



HAL
open science

Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties

Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou

► To cite this version:

Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00780500

HAL Id: dumas-00780500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00780500>

Submitted on 24 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE
PRIMAIRE PAR LES MEDECINS GENERALISTES
AMBULATOIRES DE L'ARC ALPIN : EXPLORATION
DES DIFFICULTÉS RESSENTIES.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
GENERALE
DIPLOME D'ETAT

COTE-REY Anaëlle née le 22 décembre 1986 à Aix-les-Bains

ROUCOU Ingrid née le 15 mars 1986 à Sèvres

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble

Le 18 janvier 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du Jury : M. le Pr PEPIN Jean-Louis

Membres :

M. le Pr COUTURIER Pascal

M. le Dr TAMISIER Renaud

M. le Dr GABOREAU Yoann, Directeur de Thèse.

Professeurs des Universités ó Praticiens hospitaliers 2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de conférence des universités ó Praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur PEPIN,

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse,

A Monsieur le Professeur COUTURIER,

Merci de l'intérêt porté à notre travail et de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse. C'est avec plaisir et intérêt que j'ai découvert et apprécié la gériatrie dans votre service.

A Monsieur le Docteur TAMISIER,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assuré de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU,

Merci de nous avoir proposé ce sujet de thèse et dirigées dans ce travail. Merci pour toute l'aide et les conseils que tu nous as apportés, pour tes heures de relectures, et ta disponibilité.

A tous les médecins généralistes volontaires, Merci pour votre disponibilité et le temps précieux que vous nous avez accordé. Merci de l'intérêt que vous avez montré pour le sujet.

Au Docteur Dan Veale, Merci pour tes conseils, ta relecture et ton aide pour la partie anglophone.

Aux Camø, à Charlotte, à Romuald, à Benjamin, à nos parents, pour leur relecture attentive

REMERCIEMENTS D'ANAELE

A Ingrid,

Merci pour cette belle collaboration, à deux le travail est devenu agréable. Merci pour ton sérieux et ta motivation.

A mes parents, mes sœurs et mes grands parents,

Merci pour votre soutien et vos encouragements pendant ces longues années d'études. Merci pour votre aide et votre patience depuis la P1 jusqu'à aujourd'hui. Merci pour votre amour.

A mes amis,

Merci pour ce que vous êtes, merci pour les bons moments passés ensemble qui m'ont rendu toutes ces années de faculté plus agréables. Merci pour votre soutien dans les moments de doute. Aux futurs projets ensemble.

A la Famille Dalmon, merci pour m'avoir montré la voie de la médecine et pour votre soutien.

A mes maîtres de stages, médecins et paramédicaux : Merci de m'avoir donné ainsi le goût de la médecine.

A Valentin, merci pour ta patience et ton soutien tout au long de ce travail.

REMERCIEMENTS D'INGRID

Tout d'abord un grand merci à toi, Anaëlle,

Merci pour ce travail et pour ton efficacité. Ce fut un vrai plaisir de partager cette expérience avec toi.

Merci à mes parents, mon frère,

Qui m'ont entourée dans les moments de joie comme dans les moments plus difficiles et qui m'ont aidée à me construire. Merci pour votre soutien.

Merci à tous mes amis,

Qui m'apportent bonheur et joie dans ma vie quotidienne !

Merci à tous ceux et celles qui m'ont soutenue et aidée durant toutes ces études de médecine et qui m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Merci à mes maitres de stage, à tous les professionnels médicaux et paramédicaux qui m'ont aidée à devenir médecin généraliste.

Enfin, Merci à toi, Benjamin,

Qui m'a supportée et aidée dans mes choix et dans mon travail. Merci pour ton amour et ton réconfort.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
RESUME	12
ABSTRACT :.....	14
INTRODUCTION.....	16
METHODE.....	18
RESULTATS	20
Les difficultés rencontrées par les médecins face à l'insomnie chronique primaire.....	21
Lors du repérage de la plainte et de la démarche diagnostique.....	21
Lors de la prise en charge thérapeutique.....	24
Lors de la prise en charge du sevrage des traitements médicamenteux	26
Difficultés subjectives ressenties pas les médecins à tous les stades de la prise en charge globale.....	29
Les motivations du patient à consulter pour le motif « insomnie ».....	31
Les causes d'insomnie retenues par les médecins.....	33
La prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique par les médecins généralistes...34	
Les options thérapeutiques proposées par les praticiens.....	34
Les facteurs orientant les choix thérapeutiques des médecins généralistes	37
Les solutions au sevrage médicamenteux	40
Les améliorations possibles pour la prise en charge de l'insomnie.....	42
DISCUSSION	46
1) Les résultats.....	46
2) Discussion sur la méthode	51
a. Choix de la méthode.....	51
b. Forces et faiblesses de cette étude qualitative	51
3) Comparaison à la littérature	53
4) Ouverture	55
CONCLUSION.....	56
CONCLUSION DE LA THESE.....	57

BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	64
ANNEXE I : Définitions de l'insomnie chronique primaire	64
ANNEXE II : Guide d'entretien.....	66
ANNEXE III : Interviews des médecins généralistes	69
Interview du Médecin 1	69
Interview du Médecin 2	77
Interview du Médecin 3	84
Interview du Médecin 4	88
Interview du Médecin 5	97
Interview du Médecin 6	104
Interview du Médecin 7	110
Interview du Médecin 8	116
Interview du Médecin 9	123
Interview du Médecin 10	131
Interview du Médecin 11	140
Interview du Médecin 12	149
Interview du Médecin 13	158
ANNEXE IV : Codage des interviews des médecins généralistes sur la prise en charge de l'insomnie chronique primaire	165
SERMENT D'HIPPOCRATE	170

RESUME

Contexte : L'insomnie chronique touchait en 2008 19% de la population française. C'est une pathologie sévère aux graves complications médicales, socioprofessionnelles et économiques. Malgré l'importance de ce problème, il n'existe pas d'étude en France ciblant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à l'insomnie chronique primaire.

