

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Sarah BABA-HAMED

Né(e) le 17/08/1994 à Mostaganem (099)

TITRE

PERCEPTION DE LA PLAINTES INSOMNIE PAR LES MEDECINS
GENERALISTES

Présentée et soutenue publiquement **le 8 février 2024** devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine
- Tours

Membres du Jury :

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours.

Docteur Jean-Jacques COULON, Médecine Générale – Bourges.

**Directeur de thèse : Docteur Benoît CHAUMONT, Médecine Générale, Chatillon-Sur-
Loire.**

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et
enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et
consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame La Professeure DIBAO-DINA Clarisse, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, je vous suis extrêmement reconnaissante.

A Monsieur Le Docteur SAMKO Boris, merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur Le Docteur CHAUMONT Benoît, merci pour l'intérêt et toute l'aide que vous m'avez apportés tout au long de ce travail. Après avoir été mon tuteur tout au long de mon internat, vous avez su continuer à me guider et avez toujours été bienveillant à mon égard, soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur Le Docteur COULON Jean-Jacques, merci d'avoir accepté de juger ce travail et d'avoir été un Maître de Stage Universitaire aussi exemplaire, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A tous les médecins rencontrés au cours de ce travail et qui ont su me donner de leur temps pour réaliser cette thèse, je vous suis éternellement reconnaissante.

A mes enseignants et maitres de stages, qui m'ont formée et accompagnée tout au long de mes études, merci pour votre disponibilité et votre écoute qui a été toujours attentive.

Remerciements particuliers aux médecins de la Maison de Santé de Sancerre, au Dr LAUVERJAT Florence et au Dr BONNET Loïc.

Remerciements à toute l'équipe de La Maison de Santé du Val d'Auron, avoir eu la chance de travailler et vivre à Bourges, fût l'une de mes plus belles expériences.

A mes chers parents, papa et maman, sans vous rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir toujours guidé et donné envie de faire mieux, merci d'avoir veillé avec moi pendant mes gardes (parfois jusqu'à tard !) et merci pour votre amour.

A mes sœurs, Narimène et Fairouz, merci pour votre amour inconditionnel : A Nari et tous ces voyages que tu faisais pour venir nous voir, ils demeurent mes plus beaux souvenirs. A Fairouz, avec qui j'ai eu la chance de faire quasiment toutes mes études, ces moments resteront gravés dans ma mémoire.
Sœurs pour toujours.

A mon mari, Ilyes Sami que j'ai eu la chance de rencontrer pendant mon internat, merci pour ton soutien inconditionnel à toutes les étapes de notre vie.

A ma belle-famille, merci pour tous ces beaux-moments passés ensemble.

A mes neveux Rassim Choukry et Zakaria, **à ma nièce** Nadia Nour, qui apportent tant de joie dans nos vies.

A Nadia, Dadou, qui nous a quitté trop tôt, trop vite. Ce travail t'est tout particulièrement dédié, tu aurais été si fière. A tous ces rires que nous avons partagés, à tous ces hivers pluvieux passés à tes côtés bien au chaud, à toutes ces tartes aux abricots que tu faisais si bien, à toutes tes limonades les jours de plages, à toutes tes imitations qui nous faisaient hurler de rire, à tous ces étés passés à tes côtés, merci pour tout ce que tu m'as apporté, merci pour cet amour inconditionnel que tu portais à tes proches, tous ceux que tu as croisés gardent un tendre souvenir de toi.
Jusqu'à ce qu'on se revoie.

A mon enfant à naître que j'aime déjà tant.

Abréviations :

HAS : Haute Autorité de Santé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

MSU : Maitre de Stage Universitaire

RESUME :

PERCEPTION DE LA PLAINTÉ INSOMNIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Introduction :

L'insomnie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Le médecin généraliste se trouve au centre du diagnostic et de la prise en charge de cette pathologie complexe qui parfois n'est abordé par le patient qu'une fois chronicisée.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la perception de la plainte insomnie par les médecins généralistes de la région Centre.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence du vécu de l'insomnie par les médecins généralistes sur leurs décisions médicales lorsqu'ils sont confrontés à cette pathologie chez leurs patients.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée menée à partir huit entretiens individuels semi-dirigés réalisés dans le Cher, et d'un focus groupe semi-dirigé de six médecins, réalisé dans le Loiret.

Résultats :

Le patient se plaignant d'insomnie exprimait une souffrance pour le médecin généraliste. L'insomnie servirait en fait à exprimer un mal-être que le médecin devait rechercher et identifier. Face à cette plainte, le médecin avait le rôle essentiel de relativiser et dédramatiser la situation mais devait aussi sensibiliser son patient sur les traitements médicamenteux. En effet, le médecin était souvent confronté aux addictions médicamenteuses notamment à celles aux hypnotiques, il évitait donc la prescription médicamenteuse systématique et avait rarement recours aux hypnotiques. Le médecin prescrivait en première intention des médicaments qu'il considérait comme légers, cette prescription était parfois influencée par son vécu de l'insomnie.

Conclusion :

Les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge l'insomnie et à quelles difficultés ils se retrouvent confrontés. Celles-ci se situent globalement dans le dépistage de l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques. Il apparaît également que pour un médecin généraliste, avoir vécu un trouble du sommeil l'aidait globalement à mieux comprendre le patient et à le conseiller.

Mots-clés : Plainte insomnie, perception du médecin généraliste, santé du médecin généraliste, influence du vécu.

ABSTRACT :

PERCEPTION OF THE INSOMNIA COMPLAINT BY GENERAL PRACTITIONERS

Introduction :

Insomnia is a common reason for consultation in general medicine. The general practitioner play a central role in diagnosing and managing this complex condition, which patients sometimes address only once it has become chronic.

The main objective of this study was to explore the perception of insomnia complaint by general practitioners in the Centre region.

The secondary objective was to assess the influence of general practitioners' experience with insomnia on their medical decisions when dealing with this condition in their patients.

Method :

This qualitative study, inspired by grounded theory, involved eight semi-structured individual interviews conducted in the Cher department, and a semi-directed focus group with six doctors, conducted in the Loiret department.

Results :

The patient complaining of insomnia expressed suffering to the general practitioner. Insomnia, in reality, served to express a discomfort that the doctor needed to investigate and identify. Faced with this complaint, the doctor had the essential role of putting the situation into perspective and alleviating the drama but also needed to raise awareness about medication treatments.

The doctor often encountered medication addictions, particularly to hypnotics, so he avoided systematic medication prescriptions and rarely resorted to hypnotics. The initial prescription by the doctor typically involved medications considered light, sometimes influenced by his own experience with insomnia.

Conclusion :

The results of this study help to understand how general practitioners handle insomnia and the challenges they face. These challenges mainly involve screening for insomnia and discontinuing hypnotics. It also appears that, for a general practitioner, having experienced a sleep disorder helped him or her to better understand and advise the patient.

Keywords: Insomnia complaint, general practitioner's perception, general practitioner's health, influence of experience.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
GENERALITES	17
I- Physiologie du sommeil	17
A) Définition du sommeil.....	17
B) Le processus circadien	17
C) Le processus homéostatique	18
II- Critères diagnostiques de l'insomnie	18
A) Classification.....	18
B) Typologie	19
C) Outils à disposition du médecin généraliste	19
III- Recommandations thérapeutiques.....	20
A) Approches non médicamenteuses	20
B) Approches médicamenteuses.....	21
IV- Le sommeil des médecins généralistes	21
MATERIEL ET METHODES	23
I- Type d'étude	23
II- Population	23
III- Recrutement	23
IV- Guide d'entretien	24
V- Recueil de données	24
VI- Retranscription des entretiens.....	25
VII- Analyse des données.....	25
VIII- Aspects éthiques et réglementaires.....	25
RESULTATS	26
I- Les entretiens	26
II- Population étudiée.....	26
III- Analyse de l'étude	27
A) Perception par le médecin généraliste du patient souffrant d'insomnie.....	28
a. Le patient exprime une souffrance par l'insomnie	28
b. L'insomnie peut-être la conséquence d'une autre maladie	28
B) Les freins au dépistage et à la prise en charge de l'insomnie	28
C) Rôle du médecin généraliste et attentes du patient selon lui.....	30
a. Attentes du patient lorsqu'il parle de son trouble.....	30
b. Le médecin a le rôle essentiel de relativiser et dédramatiser la situation	30

D) Le patient confronté à la perception erronée de son sommeil et à la peur d’être jugé.	31
E) La compréhension par le patient de son trouble : la clé de la prise en charge	32
F) Les patients conscients face aux traitements médicamenteux	32
a. Grâce à leur médecin traitant	33
b. Grâce à internet	33
G) Le médecin face aux traitements médicamenteux	34
a. Le médecin sensibilisé à la prescription médicamenteuse.....	34
b. Le médecin confronté aux addictions médicamenteuses.....	34
H) Vécu et conséquences de l’insomnie sur la pratique du médecin généraliste	36
I) Le sevrage, un vrai « casse-tête » pour le médecin généraliste	37
J) Le médecin généraliste et l’empathie.....	38
<u>DISCUSSION.....</u>	<u>40</u>
I- Résultat principal	40
II- Comparaison avec la littérature	42
III- Forces et limites	44
IV- Perspectives	45
<u>CONCLUSION</u>	<u>47</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>48</u>
Annexe 1: Agenda du sommeil.....	48
Annexe 2: Echelle de somnolence d'Epworth.....	49
Annexe 3: Extrait du journal de bord.....	49
Annexe 4: Les entretiens	50
<u>REFERENCES.</u>	<u>131</u>

INTRODUCTION

L'insomnie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les derniers chiffres montraient une prévalence de 19% dans la population générale dont 9% de cas sévères (1). La HAS définit l'insomnie comme « le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches » (2).

Le médecin généraliste se trouve au centre du diagnostic et de la prise en charge de cette pathologie complexe qui parfois n'est abordé par le patient qu'une fois chronicisée, ce qui retarde son diagnostic et complique sa prise en charge (3).

Ses conséquences peuvent être désastreuses, notamment sur la route où la somnolence est une des premières causes d'accidents mortels relevés sur autoroute (4). La quasi-totalité des insomniaques signaleraient des conséquences professionnelles : troubles de l'attention, diminution de la productivité, absentéisme (5).

Plusieurs études ont été menées afin de déterminer précisément ses conséquences sur la santé. Un temps de sommeil insuffisant peut augmenter considérablement le risque de maladie cardiovasculaire (6) telle que l'hypertension artérielle (7) , de déclin cognitif (6), de coronaropathies (6) , de dépression (6,8), de chutes (6), de syndrome métabolique(6) et d'accident vasculaire cérébral(6) ; Et une réduction de 1 h par 24 heures est associée à un risque accru de 3 à 11 % de la mortalité toutes causes confondues chez les petits dormeurs (6).

Sa prise en charge est complexe et nécessite une approche centrée sur le patient afin d'être efficace. Les recommandations pour les insomnies chroniques sont d'orienter en première intention les patients vers des psychothérapies, en particulier les thérapies cognitives et comportementales (9) ce qui n'empêche pas les benzodiazépines et apparentées d'être fréquemment prescrits dans la prise en charge de l'insomnie en soins primaires. Les recommandations françaises préconisent une prescription de courte durée afin de limiter leurs effets indésirables et le risque de survenue d'une dépendance physique et psychologique (10). Cependant, la France se situe derrière l'Espagne au deuxième rang de la consommation des benzodiazépines en Europe et près de 13,4% de la population française a consommé en 2015 au moins une fois une benzodiazépine (11). Les traitements sont initiés par un médecin généraliste dans environ 82 % des cas et les benzodiazépines les plus utilisées sont l'Alprazolam, suivi du Zolpidem et du Bromozépam (11).

Il a été démontré que les somnifères ne sont efficaces que sur une courte durée et présentent des effets délétères surtout chez la personne âgée (12).

Au-delà de la prise en charge thérapeutique, le patient est souvent demandeur d'une écoute active et d'explications face à cette plainte qu'il ne comprend pas (13).

Pour autant, la plainte insomnie est souvent abordée en fin de consultation et ne justifie pas à elle seule une consultation pour le patient ce qui rend difficile sa prise en charge (14).

Le médecin généraliste est aussi concerné d'un point de vue personnel. En effet, dans une étude réalisée par des chercheurs de l'université de Strasbourg auprès de 255 médecins généralistes alsaciens (15), la prévalence de troubles du sommeil chez cette catégorie est

proche de celle de la population générale et environ 40% des médecins insomniaques prennent des hypnotiques ou sédatifs (15).

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la perception de la plainte insomnie par les médecins généralistes de la région Centre.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence du vécu de l'insomnie par les médecins généralistes sur leurs décisions médicales lorsqu'ils sont confrontés à cette pathologie chez leurs patients.

GENERALITES

I- Physiologie du sommeil

A) Définition du sommeil

Le sommeil est un état physiologique périodique et réversible caractérisé par une diminution de l'état de conscience et une limitation des processus perceptuels (16). Les états de veille et de sommeil sont définis au mieux par l'aspect de 3 types de signaux (Figure 1) : l'électroencéphalogramme (EEG), l'électro-oculogramme (EOG) et l'électromyogramme (EMG). L'analyse de ces 3 signaux permet de distinguer le sommeil lent léger, le sommeil lent profond et le sommeil paradoxal, qui alternent au cours d'une nuit et s'accompagnent de modifications physiologiques notamment respiratoires (17).

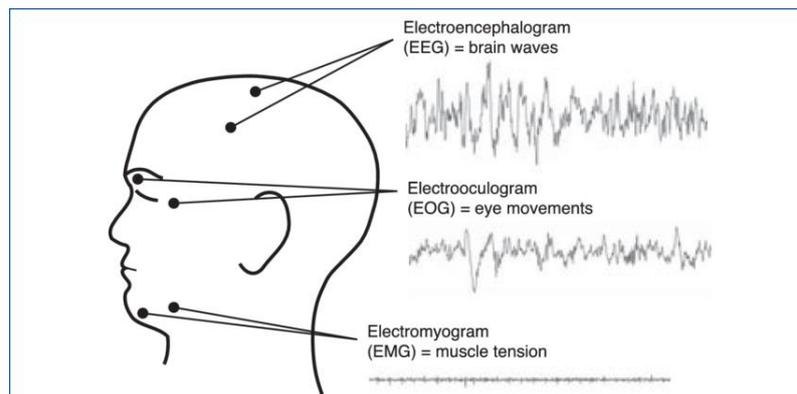


Figure 1 : Types de signaux permettant de distinguer les différentes phases de sommeil

Le sommeil est régi par 2 processus principaux : le processus circadien et le processus homéostatique. Le processus circadien est responsable de l'aspect rythmique du cycle éveil-sommeil. Il commande les moments de faible et de forte propension à l'éveil au cours de 24 heures. Le processus homéostatique, quant à lui, augmente exponentiellement au cours de l'éveil et diminue de la même façon durant le sommeil : il reflète l'accumulation au cours de la période d'éveil d'un besoin de sommeil (18).

B) Le processus circadien

Trois marqueurs circadiens sont couramment utilisés comme indicateurs de l'horloge biologique chez l'humain : la sécrétion de mélatonine, la température corporelle et la sécrétion de cortisol (18).

La mélatonine est sécrétée pendant la nuit par la glande pinéale, sous le contrôle direct des noyaux suprachiasmatiques. L'épisode de sécrétion de mélatonine reflète le moment au cours duquel l'organisme perçoit la nuit (18).

Pour sa part, le rythme de la température corporelle est sans doute le marqueur circadien le plus ancien en chronobiologie humaine. La température corporelle est élevée pendant la journée et basse pendant la nuit (18).

La sécrétion de cortisol augmente pendant la nuit, atteint un maximum au lever, puis diminue par la suite au cours de la journée pour atteindre un minimum peu après le coucher. Bien que

le rythme de sécrétion du cortisol soit un marqueur robuste en conditions constantes, son utilisation est limitée du fait de son association à la réponse au stress (18).

C) Le processus homéostatique

L'organisme a des besoins de sommeil journaliers et va tout faire pour que cette quantité de sommeil soit effectuée. En effet, si les besoins de sommeil ne sont pas atteints durant la nuit, l'organisme va essayer de les rattraper le lendemain en augmentant la somnolence, à l'inverse si une partie des besoins de sommeil a été déjà pris dans la journée (sieste), il va réduire les besoins du sommeil en diminuant la somnolence (19).

Ces deux processus interagissent pour générer des épisodes de sommeil ininterrompus d'environ 8 heures et maintenir l'éveil durant environ 16 heures (18).

II- Critères diagnostiques de l'insomnie

A) Classification

Le diagnostic de l'insomnie est clinique. Trois classifications internationales proposent son diagnostic :

- 1- DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* pour Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition)
- 2- ICSD-3 (*International Classification of Sleep Disorders, Third Edition* pour Classification Internationale des Pathologies du Sommeil, 3^{ème} édition)
- 3- CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision)

Les critères diagnostics sont maintenant uniformisés dans les deux premières classifications (DSM-5 et ICSD-3) et s'accordent sur la notion de difficultés survenant au moins 3 nuits par semaine depuis au moins 3 mois, alors que la CIM-10 présente encore des divergences (20).

A. Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :

- 1) Troubles d'endormissement
- 2) Troubles de maintien du sommeil
- 3) Réveil précoce
- 4) Sommeil non récupérateur

B. Ces difficultés surviennent au moins trois nuits par semaine, depuis au moins trois mois, et ce malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

C. Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :

- 1) Fatigue/malaise
- 2) Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- 3) Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires
- 4) Trouble de l'humeur/irritabilité
- 5) Somnolence diurne
- 6) Réduction de la motivation/énergie/initiative
- 7) Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant.
- 8) Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil
- 9) Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

Illustration 1 : Critères diagnostiques de l'insomnie selon l'ICSD-3

B) Typologie

La HAS expose et définit les différents types d'insomnie :

- **Insomnie par hygiène de sommeil inadéquate** : L'insomnie, présente depuis au moins 1 mois, est en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil.
- **Insomnies d'ajustement** : Insomnies occasionnelles, transitoires et de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes ou pouvant néanmoins se chroniciser.
- **Insomnies chroniques sans comorbidités (ex-insomnies primaires)** :
 - **Insomnie psychophysiologique** : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives.
 - **Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil** : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.
 - **Insomnies idiopathiques** : début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable.
- **Insomnies chroniques avec comorbidités (ex-insomnies secondaires)** :
 - **Insomnie liée à une pathologie mentale** : état dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux généralisé, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.
 - **Insomnie liée à une pathologie physique** : pathologie douloureuse, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathie, troubles respiratoire, reflux gastro-œsophagien, neuropathie dégénérative, etc.
- **Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil.**

C) Outils à disposition du médecin généraliste

- Agenda du sommeil (cf. annexe 1) : La HAS recommande l'utilisation d'un agenda du sommeil dans la prise en charge d'une plainte d'insomnie en médecine générale. C'est un outil sous forme de graphique, rempli quotidiennement par le patient, qui permet d'estimer la latence d'endormissement, le temps total de sommeil ainsi que l'index d'efficacité du sommeil (2). Cet outil, subjectif, puisque basé entièrement sur la perception du patient, est particulièrement adapté à l'évaluation de l'insomnie dont le diagnostic est justement fondé sur la plainte du patient (21). Son taux de remplissage permet également d'évaluer l'implication du patient dans sa problématique de sommeil (21).
- Auto-questionnaires : échelle de Somnolence d'Epworth (cf. annexe 2), échelle de fatigue de Pichot (2) , échelle d'intensité de Beck (2), échelle HAD (2),

questionnaire de Berlin (21).

III- Recommandations thérapeutiques

A) Approches non médicamenteuses

- 1- L'hygiène du sommeil : Il convient de s'assurer de la bonne application des principes de base d'hygiène de sommeil avant toute autre initiative.

Règles élémentaires d'hygiène du sommeil selon la HAS :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (>1h) ou trop tardives (après 16h).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17h.
- Éviter les repas trop copieux le soir.

Il convient également d'éviter l'exposition aux écrans en soirée car celle-ci aurait un effet délétère sur l'endormissement en inhibant la sécrétion de mélatonine (5).

- 2- La luminothérapie : une revue systématique de la littérature suggérait une tendance à l'amélioration de l'efficacité du sommeil et de la durée des réveils nocturnes quel que soit la durée de l'exposition, ainsi qu'une amélioration de la latence de sommeil lors d'une exposition matinale (22).

3- La Thérapie cognitivo-comportementale

Elle est validée en première intention en tant qu'approche non médicamenteuse dans la prise en charge de l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités (3). Malheureusement, son accès est limité, le nombre de soignants formés étant faible.

Cependant, deux méthodes issues des TCC peuvent être appliquées en médecine générale :

- Le contrôle du stimulus qui consiste à proposer au patient de sortir du lit lorsqu'il n'arrive pas à trouver le sommeil et de retourner se coucher uniquement lorsque la somnolence se fait ressentir.
- La restriction du sommeil où il est proposé au patient de réduire son temps passé au lit au temps de sommeil.

B) Approches médicamenteuses

Le somnifère idéal devrait avoir les caractéristiques suivantes : induire rapidement le sommeil, conserver la structure du sommeil, ne pas entraîner de somnolence résiduelle ni de dépendance (3).

- La phytothérapie est fréquemment utilisée (notamment la Valériane), cependant, en 2005, le service médical rendu (SMR) a été jugé insuffisant, entraînant leur déremboursement (23) et une baisse de vente en officine de 45% (23,24).
- Les benzodiazépines, traitements hypnotiques les plus utilisés.
- Les hypnotiques non-benzodiazépines (Zopiclone et Zolpidem) dont la durée de prescription est limitée à vingt-huit jours en raison de leurs effets secondaires et de l'apparition de cas de mésusage sévère.
- Les antihistaminiques H-1 connus pour leurs effets sédatifs.
- La mélatonine validée dans les troubles du rythme circadien à type de syndrome de retard de phase.

IV- Le sommeil des médecins généralistes

Les médecins généralistes présentent plus de facteurs de risque d'insomnie que la population générale (troubles anxio-dépressifs, comportements addictifs) (15).

Les études sur le sommeil des médecins généralistes sont rares, cependant, en 2008, à l'initiative de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) du Ministère de la Santé, a été créé un dispositif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Cette étude permettait d'évaluer la santé physique et psychique des médecins généralistes de cinq régions en France (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) (25).

Parmi les médecins se percevant en mauvaise santé, 68 % déclarent avoir des troubles du sommeil (25) et au cours des 12 derniers mois, 20% des médecins ont déclaré avoir pris des anxiolytiques ou des hypnotiques (25). En comparaison, 19% des adultes de la population générale ont consommé des psychotropes au cours des 12 derniers mois [OFDT, 2006].

Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 84% sont leur propre médecin traitant (25) ce qui suppose un auto-diagnostic et donc une auto-prescription.

Le comportement des médecins vis-à-vis de leur sommeil va influencer leur manière de prendre en charge leurs patients. En effet, d'après une étude réalisée auprès de 255 médecins généralistes alsaciens, quels que soient leurs troubles du sommeil, un médecin généraliste qui prend lui-même des hypnotiques en prescrit plus systématiquement à ses patients (15). Il existe donc un réel bénéfice à s'intéresser aux troubles du sommeil des médecins généralistes, à leur prise en charge, et à la manière dont celle-ci influence leurs pratiques.

	Hommes			Femmes		
	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Ensemble de la population	15	17	16	24	30	31
Médecins généralistes du panel	18	21	21	24	32	26

Note • Dans le Panel, les médecins sont interrogés sur leurs prises d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques au cours des 12 derniers mois. Pour le baromètre santé, les individus sont interrogés sur leurs prises d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou tranquillisants, de stabilisants-régulateurs de l'humeur, de somnifères ou d'hypnotiques et de neuroleptiques au cours des 12 derniers mois.

Sources • DREES, URML, FNORS – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, novembre 2008. Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Tableau 1 : Consommation de médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois (en%) (selon la DREES).

MATERIEL ET METHODES

I- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée menée à partir huit entretiens individuels semi-dirigés réalisés dans le Cher, et d'un focus groupe semi-dirigé de six médecins, réalisé dans le Loiret.

La recherche qualitative permet d'étudier des phénomènes sociaux et d'en comprendre la signification.

La théorisation ancrée prend sa source dans la sociologie et est caractérisée par trois spécificités (26) :

- l'échantillonnage théorique : qui consiste à sélectionner au fur et à mesure de l'analyse des données, des participants

- l'itération qui consiste à constamment effectuer des allers-retours entre terrain et analyse en vue de la construction d'une théorie

- l'analyse par comparaison constante, c'est-à-dire qu'un nouvel entretien est toujours analysé à la lumière du précédent en effectuant des comparaisons entre les catégories/propriétés qui ont émergé.

Dans notre cas, cette méthode inspirée de la théorisation ancrée paraissait la plus appropriée pour étudier la perception des médecins généralistes de l'insomnie et l'influence de leur vécu sur la prise en charge de cette pathologie.

II- Population

Pour réaliser cette étude, nous avons interrogé des médecins généralistes exerçants en région Centre. Les critères d'inclusions étaient : médecins généralistes libéraux de la région centre. Les critères d'exclusions étaient : les médecins remplaçants, les médecins hospitaliers, les médecins non thésés.

III- Recrutement

Les médecins ont été d'abord recrutés par connaissance puis bouche à oreille pour les entretiens individuels. Ils étaient choisis au fur et à mesure de l'étude et de façon simultanée au recueil de données. En ce qui concerne le focus groupe, les six médecins ont été recrutés par connaissance.

Les médecins généralistes ont été choisis afin d'obtenir un échantillonnage raisonné théorique. En effet, l'échantillonnage a été orienté par la théorie au fur et à mesure de son émergence.

Le nombre de participants à inclure fut déterminé par la méthode de saturation des données. Celle-ci est atteinte lorsqu'aucune nouvelle propriété n'apparaît et lorsque le modèle explicatif est complet.

IV- Guide d'entretien

Les données de littérature sur le sujet de la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte par les médecins généralistes ainsi que la santé des médecins généralistes ont été recueillies. Ces recherches ont permis de faire émerger dans un premier temps une ébauche de guide d'entretien avec des questions désordonnées. Par la suite les questions ont été rangées par thème en quatre parties :

- Définition et dépistage de l'insomnie

- Perception du patient par le médecin

- Mise en route d'un traitement

- Relation médecin-patient dans la prise en charge de l'insomnie

Chaque partie comportait plusieurs questions qui permettaient d'aborder les thèmes les plus importants et d'effectuer des relances avec les participants selon leurs réponses chaque fois que nécessaire. Il n'était pas obligatoire de suivre un ordre précis, le but étant de laisser chaque médecin s'exprimer librement sans l'interrompre.

Le guide d'entretien a logiquement évolué au fil de l'analyse des entretiens afin de modifier certaines questions qui me paraissaient mal formulées ou incomprises.

J'ai réalisé parallèlement un journal de bord qui comportait tous les mémos de chaque entretien, toutes les observations et rencontres avec mon directeur de thèse ainsi qu'un résumé de chaque thèse dating auquel je participais (cf. extrait annexe 3).

V- Recueil de données

Tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude ont été recontactés par mail. Celui-ci exposait brièvement le sujet de l'étude et précisait que toutes les données collectées seraient retranscrites et anonymisées.

Je fus l'investigatrice pour les entretiens individuels. Une date, un lieu ainsi qu'un horaire étaient fixés à chaque fois selon la convenance de chaque médecin.

Je fus observatrice pour l'entretien en focus groupe. Il a fallu choisir une date qui convenait aux six participants et à l'investigateur (directeur de thèse). Pour des raisons pratiques, le focus groupe s'est déroulé à la maison de santé où mon directeur de thèse exerce.

Je me suis présentée avant chaque entretien et ai recueilli l'accord oral de chaque médecin pour être enregistré. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone numérique Olympus.

Seul l'entretien en focus groupe a bénéficié en plus d'un enregistrement vidéo avec mon

téléphone pour faciliter la retranscription et bien séparer les paroles de chaque participant. Bien évidemment, l'accord de chaque participant a été recueilli en amont. Les données ont été recueillies jusqu'à saturation des données, un entretien individuel supplémentaire a été réalisé par la suite pour la vérifier.

VI- Retranscription des entretiens

Le support d'enregistrement des entretiens était un fichier Mp3 et un fichier vidéo HEVC en plus pour l'entretien collectif. Chaque entretien a été retranscrit manuellement sur ordinateur (Word) et à l'aide d'une pédale Olympus pour faciliter l'écriture. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés, chaque médecin était nommé selon la chronologie des entretiens (M1, M2, etc...). L'ensemble des entretiens a été ajouté en annexe.

VII- Analyse des données

L'analyse s'est basée sur les enregistrements audio des entretiens, vidéo de l'entretien collectif ainsi que les notes prises simultanément pendant chaque entretien.

Le verbatim a été analysé de façon qualitative afin d'en extraire le sens et regrouper les données.

Le verbatim était d'abord découpé en plusieurs sections chaque fois qu'une idée différente semblait émerger. Par la suite chaque section a été étiquetée de façon expérientielle en essayant d'être proche du vécu du participant et en répondant à la question « qu'exprime-t-il à ce sujet ? ». La réponse à cette question constituait l'étiquette expérientielle. Grâce aux étiquettes expérientielles, des propriétés ont émergé afin de caractériser le phénomène pour chaque étiquette expérientielle.

Enfin, des catégories ont été construites pour organiser les propriétés entre elles. L'ensemble de ces étapes a constitué **l'analyse ouverte**. Cette analyse était réalisée après chaque entretien et permettait la modification du guide d'entretien suivant, chaque fois que nécessaire.

La seconde étape a été celle de **l'analyse axiale** qui a permis d'articuler entre elles les propriétés et catégories issues de tous les entretiens.

Enfin, la troisième et dernière étape était celle de **l'analyse sélective** qui a fait émerger un modèle explicatif.

Toutes ces étapes de l'analyse ont été conduites grâce un double codage partiel - à l'aide du second investigateur et directeur de thèse.

VIII- Aspects éthiques et réglementaires

Les médecins de l'étude ont librement consenti à leur participation en toute connaissance de cause grâce à un consentement oral.

Les données ont été anonymisées en supprimant tous les noms propres ainsi que certains éléments propres à chaque médecin. Chaque médecin est nommé par ordre chronologique de déroulement des entretiens (M1, M2, M3, etc...).

Il n'a pas été nécessaire, après demande officielle, de réaliser une déclaration à la CNIL

(Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Les enregistrements audio et vidéos ont tous été détruits à la fin de cette étude.

RESULTATS

I- Les entretiens

Les entretiens ont duré entre dix minutes et une heure trente minutes. Ils ont eu lieu entre le 25 mars 2022 et le 13 septembre 2023.

Sept entretiens individuels se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste interrogé, dans son bureau. Le médecin choisissait lui-même la date et l'horaire qui lui convenaient ce qui correspondait pour six médecins à leur pause déjeuner en milieu de semaine et à un médecin à une plage horaire de trente minutes en début de journée avant d'entamer ses consultations. Un seul entretien individuel s'est déroulé en visioconférence dans un souci pratique d'un point de vue géographique.

Le focus groupe s'est déroulé dans la salle de réunion de la maison de santé de mon directeur de thèse. Un buffet était proposé à cette fin afin de rendre ce moment convivial.

Le fait d'enregistrer les entretiens n'a posé problème à aucun participant et aucun entretien n'a dû être arrêté prématurément.

II- Population étudiée

- Age des participants : L'âge moyen était de 51,6 ans, les extrêmes allant de 35 à 66 ans.
- Sexe : Il y avait six hommes et huit femmes.
- Année d'installation : Années comprises entre 1986 et 2021.
- Mode d'exercice : Douze médecins étaient installés en cabinet de groupe et deux seuls.
- Localisation d'exercice : Cinq médecins exerçaient en milieu rural, cinq en semi-rural et quatre en milieu rural.
- Formations sur le sommeil effectuées : Quatre médecins avaient effectué des formations sur le sommeil et dix n'en avaient jamais effectué.
- Maîtres de stage universitaires : Parmi les quatorze médecins recrutés, six étaient Maîtres de Stage Universitaires.

Médecins	Age	Sexe	Année d'installation	Mode d'exercice		Localisation d'exercice			Formations sur le sommeil	MSU	Types d'entretien
				Groupe	Seul	Rural	Semi-rural	Urbain			
Médecin 1	64	H	1988	X				X		X	Individuel
Médecin 2	35	F	2021	X				X	X	X	Individuel
Médecin 3	40	F	2013	X		X					Individuel
Médecin 4	42	H	2010	X		X					Individuel
Médecin 5	41	F	2012	X		X					Individuel
Médecin 6	38	F	2013	X				X			Individuel
Médecin 7	65	H	1992	X		X				X	Individuel
Médecin 8	65	H	1986	X			X		X	X	Focus groupe
Médecin 9	38	F	2019	X			X		X		Focus groupe
Médecin 10	54	F	2010	X		X				X	Focus groupe
Médecin 11	54	H	2009		X		X				Focus groupe
Médecin 12	66	H	1989	X				X	X		Focus groupe
Médecin 13	61	F	1993		X		X				Focus groupe
Médecin 14	59	F	2013	X			X			X	Individuel

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des 14 médecins généralistes

III- Analyse de l'étude

10 Catégories ont émergé de l'analyse du verbatim :

- Perception par le médecin généraliste du patient souffrant d'insomnie
- Les freins au dépistage et à la prise en charge de l'insomnie
- Rôle du médecin généraliste et attentes du patient selon lui
- Le patient confronté à la perception erronée de son sommeil et à la peur d'être jugé
- La compréhension par le patient de son trouble : la clé de la prise en charge
- Les patients, de plus en plus conscients face aux traitements médicamenteux
- Le médecin face aux traitements médicamenteux

- Vécu et conséquences de l'insomnie sur la pratique du médecin généraliste
- Sevrer les hypnotiques, un vrai « casse-tête pour le médecin généraliste »
- Le médecin généraliste et l'empathie

A) Perception par le médecin généraliste du patient souffrant d'insomnie

a. Le patient exprime une souffrance par l'insomnie

Pour la plupart des médecins interrogés, l'insomnie exprime une souffrance, un mal-être que le médecin doit rechercher et identifier :

M1 : « oui c'est typique de ce qu'on peut voir. Des gens qui sont en souffrance et qui viennent te voir et qui te disent je n'arrive pas à dormir et tu vois bien au démarrage qu'il y a autre chose que les troubles du sommeil. »

M4 : « Je pense, vraiment, dans la plupart des cas c'est le symptôme d'un mal être psychologique ou d'une période de vie très encombrée avec de nombreuses décisions, de nombreuses responsabilités ou des problèmes nouveaux qui apparaissent dans la vie des personnes et qui font basculer le sommeil, qui le détériore. Donc c'est pour la plupart du temps un symptôme d'une maladie et c'est important de le considérer comme un symptôme parce que c'est en grattant ce symptôme qu'on peut découvrir pourquoi il est apparu. »

M14 : « Bah ouais c'est vrai, des exemples c'est un peu toujours les mêmes choses hein, c'est les gens qui ont des problèmes de sommeil parce qu'ils sont un petit peu angoissés, stressés. »

b. L'insomnie peut être la conséquence d'une autre maladie

M3 : «... y a souvent oui un facteur psychologique, après ça peut être la douleur aussi, on rencontre beaucoup la douleur qui empêche de dormir mais là ça c'est clairement une conséquence quoi... »

M4 : «Encore une fois, parfois y a des hyperthyroïdies donc des dysthyroïdies ou des arythmies cardiaques, des tachycardies, des tachyarythmies je sais pas ... y a... ou effectivement ou un syndrome fébrile ou infectieux, inflammatoire, y a des maladies inflammatoires, mais l'insomnie c'est un symptôme soit d'une maladie psychologique ou d'une maladie somatique ou d'une maladie psychosomatique mais c'est toujours un symptôme, à mon sens, c'est rarement une maladie en tant que tel, donc les origines de l'insomnie elles sont ... y en a des centaines, des milliers mais c'est... je pense pas que ce soit une maladie en tant que tel. »

B) Les freins au dépistage et à la prise en charge de l'insomnie

Plusieurs médecins avouaient ne pas dépister systématiquement les troubles du sommeil :

M5 : « Je ne le dépiste jamais. C'est lui qui m'en parle en général en consultation. »

M7 : « Non, je ne dépiste pas. Tant qu'il le dit ».

Un emploi du temps trop chargé était parfois invoqué :

M4 : « Je demande pas systématiquement parce qu'on a beaucoup beaucoup de monde et y a beaucoup de doléances, effectivement je ne le demande pas systématiquement... ».

Et cela même si parfois le médecin avait reçu une formation sur le sommeil :

M8 : « je sais pas si c'est homologué ça mais aller chercher des trucs comme ça avec tout ce que ça génère derrière, ce sera dans un autre temps ça. »

Un médecin évoquait la faible rémunération :

M8 : «... c'est une heure de consultation et bah pourquoi pas mais dans le contexte démographique actuel, avec la façon dont on est payé au lance pierre euh... c'est pas possible, franchement c'est pas possible ! ».

D'autres pointaient un manque de formations notamment concernant l'agenda du sommeil, ces mêmes médecins n'ayant jamais eu de formations spécifiques sur le sommeil :

M11 : « honnêtement, c'est rare quand je reçois un patient pour une consultation dédiée aux troubles du sommeil, ça demande du temps et on a pas l'habitude, j'essaie de poser des questions pour identifier quels sont les troubles, est-ce que c'est un problème d'endormissement, est-ce que c'est un problème de réveils nocturnes, mais calendrier du sommeil, non je n'ai jamais utilisé. »

M13 : « l'agenda du sommeil peut se...quelque chose que tu donnes au patient il le remplit pendant la consultation ? ou tu fais faire après ? et pendant combien de soirs pour que ce soit ... ? »

Un médecin était justement en train d'effectuer une formation sur le sommeil :

M10 : « Moi franchement, je n'ai pas l'habitude, je ne connaissais pas autant et aujourd'hui comme je l'ai dit c'est mon premier jour de formation, je me rends compte que ça pourrait être effectivement utile pour les patients qui pensent... qui viennent qui disent « je dors pas bien » et en fait il s'endort à 20h-21h et 4h du matin, c'est normal, ils ont pris leur dose de sommeil. »

Ceux qui utilisaient l'agenda du sommeil, pensaient qu'il était le meilleur moyen de préciser le trouble du sommeil :

M8 : « ... Donc je veux dire, alors évidemment, on peut pas faire ça systématiquement à toute les personnes qui se plaignent de problèmes de sommeil mais quand ça commence à être envahissant au niveau de justement des répercussions et puis de leur vie de tous les jours, c'est un outil qui permet d'aborder les choses, d'abord de préciser le type de trouble du sommeil et ensuite de voir avec eux comment on peut les conseiller par rapport à leur hygiène du sommeil. »

M14 : « Je leur fais faire des calendriers du sommeil, c'est-à-dire que je leur demande parfois quand vraiment ils sont embêtés, je leur dis « bah écoutez moi je sais pas trop quelle est la problématique dans ce que vous m'expliquez donc vous allez me marquer comment vous dormez et puis on se revoit éventuellement dans 1 mois et puis on refait le point un petit peu de comment ça se passe » ».

.... Et de faire prendre conscience au patient de la qualité de son sommeil :

M9 : « Beaucoup... »

« mais c'est hyper intéressant en fait l'agenda du sommeil, même pour d'autres motifs de consultation et qu'il y a une plainte de sommeil, en fait là je rejoins ce que M8 dit, souvent les patients, la plupart du temps ont une mauvaise perception de leur sommeil et même en remplissant leur agenda du sommeil, ils se rendent compte ben « en fait je dors pas si mal que ça » ».

