qui en dorment 5-6 et pour eux, tout va bien quoi ! Donc après recevoir, entendre la plainte « Je dors mal » c'est vachement opératoire dépendant quoi, enfin patient dépendant. Et est-ce vraiment une plainte qu'on peut vraiment médicaliser systématiquement ? Parce qu'après tu peux très bien dire aux gens « Ben non vous dormez 8 heures, tout va bien, on fera pas mieux. Détendez vous, allez faire du sport, de la marche ou autre chose. ». Ça peut être la réponse aussi!
- ***M : Oui est-ce que parfois c'est ce que tu fais ?***
- P14 : Ben parfois il y a une non-médicalisation du truc. On leur dit « Vous dormez 8 heures

vous avez 80 ans qu'est-ce que vous voulez que je fasse de plus ! ». Ça peut être un moyen de réponse aussi à cette question-là. T'as pas forcément le médicament pour le sommeil quoi ! Donc voilà.

- **M : Et dans ces cas-là, tu leur dis, tu leur expliques ?**
- P14 : Ben je leur explique que dormir, je sais pas 8 heures ou 7 heures c'est très très bien. Voilà t'as des gens qui disent « Je dors mal docteur » et qui me disent qu'ils font une sieste d'1 heure 30 tous les jours (rires) « Ben on va peut-être revoir un peu les choses, se réveiller plus tôt l'après-midi et se coucher moins tard ou... ».
- **M : Et y a d'autres choses justement que tu vas proposer dans ce contexte-là ? Ou des pûts conseils que tu vas donner ?**
- P14 : Ben ça euh ouais, le rythme de sommeil c'est important surtout chez des gens qui ont des trucs, des rythmes de travail un peu hachés. Euh et puis ben effectivement quel est leur sommeil quoi, qu'est-ce qu'ils appellent dormir, bien dormir, euh voilà quoi, si t'as un concubin qu'il ronfle comme pas permis, tu peux peut-être traiter le concubin d'abord aussi (rires), la concubine ou voilà quoi. Euh si si, je sais pas, si t'es dans un logement bruyant, une colocation, machin je sais pas quoi y a tout un tas de facteurs extérieurs qui sont pas forcément liés à une psychopathologie ou à une pathologie tout court hein ! Donc après euh voilà ! Après en milieu collectif, comme tu sais dans les maisons de retraite, il y a pleins de trucs hein où on vraiment, ils déroutent avec des *Zolpidem* tous les soirs mais euh, un *Zolpidem* entier à une personne de 80-90 ans, quand tu penses au temps d'élimination et à la fonction rénale (rires), à mon avis c'est là où on peut peut être envisager les choses type en leur faisant faire plus d'activités la journée. Et puis aussi ces personnes-là elles ont peut-être aussi des sommeils plus hachés effectivement mais qui correspondent bien à leur rythme physiologique à elles, à eux donc euh. Est-ce qu'il y a vraiment une réponse médicamenteuse à apporter quoi ? C'est ça la vraie question ?
- **M : Oui.**
- P14 : À mon sens on en prescrit beaucoup trop, des hypnotiques, c'est clair.
- **M : Donc parfois ça t'arrive de pas en prescrire dans ce sens-là du coup ?**
- P14 : Ah oui, ben oui, surtout chez la personne âgée, je suis super vigilant chez la personne âgée. C'est quand même super dangereux de prescrire un hypnotique à une personne âgée qui peut se relever la nuit tu sais qui est un peu... tout le pataquès quoi, elle se réveille en pleine nuit, boum fracture du col du fémur.
- **M : Mmm c'est sûr !**
- P14 : Embolie pulmonaire tout ça pour un *Zolpidem*. Mais oui je suis sûr que, enfin à mon avis hein si on dérembourse le *Zolpidem* ou le *Stilnox*®, on en prescrit plus en 48h, on en sort plus hein. C'est fini. Je sais pas, non t'as pas l'impression ?
- **M : Oui si si ça joue certainement.**
- P14 : Cette espèce de qualité de vie tu sais, je veux bien dormir, je veux pas me poser de question euh. J'ai du cholestérol je m'en fous je prends un comprimé contre le cholestérol.

Je peux pas dormir, je m'en fous, je prends un truc pour dormir !