Objectif : Comprendre les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient atteint d'insomnie chronique primaire.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes libéraux volontaires de l'arc Alpin français. Un échantillon aléatoire en recherche de variation maximale a été défini. Les entretiens enregistrés ont été dirigés dans leurs cabinets d'exercice entre janvier et août 2012 par un modérateur indépendant grâce à un canevas semi-structuré. Après retranscription exhaustive des verbatims, une analyse thématique a été réalisée par deux enquêtrices respectant ainsi la triangulation des chercheurs. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données.

Résultats : Treize médecins généralistes aux caractéristiques variées ont été consultés.

Des difficultés s'exprimaient dans la prise en charge diagnostique. Pour eux, l'insomnie ne motivait pas à elle seule une consultation. Elle était abordée en fin de consultation, lors du renouvellement d'ordonnance. Ceci était vécu comme un frein à sa prise en charge par manque de disponibilité ou de temps. A leurs yeux, l'insomnie chronique était souvent banalisée, peu abordée par le patient, entraînant un sous-diagnostic.

Lors de la prise en charge thérapeutique, les médecins ressentaient la difficulté de ne pas céder au renouvellement d'hypnotique par manque de temps, de motivation mais aussi face à la pression des patients. Ils exprimaient des difficultés à convaincre les patients et à leur faire changer de mode de vie.

Le sevrage était aussi perçu comme un obstacle : les difficultés dépendaient de la durée de prise et du type de traitement, de la dépendance, du type de patient et de sa crainte d'arrêter. Les médecins évoquaient un sentiment d'insatisfaction et d'échec face au sevrage.

Conclusion : Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à tous les stades de prise en charge du patient insomniaque chronique avec un sentiment partagé d'échec dans la qualité des soins prodigués.

MOTS CLES :

Recherche qualitative, Médecin(s) généraliste(s), Soins(s) primaire(s), Insomnie chronique, Prise en charge, Difficulté(s), Ressenti(s), Représentation(s)

ABSTRACT :

PRIMARY CHRONIC INSOMNIA MANAGEMENT BY GENERAL PRACTITIONERS IN AMBULATORY CARE IN THE ALPS: A PERCEIVED DIFFICULTIES EVALUATION.

Context: In 2008 chronic insomnia affected 19% of the French population. This is an important condition with severe medical, social and economic consequences. Despite this there are no studies in France focussing on the difficulties confronted by general practitioners (GP) faced by patients with chronic insomnia.

Objective: To study the difficulties encountered by GPs managing patients with chronic primary insomnia.

Method: A qualitative study involving volunteer GPs in French Alps. A random sampling was chosen for wide variability. Interviews were recorded by an independent trained interviewer at the GP surgery between January and August 2012 using a semi-structured interview-grill. Interviews were exhaustively transcribed and a thematic analysis carried out by two researchers, thereby assuring triangulating researchers. Interviews were run until data saturation.

Results: 13 GPs from varied backgrounds were interviewed and certain difficulties in diagnosis and management found. Often insomnia was not the motive for consultation, but mentioned incidentally at the end of the consultation when seeking renewal of medical prescriptions. This was perceived as a difficulty in management because of time and availability constraints since insomnia seemed to be considered as commonplace and not considered as serious thereby leading to underdiagnosis. During the consultation the doctors felt under pressure to renew prescription of hypnotics because of time constraints, or lack of motivation to resist patient pressure, and a feeling of difficulty in convincing patients to modify lifestyle. Drug withdrawal effects were also considered as a problem, especially depending on previous duration of treatment, levels of dependence, type of patient, and fear of withdrawal effects. Doctors were dissatisfied and in difficulty in relation to withdrawal effects.

Conclusion: GPs have difficulty at all points of management of patients with insomnia with a feeling of lack of quality in patient management.

KEY WORDS

Qualitative research, General practitioners, primary care, chronic insomnia management
Perceived difficulties

INTRODUCTION

30 à 50 % de la population adulte française déclare avoir au moins un trouble du sommeil (1,2). 15 à 20 % souffrent d'insomnie chronique [Annexe I] selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (1,2), et 9 % sont insomniaques chroniques sévères (3). Au Canada en 1997, la prévalence de l'insomnie mesurée en médecine de famille atteignait près de 38 % dont 26,2 % souffraient d'insomnie chronique (4). Malgré une prévalence importante, moins d'un tiers des insomniaques chroniques ont consulté pour leurs problèmes de sommeil (2,567).

L'insomnie est un problème sérieux. D'un point de vue médical, elle engendre des comorbidités telles que l'obésité, des complications cardiovasculaires, cognitives, psychiatriques et iatrogéniques (2,8614). D'un point de vue socioprofessionnel, elle entraîne une baisse de la qualité de vie, un fort taux d'absentéisme, une baisse de productivité, des accidents du travail et des difficultés relationnelles (5,8,9,11,15618).

De plus, l'insomnie coûte chère (11,18620) : Au Canada, le coût annuel global de l'insomnie dans la région du Québec était estimé à 6,6 milliards de dollars canadiens (CAN\$), soit 5,1 milliards d'euros (€), en 2009. Le coût de revient direct était de 585,9 millions de CAN\$ (458,7 millions €) (consultations, transports, médicaments avec ou sans prescription, consommation d'alcool). Le coût indirect lié à l'absentéisme était de 970,6 millions CAN\$ (759,9 millions €) et celui lié à la baisse de productivité de 5 milliards de CAN\$ (3,9 milliards €) (19). En France en 1995, son coût direct a été évalué à plus de 10 milliards de francs (1,5 milliard d'euros) (11,20). Les remboursements pour les hypnotiques et les sédatifs par l'assurance-maladie en 2005 ont atteint plus de 110 millions d'euros (21).

En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste est confronté à ce problème d'insomnie (4,22). Des formations existent et il a été montré que la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes est maintenant plus proche des recommandations (12) de la Haute autorité de santé (HAS) (23,24). Cependant la prescription médicamenteuse reste une réponse importante. Selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2008, 9 % de la population française utilisait des médicaments pour dormir (2). Dans un

rapport de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, devenue Agence Nationale de Sécurité du Médicament ó ANSM) paru en 2012, la France était en 2009 le deuxième pays européen le plus consommateur d'hypnotiques (25). Pourtant les risques des traitements hypnotiques type benzodiazépine sont bien connus comme : troubles de la mémoire et du comportement, altération de l'état de conscience et des fonctions psychomotrices, tolérance et dépendance envers le traitement, syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement (25).