Un médecin précisait que cet outil représentait aussi un gain de temps de consultation :

M3 : « Je le donne soit si j'ai pas le temps d'aborder du tout le sujet, donc on gagne du temps en disant « je vous le donne et puis on l'étudie après et on en discute », soit parce que justement à l'interrogatoire j'ai pas de cause évidente de troubles du sommeil et puis on fait l'agenda par la suite, mais c'est pas systématique non plus. »

C) Rôle du médecin généraliste et attentes du patient selon lui

a. Attentes du patient lorsqu'il parle de son trouble du sommeil

Pour plusieurs médecins, lorsqu'un patient parle de son trouble du sommeil, il cherche avant tout de l'écoute :

M8 : « bah déjà il a besoin qu'on l'écoute si déjà il vient en parler, il a besoin qu'on l'écoute... ».

M2 : « Bah de l'écoute et puis trouver une solution. »

M1 : alors 1- je pense qu'il attend une écoute, parce que derrière son trouble du sommeil, il sait très bien qu'il y a autre chose. Donc bien l'écouter pour le déroulé de l'interrogatoire c'est important. 2- pour la plupart, c'est être rassuré. La première des choses c'est leur faire bien comprendre qu'on peut tous avoir des troubles du sommeil et qu'ils sont comme les autres... »

Pour d'autres, le patient vient plutôt chercher un traitement médicamenteux :

M3 : « Ah bah le patient il veut dormir donc je pense qu'il veut des médicaments. »

M6 : « un traitement » « Des conseils ou traitement mais souvent quand ils sont arrivés à nous en parler spontanément, c'est qu'ils attendent quelque chose derrière, ils attendent une réponse. »

M7 : «il attend essentiellement un médicament ».

b. Le médecin a le rôle essentiel de relativiser et dédramatiser la situation

M12 : « même si ils viennent en parler, c'est vrai qu'on a maintenant un peu plus d'accès à la thérapie cognitive et comportementale et ça c'est quand même quelque chose... ça aide et ça aide des fois sur des...déjà à faire ça, démystifier un peu leur dire « bah y a quand même des petites techniques qui peuvent vous aider » ».

M13 : « et au-delà de la crainte d'utiliser un produit pharmaceutique avec ces conséquences, c'est aussi d'adhérer à un trouble qui en fait n'est pas, et là finalement elle croyait qu'elle avait un trouble du sommeil important, majeure, justifiant une prise en charge pharmaceutique et en fait non ! donc ».

M8 : « quand on écoute les gens, quand on analyse leurs plaintes, qu'on les fait analyser leurs plaintes et leur fait analyser leurs symptômes ben ça relativise un certain nombre de choses et on se retrouve... la demande change donc on espère qu'il y a un effet médecin oui. ».

M4 : « Je pense qu'il attend de moi souvent que je dédramatise la situation, que je le rassure pour qu'il puisse reprendre un sommeil naturel, seul, sans chimie ou avec des alternatives phytothérapeutiques, homéopathiques, relaxation, le sport, l'hygiène de vie. Donc y a, la première chose souvent c'est mesures hygiéno-diététiques et de réassurance du médecin traitant que les patients attendent et puis de dédramatisation en disant « oh vous êtes pas le seul hein ! » ça doit toucher effectivement une très grande partie de la population probablement toute la population sur au moins une partie de la vie de la population, de chacun de nous et puis voilà. »

D) Le patient, confronté à la perception erronée de son sommeil et à la peur d'être jugé

Selon plusieurs médecins, le patient a la plupart du temps une mauvaise perception de son sommeil :

M8 : « L'écoute, oui ! pour les problèmes un petit plus compliqués, proposer un calendrier du sommeil etc. pour évaluer un petit peu les choses parce que bon, on sait qu'en fait les insomniaques ils ont un temps de sommeil équivalent à tout le monde ».

M9 : « ...en fait là je rejoins ce que M8 dit, souvent les patients, la plupart du temps ont une mauvaise perception de leur sommeil et même en remplissant leur agenda du sommeil, ils se rendent compte ben « en fait je dors pas si mal que ça » ».

M14 : «... c'est vrai que les personnes âgées qui disent « bah je dors pas » mais qui se couche à 20h et qui se lèvent, qui se réveillent à 5h du matin, je leur dis « bah dis donc vous dormez super bien, faut rien changer à l'affaire ! »... ».

Il fallait donc faire réaliser au patient un agenda du sommeil pour qu'il prenne justement conscience de ses croyances erronées :

M8 : «... le seul outil objectif, enfin qui tend vers l'objectivité c'est l'agenda du sommeil parce que le reste... c'est comme le dit M9, entre ce qu'ils vont te décrire, même ce qu'ils te décrivent ça correspond pas à la réalité, c'est leur ressenti bien entendu, y a une réalité qui est leur ressenti mais même quand c'est eux qui réalisent cet agenda ça correspond pas, enfin dans un certain nombre de cas, ça correspond pas à... ils sont surpris d'eux. »

M9 : « ... souvent les patients, la plupart du temps ont une mauvaise perception de leur sommeil et même en remplissant leur agenda du sommeil, ils se rendent compte ben « en fait je dors pas si mal que ça » et puis en faisant des agendas du sommeil, j'ai pu dépister des gens qui étaient en fait des très petits dormeurs, qui avaient besoin de 4 ou 5 heures par nuit et en fait ils sont très biens... ».

Un médecin pointait le fait que les patients souffrant d'insomnie avaient peur d'être stigmatisés par leurs proches une fois qu'ils parlent de leur trouble du sommeil :

M4 : «... parce que c'est dur de dire « j'ai pas dormi cette nuit » parce que comment on va nous regarder ? On va dire « oh bah il est pas efficace », si tu dis au travail « j'ai pas dormi cette nuit » alors là « oh bah il a pas encore dormi... il a une sale tête... toute façon il va encore rien faire... on va le licencier », ça entraine une peur chez les gens. Ou alors si on dit on a pas dormi, les gens vont dire « bah alors prends pas la voiture » ou alors je sais pas « viens pas ce week-end » donc ça peut mettre à l'écart l'insomnie, donc les gens en parlent pas entre eux donc ils savent pas que les autres vivent cette insomnie et ils ont tendance à dramatiser la chose... ».

... ou par leur médecin traitant.

Quelques médecins ont évoqué le fait que parfois le patient peut se confier plus librement à un médecin qu'il ne connaît pas ou remplaçant de son médecin traitant par peur d'être jugé ou parce qu'il ne se sentait pas suffisamment à l'aise pour se confier :

M8 : « oui, en tout cas ce qui est bénéfique c'est de se sentir en confiance avec le soignant qui est en face et on le voit bien... enfin moi je l'ai vu à plusieurs... constaté à plusieurs reprises étant donné que la gente féminine est quand même largement majoritaire parmi les internes ce qui n'est pas un problème, loin s'en faut, y a des fois on écoute des choses chez les patients qui ont livré des choses à l'interne, alors qu'on les voit depuis X années et qu'ils nous ont jamais livré nous et qui peuvent permettre de dénouer des choses ! c'est pas exceptionnel. »

M10 : « on connaît toute la famille... ».

E) La compréhension par le patient de son trouble : la clé de la prise en charge

Face à une plainte d'insomnie, la réponse du médecin traitant est primordiale et va être déterminante dans la suite de la prise en charge. En effet les médecins interrogés estiment que même si le patient demande d'emblée un traitement médicamenteux, si son médecin explique, le sensibilise, celui-ci-ci comprend son trouble et sa demande va changer :

M1 : « déjà un c'est toujours le même problème, c'est la création d'un lien de confiance entre le patient et le médecin. Si tu l'as pas, et bah tu n'interviendras pas sur l'insomnie. Une fois que la relation de confiance voire l'expérience qu'a eu le médecin qu'il est capable d'expliquer au patient et transmettre, le patient est plus à même de comprendre comment gérer son insomnie et donc accepter différentes phases de la gestion. Ça je pense que c'est vrai. »

M3 : « Ben, dans le sens où déjà, que ce soit dans la prise en charge de l'insomnie ou autre, clairement, y a beaucoup de gens qui ressortent d'une consultation, des fois même sans traitement, ça va mieux simplement parce qu'ils en ont parlé. Donc on voit bien qu'il y a quand même un gros facteur psychogène dans tout ça. Après, je pense que ce qui est bien aussi c'est d'expliquer ne serait-ce que les cycles de sommeil, d'expliquer aux gens comment se passe un cycle de sommeil et leur expliquer que bah des fois on se réveille et c'est pas grave, déjà ça enlève un...ça peut aider les gens à comprendre leur propre cycle de sommeil et apprendre à ne pas s'angoisser parce qu'ils se sont réveillés en plein milieu de la nuit et qu'ils arriveront pas à se rendormir. ».

F) Les patients conscients face aux traitements médicamenteux

Certains médecins remarquaient que dans certaines situations, le patient refusait de lui-même un traitement médicamenteux :

M12 : « oui, c'est vrai qu'il y a de plus en gens qui ne souhaitent pas de médicaments je trouve ! »

M11 : «... Elle se sentait très bien, par contre aujourd'hui elle est venue pour me dire qu'il y a un peu d'anxiété qui commence à remonter et ça l'empêche de dormir, donc la première proposition qui m'est venue en tête, c'était de lui proposer Alprazolam, ce qu'elle avait avant, mais c'est elle qui m'a demandé quelque chose de plus léger, elle a peur de tomber dans la dépendance... ».

Ce changement s'expliquait selon eux, grâce à l'intervention de deux facteurs :

a. Grâce à leur médecin traitant

En effet, le fait de discuter, d'être sensibilisé aux effets indésirables de certains médicaments par leur médecin traitant, induisait un changement chez le patient qui changeait d'avis et qui ne souhaitait plus de traitement médicamenteux :

M10 : « moi j'ai récemment eu en consultation une dame de 60 ans peut être un peu plus je ne me rappelle pas, elle m'a parlé d'insomnie mais après on a commencé à discuter, on a trouvé que finalement elle dort pas aussi mal et elle me dit « bah non vous me prescrivez rien c'est pas... » ».

M8 : « , y a un certain nombre de patients « bah oui vous avez raison en fait c'est peut-être pas raisonnable de prendre les risques de commencer ce type de traitement en connaissant.. » parce que bon moi j'expose les effets secondaires qu'il y a à prendre ce type de médicaments et y a un deal enfin y a une négociation...une négociation avec le patient « est-ce que vous pensez vraiment que ça vaut le coup ? ».
« ... et puis il y a la formation qu'on leur donne aussi nous ! ».

b. Grâce à internet

Le fait de se renseigner d'emblée sur un médicament par le patient a été évoqué :

M12 : « je pense qu'ils sont au courant des effets indésirables (rire) qu'on leur dit d'emblée »
«... l'internet change peut être les choses c'est sûr ».

Internet donnait aussi accès à certaines ressources très utiles :

M9 : « Moi je pensais aux plus jeunes qui sont beaucoup sur internet, qui font parfois... qui connaissent des tutos de méditation ou des petites applis pour faire des méditations, moi je leur parle « et puis vous avez tenté de faire un quart d'heure de méditation avant de vous coucher » et puis « ah oui c'est vrai ça peut être une bonne idée » ceux-là sont accessibles et j'ai l'impression un peu les mêmes qui sont moins demandeurs de médicaments... ».

M12 : « bah de l'autohypnose c'est facile, c'est pas compliqué, tu vas sur internet tu trouves des trucs tout simples qui fonctionnent relativement bien ».

M14 : « ... sur leur portable j'ai des patients qui me disent « on a des trucs où on rentre en méditation » et en fait ça permet de lâcher prise, moi je suis pas du tout opposée à ça ».

G) Le médecin face aux traitements médicamenteux

a. Le médecin sensibilisé à la prescription médicamenteuse

Pour plusieurs médecins, le médecin a été sensibilisé à la prescription médicamenteuse :

M5 : « Ouais mais je pense qu'on est la génération qui a été très sensibilisée aussi par rapport à ça hein, justement hein, au niveau des prescriptions on fait quand même plus attention, je pense ».

M8 : « Pendant des décennies, problèmes de sommeil donc « somnifères » ou médicaments pour induire le sommeil, ça a été ça pendant très longtemps ».

M12 : « je pense qu'autrefois... ce que tu disais tout à l'heure, on réfléchissait moins peut être mais ... et puis on se sentait... on était moins culpabilisé ».

b. Le médecin confronté aux addictions médicamenteuses

Il est confronté tous les jours aux addictions aux hypnotiques :

M4 : « ... benzodiazépines demi-vie courte et des hypnotiques parfois malheureusement que j'ai récupéré, notamment le Zolpidem qui est un poison et que j'ai récupéré de mon prédécesseur et ça fait douze ans que je suis installé et je ne parviens pas à sevrer un certain nombre de patient qui est absolument minoritaire dans ma patientèle, mais qui est quand même là tous les mois et qui vient chercher ses hypnotiques et ça c'est absolument catastrophique... ».

M5 : « ... j'ai énormément de mal à leur faire arrêter justement l'automédication systématique tous les soirs. Ils seraient prêts même à changer de médecin traitant hein ! Pour avoir la prescription hein ! ».

M2 : « Ben quand toutes nos petites mamies qui sont sous hypnotiques depuis 20 ans... moi j'arrive à les diminuer mais j'arrive très rarement à les sevrer quoi ».

La plupart du temps, le médecin généraliste n'est pas le premier prescripteur des hypnotiques, il hérite souvent des prescriptions de son prédécesseur :

M5 : « Ecoute au niveau du Zolpidem... j'essaie vraiment de leur faire arrêter le plus possible mais c'est une galère ... Tout ce qui est prescription Zolpidem, Zopiclone, donc c'est souvent pas moi qui ai fait les instauration de traitement comme je te disais et quand je reprends des prescriptions d'anciens médecins... ».

M6 : « Et si je disais à mes patients justement qui sont sous Zopiclone, etc. je leur dirais de venir tous les mois, mais ils le feraient et ils rouspéteraient pas, mais bon je le fais pas parce qu'on est suffisamment débordé donc comme je sais c'est des patients qui ont été mis par mon prédécesseur sous ces traitements, ça fait 20 ans qu'ils prennent ça ».

M8 : « non, non mais le principe de prescrire de façon régulière un hypnotique oui mais encore une fois on a des patients qui prennent des hypnotiques depuis des années avant qu'on les ait pris en charge etc. ... ».

Il évite donc dans la mesure du possible d'être dans la prescription systématique...

M5 : « Alors, j'essaie de ne pas être dans la prescription facile et systématique, donc, de proposer quand même des solutions alternatives, euh, comme je te disais, avec tout ce qui est un peu médecine parallèle, et puis en général le patient revient vers toi quand il est en échec en fait, quand ça a pas fonctionné. »

M3 : « Ah bah on reprend le problème au départ. C'est-à-dire que je fais mon interrogatoire et je ne donne quelque chose que si nécessaire mais la majorité du temps.. je donne pas ».

M8 : « après j'essaie de ne pas être dans la réponse immédiate... ».

... et prescrit des hypnotiques en derniers recours :

M1 : «Alors, moi j'en prescris très peu. Quand il y a un problème de sommeil, je leur dis souvent d'ailleurs, et que je n'arrive pas à analyser, je renvoie vers un psy. Franchement je n'en prescris pas beaucoup, je fais des renouvellements oui, mais de première intention franchement je n'en prescris pas beaucoup. Je préfère avoir un avis psy avant ».

M6 : « Non, non, franchement je leur dis toujours d'essayer... alors sauf si ils ont déjà essayé eux même sans m'en parler avant, là oui effectivement, mais sinon non, j'ai toujours d'abord commencé par un truc... un soft (rire) ».

M2 : « Ça m'arrive mais pas en première intention. Je le fais en 2ème intention chez l'anxiodépressif où le traitement anxiolytique n'a pas suffi, pour essayer de récupérer un rythme du nyctémère... avec toutes les mesures hygiéno-diététiques dans la journée adaptées. J'essaie de le prescrire sur une durée courte, ne pas en abuser quoi ».

Le médecin prescrit en première intention des médicaments qu'il considère comme légers ou non addictifs, il a en effet sa propre définition d'un traitement non addictif :

*M1 : «... pour le sommeil je lui proposé de faire de l'activité physique, d'aller au soleil dès qu'il y en aurait, et de commencer par les médicaments les plus bas possibles en thérapie »
« ... Et les hypnotiques je ne prescris pas parce que je prescris d'abord du Donormyl en 1ère intention et ça c'est de mon expérience, j'en parlerais à la fin. Ou du Lindilane tout bête qui peut suffire voilà. Ou un tranquillisant le soir donc du Xanax... ».*

*M7 : « Ah non ! Zolpidem niet et puis éventuellement l'Imovane oui mais le Zolpidem je le prescris très peu parce qu'il y a l'ordonnancier et puis ça c'est vraiment addictif donc ... »
« Dans ce sens là oui. Mais je prescris pas de Zolpidem en 1ère intention de peur qu'ils deviennent vraiment accros »
« Alors que le Temesta c'est moindre les produits comme ça »
« ... sinon y en a un autre qui marche très bien c'est le Bromazépam, ça a une longue durée d'action et il me semble pas que ce soit très addictif ».*

M11 : « Elle se sentait très bien, par contre aujourd'hui elle est venue pour me dire qu'il y a un peu d'anxiété qui commence à remonter et ça l'empêche de dormir, donc la première proposition qui m'est venue en tête, c'était de lui proposer Alprazolam, ce qu'elle avait avant,

mais c'est elle qui m'a demandé quelque chose de plus léger, elle a peur de tomber dans la dépendance et donc dans ce cas-là, je ne sais pas ce que ça va donner, mais je lui ai prescrit un peu de Stresam, à prendre 2 gélules le soir pour voir qu'est-ce que ça va donner ».

*M14 : « Je donne assez facilement de l'Atarax si c'est quelqu'un qui a pas de soucis de santé, cardiaque etc., je donne aussi facilement un tout petit peu d'Atarax le soir... »
« Y a pas de dépendance... ».*

H) Vécu et conséquences de l'insomnie sur la pratique du médecin généraliste

Chez certains médecins, le fait d'avoir recours à une prescription de tel ou tel médicament était influencé inconsciemment (ou non) par leur propre expérience personnelle :

M1 : « alors moi j'ai déjà souffert d'insomnie quand j'ai fait un épisode de Burn out euh il y a maintenant 15 ans »... « Et donc là à un moment donné, je me suis dis ben qu'est ce que je prends et en fait j'ai pris des hypnotiques... et j'ai arrêté très vite parce qu'en fait et je l'explique au patient mais je sais pas si c'est pareil pour tout le monde en fait t'as l'impression d'avoir eu un trou noir. Et quand tu te réveilles t'es aussi fatigué qu'avant, comme si t'avais pas dormi. Et en fait t'as pas un sommeil récupérateur et donc moi j'explique au patient que moi je suis pas chaud à cause de ça parce que si tu donnes du Lindilane ou du Donormyl par exemple et que c'est efficace t'auras dormi 4h mais t'auras dormi un vrai sommeil récupérateur ce qui est totalement différent ».

M7 : « Moi, personnellement oui dans une époque de ma vie j'ai pris du Lexomil et ça marche très bien, j'aime bien les vieux médicaments moi... ».

M5 : « Oui, moi j'ai déjà souffert d'insomnie... »

« Et dans ce qui est traitement médicamenteux aussi, parce que c'est une période où j'ai aussi pris l'Alprazolam justement, pas de façon systématique, mais de manière occasionnelle, vraiment quand ça faisait plusieurs nuits je dormais pas... » « Forcément oui, ça influence forcément de toute façon. Ya pas que les troubles du sommeil hein. Ya pleins d'autres choses qui peuvent influencer la pratique oui »

« J'essaie vraiment de bien insister tu vois même quand je prescris l'Alprazolam au départ, de ne pas être dans une automédication systématique, c'est-à-dire de ne pas le prendre tous les soirs... ».

Pour d'autres, il faut absolument être conscient qu'on est différent du patient et ne pas mélanger les situations :

M4 : «... dans mon cas effectivement je n'ai rien pris et le sommeil revient mais ce n'est valable que pour moi et je pourrais pas projeter mon vécu à celui du patient parce que personne ne se ressemble »

« Je crois qu'il faut que ce soit séparé parce que sinon ça peut amener à faire des erreurs juste par mimis, ça ne suffit pas, on ne se ressemble pas, on ne peut pas faire du copier collé de prise en charge ».

M14 : « J'en ai jamais pris. Jamais, jamais. Même de l'Atarax hein, je donne de l'Atarax, je donne de l'Euphytose, je n'ai jamais rien pris. »

La plupart du temps, les médecins s'accordaient sur le fait qu'avoir vécu un trouble du sommeil

aidait principalement à comprendre le patient ...

M10 : « Bah je pense que ça m'aide parce que comme c'est vécu des fois tu comprends plus facilement la personne qui te parle... »

M2 : « Ben déjà, de l'avoir vécu, on sait ce qu'ils ressentent quant à 4h ou 5h du matin, on ne dort pas (rire) et qu'on essaie de fermer les yeux. On se sent plus proche d'eux quand on l'a vécu... »

... et ainsi rassurer le patient :

M5 : « Oui, moi j'ai déjà souffert d'insomnie. C'était souvent en période... ben comme je t'ai dit au départ, surmenage professionnel plus enfants en bas âge qui dorment pas et puis qui te réveillent la nuit, euh et justement quand t'es passée par ce genre de période, t'arrives justement un peu à temporiser les choses et puis à rassurer aussi »

M8 : « Bah surtout pour aider à relativiser, au fait que c'est pas parce que y a des périodes comme ça que nécessairement ça voilà, c'est physiologique, de toute façon la dette de sommeil qu'on va créer en tout cas de sommeil paradoxal, on va la récupérer à un moment ou à un autre... oui ! je pense que ça aide... ».

Ceux qui n'avaient pas souffert de troubles du sommeil considéraient qu'ils comprenaient moins bien le patient :

M6 : « Ouais ben ça peut influencer dans le fait que je ne sais pas ce qu'ils ressentent »

« Bah oui, parce qu'en fait comme je sais pas ce que c'est de mal dormir, je pourrais être influencée dans le sens en disant « bah peut-être qu'ils en rajoutent quoi.. » ».

M9 : « Alors moi non plus je sais pas ce que c'est l'insomnie... » «... ce qui était super, donc là je me dis tout le temps que les patients ont quand même une mauvaise perception de leur sommeil quoi mais je l'ai jamais vécu moi donc ... je peux pas... ».

I) Le sevrage, un vrai « casse-tête » pour le médecin généraliste

La plupart des médecins interrogés ont tenté de sevrer les hypnotiques, en vain :

M2 : « Ben quand toutes nos petites mamies qui sont sous hypnotiques depuis 20 ans... moi j'arrive à les diminuer mais j'arrive très rarement à les sevrer quoi. Et en fait les gens se disent "ben j'ai mes médicaments j'en ai besoin"... »

M4 : « C'est absolument problématique parce qu'au départ, tu te bats contre, tu vois que ça ne fonctionne pas et que les gens sont agressifs ou qu'ils ne reviennent pas et qui l'obtiennent ailleurs, donc c'est un combat perdu, au fil des années tu renouvelles de manière aveugle un hypnotique à des patients qui viennent pour ça d'ailleurs. Et tu cherches plus d'alternative, parce que tu as perdu le combat, tu sais que tu as été vaincu pendant des années et que tes conseils ou l'aide à l'alternative de l'hypnotique n'a pas fonctionné ou ils ont pas voulu t'écouter je sais pas, ou ils ont pas voulu d'alternative et du coup toi t'abandonnes et puis ben tu leur donnes ce qu'ils veulent »

M6 : « Oui, parce que j'ai des patients qui sont très âgés, qui prennent ça depuis très longtemps, donc eux, y a aucune chance de réussir à leur arrêter même si j'ai déjà essayé donc ça c'est vrai que c'est embêtant de faire tous les mois, après moi je fais pas tous les mois hein. »

M5 : « Ecoute au niveau du Zolpidem... j'essaie vraiment de leur faire arrêter le plus possible mais c'est une galère ... »

Un médecin a avoué avoir fait appel à un spécialiste pour sevrer l'une de ses patientes :

M9 : « ... c'était au moment du COVID parce que du coup j'ai réussi à lui avoir une consultation à Lariboisière avec le spécialiste du sommeil pour un sevrage en Benzo... ou apparentés Benzo, qu'elle fait à distance... »

Un autre préfère prendre l'avis d'un psychiatre avant d'initier tout traitement hypnotique :

M1 : « Franchement je n'en prescris pas beaucoup, je fais des renouvellements oui, mais de première intention franchement je n'en prescris pas beaucoup. Je préfère avoir un avis psy avant ».

J) Le médecin généraliste et l'empathie

Certains médecins trouvaient qu'ils étaient de moins en moins empathiques :

M13 : « Ben non ! ça c'est justement une autre histoire... j'ai l'impression que »

Et M8 enchaîne: *« D'être de moins en moins empathique »*

Puis M13 ajoute *« oui ! »*

Pour eux, deux raisons expliquaient cela :

- Le manque de reconnaissance :

M13 : « Et puis y a pas à dire je veux dire on a plus... les fois où on a un brin de reconnaissance... »

« oui mais dans le début de nos activités, on avait ... ça aussi c'est parce que la première partie de notre expérience c'était du pain béni, on était...on était nourri de cette reconnaissance permanente quoi... »

M9 : « ... parfois y en a on a l'impression de pas avoir fait grand-chose ils sont hyper reconnaissants et puis d'autres où on a mis de l'énergie, on a mis du temps et qui ont pas du tout de reconnaissance, ils ont pas du tout la même perception qu'on a eu de cette relation, des consultations, de l'énergie employée en fait. »

M12 : « ... Ils te mettent pas à la même place quoi, ils te mettent pas à ta place donc effectivement finalement tu fais ce qu'ils attendent de toi, si ils ont de la reconnaissance envers toi t'as certainement beaucoup plus de reconnaissance envers eux... » « je pense que c'est normal et c'est un petit peu ça qui est malheureux effectivement je suis assez d'accord avec toi oui, ça fait un peu vieux de dire ça mais c'est vrai qu'on a l'impression que les gens sont de moins en moins reconnaissants oui ! »

- La nécessité de se préserver :

M8 : « Bah c'est aussi le fait qu'on peut pas non plus être dans l'empathie tout le temps sinon on s'épuise, je parle pas de ton cas, de ce que tu viens de décrire mais quand tu disais avant j'ai

l'impression d'être de moins en moins empathique mais d'un autre côté, l'empathie ça te consume, ça te consomme donc faut se protéger hein ! »

M9 : « Ah oui heureusement qu'on met pas tous toute la même empathie chez tout le monde parce que effectivement oui, ça consomme, ça consomme de l'énergie, de l'écoute, c'est pas évident, qu'il y ait de l'écoute active oui mais pas avec autant d'empathie... ».

DISCUSSION

I- Résultat principal

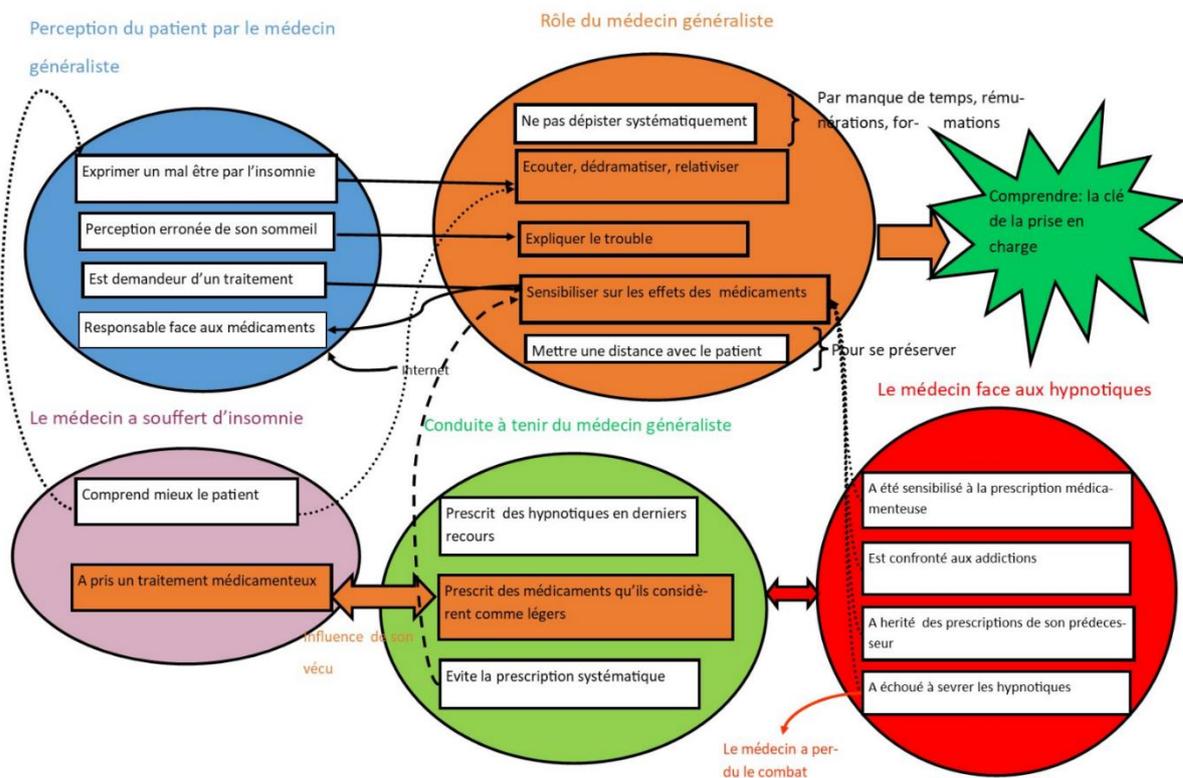


Illustration 2 : Schéma de synthèse de l'étude

Le patient se plaignant d'insomnie exprimait une souffrance pour le médecin généraliste. L'insomnie servirait en fait à exprimer un mal-être que le médecin devait rechercher et identifier. Ce mal-être pouvait avoir plusieurs origines qu'elles soient physiques, somatiques ou psychosomatiques. Ainsi l'insomnie ne serait jamais une maladie à part entière mais toujours le symptôme d'un autre trouble.

Le médecin ne dépistait pas systématiquement l'insomnie ou uniquement si le motif de consultation s'y prêtait par exemple dans le cas d'une dépression. Trois raisons étaient invoquées : une faible rémunération, un manque de temps et enfin un manque de formations. En effet parfois le médecin considérait qu'il manquait de formations concernant l'insomnie et le sommeil de manière générale, de même le fonctionnement de l'agenda du sommeil n'était parfois pas connu. A l'inverse, lorsque l'agenda du sommeil et son fonctionnement étaient bien connus, il était considéré comme un gain de temps et l'un des meilleurs moyens de préciser les troubles du sommeil.

Pour le médecin généraliste, lorsque le patient parlait de son insomnie, il cherchait en premier lieu de l'écouter, parfois il formulait directement une demande de traitement médicamenteux. Face à cette plainte, le médecin avait le rôle essentiel de relativiser et de dédramatiser la situation. En effet, le médecin considérait que la plupart du temps, le patient avait une perception erronée de son sommeil, le rôle du médecin était donc de lui faire prendre conscience de la réalité de son sommeil. Cette prise de conscience passait parfois par la

réalisation d'un agenda du sommeil mais la plupart du temps consistait à analyser avec le patient son sommeil. Parfois le médecin avait l'impression que le patient craignait d'être jugé par son médecin traitant et que la présence d'un remplaçant à sa place permettait d'approcher des sujets jamais abordés jusque-là.

Le médecin généraliste considérait que la compréhension du patient de son trouble était essentielle afin de le traiter. Cette compréhension passait par l'explication des différents cycles de sommeil, son fonctionnement et des différentes thérapeutiques utilisées dans ce trouble notamment les règles hygiéno-diététiques. Pour lui, si le patient comprend son trouble, sa demande va parfois changer. En effet, le médecin généraliste avait aussi pour rôle de sensibiliser son patient sur les traitements médicamenteux. Il avouait pourtant que parfois le patient se renseignait de lui-même sur internet concernant les effets indésirables de certains traitements médicamenteux.

Internet n'était pas seulement un moyen pour le patient de se renseigner sur les effets indésirables d'un traitement, il constituait aussi un accès inépuisable à certaines ressources très utiles comme l'autohypnose ou encore la méditation via des applications.

Pour pouvoir sensibiliser son patient, le médecin considérait qu'il avait lui-même déjà été sensibilisé à la prescription médicamenteuse sans préciser de quelle manière. Cette sensibilisation médicamenteuse pouvait s'expliquer par le fait que le médecin était confronté quasiment tous les jours lors de sa pratique aux addictions médicamenteuses notamment à celles aux hypnotiques. Il considérait qu'il n'était en général pas le premier prescripteur des hypnotiques mais qu'il héritait des prescriptions de son prédécesseur.

Cette expérience des addictions aux hypnotiques le poussait à éviter la prescription médicamenteuse systématique et à avoir recours aux hypnotiques uniquement en cas de traumatisme aigu ou de stress majeur.

Le médecin prescrivait en première intention des médicaments qu'il considérait comme légers, il avait sa propre perception de ce qu'est un médicament léger. Plusieurs traitements étaient cités : Donormyl, Lindilane, Xanax, Temesta, Bromazépam, Stresam et Atarax.

Cette perception de ces médicaments étaient parfois influencée par le vécu du médecin généraliste, en effet on remarquait que le traitement parfois cité par le médecin correspondait au traitement qu'il avait lui-même déjà expérimenté lors d'une période de sa vie où il avait lui-même souffert d'insomnie. Ce rapprochement était parfois conscient pour le médecin généraliste sans que cela ne lui pose problème.

Pour le médecin, avoir vécu une période d'insomnie aidait surtout à comprendre le patient et à le rassurer.

Etant en première ligne de prescription et de renouvellement d'hypnotiques, le médecin généraliste avait tenté de les sevrer, sans succès. Pour lui, la plupart des patients sous hypnotiques depuis plusieurs années étaient difficiles à sevrer notamment les personnes âgées, il pouvait parfois diminuer le traitement sans jamais arriver à leur faire arrêter. Il était même parfois confronté à une certaine agressivité de leur part. Il considérait qu'il avait donc perdu le combat contre les hypnotiques.

Le médecin généraliste pensait avoir changé et avouait être de moins en moins empathique

dans sa pratique. Pour lui, deux raisons pouvaient expliquer ce changement : en premier lieu un manque de reconnaissance de la part de ses patients et enfin la nécessité de se préserver afin de ne pas s'épuiser. Une conclusion s'imposait donc à lui, il était nécessaire de mettre une distance émotionnelle avec le patient, assez courte pour le soigner dans les meilleures conditions mais assez longue pour se préserver.

II- Comparaison avec la littérature

En 2006, la HAS publiait des recommandations indiquant la démarche diagnostique du médecin généraliste lorsque le patient se plaint d'insomnie. Elle préconise une évaluation clinique comprenant un entretien approfondi et l'utilisation d'un agenda du sommeil. Il apparaît que tous les médecins de l'étude réalisaient en effet une évaluation clinique globale avec un entretien approfondi, cela dit tous n'utilisaient pas un agenda du sommeil, considérant parfois qu'un bon interrogatoire était amplement suffisant.

Pour les médecins interrogés, l'insomnie était perçue comme un symptôme, la plupart du temps, d'une pathologie anxio-dépressive et jamais comme une maladie à part entière. Les insomnies chroniques avec comorbidités et les insomnies par mauvaise perception du sommeil étaient le plus souvent citées comme causes sans jamais citer la classification ICSD-3 (2).

Quelques médecins préconisaient l'utilisation de l'agenda du sommeil afin de prendre en charge les patients même si la plupart avouait que l'interrogatoire leur suffisait pour caractériser l'insomnie. Selon la situation, certains questionnaires comme l'échelle de dépression de Hamilton (2) et l'échelle de somnolence d'Epworth (cf. annexe 2) étaient réalisés ce qui concorde avec les recommandations (2).

L'insomnie n'était pas dépistée systématiquement mais selon le motif de consultation du patient, le médecin préférait en général que le patient aborde lui-même le sujet. Pourtant seulement la moitié des personnes souffrant d'insomnie chronique en parlent à leur médecin traitant (27)(25) et d'après une étude menée par la Gallup Organisation aux Etats-Unis, 69% des patients souffrant de troubles du sommeil n'en ont jamais parlé à leur médecin (28). Ces données montrent bien que l'insomnie aurait tout intérêt à être dépistée d'emblée par les médecins généralistes.

Les médecins interrogés invoquaient pour la plupart un manque de temps et de formation au dépistage. Nous n'avons pas retrouvé jusque-là d'étude explorant les freins au dépistage de l'insomnie. D'après une thèse réalisée en 2020 sur les « Ressentis des médecins généralistes sur la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique », plusieurs médecins avouaient un faible intérêt pour l'insomnie et leur statut de première ligne les contraignait à s'en préoccuper (29). Ceci constitue une piste sur la raison réelle d'un manque de dépistage de cette pathologie.

Face à cette plainte, les médecins généralistes interrogés préconisaient dans un premier temps une éducation à l'hygiène de sommeil afin de sensibiliser le patient aux mauvaises habitudes de sommeil. Ces résultats concordent avec les méthodes non médicamenteuses conseillées (3). Parfois, la réalisation d'un agenda du sommeil permettait de faire relativiser au patient la sévérité de ses troubles. En effet, les médecins considéraient que la plupart du temps le patient avait une mauvaise perception de son sommeil, ce sujet a été largement abordé par les médecins généralistes, ce qui explique que les insomnies par mauvaise perception du sommeil (2) étaient souvent citées comme cause fréquente d'insomnie.

La plupart des médecins considéraient que la clé de la prise en charge de l'insomnie résidait dans la compréhension de ce trouble par le patient qui passait par l'explication du fonctionnement physiologique du sommeil, bien qu'elle ne figure pas dans les recommandations de la HAS (2). Cela dit, la HAS recommande de réaliser un bilan étiologique à la recherche de la cause de l'insomnie ce qui est en accord avec les résultats de cette étude où les médecins analysaient avec le patient son sommeil en vue de comprendre la cause de son insomnie.

Dans une thèse réalisée en 2013 visant à explorer les attentes des patients sur la prise en charge de l'insomnie (13), les patients ont exprimé le besoin de comprendre la cause de leur insomnie et considéraient que cela faisait partie de la prise en charge thérapeutique. Cela concorde également avec les résultats de notre étude qui montrait que la compréhension par le patient de son trouble peut avoir un effet thérapeutique.

Les médecins interrogés sensibilisaient également les patients sur les traitements médicamenteux. Cette sensibilisation est en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise en cas de prescription d'hypnotique que « le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter » (2).

Le médecin était confronté très souvent aux addictions médicamenteuses ce qui peut expliquer sa propension à sensibiliser les patients sur les effets indésirables de certains traitements notamment les hypnotiques. Ceci s'explique par le fait que la France serait l'un des pays les plus consommateurs de médicaments au monde, y compris de médicaments psychotropes (30). A force d'être confronté aux addictions médicamenteuses, les médecins avouaient éviter la prescription médicamenteuse systématique et avoir recours aux hypnotiques uniquement si nécessaire. Cette prise en charge concordait avec celle de la HAS qui préconisait une prescription médicamenteuse prudente lorsqu'il y a recours à un hypnotique (2). L'expérience acquise au fil des années de pratique enrichissait en effet leurs connaissances (31).

Les médecins de l'étude pointaient le fait qu'ils héritaient la plupart du temps des prescriptions d'hypnotiques de leur prédécesseur. Ils se sentaient obligés de renouveler les traitements et arrivaient très rarement à sevrer les patients âgés qui les prenaient depuis de longues années. Certaines études expliquaient qu'ils les maintiennent en mettant en avant que les patients ne peuvent plus s'en passer (31,32) et qu'il est ardu de changer les habitudes médicamenteuses de certains patients (14).