- **M : *Oui oui une médicalisation du truc. Et puis comme tu dis c'est remboursé.***
- P14 : C'est remboursé ! Est-ce que c'est vraiment une plainte si tu veux que la société doit entendre, au sens où t'as une responsabilité de prescription ? C'est pas évident. Parce que bien souvent dans ce sens tu devrais pouvoir de temps en temps dire « Ben non votre sommeil il est bien, ayez une bonne hygiène de vie, mangez moins gras le soir, regardez moins de bêtises à la télé (*rires*) » et puis voilà quoi ! Enfin, on fait ce qu'on peut !
- **M : *Oui ! Et qu'est-ce que tu penses toi sinon des médecines alternatives dans la prise en charge de l'insomnie ?***
- P14 : Pourquoi pas ! Pourquoi pas mais euh après il faut savoir sur quoi se base cette médecine alternative. Tu veux dire quoi, acupuncture, homéopathie, etc ?
- **M : *Oui par exemple.***
- P14 : Pourquoi pas ! De toute façon ça a pas d'interaction avec les, les médecines ou les traitements allopathiques. Donc peu importe. Moi j'ai aussi des patients qui sont traités par oui, par homéopathie, par acupuncture. Qui avaient des troubles du sommeil anciens. Mais après bon ça fonctionne aussi soit sur des troubles du rythme, du rythme de sommeil pardon, soit sur des contextes anxieux tu vois !
- **M : *D'accord. Pour toi c'est surtout dans ces contextes-là que ça peut marcher ?***
- P14 : Ben je pense quand même ouais. Mais après pourquoi pas hein, si
- **M : *Et toi tu vas adresser ?***
- P14 : Ouais moi ça me gêne pas hein !
- **M : *Si le patient te demande ?***
- P14 : Non mais si il m'en parle, tu vois si je sens qu'ils sont un peu branchés, ou qu'ils sont pas pour la prescription de benzodiazépines ou truc comme ça. Ou ils te disent « Ouais je veux un truc pas fort. ». Bon soit tu testes avec un peu d'Euphytose® ou de machin, et puis si tu vois que c'est un peu court et ben pourquoi pas l'homéo, enfin qui reviendra à l'Euphytose® d'ailleurs, euh l'acupuncture aussi. Je leur donne les coordonnées de certains confrères autres qui font de l'acupuncture ou des choses. Y a des gens qui travaillent bien hein ! En acu et en homéopathie mais voilà !
- **M : *OK. D'autres choses que tu utilises dans les médecines alternatives pour le sommeil ?***
- P14 : J'en ai envoyé un, une fois faire de l'hypnose, mais ça avait pas trop bien marché. Mais bon après c'est tout relatif à des troubles psychosomatiques quand même je pense. Enfin quand tu travailles là dessus, tu dis au patient « Vous allez voir un hypnotiseur pour dormir. » (*rires*) faut déjà que tu saches un peu d'où il vient quoi sinon il te prend pour un barje d'entrée de jeu quoi (*rires*). Ça peut mettre court un terme à la discussion quoi, voilà !
- **M : *OK. Donc ça tu vas proposer si tu sens que la personne***

- P14 : Ça ne me gêne pas oui pourquoi pas.
- ***M : Il y a des types de personnes à qui tu vas proposer plus l'acupuncture par exemple, plus l'homéopathie... ?***
- P14 : Ah non ça je suis pas compétent. Si eux ils disent « Ben voilà j'ai un copain qui a fait de l'acupuncture. », je leur dis : « Allez y, mais je vous en donne un que je connais, dont je sais qu'il travaille bien, a priori plutôt un confrère qui est docteur. ». Après pourquoi plus homéo, qu'acupuncture je sais pas.
- ***M : Ok, très bien, très bien. On va passer aux questions de présentation, donc est-ce que tu peux me dire quel âge tu as, depuis combien de temps tu es installé ?***
- P14 : Non (*rires*). J'ai 42 ans, je suis installé depuis 14 ans.
- ***M : D'accord. Tu es installé ici depuis 14 ans et tout seul ?***
- P14 : Ouais.
- ***M : Tu n'es pas maître de stage hein c'est ça ?***
- P14 : Non.
- ***M : Tu m'as dis que tu ne pratiquais pas toi même de médecines alternatives ?***
- P14 : Alors je manie un peu l'homéopathie, euh franchement, comment dire. Je sais lire le truc, je sais prescrire 2-3 trucs, mais je vais surtout pas me définir comme homéopathe, voilà!
- ***M : T'as fait une formation ?***
- P14 : Oui oui j'ai le D.I.U. mais euh...
- ***M : D'accord, OK. Mais du coup dans le sommeil tu vas pas forcément en prescrire de toi-même ?***
- P14 : Si je fais des trucs mais pas. C'est très compliqué, faut vraiment... L'homéopathie dans le sommeil c'est vraiment une longue longue approche, c'est pas facile. Tu sais je connais des petites bricoles, les bouffées de chaleur, les trucs hein je suis pas... faut vraiment le manipuler tous les jours, tous les jours. Quand y a un petit dépannage tu vois un gamin qui a le nez qui coule, ça fait plaisir à la maman. Par contre ça permet surtout de, enfin je sais pas si ça fait partie de ce que tu veux entendre, euh de répondre aux gens quand ils te posent des questions par rapport à ça tu vois. Connaissant la lecture du truc, enfin connaissant ces termes-là si tu veux, tu peux les orienter, ou leur dire « Ben ça euh je vois pas à quoi ça sert, mais bon pourquoi pas. ». Donc y a une interaction. Donc je m'y oppose pas parce que je leur explique que voilà, ça permet de, de... et d'en expliquer les limites. En leur disant « Là on va peut être passé à autre chose ou pas, là c'est pas adapté quoi. » mais je suis pas homéopathe plus que ça je
- ***M : Oui d'accord, tu vas t'en servir pour des choses ponctuelles quoi ?***