Malgré l'importance de ce problème, il n'existe à l'heure actuelle pas d'étude en France ciblant les difficultés ressenties par les médecins généralistes face au patient insomniaque chronique. Seule une étude anglaise a cherché à comprendre l'expérience et les attentes des médecins généralistes et des patients lors d'une consultation pour insomnie (26). Mieux cibler les difficultés ressenties par les médecins généralistes serait une première étape de compréhension avant l'élaboration d'outils adaptés à leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge du patient insomniaque chronique.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les difficultés ressenties par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients souffrant d'insomnie chronique primaire. Les objectifs secondaires sont de percevoir les représentations et les attentes des médecins généralistes autour de la pathologie, de leur pratique et du patient insomniaque.

METHODE

Type de l'étude :

Une étude qualitative a été menée pour répondre à nos objectifs de recherche.

Population étudiée :

Les médecins spécialistes en médecine générale installés dans l'arc alpin français ont été inclus entre janvier et août 2012. Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été défini. Il a été réalisé grâce aux pages jaunes ainsi que par connaissance. Les médecins ont été retenus sur la base du volontariat. Ils ont été contactés par téléphone afin de prendre un rendez-vous pour réaliser une interview en face-à-face dans leur cabinet d'exercice.

Investigatrices et modérateur :

Les deux investigatrices étaient des internes en médecine générale. Le modérateur était une troisième interne en médecine générale indépendante de l'analyse des données. Aucune des trois n'avait de conflit d'intérêt ni n'était particulièrement formées à la gestion de l'insomnie ni exposées à cette problématique.

Recueil des données:

Les médecins généralistes ont été interrogés lors d'entretiens individuels. Les sept premières interviews ont été réalisées par le modérateur en présence de l'une des deux investigatrices afin de pouvoir observer les attitudes non verbales des médecins ainsi que la bonne compréhension du questionnaire. Au cours des entretiens, le modérateur a acquis l'aisance et les compétences nécessaires pour mener l'interview seul. Le logiciel utilisé pour l'enregistrement audio était Audacity®. Les interviews ont été stoppées une fois la saturation des données atteinte. Les interviews n'ont pas été renvoyées aux médecins interrogés et n'ont donc pas été modifiées par la suite.

Guide d'entretien :

Le guide d'entretien était de type semi-structuré et comportait neuf questions correspondant à notre question de recherche [Annexe II]. Il débutait par le cadre de la discussion, après un

rappel sur la définition de l'insomnie chronique primaire et des patients exclus de cette discussion (porteurs d'un syndrome d'apnée du sommeil, de pathologies douloureuses, de pathologies psychiatriques sauf la dépression). Deux études pilotes nous ont conduit à modifier la formulation des questions.

Analyse des données :

Les retranscriptions des interviews [Annexe III] ont été réalisées grâce au logiciel Express Scribe® par l'une des investigatrices, puis réécoutées et relues par l'autre. L'intégralité des verbatims a pu être validée.

Chaque interview a été examinée directement après l'enregistrement. Chaque verbatim a été analysé manuellement par les deux enquêtrices de manière indépendante l'une de l'autre par génération de codes ouverts [Annexe IV]. Ensuite, les analyses ont été mises en commun afin de trianguler les chercheurs sur les codes puis une analyse thématique a été conduite. Les études pilotes ont été incluses dans l'analyse des données. Le logiciel Excel® a été utilisé pour organiser cette analyse thématique. L'ensemble des données ont été sauvegardées et cryptées.

Ethique :

Une information orale a été donnée aux médecins volontaires concernant la finalité de l'étude, l'identité des investigatrices et le caractère non obligatoire de la participation ainsi que des réponses. Le consentement oral de chaque personne interrogée pour la participation à l'étude a été recueilli.

Les données ont été exploitées avec l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) (N° du timbre d'horodatage : 0736157 clé : a5579f4ef2a48113ebbf2de5c4c68ff7).

RESULTATS

Dix-huit médecins généralistes ont été sollicités pour répondre à l'interview. Cinq d'entre eux ont refusés l'entretien. La cause principale de refus était le manque de temps.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés.

Sexe	Femmes		Hommes	
		6		7
Age	Entre 28 et 35 ans	Entre 36 et 50 ans	Plus de 50 ans	
	4	4	5	
Encadrement universitaire	4 étaient maîtres de stage des universités.			
Implantation géographique du cabinet	Milieu rural ou péri-urbain		Milieu urbain	
	4		9	
Secteur conventionnel	Secteur 1		Secteur 2	
	12		1	
Patientèle consultée	Principalement des personnes âgées		Patientèle variée de tous âges	
	4		9	

Tous les médecins interviewés étaient des médecins généralistes installés en exercice libéral et qui réalisaient un suivi chronique de leurs patients. Les départements d'installation étaient l'Aisère, la Savoie et la Haute-Savoie.

Les interviews ont duré entre 11 et 26 minutes.

92 codes ouverts ont été identifiés qui ont été classés en 10 thèmes puis en 5 catégories : les difficultés rencontrées face au problème d'insomnie chronique primaire, la perception par les médecins des motivations des patients à consulter, les causes d'insomnies retenues par les médecins, la démarche thérapeutique et les améliorations possibles pour la prise en charge de l'insomnie.

Les difficultés rencontrées par les médecins face à l'insomnie chronique primaire.

Elles se retrouvaient à tous les niveaux de la prise en charge : diagnostique, thérapeutique, au moment du sevrage médicamenteux, ainsi que dans la prise en charge globale du patient insomniaque chronique.

La première difficulté se rencontrait lors de la démarche diagnostique, notamment au moment du repérage de la plainte dans la consultation.

La plupart des médecins rapportaient que l'insomnie n'était pas le motif principal de consultation. Les patients venaient voir leur médecin pour une autre raison. Cette plainte « insomnie » n'était abordée que dans un deuxième temps. Elle était souvent une plainte secondaire qui ne motivait pas à elle seule une consultation.