Les médecins ont pour la plupart tous avoué avoir tenté au moins une fois de sevrer les hypnotiques, ils se heurtaient parfois à des patients agressifs ou qui refusaient cette démarche comme retrouvé dans une thèse réalisée en 2013 sur la « Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin: exploration des difficultés ressenties » (14).

La HAS conseille de prescrire lorsque nécessaire un sédatif léger (phytothérapie) ou hypnotique adapté au profil d'insomnie du patient et susceptible d'induire le moins de conséquences sur la vigilance diurne(2).

Certains traitements cités par les médecins généralistes de l'étude tel que le Lindilane ou le Stresam n'étaient pas recommandés. Chaque médecin avait sa propre préférence en termes de médicament prescrit en 1^{ère} intention et elle s'expliquait parfois par le fait que le médecin l'avait lui-même expérimenté.

Selon Verger, 12% des médecins prendraient des psychotropes (33) et les études suggèrent

qu'un médecin généraliste qui prend lui-même des hypnotiques en prescrit plus systématiquement à ses patients (15), il existe donc un lien entre le comportement des médecins vis-à-vis de leur sommeil et leur manière de prendre en charge un patient souffrant du même trouble.

Selon les études, les médecins se considéraient comme empathiques et leurs propres troubles du sommeil leur permettaient de comprendre les patients (31). Ils essayaient de maintenir malgré tout une certaine distance (31).

Dans notre étude, le médecin généraliste se considérait de moins en moins empathique. Il pensait en effet qu'il avait changé pour se préserver émotionnellement, montrant bien que les médecins généralistes sont conscients qu'il est nécessaire de trouver la juste distance entre eux et le patient car un excès d'empathie peut conduire au burn-out et au déclenchement d'une dépression (34). Cette notion de distance est également abordée dans une étude explorant la représentation de l'empathie par les internes de médecine générale (35).

Pour expliquer cette diminution de l'empathie, les médecins de l'étude invoquaient également un manque de reconnaissance de la part de leurs patients. La perception fréquente de la remise en cause de leurs compétences par les patients est associée à des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (36) (37). Il existe des situations où le soignant s'est consacré à son travail en faisant le maximum et où il s'attend à une appréciation positive. C'est l'inverse qui se produit, l'acuité du soignant est mise en doute ou suscite méfiance et réprobation, des comptes lui sont demandés ; Au pire il est contraint de faire face à une agressivité verbale ou physique (3).

III- Forces et limites

L'objectif principal de cette étude était d'explorer comment les médecins généralistes perçoivent la plainte insomnie. Le second objectif était d'explorer de quelle façon le vécu de l'insomnie des médecins généralistes influence la prise en charge de leurs patients qui souffrent de cette même pathologie.

Concernant la population et l'échantillon :

Certains participants interrogés en entretien individuel étaient des médecins que je connaissais depuis mon internat. Cela a permis d'obtenir plus facilement les accords d'entretiens. Toutefois, cela ne semblait pas être un biais majeur dans la mesure où je n'avais pas connaissance de leurs pratiques concernant l'insomnie.

Parmi ces participants, certains ont été mes maîtres de stage universitaires (MSU) pendant mon internat, cela a pu constituer un biais dans la mesure où les troubles du sommeil ont été abordés pendant mes stages.

Concernant l'entretien collectif, c'est l'investigateur qui les connaissait.

Le fait de connaître d'emblée les médecins a permis d'avoir un climat de confiance et de mettre à l'aise les interviewés. Le biais résidait surtout dans la dernière question qui abordait les troubles du sommeil des médecins interrogés, certains ayant pu se sentir légèrement mal à l'aise à y répondre sachant qu'ils connaissaient l'investigateur qui les interviewait et que d'autres interviewés les écoutaient. Cela dit, aucun médecin n'a exprimé son refus ni son malaise explicitement lors des entretiens.

La réalisation d'un entretien collectif a permis d'obtenir une grande quantité de données et la dynamique de groupe a pu permettre à certains participants de s'exprimer davantage que lors d'un entretien individuel.

L'échantillonnage a été raisonné, il était important d'inclure au fur et à mesure également des médecins qui n'étaient pas Maîtres de Stages Universitaires (MSU) et/ou qui n'avaient pas reçus de formations spécifiques sur l'insomnie. Cela a permis le recrutement de 14 médecins dont 6 étaient MSU et 4 avaient reçu une formation sur le sommeil. Il s'agit d'un atout majeur dans cette recherche par théorisation ancrée.

Concernant le recueil de données :

Le guide d'entretien n'avait pas été testé préalablement mais les réponses obtenues lors du premier entretien ont permis de continuer à l'utiliser. Certaines questions ont légèrement été modifiées au fur et à mesure des entretiens afin de mieux explorer certains thèmes.

Tous les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme sans dérangement bien que trois d'entre eux aient été interrompus par une courte conversation téléphonique de l'interviewé ce qui lui faisait perdre légèrement le fil de ses idées.

Un atout majeur dans cette étude est que les entretiens individuels et l'entretien collectif ont été réalisés par deux personnes différentes, sachant que le dernier a été réalisé par une personne expérimentée.

Le manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu limiter la richesse des réponses des interviewés lors des entretiens individuels. Toutefois, leur réécoute lors de la retranscription a permis de corriger certaines maladresses et améliorer la qualité de la formulation des questions lors des entretiens suivants.

Le fait d'être l'ancien interne de certains participants et le fait que l'entretien se déroule dans leur bureau a pu constituer un biais dans le sens où l'interviewé se positionnait comme un enseignant plutôt que comme un participant. Il a pu y avoir de même de ce fait une peur d'être jugé qui était d'ailleurs parfois évoquée avant même l'entretien. Il leur était de ce fait rappelé qu'il s'agissait avant tout de recueillir leurs opinions et non de les juger.

Le fait de réaliser le dernier entretien individuel en visioconférence n'a pas forcément constitué un biais sachant qu'une saturation des données avait déjà été obtenue et que cet entretien a été réalisé dans le but de la confirmer.

Un carnet de bord a été réalisé au cours de l'étude pour recueillir ses propres ressentis et aprioris.

Analyse des résultats :

La retranscription a été réalisée par une seule et même personne pour l'ensemble des entretiens. Il existe un biais d'interprétation sachant que le double codage était partiel, il a en effet été réalisé par une seule personne dans un premier temps puis dans un second temps une deuxième personne – qui fût mon directeur de thèse- l'a supervisé et corrigé chaque fois que nécessaire. La triangulation n'a donc pas été complète mais ce biais est limité par le fait que les deux chercheurs discutaient systématiquement des résultats après avoir lu l'intégralité des verbatims et apportaient des modifications à l'analyse lorsque cela était nécessaire. Cela apporte une force supplémentaire à l'étude.

Aucun logiciel de codage n'a été utilisé.

IV- Perspectives

Il apparaît que l'insomnie de l'adulte est un sujet fréquent en médecine générale. Cependant, la plupart des médecins interrogés ne la dépistaient pas systématiquement. Plusieurs raisons étaient invoquées notamment le manque de temps, la faible rémunération et parfois un manque de formations.

Serait-il possible que le faible dépistage de cette maladie soit plus en rapport avec le manque d'intérêt pour cette pathologie ? Ce manque d'intérêt pourrait-il être en rapport avec un manque de connaissances sur un sujet très vaste ? Ce manque de connaissances est d'ailleurs cité à plusieurs reprises par les médecins généralistes sans trop entrer dans les détails. Il serait intéressant de réaliser une thèse sur les freins de dépistage de l'insomnie en parallèle de celle-ci chez les médecins non-dépisteurs.

De plus, il apparaît que le vécu du médecin généraliste a une influence sur sa pratique face à la même pathologie. Parfois, un traitement médicamenteux était donné plus facilement car déjà essayé. Il serait intéressant d'explorer de manière qualitative l'influence du vécu du médecin généraliste face à d'autres pathologies ou d'explorer de façon quantitative l'influence du vécu du médecin généraliste sur sa pratique.

Enfin, il apparaîtrait intéressant d'explorer en profondeur la santé des médecins généralistes, un sujet trop peu retrouvé dans mes recherches.

L'approche centrée patient est très présente au cours de la formation en médecine générale, il serait intéressant de cibler plus particulièrement son impact sur la prise en charge de l'insomnie.

Il apparaît que les médecins généralistes éprouvent des difficultés majeures dans le sevrage des hypnotiques. Celui-ci est recommandé quel que soit la durée de l'insomnie et plus particulièrement chez les utilisateurs de longue durée (2). Les recommandations de la HAS préconisent une réduction par pallier et qui est à adapter à la situation de chaque patient. Cependant les résultats de cette thèse montrent les difficultés qu'éprouvent les médecins à sevrer les hypnotiques et se retrouvent parfois démunis. Il serait intéressant d'organiser un réseau autour des médecins généralistes afin qu'ils puissent faire appel à un nouvel interlocuteur lorsqu'ils éprouvent des difficultés à sevrer, ou de leur proposer des formations ciblées sur le sevrage des hypnotiques.

CONCLUSION

On estime la prévalence de l'insomnie à 19% dans la population générale. Améliorer sa prise en charge est donc un véritable enjeu de santé publique.

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les perceptions du médecin généraliste de la plainte insomnie et l'influence de son vécu dans la prise en charge de cette pathologie. Quatorze médecins généralistes, dont quatre avaient reçu une formation complémentaire sur le sommeil, ont été interrogés par entretiens semi-dirigés. Huit ont été interrogés par entretiens individuels et six par un entretien collectif.

Les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge l'insomnie et à quelles difficultés ils se retrouvent confrontés. Celles-ci se situent globalement dans le dépistage de l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques.

Les médecins invoquaient plusieurs freins au dépistage de l'insomnie, pourtant le dépistage fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste.

Le sevrage des hypnotiques a été largement abordé par les médecins généralistes de l'étude et il apparaît qu'il serait intéressant de développer un outil d'aides au sevrage.

Cette étude nous permet également d'entrevoir la santé des médecins généralistes notamment s'ils sont concernés eux-mêmes par les troubles du sommeil. Il apparaît que pour un médecin généraliste, avoir vécu un trouble du sommeil l'aidait globalement à mieux comprendre le patient et à le conseiller.

Conseiller, dédramatiser sont justement les maîtres mots pour les médecins généralistes de cette étude. On comprend notamment l'importance du discours du médecin généraliste face à un patient qui réclame d'emblée un traitement médicamenteux. En effet, un médecin qui explique, démontre et discute avec son patient est un médecin qui est plus à même de traiter cette plainte qui est parfois subjective car mal perçue par le patient. C'est aussi un moyen d'éviter un traitement médicamenteux qui peut s'avérer délétère pour le patient.

Enfin cette étude a permis d'aborder l'empathie du médecin généraliste malgré le fait qu'elle ne faisait absolument pas partie des objectifs de cette étude. Ce résultat montre bien l'intérêt des médecins généralistes pour ce sujet et leur envie d'en discuter.

ANNEXES

Annexe 1 : Agenda du sommeil

Agenda sommeil – éveil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du/../... au/../...

Jours	Hypnotique (cocher)													19 h	Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h				
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	

Mode d'utilisation

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
- //// Périodes de sommeil (griser)
- ┌───┐ Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
- ↑ Heure du lever

- Fatigue
- ★ Envie de dormir
- Sieste involontaire
- Sieste volontaire

Qualité du sommeil : *noter de 1 à 10 dans la case* Exemple : | 8 |
 Qualité de l'éveil : *noter de 1 à 10 dans la case* Exemple : | 5 |
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : *en cas de prise d'hypnotique, cocher la case* : | x |

Consignes au patient :

- Remplir l'agenda :
 - chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
 - chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.
- Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

Annexe 2 : Echelle de somnolence d'Epworth

Situation	Chance de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

Total :

Total < 11 vigilance normale

Total entre 11 et 16 somnolence anormale

Total > 16 somnolence sévère imposant l'arrêt de la conduite

Annexe 3 : Extrait du journal de bord

« Thèse dating du 03/11/22 :

Dans l'analyse :

- Spécifier ce qui concerne le médecin et ce qui concerne le patient
- Regrouper les catégories entre elles
- Retrouver les similitudes (âge, sexe, MSU ou pas ...)

Saturation des données → Dans le codage, pas de nouvelles catégories qui émergent. »

Annexe 4 : Les entretiens

Entretien 1 :

- Homme
- Age : 60
- Installé depuis 35 ans
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 15 min 46s
- Mode d'exercice : urbain

Alors déjà pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

Exactement, je peux la raconter. C'était il y a 10 jours (*raclement de gorge*). Une dame est venue me voir car elle avait des problèmes d'insomnie, elle dormait mal la nuit depuis un petit moment, depuis plusieurs semaines. En fait comme on fait à chaque fois dans la consultation, t'essaies de savoir, enfin de trouver si il n'y a pas de cause autre de ce qu'elle te raconte initialement. En fait en interrogeant plus à même, elle a fini par me dire qu'elle avait des problèmes au boulot, qu'elle était harcelée sur le plan du travail et qu'effectivement ça la perturbait beaucoup... et donc elle se posait la question de savoir si elle n'allait pas arrêter, démissionner de son poste.

Ok, d'accord ... et que lui avez-vous proposé comme solution ? Vous vous en souvenez ?

Alors je lui ai proposé déjà comme solution de voir le médecin du travail, de voir les syndicats pour voir quelle aide elle pourrait avoir pour ne pas rester seule dans ses démarches et pour le sommeil je lui proposé de faire de l'activité physique, d'aller au soleil dès qu'il y en aurait, et de commencer par les médicaments les plus bas possibles en thérapie.

C'est une consultation typique ou pas ?

Oui c'est typique de ce qu'on peut voir. Des gens qui sont en souffrance et qui viennent te voir et qui te disent je n'arrive pas à dormir et tu vois bien au démarrage qu'il y a autre chose que les troubles du sommeil.

Très bien. Pour vous, l'insomnie se définit-elle plutôt comme le symptôme d'une autre maladie ou une maladie à part entière ?

Non, c'est plutôt le symptôme d'une autre maladie... enfin d'un trouble qui soit physique, organique ou psychique.

Donc ce n'est pas une maladie à part entière ?

Non pas pour moi. Dans la quasi-totalité des gens que j'ai vu c'était pas une maladie à part entière. Je crois que j'en ai pas vu pour lesquelles c'était une maladie à part entière mais bon j'ai peut-être pas vu forcément tout le monde (*rire*).

Parfait, donc on rejoint la question suivante. Pour vous, quelles sont les origines de l'insomnie ?

Elles sont multiples et variables. Mais en règle générale y a toujours un problème soit organique soit psychique en relation avec la vie de famille, la vie de travail, la société, le mal-être a toujours une racine quelque part il faut chercher.

D'accord donc ça serait plutôt psychologique à chaque fois enfin psychosomatique ?

Oui si tu veux psychosomatique (*raclement de gorge*). Mais ça peut être organique, tu peux avoir une douleur, tu dors pas et voilà.

Bien. Quels moyens utilisez-vous pour l'évaluer ? (L'insomnie)

Je n'utilise pas de moyens pour l'évaluer. En fait moi je fais mon déroulé de consultation normal et donc je l'ai déjà dit mais au premier coup d'œil d'un patient et d'une patiente il y a des signes qui peuvent t'alerter, la lecture du visage, la marche du patient etc..., donc là tu peux t'interroger dès le départ peut être qu'il y a un problème de sommeil mais y a sûrement autre chose. Dans la lecture de l'interrogatoire, tu poses des questions, tu vois aussi rapidement si il y a effectivement quelque chose de l'ordre du psychologique ou (*soupire*) du social. Et donc dans le déroulé de mon interrogatoire, pour l'évaluation, je commence toujours par demander les antécédents familiaux, personnels, je commence toujours par demander et ça c'est important, quel travail ils ont et à partir de ça je peux dérouler mon interrogatoire pour arriver à déterminer pourquoi il y a un trouble du sommeil.

D'accord, donc vous n'utilisez pas de questionnaire en particulier.

Tout à fait.

Comment décririez-vous un patient type « insomniaque » ?

(*sourire*)

C'est quelqu'un qui a effectivement des troubles du sommeil important et qui a un retentissement important sur sa vie sociale, psychologique, affective voilà pour moi c'est ça en fait.

Très bien et typiquement comment il est, comment il se présente ?

Ah (*soupire*). La première chose qu'il dit c'est qu'il n'arrive pas à dormir, je dirais que c'est ça en fait. Puis « je voudrais quelque chose pour dormir » voilà. Mais pour moi après c'est trop divers, c'est trop varié pour te répondre comme ça. Pour moi c'est pas typique. Enfin dans les gens que j'ai vus, il y a ceux qui viennent te voir pour des renouvellements de traitement par exemple, ceux-là ça peut être typique. Mais est-ce que c'est parce qu'ils sont habitués à prendre des somnifères, qu'ils sont vraiment insomniaques ou est-ce qu'il y avait un problème avant ? voilà mais sinon non.

Très bien. Recherchez-vous systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou préférez-vous que le patient aborde le sujet par lui-même ?

Non, je recherche pas systématiquement des troubles du sommeil. J'attends que le patient m'en parle parce que si il m'en parle pas ça veut dire qu'il n'a pas besoin de thérapie...médicamenteuse j'entends.

D'accord. Que pensez-vous qu'il attend de vous lorsqu'il en parle spontanément ?

Alors un, je pense qu'il attend une écoute, parce que derrière son trouble du sommeil, il sait très bien qu'il y a autre chose. Donc bien l'écouter pour le déroulé de l'interrogatoire c'est important. Deux, pour la plupart, c'est être rassuré. La première des choses c'est leur faire bien comprendre qu'on peut tous avoir des troubles du sommeil et qu'ils sont comme les autres et trois, leur donner des conseils hygiéno-diététiques de premier abord pour essayer de retrouver un sommeil normal.

Est-ce que pour vous ils attendent systématiquement un traitement médicamenteux ?

Non, pas forcément. Quand t'es capable de fouiller, des fois l'écoute suffit.

Très bien. Quelles attitudes essayez-vous d'adopter dans ces cas-là ? vous avez déjà répondu en fait plutôt de l'écoute...

... alors moi l'attitude que j'essaie d'adopter, c'est déjà hiérarchiser les réponses que je vais avoir. Bien leur faire comprendre que les médicaments c'est pas la solution. Que c'est la solution quand on peut vraiment pas faire autrement et qu'il y a pas d'accompagnement sur le fond du problème en fait. On ne peut pas prendre un somnifère en disant je vais régler mon problème. Non, si il y a un trouble du sommeil, dans la quasi-totalité des cas que j'ai vu moi c'est qu'il y a un problème de fond à régler. Et si on s'attaque pas au problème de fond, c'est palliative c'est tout.

Très bien. Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

(rire)

Non, je ne connais pas.

Ok, question suivante. Quelles sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ?

Alors, non médicamenteux *eah* ... donc moi je ne suis pas homéopathe, naturopathe... j'utilise jamais je n'ai pas les compétences.

Il y a aussi la luminothérapie par exemple, est-ce que vous l'avez déjà utilisé ?

Pour ce que je viens de te dire, je n'utilise pas parce que j'ai pas les connaissances donc je renvoie. La première chose c'est ce que je disais au début c'est bien définir de ce dont ils ont vraiment besoin et leur expliquer qu'un trouble du sommeil c'est pas forcément anormal. Quand on a des soucis, ben c'est normal parfois. Après luminothérapie, oui j'y pense. Donc je leur dis toujours d'aller au soleil quand il y a du soleil. Pour le reste, je n'ai pas de traitement...*eah* alors une tisane le soir pour dormir un truc comme ça si tu veux.

L'hypnose ?

Oui tout à fait. Alors moi... même à la limite le comment ça s'appelle le rebouteux enfin comment ils appellent ça dans le Berry, enfin bref *eah* le magnétiseur, moi je m'en fiche. A partir du moment où ça peut aider à débloquer une situation, je suis plus à l'époque où j'avais 30 ans et où ça me paraissait débile.

Et du coup vous pensez quoi de leur efficacité ?

J'ai aucun recul, je ne peux pas me prononcer. Et je me garderais bien de dire qu'il y a que un effet placebo alors que je t'aurais affirmé ça il y a 20 ans ou 30 ans.

Parfait. Quel type de patient vous pousse à prescrire d'emblée un hypnotique ?

(rire)

Alors, moi j'en prescris très peu. Quand il y a un problème de sommeil, je leur dis souvent d'ailleurs, et que je n'arrive pas à analyser, je renvoie vers un psy. Franchement je n'en prescris pas beaucoup, je fais des renouvellements oui, mais de première intention franchement je n'en prescris pas beaucoup. Je préfère avoir un avis psy avant. Et les hypnotiques je ne prescris pas parce que je prescris d'abord du Donormyl en 1ère intention et ça c'est de mon expérience, j'en parlerai à la fin. Ou du Lindilane tout bête qui peut suffire voilà. Ou un tranquillisant le soir donc du Xanax et vraiment après c'est vraiment très rare un hypnotique, mais jamais en 1ère intention. Je crois que j'ai dû le faire pour quelqu'un qui a eu un traumatisme vraiment très important physique et psychologique je crois c'est dans ces situations que je le fais, quand ils sont très marqués et qu'ils veulent absolument dormir même si je ne suis pas sûr que ce soit la bonne solution.

Très bien, on continue. Balint disait « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel ».

(rire)

Dans quelles mesures pensez-vous que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Déjà un, c'est toujours le même problème, c'est la création d'un lien de confiance entre le patient et le médecin. Si tu l'as pas, et bah tu n'interviendras pas sur l'insomnie. Une fois que la relation de confiance voire l'expérience qu'a eu le médecin qu'il est capable d'expliquer au patient et transmettre, le patient est plus à même de comprendre comment gérer son insomnie et donc accepter différentes phases de la gestion. Ça je pense que c'est vrai.

Ok donc vous pensez que la relation a bien un effet thérapeutique ?

Oui bien sûr.

Très bien. Autre question, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insomnie ?

Alors moi j'ai déjà souffert d'insomnie quand j'ai fait un épisode de Burn out euh il y a maintenant 15 ans (*froncement de sourcils*). En tout cas, je me suis réveillé un matin, non en fait j'ai pas pu finir ma garde de nuit parce qu'à un moment donné ça n'allait pas du tout, j'étais super fatigué, super énervé, et j'étais une pile électrique en fait. Et ça m'est arrivé d'un seul coup. J'ai jamais su pourquoi ça s'est produit comme ça. J'arrivais plus à dormir, et ça a duré cinq mois. Et avec une fatigue super importante. Et donc là à un moment donné, je me suis dit ben qu'est-ce que je prends et en fait j'ai pris des hypnotiques... et j'ai arrêté très vite parce qu'en fait et je l'explique au patient mais je sais pas si c'est pareil pour tout le monde en fait t'as l'impression d'avoir eu un trou noir. Et quand tu te réveilles t'es aussi fatigué qu'avant, comme si t'avais pas dormi. Et en fait t'as pas un sommeil récupérateur et donc moi j'explique au patient que moi je suis pas chaud à cause de ça parce que si tu donnes du Lindilane ou du Donormyl par exemple et que c'est efficace t'auras dormi 4h mais t'auras dormi un vrai

sommeil récupérateur ce qui est totalement différent. Et je pense que tant que t'as pas expérimenté ça, tu ne te rends pas compte de l'effet que ça fait. Et de bonne foi tu peux dire ok je vais vous donner un hypnotique et ça va vous aider à dormir... oui ça te met dans un trou noir pendant 5h, 6h, 7h et tu te réveilles t'es aussi fatigué, énervé *ehh* je sais pas comment dire.

Donc vous pensez que le fait d'avoir eu ce problème a influencé votre prise en charge ?

Ah oui bien sûr.

Est-ce qu'avant cet épisode là où vous avez eu ce problème d'insomnie vous pensiez à ça ?

Non non du tout. Je te dis ça n'a pas duré longtemps Sarah mais j'ai fait l'expérience deux fois, c'est comme un antidépresseur, la même période, j'en ai pris 2 jours et j'ai arrêté.

Donc avant cet épisode-là, votre manière d'aborder les traitements dans l'insomnie était différente.

Oui bien sûr. Je pouvais prescrire facilement de l'Imovane parce que je ne savais pas ce que ça faisait réellement. Si j'osais dire quelque chose, (*rire*) il faudrait presque que chaque médecin expérimente parce que ça permet d'avoir du recul et puis quand tu parles aux gens tu sais très bien ce qu'ils ressentent et donc le lien avec le patient est encore mieux. Et ça c'est super important. Et donc c'est pour ça j'en reste souvent au Donormyl, Lindilane, « aller faire une marche au soleil pendant 3h vous allez voir le soleil va vous faire un bien fou pour dormir » parce que voilà je suis passé par là.

Ça marche. Pour finir, auriez-vous envie d'aborder autre chose concernant ce sujet ?

Comme ça spontanément non. Je t'ai tout dit de ce qui me paraissait important. *Euh* ce qu'il faudrait mettre en place mais c'est complexe, c'est ce qu'on fait normalement, c'est une prise en charge multidisciplinaire quand t'as un trouble du sommeil.

Qu'est-ce que vous appelez une prise en charge multidisciplinaire ?

Il faudrait avoir un avis psy.

Donc pour vous il faudrait un avis psy systématiquement pour des troubles du sommeil ? ou est-ce qu'il faudrait qu'ils aient une certaine durée pour le demander ?

Non, c'est pas la durée. C'est ce que tu peux trouver derrière. C'est ce qu'on voit pas forcément. Les médecins les voient parfois et le patient dit « voilà je dors pas bien, est-ce que je peux avoir quelque chose ? » et le médecin répond « ok d'accord madame vous avez ça point ». Ouais sauf que t'as pas fouillé pourquoi ils ont un trouble du sommeil. Je l'ai fait aussi donc je peux comprendre ça. Mais avec le recul je pense qu'il faudrait un psychologue, psychiatre, avoir un référent quoi.

Entretien 2 :

- Femme
- Age : 40 ans
- Installée depuis septembre 2021

- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : oui en 2020
- Durée de l'entretien : 10 min 58 s
- Mode d'exercice : urbain

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

Oui, c'était une dame qui était très stressée par un évènement professionnel, qui s'endormait bien parce qu'elle était épuisée mais se réveillait une heure ou deux après et ensuite elle avait des ruminations anxieuses qui lui gâchaient sa nuit... Elle n'arrivait pas à se rendormir.

Très bien ... pour vous, l'insomnie se définit elle comme le symptôme d'une autre maladie ou comme une maladie à part entière?

Bah les deux, ça dépend de l'interrogatoire autour.

Pour vous, c'est plutôt les deux...

Oui.

D'accord, selon vous quelles sont les origines de l'insomnie ? Les plus courantes ?

Ben, il y a le syndrome anxio-dépressif, le syndrome d'apnée du sommeil...

Ce sont ceux que vous rencontrez le plus couramment ?

Oui, *eah* après il y a des troubles du nyctémère dû au niveau... *hum* des habitudes de vie en fait. Enfin du décalage d'horaire de sommeil. Une mauvaise hygiène de vie, les couchers trop tard ... ils ratent leur train du sommeil.

Ok... Quels moyens utilisez-vous pour l'évaluer ?

L'interrogatoire, puis *eah* l'échelle de Epworth.

Pour vous, existe-t-il un patient type "insomniaque" ? Si oui, pouvez-vous me le décrire ?

(le médecin réfléchit)

...

Donc le patient que vous voyez systématiquement... le patient qui est insomniaque et qui revient on va dire systématiquement. Toujours le même type de patient qui revient en fait...

Bah celui qui est sous Zolpidem, Stilnox, celui qui a un traitement pour dormir en fait.

Très bien, Recherchez-vous systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou préférez-vous que le patient aborde le sujet par lui-même ?

Non, je l'aborde lors des renouvellements de traitement.

Que pensez-vous qu'un patient attend de vous lorsqu'il aborde le sujet spontanément ?

Bah de l'écoute et puis trouver une solution.

Plus précisément, pour vous le patient attend-il systématiquement un traitement ou plutôt de l'écoute finalement ?

Non, pas systématiquement un traitement, ça dépend du problème sous-jacent (*rire*) et de l'analyse de sa qualité de sommeil.

Très bien. Quelles attitudes essayez-vous d'adopter dans ces cas-là ? Donc dans le cas où le patient aborde le sujet spontanément.

J'essaie de cibler le trouble déjà... si c'est un trouble d'endormissement, de *euh* vraiment d'interruption du sommeil... depuis quand il évolue, est-ce qu'il est aigu ou est-ce qu'il est chronique, est-ce qu'il s'est passé quelque chose de récent, est-ce qu'il y a une cause médicale somatique qui peut induire le trouble du sommeil ou est-ce que c'est plutôt d'ordre psychologique et dans ce cas-là voir ce qu'on peut proposer de ce fait.

Ok. Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

Oui, ça m'est arrivé.

De temps en temps ou est-ce systématique ?

Si le trouble est plutôt aigu, je ne le fais pas. Si le trouble est chronique... qu'il dépasse vraiment plus de 1 à 3 mois, et... euh quand les gens sont sous hypnotiques pour essayer de les sevrer, j'utilise l'agenda du sommeil.

Ça marche. Quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ? Et que pensez-vous de leur efficacité ?

Bah déjà, qu'ils aient toutes les conditions réunies pour avoir un sommeil de qualité. Donc aller se coucher dans une pièce sombre à une température adaptée, sans TV sans écran, sans activités qui excitent au préalable. Et le faire, quand ils ressentent vraiment la fatigue, et en ayant rien qui leur trotte dans la tête et qui empêche d'avoir un sommeil de qualité.

Utilisez-vous tout ce qui est hypnose, luminothérapie ?

Ça m'est arrivé de conseiller l'hypnose...la luminothérapie *euh* alors si... d'avoir un rythme dans la journée... surtout les personnes qui n'ont pas d'activité professionnelle, d'avoir une activité physique et sportive et oui de passer du temps à l'extérieur pour refaire leur stock de sérotonine et que ça se transforme en mélatonine derrière. La luminothérapie en soi non.

Avez-vous recours à l'homéopathie et/ou la phytothérapie ?

Ça peut m'arriver.

Dans quels cas en général ?

Quand c'est des angoisses mineures. J'utilise de l'Euphytose quand les gens ont des petites angoisses mineures et le trouble n'est pas trop sévère et qu'on n'a pas de syndrome anxiodépressif sous-jacent, que c'est plus de l'anxiété légère.

Quel type de patient vous pousse à prescrire d'emblée un hypnotique ?

Ça m'arrive mais pas en première intention. Je le fais en 2^{ème} intention chez l'anxiodépressif où le traitement anxiolytique n'a pas suffi, pour essayer de récupérer un rythme du nyctémère...

avec toutes les mesures hygiéno-diététiques dans la journée adaptées. J'essaie de le prescrire sur une durée courte, ne pas en abuser quoi.

Donc c'est toujours en 2nd intention jamais en 1^{ère} ?

Quand il y avait des troubles chroniques. Euh que les gens me disaient vraiment "j'ai tout essayé je ne dors pas" ... alors le problème c'est que ce n'est pas moi qui les a suivi parfois avant... donc non pour moi jamais en 1^{ère} intention mais sous réserve qu'il y ait eu d'autres choses essayées avant et de manière adaptée quoi.

Balint disait : "le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel".

Dans quelles mesures pensez-vous que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Euh...Tu veux quoi ? Un pourcentage ? (rire) Enfin oui, je suis d'accord, et la manière dont tu expliques, la manière dont ils appliquent les règles hygiéno-diététiques, comment tu leur présentes, tu as un impact. Si le patient a confiance en toi, il va plus facilement appliquer ce que tu lui conseilles.

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insomnie ?

Oui, *(rire)* pendant mon internat.

De quelle manière pensez-vous que cela a influencé votre prise en charge ?

Ben déjà, de l'avoir vécu, on sait ce qu'ils ressentent quant à 4h ou 5h du matin, on ne dort pas *(rire)* et qu'on essaie de fermer les yeux. On se sent plus proche d'eux quand on l'a vécu, et quand on a des ruminations sur un sujet également, on sait que si ça ne sort pas de la tête, on a besoin d'une aide supplémentaire.

Et au niveau du traitement médicamenteux, vous pensez que cela a influencé votre prise en charge ?

Moi je n'ai pas pris de médicament mais *euh...* oui selon l'évaluation du trouble oui...si.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Euh que c'est une consultation qui prend du temps si on veut bien la faire, que les fois où moi j'ai fait des agendas du sommeil j'ai vraiment mis 40 minutes de consultation et que c'est compliqué chez les gens qui sont sous hypnotiques depuis très très longtemps de les arrêter et qu'on a vraiment besoin d'être reformé et d'aide.

Donc vous pensez qu'il y a un besoin de formation sur ce sujet-là (les hypnotiques) ?

Oui et de promotion de la santé auprès des gens.

D'accord. C'est-à-dire ?

Ben quand toutes nos petites mamies qui sont sous hypnotiques depuis 20 ans... moi j'arrive à les diminuer mais j'arrive très rarement à les sevrer quoi. Et en fait les gens se disent "ben j'ai mes médicaments j'en ai besoin" et ils ne savent pas les effets délétères que ça peut avoir au long cours sur leur mémoire, sur l'équilibre, sur les chutes.

Donc il y a un manque d'informations...

Oui ... de la population générale en fait. Alors, ça commence, les gens commencent à être un peu plus informés et justement des fois ils ne veulent pas en prendre et ont trop peur d'en prendre. Il faut trouver un juste milieu en fait... entre faire peur et informer. Ils ont quand même parfois une utilité réelle.

Vous dites que les consultations sur l'insomnie sont chronophages donc... vous avez dit que ces consultations duraient 40 minutes pour vous.

C'est chronophage oui, et moi j'ai des consultations longues à la base, mes consultations font 20 minutes. Il faudrait aussi peut-être une cotation adaptée.

Entretien 3 :

- Femme
- Age : 40 ans
- Installée depuis 2013
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 14 min 43 s
- Mode d'exercice : rural

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

Alors oui, j'en ai eu un cette semaine... *eah* alors c'était qui que je remette ça en tête... ça aurait peut-être été plus simple qu'on soit dans mon bureau et puis que je reprenne le dossier sous les yeux... que je me remette en tête.

(changement de pièce pour le bureau du Dr)

Donc ma consultation troubles du sommeil c'était chez une jeune femme *eah* qui a des troubles du sommeil depuis plusieurs mois *eah* et qui venait demander quelque chose pour l'aider parce que elle est ...elle se... elle avait des réveils précoces, elle se réveille plusieurs fois dans la nuit, elle met plus d'une heure ou deux à se rendormir et puis *eah* elle se rendort le matin et elle a plus envie de se lever. Et voilà... il faut que je te raconte tout tout tout ?

Oui si vous voulez oui, est-ce qu'elle a demandé un traitement ? est-ce que vous avez mis en place un traitement ?

Alors, oui elle m'a demandé un traitement sauf que il s'avère qu'elle ronfle, que voilà, sur l'interrogatoire il n'y avait pas de chose qui pouvait clairement l'empêcher de dormir dans son... voilà. Et du coup comme elle a pris du poids, elle ronfle, moi je suis plutôt partie sur un syndrome d'apnée du sommeil sachant que j'ai fait un petit score d'Epworth aussi qui était à 15 et voilà elle s'endort facilement, il y a un peu de somnolence et tout, donc je suis partie sur plutôt aller dépister une apnée du sommeil. Et j'ai pas mis de traitement médicamenteux !

D'accord... elle en a pensé quoi ? de ne pas avoir de traitement médicamenteux directement?

Euh... ben, c'était pas ça ce à quoi elle s'attendait mais finalement en lui expliquant les tenants et les aboutissants, elle a bien compris. On a essayé de mettre *euh* des petites choses en place pour l'aider quand même à dormir ne serait-ce que de ... arrêter de fumer, arrêter ... *euh* elle prend du café l'après-midi voilà peut-être augmenter un petit peu le sport pour l'aider à s'endormir un petit peu plus...voilà on a mis des choses en place donc elle est quand même sortie à peu près satisfaite.

Ok... pour vous, l'insomnie se définit elle plutôt comme le symptôme d'une autre maladie ou une maladie à part entière ?

Ben... les deux je dirais. Parce que ça peut être la conséquence d'une pathologie et après ...je dirais... après ça peut être une maladie à part entière si on est vraiment sur la définition... si il n'y a vraiment aucun facteur qui empêche l'endormissement ou les réveils.. si c'est un défaut tout simplement de production de mélatonine.

Ok... les origines de l'insomnie pour vous ce serait quoi ? celles que vous rencontrez le plus couramment ?

... sur l'insomnie...

Est-ce que c'est souvent psychogène ou est-ce que souvent c'est en rapport avec une maladie ?

Hum les deux plus qu'on voit... y a tout ce qui est psychogène, en règle générale les gens ils disent ben je me réveille et je cogite cogite *hein...* donc c'est souvent l'anxiété... y a souvent oui un facteur psychologique, après ça peut être la douleur aussi, on rencontre beaucoup la douleur qui empêche de dormir mais là ça c'est clairement une conséquence quoi....

Quels moyens utilisez-vous pour l'évaluer ? (L'insomnie)

Eh ben ... je fais une échelle du sommeil.

Est-ce que vous le faites systématiquement ou est-ce que c'est au cas par cas ?

C'est au cas par cas, je le fais pas systématiquement, *euh* après tout dépend comment se déroule la consultation. Parce que souvent les troubles du sommeil ils viennent en fin de consultation (*rire*) et voilà donc je... j'ai un petit interrogatoire un petit peu type et *euh* si vraiment clairement il n'y a pas de... je ne trouve pas une cause à l'insomnie eh ben à ce moment-là effectivement je donne une échelle à remplir et on en rediscute le coup d'après.

Donc ça c'est si vous ne trouvez pas la cause sur le moment, vous faites l'échelle ?

Ouais.

Ok... est ce que vous recherchez systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou préférez-vous que le patient aborde le sujet par lui-même ?

Euh... je fais un dépistage systématique chez les enfants...très bizarrement...*euh* mais je fais pas, je... ouais, sur les bilans annuels souvent je demande si y a des troubles du sommeil, bon c'est souvent pour aborder le thème des écrans notamment. Mais c'est vrai que chez l'adulte, c'est pas systématique.

Donc c'est souvent le patient qui en parle...

Qui en parle. Oui, oui effectivement. Ça va pas être en systématique. Après, y a peut-être certains profils pour lesquels on va en parler notamment... je vais surtout aborder le sujet chez quelqu'un qui va présenter des troubles de l'humeur donc ça c'est systématique, si quelqu'un vient pour un syndrome dépressif, on parle forcément du sommeil, et puis quelqu'un qui a un profil pour faire de l'apnée du sommeil, donc voilà, obésité, hypertension, diabète, souvent je pose la question.

Très bien, que pensez-vous que le patient attend de vous s'il aborde le sujet spontanément ?

Ce que le patient attend de moi *hein...*

Oui.

Ah bah le patient il veut dormir donc je pense qu'il veut des médicaments.

Systematiquement ?

Alors explicitement j'ai pas l'impression qu'il me demande en me disant j'arrive pas à dormir... enfin si ...si c'est quand même fréquent que les gens ils disent ben... « Docteur est-ce que vous pouvez me donner quelque chose pour dormir ? » effectivement, ils abordent souvent la question comme ça. Effectivement.

Et dans ces cas-là donc, quelles attitudes essayez-vous d'adopter ?

Ah bah on reprend le problème au départ. C'est-à-dire que je fais mon interrogatoire et je ne donne quelque chose que si nécessaire mais la majorité du temps... je donne pas.

Vous ne donnez pas la majorité du temps ?

Oui. A part si voilà y a un facteur psychologique et que c'est temporaire mais *euh...* j'introduis très très peu d'hypnotiques.

Trouvez-vous difficile de refuser un traitement médicamenteux dans ces cas-là ?