- P14 : Oui des ptites bricoles quoi des trucs euh.
- ***M : Pas trop dans le sommeil hein c'est ça ?***
- P14 : C'est pas facile, oui je, je suis pas très compétent et euh voilà quoi.
- ***M : OK. Qu'est-ce que tu penses toi autrement sur la formation que tu as eu sur les troubles du sommeil ?***
- P14 : Inexistante (*rires*) ! Je ne me souviens pas du cours sur les troubles du sommeil, je ne pense pas qu'il ait existé (*rires*) donc voilà, néant !
- ***M : Et est-ce que t'as fait d'autres formations sur les troubles du sommeil ?***
- P14 : Non pas sur ça non, du tout.
- ***M : D'accord. est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur le sujet?***
- P14 : Non ben impeccable ! Pas de soucis.
- ***M : Des choses que tu aurais envie de dire ?***
- P14 : Non, non pas du tout. Le sommeil c'est bien euh, c'est bien, les médecines alternatives oui pourquoi pas. L'acupuncture ça marche pas si mal que ça.
- ***M : Oui, tu as eu de bons retours des patients ?***
- P14 : Oui avec des gens qui prenaient beaucoup de médicaments, tu vois qui prenaient benzo euh hypnotiques enfin déjà qui avaient fait un long cursus dans la recherche et puis à la fin tu leur dis « Ben est-ce qu'on pourrait pas essayer ça ? ». Alors c'est long aussi hein, autant le cursus allopathique est long, autant le cursus acupuncture est long, mais après les gens il reviennent te voir en te disant « Je prends plus rien du tout et je dors très bien ! ».
- ***M : Ah oui donc ça peut être intéressant.***
- P14 : C'est pas inintéressant à faire hein. À mon sens de toute façon, on prescrit beaucoup trop de, d'hypnotiques ou de médicaments du sommeil quoi, ça a pas de sens. Je suis pas sûr que ce soit vraiment une plainte qu'on puisse euh entendre au niveau, ben tu sais, la balance coût-efficacité de la sécurité sociale quoi.
- ***M : Ah oui d'accord. Tu penses que la prescription de benzo est excessive par rapport***
- P14 : Ben ça fait partie des médicaments de confort quoi. Enfin je sais pas, toi t'en penses quoi ?
- ***M : Ah ben moi concrètement je suis contre, enfin moins j'en prescris le mieux je***
- P14 : On est bien d'accord, mais après quand t'as une interaction comme ça, t'es un peu... Il y a des choses à faire mais après, moi je pense que de toute façon si on veut arrêter de prescrire des hypnotiques il faut les dérembourser ou les mettre à 15%.