« [í] c'est pas le motif principal. Souvent ça vient secondairement, c'est souvent un deuxième motif abordé au cours de la consultation, [í] dans les trois quarts des cas. » (Médecin 10 Question 1)(M10Q1)

Beaucoup de médecins remarquaient que la présentation de la plainte « insomnie » était systématiquement abordée en fin de consultation.

« [í] les patients viennent pour [í] tout autre chose et puis au dernier moment [í] ils disent euh : ah docteur, je dors pas bien. » (M9Q1)

Seuls quelques médecins affirmaient que l'insomnie était évoquée au début de la consultation. En effet, ils avaient pour habitude de demander immédiatement aux patients tous les motifs qui les amenaient à consulter.

La plupart des médecins rencontraient le sujet au moment du renouvellement d'ordonnance, en toute fin de consultation. Cette présentation tardive leur rendait difficile la prise en charge de l'insomnie.

« [í] l'insomnie étant presque [í] le médicament à rajouter à la fin sur la consultation. » (M4Q1)

« C'est souvent [í] à l'occasion d'un renouvellement, ou euh à la fin au moment de l'ordonnance : ah euh, vous prenez toujours ça ? Oui je dors mal. C'est souvent pour ça que les gens viennent. » (M7Q1)

Dans de rares situations, le patient évoquait spontanément son insomnie. La première plainte entendue était la mauvaise qualité de sommeil.

Le médecin recherchait spécifiquement l'insomnie en cas de symptômes dépressifs, d'asthénie ou de stress personnel et professionnel.

« [í] je vais rechercher oui chez un déprimé, un anxieux [í] mais sinon ça va être une plainte du patient de mauvais sommeil, de mauvaise qualité du sommeil, mais pas je vais pas rechercher systématiquement non, sauf pathologie particulière quoi, chez les déments oui on va rechercher, ou chez les dépressifs » (M11Q1)

Cependant la plupart des médecins s'accordaient à identifier le caractère chronique comme un frein à l'évocation du sujet par le patient. Cette insomnie ancienne et enracinée dans la vie des patients n'était plus évoquée au cours des consultations, voire n'était pas évoquée par le patient en cas de changement de médecin traitant. Ceci posait le problème du sous-diagnostic ou le défaut de prise en charge par méconnaissance du trouble. Les praticiens opposaient cette situation aux insomnies aiguës qui étaient aisément mentionnées par le patient grâce au caractère nouveau de la plainte.

« [í] j'ai le sentiment que quand c'est un problème aigu les patients vont plus facilement consulter pour ça, alors que quand c'est un problème chronique [í] souvent ils ne vont pas consulter pour ça et [í] ils ne sont pas dans l'idée qu'on puisse encore faire quelque chose quoi. Ils vivent un peu ça comme une fatalité. » (M1Q2)

Selon les médecins interviewés, les patients négligeaient et banalisaient leur insomnie. Ils ne reconnaissaient pas l'importance des conséquences de leur trouble du sommeil. La situation était vécue comme une fatalité de la part des patients. Ils y étaient habitués et ne pensaient pas pouvoir la changer. L'insomnie était devenue pour les patients la normalité sans qu'ils ne se rendent compte de son impact sur leur qualité de vie.

« [í] ils ont pas conscience vraiment du problème [í] et du retentissement. C'est-à-dire ils se disent : ils ne dorment pas vraiment, ça les embête. Mais ils se rendent pas compte que après derrière c'est un peu [í] leurs journées, enfin, ils fonctionnent plus normalement quoi. C'est-à-dire qu'ils réfléchissent à coté [í] ils se mettent en difficulté sans s'en rendre compte euh,... » (M5Q2)

Quelques médecins donnaient également l'impression de considérer l'insomnie chronique comme un problème secondaire.

« [í] une fois qu'on a passé en revue la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie, la neurologie, et la rhumatologie, c'est vrai que l'insomnie euh paraît euh, [í] enfin, si je dis que c'est secondaire, c'est peut-être méchant mais bon, ça paraît pas être le problème dominant au milieu d'une polypathologie avec une polythérapie quoi. » (M4Q1)

L'insomnie n'était donc pas un symptôme facilement abordé au cours d'une consultation de médecine générale. De plus, le diagnostic de l'insomnie chronique apparaissait particulièrement difficile : différencier « vraie insomnie » et sensation de mauvais sommeil n'était pas aisé. L'insomnie leur était présentée comme une plainte très subjective et donc difficile à appréhender. Fréquemment une discordance entre le ressenti du patient et le diagnostic d'insomnie par le médecin semblait exister : le patient exposait une plainte subjective de mauvaise qualité de sommeil et d'ennui devant la longueur de sa nuit, ce qui ne correspondait pas à la définition de l'insomnie pour les médecins. Rester couché la nuit sans dormir était perçu comme une réelle source d'anxiété. Les patients paraissaient ne pas avoir connaissance des modifications du sommeil avec l'âge. D'ailleurs, de nombreuses personnes âgées formulaient au médecin le souhait de dormir autant que lorsqu'elles étaient jeunes.

« C'est le ressenti pendant l'insomnie, ou ou la non-insomnie parce que quelques fois, on nous dit : je ne dors pas, ça ne va pas bien. Et puis quand on regarde un peu de plus près, on voit bien que le nombre d'heures de sommeil est bon, que il n'y a pas franchement de, d'insomnie quoi. » (M7Q2)

Enfin, les praticiens soulevaient une difficulté à diagnostiquer une dépression ou une autre pathologie sous-jacente au problème d'insomnie comme le syndrome d'apnées du sommeil, le syndrome des jambes sans repos

« [í] ça prend du temps pour faire le point sur euh pourquoi ils ne dorment pas, euh depuis quand ils ne dorment pas, euh comprendre ce qu'il se passe si c'est des insomnies d'endormissement ou des problèmes de maintien du sommeil, [í] rechercher des problèmes de dépression sous-jacents, rechercher toutes les causes secondaires potentielles d'insomnies type apnées syndromes sans repos tout ça » (M11Q1)

De nombreuses difficultés étaient retrouvées dans la prise en charge thérapeutique.