Alors, j'ai pas l'impression de refuser *euh* parce que... alors la question elle est posée au départ : « docteur je dors pas, donnez-moi quelque chose » et comme j'aborde la question autrement c'est-à-dire que ben ... on va explorer le trouble du sommeil, donc y a tout l'interrogatoire et tout ça tout ça, et après en fonction de ce que je trouve j'explique si je donne ou si je donne pas. Effectivement, quand c'est une insomnie temporaire, que le patient a besoin de se lever le matin, et puis qu'il arrive pas du tout à dormir et puis qu'il est hyper stressé ou quoi que ce soit, on va donner quelque chose voilà. Après si c'est vraiment une insomnie de longue durée ou chez quelqu'un qui est plutôt âgé, je vais pas du tout avoir la même attitude quoi.

Ça marche. Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

Oui.

Si oui, est-ce que c'est systématique ou pas ?

Bah non justement. L'agenda je l'utilise...ah du coup j'ai dû confondre avec ta question d'avant mais ... l'agenda je le donne aux gens... je l'ai d'ailleurs sur mon bureau *hein* ... Il est là. Je le donne soit si j'ai pas le temps d'aborder du tout le sujet, donc on gagne du temps en disant «

je vous le donne et puis on l'étudie après et on en discute », soit parce que justement à l'interrogatoire j'ai pas de cause évidente de troubles du sommeil et puis on fait l'agenda par la suite, mais c'est pas systématique non plus.

Bien. Quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ? donc j'entends tout ce qui est luminothérapie, hypnose... est-ce que vous les utilisez déjà ou pas ? et que pensez-vous de leur efficacité ?

Alors, luminothérapie, je propose. C'est vrai qu'il y a longtemps que je l'ai pas reproposé sur les troubles du sommeil primaires on va dire. Après les moyens, c'est pas compliqué *hein*, on évite tout ce qui est excitant le soir, on évite les écrans, dormir dans une chambre avec nuit noire, éviter d'avoir des appareils électroménagers ou un peu luminescents, essayer de retirer le plus possible le bruit qu'il peut y avoir aux alentours.

C'est les conseils que vous donnez donc le plus souvent...

Voilà, c'est ça. Et puis ouais luminothérapie effectivement fut un temps je le proposais pas mal, c'est vrai que j'y pense plus, je sais pas pourquoi. Et hypnose, j'avoue j'aborde pas du tout le sujet.

D'accord. Avez-vous recours à l'homéopathie, la phytothérapie ? si oui, dans quels cas ?

Homéopathie, non. Phytothérapie c'est pas vraiment moi qui a recours, après c'est souvent les patients qui me demandent si ils peuvent utiliser... type tisane, des choses comme ça. Oui, ça va être tisane à la camomille, des trucs comme ça, donc pourquoi pas. Après, ça va être, c'est surtout sur des troubles du sommeil un peu mineures, ça fait pas de mal.

Ça reste efficace ou est-ce que pour vous c'est plus placebo ?

Pour moi, c'est plutôt placebo je dirais. Mais si les troubles du sommeil c'est plutôt psychogène je me dis qu'en sens inverse, ça doit avoir un effet psychogène aussi.

Très bien. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prescrire un hypnotique en 1^{ère} intention ? Si oui, dans quels cas ?

Oui, dans quels cas, ça va être surtout quand l'insomnie va être consécutive à un trouble d'ordre psychologique, type anxiété réactionnelle ou des choses comme ça, et chez quelqu'un qui va être plutôt actif, c'est-à-dire quelqu'un qui a vraiment besoin de dormir et de se lever le lendemain matin pour aller bosser par exemple. Quelqu'un qui est en retraite, ben je lui dis qu'il peut faire une sieste et puis qu'il a pas besoin d'un ...

Donc c'est au cas par cas.

Oui.

Ensuite, on va aborder un petit peu la relation médecin patient.

Balint disait : "le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel".

Dans quelles mesures pensez-vous que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Ben, dans le sens où déjà, que ce soit dans la prise en charge de l'insomnie ou autre, clairement, y a beaucoup de gens qui ressortent d'une consultation, des fois même sans

traitement, ça va mieux simplement parce qu'ils en ont parlé. Donc on voit bien qu'il y a quand même un gros facteur psychogène dans tout ça. Après, je pense que ce qui est bien aussi c'est d'expliquer ne serait-ce que les cycles de sommeil, d'expliquer aux gens comment se passe un cycle de sommeil et leur expliquer que bah des fois on se réveille et c'est pas grave, déjà ça enlève un...ça peut aider les gens à comprendre leur propre cycle de sommeil et apprendre à ne pas s'angoisser parce qu'ils se sont réveillés en plein milieu de la nuit et qu'ils arriveront pas à se rendormir.

Donc la relation que le médecin et le patient « entretiennent », ça aurait un effet thérapeutique du coup ?

Oui oui, bien sûr.

Donc c'est important de connaître le médecin en soit ou est-ce que ça pourrait se faire avec n'importe quel médecin même si on ne le connaît pas ?

Ah le fait de le connaître. Ça dépend des gens je pense, y a des gens qui viennent nous voir parce qu'ils ont confiance en nous et c'est ce que je te dis ça va mieux parce qu'ils viennent nous voir. Mais, je pense que sur le sommeil, si quelqu'un venait voir par exemple quelqu'un qui a un DU Sommeil, même si il te connaît pas, si tu expliques bien, déjà comment se passe le sommeil, je pense que ça pourrait y faire aussi. Sauf si on est là aussi pour dépister aussi la cause de l'insomnie qui serait je sais pas un évènement particulier dans la vie des gens et que parce qu'on le connaît bien, on arrive à mettre le doigt dessus quoi.

Parfait. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insomnie ?

Euh, extrêmement rarement. Une fois par an peut être. (rire)

Une fois par an d'accord, on va s'appuyer sur le une fois par an. (rire)

Ok. (rire)

De quelle manière pensez-vous que cela a influencé votre prise en charge de patients souffrants d'insomnie ?

(Le médecin réfléchit)

...

Est-ce que vous pensez que le fait de l'avoir vécu, ça a pu influencer votre prise en charge ?

Je peux comprendre, ça me permet de comprendre ce qu'ils ressentent, dans le sens où c'est extrêmement angoissant de se dire qu'on ne va pas dormir de la nuit et *euh* oui, oui, ça peut m'aider à peut-être essayer de prendre en compte la souffrance un peu plus rapidement, que de dire, « oui, vous avez du mal à dormir bah ça ira mieux demain » et puis voilà. Effectivement, peut-être.

Donc vous pensez que de l'avoir vécu, quand même ça change les choses... dans votre abord du sujet...

Oui, d'une certaine façon oui.

Alors, vous pouvez ne pas y répondre bien sûr, est-ce que quand ça vous est arrivé, vous avez pris un traitement médicamenteux ?

Non du tout.

D'autres choses à ajouter ?

Non c'est parfait.

(Rire) le seul truc que j'ai fait quand j'ai pas réussi à dormir c'est de prendre mon téléphone .. le truc que je dis qu'il faut surtout pas faire *(rire)*. Mais non non, j'ai pas du tout de problèmes de sommeil moi.

Entretien 4 :

- Homme
- Age : 42 ans
- Installé depuis 2010
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 25 min 36 s
- Mode d'exercice : rural

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

Oui, oui. Alors ce matin, une dame qui vient me voir parce qu'elle a une sensation d'aigreur d'estomac, de reflux gastro-œsophagien et de toux secondaire. Je l'examine, je lui dis que ça peut être une hernie hiatale, je lui ai donné un traitement symptomatique, on va peut-être faire une fibroscopie et puis elle me dit « ah mais j'ai déjà eu une fibroscopie mais y a très longtemps, j'ai une hernie hiatale, j'ai même été opérée », je la connaissais pas, bon, on va quand même faire la fibroscopie ça peut récidiver malheureusement, et puis en fait elle était assez nerveuse, tendue, et puis je dis « mais y a pas d'autres problèmes ? alimentaires, d'alimentation... de régime non adapté au reflux, acide etc. » elle me dit « non non mais je dors pas la nuit, je me lève, c'est à cause de ça c'est ses aigreurs » et en fait rapidement j'ai bifurqué la consultation vers des troubles familiaux, des problèmes de couples, avec une insomnie qui dure depuis plusieurs mois, et donc probablement une gastrite secondaire aux troubles psychologiques et à la conjugopathie sous-jacente, et donc à l'insomnie secondaire à ses problèmes personnels, c'est une dame qui travaille plus, et puis a une somatisation suite à ses problèmes personnels qui ont entraîné des problèmes d'insomnie.

Donc là, pour le coup, l'insomnie c'était plutôt la conséquence d'un problème personnel.

Oui, oui, c'est ça. L'ordinateur qui ne s'arrête plus, c'est toujours la même chose, impossible d'arrêter l'ordinateur cérébral le soir et puis ou alors des réveils très précoces dans la nuit avec des ruminations successives qui empêchent le ré endormissement, c'était la dernière consultation il y a peu de temps.

Globalement pour vous, l'insomnie se définit elle comme le symptôme d'une autre maladie ou une maladie à part entière ? La plupart du temps on va dire

Je pense, vraiment, dans la plupart des cas c'est le symptôme d'un mal être psychologique ou d'une période de vie très encombrée avec de nombreuses décisions, de nombreuses responsabilités ou des problèmes nouveaux qui apparaissent dans la vie des personnes et qui font basculer le sommeil, qui le détériore. Donc c'est pour la plupart du temps un symptôme d'une maladie et c'est important de le considérer comme un symptôme parce que c'est en grattant ce symptôme qu'on peut découvrir pourquoi il est apparu. Alors c'est difficile d'en faire une maladie à part, il existe bien sûr des centres du sommeil mais c'est pas, je pense il faut pas considérer l'insomnie comme une maladie en tant que telle. Peut-être ça existe de manière exceptionnelle au niveau de la neurobiologie, des sécrétions chimiques cérébrales ou de ... sur des pathos... mais souvent y a une pathologie sous-jacente ou un problème psychologique sous-jacent, ou même une modification de vie qui va faire apparaître ce symptôme, mais c'est peu probable que ce soit une maladie en tant que telle.

Du coup, la question suivante se rapporte un peu à ça... donc pour vous quelles sont les origines de l'insomnie ? Donc vous m'avez déjà pas mal dit, ce serait plutôt, souvent un mal être psychologique, des soucis un petit peu au niveau de la vie personnelle.

Oui, oui, c'est très souvent ça. Encore une fois, parfois y a des hyperthyroïdies donc des dysthyroïdies ou des arythmies cardiaques, des tachycardies, des tachyarythmies je sais pas ... y a... ou effectivement ou un syndrome fébrile ou infectieux, inflammatoire, y a des maladies inflammatoires, mais l'insomnie c'est un symptôme soit d'une maladie psychologique ou d'une maladie somatique ou d'une maladie psychosomatique mais c'est toujours un symptôme, à mon sens, c'est rarement une maladie en tant que telle, donc les origines de l'insomnie elles sont ... y en a des centaines, des milliers mais c'est... je pense pas que ce soit une maladie en tant que telle.

Ok... quels moyens utilisez-vous pour évaluer l'insomnie ?

Oui, la fréquence des insomnies, quand est-ce qu'elle apparaît, est-ce que c'est début, milieu de nuit, est-ce qu'il y a des réveils nocturnes pareil en milieu de nuit ? En fin de nuit ? Est-ce qu'il y a un réveil précoce, est-ce que le sommeil est réparateur ?

Vous n'utilisez pas spécialement de questionnaire ?

Non, non j'ai pas de questionnaire.

Donc c'est plutôt l'interrogatoire.

C'est un interrogatoire au fil de mon exercice qui me fait orienter mes questions. Plus les années passent, plus mon questionnaire évolue en fonction de ce que j'ai pu observer comme type d'insomnie mais j'ai pas... j'ai pas de grille effectivement universitaire "interrogatoire de l'insomnie".

Est-ce que vous recherchez systématiquement à dépister un trouble du sommeil ou est-ce que vous préférez souvent que le patient aborde le sujet lui-même ?

Je demande pas systématiquement parce qu'on a beaucoup beaucoup de monde et y a beaucoup de doléances, effectivement je ne le demande pas systématiquement mais je vois comment les gens se présentent et en fonction de leurs pathologies ou de leur vécu actuel ou de leurs doléances qui peuvent masquer l'insomnie j'oriente de manière intuitive mes

questions vers les troubles du sommeil en fonction de l'interrogatoire générale et des doléances requises du patient.

Ok, alors quand un patient en parle spontanément, vous pensez qu'il attend quoi de vous ?

Je pense qu'il attend de moi souvent que je dédramatise la situation, que je le rassure pour qu'il puisse reprendre un sommeil naturel, seul, sans chimie ou avec des alternatives phytothérapeutiques, homéopathiques, relaxation, le sport, l'hygiène de vie. Donc y a, la première chose souvent c'est mesures hygiéno-diététiques et de réassurance du médecin traitant que les patients attendent et puis de dédramatisation en disant « oh vous êtes pas le seul hein ! » ça doit toucher effectivement une très grande partie de la population probablement toute la population sur au moins une partie de la vie de la population, de chacun de nous et puis voilà. Donc première chose et puis après ça dépend de la fréquence et de l'insistance et de la récurrence du symptôme d'insomnie mais parfois effectivement ils attendent que je les fasse vraiment dormir, donc c'est-à-dire que si c'est le volet anxieux qui les empêche de s'endormir, on va leur proposer sur quelques jours pour reprendre confiance en le sommeil, un anxiolytique après voilà ça peut être des troubles du sommeil différents de ceux induits par l'anxiété et où là il faudra peut-être des hypnotiques ou alors traiter la maladie à la racine, une maladie inflammatoire systémique ou une maladie infectieuse ou je sais pas une maladie thyroïdienne, ou une autre pathologie quelconque.

Est-ce que vous pensez que souvent ils attendent un traitement médicamenteux d'emblée ?

Alors, alors je dirais non pour une très grande majorité et pour ceux pour lesquels on a décidé d'initier souvent l'anxiolytique ou hypnotique reste dans le tiroir et n'est jamais ouvert ou n'est même pas... ou l'ordonnance n'est même pas scannée à la pharmacie, donc non je dirais que c'est vraiment une minorité ou alors s'ils te le demandent et que tu ne les connais pas c'est que vraiment ils recherchent une consommation répétée et qui n'est plus voulue par leur médecin traitant, d'anxiolytiques ou de benzodiazépines et là ils en font une surconsommation ils viennent te voir et c'est là où il faut être méfiant mais non je crois que y a trois quarts ou même peut-être même 80-90% des gens quand ils viennent, et quand ils parlent d'insomnie, ils veulent être rassurés, ils veulent que tu leurs dises que ça va passer, que c'est une période, il va falloir utiliser des méthodes alternatives donc d'hygiène, de diététique, de sport peut-être même de psychologie, de psychologue pour parler, évacuer les angoisses et puis le sommeil va revenir. Donc non dans 90% des cas, ils demandent pas de médicaments ou alors c'est des alternatives encore une fois homéopathiques ou phytothérapeutiques.

Donc la question suivante... vous m'avez un peu répondu donc dans le cas où il aborde le sujet spontanément, quelles attitudes essayez-vous d'adopter ? donc c'est plutôt de réassurance...

Sur la prescription ? *eah* oui, sur la prise en charge, oui c'est vraiment la réassurance, une re consultation si le symptôme insomnie persiste, parfois si un bilan biologique n'a pas été fait depuis très longtemps, prescrire un bilan biologique, *hum* et puis revoir le patient, aborder sa vie personnelle, sa vie professionnelle, les enfants, la femme, comment ça va, est-ce qu'il y a une vie de couple, est-ce qu'il n'y a pas de problèmes avec les enfants, est-ce que au travail y a pas de conflits en ce moment, est-ce que vous arrivez à prendre du temps pour vous, à faire du sport, d'équilibrer votre vie etc. Bon je fais ça de manière spontanée à chaque fois et souvent effectivement ça s'arrête là et si y a prescription de benzo c'est sur 3 jours ou 4 jours mais de manière systématique sur toutes mes ordonnances en sachant qu'ils ont une boîte de

30 *hein* puisque les médicaments en France ne sont pas déconditionnés malheureusement, notamment pour ces classes thérapeutiques, avec la demi-vie la plus courte possible si c'est un anxiolytique et puis je lui dis « on essaie les mesures hygiéno-diététiques et si ils ne fonctionnent pas et bien tu prendras sur 2 ou 3 jours par exemple un anxiolytique ou un hypnotique pour reprendre confiance en le sommeil et ensuite tu le quittes et ça devrait revenir ! ».

Ça marche... question suivante... Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

Pas du tout, c'est vrai. Non pas du tout. Là j'avoue que j'ai plutôt une approche approximative dans l'estimation de l'insomnie, sa fréquence, je vais pas cibler et stigmatiser le symptôme insomnie parce que ça peut à mon sens aggraver la situation, même si on fait chez les enfants le stop pipi, les nuages et le soleil, ça fonctionne parfois mais, je pense pas que pour le sommeil chez l'adulte, en stigmatisant le symptôme, le symptôme s'améliore ou en tout cas, alors moi j'aurais peut-être une vision plus claire effectivement de la fréquence du symptôme mais chez le patient, ça peut cristalliser l'insomnie et la pérenniser et il va buter dessus ou alors ça va l'agacer ou alors il va se dire « eh bah tiens j'ai encore pas dormi » etc. Et ça peut probablement hanter son... hanter ses nuits parce que souvent y a de l'anxiété sous-jacente et si effectivement on fait, on met le doigt sur quelque chose qui est un symptôme gênant chez un patient anxieux, on a tendance à aggraver son anxiété vis-à-vis de ce symptôme.

Bien... c'est intéressant. Quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner donc les troubles du sommeil ?

Oui, alors là c'est très clair. Donc l'hygiène de vie, avec notamment le sport, les activités de relaxation, *eah*, sophrologie, la psychologue, moi je... en médecine générale, moi je n'ai pas le temps, je ne prends pas le temps de la psychologie même si on en fait à chaque consultation, je peux pas les creuser bien loin mais je sais à peu près quand est-ce qu'il faut je passe la main, et c'est fréquent dans le symptôme insomnie, au psychologue, la phytothérapie (aubépine, valériane) très bien, l'homéopathie parfois chez l'enfant notamment et même chez l'adulte et quelques fois encore une fois, sur 3 jours, sur mon ordonnance, benzodiazépines demi vie courte et des hypnotiques parfois malheureusement que j'ai récupéré, notamment le Zolpidem qui est un poison et que j'ai récupéré de mon prédécesseur et ça fait douze ans que je suis installé et je ne parviens pas à sevrer un certain nombre de patients qui est absolument minoritaire dans ma patientèle, mais qui est quand même là tous les mois et qui vient chercher ses hypnotiques et ça c'est absolument catastrophique c'est effectivement une drogue et une dépendance, ils ont l'impression de dormir et que le sommeil est réparateur, et ils ont besoin de ces médicaments. J'avais tenté au début de mon installation d'arrêter les benzodiazépines demi-vie longue et Temesta etc. et le Zolpidem et j'ai perdu des patients, des patients qui ont fait des esclandres au secrétariat, qui étaient absolument fous, qui voulaient leurs comprimés et qui ont quitté le cabinet et qui ont hurlé, qui m'ont hurlé dessus donc j'ai vite compris que effectivement en ville c'était extrêmement compliqué d'arrêter certains hypnotiques et certaines benzodiazépines à demi-vie longue dont les patients dépendaient totalement.

Alors les hypnotiques on va y revenir... mais concernant luminothérapie, hypnose est-ce que vous avez déjà « prescrit » ça ? Pour des troubles du sommeil ?

L'hypnose oui, oui. L'hypnose c'est arrivé, comme le sevrage tabagique, je l'ai pas cité, l'hypnose est une alternative mais peut-être qui est moins développée dans l'offre qu'on peut proposer parce que y a peu de thérapeutes hypnose dans la région, donc je ne peux moi-même

pas conseiller l'hypnose chez une personne en particulier et ça, ça gêne beaucoup le patient parce que il y a une sorte de dépendance et de lien médecin-patient avec une confiance et donc quand on leur dit « ah et au fait, l'hypnose ce serait vraiment bien essayez ! » « Mais oui docteur mais chez qui vous m'envoyez ? » « Ah bah je sais pas, y a pas grand monde dans notre secteur, voilà il faut faire une heure de route » et là d'un coup l'option hypnose s'évanouit parce que on a pas vraiment de thérapeute à proposer en face la technique.
Et l'autre c'était ?

Luminothérapie.

Alors non, j'avoue j'ai vu notre secrétaire faire de la luminothérapie, peut-être pour le moral mais pour le sommeil, non j'avais pas notion de ça.

D'accord. Homéopathie, phytothérapie, est-ce qu'il y a des cas particuliers dans lesquels vous utilisez ?

Essentiellement les enfants et même en première intention chez tout adulte avant de... donc je dirais que ça peut être sur mon ordonnance, dans 90% des cas c'est Euphytose enfin je sais pas quelle marque on peut utiliser mais Aubépine, Valériane dans 90% des cas et dans 10% des cas voilà soit c'est des renouvellements anciens de mon prédécesseur soit c'est des benzodiazépines demi-vie courte vraiment pour reprendre confiance en le sommeil pour les gens les plus affectés dans la vie personnelle ou dans la vie professionnelle par un trouble du sommeil qui dure et qui entache leur vie.

Ça marche. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prescrire un hypnotique en première intention ? Et si oui, dans quels cas ?

Non, je crois que ça m'est jamais arrivé, les gens rappellent, reprennent rendez-vous vraiment si les premières techniques ne marchent pas mais pas en première intention sauf dans le cas d'un renouvellement d'un confrère, avec des patients qui sont agressifs *hein*, véhéments, et qui veulent absolument repartir avec leur ordonnance, comme les gens qu'on sèvre de la dépendance à l'héroïne *hein* c'est incroyable ! Mais à part ces cas-là non. On a tout le choix de ne pas en prescrire en première intention, les gens comprennent d'ailleurs.

Du coup c'est problématique finalement de renouveler la prescription d'un autre médecin qui l'a fait ...

Ah bien sûr ! C'est absolument problématique parce qu'au départ, tu te bats contre, tu vois que ça ne fonctionne pas et que les gens sont agressifs ou qu'ils ne reviennent pas et qui l'obtiennent ailleurs, donc c'est un combat perdu, au fil des années tu renouvelles de manière aveugle un hypnotique à des patients qui viennent pour ça d'ailleurs. Et tu cherches plus d'alternative, parce que tu as perdu le combat, tu sais que tu as été vaincu pendant des années et que tes conseils ou l'aide à l'alternative de l'hypnotique n'a pas fonctionné ou ils ont pas voulu t'écouter je sais pas, ou ils ont pas voulu d'alternative et du coup toi t'abandonnes et puis ben tu leur donnes ce qu'ils veulent.

Bien. Donc là on va basculer un peu sur la relation entre le médecin et le patient.

Balint disait que « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel ». Dans quelle mesure pensez-vous que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Encore une fois, je pense que le médecin a un grand rôle à jouer dans la confiance qu'il a tissée et dans même d'ailleurs je... dans la confiance et la domination médecin-malade qui peut exister. Le patient va trouver un bénéfice secondaire dans cette relation humaine par une réassurance, par la confiance qui va gagner en lui grâce à la parole du médecin, qui est une parole effectivement personnelle (*rire*), y a pas d'alchimie particulière, c'est la psychologie de chaque médecin qui s'exprime dans la consultation, c'est très intuitif, c'est cette confiance intuitive qui n'est pas matérialisable qui va permettre un effet placebo au patient et une reprise de confiance en son sommeil dans la plupart des cas. Parce que le patient a besoin aussi... nous on voit effectivement des milliers et même des dizaines de milliers de gens au fil de notre activité donc on voit des gens différents qui nous expriment beaucoup de choses mais les gens eux même ne voient que peu de personnes, ils ont parfois pas de vie de famille ou une vie de famille mais restreinte tout au long de la vie, donc ils ont besoin d'aller voir un professionnel de santé qui peut leur apporter une dédramatisation de la situation qui est assez commune, qui est fréquente, qui est très étendue, et il faut pas stigmatiser l'insomnie, il faut pas en faire tout un plat, il faut se relaxer et puis ça va revenir, tout le monde vit une période comme ça dans sa vie, ou plusieurs périodes ou parfois même plusieurs mois ou années, mais en l'acceptant peut-être et en sachant que les autres vivent la même chose mais ne vous en parlent pas parce que c'est dur de dire « j'ai pas dormi cette nuit » parce que comment on va nous regarder ? On va dire « oh bah il est pas efficace », si tu dis au travail « j'ai pas dormi cette nuit » alors là « oh bah il a pas encore dormi... il a une sale tête... toute façon il va encore rien faire... on va le licencier », ça entraîne une peur chez les gens. Ou alors si on dit on a pas dormi, les gens vont dire « bah alors prends pas la voiture » ou alors je sais pas « viens pas ce week-end » donc ça peut mettre à l'écart l'insomnie, donc les gens en parlent pas entre eux donc ils savent pas que les autres vivent cette insomnie et ils ont tendance à dramatiser la chose et pour qu'ils viennent nous voir, il faut qu'il y ait un vrai problème, parce qu'à l'heure actuelle l'accès aux soins est pas évident donc si ils viennent nous en parler c'est vraiment qu'ils attendent une réponse orale plus que chimique.

Impeccable. Est-ce que vous souffrez ou avez-vous souffert d'insomnie ? Bien sûr vous avez le droit ou non de répondre à ça.

Oui, oui....

Et de quelle manière pensez-vous que cela a influencé votre prise en charge si vous en avez souffert ?

Alors c'est arrivé quelques fois, c'est vrai que je dors assez bien mais que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle, pour moi de façon exceptionnelle donc tant mieux pour l'instant (*rire*), ça arrive qu'il y ait des sujets qui m'occupent l'esprit et alors, ne pas s'endormir du tout non, ou alors c'est peut-être arrivé une fois, mais se réveiller plutôt en milieu de nuit ou plutôt en fin de nuit mais avec un réveil précoce, oui ça arrive, oui bien sûr. Moi je me suis jamais traité, alors c'est facile on a un ordonnancier je sais pas et puis des benzodiazépines partout, *eah* mais j'ai jamais osé parce que j'ai trop peur ensuite de poursuivre facilement et avec facilité, de dire « bah écoute tu dors pas, tu prends ça et puis t'es tranquille. Et puis prends-en tous les soirs comme ça t'auras plus ce problème à affronter » donc oui ça m'est arrivé quelques fois, pas fréquemment mais oui ça m'est arrivé quelques fois. Alors que ça influence ma prise en charge, non je crois pas, je crois que la concentration elle prend le dessus, l'attention, la concentration et l'objectif du soin dominant la notion de fatigue parce que est-ce que parce qu'on dort pas, on est forcément fatigué ? probablement oui, mais ça

dépend encore une fois de la psychologie de chacun, du physique, de la psychologie, du vécu de chacun et de la capacité à se concentrer, à avoir de l'attention et ça c'est inerrant à chaque personne, ça dépend pas ni d'une fonction ni des nuits de sommeil ou d'insomnie en fait.

Et alors est-ce que vous pensez que le fait d'avoir vécu quelques fois ces épisodes, ça a influencé votre prise en charge dans le sens ou vous savez ce que ça fait donc vous partagez quelque chose avec le patient ?

Oui bien sûr, je comprends. Alors oui, je crois que vraiment oui et alors l'empathie c'est une très bonne chose et c'est encore mieux probablement quand le médecin lui-même a vécu des situations qui reflètent la doléance du patient. Alors, il faut pas trop s'attacher à ça non plus parce que dans mon cas effectivement je n'ai rien pris et le sommeil revient mais ce n'est valable que pour moi et je pourrais pas projeter mon vécu à celui du patient parce que personne ne se ressemble. Donc je dirais que je peux avoir plus d'empathie et plus comprendre comment ils s'expriment ou alors au bout d'un certain temps comment ils ne peuvent plus aller au travail à cause de l'insomnie par exemple donc je pourrais dégainer un arrêt de travail, je pourrais... un des traitements parfois c'est l'arrêt de travail, c'est très clair, on ne peut pas mettre le patient en danger sur la route ou sur un poste précis si lui-même n'est plus apte à le faire à cause de l'insomnie, mais ça n'influence pas le fait... moi si j'avais pris des benzos ou un hypnotique, j'en donnerais pas plus facilement à un patient et je vois pas non plus pourquoi, j'en donne à certains patients, ça marche très bien et que moi je l'utiliserais parce que j'ai vu que ça marchait bien donc non je sépare totalement les solutions qu'on peut apporter à l'insomnie entre parfois mes insomnies et celles des patients, par contre, vivre une période d'insomnie peut favoriser le médecin à comprendre et à mieux entendre et écouter le patient qui s'en plaint.

Donc c'est plus dans l'écoute, pas tellement dans la prise en charge.

Pas du tout ! Je crois qu'il faut que ce soit séparé parce que sinon ça peut amener à faire des erreurs juste par mimis, ça ne suffit pas, on ne se ressemble pas, on ne peut pas faire du copier-coller de prise en charge. Par contre, on peut mieux comprendre son patient si soi-même on a vécu à peu près ou cette histoire d'insomnie, peut-être pas dans la même fréquence et la même importance mais c'est vrai que ça permet de mieux comprendre, d'être plus en phase pour trouver le meilleur traitement pour lui mais pas celui qui pourrait être le nôtre.

Ok très bien. Alors on a fait le tour un petit peu, est-ce que vous auriez autre chose à ajouter dont on n'a pas parlé ?

Non, non, je crois que c'est un symptôme omniprésent, qu'il faut aller chercher mais que le patient souvent s'enquière de nous faire partager, faut surtout pas le négliger, c'est à mon sens très rarement, parfois, mais très rarement une maladie en tant que telle, par contre ces symptômes qui peuvent faire découvrir des problèmes profonds, qui datent depuis des décennies (*rire*), ou des mois et des problèmes personnels ou professionnels ou sur lesquels il faut mettre le doigt et puis permettre une prise en charge plus globale, c'est un symptôme qui permet justement au médecin généraliste de faire une prise en charge globale qui est son métier transversal, du patient.

Entretien 5 :

- Femme

- Age : 41 ans
- Installée depuis 2012
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 15 min
- Mode d'exercice : rural

Alors est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

Euh, oui. Donc c'était... c'est une dame en fait qui est de nuit, qui travaille de nuit, qui est aide-soignante à la maison de retraite de Sancerre, et du coup, *euh*, qui souffre si tu veux de ne pas dormir au moment où elle a décidé en gros, quand elle rentre chez elle, donc à la longue ça pose souci et puis elle craquait par rapport à ça.

Ok... Quelle a été l'issue du coup de la consultation ?

Euh... ben l'issue de la consultation, c'était une prescription *hein*, de toute façon *hein*.

Prescriptions de quoi du coup ?

On a mis au départ, j'ai démarré par Alprazolam... Xanax.

Ok... de façon générale, donc vous pensez, que l'insomnie se définit plutôt comme le symptôme d'une autre maladie ou est-ce que c'est une maladie à part entière ?

Euh... je dirais plutôt un symptôme.

Le symptôme ...

Ouais.

... toujours d'autre chose du coup ?

Comment ?

Toujours d'autre chose du coup... le symptôme de quelque chose d'autre.

Euh oui, ben c'est souvent c'est multifactoriel *hein* de toute façon.

Donc ça se rapporte à la question 3 du coup, selon vous quelles sont les origines les plus communes de l'insomnie ?

Les origines...

De l'insomnie.

Hum...

Celles que vous rencontrez le plus souvent.

Celles que je rencontre le plus souvent donc, y a le travail, *hum*, ensuite je dirais les enfants en bas âge aussi, avec les réveils nocturnes et ensuite... donc le travail c'est le stress *hein*... donc les enfants en bas âge, et puis après ben, plus de tout ce qui est insomnie, je dirais plutôt chez

la femme avec la ménopause, voilà, les petits dérèglements hormonaux, là on est plus sur ... Y a l'insomnie plutôt à la ménopause chez les femmes et puis ensuite les insomnies chez les personnes âgées en fait... qu'on a aussi.

D'accord... est-ce que parfois il y a des origines « psy » ?

Euh, pas si souvent que ça.

D'accord... quels moyens utilisez-vous pour évaluer l'insomnie ? Est-ce que vous utilisez des grilles, des échelles, etc... ?

Non, en toute honnêteté non. (*rire*)

C'est pas obligatoire après ! (*rire*). Est-ce que vous recherchez systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou est-ce que vous préférez que le patient aborde le sujet par lui-même ?

Je ne le dépiste jamais. C'est lui qui m'en parle en général en consultation.

D'accord. Que pensez-vous que le patient attend de vous justement du coup lorsque le patient aborde le sujet spontanément ?

Alors... ben t'as plusieurs sortes de patients en fait, t'as des patients qui sont plus là pour être rassurés et qui vont plus avoir ton accord sur des méthodes alternatives justement pour combattre justement l'insomnie, donc plus tout ce qui est séances de relaxation, tu vois, ou de la phytothérapie, ce genre de choses, et t'as le profil du patient qui vient, qui est vraiment à bout, qui a beaucoup attendu et qui vient clairement chercher une prescription médicamenteuse pour dormir.

D'accord. Quelles attitudes essayez-vous d'adopter donc dans ces cas-là ?

Alors, j'essaie de ne pas être dans la prescription facile et systématique, donc de proposer quand même des solutions alternatives, *euh*, comme je te disais, avec tout ce qui est un peu médecine parallèle, et puis en général le patient revient vers toi quand il est en échec en fait, quand ça a pas fonctionné.

D'accord. Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

Non.

Quelles sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ? Donc est-ce que vous utilisez tout ce qui est luminothérapie, hypnose ... ?

Plutôt hypnose et séances de relaxation.

Oui... que pensez-vous de leur efficacité dans les troubles du sommeil ?

Ah bah y a des gens qui sont très réceptifs, pour qui ça marche vraiment très bien.

D'accord, avez-vous recours à l'homéopathie, la phytothérapie ?

Alors moi je n'en prescris pas parce que je ne connais pas mais je suis pas du tout bornée contre ce genre de médecines qui peuvent être vraiment complémentaires en fait au niveau du patient.

Bien, vous est-il déjà arrivé de prescrire un hypnotique en 1ère intention ?

Non, rarement... jamais même.

Jamais ... donc souvent quand il y a un hypnotique, c'est plutôt un autre médecin qui l'a initié avant vous ?

Oui, souvent, c'est des renouvellements mais j'ai pas tant de patients que ça en fait où je dois renouveler des hypnotiques régulièrement.

Et jamais vous ne l'avez mis en première intention ? c'est jamais arrivé ?

Pas en première intention, non.

Donc en général, qu'essayez-vous en tout premier ?

Plutôt sédatif PC, tu vois ce genre de choses en fait... Donormyl... .

Ok. Donc après on rentre un peu dans la relation médecin-patient.

Dans quelles mesures pensez-vous que la relation médecin patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Euh... dans quelles mesures elle peut avoir un effet thérapeutique... ben c'est ce que je te disais tout à l'heure, que le patient a besoin d'être rassuré et qu'il faut un peu dédramatiser aussi cette période, en fait, qui peut être anxiogène pour le patient... voilà, tu peux aussi te laisser du temps, voir comment ça évolue.

Est-ce que vous pensez que le fait du coup qu'il y ait une vraie relation entre les deux, ça joue ou est-ce que on peut voilà aller voir n'importe quel médecin et ça va le rassurer ?

Ah non je pense que son médecin généraliste attiré, son médecin référent c'est essentiel *hein*.

Ok. Donc dernière question qui rentre un peu dans le personnel... Avez-vous déjà souffert d'insomnie ? et si oui, de quelle manière pensez-vous que cela a influencé votre prise en charge ?

Oui, moi j'ai déjà souffert d'insomnie. C'était souvent en période... ben comme je t'ai dit au départ, surmenage professionnel plus enfants en bas âge qui dorment pas et puis qui te réveillent la nuit, *euh* et justement quand t'es passée par ce genre de période, t'arrives justement un peu à temporiser les choses et puis à rassurer aussi.

D'accord, donc ça a joué...

Dans la prise en charge ouais.

Et dans tout ce qui est traitement médicamenteux ?

Et dans ce qui est traitement médicamenteux aussi, parce que c'est une période où j'ai aussi pris l'Alprazolam justement, pas de façon systématique, mais de manière occasionnelle, vraiment quand ça faisait plusieurs nuits je dormais pas, que j'avais des insomnies de une heure à trois heures du matin et du coup tu prends l'Alprazolam et ça te permet au moins de faire une nuit correcte en fait et après de réembrasser sur une période où tu vas re dormir en fait.

Ok... et vous pensez que d'avoir vécu ça, du coup, si on va dire vous avez une patiente ou un patient qui vit la même chose, ça va plus vous diriger vers tel ou tel traitement ?

Forcément oui, ça influence forcément de toute façon. Y a pas que les troubles du sommeil *hein*. Y a pleins d'autres choses qui peuvent influencer la pratique oui.

Ok...on a fait le tour des questions, auriez-vous d'autres choses à ajouter dont je n'ai pas parlé concernant le sommeil ?

Euh, non, je sais plus ce que je voulais te dire. Non. Je sais plus. J'essaie vraiment de bien insister tu vois même quand je prescris l'Alprazolam au départ, de ne pas être dans une automédication systématique, c'est-à-dire de ne pas le prendre tous les soirs, j'insiste vraiment sur le fait que si ils l'ont pris une fois et que ça a fonctionné et que ça leur a donné une réassurance en leur sommeil, ensuite ils ont la boîte, elle est dans la pharmacie de la maison, mais c'est vraiment en occasionnel qu'il faut prendre le comprimé en fait, pour qu'on soit pas vraiment dans une automédication systématique.

Et est-ce que vous pensez que ça fonctionne du coup ?

Je pense parce qu'ils reviennent pas tous les 3 mois tu vois pour faire renouveler l'ordonnance... en général une boîte ça peut durer un an donc...

C'est peut-être aussi dû au fait qu'ils vous font confiance, qu'il y a justement cette relation...

Ah bah oui, oui oui c'est sûr . Si tu leur as expliqué comment fallait faire et comment prendre le médicament, en général, ils t'écoutent *hein* aussi.

D'accord, vous ne pensez pas qu'ils attendent systématiquement un traitement médicamenteux au final quand ils viennent vous en parler ?

Non, pas forcément, mais à discuter, de toute façon les troubles du sommeil, c'est des facteurs extérieurs en fait, au niveau des habitudes de vie, qui font que tu dors pas en fait, la plupart du temps, ce que je remarque au niveau des actifs, c'est qu'il y a trop de stimulations en fait, si tu veux, la journée, que ça soit au niveau de leur vie privée ou au niveau du travail en fait, et que le cerveau n'arrive plus à se mettre en veille en fait le soir. Il y a souvent trop d'ordinateurs, trop de questions, trop de réponses à apporter et du coup ils trouvent plus le déclic qui permet de mettre le cerveau en veille en fait, pour se détendre.

Ok, parfait. Impeccable... y a tout ce qu'il faut...

Y a tout ce qu'il faut c'est bon ?

Oui c'est bon.

J'ai pas dit trop de bêtises ? (*rire*)

Non du tout !

(*rire*)

Ecoute au niveau du Zolpidem... j'essaie vraiment de leur faire arrêter le plus possible mais c'est une galère ... Tout ce qui est prescription Zolpidem, Zopiclone, donc c'est souvent pas moi qui ai fait les instaurations de traitement comme je te disais et quand je reprends des prescriptions d'anciens médecins, j'ai énormément de mal à leur faire arrêter justement l'automédication systématique tous les soirs. Ils seraient prêts même à changer de médecin traitant *hein* ! Pour avoir la prescription *hein* !

Et vous avez déjà eu des sevrages réussis ? des hypnotiques ?

Euh, j'ai eu un sevrage que j'ai réussi, et c'était la dame dont je te parlais, qui était aide-soignante de nuit, et quand elle a changé de poste et qu'elle s'est remise en journée, elle a réussi à arrêter le somnifère.