- ***M : Oui c'est une bonne idée .***
- P14 : Ouais mais à ton avis pourquoi ils les déremboursent pas ?
- ***M : À cause des labos certainement ?***
- P14 : Non parce que le *Zolpidem* c'est un vieux truc hein, c'est générique à mort, ça fait plus partie du job des labos. Les labos maintenant, les gros labos ils marchent sur 1 ou 2 médicaments à la fois. Alors on peut aussi se poser la question si les pouvoirs publics au sens large ont pas un intérêt à ce que la population soit dans un sommeil confortable, tu vois. Qu'elle soit sereine le matin pour aller bosser ou pas, voilà ! Est-ce que ça atténue pas les tensions euh au sein des immeubles, au sein des sociétés etc...
- ***M : Oui que la population soit un peu endormie sous médicaments ?***
- P14 : Plus ou moins, un peu flottants quoi, un peu... moins pointus on va dire.
- ***M : D'accord, c'est intéressant.***
- P14 : Moi c'est comme ça que je vois ça, moi je pense qu'ils maintiennent ça parce qu'ils savent très bien que, on est les plus gros prescripteurs d'anxiolytiques tu sais bien, mais donc d'hypnotiques puisque c'est la même nébuleuse neuropsychique, d'Europe voire du monde. Pourtant on est quand même dans un pays dans les 3 ou 4, peut être même 5 ou 6 pays les plus riches et confortables du monde donc y a pas de raison. Donc bon je sais pas, mon idée ça a toujours été ça mais bon.
- ***M : Oui c'est à méditer.***
- P14 : En face on a forcément une pression, comment dire de prescription. Hein si t'as des gens qui te disent « Moi je veux ça, parce qu'avec ça je dors bien. Ça fait 10 ans que ça dure. ». Ben!
- ***M : Oui c'est pas toujours facile de dire non.***
- P14 : Ouais c'est difficile. Tu leur dis « Ouais mais vous foutez rien de la journée. Allez faire du jardin, allez faire quelque chose et vous dormirez mieux ! ».
- ***M : Oui.***
- P14 : Et puis après il y a toute la problématique de l'interaction dans le couple. C'est-à-dire que si t'es avec un conjoint que tu supportes plus, tu préfères dormir ! (*rires*) Tu vois ce que je veux dire ? T'as envie de t'endormir, net ! Tu te poses, tu dors jusqu'au lendemain matin 8 heures. Il y a ça aussi, tu vois, *poom dodo*, ça peut être ça ! Ça simplifie les choses !

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

ENGIN Meltem

182 pages – 1 tableau

Résumé :

Introduction : L'insomnie chronique chez l'adulte représente un problème de santé publique par sa fréquence et ses répercussions importantes. La H.A.S. incite les médecins à limiter leurs prescriptions de benzodiazépines et apparentés, mais peu d'alternatives thérapeutiques sont recommandées en pratique. Le but de cette étude était donc de connaître ce que les médecins généralistes proposent comme prise en charge dans l'insomnie chronique quand ils choisissent de ne pas prescrire de tels hypnotiques.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée de septembre 2012 à septembre 2014 par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Indre et Loire. L'échantillon était sélectionné en fonction de l'âge, du sexe, du mode et du lieu d'exercice. Les formations complémentaires en médecines alternatives, en techniques de psychothérapie, et sur les troubles du sommeil étaient aussi prises en compte. Les données ont été retranscrites intégralement puis ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les médecins proposent souvent un traitement médicamenteux, allopathique ou non.

Ils utilisent également les conseils hygiéno-diététiques, des techniques de relaxation et certains éléments des thérapies comportementales et cognitives.

La plupart des médecins ne sont pas opposés à l'utilisation des médecines alternatives, malgré une incertitude quant à leur efficacité, un manque de connaissances sur le sujet, et des difficultés d'accès à ces thérapeutiques.

L'ensemble de la prise en charge est marquée par une subjectivité importante. Elle demande du temps et de l'investissement de la part des médecins et de leurs patients.

Conclusion : Les médecins généralistes cherchent à éviter la prescription d'hypnotiques dans l'insomnie chronique en proposant des alternatives, dont des traitements non médicamenteux. Néanmoins une formation initiale insuffisante, la difficulté d'accès aux thérapies comportementales et cognitives, et l'absence d'études concluantes concernant certaines alternatives majorent la difficulté de cette prise en charge.

Mots clés :

- insomnie chronique de l'adulte
- médecin généraliste
- recommandations HAS
- alternative aux hypnotiques
- thérapies comportementales et cognitives
- médecine alternative

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Madame le Professeur Caroline HOMMET

Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Madame le Docteur Nadège LIMOUSIN-CHAMPFAILY

Madame le Docteur Claire LE LANN

Date de la soutenance : 03/04/2015