Quelques médecins évoquaient des difficultés à faire des consultations dédiées à l'insomnie. Les consultations en médecine générale étaient considérées par eux comme des consultations multicartes avec plusieurs motifs, à la différence des consultations de spécialiste où les patients ne venaient que pour un seul problème. Ils exprimaient ainsi une difficulté à reconvoquer le patient spécialement pour son problème d'insomnie. Ils avaient l'impression que les patients ne comprendraient pas qu'ils les fassent revenir seulement pour ce trouble.

« [í] j'ai eu l'impression que c'était extrêmement difficile, après [í] une consultation de médecine générale classique, de dire aux gens, je vous fais revenir pour une consultation que pour ça. » (M4Q3)

Cependant, ce frein n'était pas unanimement partagé. Certains s'aidaient d'ailleurs d'outils adaptés de type agenda du sommeil pour encourager le patient à revenir.

« [í] c'est rarement l'objet d'une seule consultation [í], on les reconvoque pour ça [í] en disant qu'on parlera uniquement de ça la prochaine fois » (M9Q1)

« Faire un agenda du sommeil, si c'est possible, c'est-à-dire avant qu'ils reviennent, en me disant quelle partie de la nuit ils dorment pas, [í] ça fait parti de la deuxième consultation en fait. » (M6Q4)

Quelques médecins observaient une trop grande proximité avec le patient, ce qui rendait difficile l'adaptation du traitement à la cause de l'insomnie. En effet, évoquer les causes d'insomnie, notamment l'anxiété et la dépression n'était pas chose facile. Une forme de tabou ou de peur de blesser un patient, qui était plus qu'un simple patient aux yeux des médecins, semblait s'être constituée. La relation thérapeutique semblait être altérée par cette proximité. Pouvoir renvoyer le patient à un professionnel de santé expert, plus neutre, leur était d'une grande aide thérapeutique.

« [í] parfois c'est bien d'avoir quelqu'un de neutre [í] qui peut prendre du recul sur le patient ou... Parfois nous on connaît trop les gens pour leur dire : euh, bah en fait votre insomnie c'est qu'une dépression. Et les gens l'entendent plus facilement quand ça vient de quelqu'un qui a un avis d'expert et qui est plus objectif, qui est plus neutre. » (M3Q7)

Quelques médecins généralistes avouaient la difficulté de ne pas céder à la tentation de prescrire des hypnotiques. En effet, la prescription d'hypnotiques était perçue comme plus

rapide, moins énergivore en comparaison aux autres traitements possibles nécessitant une plus longue explication. Le manque de temps et de motivation étaient à nouveau deux facteurs très retrouvés dans cette difficulté.

« [í] il y a toujours la facilité [í] de rajouter le médicament sur l'ordonnance et je reconnais que, voilà, ça c'est des choses que je fais euh, parce que [í] on n'a plus vraiment le temps et pas vraiment l'envie. » (M1Q4)

« Les difficultés que j'ai, c'est de pas céder à ma propre facilité de prescrire et de represcrire. C'est la principale difficulté qu'on a, parce qu'on a un temps imparti et ça c'est quelque chose qui prend du temps et la facilité c'est toujours de renouveler. Donc on a toujours cette euh, cette difficulté là, [í] c'est de lutter contre soi qui est assez difficile. » (M2Q4)

Une grande pression des patients pour obtenir un traitement médicamenteux était ressentie. La plupart des praticiens notaient que les patients étaient très attachés à leur somnifère et n'étaient pas toujours ouverts à d'autres thérapeutiques. L'objectif premier constaté des patients insomniaques chroniques était l'obtention de leur hypnotique. Refuser cette prescription devant l'insistance des patients était ardu.

« [í] elle est accrochée à son Temesta [í] elle est accrochée à son Temesta et il n'est pas question de lui parler d'autre chose quoi. Tant que je n'aurai pas fait son renouvellement de toute façon elle ne lâchera pas. » (M1Q7)

Souvent les patients consultants étaient en grande souffrance et en demande urgente de traitement. Ils attendaient une prise en charge thérapeutique immédiate et efficace. Ils n'hésitaient à répéter leur demande de prescription d'hypnotique. Les patients désiraient la « pilule miracle ». Ceci était source de grande frustration pour le médecin qui ne pouvait répondre à leur demande.

« On nous reproche de prescrire trop d'anxiolytiques et trop de somnifères, en France, on est sur-consommateur, mais à côté de ça on nous propose pas grand chose d'autre. Et c'est à nous de se dépatouiller avec ça, mais les gens sont en souffrance, et ils attendent de nous une solution, et faut en trouver une vite. ((Rire médecin)). Et c'est pas ((Tremblement de voix)) possible. » (M13Q3)

La majorité des médecins soulignaient la difficulté de trouver des arguments persuasifs pour adapter au mieux le traitement des patients, surtout lorsqu'il s'agissait de mettre en avant les conseils d'hygiène ou les psychothérapies. Convaincre ou accompagner les patients à modifier leur traitement, leurs habitudes de vie ou pour arrêter leur somnifère était chose

délicate, notamment chez les personnes âgées, quelque soit la méthode choisie, directive ou éducative.

« J'arrive pas très souvent à amener le patient dans mon sens pour dire les choses comme elles sont. (M2Q2)

« [í] ils disent qu'ils vont changer [í] mais eux ce qu'ils demandent c'est un médicament pour dormir. Ils ne sont pas forcément prêt à changer leurs habitudes [í] de vie » (M6Q3).

« [í] ils ont tellement peur de [í] retomber dans des trucs graves si ils arrêtent, que c'est difficile de les convaincre d'arrêter » (M13Q6)

Par ailleurs, certains médecins notaient des difficultés d'accès de leurs patients aux spécialistes ou à certains médicaments. Les freins semblaient être liés aux coûts élevés des médicaments et des consultations, ainsi qu'au très long délai d'obtention de rendez-vous. L'éloignement géographique pour aller consulter un spécialiste était aussi un obstacle à la bonne prise en charge. Cette condition renforçait un sentiment d'isolement professionnel.