Ok... Parce que du coup pas mal de médecins m'ont parlé de ce « problème », des renouvellements faits par un autre médecin d'hypnotiques...

...Systématiques oui.

Et tout le monde bute un petit peu sur la même chose.

Ouais mais je pense qu'on est la génération qui a été très sensibilisée aussi par rapport à ça *hein*, justement *hein*, au niveau des prescriptions on fait quand même plus attention, je pense.

Ok... après si j'ai bien compris y a pas tant de patients ici qui sont sous hypnotiques...

Je pourrais pas te dire combien... bon moi c'est pas bien mais je ne les fais pas revenir tous les vingt-huit jours, donc ça t'es peut être pas obligée de le mettre ... (*rire*)

(rire) mais pleins de médecins le font, ils mettent deux comprimés au lieu d'un...

(*rire*) alors deux comprimés quand ça marche sinon je leur fais des prescriptions d'avance avec des dates d'avance voilà parce qu'on a trop de travail donc je ne veux surtout pas les voir que par rapport à ça, et c'est ce que je te disais *hein*, ils sont prêts à changer de médecin si tu refuses de leur faire par contre ! On est vraiment sur une conduite addictive *hein*, je pense aussi par rapport à ça.

Au final ça a créé plus d'addictions que ça n'a réglé le problème...

Exactement, c'est tout à fait ça.

Parfait

C'est pareil, ce qu'on a discuté au niveau ménopause, moi j'ai vraiment remarqué, elles ont souvent des troubles du sommeil transitoires pendant un an et demi, deux ans avec les effets secondaires : bouffées de chaleur, tout ça, et souvent y a aussi des gros troubles du sommeil à ce moment-là.

Et dans ces cas-là c'est quoi qui fonctionne en général ?

La phyto des fois, ça peut pas trop mal marcher, ou sinon un traitement hormonal substitutif en fait.

Qui là va régler le problème de l'insomnie ?

Alors souvent, parce qu'elles ont moins d'effets secondaires de la ménopause et du coup ça les réveille moins la nuit, elles sont moins gênées aussi, donc, au niveau irritabilité, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, ça permet de remettre en place des choses aussi.

Ça marche, avez-vous déjà eu des cas où l'insomnie était une maladie à part entière... ou on ne trouvait pas du tout la cause ?

Non, *euh* si, une patiente ! je te dis des bêtises ! c'est une jeune qui a mon âge, donc où elle a vraiment tout essayé et y a rien qui marche, et où elle m'a demandé un courrier pour aller dans un centre du sommeil, justement, mais ils sont plutôt débordés dans les CHU, là que ce

soit Tours ou autre, et pour l'instant j'ai pas de suites... mais pour moi, tu vois, cette jeune femme, que je connais bien, pour moi, c'est pas une maladie à part entière, je sais qu'il y a pleins de choses qui vont pas dans sa vie et qui font qu'elle ne dort pas de toute façon mais après c'est compliqué aussi de dire les choses clairement en consultation aussi et puis les gens sont pas tout le temps prêt à l'entendre non plus ...donc

Entretien 6 :

- Femme
- Age : 38 ans
- Installée depuis 2020 dans la MSP actuelle, depuis 2013 en tant que médecin généraliste
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 18 min
- Mode d'exercice : urbain
- MSU : non

Donc on va rentrer dans le vif du sujet, pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ?

(Le médecin réfléchit)

...

La plus récente...

La plus récente...je suis en train de regarder la liste de mes patients *(rire)*...

Oui pas de soucis, j'ai l'habitude *(rire)*.

Ah non, parce qu'en même temps c'est quasiment tous les jours en fait...

Ah oui, tant que ça ?

Ah bah oui, entre le stress, le covid, le travail, etc..., parce qu'en début de semaine, j'ai dû... alors je me souviens même plus de qui mais je sais qu'il y en a eu ...

Celle qui vous revient, de toute façon ...

Non je sais qu'il y 'en a, alors je sais plus si c'est un ou une, mais qui...oui c'est ça ... qui m'a dit qu'elle dormait 3h par semaine...*eah* 3h par jour je veux dire...

3h par jour ?

Oui, 3 h par nuit.

Et c'était récent ? ancien ?

Euh non, c'était ancien. C'est une personne qui a toujours travaillé...oui c'est ça, elle travaillait de nuit, elle est complètement décalée et donc elle fait... elle s'endort vers je crois minuit et se réveille à 3h toutes les nuits.

D'accord et alors comment vous avez géré un petit peu ça ?

Bah vu que c'est ancien, *euh*, je crois que je lui ai donné, si je me souviens... ouais on a essayé un anxiolytique, du Bromazépam, au moins ça va la détendre et puis essayer de grapiller quelques heures, mais... ouais je suis pas convaincu. Après elle... en fait cette personne-là, elle vit comme ça, donc finalement ça la gêne plus trop, enfin elle m'en parle, mais en fait c'est un peu son quotidien en fait. Donc elle récupère dans la journée.

Mais si elle en parle, c'est que ça la gêne quelque part ou... c'était juste dans la discussion ça s'est ...

Je pense, c'était juste dans la discussion ouais, et puis elle voulait quand même essayer quelque chose pour voir si finalement ça allait l'aider à s'endormir un peu.

D'accord.

Mais... ouais ça c'est la dernière qui m'en a parlé.

Ok... et dans son cas la cause c'était quoi ?

Son travail.

Son travail.

Ouais.

Le fait d'être décalée du coup.

Oui, mais son travail... puisqu'elle est en retraite *hein*.

Ah oui ok.

J'ai beaucoup de personnes âgées.

Pour vous, est-ce que l'insomnie se définit plutôt comme le symptôme d'une autre maladie ou est-ce que c'est une maladie à part entière ?

Pour moi, c'est plutôt une maladie à part entière. Ouais. En fait ça peut être les deux. A la fois ça peut être une maladie à part entière et en même temps ça peut être juste transitoire dû à d'autres choses.

D'accord.

Mais j'en ai c'est vraiment une maladie à part entière, j'en ai un jeune là, lui il ne dort quasiment pas depuis sa naissance, en fait il est TDAH, et il peut même plus travailler, là on a dû le mettre en arrêt de travail depuis 6 mois, en fait il travaillait, il faisait des ... il faisait des radars en voiture, vous savez, des voitures radars, des radars embarqués, sauf que quand il a vu le médecin du travail, le médecin du travail a réalisé en fait que c'était un insomniaque de première et qu'il s'endormait quasiment au volant, bah il l'a mis en arrêt de travail, et là ça fait 6 mois qu'on est en arrêt de travail.

D'accord.

Lui, c'est chronique, c'est depuis qu'il a 10 ans en fait, là il en a 25.

D'accord, donc dans son cas, c'est quand même dû au fait qu'il a un déficit de l'attention ou est-ce que ... ?

Lui, je pense que c'est deux choses séparées.

Ah oui ?

Oui, je pense qu'il a un déficit de l'attention depuis son jeune âge, et je pense que l'insomnie s'est rajoutée, mais après, y a peut-être un lien quand même. Mais on l'a envoyé...lui par contre il est parti au centre de sommeil à Tours.

D'accord. Ça a donné quelque chose ?

Non. Enfin, ça a donné qu'il dormait pas (*rire*) .

C'est tout ? y a pas eu de ...

Non, non, je crois qu'ils ont arrêté *euuh...* je crois qu'ils ont arrêté là en fait. Ils sont même plus en train de chercher plus loin, je sais même plus ce que ça a donné. Mais toujours en arrêt de travail.

Ah oui, quand même.

(Le médecin regarde le dossier du patient sur son ordinateur)

Ils ont essayé de donner un médicament, le Sifrol, il l'a pas supporté, voilà, donc là il veut plus le voir.

Ok...

Il fallait qu'il arrête les écrans à partir de 21h et qu'il fasse du sport.

Ok... c'est un petit peu ce qu'on dit en première consultation souvent.

Oui ! mais sauf que là il veut pas le revoir !

Ouais...ok.

Le médecin cite le compte rendu : « je reste à votre disposition si besoin », voilà, il n'a pas été...en plus comme il a pas dormi quasiment, euuh, bah en fait, il est hyper somnolent, ils ont rien trouvé sur le résultat d'enregistrement de sommeil.

D'accord... ça reste assez rare mais c'est intéressant.

Bah ouais, surtout que c'est assez embêtant, parce qu'il a vraiment que 25 ans quoi.

Et du coup, la question suivante se rapporte un peu à ça, quelles sont selon vous les origines de l'insomnie ? en tout cas que vous rencontrez le plus souvent ?

A l'heure actuelle, c'est beaucoup le stress au travail, chez les jeunes. Chez les plus âgées, c'est soit du stress dans leur vie personnelle ou soit justement des mauvaises habitudes qu'ils ont prises, dues à leur travail, ou mais vraiment, je pense vraiment que c'est le stress qui, même pas la dépression, plus le stress, les burn-out surtout.

Toujours en rapport avec le travail souvent.

Oui, souvent en rapport avec le travail, ou en rapport, pour les femmes, en rapport avec leur stress quotidien et tout ce qu'elles ont à gérer quoi.

Ok, quels moyens vous utilisez pour évaluer les troubles du sommeil ? Est-ce que vous en utilisez déjà ? des échelles, quoi que ce soit ?

Non, non, j'avoue j'utilise pas d'échelle, j'utilise pour la dépression mais j'utilise pas pour l'insomnie, d'ailleurs si vous en avez à me proposer ça serait pas mal oui (*rire*).

Bien... donc souvent vous l'évaluez donc par l'interrogatoire ?

Oui, oui.

Alors est-ce que vous recherchez systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou est-ce que vous préférez souvent que le patient aborde le sujet par lui-même ?

Non, je pose systématiquement la question. Ouais ! Est-ce que vous mangez bien ? Est-ce que vous dormez bien ? (*rire*)

D'accord. A tous les patients ?

Quasiment, oui. Quasiment, oui, ça fait partie de mon interrogatoire, surtout pour les renouvellements, les trucs comme ça, ça fait partie d'emblée.

Qu'est-ce que vous pensez que le patient attend de vous lorsqu'il aborde le sujet spontanément ? sans que vous lui posiez la question....

Un traitement.

Toujours un traitement ?

Oui, je pense. Des conseils ou traitement mais souvent quand ils sont arrivés à nous en parler spontanément, c'est qu'ils attendent quelque chose derrière, ils attendent une réponse.

Hum ... et quand vous dites un traitement, est-ce que vous pensez à un traitement médicamenteux en particulier ?

Non, je pense qu'ils cherchent une réponse. Ils cherchent quelque chose pour les aider, donc après ça peut être... moi en général je commence toujours par de l'homéopathie, la phytothérapie, enfin, l'Euphytose ou Sédatif PC. On essaie toujours ça... moi j'essaie toujours ça en premier et puis en leur donnant les conseils pour s'endormir machin. Et après si ça fonctionne pas, si je les revois à une consultation et qu'ils repartent encore sur le sujet et que vraiment ils en peuvent plus, c'est là après on part sur des ... en général soit les antihistaminiques comme l'Atarax, ou soit les benzos.

Ok... donc quelles attitudes vous essayez d'adopter dans ces cas-là ? donc dans le cas où il en parle spontanément et il est en demande de traitement médicamenteux.

Bah...

Ce que vous venez de me répondre ?

Voilà (*rire*).

(rire) Ok... est-ce que vous utilisez un agenda du sommeil ?

Non. C'est une bonne idée aussi !

Est-ce qu'il y a une raison pour laquelle vous ne l'utilisez pas en particulier ?

Je pense pas.

Ok... quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ? donc je pense à tout ce qui est lumineothérapie, hypnose. Est-ce que vous utilisez ça ?

L'hypnose oui, alors j'utilise pas moi-même mais je les oriente vers un hypnothérapeute. Luminothérapie, non j'y ai pas pensé.

Ok... qu'est-ce que vous pensez de l'efficacité du coup de ces méthodes ?

Alors lumineothérapie, je sais pas mais l'hypnose oui je pense que ça peut être efficace.

Vous avez déjà vu des résultats assez concluants ?

Sur l'insomnie, non. Sur d'autres choses oui, sur le tabac etc. L'insomnie, pas vraiment non. Pas de retour en tout cas.

D'accord, est-ce que vous avez recours à l'homéopathie, phytothérapie, vous m'avez dit oui, est-ce qu'il y a des cas particuliers dans lesquels vous avez recours à ça ?

Non, en général, j'essaie toujours ça.

D'emblée ?

Ouais, d'emblée. En leur disant que ça marche. *(rire)* Même si j'y crois pas trop.

Vous y croyez pas trop ?

(rire) non, moi je crois à l'effet placebo donc ... *(rire)*, des tisanes aussi.

***(rire)* D'accord, est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prescrire un hypnotique en première intention ?**

Non, non, franchement je leur dis toujours d'essayer... alors sauf si ils ont déjà essayé eux-mêmes sans m'en parler avant, là oui effectivement, mais sinon non, j'ai toujours d'abord commencé par un truc... un soft *(rire)*.

Donc dans tous les cas, même si les troubles sont sévères ?

Oui, parce que de toute façon je sais très bien que je les reverrai rapidement, et que... au moins pour voir si ça peut fonctionner, on sait jamais.

Ok... donc ensuite on passe un peu à deux petites questions sur la relation médecin-patient. Donc, dans quelles mesures vous pensez que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Oui, je pense que nous on a vraiment... on a ..., le fait de pouvoir parler avec eux, leur donner des conseils etc. c'est... je pense après ça peut pas résoudre à 100% mais déjà ça peut un petit peu résoudre ... puisque déjà rien qu'en leur parlant on peut déjà aussi un petit peu les détendre, les déstresser, les faire un peu relativiser aussi leurs problèmes si l'insomnie est liée aux problèmes donc ça peut... non je pense que la relation est importante pour ça.

Donc avec des patients que vous voyez assez souvent, qui ont l'habitude avec vous ou même un patient que vous voyez pour la première fois ? est-ce que vous trouvez que c'est plus compliqué...

...alors c'est plus compliqué quand on le voit pour la première fois, mais quand ça passe bien, ça peut déjà être bénéfique

Ok, très bien.

Est-ce que vous avez déjà souffert d'insomnie ? est-ce que vous souffrez d'insomnie ou avez-vous déjà souffert d'insomnie ?

Non.

Jamais ?

Non jamais (*rire*).

Jamais de troubles du sommeil ?

Jamais (*rire*). J'avoue jamais, sur ce coup là, j'ai de la chance. Même quand ça va pas, moi je dors super bien !

Ok, bon ben tant mieux (*rire*). Du coup ça m'enlève la suite... (*rire*)

Désolée (*rire*). En général tout le monde a des problèmes d'insomnie mais moi j'en ai pas ! c'est pour ça j'ai pas besoin de café, je dors bien !

Bon, ben super ! la question suivante, c'était : de quelle manière vous pensez que cela a influencé votre prise en charge ? est-ce que vous pensez que cela a influencé votre prise en charge ?

bon, si vous avez pas de troubles du sommeil...

Ouais ben ça peut influencer dans le fait que je sais pas ce qu'ils ressentent (*rire*) !

Ben, ça peut être intéressant...

Bah oui, parce qu'en fait comme je sais pas ce que c'est de mal dormir, je pourrais être influencée dans le sens en disant « bah peut-être qu'ils en rajoutent quoi. » (*rire*) Bah en fait non, parce qu'en fait je pense que pas dormir c'est quand même très très embêtant (*rire*). Moi j'aime bien justement pouvoir me poser et dormir en cinq minutes.

Est-ce que vous avez déjà...parce que vous me parliez de tisanes, homéopathie etc., est-ce que parce que vous le faites vous-même entre guillemets, vous pensez que ça influence ?

Non je pense pas que ça m'influence sur mon sommeil...

Pas sur vous, mais je veux dire sur les patients...

Sur les autres oui, je pense que si on boit une petite camomille pour peut-être se détendre, voilà, ça, ça peut réveiller par contre la nuit pour aller faire uriner (*rire*). Faut pas dépasser une certaine heure par contre ! (*rire*) mais ouais, je pense que ça peut influencer la qualité du sommeil de boire une petite tisane avant de dormir.

Ok... parce que ça vient de votre propre vécu du coup ?

Non, ben non, parce je dors (*rire*). Avec ou sans, je dors.

Bon, très bien parfait. On a fait le tour des questions un peu qui sont dans le cadre. Dernière question, donc c'est quelque chose qui est revenue souvent avec les médecins d'avant, à qui j'ai posé la question, quand vous prescrivez des hypnotiques est-ce que vous trouvez ça compliqué la prescription d'hypnotiques, le renouvellement d'hypnotiques, etc. ?

Le fait de devoir le faire tous les mois, oui, surtout. Pour les somnifères. Oui, parce que j'ai des patients qui sont très âgés, qui prennent ça depuis très longtemps, donc eux, y a aucune chance de réussir à leur arrêter même si j'ai déjà essayé donc ça c'est vrai que c'est embêtant de faire tous les mois, après moi je fais pas tous les mois *hein*. Quand ils viennent pour leur renouvellement trimestriel, je fais des ordonnances par avance, je marque « à délivrer à compter du ... » je calcule tous les 28 jours pour ... voilà parce que sinon ils vont venir tous les mois. Après pour les anxiolytiques, c'est limité à 3 mois donc ça pose pas de soucis. Non je pense que c'est bien parce que justement pour les gens pour qui on commence à leur donner, en fait le fait d'être limité dans la durée d'un mois, eux je leur ferais pas par avance donc en fait des fois ça peut leur permettre de justement ne pas... ils vont se dire « ben non je vais pas revenir » etc. et puis ils vont faire... ils vont pas reprendre enfin ils vont s'arrêter assez rapidement sur les hypnotiques.

D'accord, donc vous pensez le sevrage finalement pour vous, il est assez simple quand même grâce à ça ?

Bah oui je trouve. Enfin pas le sevrage, mais en fait c'est beaucoup clairement, déjà ils peuvent pas revenir tous les mois, déjà parce qu'on a plus trop de place sur les plannings et je pense que finalement si par contre on leur faisait une ordonnance peut être d'emblée pour 3 mois ou pour 6 mois, parce que justement on a pas de place sur le planning etc. pour évaluer, bah en fait, là ils vont vraiment devenir accros. Alors le fait déjà d'avoir la démarche de venir tous les mois pour rechercher leurs hypnotiques etc. soit effectivement ils ont vraiment un problème d'insomnie et donc là au moins ça va permettre bah ils vont venir puis finalement on va être obligé de le faire pour enfin je vais faire machin et pour ceux ou c'était juste transitoire, ça va leur permettre d'arrêter.

Est-ce que vous avez déjà eu des cas où les patients étaient un petit peu agressifs par rapport à la prescription d'hypnotiques ?

Non, ils sont gentils les miens (*rire*).

Je pose la question parce que c'est quelque chose qui est pas mal revenue avec les autres médecins...

C'est vrai ?

Et parfois même d'agressivité pour renouveler les hypnotiques.

Ah ouais ? ah bah non, ils sont bien éduqués les miens (*rire*).

Bah parfait, tant mieux !

Ah ouais, non j'ai pas ce problème-là du tout. Donc ça je pense ça dépend de comment on a éduqué notre patientèle et la patientèle qu'on a en fait. Même pour les stupéfiants, j'en ai 3 qui viennent pour soit du Subu soit de la Morphine, tous les mois, 3 ou 4 oui, ils viennent tous les mois sans problème. Ils sont pas agressifs pour que je leur fasse des ordonnances par avance ou quoi que ce soit. Et si je disais à mes patients justement qui sont sous Zopiclone,

etc. je leur dirais de venir tous les mois, mais ils le feraient et ils rouspéteraient pas, mais bon je le fais pas parce qu'on est suffisamment débordé donc comme je sais c'est des patients qui ont été mis par mon prédécesseur sous ces traitements, ça fait 20 ans qu'ils prennent ça.

Alors ça c'est quelque chose qui est aussi souvent revenue, le fait qu'ils aient été mis sous hypnotiques par le médecin d'avant...

Par le médecin précédent oui...

Et du coup c'est très compliqué par la suite d'arrêter ça.

C'est très très compliqué. Bah en même temps quand vous êtes accros pendant 30 ans à un médicament, c'est compliqué.

Avez-vous d'autres choses à rajouter dans le sujet ?

Non, sauf que c'est un sujet important.

Entretien 7 :

- Homme
- Age : 65 ans
- Installé depuis 1992
- Exerce dans une MSP
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 11 min
- Mode d'exercice : rural
- MSU : oui

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie ? Si vous vous en souvenez ou sinon un patient qui vous revient à l'esprit...

Oui, alors y en a un qui est venu mais c'est vraiment de l'insomnie qui confine à la dépression parce qu'il est tombé en larmes et alors y a de l'insomnie, y a de la dépression parce qu'il est tombé en larmes en expliquant que les premiers actes en tant qu'homme vis-à-vis d'une femme, ça lui a été proposé par sa sœur.

D'accord...

Waouh ! et je pense que je suis le seul médecin à qui il en a parlé donc effectivement il dort mal et surtout il est très dépressif ! J'ai un monsieur de mon âge en larmes devant moi ! Je pense qu'il en avait jamais parlé à qui ce soit et je ne pense pas qu'il affabulait.

Et c'est quelque chose qui lui est arrivé dans l'enfance ?

Quand il avait 16 ans et voilà, depuis il dort pas bien, par épisodes, et là vraiment il a eu des épisodes dans sa vie qui font que ça réactive tout ça donc je lui ai surtout prescrit, lui un antidépresseur parce qu'il m'apparaissait plus que c'était ça dont il avait besoin.

D'accord... plus en rapport avec une dépression.

Oui. Mais il parlait du sommeil et à la fin je dis mais pourquoi vous dormez pas ? et là *waouh!*

Il a déballé un peu tout d'un coup...

Tout ! J'en étais presque...pourtant j'ai pas à être gêner, ça fait 30 ans que j'exerce, et donc je l'ai consolé, je lui ai dit ... mais jamais on m'a répondu de manière aussi franche, peut-être sous l'effet de l'alcool et j'espère que je ... alors ça a duré un quart d'heure, je l'ai fait parler là oui !

Il était alcoolisé ?

Un petit peu. Mais je crois vraiment ce qu'il m'a dit.

Est-ce que vous l'avez revu par la suite du coup ?

Non, parce que ça s'est passé hier ou avant-hier mais je vais le revoir et je vais regratter !

Creuser ?

Ah oui !

Ok...c'est intéressant. Pour vous, l'insomnie se définit-elle comme le symptôme d'une autre maladie ou une maladie à part entière ?

Les deux. Y a des gens qui ne dorment pas, alors qu'ils disent qu'ils ne sont pas anxieux, qu'ils ne sont pas ... ils dorment pas, point c'est tout, ils se réveillent en pleine nuit sans avoir ou d'angoisse ou revivre le passé, ils ont plus envie de dormir et ce qu'ils veulent c'est une pilule pour dormir.

D'accord, donc pour vous ça peut être les deux ?

Ça peut être les deux.

D'accord. La plupart du temps, quelles sont les origines que vous avez identifiées de l'insomnie ? Les causes ?

Par rapport aux deux choses que je viens de dire, mon point de vue c'est quand même...c'est qu'il y a quand même beaucoup de gens c'est « fifty fifty », y a des gens ils ont rien à côté dont moi (*rire*) !

D'accord...

Par contre je prends rien moi !

D'accord, c'est intéressant on va y revenir après.

Et donc dans le cas où c'est pas une maladie à part entière, donc c'est le symptôme d'une autre maladie, quelles seraient les causes ? pour quelles raisons on ne dort pas si on a un autre problème, quelles seraient les causes habituelles que vous rencontrez ?

Des angoisses, des gens qui ont des maladies graves et qui n'osent pas évoquer la problématique de la mort par exemple ! Ça je pense que c'est très clair ! Le vieillissement aussi, ça on peut rien, on vieillit tous !

Y a d'autres choses qui reviennent assez souvent dans vos consultations ? comme causes ?

Des angoisses aussi !

Des angoisses assez souvent.... Ok, est-ce que vous utilisez un moyen pour évaluer les troubles de l'insomnie ?

Non, je n'ai ni échelle ni ...

D'accord, c'est plus l'interrogatoire...

L'interrogatoire et puis après si y avait un psychiatre installé ici il pourrait travailler très longtemps 20h par jour je pense ! *(rire)*

(rire)

Y a des chances.

Est-ce que vous cherchez systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou est-ce que vous attendez souvent que le patient aborde le sujet lui-même ?

Non, je ne dépiste pas. Tant qu'il le dit.

D'accord, c'est le patient qui en parle.

Qu'est-ce que vous pensez qu'il attend de vous lorsqu'il vous en parle justement du coup spontanément ?

La première fois, je dirais qu'il attend un médicament... mais après je sais pas trop.

D'accord, donc pour vous si il en parle...

...il attend essentiellement un médicament. Ça fait 30 ans que j'exerce, avant je voulais pas trop donner de médicaments pour dormir, toute façon si on en donne pas, ils vont voir quelqu'un d'autre. C'est vraiment... je ne sais pas si c'est le ressenti du jeune médecin que vous êtes, mais c'est un peu ça. Autant donner tout de suite quitte à reparler après.

D'accord, donc dans ces cas-là, quand il aborde le sujet spontanément, quelles sont les attitudes que vous essayez d'adopter ? quelle est votre réaction en générale ?

Si y a une dépression, j'essaie de commencer à traiter, essayer de savoir quelle en est la cause, et ça s'arrête assez souvent là.

Et puis du coup prescription d'un traitement médicamenteux par la suite ?

Oh oui !

D'accord, est-ce qu'il y a un traitement médicamenteux que vous prescrivez en premier abord, directement ? lequel ?

Du Temesta !

Du Temesta ? Ce serait lui en 1^{ère} indication ?

Oui !

Il y a une raison à ça ?

Je crois que c'est moins addictif que le Zolpidem qui est passé sous prescription... sur ordonnancier sécurisée...ça on le savait pas au début alors que j'ai un copain, mon mentor, qui m'avait dit « pourtant dès le début tu sais c'est le meilleur moyen de faire rentrer dans la dépendance ».

Effectivement...

Alors que le Temesta c'est moindre les produits comme ça.

Ok. Tout ce qui est anxiolytique, etc. ?

Ça, oui !

Xanax, etc., vous utilisez ?

Le Xanax un petit peu, quand ils me demandent de le renouveler, sinon y en a un autre qui marche très bien c'est le Bromazépam, ça a une longue durée d'action et il me semble pas que ce soit très addictif.

Utilisez-vous un agenda du sommeil ? Est-ce que vous leur faites remplir ?

Pas du tout.

Ça marche. Quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour soigner ces troubles ? Déjà est-ce que vous en utilisez ? Tout ce qui est luminothérapie, hypnose ?

Ca non, ça je fais pas mais je pense qu'effectivement la luminothérapie, je pense que c'est quelque chose qui doit marcher puisque quand je vais en Autriche, y a une salle de luminothérapie, dans l'immense SPA dans lequel je vais, et des fois il m'arrive d'y rester une demi-heure et de m'endormir (*rire*).

Donc vous pensez que c'est efficace ?

Je suis certain que c'est efficace !

D'accord... l'hypnose ?

Je connais pas.

Vous avez déjà eu des retours de certaines personnes ?

Non, y a pas de gens qui m'ont parlé de ça. Par contre, j'essaie de voir si ils ont pas de mauvaises habitudes comme boire du café très tard dans l'après-midi ou s'endormir en regardant la télé qui est comme dans un hôtel, ça je sais que c'est très mauvais donc j'essaie de leur faire comprendre qu'il ne faut pas mais clairement ils viennent pour des médicaments.

Est-ce que vous avez déjà eu recours à l'homéopathie ou la phytothérapie ?

La phytothérapie, oui.

Quel médicament ?

L'Euphytose.

Est-ce qu'il y a des cas particuliers où vous vous dites « je vais aller sur la phytothérapie au lieu d'un anxiolytique ? » dans quels cas ?

Si c'est un sujet jeune, oui, de votre âge par exemple je vais éviter de lui donner du Temesta à 25 ans, voilà ça c'est sûr que je vais éviter. Alors que l'Euphytose ça aide un peu quand même.

D'accord, chez la personne âgée pareil ou ... ?

Je pense que chez la personne âgée... la personne âgée elle a souvent eu déjà d'autres médicaments qui rendent illusoire l'efficacité de l'Euphytose par contre un garçon de 20 ans qui a jamais pris de produit comme ça et qui est pas toxicomane, il a des chances d'être aidé un petit peu. Je ne sais pas si c'est un réel médicament ou de la psychologie, en tout cas des fois ça marche.

Effectivement oui.

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prescrire un hypnotique en 1ère intention ?

C'est-à-dire ?

Donc tout ce qui est Zolpidem, etc. quelqu'un vous parle d'un trouble du sommeil et directement vous lui donnez du Zolpidem ?

Ah non ! Zolpidem niet et puis éventuellement l'Imovane oui mais le Zolpidem je le prescris très peu parce qu'il y a l'ordonnancier et puis ça c'est vraiment addictif donc

Et l'Imovane, ça vous est déjà arrivé de le prescrire en 1^{ère} intention ?

Oui ! Imovane, zopiclone oui.

Est-ce qu'il y a un cas particulier, est-ce que c'est dans certains cas où vous vous dites l'Imovane sera plus efficace que le Temesta ?

Alors, on dit que le Zolpidem est plus efficace pour les troubles de l'endormissement immédiats alors que l'Imovane c'est pour le réveil en milieu de nuit.

D'accord donc ... vous essayez de voir un petit peu le profil.

Dans ce sens-là oui. Mais je prescris pas de Zolpidem en 1^{ère} intention de peur qu'ils deviennent vraiment accros.

Donc on va rentrer un petit peu dans la relation médecin-patient...

Balint disait « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel ».

Dans quelles mesures vous pensez que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique dans l'insomnie et son abord ?

Il faut qu'il y ait une bonne relation entre le médecin et ... une bonne complicité et qu'on le connaisse depuis un certain temps et aussi que le médecin ait du temps à consacrer pour parler à brûle-pourpoint.

Vous pensez qu'il y a un effet thérapeutique ?

Je pense oui, que ça peut aider un petit peu, comme dans pleins d'autres choses.

Et alors vous pensez que dans certains cas si le patient vous fait assez confiance même si vous ne mettez pas en place un traitement médicamenteux, le fait de discuter et d'avoir cette relation, de lui donner des conseils, ça peut marcher ?

A la condition qu'il soit jeune. Si il a plus de 50 ans, non c'est illusoire.

D'accord, plutôt un jeune.

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insomnie ?

Oui !

D'accord. De quelle manière vous pensez que cela a influencé votre prise en charge ? Est-ce que pour vous, ça a influencé votre prise en charge de certains patients ? Est-ce que vous vous dites, je prescris du Temesta parce que je l'ai déjà essayé, ça fait tel effet ?

A une époque de ma vie, il se faisait que j'avais des angoisses... là je n'ai absolument aucune angoisse la nuit, si je ne dors pas c'est que c'est de l'insomnie pure et c'est pas pour autant que je prends des médocs.

Donc vous pensez quand même que ça a influencé un petit peu, plus ou moins ?

Pas beaucoup non.

D'accord, et dans les traitements médicamenteux, est-ce qu'il y a une raison pour laquelle vous vous dites celui-ci est plus adapté qu'un autre ou c'est juste par rapport à vos connaissances médicales ? Aucun rapport avec vous ?

Moi, personnellement oui dans une époque de ma vie j'ai pris du Lexomil et ça marche très bien, j'aime bien les vieux médicaments moi, les expériences je les laisse faire aux autres médecins sur leurs malades.

(rire)

Et du coup vous pensez que vous avez plus une facilité de prescrire le Lexomil parce que vous l'avez déjà essayé ?

Oui, oui je pense !

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Non, non.

Entretien 8 : Focus groupe

Durée de l'entretien : 1 h 30 min

Médecin 8 :

- Homme
- 65 ans
- Exerce dans une MSP
- Installé depuis 1986
- Formations sur le sommeil : Oui, anime des groupes qualité

- Mode d'exercice : semi-rural
- MSU : oui

Médecin 9 :

- Femme
- 38 ans
- Exerce dans une MSP
- Installée depuis 2019
- Formations sur le sommeil : oui, polygraphie.
- Mode d'exercice : semi-rural
- MSU : non

Médecin 10 :

- Femme
- 54 ans
- Exerce dans une MSP
- Installée depuis 2010
- Formations sur le sommeil : non
- Mode d'exercice : rural
- MSU : oui

Médecin 11 :

- Homme
- 59 ans
- Installé seul
- Installé depuis 2009
- Formations sur le sommeil : non
- Mode d'exercice : semi-rural
- MSU : non

Médecin 12 :

- Homme
- 66 ans
- Exerce dans une MSP
- Installé depuis 1989

- Formations sur le sommeil : oui, groupe qualité.
- Mode d'exercice : urbain
- MSU : non

Médecin 13 :

- Femme
- 61 ans
- Installée seule
- Installée depuis 1993
- Formations sur le sommeil : non
- Mode d'exercice : semi-rural
- MSU : non

On va commencer par une première question, alors là pour le coup qui va être...vous interroger les uns après les autres, mais dans le sens que vous voulez. Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient souffrant d'insomnie, de façon assez... c'est pas la peine de décliner de façon longue mais voilà.

Médecin 13 : Oh ... je vais y aller...

Vas-y !

M13 : Mais c'est pas très intéressant...

Tout est intéressant !

M13 : Si, tout est intéressant...

Oui, oui !

M13 : En fait c'est une dame qui travaille uniquement par contrat Intérim et elle ... *eah*... quand elle bosse de nuit elle vient de façon ponctuelle, récurrente, lorsqu'elle travaille de nuit parce que là *eah* donc c'est l'insomnie provoquée par la qualité du sommeil, le changement de rythme et donc elle me réclame un somnifère en étant tout à fait consciente de la situation, et puis c'est une fois tous les ... au gré des cycles où elle est de nuit. Mais elle rentre pas du tout dans un 3-8 ou un 5-8 comme c'est par contrat c'est donc une fréquence tous les 3-4 mois quoi.

Pour vous, elle attendait un somnifère du coup ? Elle était demandeuse.

M13 : Ah oui, oui, complètement, c'est net.

Mais de façon ponctuelle pour le coup parce qu'elle est décalée à ce moment-là.

M13 : Et donc elle prend du Zopiclone en petite dose, enfin petite dose... un par soir quand elle est de nuit pour récupérer, donc c'est trouble du sommeil accidentel enfin lié à la mauvaise qualité

Et donc vous du coup, vous avez accédé à sa demande du coup, il n'y a pas eu de soucis de délivrance ?

M13 : Oui, oui.

Ok.

Ok. Un autre ?

M12 : Alors moi c'est un patient, un homme assez jeune, qui est à 2 mois d'un sevrage éthylique, il a fait un délirium chez lui tranquille et là il souhaite reprendre le travail... je l'ai revu pour prolonger son arrêt de travail et puis il veut reprendre derrière. Il avait du Valium à fortes doses, il avait des choses comme ça, il a réduit, arrêté ça avec l'aide du Dr F. qui le suit aussi conjointement. Et puis là il venait parce qu'il avait des troubles du sommeil et puis en fait en l'interrogeant il a plus que des troubles du sommeil parce que son alcoolisme fait que son travail est menacé, il divorce etc. Donc en fait il avait surtout des traits dépressifs, on en a discuté un tout petit peu, comme il a quand même réussi à se sevrer de pas mal de médicaments, il voulait pas qu'on reparte sur quelque chose de particulier donc il a pris aussi... il a pris momentanément du Seresta et là donc je lui ai mis un antidépresseur, je lui ai pas remis de somnifère, j'ai mis un antidépresseur, on en a discuté, il était d'accord, il pensait que c'était plus ça qui... plutôt le moral le problème.

Ok.

M9 : C'est la dernière consultation *hein* ?

Bah la dernière en fait qui te vient à l'esprit.

M9 : Parce que hier matin, j'ai eu une de mes patientes que je vois tous les mois qui a de très grosses doses de somnifères... enfin elle dort avec 2 Zolpidem, 2 Noctamide, 1 Atarax, ceux depuis des années, c'était une patiente d'un de mes associés, j'ai repris le flambeau y a peut-être un an, un an et demi, bah c'était au moment du COVID parce que du coup j'ai réussi à lui avoir une consultation à Lariboisière avec le spécialiste du sommeil pour un sevrage en Benzo... ou apparentés Benzo, qu'elle fait à distance, et du coup après... donc au Covid ça se faisait en téléconsultation et après le Covid étant passé, elle l'a jamais reçu en fait en vrai donc du coup tous les mois j'essaie de la motiver pour la voir en vrai cette médecin et puis au final je vais l'envoyer en fait au DIMA...

M13 : au DIMA ?

M9 : au dispositif d'aide à la prise en charge de l'addiction... Dispositif d'Intervention Mobile dans l'Addiction qui dépend de l'hôpital de D. Et ils étaient venus se présenter à la maison de santé et du coup bah voilà, c'est la dernière consultation où j'ai parlé de sommeil, où j'ai remis du coup ben son traitement de fond, qui est assez lourd, sachant que c'était une dame avant qui était alcoolodépendante pendant pas mal d'années et qui a arrêté de boire tout alcool l'an dernier quand elle a fait une hépatite auto-immune, suivi par Dr E. Tu la connais peut-être ? elle est peut-être déjà venue chez toi ?

M13 : non, c'est pas ça, c'est le fait de passer d'une addiction à l'autre.

Non, mais elle avait les deux là ...

M9 : Elle avait les deux et elle a toujours l'addiction aux Benzo enfin aux somnifères et en plus... elle s'est juste sevrée de l'alcool il y a un an et pour l'instant elle est abstinente dans l'alcool. Mais bon, ça c'est du lourd *hein*, ça c'est...

M12 : C'était peut-être le plus urgent l'alcool...

M8 : Bah c'est quand même le plus puissant neurotoxique donc...

Observatrice : Donc elle est toujours dépendante aux Benzo là pour le coup ?

M9 : Oui.

M12 : et elle a toujours ces doses-là là... ce que tu disais ?

M9 : ah oui ! oui... même hier elle voulait que j'augmente et j'ai dit non, non, non.

M12 : et même les pharmaciens ils délivrent dans ces cas-là ? parce que ...

M9 : oui, parce qu'en fait le Zolpidem en fait, *ehh*, déjà quand je l'ai connu elle était à 3 Zolpidem, Noctamide et elle en avait un autre que la médecin de Paris a tenté mais je me souviens plus du nom et en fait là elle est à 2 Zolpidem et je mets « dont un hors AMM » qui est pas remboursé, donc du coup elle le paie une boîte... sans que ce soit remboursé.

M12 : Ah d'accord parce que sinon le pharmacien il a pas le droit de le délivrer.

M9 : ben, je pense pas mais du coup c'est pas normal que la sécu rembourse donc...

M13 : la sécu rembourse 2 mais pas 3... ?

M9 : elle rembourse qu'un, là elle en a 2 et je mets « deux comprimés le soir au coucher » et en gras je mets « dont un hors AMM » et du coup...

M13 : ah je croyais que tu avais dit 3...

M9 : oui, 3 c'était au départ ouais, quand elle était suivie par mon associé et puis du coup voilà ça se passait mal entre eux, y avait plus d'écoute, elle elle est pas... voilà donc du coup mon associé m'a dit « est ce que tu peux reprendre le flambeau mais c'est pas un cadeau ! ».

Et le Noctamide ?

M9 : 2 Noctamide.

Et ça, ça colle avec ... ?

M9 : bah c'est possible. Le Noctamide, je mets pas hors AMM.

M8 : Bah attends, quand tu vois les ordonnances des psychiatres *ehh ... (rire)* excuse-moi mais ... *(rire)*.

Observatrice : Vous avez diminué le Zolpidem du coup ? C'est vous qui l'avez fait ?

M9 : de 3 à 2.

Observatrice : Vous êtes passé de 3 à 2 ?

M9 : avec l'aide de la médecin en téléconsultation de Paris.

Observatrice : Ça n'a pas été trop compliqué pour elle de l'accepter ?

M9 : Oh si ! Ça a été moult négociations, voilà et puis du coup après elle a voulu passer... en fait c'est à ce moment-là que j'ai introduit l'Atarax parce qu'elle a voulu passer au Seresta et j'ai dit non on ne va pas changer une Benzo par une Benzo ... en fait la médecin de Paris, elle m'aide pas beaucoup à part l'écouter quoi, elle fait sa psycho de soutien parce que les médicaments du coup c'est moi qui gérais et du coup on a pu enlever un Zolpidem, de passer de 3 à 2 grâce à un Atarax. J'ai déjà eu des phases où elle était à un demi Atarax mais là elle est à un Atarax entier quoi.

Et elle te dit avec tout ça, elle te dit dormir combien de temps ?

M9 : Alors c'est une dame... ah oui ! Si quand même, la dame de Paris, elle m'a quand même aidé, c'est une patiente qui se couchait très tôt et du coup la médecin de Paris... enfin très tôt, c'était 20h30-21h et la dame de Paris lui a dit « non, vous allez pas vous coucher avant 23h et si vous vous endormez pas dans les 20 minutes, vous vous relevez, vous allez bouquiner et voilà, vous ne restez pas au lit à trainer » donc elle est obligée de se coucher à 23h et obligée de se lever à 6h, maxi 6h30, pour lui imposer des horaires de sommeil voilà, 7h et ça aussi ça a peut être aidé j'ai été méchante, ça a peut être aidé à ce qu'elle accepte de passer de 3 à 2 .

M13 : et la prise des médicaments ? des 3 médicaments... combien de temps avant le coucher ? Parce qu'il y a somnifère et ...

M9 : Alors moi ce qu'elle fait, mais je sais plus si elle le fait ... elle prend Noctamide et l'Atarax au diner et quasiment une demi-heure, une heure avant de se coucher, elle prend les 2 Zolpidem. Mais ça fait quand même des grosses doses *hein* !

M12 : Ça dépend quelle heure elle mange mais ça fait quand même un bon intervalle...Elle prend les 2 Noctamide en mangeant ? Et elle arrive à tenir encore 2h derrière ou quelque chose comme ça ?

M9 : je sais pas trop...

M8 : Je pense qu'au bout d'un certain temps toute façon, l'effet des benzodiazépines au bout d'un certain temps ça s'épuise.

M12 : c'est vrai que c'est intéressant parce que ...

M9 : donc hier elle a accepté que j'en parle au DIMA donc du coup la fiche DIMA enfin la demande est faite donc on attend leur retour.

M13 : c'est une dame âgée ?

M9 : ben non ! 55, 60 maxi.

Elle se couchait à 9h et se levait à quelle heure ?

M9 : Elle se levait assez tôt aussi...

Parce que si tu te couches à 9h et que tu te lèves à 4h c'est normal... t'as fait tes 7h de sommeil.

M9 : je me demande si elle se levait pas plus tôt ... Mais bon c'est une grosse addiction... enfin c'est un problème d'addiction là c'est...

M11 : bon, ma dernière consultation c'est pas le cas le plus intéressant mais voilà, aujourd'hui une dame que j'ai suivie à l'époque pour un syndrome anxio-dépressif, elle était sous antidépresseur, anxiolytique et ça s'est très bien passé pour elle. Depuis un an et demi, elle a tout arrêté, jusqu'à il y a une semaine, 10 jours.... Elle se sentait très bien, par contre aujourd'hui elle est venue pour me dire qu'il y a un peu d'anxiété qui commence à remonter et ça l'empêche de dormir, donc la première proposition qui m'est venue en tête, c'était de lui proposer Alprazolam, ce qu'elle avait avant, mais c'est elle qui m'a demandé quelque chose de plus léger, elle a peur de tomber dans la dépendance et donc dans ce cas-là, je ne sais pas ce que ça va donner, mais je lui ai prescrit un peu de Stresam, à prendre 2 gélules le soir pour voir qu'est-ce que ça va donner.

Ok.

M8 : C'est une Benzo déguisée *hein* le Stresam *hein*. C'est des arguments commerciaux du labo en fait mais c'est une Benzo déguisée ... non ?

M12 : oui, oui.

Oui.

M11 : ce qui est noté, il n'y a pas de dépendance...

M8 : oui, oui, oui. Si tu veux c'est comme quand ils nous ont vendu les COXIB qui faisaient pas mal à l'estomac, pas d'effets secondaires etc. du foutage de gueule ! *eah* pardon !

(Rire général)

M8 : mais le Stresam c'est une Benzo déguisée, c'est purement commerciale.

M10 : bon moi c'était une consultation... c'était une femme de 45 ans qui est venue en consultation pour demander directement un somnifère parce qu'elle a un problème avec le sommeil. On a commencé à discuter et finalement y a un harcèlement au travail, c'est pas le sommeil, c'était la conséquence.

Le symptôme...

M10 : elle arrivait pas à dormir à cause de l'anxiété, de tout ce qui se passait. C'était pas un problème d'endormissement, c'était en fait l'anxiété. Moi, je prescrivais pour deux semaines de l'Alprazolam en comprimé le soir en lui disant « vous allez dormir, vous allez récupérer, vous allez prendre un peu... réguler la situation et on se verra dans deux semaines pour voir » voilà, c'est benzodiazépine et au moins je me suis dit au moins elle va...

M8 : ben sur une courte période ça peut être nécessaire.

On est pas en groupe qualité *hein* ! (rire)

Observatrice : J'ai juste une question, est-ce que vous pensez qu'elle était demandeuse d'un traitement médicamenteux ?

M10 : je pense que oui.

Observatrice : Oui, vous l'avez ressenti comme ça ?

M10 : oui, parce qu'elle est pas venue pour qu'on parle en principe, elle est venue directement « je peux pas dormir, j'ai besoin de quelque chose pour dormir » et là on a commencé à parler et à un moment elle a commencé à me raconter tout.

Observatrice : Ok, parfait.

M8 ?

M8 : Bah avec la bouche pleine (*rire*). Et moi franchement, ça remonte à un moment *hein*.

M12 : Ils osent plus lui demander ! (*rire*)

Rien qu'en le voyant, ils s'endorment (*rire*).

(*Rire général*)

Il est le somnifère !

M8 : non mais c'est vrai qu'à part les vieux accros... voilà ça peut être... y a ceux qui ont leur truc, leur Zopiclone, leur Zolpidem depuis des années et des années, on a essayé 15 fois de leur proposer un sevrage etc. et puis on abandonne au bout d'un petit moment *hein*, quand ça fait des années qu'ils prennent ça. Par contre, alors là, c'est pas un cas précis, mais dans le mesure du possible, j'essaie de pas faire des prescriptions sur le long terme concernant à la fois les Benzo et puis les dérivés de Benzo, sinon moi la dernière personne que j'ai vu, qui a... avec laquelle on a parlé de sommeil, elle venait pas pour ça précisément, elle a un traitement... elle est dépressive depuis des années, elle a un traitement par un IRS et récemment, y a sa mère qui est décédée, elle me dit que ça avait induit une anxiété plus importante et qu'elle avait des problèmes de sommeil mais qu'elle voulait pas de médicaments supplémentaires donc je l'ai encouragé dans ce sens-là .

M9 : ça tombe très bien !

M8 : Mais ça c'est le dernier souvenir, autrement, c'est vrai que ceux à quoi on est souvent confronté, c'est la demande de fin de consultation, et dans ce cas-là moi je refuse systématiquement de prescrire si on a pas eu le temps de...

Vous reconvoquez ?

M8 : oui, je leur ai dit vous reprenez rendez-vous et puis on parlera du problème, mais je refuse la demande de fin de consultation justement pour pas aborder le problème parce qu'en général c'est comme ça que ça se... enfin en général... ça peut se passer comme ça, pour ça comme pour d'autres choses, comme pour les oestroprogestatifs, comme pour ... voilà, mais j'ai pas de souvenirs récents de prise en charge d'un problème... je vais pas vous faciliter le travail...

Non mais c'est très bien, ça fait partie du paysage possible !

M8 : après j'essaie de ne pas être dans la réponse immédiate...

Observatrice : La réponse immédiate médicamenteuse, c'est ça que vous voulez dire ?

M8 : Oui, oui. L'écoute, oui ! pour les problèmes un petit plus compliqués, proposer un calendrier du sommeil etc. pour évaluer un petit peu les choses parce que bon, on sait qu'en fait les insomniaques ils ont un temps de sommeil équivalent à tout le monde.

Justement, est-ce que vous utilisez un agenda du sommeil ? Et si non pourquoi ?

Alors toi tu utilises tu as dit ?

M8 : quand la plainte est... quand une partie de la plainte est spécifiquement là-dessus oui, pour ... sauf si les gens sont capables... tu vois par exemple la situation de M12 où on est carrément dans... que le trouble du sommeil est un symptôme d'une autre affection psychiatrique au sens générique du terme *hein*, ben pas nécessairement ! quand on a des insomnies de fin de nuit chez les dépressifs etc., non ! après quand la question se pose, éventuellement d'une Benzo ou équivalent, oui !

Et donc ça t'arrive ?

M8 : Oui !

D'utiliser un agenda du sommeil ? pas systématiquement bien sûr.... Et vous ?

M13 : moi pas du tout.

M11 : moi, non plus.

M13 : moi pas du tout, j'interroge mais ...

M10 : je l'ai fait aujourd'hui !

M13 : ... sur les causes organiques possibles, par exemple, ça me fait penser à un jeune homme qui vient, qui était épuisé de fatigue et puis finalement on discute tout ça et puis il a le profil, il est obèse, je demande... syndrome d'apnée du sommeil je me suis dit allez bingo ! et puis il faisait un petit peu de... la nuit il se levait un peu pour aller pisser donc je me suis dit... et puis il est jeune donc ça colle allez hop ! et puis manque de bol, pas du tout de syndrome d'apnée du sommeil et puis en fait il vient de perdre sa grand-mère, y a un conflit familial, il est très triste parce que ses parents...enfin y a un problème de fric là-dessous, ça le dégoûte et il est mais complètement déprimé et en fait le trouble de l'humeur était... il me l'a pas du tout signifié, il est venu donc à 2 reprises pour une grande grande fatigue avec ... pardon ! Je me suis plantée, il avait un trouble du sommeil mais il était en hypersomnie, pardon !

M8 : oui parce que l'apnée du sommeil, je voyais pas bien !

M13 : oui, oui. En fait oui, excusez-moi, il avait besoin de dormir dormir, et voilà, en fait c'était ça quoi.

Mais donc sinon qu'est ce qui fait que tu n'utilises jamais d'agenda du sommeil ? Est-ce que c'est parce que t'y penses pas simplement ? Est-ce que t'en connais pas l'existence ?

Observatrice : Est-ce que vous ne trouvez pas ça utile ?

M13 : Bah parce que j'ai peut-être la prétention de dire que sans agenda j'y arrive.

Oui, mais pourquoi pas ! Et toi M11 ?

M11 : honnêtement, c'est rare quand je reçois un patient pour une consultation dédiée aux troubles du sommeil, ça demande du temps et on a pas l'habitude, j'essaie de poser des questions pour identifier quels sont les troubles, est-ce que c'est un problème d'endormissement, est-ce que c'est un problème de réveils nocturnes, mais calendrier du sommeil, non je n'ai jamais utilisé.

M12 : moi, agenda j'utilise très peu. Ça m'arrive mais très peu, c'est vrai qu'il a raison, finalement des gens qui viennent spécifiquement pour une consultation pour le sommeil, c'est pas...

M13 : oui... il y a toujours un contexte.

M12 : C'est souvent autre chose, dont les trouble du sommeil font partie éventuellement.

M10 : oui, autre chose...

Toi, M9 ?

M9 : Beaucoup... Mais c'est parce que je fais un petit peu d'apnée du sommeil, mais c'est hyper intéressant en fait l'agenda du sommeil, même pour d'autres motifs de consultation et qu'il y a une plainte de sommeil, en fait là je rejoins ce que M8 dit, souvent les patients, la plupart du temps ont une mauvaise perception de leur sommeil et même en remplissant leur agenda du sommeil, ils se rendent compte ben « en fait je dors pas si mal que ça » et puis en faisant des agendas du sommeil, j'ai pu dépister des gens qui étaient en fait des très petits dormeurs, qui avaient besoin de 4 ou 5 heures par nuit et en fait ils sont très biens, sauf qu'ils ronflent, les conjoints sont pas contents mais ils ont pas d'apnée du sommeil, pas de somnolence diurne et de toute façon après on fait des polygraphies qui sont, qui sont négatives donc du coup moi ces gens-là je fais plus de polygraphies, c'est pour ça qu'on a revu nos indications de polygraphies, les patients qui ont pas de plaintes de somnolence diurne, ils ont plus de polygraphies et du coup je leur demande de faire des agendas du sommeil pour qu'on comprenne un peu ce qui se passe, c'est très informatif si c'est bien rempli.

M10 ?

M10 : Moi franchement, je n'ai pas l'habitude, je ne connaissais pas autant et aujourd'hui comme je l'ai dit c'est mon premier jour de formation, je me rends compte que ça pourrait être effectivement utile pour les patients qui pensent... qui viennent qui disent « je dors pas bien » et en fait il s'endort à 20h-21h et 4h du matin, c'est normal, ils ont pris leur dose de sommeil.

Je demande toujours ça...

M10 : et après aussi les mauvaises habitudes de se coucher quand tu n'as pas encore envie de dormir, tu passes des heures au lit... vraiment j'ai trouvé que c'est intéressant déjà pour montrer est-ce qu'il a vraiment un trouble du sommeil ou c'est la perception de la personne qu'elle ne dort pas bien. Et de trouver où sont les leviers pour ...

Parce que là t'as commencé une formation ?

M10 : oui, oui, pour l'apnée du sommeil.

Pour vous, l'insomnie se définit-elle plutôt comme le symptôme d'une autre maladie ou comme une maladie à part entière ?

M9 : plutôt le symptôme d'une autre maladie.

M13 : oui.

M11 : oui.

M12 : oui.

Vous pensez tous la même chose ?

M13 : enfin, je pense que ça peut être l'autre, mais de façon très rare et ça fait pas partie de ce qu'on voit en grande fréquence.

Et du coup quelles sont selon vous les origines de l'insomnie ?

M12 : elles sont multiples, ça dépend quel type d'insomnie en général. Je comprends pas la question.

M13 : un mal être.

Vous dites... dans la mesure où vous nous dites que l'insomnie est le symptôme d'une autre maladie, qu'est ce qui peut générer, quelles sont les troubles les plus essentiels qui peuvent générer une insomnie, qui peuvent être responsables d'une insomnie ?

Observatrice : Ceux que vous rencontrez le plus souvent ?

M11 : le stress.

M12 : le stress oui.

M10 : le stress.

M12 : l'anxiété.

M13 : un mal être diurne (*rire*).

Un mal être diurne...

M9 : le travail posté...

M12 : ah oui ça c'est catastrophique.

M9 : le travail posté les 5-8, les 3-8...

M13 : c'est destructeur.

M10 : les écrans, surtout pour les adolescents et pour les plus jeunes, vraiment les écrans.

M13 : pour les adolescents oui.

M10 : même s'ils sont renvoyés au lit par leurs parents ils continuent.

M8 : au travail, y a quand même la dépression qui génère souvent des troubles du sommeil.

M12 : ils viennent des fois pour ça d'ailleurs les gens.

M13 : la ménopause, ça c'est ...

M9 : oui.

M12 : les bouffées de chaleur ...

M13 : oui.

M8 : Après y a toutes les pathologies organiques qui se manifestent pendant la nuit *hein*, si on est douloureux, ... là l'objectif ...

M10 : s'il y a du reflux ...

M12 : c'est plutôt « j'ai des douleurs, ça me réveille »

M8 : oui mais y en a qui le gèrent avec...

M10 : c'est pas toujours... je veux dire moi personnellement je prenais un certain temps Alprazolam avant de découvrir que j'ai du reflux en fait ...

M8 : avant de découvrir que ?

M10 : que j'ai du reflux.

M8 : Ah oui !

Et alors ?

M10 : Bah alors j'ai commencé à prendre des IPP et c'était fini.

Ah oui ! et ça te réveillait tu veux dire ?

M10 : je me réveillais, je savais pas ce qui se passe, je vais aux toilettes, je dis bah je vais 4 fois aux toilettes, la nuit, c'est pas normal quoi, je suis pas encore aussi...

T'as pas de prostate ! (rire)

M10 : (Rire) j'ai pas de prostate oui. J'avais une petite sécheresse bizarre dans la bouche, mais je pensais vraiment que c'était de l'anxiété, parce que j'avais d'autres facteurs extérieurs et je pensais vraiment que c'était anxieux et à un moment je me dis ben c'est acide en fait mais c'était pas aussi prononcé parce que ça m'arrive d'avoir vraiment des problèmes mais là c'est acide ça brule tu ne peux pas te tromper. Et au moment où j'ai commencé à prendre (un traitement) c'est fini.

M8 : et voilà, t'es devenu addict aux IPP. Mais c'est un autre problème ! (rire)

On est sur les troubles du sommeil !

(Rire général)

Quels moyens vous utilisez pour évaluer l'insomnie ? toi je vais pas te demander en premier parce que ...

M11 : surtout le nombre d'heures de sommeil, si le patient peut dire à quelle heure il se couche, à quelle heure il s'endort, à quelle heure il se réveille.

M13 : oui, la répercussion sur... le fait qu'il nous indique qu'il a un sommeil non réparateur ... la fatigue, avec les conséquences dans la journée, la moindre compétence dans son travail, si c'est péjoratif dans son travail, la concentration, si c'est un travail intellectuel si c'est un scolaire, un adolescent. Du coup le manque de sommeil peut occasionner aussi une irritabilité, ça peut aller dans l'autre sens.

M12 : c'est plutôt la somnolence, parce que souvent les gens quand ils se plaignent de troubles du sommeil, si tu leur demandes est-ce que vous vous endormez facilement dans la journée, est-ce que vous vous sentez fatigué quand vous vous couchez, est-ce que vous vous sentez fatigué quand vous vous levez, la réponse elle est souvent « non » et finalement tu te rends compte que le retentissement réel de l'impression qu'ils ont de mal dormir est pas si important

que ça finalement, c'est les nuits qui leur paraissent longues mais ça veut pas dire que pour autant, y a un retentissement dans leur vie, bon sauf effectivement certains ou ceux qui font des apnées ou des choses comme ça mais sinon pour les autres, c'est souvent une plainte qui n'entraîne pas finalement une gêne très importante hormis au moment de la nuit où ils ont la sensation de mal dormir.

M13 : si y a un besoin de sieste aussi.

M8 : oui mais le seul outil, enfin je veux pas radoter *hein*, le seul outil objectif, enfin qui tend vers l'objectivité c'est l'agenda du sommeil parce que le reste... c'est comme le dit M9, entre ce qu'ils vont te décrire, même ce qu'ils te décrivent ça correspond pas à la réalité, c'est leur ressenti bien entendu, y a une réalité qui est leur ressenti mais même quand c'est eux qui réalisent cet agenda ça correspond pas, enfin dans un certain nombre de cas, ça correspond pas à... ils sont surpris d'eux. Donc je veux dire, alors évidemment, on peut pas faire ça systématiquement à toute les personnes qui se plaignent de problèmes de sommeil mais quand ça commence à être envahissant au niveau de justement des répercussions et puis de leur vie de tous les jours, c'est un outil qui permet d'aborder les choses, d'abord de préciser le type de trouble du sommeil et ensuite de voir avec eux comment on peut les conseiller par rapport à leur hygiène du sommeil.

M9 ?

M9 : Alors dans ma formation, je crois qu'il y a des échelles pour évaluer ça mais pour l'insomnie, le mieux c'est quand même l'agenda du sommeil, moi après j'utilise des échelles qui évaluent la probabilité d'avoir un syndrome d'apnée obstructive du sommeil mais ça après c'est autre chose, des Berlin, des choses comme ça et puis sinon après c'est des échelles par rapport à la dépression donc on finit souvent par faire du Hamilton ou des choses comme ça pour être sûr qu'il y a pas une dépression ou un syndrome anxieux qui explique l'insomnie.

Oui, mais là tu es sur la raison de l'insomnie. Là, moi je vous posais plutôt quels moyens tu utilises pour évaluer l'insomnie elle-même ?

M9 : Moi, que l'agenda du sommeil.

Et toi M10 ? Alors avant ta journée de formation ?

M10 : c'est plutôt l'impact sur le quotidien, la fatigue, la somnolence et s'ils font des siestes et voilà.

M13 : l'agenda du sommeil peut se...quelque chose que tu donnes au patient il le remplit pendant la consultation ? ou tu fais faire après ? et pendant combien de soirs pour que ce soit ... ?

M9 : Alors moi, je vais sur le site Morphée mais après y a pleins d'autres sites... et j'imprime l'agenda du sommeil, je leur explique comment ça se remplit et en fait pour que ce soit bien fait, normalement c'est trois semaines mais bon en règle générale ils me rapportent deux semaines à peu près bien faites...

S'ils te ramènent une semaine c'est déjà... (rire)

M9 : oui, (rire) mais je leur demande... je leur explique et puis après je leur explique ils mettent une petite flèche vers le bas quand ils vont se coucher, une petite flèche vers le haut quand ils

se lèvent et puis ils hachurent quand c'est du sommeil et quand il n'y a pas de ... quand ils sont réveillés ils mettent rien du tout dans la case.

Je dois en avoir un... je dois en avoir dans mon bureau, j'irai le chercher tout à l'heure.

M9 : Mais c'est quand même assez contraignant parce qu'ils doivent juger de la qualité de leur sommeil, ils doivent dire s'ils ont pris des médicaments, si ils ont pas pris des médicaments, pour ceux qui font du sport tard je leurs dis « marquez-moi si vous avez fait du sport » parce que derrière souvent ils ont du mal à s'endormir... enfin, l'agenda du sommeil faut vraiment une implication du patient, et y en a qui reviennent pas très bien remplis quoi.

M8 : Toute façon, après c'est aussi dans le dialogue, à partir du moment où il n'y a pas d'investissement personnel dans la prise en charge du problème, on a de grandes chances que le résultat soit pas très satisfaisant dans la prise en charge *hein*, c'est comme pour toutes les pathologies.

Est-ce que vous recherchez systématiquement un trouble du sommeil ou est-ce que vous préférez que le patient lui-même vienne évoquer la question avec vous ? Est-ce que vous avez plutôt tendance à parler du sommeil quand le patient en parle ou est-ce que vous allez le chercher ?

M11 : moi personnellement, c'est surtout si un patient vient pour des problèmes de fatigue chronique et on ne trouve pas l'explication, il n'y a pas de facteur qui peut expliquer ça, c'est là que je commence à chercher un peu ...la qualité du sommeil, est-ce qu'il y a un problème qui peut expliquer ça ?

Observatrice : Mais vous n'iriez pas le dépister chez toute personne par exemple pour un renouvellement ou quelque chose comme ça ?

M11 : non, pas forcément.

M8 : bah tant qu'on a le temps qu'on a pour une consultation et qu'on a le tarif qu'on a pour une consultation...

M10 : ... tous les problèmes qu'on traite... *(rire)*

M8 : ... je sais pas si c'est homologué ça mais aller chercher des trucs comme ça avec tout ce que ça génère derrière, ce sera dans un autre temps ça.

C'est clair que c'est chronophage *hein*... comme tout ce qu'on fait dans le cadre de ...

M8 : oui mais le problème aussi c'est qu'on a des tas d'autres choses à aller rechercher en terme... tout ce qui est prévention...

Oui, oui, bien sûr...

M12 : Moi je pose facilement la question en espérant que les gens vont me dire qu'ils dorment bien parce que ... *(rire)* si ils disent qu'ils dorment mal c'est là que tu regrettes d'avoir posé la question ! *(rire)*

(Rire général)

Excellent ! *(rire)*

M8 : moi je fais la démarche inverse moi !

M12 : Ah bon ? (*rire*)

M8 : je pose pas la question... sauf quand on est ...évidemment quelqu'un de dépressif ou qui a des troubles anxieux etc. évidemment qu'on pose la question ou dans la situation qu'évoquait M11, bon on pose la question mais autrement quelqu'un qui vient pour un problème où on peut pas imaginer qu'une des manifestations éventuellement ça puisse être... ben non ! parce que à ce moment-là la liste pendant une consultation elle fait 25 pages *hein* ! De tout ce qu'il faudrait rechercher par rapport au bien-être et à l'hygiène de vie *euuh* à toutes les démarches de prévention, les vaccins, les dépistages, ... c'est une heure de consultation et bah pourquoi pas mais dans le contexte démographique actuelle, avec la façon dont on est payé au lance pierre *euuh*... c'est pas possible, franchement c'est pas possible ! C'est déjà compliqué de faire des prises en charge correctes dans le temps qui nous est imparti même en finissant pas de bonne heure et sans être sur un chronomètre *hein*, c'est pas...en tout cas c'est pas ma pratique et ... mais... je veux dire c'est carrément pas possible ou alors il faut avoir un personnel dédié qui va avec un questionnaire systématique pour tout le monde etc. mais encore faut-il que tous les patients acceptent ce modèle de prise en charge *hein*, faudrait déjà leur poser la question de savoir si ils sont d'accord pour qu'on leur pose la question « est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous pose ... » bah oui mais en...comment ça s'appelle ? ...motivationnel là...

Oui entretien motivationnel.

M8 : entretien motivationnel voilà. « Que savez-vous sur la question ? Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on vous pose la question ? » (*rire*) voilà. *Euh* bah y en a qui vont me dire « bon écoutez moi je viens pour ça...j'ai aussi autre chose à faire » (*rire*).

M10 : le problème sera ressenti par le patient... pour qu'il adhère de faire un agenda déjà ça c'est vraiment...ça demande une implication par le patient, si ne il ressent pas le problème il ne le fera pas, on a du mal à leur faire faire prendre la tension pendant 3 jours... .

M8 : Toi tu parles de l'agenda du sommeil là ...

M10 : oui, de l'agenda du sommeil.

Mais sinon tu recherches toujours les troubles du sommeil ou pas particulièrement, seulement si la situation s'y prête ?

M8 : est-ce que tu poses systématiquement la question dans toutes les consultations « avez-vous des troubles du sommeil ? ».

M10 : non, non pas systématiquement, il faut que ce soit dans le contexte quelque part.

Et toi M9 ?

M9 : non plus, comme M11 et puis... l'asthénie ou la dépression tout ça, troubles anxieux.

M10 : mais même une tension qu'on peut pas maîtriser non plus.

Que pensez-vous qu'un patient cherche lorsqu'il vous parle d'un trouble du sommeil ? qu'est-ce qui vient chercher ? Le patient, alors là qui vient vous parler de son trouble du sommeil ?

M8 : bah déjà il a besoin qu'on l'écoute si déjà il vient en parler, il a besoin qu'on l'écoute, après y a des démarches qui peuvent être... y a des personnes addicts qui viennent chercher leur...

M11 : Lexomil... (*sourire*).

M8 : voilà. Moi j'en ai connu une à qui j'ai demandé d'aller voir ailleurs au bout d'un certain temps parce qu'elle se moquait un petit peu de nous mais sa démarche c'était pas de se poser de questions « non non je veux pas en parler... » prise en charge psychothérapeutique ? « Oui j'ai déjà fait etc. va falloir encore que je raconte toute ma vie...ça débouche sur rien » le psychiatre ? « Non, non.. » bon ...

M11 : la plupart du temps, le patient vient et il cherche une solution médicamenteuse, il attend une prescription qui va l'aider...

C'est la solution miracle tu veux dire ?

M11 : oui c'est ça, ce qu'il cherche.

M12 : je suis pas d'accord, je pense que c'est en train de changer je trouve.

M8 : oui, mais je pense on a ... enfin le corps médical a une part de responsabilité.

M12 : bien sûr, c'est plus simple, c'est comme les antibiotiques, c'est plus simple de les prescrire que non.

M8 : Pendant des décennies, problèmes de sommeil donc « somnifères » ou médicaments pour induire le sommeil, ça a été ça pendant très longtemps.

Quand on a commencé notre exercice, la réponse était essentiellement symptomatique, des confrères ... la médecine générale a fait un virage énorme enfin certains en tout cas.

M8 : oui, mais maintenant de toute façon, moi je refuse sauf cas particulier parce que je suis pas le chevalier... je refuse ce type de prise en charge si le patient refuse d'être acteur de sa prise en charge, bah je dis « non je suis désolé on va pas pouvoir fonctionner comme ça ».

Au total, vous avez quand même tous l'impression assez spontanément quand ils vous en parlent, ils cherchent une solution plutôt médicamenteuse... tu disais M11... toi t'as cette impression là aussi ou... ? (adressé à M13).

Observatrice : Pour vous, c'est plutôt de l'écoute en premier lieu ? (adressé à M8)

M8 : en premier oui, après y en a effectivement qui sont dans cette démarche... mais moi ...

Alors il s'agit pas de ce que vous proposez *hein* là...

M8 : oui, oui j'ai bien compris. C'est ce qu'on imagine que les patients attendent parce que c'est pareil (*rire*).

Oui, oui, on est toujours subjectif.

M8 : Mais en général, ils ont envie d'en parler quoi.

M10 : moi j'ai récemment eu en consultation, une dame de 60 ans peut-être un peu plus je ne me rappelle pas, elle m'a parlé d'insomnie mais après on a commencé à discuter, on a trouvé que finalement elle dort pas aussi mal et elle me dit « bah non vous me prescrivez rien c'est pas... » je pense déjà que les gens pour le moment ...

C'est intéressant...

M8 : ça c'est pas exceptionnel *hein* !

M12 : oui, c'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens qui ne souhaitent pas de médicaments je trouve !

M10 : oui !

M12 : même si ils viennent en parler, c'est vrai qu'on a maintenant un peu plus d'accès à la thérapie cognitive et comportementale et ça c'est quand même quelque chose... ça aide et ça aide des fois sur des...déjà à faire ça, démystifier un peu leur dire « bah y a quand même des petites techniques qui peuvent vous aider » mais souvent y a pas besoin de beaucoup de séances pour que les gens... en tout cas se sentent mieux dans leur sommeil, ça veut pas dire qu'ils dorment différemment ...

M13 : démystifier et dédramatiser parce que...

M12 : bah ça prend un peu de temps mais ils ont une explication, ils ont des techniques c'est des choses toutes bêtes *hein*.

M8 : oui mais même au delà de ça, je pense le fait qu'on soit pas d'emblée à leur dire « bon bah ok vous avez un problème de sommeil, je vais vous donner un médicament » comme l'a dit M10, y a un certain nombre de patients « bah oui vous avez raison en fait c'est peut-être pas raisonnable de prendre les risques de commencer ce type de traitement en connaissant.. » parce que bon moi j'expose les effets secondaires qu'il y a à prendre ce type de médicaments et y a un deal enfin y a une négociation...une négociation avec le patient « est-ce que vous pensez vraiment que ça vaut le coup ? ».

M13 : et au-delà de la crainte d'utiliser un produit pharmaceutique avec ses conséquences, c'est aussi d'adhérer à un trouble qui en fait n'est pas, et là finalement elle croyait qu'elle avait un trouble du sommeil important, majeure, justifiant une prise en charge pharmaceutique et en fait non ! donc

M8 : Donc y a toujours intérêt à en parler.

M9 : ... à en parler.

Observatrice : Vous avez dit que c'était en train de changer du coup, l'attitude des patients est en train de changer. Pour vous c'est dû à quoi ? qu'il soit de moins en moins demandeur de traitement médicamenteux ?

M12 : je pense qu'ils sont au courant des effets indésirables (*rire*) qu'on leur dit d'emblée.

M8 : Alors attention c'est une frange voilà je suis pas sûr qu'il soit franchement majoritaires, bon mais déjà mieux que ce que c'était ...

M12 : dans les patients nouveaux qui viennent se plaindre d'insomnie ou de troubles du sommeil, je trouve que c'est vrai qu'avec les gens qui prennent des hypnotiques depuis un certain temps c'est plus difficile, mais je trouve que les gens qui arrivent qui présentent enfin qui entre autre parlent d'un trouble du sommeil, j'ai l'impression qu'ils sont quand même beaucoup moins ... ou c'est peut-être la façon dont je me représente les choses qui m'a fait

changer d'avis mais ... j'ai l'impression qu'ils sont moins dans la demande de médicaments quand même.

M8 : oui, oui.

Est-ce que vous avez l'impression que la question de l'âge intervient ? l'âge du patient ?

M9 : Tout à fait. Moi je pensais aux plus jeunes qui sont beaucoup sur internet, qui font parfois... qui connaissent des tutos de méditation ou des petites applis pour faire des méditations, moi je leur parle « et puis vous avez tenté de faire un quart d'heure de méditation avant de vous coucher » et puis « ah oui c'est vrai ça peut être une bonne idée » ceux-là sont accessibles et j'ai l'impression un peu les mêmes qui sont moins demandeurs de médicaments mais pas forcément que des jeunes *hein* même des moins jeunes qui font des tutos.

Oui... et quand je vous entendais là j'ai ... je sais pas si c'est une interprétation de ma part mais j'ai l'impression notamment que toi tu évoquais le fait que les patients étaient peut-être mieux informés qu'ils ne l'étaient pas le passé ? et qu'ils vont plus s'informer ?

M12 : oui, y a peut-être... l'internet change peut-être les choses c'est sûr.

M8 : bah oui et puis il y a la formation qu'on leur donne aussi nous !

M9 : oui.

M12 : c'est peut-être moi qui ai changé au final ! (*rire*)

M8 : je pense qu'il y a un peu des deux mais à partir du moment où

Quelle attitude vous adoptez en face justement de quelqu'un qui vous parle spontanément du sommeil du coup ? bon vous l'avez dit *hein* un peu... l'écoute ça semble être dans ce que vous dites, ce qui ressort le plus.

M8 : oui c'est l'écoute et puis s'il y a pas le temps pour l'écoute ce jour-là parce qu'encore une fois c'est une demande en plus des autres, ben d'avoir une consultation dédiée qui permet l'écoute !

Observatrice : Pour vous c'est souvent une demande en plus des autres ?

M8 : Souvent oui !

M10 : oui.

M12 : oui.

M13 : oui.

Observatrice : Donc c'est toujours en fin de consultation ?

M8 : C'est pas toujours en dernier mais ... ça peut être en dernier.

M12 : les gens viennent avec la liste (*rire*).

M8 : « je suis pas venu pour rien ! »

(*rire*) Oui aujourd'hui j'ai la liste !

M12 : ça fait peur ça ! (*rire*) T'as envie de partir !

Je leur demande c'est G20 ou Auchan ?

Rire général

Ben quels moyens, on en parlait justement, quels moyens non médicamenteux vous utilisez, vous leur proposez d'utiliser pour régler leur problème de sommeil ? Si vous en proposez...

M8 : y a déjà ce qu'évoquait M9 tout à l'heure, se recaller... des fois quand y a pas de problèmes de sommeil, de se recaller sur l'heure du coucher et d'essayer d'avoir une hygiène de vie ...

M13 : les habitudes toxiques oui.

M12 : Eviter les écrans.

M8 : voilà éviter les écrans, éviter de faire du sport juste avant d'aller se coucher, le café, l'alcool...

M10 : oui les boissons excitantes.

M9 : on éteint les écrans aussi une heure avant de se coucher.

Est-ce qu'il y en a qui propose luminothérapie, hypnose ?

M13 : non ! luminothérapie non !

M12 : Hypnose, oui je leur propose moi.

M10 : moi la musique relaxante.

M9 : mais de l'autohypnose ?

M12 : bah de l'autohypnose c'est facile, c'est pas compliqué, tu vas sur internet tu trouves des trucs tout simples qui fonctionnent relativement bien.

M9 : Faudra que j'aille voir.

M10 : y a de la musique sur YouTube aussi, ça marche pas mal.

La luminothérapie vous l'utilisez pas parce que vous y pensez pas ou parce que ... vous proposez pas ?

M9 : par méconnaissance.

M12 : c'est un peu pour recalculer plutôt, parce que c'est presque plus dans la dépression que dans les troubles du sommeil enfin pour moi, c'est vrai que j'y pensais pendant un temps mais c'est vrai que je le propose plus vraiment.

On l'évoquait...

M12 : il faut... acheter l'appareil c'est pas toujours ...

Alors y a pas que... je sais pas quand tu en parles de luminothérapie on parle aussi de soleil en fait !

Observatrice : Ça peut être juste l'exposition solaire.

M12 : en ce moment c'est pas simple ! (*rire*)

Non c'est pas simple... Est-ce que vous avez recours à l'homéopathie ou à la phytothérapie ?

M8 : Alors l'homéopathie non. Phytothérapie des fois quand ils sont un peu acharnés à vouloir quelque chose et que j'ai pas trop envie de ... *(rire)*.

Et dans un cas particulier ou plutôt dans ce que tu dis quand tu penses qu'ils ont pas vraiment besoin ... ?

M8 : Ben plutôt ça et on se dit si jamais y a un effet placebo voilà !

M12 : Ils l'ont déjà essayé en général ! Le pharmacien leur a déjà donné des choses à base de plantes.

M8 : oui mais c'est pas les mêmes le docteur !

M13 : « J'ai tout essayé docteur ! » *(rire)*.

« J'ai tout essayé docteur » c'est joli ça ! *(rire)*.

M8 : mais l'homéopathie non.

M9 : la phytothérapie ou des tisanes ?

Oui, ça fait partie de la phytothérapie.

M9 : Tisanes de camomille avec du miel.

Tout ce qui est...

M8 : tout ce qui est à base de plantes.

M8, quand tu dis homéopathie non, c'est parce que c'est une façon de dire que de toute façon tu proposeras pas ? c'est ça que tu voulais dire ou pas ?

M8 : Si ils arrivent en me disant « je prends du machin truc 15ch et je dors comme un... » ah bah je leur prescris là.

Oui ! Pour l'effet placebo dont tu parlais juste avant.

M8 : mais spontanément je prescrirais pas d'homéopathie, j'aurais vraiment l'impression de me foutre de leur gueule mais tu vas me dire quand je prescris de la phytothérapie en pensant que ça a un effet placebo c'est un peu pareil.

M10 ?

M10 : Je prescris la phytothérapie de temps en temps oui.

Et vous M13 ? ...

M13 : Aubépine, valériane ...rarement.

M11 : surtout pour les jeunes, pour les adolescents oui.

M9 : oui.

M8 : Ils sont habitués à l'herbe oui !

(Rire général)

M12 : c'est de la phytothérapie ! *(rire)*

On avait encore jamais évoqué que le « shit » était de la phytothérapie ! (rire)

M11 : c'est vrai qu'on ne connaît pas les effets du CBD et tout ce qui est...

Toi M12 ?

M12 : l'homéopathie ?

Ou phytothérapie.

M12 : Phytothérapie ça peut arriver mais c'est très très rare, l'homéopathie c'est pareil non.

Et dans quels cas quand ça vous arrive ?

M12 : de quoi la phytothérapie ?

Oui.

M12 : oui peut être plus chez les gens jeunes mais c'est vrai que je suis un peu comme M8, l'homéopathie je suis convaincu que c'est un placebo, la phytothérapie peut-être un placebo plus actif (rire) mais

M9 : moi l'homéopathie j'en prescris de temps en temps avec l'effet de placebo, je me dis tant que ça marche !

M12 : Moi j'y crois pas donc j'ai du mal, j'ai du mal à le vendre.

M9 : Euphytose !

M11 : Euphytose, mélatonine... .

M9 : ce que le pharmacien ...

M8 : alors nos internes prescrivent de la mélatonine de temps en temps.... Donc Sarah aussi.