« Et ça c'est une difficulté l'orientation vers les spécialistes du sommeil ? » Ben ouais, parce qu'il y en a très peu. [í] les listes d'attente sont longues et voilà, les gens ils sont vraiment dans l'attente, et [í] je trouve que [í] nous on est en première ligne et que derrière nous, il y a pas grand monde pour s'occuper de ces gens là quoi » (M13Q3)

Quelques médecins évoquaient un manque d'option thérapeutique. Ils avaient le sentiment de ne pas avoir d'autres choix que la prescription de somnifères face à un patient en grande souffrance. L'hypnotique apparaissait donc comme la seule solution efficace face à cette situation. Aucun autre traitement ne semblait rivaliser avec cette prescription. L'hypnotique était considéré comme le traitement de dernier recours sans autre équivalent thérapeutique.

Les difficultés étaient retrouvées de façon importante dans le sevrage des traitements médicamenteux.

La question du sevrage pouvait être délicate en fonction du type et de la motivation du patient. Certains patients n'étaient pas ouverts d'esprit aux explications sur les effets secondaires des traitements ou sur les autres possibilités thérapeutiques et ne souhaitaient qu'une seule chose : le renouvellement de leur hypnotique. Ce type de patients était hostile à l'initiation d'un sevrage par manque d'écoute ou d'ouverture.

« [í] ça dépend de la motivation, [í] il y a des gens, la seule chose qu'ils veulent à la fin de la consultation c'est qu'on leur renouvelle leur médicament, si on leur parle d'essayer de faire

autrement, ils nous écoutent absolument pas, ils s'en fichent complètement, et ils discuteront jusqu'à ce qu'on leur donne leur médicament. » (M9Q6)

Quelques médecins évoquaient aussi des difficultés de sevrage chez les patients polymédiqués notamment sur le plan psychiatrique. Ils demandaient alors l'avis d'un spécialiste.

La majorité des praticiens reconnaissaient avoir des difficultés face au problème du sevrage des médicaments dues à la durée de consommation. Celles-ci se retrouvaient le plus souvent face aux personnes âgées qui avaient des traitements au long cours depuis de nombreuses années.

« [í] c'est la personne âgée qui a déjà un traitement qui a été instauré, et qui prend un traitement depuis X temps, à sevrer, moi je n'y arrive pas. Les rares fois où j'ai pu, [í] si j'ai pu sevrer aller, 15 % des personnes âgées qui en avaient, c'est le bout du monde. » (M8Q6)

Le frein essentiel au sevrage mis en avant par la plupart des interviewés était la dépendance des patients à leur traitement. Ces derniers présentaient une accoutumance qui était d'autant plus importante qu'ils prenaient leur traitement depuis longtemps. Ils n'hésitaient pas à augmenter les doses dès que le médicament n'était plus efficace.

« Ah bah oui, ça c'est très pénible [les thérapies médicamenteuses au long cours]. Pour faire un sevrage c'est, c'est difficile. [í] c'est difficile parce qu'il y a quand même une accoutumance, et, tout seul euh, on leur dit : vous diminuez ça. Et puis ils reviennent après et disent : oh ben non, j'ai ré-augmenté parce que ça marchait pas quoi. Donc c'est, même si on les voit un peu plus souvent euh, c'est pas facile du tout. » (M7Q5)

D'autres médecins soulignaient que les difficultés de sevrage étaient liées à la peur des patients d'arrêter leur traitement. Ces derniers semblaient effrayés à l'idée de ne pas dormir la nuit en stoppant leur traitement même si celui-ci n'était pas toujours efficace. Ils avaient peur de l'effet rebond de l'insomnie suite à l'arrêt du traitement.

Cette dépendance médicamenteuse et la peur des conséquences de l'arrêt du traitement étaient responsables de la non-adhésion du patient au projet de sevrage thérapeutique.

« [í] ils ont une vraie accoutumance à leurs traitements, et ils ont tellement peur de, de retomber dans des trucs graves si ils arrêtent alors c'est difficile d'essayer de les convaincre d'arrêter quoi. [í] la difficulté elle est pas technique parce que c'est assez facile de diminuer les traitements, ou de les arrêter progressivement, ou n'importe. C'est plutôt que c'est le patient qui ne veut pas. » (M13Q6)

Par ailleurs, un sentiment d'impuissance de la part des praticiens face au sevrage était fortement retrouvé. Ce sentiment était d'autant plus important qu'existaient les difficultés précédemment citées : longue durée de prise du traitement, dépendance, peur du patient et non-adhésion au sevrage.

« [i] pour ceux qui y sont depuis « X » années [sous traitement hypnotique], euh, je ne me vois pas me lancer [i] dans une activité pour [i] essayer de les convaincre enfin, je pense, enfin, j'ai l'impression que je n'y arriverai pas. » (M4Q6)

« [i] on peut évoquer la question du sevrage euh des somnifères, mais on est très souvent face à un mur parce que effectivement s'ils en sont dépendants euh [i], la première chose qu'elles [les personnes âgées] font en entrant au cabinet : Docteur, vous n'oubliez surtout pas mon Stilnox ou mon Imovane sur mon ordonnance hein ? Donc là c'est peine perdue. C'est peine perdue. » (M8Q6)

A la question « quelles solutions apportez-vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ? » la réponse était le plus souvent : « pas de solution ». Le constat d'échec face au sevrage était présent dans la majorité des entretiens. La plupart n'arrivaient pas à sevrer les patients de leur somnifère et se sentaient totalement désarmés et submergés face à ce problème.

« [i] je m'y suis mis hein euh, sérieusement, bon peut-être pas chez ceux qui avaient du Temesta depuis 30 ans hein mais, sur ceux où c'était plus récent, plus jeune, [i] j'ai pas eu l'impression d'avoir des résultats, je dirais que les résultats, ça a été voisin de zéro quoi ! » (M4Q6)

« quelqu'un qui a un somnifère depuis 10, 20 ou 30 ans, on ne va pas l'arrêter, même avec [i] tout ce qu'on peut mettre comme énergie euh, comme discussion et tout, c'est voué à l'échec hein, je pense. » (M4Q9)

« « Quelles solutions apportez-vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ? » Ben pas beaucoup, non, non. C'est clair hein, pas beaucoup. « Pas d'armes. » Non, Je sais pas, je sais pas comment il faut faire. » (M6Q6)

Quelques médecins exprimaient le sentiment d'insatisfaction dans la prise en charge du sevrage. Un sentiment de culpabilité pouvait transparaître dans quelques réponses. Ils avaient la sensation de ne pas prendre en charge correctement le patient.