Observatrice : Moi j'en prescris moi.

M8 : (rire).

M12 : ça a pas un effet fabuleux, c'est bien chez des gens...et encore je l'ai essayé chez un patient qui travaille en 5-8 ...

M9 : ça fonctionne ?

M12 : non.

Ça recalle le sommeil.

M8 : ça revendique que !

M12 : c'est bien chez les gens qui prennent l'avion et qui arrivent et à la limite c'est un effet ... dans « Prescrire », ils disent que c'est quasiment de l'effet placebo *hein*, ça a pas une efficacité majeure quand même.

M13 : Bah y en a pour qui le taux de mélatonine est bas.

M12 : oui mais c'est subjectif et puis c'est pas très documenté comme genre de truc.

M8 : Mais de dire que parce que le taux de mélatonine est bas, si je lui donne un médicament à base de mélatonine, je vais améliorer ses symptômes, ça fait quand même beaucoup de si parce que d'abord est-ce que tu es sûr qu'en lui donnant de la mélatonine en comprimé tu augmentes son taux ?

M13 : est-ce que je dose la mélatonine ? bah bien sûr que non. C'est parce qu'il est...

Tu veux dire que tu penses que ça marche chez les gens qui ont un taux de mélatonine bas.

M13 : oui mais attends, j'en sais pas plus, je sais pas si y a eu des études mais je sais qu'il y a parfois des gens qui ont...

M8 : et puis on sait pas si les médicaments qu'on prescrit passe la barrière hémato-encéphalique.

M13 : et puis le dosage aussi souvent qui est insuffisant.

Observatrice : Ce qui est en vente libre c'est 1,9 mg.

M13 : oui.

M12 : y a surtout des formes à libération prolongée et un certain nombre de gens qui trouvent pas ça fabuleux, parce que ils ont un peu l'impression d'avoir du mal le matin à se resynchroniser.

M8 : bah ça prouve que c'est efficace ça !

M12 : j'ai l'impression que ça se rapproche du placebo.

Si vous prescrivez un traitement médicamenteux, quel traitement médicamenteux vous allez prescrire en première intention ?

M13 : Alors en première intention ou en fréquence ?

M12 : Pour le sommeil ?

Dans les troubles du sommeil. Vous avez un trouble du sommeil que vous avez considéré comme avéré ...

M10 : hypnotiques...

M12 : moi j'ai du mal, je mettrais plutôt du Seresta.

M9 : oui moi aussi.

Observatrice : En première intention ?

M13 : Ben c'est une benzodiazépine...

M12 : enfin en première intention non, en désespoir de cause.

Alors on dit le patient arrive, il a un trouble du sommeil, vous avez éventuellement déjà essayé la phytothérapie, éventuellement ou vous avez pas envie de l'essayer, quel va être le traitement que vous essaieriez de lui donner si vous pensez qu'il faut lui donner un traitement évidemment *hein* après avoir épuisé le recalage ?

M9 : les règles hygiéno-diététiques tout ça... médication, on a déjà tout fait ?

Oui.

M13 : ça et puis y a la miansérine aussi je trouve qui est molécule qui est ...

M8 : mais ça ça marche plutôt sur les troubles de fin de nuit *eah* c'est pas pour les problèmes d'endormissement la Miansérine, c'est pas l'indication mais peut-être si ton expérience te ...

M11 : Miansérine c'est ça ?

M8 : Miansérine oui.

M11 : c'est un antidépresseur

M8 : oui, mais pas...

M13 : à faible... à 10 mg ça marche pas mal.

M11 : bon bah-moi si j'ai un patient qui n'a jamais pris de somnifères souvent je commence avec la mélatonine, je ne dis pas que c'est très très efficace, souvent je les revois après... mais c'est ça que je fais. J'essaie de décaler un peu les Benzo....

La première mission du médecin c'est de ne pas nuire donc c'est raisonnable.

M11 : des fois aussi des patients qui ont déjà pris et qui sont conscients qu'ils sont dépendants des Benzos ils veulent faire quelque chose pour se débarrasser, pour se sevrer, j'essaie aussi avec la mélatonine.

Et vous ?

M11 : Après parmi les Benzos c'est le Seresta le plus souvent que je prescris et après ça on monte.

Alors on est en première intention.

M11 : oui en première intention.

M10 : moi si je suis sûr qu'il n'y a pas d'anxiété, je sens que c'est vraiment que le problème d'endormissement et si on a épuisé tous les autres moyens de se recalcr, je donne Zopiclone pour un mois, toujours je préviens « il faut prendre... vous prenez juste un demi, vous prenez pas tous les soirs, essayez de vous endormir de manière naturelle, vous allez prendre 2,3 jours et après vous pourrez vous rendormir spontanément » mais si y a pas de terrain dépressif si y a pas d'anxiété, c'est vraiment endormissement isolé voilà.

Si tu as le sentiment que c'est un trouble d'endormissement ?

M10 : oui.

M8 : d'un autre coté un dépressif tu peux avoir besoin de lui donner en plus de l'antidépresseur les premiers jours un...

M10 : ... aussi pour qu'ils s'en dorment, pour qu'ils se reposent.

Alors pour rebondir sur ce que disait M10, est-ce qu'il vous est arrivé de prescrire un hypnotique en 1ère intention ?

M12 : ça m'est arrivé mais plus maintenant. Non vraiment. Ça t'arrive encore ? (à M9)

M9 : non, non pas trop.

M12 : je pense qu'autrefois... ce que tu disais tout à l'heure, on réfléchissait moins peut-être mais ... et puis on se sentait... on était moins culpabilisé .

M8 : ça peut être nécessaire chez des gens au début d'un antidépresseur, qui ont des gros problèmes de sommeil, enfin moi je vois pas bien comment faire autrement premièrement et puis deuxièmement des gens qui ont des troubles anxieux sévères pareil, le temps de les équilibrer un peu etc. si y a une grosse répercussion sur le sommeil oui ça m'arrive d'être en première intention parce que tu sais très bien que tu vas donner de la Valériane ils vont souffrir 3 nuits de plus et puis c'est tout, mais toujours sur une durée limitée avec une revoyure « bon si vous avez passé 2,3 mauvaises nuits, vous en prenez pour une nuit » etc. pas qu'ils rentrent dans du systématique dans la mesure du possible.

M9 : donc c'est en première intention mais associé à d'autres quoi.

Si je vous entends bien quand ça vous arrive c'est avec une grande précaution d'avoir stimulé le patient à ne pas le prendre régulièrement et en l'ayant averti que ce sera pour une courte durée.

M9 : tout à fait.

M8 : en lui donnant les arguments sur le fait que de toute façon l'effet s'épuise donc imaginez qu'on puisse prendre ça sur la durée avec une satisfaction de toute façon ça ne sera pas le cas et que les effets secondaires sur la tension, sur les facultés cognitives, mnésiques etc. voilà le risque de dépendance.

M12 : ceci dit la dépendance elle est aussi en dehors de la dépendance réelle du médicament, elle est psychologique la dépendance parce que il a été dit qu'avec l'homéopathie on créait des dépendances, donner de l'homéopathie aux gamins quand toute leur enfance on leur donne... ils ont mal à ceci ils ont cela on leur donne quelque chose, même si c'est un placebo, on crée quelque part une réponse médicamenteuse à ceci à cela, à un mal être, à tout ce que tu veux donc la dépendance elle se crée par le fait de prendre quelque chose en réponse à un trouble X ou Y, même si avec les Benzos elle existe ou avec les hypnotiques elle existe.

Observatrice : Est-ce que vous vous retrouvez souvent face à des patients qui sont dépendants à tout ce qui est Zopiclone, Zolpidem, Imovane ? Est-ce que ça vous arrive souvent d'avoir ce genre de patients ?

M12 : ça arrive oui ! qui les prennent depuis très longtemps.

M9 *en levant la main* : oui ! oui !

M13 : oui, oui.

M8 : Alors est-ce qu'ils sont dépendants de ces médicaments là ou est-ce qu'ils sont simplement dépendants du fait de prendre un médicament pour dormir ? c'est compliqué de faire la part des choses.

Tu veux dire qu'ils seraient dans ce cas-là convaincus que c'est ce médicament-là qui va leur permettre de dormir ?

M12 : je pense qu'il y a sûrement un peu de ça oui. Et puis si tu leur dis « et si vous le prenez pas » « ah bah je dors encore plus mal que quand je le prends ! » oui mais ils dorment mal dans tous les cas finalement (*rire*).

M8 : moi je prescris pratiquement plus de Zolpidem, parce que c'est trop chiant... (*rire*) avec les ordonnances sécurisées.

M12 : oui c'est vrai.

Observatrice : Ce qui vous embête c'est les ordonnances sécurisées ou est-ce que c'est... ?

M8 : non, non mais le principe de prescrire de façon régulière un hypnotique oui mais encore une fois on a des patients qui prennent des hypnotiques depuis des années avant qu'on les ait pris en charge etc. donc de toute façon ceux-là voilà si y a des gens qui ont beaucoup beaucoup de temps à leur consacrer pour s'épuiser mais on a essayé et voilà, donc au bout d'un moment on se résigne *hein*.

Observatrice : Donc vous avez tous déjà essayé de sevrer un patient qui était sous Zolpidem, Zopiclone, concrètement ?

M8 : oui bah ou sous une autre Benzos.

Observatrice : Est-ce que ça s'est toujours soldé par un échec ?

M8 : est-ce que ça s'est toujours soldé par un échec...

M13 : il y a eu peu de succès quoi...

M10 : Mais il faut que la personne soit vraiment motivée... c'est pas en une consultation qu'on va arriver à faire quelque chose.

M8 : oui bah un sevrage de toute façon ça se fait jamais en une consultation...

Observatrice : Et donc la plupart du temps ces patients-là, le traitement avait été initié par un autre médecin on est bien d'accord ? ceux dont vous me parliez ? Quand on parle du Zolpidem, Zopiclone, ...

M8 : oui, oui, oui on est bien d'accord. Non mais même tout traitement somnifère enfin anxiolytique à titre de somnifère prolongé, oui. Pas de souvenirs mais

M12 : Le lexomil j'ai pas dû...ça fait 20 ans que j'en ai pas prescrit mais j'ai encore des patients qui l'ont depuis une éternité et puis tu peux pas y toucher c'est infernal ! C'est clairement compliqué !

M8 : je sais pas moi... enfin là on change un petit peu de sujet mais pour les Benzos à demi-vie longue avec les vieux pour moi c'est pas négociable *hein*, soit ils basculent sur des courtes soit ils vont voir quelqu'un d'autre mais ...

M12 : ou ils viennent me voir ! (*rire*)

M8 : ça doit être ça ! (*rire*)

Un aparté, quand ils sont en EHPAD, c'est un peu plus simple, alors surtout quand ils ont des troubles cognitifs on peut tout enlever !

Rire général

M8 : Les ordonnances en EHPAD c'est merveilleux, tu gardes que ce que ...

En aparté, j'ai fait un coup sur une patiente un peu âgée pas dramatique, enfin autour de 80 quoi, en EHPAD, qui était sous Zolpidem, elle était évidemment... j'ai dit bon on va essayer de le diminuer par 2, alors ok, on diminue par 2, au bout d'une semaine elle me dit « ça va pas docteur, ça va pas du tout je dors pas », je dis « ok, alors je voudrais bien quand même que vous arrêtiez ce médicament là parce que c'est pas bon pour la santé donc je vais vous en donner un autre et là vous allez le prendre entier ».

M8 : Un paracétamol par exemple !

M9 : non, un placebo !

Un placebo voilà. Et elle a très bien dormi, alors ça a malheureusement pas été permanent mais ça a duré quelques semaines mais après j'ai pu repartir sur un truc léger... un demi Seresta qui lui convient bien quoi. Mais le coté demi et je suis frustré parce que j'en ai qu'un demi et du coup je remets un entier placebo et là ça marche ! (rire)

M12 : c'est du sadisme ça ! (rire)

Il paraît qu'on a pas le droit de prescrire des placebo sans le dire au patient !

M8 : non !

M12 : bah oui mais c'est pas rigolo ! (rire)

M9 : y a plus d'effet placebo là !

Bah oui c'est complètement débile ! Mais c'est vrai hein ! T'as pas le droit de le prescrire sans le dire au patient !

...

Éprouvez-vous des difficultés à gérer certains patients sous hypnotiques ?

M9 : oui !

M12 : oui !

M11 : oui !

M10 : oui.

Tous d'accord ?

M13 : oui.

M12 : ça c'est sûr.

Ça, ça crée le silence.

M12 : non non mais c'est vrai. Parce qu'effectivement en plus avec les règles de prescription....

Observatrice : Est-ce que vous avez déjà eu des patients agressifs pour un renouvellement d'hypnotiques ? ...que vous vouliez pas leur faire ?

M9 : En garde oui.

M10 : Les toxicomanes pour leur addiction...Mais c'est pas trop les somnifères.

M8 : Agressifs non mais pas dans ... plus en mesure d'être dans l'échange oui, mais sans agressivité mais ...

M12 : c'est encore une fois plus facile de céder que de discuter *hein...* avec le temps qu'on a ... surtout que c'est souvent la fin de la consultation c'est plus compliqué quoi.

M8 : t'as qu'à voir le gouvernement avec les intérimaires dans les hôpitaux, le gouvernement a cédé c'est plus facile...20% de plus et nous ... (*rire*).

Et nous rien ! Nous 1,50e tu rigoles ! (*rire*)

M9 : un treizième mois ! (*rire*)

M12 : 1,50e en octobre 2024 !

M8 : non mais t'as vu ils l'ont augmenté de 20% pour que ça se calme là...

Non, non j'ai pas entendu.

M8 : Le plafond c'était 11... enfin 1870 ... ils sont passés à 1320 ou je sais pas quoi donc ... qu'ils retournent au boulot !

Bon... Balint disait « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel ».

Dans quelles mesures pensez-vous que la relation médecin-patient a un effet thérapeutique sur l'insomnie de vos patients ? et son abord ?

M12 : Ben on l'a déjà évoqué *hein...*

M9 : Par l'écoute active.

Oui, on l'a pas mal évoqué oui effectivement.

M8 : Bah après on se fait peut-être des idées *hein...* non ben c'est sur quand... y a eu plusieurs exemples de cités, quand on écoute les gens, quand on analyse leurs plaintes, qu'on les fait analyser leurs plaintes et leur fait analyser leurs symptômes ben ça relativise un certain nombre de choses et on se retrouve... la demande change donc on espère qu'il y a un effet médecin oui.

Observatrice : Est-ce que c'est parce que c'est juste l'effet médecin ou est-ce que c'est parce que vous avez déjà construit une relation en amont ?

M8 : Bah ça fait partie de l'effet médecin de construire une relation.

Observatrice : Par exemple, si un remplaçant ... première fois, est-ce que vous pensez que ça aura le même effet qu'un médecin traitant qui suit le patient depuis des années c'est ça que je veux dire ?

M8 : oh je pense que dans un certain nombre de cas, les internes et les remplaçants ...

M9 : Ils évitent les Benzos non ?

M8 : Non c'est pas ça mais ... permettent de dénouer des choses qu'on croyait fixées et parce qu'il y a une approche un petit peu différente ou parce que le patient des fois va se livrer plus

parce que il ose pas dire certaines choses à son médecin régulier etc. y a des exemples réguliers *hein !*

M12 : Ils tiennent le même discours aussi ça doit aider !

Observatrice : Donc là ce serait bénéfique du coup ? de pas forcément connaître le médecin ? dans certains cas ?

M8 : oui, en tout cas ce qui est bénéfique c'est de se sentir en confiance avec le soignant qui est en face et on le voit bien... enfin moi je l'ai vu à plusieurs...constaté à plusieurs reprises étant donné que la gente féminine est quand même largement majoritaire parmi les internes ce qui n'est pas un problème, loin s'en faut, y a des fois on écoute des choses chez les patients qui ont livré des choses à l'interne, alors qu'on les voit depuis X années et qu'ils nous ont jamais livré nous et qui peuvent permettre de dénouer des choses ! c'est pas exceptionnel.

M12 : C'est parce qu'on a pas posé la question ! (*rire*)

M8 : Des fois parce qu'on a pas posé la question, des fois parce que des patients étaient pas à l'aise avec nous pour évoquer cette question-là.

M10 : on connaît toute la famille...

M8 : Moi, ça m'est arrivé, pas de façon très fréquente mais ça m'est arrivé plusieurs fois sur des histoires de violence ou d'agression sexuelle ou choses comme ça...dans l'enfance ou des choses comme ça...d'avoir Voilà avec l'interne ça sort comme ça ! (*rire*) Alors que c'est jamais sorti avant, alors y a le fait de poser la question bien entendu et puis voilà.

Tu veux dire y a le fait aussi que ça peut être plus facile de parler de certaines choses à quelqu'un qu'on ne connaît pas ? Mais qui a la fonction de l'écoute ?

M8 : oui, ou ça peut être aussi le fait, je sais pas... le fait de s'adresser à une femme quand c'est des femmes, mais pas que ! Parce que j'ai des exemples aussi ...bah voilà.

Ok.

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'insomnie ? et de quelle manière pensez-vous que cela si c'est le cas a influencé sur votre prise en charge ?

...

Des souvenirs d'insomnies les uns ou les autres ? A un moment donné de votre vie ...

M10 : Oh ça, ça m'arrive oui.

M11 : Pour moi c'est souvent les périodes quand on sent déjà la fatigue s'accumuler et ben je commence à me réveiller à 3h, la tête travaille, j'ai l'impression que je peux me lever et aller travailler donc ça va pas ! Dans des cas comme ça, je sais que j'ai besoin d'un peu de ... faire une coupure... c'est souvent avant les vacances.

Tu sens que ça arrive souvent ?

M11 : Souvent, je peux pas dire mais y a des périodes ... c'est surcharge et l'accumulation de la fatigue purement professionnelle, je ne parle pas d'autres facteurs d'insomnie, y a d'autres choses aussi mais le plus souvent c'est ça, des périodes de fatigue, épuisement et le fait que voilà une semaine de vacances et après ça rentre dans l'ordre.

Et est-ce que tu as l'impression que ces évènements-là, ces périodes d'insomnie te facilitent l'abord des patients qui en souffrent ou qui te disent en souffrir ? Est-ce que ça t'aide dans la prise en charge de tes patients ?

M11 : oui, oui.

Le fait d'avoir vécu ça ?

M11 : oui, parce que souvent je peux donner des conseils, voilà, prendre un peu de distance, prendre un peu de vacances ou si c'est pas possible, même je peux prescrire un arrêt de travail de quelques jours voire une semaine pour permettre au patient de voir est-ce que ça va améliorer les choses. Je sais pas si c'est fondé théoriquement mais c'est ça ce que je pense.

Là on est justement pas dans la théorie, on est dans du vécu donc c'est ça qui est intéressant. M12 ?

M12 : Ah non moi l'insomnie je sais pas ce que c'est.

M9 ?

M9 : Alors moi non plus je sais pas ce que c'est l'insomnie, peut-être si quand j'étais enceinte et qu'on se recevait des coups de pieds et qu'on savait plus comment se mettre mais à part ça non je dors très très bien c'est pour ça que j'ai aussi l'impression que les patients ont une mauvaise perception de leur sommeil. Là je viens d'avoir un exemple d'une de mes patientes qui pensait souffrir d'insomnie et j'ai dû faire parce que la polygraphie me satisfait pas, une polysomnographie et en fait dans la polysomnographie elle s'endormait...alors elle, elle me disait qu'elle mettait une heure à s'endormir... elle s'endormait en 7 minutes ! ce qui était super, donc là je me dis tout le temps que les patients ont quand même une mauvaise perception de leur sommeil quoi mais je l'ai jamais vécu moi donc ... je peux pas...

M12 : c'est intéressant tu vois...

M10 ?

M13 : Et puis alors ça signifie quoi... pourquoi ils ont une mauvaise interprétation ?

M9 : c'est que peut être pendant ces 7 minutes où elle s'endort elle tourne à gauche, elle tourne à droite, je sais pas elle doit avoir l'impression de pas dormir ou son cerveau... et en fait elle est déjà endormie mais je sais pas....

C'est la perception du temps !

M9 : Du temps oui voilà.

C'est-à-dire que les 7 minutes ont duré une heure pour elle.

M12 : Les micro-réveils dans la nuit, les gens ils ont l'impression que c'est tout le temps « j'ai été réveillé toutes les heures » oui peut être mais ça dure...

M13 : oui, oui, ça les micros oui...

M8 : je suis toujours impressionné par les gens qui me disent qu'ils ont regardé la pendule ...

M12 : ouais ! ou « j'ai entendu toutes les heures sonner », tu te dis c'est quand même étonnant ça ! (*rire*)

M8 : Toujours impressionné !

M10 ?

M10 : ça m'arrive, c'est par période, des fois c'est quand je suis trop trop fatiguée, et le cerveau qui est en surchauffe et en fait je n'arrive pas à déconnecter, je tourne, je commence à angoisser, j'ai ça à faire...j'ai ça à faire...j'ai ça à faire... je me dis mais calme toi, rendors toi, c'est mieux de dormir que de penser... mais c'est incontrôlable !

Et est-ce que ça t'aide cette période que t'as vécu dans ta prise en charge ?

M10 : Bah je pense que ça m'aide parce que comme c'est vécu des fois tu comprends plus facilement la personne qui te parle...

La question au fond, c'est est-ce qu'on peut être plus empathique en l'ayant vécu ?

M10 : oui, parce que quand tu te réveilles à 3h du matin et 7h tu dors pas... je sais quand j'ai l'impression de ne pas dormir et quand je dors pas vraiment...et tu sais qu'il y a 12h qui t'attendent toute la journée, il faut que tu sois en forme et tu as dormi 3h et pourtant je suis quelqu'un ... 8h ! je peux pas dormir moins que 8h... j'ai besoin de mon sommeil.

M12 : on devrait peut-être aller se coucher d'ailleurs !

Rire général

M8 : Moi ce qui m'empêche de dormir, c'est ce qui a déjà été dit, c'est quand je suis agacé sur quelque chose, si y a un truc qui est très mauvais c'est quand je regarde mes mails avant d'aller me coucher et qu'il y a un truc qui m'agace alors ça si y a un truc qui m'agace...

M9 : Mais il faut pas regarder les écrans avant de se coucher !

M8 : oui, oui non mais si tu veux y a des trucs que j'ai pas le temps de faire pendant la journée donc voilà. Bon et si c'est de la routine ça va mais de temps en temps y a un truc qui m'agace bien là... je m'endors bien quand même mais y a un moment où je vais me réveiller dans la nuit et ça va tourner en boucle... alors là j'essaie de faire de l'autosuggestion, de penser à autre chose, l'équivalent de compter les moutons mais en se concentrant sur une période de vacances ou sur

Et du coup t'as l'impression que ça a modifié ta prise en charge, tes prises en charge des patients ?

M8 : Bah surtout pour aider à relativiser, au fait que c'est pas parce que y a des périodes comme ça que nécessairement ça voilà, c'est physiologique, de toute façon la dette de sommeil qu'on va créer en tout cas de sommeil paradoxal, on va la récupérer à un moment ou à un autre... oui ! je pense que ça aide... et puis en termes d'hygiène de vie comme le disait ma jeune associée qui est bien plus raisonnable que moi ! (*rire*)

M9 : non mais des règles de bonnes hygiènes de sommeil c'est ça !

M8 : oui bien sûr, non mais je sais très bien à quoi c'est dû, d'ailleurs maintenant je sais que quand je vois un titre de mail ou une personne qui m'envoie un mail, ce mail là je l'ouvre pas avant d'aller me coucher ! Demain matin !

Rire général

M12 : c'est pas moi rassure-moi ? (*rire*)

C'est moi ! (*rire*)

M8 : non, non, non rassurez-vous !

M9 : surtout en période de négociation conventionnelle non c'est pire ?

M8 : oui, par exemple. Oh tu sais même le reste du temps y a toujours des trucs à droite à gauche, donc j'ouvre pas le mail !

M13 ?

M13 : Alors oui, ça commence à m'arriver.

Ça commence ?

M13 : Enfin, c'est assez récent, et c'est en effet lié à des évènements soit personnels soit professionnels avec quelque chose d'obsessionnelle et qui fait que voilà ça vient miner le sommeil. Et ... alors je sais que c'est passer donc éventuellement je lutte pas trop je sais que la nuit elle est fichue, enfin elle sera de mauvaise qualité, parfois j'essaie de la méditation alors là c'est le pire moment parce que en fait ...

M12 : ... t'arrives pas à te concentrer...

M13 : Bah oui, parce que la méditation c'est pas fait pour ça d'ailleurs, je trouve ça un peu con de penser...ça a jamais eu une prétention d'antistress, c'est une discipline qui est tout autre et qui est pas... mais donc ça sert pas à grand-chose et ... qu'est-ce que c'est et l'autre question c'était... est-ce que... eh bien ! Curieusement, c'est une expérience personnelle qui m'aide pas dans ma pratique professionnelle, y a d'autres expériences personnelles qui m'aident mais pas...

M9 : ... mais pas celle-là !

M13 : mais pas...

Mais pourquoi t'as une idée ?

M13 : bah je sais pas ! Peut-être parce que c'est pas trop... j'en ai pas trop... que c'est bien ciblé...

Est-ce que c'est parce que c'est douloureux pour toi, que du coup ça t'intéresse pas trop de ...alors pas de l'évoquer mais est-ce que l'expression du trouble du sommeil chez l'autre a un impact sur toi ?

M13 : non ! pas dans l'autre sens non.

Le fait d'en avoir ne te rend pas plus empathique vis-à-vis de ceux qui en ont ?

M8 : Elle est toujours empathique M13 de toute façon.

M13 : Ben non ! ça c'est justement une autre histoire... j'ai l'impression que ...

M8 : d'être de moins en moins empathique...

M13 : oui !

M8 : ça c'est parce que t'es un vieux médecin ! *(rire)*

M13 : oui, bah c'est justement l'inverse et que là les interrogations viennent !

M8 : *(rire)*

M13 : Et que des fois je me dis oh là là là et alors curieusement je vis à fond l'empathie dans des situations extrêmes, là je suis déglinguée par une fin de vie remarquable...*(larmes)*... qui apprend beaucoup et le reste du temps j'ai l'impression parfois d'être cynique dans l'ordinaire des gens mais des expériences de vie qui sont ...où les gens te...sont exemplaires...des morts enfin en l'occurrence là elle n'est pas encore morte mais des choses surprenantes, une personne qui ... je crois qu'elle va partir avec le sourire... . Alors, les morts nous apprennent à vivre ça c'est le grand truc, mais c'est quand même parfois difficile mais alors qu'est-ce que c'est beau d'accompagner des fins de vie à domicile et de voir des familles qui sont d'un dénouement...d'un dévouement pardon oh là là là, le lapsus est magnifique *hein*, oui, *eu* voilà. Donc *(rire)* voilà voilà. Donc on fait quand même quelque chose de formidable mais des fois on s'use et on a peut-être besoin de ces moments dramatiquement beaux où on est vraiment dans l'humain à fond les manettes oui. Voilà les amis.

M8 : bah c'est aussi le fait qu'on peut pas non plus être dans l'empathie tout le temps sinon on s'épuise, je parle pas de ton cas, de ce que tu viens de décrire mais quand tu disais avant j'ai l'impression d'être de moins en moins empathique mais d'un autre côté, l'empathie ça te consume, ça te consume donc faut se protéger *hein* !

M13 : oui, oui.

Et puis toutes nos consultations ne nécessitent pas la même empathie non plus, heureusement ! On pourrait pas tenir ! Ce que tu décris évidemment, toutes ces histoires sont des histoires qui nous marquent à vie et qui font qu'on aime ce métier aussi, je veux dire heureusement qu'on a pas que des consultations comme ça.

M8 : ça explique aussi pourquoi tu peux être éventuellement moins empathique avec des choses...

M12 : ça fait relativiser les choses.

M8 : voilà, tu relativises « bon je veux bien vous plaindre mais bon faut relativiser ! »

M13 : Et puis y a pas à dire je veux dire on a plus... les fois où on a un brin de reconnaissance...

Et c'est pas toujours pour ceux pour qui on a fait le plus !

M13 : oui !

M10 : oh ça c'est ... *(rire)*

M13 : oui mais dans le début de nos activités, on avait ... ça aussi c'est parce que la première partie de notre expérience c'était du pain béni, on était...on était nourri de cette reconnaissance permanente quoi...

M8 : ouais, tu vas faire la téléconsultation maintenant.

(Rire)

Toi la plus jeune médecin... avec Sarah, mais

M9 : Rappelle-moi la question.

Pour rebondir sur ce que dit M13...

M9 : Ah oui heureusement qu'on met pas tous toute la même empathie chez tout le monde parce que effectivement oui, ça consomme, ça consomme de l'énergie, de l'écoute, c'est pas évident, qu'il y ait de l'écoute active oui mais pas avec autant d'empathie mais c'est sûr qu'il y a des fins de vie qui nous marquent et c'est aussi ...ça fait partie de la vie et c'est hyper important de les suivre à domicile et oui effectivement je suis d'accord, parfois y en a on a l'impression de pas avoir fait grand-chose ils sont hyper reconnaissants et puis d'autres où on a mis de l'énergie, on a mis du temps et qui ont pas du tout de reconnaissance, ils ont pas du tout la même perception qu'on a eu de cette relation, des consultations, de l'énergie employée en fait.

M8 : d'où peut être la baisse de l'empathie au fur à mesure. En tout cas le seuil qui augmente quoi (*rire*). Le seuil à partir du moment où ça se déclenche.

M12 : ce qu'elle disait aussi c'est que ... c'est peut-être pas elle qui a moins d'empathie, c'est peut-être que les gens sont moins reconnaissants donc c'est quand même plus difficile...

M13 : Non, mais y a les deux enfin...

M12 : ... d'avoir de l'empathie envers des gens qui finalement ...

M8 : viennent consommer.

M12 : ... Ils te mettent pas à la même place quoi, ils te mettent pas à ta place donc effectivement finalement tu fais ce qu'ils attendent de toi, si ils ont de la reconnaissance envers toi t'as certainement beaucoup plus de reconnaissance envers eux, c'est souvent un peu...souvent quand t'entends les gens parler de l'hôpital ou de ceci cela tu vois bien ceux qui en parlent mal c'est parce que ils doivent arriver en envoyant un petit promener un petit peu tout le monde bah on leur rend ce qu'ils donnent quoi donc et puis des gens qui sont des gens adorables, qui sont gentils bah ils trouvent « bah j'ai été très bien soigné, tout le monde était gentil avec moi » bah oui !

M10 : C'est donnant donnant aussi.

M12 : je pense que c'est normal et c'est un petit peu ça qui est malheureusement effectivement je suis assez d'accord avec toi oui, ça fait un peu vieux de dire ça mais c'est vrai qu'on a l'impression que les gens sont de moins en moins reconnaissants oui !

M8 : Bon les papis mamies là !

M12 : oui !

M8 : (*rire*)

Observatrice : Alors j'ai une question, vous en avez pas parlé, pour ceux qui ont déjà eu des troubles du sommeil, est-ce que vous avez déjà eu recours pour vous-même à un traitement médicamenteux ?

M10 : Moi, ponctuellement oui.

M13 : oui.

M11 : non.

Observatrice : Et si c'est le cas, est-ce que vous l'avez donné plus facilement à un patient du coup parce que vous l'avez déjà essayé on va dire ça comme ça ?

M10 : non, parce que je sais que moi je peux contrôler c'est...

M12 : demain j'arrête ! (*rire*)

M10 : non, non j'ai toujours peur...et après je diminue progressivement j'aurais toujours peur de... si je prends encore un demi allez ce soir encore un demi...

M8 : c'est comme le chocolat ça !

M10 : ... je prendrais toujours avec moi au cas où et ... mais à un moment c'était vraiment magique, je suis partie chez mon fils en Angleterre et pour 5 jours, j'ai rien pris, j'ai dormi comme un bébé malgré qu'il ronflait comme ... (*rire*). Et je me dis « non je suis pas dépendante, c'est juste que je suis dans...c'est une période ! ». Mais de donner plus facilement même pour l'empathie je me demande est-ce que c'est vraiment l'empathie, c'est plus que comme je l'ai vécu je comprends un peu mais j'ai toujours...ça dépend de la personne, je fais très attention et toujours je pointe le doigt pour dire c'est juste pour un petit peu si je décide de le donner. Mais j'essaie toujours de le faire utiliser... de voir quel est l'impact, si tu peux dormir le lendemain, si c'est juste un passage, parce que moi je peux pas prendre un arrêt, je peux m'arrêter pour 3 jours ...

M8 : T'es pas allée voir M11 ?

Rire général

M10 : je sais qu'il va me donner (*rire*) mais voilà.

Et est-ce que... alors justement est-ce que le fait d'en avoir pris et d'avoir la connaissance du caractère dangereux de la chose, est-ce que tu penses ça te permet de mieux appréhender la consultation et la prescription auprès du patient ?

M10 : oui, je pense que oui quand même parce qu'on se lance facilement...

Mais qu'en revanche, tu dis ça ne te fait pas le prescrire plus facilement ?

M10 : Non, ça me fait pas le prescrire plus facilement. Je comprends la personne, je parle, je pose des questions vraiment pour bien dénicher le problème, parce que souvent c'est vraiment pas grand-chose et il y a des personnes qui n'ont plus dans l'activité ça veut dire que demain il a pas dormi il va compenser et après j'essaie vraiment de recalibrer son rythme c'est pas un problème le soir ou il se couche trop tôt et il se réveille les nuits bah il a fait 7h magnifique ! Il fait encore une sieste l'après-midi, il dort plus que nous qui travaillons !

M8 : Oui mais il s'ennuie le reste du temps donc...

M10 : voilà, je pense que ça m'aide de comprendre mais pas pour autant de prescrire plus facilement.

Et parmi vous y en a d'autres qui ont en pris ? Toi juste un Seresta 10 c'est ça que tu disais ?

M8 : non, ils donnent aux autres mais il est pas fou il en prend pas (*rire*).

M11 : non je n'ai pas pris.

Toi tu as pris ?

M13 : Moi, j'ai peut-être dû prendre allez un Alprazolam ou piquer un truc enfin voilà le truc ponctuel que je m'étais même pas vraiment prescrits enfin la démarche elle était...

Et t'as le sentiment que ça a modifié ta prescription vis-à-vis des autres ou pas ?

M13 : non, non.

Entretien 9 :

- Femme
- Age : 59 ans
- Exerce dans un cabinet composé de 2 médecins, un orthophoniste et une infirmière Azalée
- Année d'installation : 2013
- Formations sur le sommeil : non
- Durée de l'entretien : 30 min 22 s
- Mode d'exercice : semi-rural
- MSU : oui

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient qui s'est plaint d'insomnie ?

Alors je suis en arrêt depuis 2 mois...

Alors, si vous n'avez pas la dernière, vous pouvez ... juste une qui vous a marqué particulièrement ?

Alors là ça me pose vraiment une colle...*eah*...

Un exemple, n'importe lequel ...

Bah ouais c'est vrai, des exemples c'est un peu toujours les mêmes choses *hein*, c'est les gens qui ont des problèmes de sommeil parce qu'ils sont un petit peu angoissés, stressés. Là spontanément c'est vrai que j'ai pas mon planning donc j'ai même pas d'idées vraiment en tête de ce que j'aurais pu voir en juin.

D'accord... s'il n'y a rien de particulier qui vous revient, ce n'est pas grave, on peut continuer.

Voilà, j'ai pas vraiment d'idée précise... non, non, c'est vrai que le sommeil *eah*... bah les gens en parlent mais c'est souvent dans un contexte de stress ou de soucis, de problèmes annexes.

Est-ce que pour vous, l'insomnie... elle se définit comme le symptôme d'une autre maladie ou est-ce que ce serait pour vous une maladie à part entière ?

Alors... c'est compliqué. Je pense que déjà le sommeil est pas le même pour tout le monde, moi souvent je passe un petit temps à expliquer qu'on dort pas tous la même quantité de temps et de la même façon par nuit, donc déjà il faut aussi relativiser, c'est vrai que les personnes âgées qui disent « bah je dors pas » mais qui se couche à 20h et qui se lèvent, qui se réveillent à 5h du matin, je leur dis « bah dis donc vous dormez super bien, faut rien changer à l'affaire ! » voilà donc ça c'est déjà expliquer que le sommeil y a pas...voilà. Donc l'insomnie, moi quand les gens me parlent d'insomnie, j'analyse plutôt comme quelque chose qui pose problème dans leur sommeil, qui fait qu'ils sont pas satisfaits de leur sommeil, donc je l'intègre quand même... je recherche quand même autre chose, je recherche si y a pas un problème anxieux, souvent y a quand même des problèmes d'anxiété, de stress qui sont associés, chez les messieurs un problème d'apnée du sommeil, je vérifie si y a pas un problème de thyroïde enfin voilà ça peut s'intégrer dans d'autres pathologies.

Pour vous, c'est plutôt un symptôme du coup ?

Bah pas forcément, mais c'est vrai que je leur demande un peu d'expliquer ce qu'ils veulent dire par là, c'est-à-dire quand ils disent « je ne dors pas », bah je donne pas un médicament automatiquement, je leur dis « bah comment est-ce que vous dormez ? » et on essaie de comprendre ce qu'ils dorment réellement, et comment ça se passe.

D'accord, donc là vous avez un petit peu répondu à ma question suivante, c'était quelles sont selon vous les origines de l'insomnie ? Donc vous me disiez, c'est souvent de l'anxiété, du stress.

Oui, alors je pense que ça aussi, les situations où on est parfois un petit peu préoccupé et sans qu'on soit vraiment stressé, mais on est un peu préoccupé par son travail et en fait on va dormir un petit peu moins bien donc là bah on essaie de rassurer, si vraiment il y a des situations difficiles, des contextes un peu particuliers, des soucis, pareil on essaie de comprendre un petit peu quand est-ce que ça a démarré, comment ça se passe, enfin j'essaie quand même d'écarter autre chose avant qu'on s'attaque vraiment au sommeil en chose unique. Des douleurs par exemple, quelqu'un qui a des douleurs s'il se réveille la nuit parce qu'il a mal à 2h du matin ou parce qu'il a des brûlures d'estomac à 2h du matin, c'est un cadre différent et ça l'empêche de dire mais c'est pas ça la cause réelle de son manque de sommeil, enfin c'est autre chose qui l'a déclenché.

Ça marche, est-ce que vous utilisez des moyens particuliers pour évaluer les troubles de sommeil, c'est-à-dire tout ce qui est échelle etc. ou est-ce que c'est plutôt à l'interrogatoire ?

Alors moi j'utilise plutôt l'interrogatoire, je leur demande comment ils dorment, comment ça se passe, est-ce que c'est toutes les nuits, est-ce que les week-end, les jours de vacances, c'est la même problématique, par exemple les enfants, y a beaucoup d'enfants qui ont des problèmes de sommeil, qui se relèvent etc. c'est vrai que par exemple les périodes scolaires ça peut être...donc le travail, voilà je leur pose beaucoup de questions, je leur demande comment ça se passe, ce qu'ils ont déjà fait pour leur sommeil, donc voilà on essaie de... je fais pas de grille, c'est vrai que j'ai pas de schéma...euh... peut-être que indirectement par exemple un Hamilton, on peut être amené à faire une sorte de grille de Hamilton pour voir l'anxiété si vraiment on analyse que c'est dans ce sens-là, la douleur aussi on essaie de l'analyser donc peut-être qu'on pourrait utiliser une grille mais pour le sommeil j'ai pas de grille que j'utilise, ça c'est sûr. C'est plutôt l'interrogatoire.

Je leur fais faire des calendriers du sommeil, c'est-à-dire que je leur demande parfois quand vraiment ils sont embêtés, je leur dis « bah écoutez moi je sais pas trop quelle est la problématique dans ce que vous m'expliquez donc vous allez me marquer comment vous dormez et puis on se revoit éventuellement dans un mois et puis on refait le point un petit peu de comment ça se passe »...