« [i] on est dans le sentiment de pas faire [i] correctement le, le travail. » (M1Q4)

« « Vous n'êtes pas très satisfait au final ? » Ah bah oui, c'est un peu pénible, [í] c'est un peu dur de dire ça, mais on est le le dealer de la personne âgée, on lui file son hypnotique et puis voilà. » (M8Q6)

« Ça vous satisfait ces solutions ? » Euh, complètement ((Rire médecin)). Euh, non, non. « Pas complètement ? » Non, enfin, oui, [í] enfin, oui parce que c'est la moins pire, mais [í] en fait je me dis que le problème il était à la base, c'est-à-dire en instaurant cette demi-vie longue, et en le renouvelant. Donc c'était ça le, le souci. » (M5Q8)

En outre, des difficultés subjectives étaient ressenties par les médecins à tous les stades de la prise en charge globale du patient insomniaque chronique.

L'exploration et la gestion de la plainte d'insomnie étaient reconnues comme une difficulté de la part des praticiens. Elles leur paraissaient compliquées. Quelques-uns signalaient un manque d'aisance devant ce sujet.

« L'insomnie est-ce que ça vous pose problème ? » Euh, d'emblée oui. ((Rire médecin)). D'emblée oui, parce que je sais que ça va être une consultation compliquée, longue et qui va, qui va devoir sonder euh en profondeur le patient » (M5Q3)

Parfois, un manque de motivation était ressenti. Ces consultations pour insomnie leurs demandaient beaucoup d'énergie et d'investissement du fait d'une plainte complexe générant des consultations longues. De plus, lors de ces consultations ils allaient souvent devoir faire face à un patient insistant et demandeur de somnifères occasionnant une lutte supplémentaire dans le même temps.

« [í] c'est une consultation qui me pose problème parce que je sais que [í] il va falloir du temps, il va falloir de l'énergie, et il va falloir de la patience » (M5Q3)

De même qu'au moment du sevrage, la majorité des praticiens évoquaient un profond sentiment d'impuissance à tous les stades de la prise en charge de la plainte d'insomnie. Ils se sentaient dépités et démunis face à ce sujet. Ils avaient une vision très défaitiste de la prise en charge globale de l'insomnie et ils ne pensaient pas réussir à améliorer la qualité de vie de leurs patients insomniaques. Souvent ils constataient la persistance des insomnies chez leurs patients. Un sentiment d'échec était ainsi fortement ressenti par la plupart des praticiens.

« « *Qu'est ce que vous ressentez face à la plainte d'insomnie des patients ? D'insomnie chronique toujours.* » Un désarroi. *Parce que je sais que je suis pas sûr que je vais être extraordinaire sur le plan prise en charge.* » (M4Q3)

Les médecins liaient ce sentiment d'impuissance au fait que les patients eux-même vivaient avec fatalisme leur insomnie. Les patients vivaient avec leur trouble du sommeil et ne voyaient pas d'autres solutions face à ce problème. Cette sensation d'impuissance et d'échec des médecins se mêlait donc avec celle ressentie par les patients.

« « *On en était à, aux difficultés que vous ressentiez par rapport à cette plainte d'insomnie, vous m'avez dit qu'il y a avait quand même un sentiment de d'impuissance au final,* » Oui [í] *je trouve que les adultes c'est compliqués, [í] j'ai l'impression d'impuissance par rapport à ça. C'est que je trouve que [í] ils ont une longue histoire d'insomnie [í] et on a l'impression [í] qu'ils arrivent déjà eux même dépités quoi et qu'on peut rien pour eux* » (M11Q3)

Quelques médecins mentionnaient un manque de connaissance sur le sujet.

« « *Et euh, au niveau des connaissances ? Par contre ?* » Ben euh, *c'est vrai que moi j'en ai pas beaucoup. Pour moi les troubles du sommeil, c'est vraiment [í] dans le cadre [í] de la dépression, et sinon je sais pas trop. Euh ouais, y'a le syndrome d'apnée du sommeil et, quand j'ai eu passé ces deux causes les plus évidentes pour moi, après c'est assez obscur. ((Rire médecin)). J'avoue.* » (M13Q3)

Cependant, ce manque de connaissance n'était pas ressenti par tous les médecins. Certains estimaient avoir suffisamment d'acquis pour la prise en charge de l'insomnie.

Le manque de temps était une limite dénoncée pour la majorité des médecins. Les consultations d'insomnie étaient vécues comme des consultations longues. L'interrogatoire exhaustif pour comprendre le mécanisme de l'insomnie et la prise en charge thérapeutique demandaient du temps. Les conseils hygiéno-diététiques demandaient notamment beaucoup d'explications. Or les médecins généralistes avaient un temps imparti lors de leurs consultations et ne pouvaient donc pas évoquer le sujet en profondeur.

Cette problématique de temps était liée à celle du revenu car le paiement est effectué à l'acte. Ce manque de temps et le problème de tarification n'encourageaient pas la discussion autour de l'insomnie.

« C'est le manque de temps. Parce que je pense que si on est honnête, qu'on essaie de faire de la bonne médecine, et qu'on est dans le secteur 1, il faut quand même en fin de journée qu'il rentre quelques sous dans la caisse pour payer les charges. » (M4Q3)

Les motivations du patient à consulter pour le motif

« insomnie »

Pour les patients sous somnifères au long cours, le renouvellement de médicament était reconnu par la plupart des médecins comme leur principale motivation à consulter. Les patients n'hésitaient pas à insister lourdement pour obtenir leurs traitements.

« La première motivation c'est pour renouveler leur traitement. Ca c'est vraiment la première de leur motivation. » (M1Q3)

Les patients vierges d'hypnotique sollicitaient souvent les médecins après échec d'une première automédication, le plus souvent par médicaments en vente libre en pharmacie, de type homéopathie ou phytothérapie mais dont l'efficacité était insuffisante pour le patient. Ils arrivaient en consultation avec une demande de traitement plus efficace.