Donc un agenda du sommeil c'est ça...

C'est ça, un peu comme on fait pour les migraines, l'agenda des migraines, ou des règles douloureuses donc c'est pas une grille mais c'est un truc que je peux utiliser en support.

C'est bien un agenda du sommeil *hein* ?

Bah c'est un agenda mais que les gens font eux-mêmes, ils marquent...

D'accord, c'est pas l'agenda...

Pas le formulaire, j'utilise pas le formulaire tout fait, c'est-à-dire bah je leur dis « vous marquez à quelle heure vous vous êtes couchés, si vous avez pas dormi de la nuit, ce que vous avez pris comme café, comme médicaments ou quelque chose qui aurait pu perturber votre sommeil aussi, enfin voilà je leur demande de marquer un petit peu ce qu'ils vivent. Voilà, j'utilise pas un document préétabli, c'est eux qui le crée.

Ok, est-ce que vous recherchez systématiquement à dépister des troubles du sommeil ou est-ce qu'en général vous attendez plutôt que le patient l'aborde lui-même quand ça commence à lui poser un problème ?

Je pense que ça dépend du motif de la consultation, c'est vrai que si les gens me paraissent, alors on est médecin traitant donc on les connaît un petit peu, quand on les sent moins bien que d'habitude ou qu'ils sont un petit peu... qu'ils ont de la tension, qu'ils ont des choses qui les perturbent, là on leur parle du sommeil donc oui je demande assez facilement, je leur demande assez facilement si ils vont bien, mais je le demande pas à chaque consultation, par contre ça c'est vrai que je fais pas à chaque consultation « comment dormez-vous ? ».

Ça marche. Qu'est-ce que vous pensez que le patient cherche lorsqu'il aborde lui-même le sujet, lorsque lui spontanément, sans même qu'on lui pose la question, il dit « voilà j'arrive plus à dormir » ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il cherche ?

Bah je pense que...je pense qu'il y a des patients qui cherchent un médicament pour dormir parce qu'ils s'en sortent pas ils ont besoin d'un médicament, donc ça c'est eux qui l'abordent en général c'est dans ce sens-là et puis parfois je pense qu'il faut aussi rassurer les gens sur le fait que justement le sommeil c'est pas un truc automatique, on a pas un sommeil identique toutes les nuits et la preuve quand ils font un peu la note de leur nuit de sommeil, ils se rendent compte, y a des nuits où ils ont dormi et des nuits où ils ont pas bien dormi et qu'en fait on trouve parfois des explications, donc déjà analyser un peu son problème c'est pas mal. Mais c'est vrai que je pense qu'au début c'est bien d'être rassurant sur le fait qu'on va chercher une cause médicale si il y en a une, rechercher une cause annexe psychologique ou d'anxiété ou de stress ça peut aussi leur donner un élément d'assurance sur ce qui se passe, quand vraiment ils sont dans une grande grande difficulté, toute façon, on donne un traitement pour les aider à dormir, moi je donne des traitements en cure très courte sur 3-4 nuits pour les aider un peu à lâcher prise et puis... et je leur parle de mes techniques de relaxation (*rire*).

Parfait, très bien. Donc du coup vous avez répondu à la question suivante qui disait « quelles attitudes vous essayez d'adopter justement quand ils vous en parlent ? » donc plutôt de la réassurance, des techniques etc. dans un premier temps on va dire ?

Ouais, bah déjà comprendre pourquoi ils posent la question, leur dire bah « qu'est-ce qui fait que c'est problématique ? est-ce que vous travaillez moins bien au travail ? est-ce que vous vous sentez en perte d'efficacité parce que y a des gens qui disent « bah je dors pas beaucoup mais finalement j'y arrive à peu près » donc voir à quel moment ça peut coïncider et puis bah leur faire verbaliser... et en fait quand on pose ces questions-là, ça va faire qu'ils vont parfois réfléchir sur ce qui se passe réellement et puis on va analyser aussi ce qui les réveille, parce que les gens parfois ils viennent, ils ont que le symptôme, ils ont pas forcément vraiment réfléchi à ce que ça pouvait représenter pour eux. Il me semble que le fait de leur poser un peu plus de questions, ça les fait avancer voilà.

Ok ça marche. Question suivante, pareil vous y avez répondu, est-ce que vous utilisez un agenda du sommeil ? donc vous disiez que oui, à la différence que c'est eux qui le créent et que vous donnez pas quelque chose de prédéfinie.

Pas quelque chose de précis ouais.

Ok, quels sont les moyens non médicamenteux que vous utilisez pour les troubles du sommeil ?

Déjà les conseils de mode de vie, c'est-à-dire qu'il faut pas manger trop copieux le soir, pas boire trop d'alcool le soir, pas faire des activités *eah* bah faire le sport et aller se coucher juste après en se disant « bah c'est bizarre j'arrive pas à dormir » je leur explique souvent qu'il y a un sorte de cycle dans notre sommeil et qu'on s'endort pas comme ça miraculeusement parce qu'à un moment donné on appuie sur le bouton et on a fait OFF et on doit dormir donc ça se prépare donc souvent, y a des rituels, alors moi j'explique pleins de trucs pour le sommeil, je leur dis que c'est des cycles et qu'en fait ils essaient de voir à quelle moment ils baillent, alors moi je prends toujours l'exemple, moi je baille à 21h donc à 21h c'est l'heure par exemple à laquelle je suis au tennis souvent, j'ai un cours de tennis à 21h donc je baille, donc je vais pas me coucher à 21h mais le prochain cycle de sommeil sera 2h après donc je leur dis « bah vous regardez à quel moment vous baillez et en général le cycle c'est 2-3h, vous baillez à 21h, faut vous coucher vers 22h, vous lisez quelques pages d'un bouquin et votre sommeil viendra naturellement, si par contre vous voulez absolument vous coucher à 22h par exemple, votre cycle de sommeil il est pas enclenché donc vous ne dormirez pas, donc je leur explique un petit peu ces cycles-là et dans la nuit on fait plusieurs cycles de sommeil et qu'il y a des moments où on va se réveiller et en fait bah soit on est calme dans son lit, on bouge pas puis on se repose, soit on a... on se tourne on est pas bien, on se lève, on boit un verre de lait, on lit quelques pages d'un bouquin et puis on revient un petit peu plus tard quand le sommeil revient, donc ça c'est les premières choses et puis voilà pas faire des activités excitantes, préserver du temps, par exemple, la télé, l'ordinateur, les écrans, pour moi ça c'est des trucs trop stimulants, je dis « ça stimule vos yeux, votre audition, votre cerveau parce que vous réfléchissez à des choses, je dis là votre corps il est à 100% et tout à coup vous voulez qu'il passe à 0 ou 10% donc c'est pas possible, il faut laisser tout ça se recaller, donc bah je leur explique ça et puis après je leur explique les techniques de relaxation, et c'est rigolo parce que j'ai appris ça avec mon prof de clarinette quand j'avais 17 ans et que j'étais au moment de passer mon bac, et je l'ai croisé il y 15 jours lors d'un mariage, on s'était pas vu pendant 50 ans

et en fait bah je lui dis « j'ai parlé de vous à tout le monde ! » parce qu'en fait on faisait... il m'apprenait quand j'étais au lycée, on visite son corps, on commence par le gros orteil, petit, après on remonte dans son talon, son pied, on remonte la cheville, le mollet et on fait ça à droite puis après on le fait à gauche, on remonte le genou, la cuisse et puis en fait on arrive jamais à la tête parce qu'on a lâché prise avant et on s'est endormi parce qu'on a laissé notre tête un petit peu évacuer toutes les pressions qu'on avait, et donc ça c'est des techniques de relaxation que j'ai étudié quand j'ai fait de la tabacologie et qui sont dans les techniques de relaxation que l'on utilise. Donc ben je l'ai expliqué bien avant, je l'expliquais au patient et maintenant je l'explique au patient en disant que c'est vraiment validé et j'explique le 5, 4, 3, 2, 1 les techniques 5, 4, 3, 2, 1 où en fait on fait aussi du lâcher prise quand on est préoccupé par quelque chose, je leur dis votre cerveau si il crée pas quelque chose, il va rester en boucle donc faut enlever cette boucle, donc faut trouver une autre boucle et en fait vous allez lâcher prise donc voilà des petites techniques comme ça, je leur explique. Et puis je leur donne un médicament, en leur disant faut le prendre vraiment que quelques jours, pas tout le temps.

Qu'est-ce que vous pensez de la luminothérapie, hypnose ?

Alors, je le propose pas spontanément, moi j'ai des patients qui me disent qu'ils le font et puis c'est des patients qui font de la méditation le soir avant de s'endormir aussi, je leur dis « bah pourquoi pas » et puis l'hypnose c'est un peu comme la méditation, à mon avis, ça doit se ressembler un petit peu, sur leur portable j'ai des patients qui me disent « on a des trucs où on rentre en méditation » et en fait ça permet de lâcher prise, moi je suis pas du tout opposée à ça.

C'est comme, de l'autohypnose ?

Oui c'est ça, c'est un petit peu ça ouais. Et puis autre chose que je leur dis c'est quand on a un problème pour s'endormir, faut se lever tôt le matin, c'est-à-dire que si on se couche tard en disant « j'ai pas dormi de la nuit je vais faire la grasse matinée je me lève pas avant 10-11h » c'est le contraire de ce qu'il faut faire, je leur dis « non, non, vous levez à 7h30-8h et vous commencez votre journée si vraiment vous êtes fatigués faites une petite demi-heure de sieste l'après-midi mais le soir vous verrez petit à petit...moi la preuve avec mon mari, on pose notre tête sur l'oreiller et on sait jamais lequel des deux ronfle parce qu'en fait on est endormi avant l'autre parce que quand on est trop fatigué, bah en fait on a pas de problèmes de sommeil parce qu'on est en déficit de sommeil donc je leur explique ça, je leur dis « si vous restez au lit trop longtemps le matin, vous n'aurez pas sommeil le soir, si vous bougez pas, vous faites pas d'activité physique, vous n'aurez pas sommeil le soir, donc faut remettre un petit peu tout ça dans le bon sens. Bouger, marcher, voilà.

Hum... est-ce que vous avez recours à l'homéopathie, la phytothérapie ?

Alors je donne parfois de l'Euphytose, ou du Vagostabyl, qui sont pas vraiment des somnifères, mais pour détendre et puis euh...

Homéopathie non ?

Je suis pas très homéopathie, je connais pas, je connais pas du tout.

D'accord, est-ce qu'il y a un traitement médicamenteux particulier que vous avez tendance à utiliser assez facilement on va dire en première intention quand vous décidez de donner un médicament ?

Je donne assez facilement de l'Atarax si c'est quelqu'un qui a pas de soucis de santé, cardiaque etc., je donne aussi facilement un tout petit peu d'Atarax le soir, un demi comprimé ou même je leur dis en quatre... vu qu'elles sont quatre...je laisse facilement de l'Atarax.

Est-ce que pour vous il y a une raison particulière que ce soit l'Atarax et pas un autre ?

Y a pas de dépendance et puis surtout, je leur dis toujours « vous prenez 2,3 soirs de suite pour recharger les batteries, vous refaites un petit peu tout ce qu'on a dit par ailleurs et puis après vous prenez quand vous avez besoin parce qu'en fait le sommeil il est pas tout le temps identique donc vous le prenez quand vous avez bien dormi une nuit, bah toute façon la nuit d'après si vous dormez pas c'est pas très grave, si par contre vous êtes 2 nuits sans dormir, vous le prenez le soir d'après ».

Ça marche, est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prescrire un hypnotique en 1ère intention dans les troubles du sommeil ?

Alors, ça m'arrive pour des personnes qui ont par exemple un décès ou un gros stress, un gros traumatisme, voilà, je leur dis dans ce cas-là de prendre un petit peu de Zopiclone, un petit peu de ... mais je prescris une boîte de 7 en leur disant « vous en prenez qu'un tout petit peu, c'est pour ça que je vous mets une toute petite boîte, c'est que c'est vraiment ponctuel ».

D'accord, est-ce que vous avez déjà eu des difficultés à gérer certains patients sous hypnotiques ?

Ah ben tout le temps ! On a des personnes âgées qui sont sous traitement, moi je suis installée depuis 10 ans, j'ai fait des remplacements pendant 20 ans donc déjà c'était mon gros travail quand je remplaçais, j'essayais toujours de diminuer et là depuis 10 ans, j'ai des patients qui étaient habitués depuis toujours à prendre des trucs le soir, et en fait bah des dames qui ont 85-90 ans, elles me disent « oui mais vous savez quand j'essaie de le diminuer comme vous m'avez dit j'y arrive pas » mais alors je leur dis « vous le diminuez pas tous les jours, un jour dans la semaine, vous en prenez qu'un demi et tous les autres jours un entier et puis la semaine d'après ou un mois après vous en prendrez 2 fois un demi mais espacé dans la semaine » alors par pallier comme ça, on arrive à diminuer un peu mais c'est quand même un effort *hein* ! parce que vraiment y a une dépendance qui est pas seulement médicamenteuse, je pense que les gens ils sont attachés à leur qualité de vie, ils veulent pas qu'on impacte sur ça.

Donc pour vous, dans ce genre de cas en général, c'est des hypnotiques qui ont été donnés on va dire par votre prédécesseur ou d'autres médecins d'autres générations vous diriez ?

C'est ça oui. Moi j'essaie vraiment de leur dire, on rentre pas dans ce processus de façon continue. Et en fait, je crois que j'en ai pas trop que j'ai mis moi-même sous somnifères... non je crois pas que j'en ai mis beaucoup sous hypnotiques. Quand je le fais, je leur diminue vite, je leur dis tout de suite « toute façon vous savez on le fait là, on a une période à passer d'un mois ou deux mais après faudra le diminuer et vous l'aurez toujours, vous aurez toujours une boîte dans votre placard, je vous en remettrais tous le temps mais par contre vous utilisez que quand vous avez besoin, comme le Doliprane, tous les jours on a du Doliprane dans le placard, on en prend pas quand on s'en va le matin, on le prend si on a mal à la tête » et les gens quand on compare au Doliprane, ils comprennent que effectivement, ils peuvent ne pas l'utiliser en permanence mais qu'ils l'ont en cas de besoin, par contre faut pas les démunir, c'est-à-dire je suis pas du style à leur dire « je vous en donne plus jamais ! » je leur dis « écoutez là si tout va

mieux, on va prendre plus modérément si par contre y a de nouveau un coup dur, et bah on le reprendra » et puis moi je leur dis « il faut faire les autres techniques que je vous ai dit..., faut bouger un petit peu, faut manger équilibré, il faut pas boire trop d'alcool le soir... » enfin voilà y a pleins de petits trucs. J'ai des patients qui prennent du Cannabis, ils me disent qu'ils prennent du Cannabis le soir parce que vraiment c'est ce qui les aide à dormir, je leur dis « c'est pas bien » je le marque pas dans mon dossier mais je crois que c'est pas la meilleure technique, faut vraiment trouver autre chose (rire).

C'est clair ! (rire) .

Est-ce que les patients sous hypnotiques donc mis sous hypnotiques par d'autres médecins, vous en avez déjà eu qui étaient agressifs ? et est-ce que vous être déjà arrivé à en sevrer quelques un ?

Alors, euh ... vis-à-vis de l'agressivité, moi je suis une vieille donc déjà je pense que j'ai moins d'agressivité parce que les gens osent pas parce que je suis âgée, quand j'étais plus jeune c'est plus compliqué et puis j'essaie quand même toujours d'aller dans le sens du patient, c'est-à-dire qu'on essaie de faire des contrats avec les patients, on essaie toujours de... on essaie toujours avec les patients de dire « qu'est-ce qu'on peut essayer de faire ? qu'est-ce qui est acceptable pour vous par rapport à votre traitement ? je comprends que vous en avez besoin, que vous y soyez attaché, que vous vous y soyez habitué mais en même temps si vous faites des petits changements dans votre mode de vie, y a pas de raison de continuer tous le temps, en plus pour la mémoire c'est vraiment une catastrophe et moi j'ai pas envie que vous ayez Alzheimer parce que je préfère continuer de parler avec vous comme on le fait aujourd'hui » donc souvent en prenant les choses positivement et en expliquant qu'on va pas les brusquer, je pense que les gens ils acceptent de faire l'effort, et moi je le marque clairement, je dis « un comprimé tous les soirs sauf le jeudi un demi » et la fois d'après « un comprimé tous les soirs sauf un demi le lundi et le jeudi », puis après... ainsi de suite, et on y va par pallier, et en fait y a des gens qui viennent en disant « bah j'ai été plus vite que ce que vous m'aviez dit, finalement c'était pas si compliqué que ça ! » et puis y en a d'autres qui arrivent pas, j'ai vraiment une petite mamie en tête, et elle était avec un petit Alzheimer et je pense que c'était compliqué pour elle, sur la prescription elle me disait toujours « faut me le remettre parce que j'en ai vraiment besoin » mais comme c'était les infirmières qui faisaient le pilulier, je crois que globalement la décroissance elle s'est faite quand même et qu'elle s'en ai pas réellement rendu compte mais à chaque fois elle avait le même discours de me dire « faut quand même me le mettre » donc je lui mettais mais je crois qu'elle en prenait plus qu'un demi au lieu de un au début... en même temps à 84 ans... est-ce qu'on va l'embêter beaucoup... je sais pas. Elle me disait « vous allez pas m'embêter pour ça » je dis « oh on va peut-être essayer de faire au mieux pour vous... mais bon c'est vrai qu'on a pas envie de vous embêter ! » (rire)

Je comprends tout à fait... si on aborde un petit peu par la suite la relation médecin-patient... dans quelle mesure vous pensez que la relation médecin-patient elle a un effet thérapeutique dans l'insomnie ? Déjà est-ce qu'elle en a un selon vous et dans quelle mesure si oui ?

Alors moi je pense que déjà c'est important, comme je vous disais tout à l'heure, d'expliquer comment fonctionne le sommeil et je venais d'écouter... enfin y avait une émission sur France Culture ou sur France Inter où ils expliquaient qu'en fait ils avaient mis des cobayes dans des chambres noires, et en fait ils avaient vu comment fonctionnaient les cycles de sommeil et les études ont montré qu'en fait, les cycles de sommeil ça marche par deux cycles, un arrêt d'éveil

ou on pourrait faire des activités, puis deux autres cycles ou trois cycles et en fait on finit sa nuit et en fait dans le passé, quand les gens au milieu de la nuit faisaient des écritures... les écrivains qui écrivaient etc. c'est en fait... ça correspond à quelque chose qui est assez physiologique et en fait le sommeil semblerait fractionné en deux parties la nuit et en fait ça correspond à l'homme de Cro-Magnon qui est en nous qui avait besoin de rester un petit peu éveillé, un petit peu toujours vigilant, même dans les phases de sommeil plus longues, donc le fait de dormir de 22h à 8h du matin, c'est un peu des trucs qu'on a mis dans la société parce qu'il se passe plus rien à partir de 22h le soir et que ça recommence à vivre à 8h du matin, mais c'est un fait un peu artificiel parce qu'à la campagne les gens ils se lèvent le matin à 5h avec le soleil, ils font leur travail...enfin voilà donc je pense que déjà leur expliquer que le sommeil il est pas pour tout le monde pareil, et tout le monde a pas besoin de la même quantité, que le sommeil même pour la personne il va pas être identique selon les moments de la vie et puis que il faut accepter que parfois de mal dormir, par contre il faut comprendre pourquoi on dort mal. Si c'est parce qu'on a des soucis ben on va le traiter, si c'est parce qu'on a des douleurs, on va le traiter, et puis si c'est parce qu'on fait des choses qui sont pas correctes pour sa propre hygiène de vie, bon on va essayer de corriger tout doucement les choses et de les améliorer. Et là la relation médecin-malade, je pense qu'elle est vraiment importante parce que... enfin moi je me suis jamais...à mon époque par exemple, les enfants, y avait pleins de gens qui donnaient du Théralène pour faire dormir les enfants, j'ai toujours dit depuis toujours, quand on ne dort pas la nuit, c'est qu'il y a un truc qui va pas, en fait la nuit on résout nos problèmes, si on a un problème de cœur, si on a un problème math, si on a un problème avec la petite copine à l'école parce qu'on s'est fâché avec sa meilleure amie, c'est la nuit dans notre cerveau qui est au repos que ça va se solutionner. Donc ce qu'il faut, c'est dire que la nuit le cerveau il travaille, il faut respecter ce travail là, il faut l'écouter, et en fait c'est intéressant de savoir cette phase-là, que c'est pas anodin quand on dort pas, quand on dort pas ...comprendre pourquoi et ... les gens âgés qui disent « ah bah je dors quand même pas beaucoup ! » mais qui se couchent à 21h et se lèvent à 6h du matin je leur dis « mais attendez ! à votre âge on doit dormir 6h par nuit, vous les faites, faut pas chercher à prendre des médicaments pour avoir plus. Après vous faites comme vous voulez, vous restez au lit, vous vous couchez un peu plus tard... » enfin voilà donc c'est pour ça, je pense que les gens c'est important de les rassurer, de leur dire qu'on est pas tous pareil, le mari lui dort 8h par nuit, on est pas tous obligé de dormir comme ça !

Donc une démarche vraiment de réassurance...

Oui et puis surtout de se dire que ... de réassurance mais en même temps de leur dire « ça peut être un signe de quelque chose » donc dans ce cas-là, il faut être vigilant à quoi ça peut se rapporter, qu'est-ce que ça peut être, est-ce qu'il y a des tachycardies nocturnes qui réveillent ? est-ce qu'ils y a des bouffées de chaleur ? est-ce qu'il y a une hyperthyroïdie, une apnée du sommeil ? et en fait on se réveille parce qu'on fait de l'apnée du sommeil... et les troubles du sommeil parfois... moi j'ai des femmes jeunes... j'ai fait des recherches d'apnée du sommeil et c'était des apnées du sommeil, c'est bizarre ce truc-là d'ailleurs parce qu'elles étaient pas forcément très obèses... donc voilà faut les rassurer, leur expliquer... je pense que les gens quand ils comprennent comment ça marche... et ça c'est pas expliqué, personne leur explique comment ça marche le sommeil, y a pas dans les médias un truc pour dire « le sommeil on dort pas tous pareil » . Le président Sarkozy dormait 5h par nuit, je crois que Macron c'est pareil, bah c'est des gens qui ont besoin de peu de sommeil, qui ont cette capacité-là, c'est une chance mais on est pas tous fait comme ça.

Tout à fait. C'est vrai que les gens en général ne savent pas le fonctionnement du sommeil déjà de base.

Oui c'est pour ça !

Alors, dernière question qui rentre un petit peu dans personnel, si vous ne voulez pas y répondre, il n'y a pas de soucis, est-ce que vous avez déjà souffert d'insomnie ? Et si oui, est-ce que vous pensez que ça déjà influencé votre prise en charge... dans le sens où si vous avez pris un traitement ou avez essayé une autre méthode de relaxation, vous aurez plus tendance à la conseiller à un patient parce que vous l'avez vécu ?

Eh bah par exemple comme je vous disais tout à l'heure, moi de toute façon j'ai toujours dormi de façon très irrégulière donc ça me stresse pas du tout le sommeil, y a des nuits où je dors pas trop mais au contraire ça crée des trucs et puis y a des nuits où je dors vraiment alors... la plupart du temps je dors beaucoup je suis vraiment une grosse dormeuse (*rire*) mais ça peut m'arriver de pas dormir mais je m'en préoccupe pas trop parce que je me dis bah « y avait des choses qui m'ont tracassé, y a des dossiers de patients où je vais m'en rappeler la nuit alors après, c'est vrai que le fait... moi j'ai jamais pris un somnifère de ma vie... jamais rien pris, j'ai jamais pris une benzodiazépine, et j'ai jamais pris un somnifère de ma vie et quand il y a des périodes où je dors pas bien parce que je suis tracassée bah je me lève, je vais bouquiner, je vais faire autre chose et en fait bah voilà. Alors après pour travailler, je pense que quand on dort pas bien on est pas à 100% de son efficacité mais en même temps je dois avouer que c'est pas forcément parce que j'ai mal dormi, mais quand moi j'étais étudiante, on était très peu d'étudiants à l'époque, moi parfois j'étais de garde un jour sur trois, j'avais quatre enfants, je dois avouer que moi j'étais pendant 10 ans de ma vie où j'ai pas dû faire une nuit complète pendant presque toute une période de 10 ans, j'avais des enfants, j'avais des gardes, mon mari était de garde aussi donc il se levait, enfin je pense que mon sommeil a toujours été dans un rythme qui était pas régulier mais ça m'a pas gêné pour travailler parce que je pense... dès que je pouvais récupérer, je récupérais, je me couchais tôt et puis je récupérais du sommeil, mais bon je sais pas si ça répond à votre question, c'est-à-dire ma technique de relaxation ça a été validé par la tabaco mais en tout cas c'était un truc que je trouvais bien, le fait d'avoir compris comment marchait le sommeil pendant très longtemps et puis par exemple d'expliquer aux parents pour les enfants : pas de TV, pas d'écrans, pas de... ça je le disais depuis le début que les TV étaient dans les chambres des enfants, j'ai toujours dit pas d'électronique dans une chambre d'enfant donc ça j'ai toujours dit et je pense que de garder des jeux de société, des lectures le soir, des choses calmes le soir c'est des trucs importants donc j'ai tendance à expliquer ça, j'ai toujours expliqué ça à mes patients.

D'accord. Ma question c'était surtout dans le cas où vous avez pris un traitement médicamenteux, est-ce que vous pensez que vous aurez tendance à le donner plus facilement à un patient parce que vous l'avez on va dire déjà essayé ou pas ? Dans votre cas, vous n'avez jamais pris de traitement...

J'en ai jamais pris. Jamais, jamais. Même de l'Atarax *hein*, je donne de l'Atarax, je donne de l'Euphytose, je n'ai jamais rien pris. Je sais pas si je peux toucher du bois (*rire*) mais non des soucis dans la vie... je pense qu'à chaque fois j'ai pu verbaliser des choses et le fait d'en parler... c'est pour ça c'est ce que je dis aux gens, en même temps quand on peut mettre des mots sur ce qui nous réveille, eh bah petit à petit on dormira mieux et il faut verbaliser... le fait de pouvoir verbaliser ce qui vous tracasse la nuit, ça nous aide à mieux les affronter, à mieux les

régler, et en fait quand on se réveille c'est que c'est pas réglé. Si on le verbalise, on le règle, on règle les problèmes. Voilà, j'ai tendance à proposer plutôt ce que j'ai fait moi dans ma propre expérience de vie et à donner à mes patients... enfin on est tous un petit peu comme ça. Mais moi j'ai jamais... je suis pas médicament du tout... je donne très peu voilà. Mais en même temps je suis pas contre et quand les gens m'en demandent, j'essaie toujours de voir avec eux comment on va faire et voilà.

Parfait, on a fait le tour des questions, est-ce que vous avez des choses particulières à ajouter ?

Non, non. Alors je sais pas si ça peut vous intéresser, ma première interne vous connaissez peut-être... qui est installée en fait à B. et en fait elle, elle travaille sur la somnographie, et elle fait aussi ce genre de choses de rééduquer les patients pour leur sommeil, et on peut lui envoyer des patients qui ont des troubles du sommeil donc je sais pas si ça peut être intéressant pour votre travail mais en tout cas j'ai trouvé ça super, elle est venue nous présenter ça lors d'un groupe de FMC et en fait c'est exactement ce que je faisais intuitivement depuis des années et elle essaie d'expliquer ça aux patients et elle utilise un agenda du sommeil, donc elle me l'avait donné, je pourrais l'utiliser, elle nous a donné des éléments... et en fait c'est vraiment intuitivement ce que je faisais, ce qu'elle fait et c'est ce qu'elle constate qui marche avec les patients, de rééduquer avec des cycles de sommeil donc je trouve ça super ça conforte les idées de bon sens paysan (*rire*).

Oui tout à fait, c'est exactement ce que vous faites déjà de base.

Oui puis de se dire que voilà parfois il faut médicaliser pour pas répondre... enfin moi j'ai toujours dit il faut pas répondre par un médicament quelque chose qui est pas un médicament, c'est-à-dire que si les gens ont un problème de somme, il y a quelque chose d'autre, et si on donne un médicament sans répondre à la question bah c'est pas une bonne chose et c'est ça qui est embêtant, les enfants qui dorment pas si on leur donne du Théralène pour qu'ils dorment... qu'on faisait à une époque et qu'on voit pas pourquoi ils dorment pas... bah en fait on les laisse... et le mal-être c'est ce qui fait qu'on dort pas et je pense que c'est important toujours de comprendre pourquoi et puis d'expliquer aux gens qu'il faut qu'ils cherchent eux aussi en eux ce qui explique pourquoi ils sont pas biens et déjà si les gens vont faire ces démarches là ça va les aider pour toute leur vie *hein*.

Ça c'est bien vrai ! Merci beaucoup !

Je vous en prie !

REFERENCES

1. LEGER D, GUILLEMINAULT C, DREYFUS JP, *et al.* Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*, 2000,9, p. 35-42.
Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10733687/>
2. SOCIETE DE FORMATION THERAPEUTIQUE DU GENERALISTE, HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale*. 2006. 41 p. [Internet]
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_synthese_des_recommandations.pdf
3. CHAMBE J, KILIC-HUCK U, ROUGERIE F, *et al.* Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale. Deuxième partie : démarche thérapeutique. *Exercer*, 2015, 122, p. 256-66.
4. CONSEIL NATIONAL DE LA SECURITE ROUTIERE- COMITE DES EXPERTS. *Somnolence et risque accidentel*. 2017. 28 p. [Internet]
Disponible sur : [file:///C:/Users/sarah/Downloads/2017-06-09-rapport-Focus-thematique-SR-somnolence-et-risque%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/sarah/Downloads/2017-06-09-rapport-Focus-thematique-SR-somnolence-et-risque%20(3).pdf)
5. LEGER D, ALLAERT FA, MASSUEL MA. La perception de l'insomnie en médecine générale : Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *La Presse Médicale*, 2005, vol. 34, Part.1, p. 1358-1362.
6. LIN J, CAO D, HUANG Y, *et al.* Sleep duration and health outcomes : an umbrella review. *Sleep Breath*, 2022, 26, 3, p. 1479-1501.
7. GOTTLIEB D J, REDLINE S , NIETO F J, *et al.* Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 2006, 29,8, p. 1009-14.
8. OHAYON Maurice, LEMOINE Patrick. Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française. *Encephale*, 2002, 28, 5, p. 420-428.
9. DRIOT D, OUHAYOUN S, PRINELLI F, *et al.* Traitements non médicamenteux et alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines dans l'insomnie en soins primaires. *Exercer*, 2020, 164, p 252-3.
10. DRIOT D, BISMUTH M, POUTRAIN JC, *et al.* Revue systématique de la primo-inscription de benzodiazépines en soins premiers pour les troubles anxieux et l'insomnie. *Exercer*, 2017,131, p. 120-30
11. AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE. *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. 2017. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
12. HAMEDI SANGSARI G, ABRAMOVICI F, JAUNAY L-B. Intérêt de l'hypnose dans les troubles du sommeil chronique, chez des médecins généralistes hypnothérapeutes. *Exercer*, 2020, 166, p. 349-55.

13. DURET F, FLORIO D. *Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin*, 240 p. Thèse : Médecine : Grenoble : 2013.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835561/document>
14. 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*, 170 p. Thèse : Médecine : Grenoble : 2013.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00780500/document>
15. CHAMBE J, WILL S, LEFEBRE F, et al. Insomnie chronique des médecins généralistes : prévalence, automédication et son impact sur leur prescription, *Médecine du Sommeil*, 2014, 11, 1, p15.
16. DAUVILLIERS Y, LOPEZ R, BARATEAU L. Organisation normale du sommeil et ses changements au cours de la vie. *La Revue du Praticien*, 2019, 69, 5, p.537-44.
17. LAUNOIS-ROLLINAT S. Le sommeil et sa physiologie. *Hegel*, 2019,3, 231-231. Disponible sur : <https://doi-org.proxy.scd.univ-tours.fr/10.4267/2042/70445>
18. INSTITUT EUROPEEN DE DIETETIQUE ET MICRONUTRITION. *Les mécanismes de régulation du sommeil*. 2019. 6 p. [Internet]
Disponible sur : <https://www.iedm.asso.fr/wp-content/uploads/2019/05/Sommeil.pdf>
19. TAILLARD J, GRONFIER C. *Régulation homéostatique et circadienne du sommeil* [en ligne]. Les troubles du sommeil. Troisième édition. Elsevier Masson, janvier 2019, p. 29-45.
Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294748929000035?via%3Dihub>
20. PULL C. *DSM-5 et CIM-11*. Annales Médico-Psychologiques. Elsevier Masson, 2014, 172, p. 677–680. [Internet]
Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714002431>
21. CHAMBE J, KILIC-HUCK U, ROUGERIE F, et al. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale. Première partie : démarche diagnostique et évaluation. *Exercer*, 2015, 121, p. 127-26.
22. CHAMBE Juliette. Luminothérapie dans l'insomnie chronique. *Exercer*, 2019, 158, p. 462-3
23. MARTIN S, BOUTON C, PARE F, et al. Opinions de médecins généralistes sur la phytothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil. *Exercer*, 2012, 102, p.111-5.
24. MUTUALITE FRANCAISE. *Impact économique de la modification de remboursement des SMRI en 2006*. 2007, p. 6-12. [Internet]
Disponible sur : <https://referentiel.nouvelobs.com/file/650/310650.pdf>
25. DESPRÈS P, GRIMBERT I. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Études et résultats. 2010, 731, 8 p. [Internet]
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
26. LEBEAU J-P, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER J-S, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Jouve, Mayenne : Global Média Santé, CNGE ; 2021. 192 p.

27. LEGER D, GUILLEMINAULT C, BADER G, *et al.* Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 2002, 25, p. 625-9.
28. ANCOLI ISRAEL S, ROTH T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*, 1999;22 Suppl 2, p. S347-353.
29. MONTALESCOT T. *Ressentis des médecins généralistes sur la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique*, 141 p. Thèse : Médecine : Sorbonne : 2020.
Disponible sur : <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/these/ressentis-des-medecins-generalistes-sur-la-prise-en-charge-non-medicamenteuse-de-linsomnie-chronique/>
30. TOUITOU Y, AMBROISE-THOMAS P. Médicaments du sommeil et de la vigilance. Troubles du sommeil et hypnotiques. Impacts médicaux et socio-économiques. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2007, 65, p. 230-238.
31. BOURGEOIS-JACQUET M. *Le sommeil du médecin généraliste. Comment son propre vécu influence-t-il sa perception de l'insomnie et sa pratique ? Étude qualitative auprès de 24 généralistes alsaciens non insomniaques*, 216 p. Thèse : Médecine : Strasbourg : 2014.
32. COHEN D, KARSENTY S. Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec-France. 1997, Montréal : G.R.A.S.P. ; Paris : INSERM-CNRS, vol 1, 329 p. [Internet]
Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/994001276/0000.pdf>
33. VERGER P, AULAGNIER M, PROTOPOPESCU C, *et al.* Hypnotic and tranquillizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2004,18,3, p. 379-385.
34. RIESS H. Empathy in Medicine : A neurobiological perspective. *JAMA*, 2010, 304,14, p. 1604-5.
Disponible sur : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/186692>
35. EYDALEINE C. *La représentation de l'empathie pour les internes de médecine générale*. 126p. Thèse : Médecine : Paris Descartes : 2014.
Disponible sur : <https://123dok.net/document/oy8mgj4z-la-representation-de-l-empathie-pour-les-internes-en-medecine-generale.html>
36. DUSMENIL H, SERRE BS, REGI JC, *et al.* Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*, 2009, 21, p. 355-64.
Disponible sur : <https://hal.science/hal-03606522>
37. BARBIER D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *La Presse Médicale*, 2004, 33, 6, p. 394-399.
Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S075549820498606X>

Avis favorable de la Commissions des thèses

du Département de Médecine Générale
en date du

Le Directeur de Thèse

« signature »



Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

« signature »

RESUME

Introduction :

L'insomnie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Le médecin généraliste se trouve au centre du diagnostic et de la prise en charge de cette pathologie complexe qui parfois n'est abordé par le patient qu'une fois chronicisée.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la perception de la plainte insomnie par les médecins généralistes de la région Centre.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence du vécu de l'insomnie par les médecins généralistes sur leurs décisions médicales lorsqu'ils sont confrontés à cette pathologie chez leurs patients.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée menée à partir huit entretiens individuels semi-dirigés réalisés dans le Cher, et d'un focus groupe semi-dirigé de six médecins, réalisé dans le Loiret.

Résultats :

Le patient se plaignant d'insomnie exprimait une souffrance pour le médecin généraliste. L'insomnie servirait en fait à exprimer un mal-être que le médecin devait rechercher et identifier. Face à cette plainte, le médecin avait le rôle essentiel de relativiser et dédramatiser la situation mais devait aussi sensibiliser son patient sur les traitements médicamenteux. En effet, le médecin était souvent confronté aux addictions médicamenteuses notamment à celles aux hypnotiques, il évitait donc la prescription médicamenteuse systématique et avait rarement recours aux hypnotiques. Le médecin prescrivait en première intention des médicaments qu'il considérait comme légers, cette prescription était parfois influencée par son vécu de l'insomnie.

Conclusion :

Les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge l'insomnie et à quelles difficultés ils se retrouvent confrontés. Celles-ci se situent globalement dans le dépistage de l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques. Il apparaît également que pour un médecin généraliste, avoir vécu un trouble du sommeil l'aidait globalement à mieux comprendre le patient et à le conseiller.

Mots-clés : Plainte insomnie, perception du médecin généraliste, santé du médecin généraliste, influence du vécu.

BABA-HAMED Sarah

137 pages – 2 tableaux – 1 figure – 2 illustrations – 4 annexes

Résumé :

Introduction :

L'insomnie est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Le médecin généraliste se trouve au centre du diagnostic et de la prise en charge de cette pathologie complexe qui parfois n'est abordé par le patient qu'une fois chronicisée.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la perception de la plainte insomnie par les médecins généralistes de la région Centre.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence du vécu de l'insomnie par les médecins généralistes sur leurs décisions médicales lorsqu'ils sont confrontés à cette pathologie chez leurs patients.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée menée à partir huit entretiens individuels semi-dirigés réalisés dans le Cher, et d'un focus groupe semi-dirigé de six médecins, réalisé dans le Loiret.

Résultats :

Le patient se plaignant d'insomnie exprimait une souffrance pour le médecin généraliste. L'insomnie servirait en fait à exprimer un mal-être que le médecin devait rechercher et identifier. Face à cette plainte, le médecin avait le rôle essentiel de relativiser et dédramatiser la situation mais devait aussi sensibiliser son patient sur les traitements médicamenteux. En effet, le médecin était souvent confronté aux addictions médicamenteuses notamment à celles aux hypnotiques, il évitait donc la prescription médicamenteuse systématique et avait rarement recours aux hypnotiques. Le médecin prescrivait en première intention des médicaments qu'il considérait comme légers, cette prescription était parfois influencée par son vécu de l'insomnie.

Conclusion :

Les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge l'insomnie et à quelles difficultés ils se retrouvent confrontés. Celles-ci se situent globalement dans le dépistage de l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques. Il apparaît également que pour un médecin généraliste, avoir vécu un trouble du sommeil l'aidait globalement à mieux comprendre le patient et à le conseiller.

Mots-clés : Plainte insomnie, perception du médecin généraliste, santé du médecin généraliste, influence du vécu.

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Membres du Jury : Docteur Boris SAMKO

Docteur Jean-Jacques COULON

Directeur de thèse : Docteur Benoît CHAUMONT

Date de soutenance : 08/02/2024