« [í] souvent [í] ils ont essayé de prendre des plantes avant. [í] Souvent ils vont me dire : ah bah je suis passé à la pharmacie ils m'ont donné [í], de l'aubépine ((Rire médecin)) ou de...mais c'est pas miraculeux, ça marche pas, puis ça va toujours aussi mal. « D'accord. » C'est rare de les avoir sur une première consultation. » (M13Q2)

Devant les problèmes relationnels engendrés par l'insomnie chronique, les conjoints pouvaient insister pour que le patient vienne consulter. Chez les enfants insomniaques, les parents les accompagnaient en consultation devant le retentissement qu'avait l'insomnie de leur enfant sur leur vie quotidienne : ils se sentaient épuisés de passer leurs nuits à reconforter leurs enfants.

« [í] c'est souvent le ressenti par rapport à l'entourage, l'irritabilité euh, c'est des patients ouais qui sont en difficulté avec leur entourage sans qu'ils le reconnaissent vraiment » (M5Q2)

Par ailleurs, l'impact de l'insomnie sur la qualité du sommeil était une motivation du patient à demander de l'aide. Il s'agissait de plaintes d'endormissement ou de réveils nocturnes qui gênaient les patients car les nuits leur paraissaient trop longues.

« C'est vraiment l'impact sur la qualité du sommeil. Ils ne se plaignent même pas de leur qualité de vie, ils se plaignent de la longueur de leurs nuits. » (M2Q3)

Ces longues périodes au lit sans dormir étaient imaginées comme génératrices d'angoisse. Les patients s'inquiétant sur leur santé, une anxiété réactionnelle motiverait alors une consultation.

« C'est parce que ça les angoisse d'être réveillé la nuit à mon avis. » (M7Q2)

Le lourd retentissement de l'insomnie chronique sur la vie diurne amenait aussi les patients à venir exprimer cette expérience désagréable. Les troubles du comportement comme l'irritabilité, ou bien les difficultés socioprofessionnelles et personnelles avec des troubles de la concentration et des troubles relationnels étaient constatées.

« [í] quand ils ne dorment pas, ça retentit vraiment sur leur quotidien quoi. Ils deviennent irritables, ils ont du mal à réaliser, à, à travailler. Souvent c'est ça. Et puis euh, ils se sentent épuisés, quoi, très vite. « D'accord. Donc l'impact sur leur travail » ouais, « et sur leur vie, euh, leur vie privée. » Ouais, ouais relationnelle quoi. Forcément quand tu as pas dormi, c'est sûr que c'est plus compliqué de, d'avoir une vie euh, sereine. » (M13Q2)

Enfin, quelques médecins percevaient en consultation la grande souffrance et la détresse de ces patients insomniaques.

Celles-ci étaient responsables d'une demande urgente de prise en charge thérapeutique. Ils réclamaient un traitement efficace rapidement.

« Souvent il veut un traitement. Il s'imagine qu'on a une baguette magique. [í] on sent derrière que il va falloir lui proposer quelque chose d'efficace parce qu'il est un peu à bout de nerf de ne pas avoir dormi pendant longtemps. » (M13Q1)

« [í] mais les gens sont en souffrance, et ils attendent de nous une solution, et faut en trouver une vite. » (M13Q3)

Les causes d'insomnie retenues par les médecins

La cause principale d'insomnie évoquée par l'ensemble des médecins était avant tout les troubles anxio-dépressifs. L'anxiété chronique et le syndrome dépressif étaient pour eux responsables de cette insomnie chronique.

« Bah oui parce que souvent faut essayer de chercher l'origine et euh, on se retrouve fréquemment, moi je dirais que, dans quatre-vingt dix-neuf pour cent des cas, c'est des syndromes dépressifs ou des syndromes anxieux et du coup ben après ça, ça débouche sur [í] plein d'autres soucis. » (M13Q1)

Ensuite, ils retenaient tous les tourments de la vie quotidienne, que ce soit des soucis familiaux, conjugaux, professionnels, financiers ou autres événements marquant de la vie (décès, í). Toutes les préoccupations pouvaient être sources de troubles du sommeil.

« Donc soit c'est vraiment une dépression, soit c'est, ils ont eu des gros soucis, soit financiers, soit familiaux » (M13Q8)

L'insomnie était aussi favorisée par la mauvaise hygiène de vie. Celle-ci était installée depuis longtemps et donc difficile à changer. Il s'agissait de prise d'excitant, d'activité sportive ou audiovisuelle à des horaires inadaptés, de mauvaises habitudes de coucher. Dans certains cas, les rythmes journaliers ne pouvaient être changés du fait des contraintes professionnelles. Parfois, l'environnement était défavorable comme par exemple les ronflements du partenaire.

« [í] tout ce qui est euh mode de vie : les excitants, la consommation d'excitants, [í] le travail sur les écrans tard, euh, les douches que souvent les patients prennent le soir [í] Quoi d'autre euh ? Le fait de manger beaucoup le soir, ou de manger tard ou euh, des choses comme ça » (M5Q8)

D'autre part, quelques médecins mentionnaient comme causes d'insomnies les pathologies somatiques, douloureuses, ou la iatrogénie. En effet, certains troubles métaboliques endocriniens pouvaient être responsables d'insomnie. Un médecin évoquait une patiente ayant des douleurs chroniques de l'épaule l'empêchant de dormir. Et puis quelques traitements médicamenteux étaient connus pour générer des troubles du sommeil, comme par exemple la cortisone.

Pour finir, des médecins indiquaient que l'insomnie pouvait être isolée. Ils n'avaient pas retrouvé d'origine au trouble du sommeil de leurs patients. Il s'agissait donc d'insomnie idiopathique.

La prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique par les médecins généralistes

Les interviewés exposaient les possibilités thérapeutiques qu'ils proposaient en fonction de différents facteurs, ainsi que les solutions au sevrage médicamenteux.

Les options thérapeutiques proposées par les praticiens

Quelques médecins suggéraient la possibilité de détourner le sujet ou d'ignorer la plainte. Mépriser l'insomnie semblait alors être leur solution, tout en reconnaissant la solution inadéquate.

« *« Donc quelles sont les options thérapeutiques que vous pouvez proposer au patient ? »*

[í] le mépris : c'est-à-dire que vous voyez, vous avez des troubles du sommeil, plus on vieillit, moins on va dormir, ça c'est physiologique et euhí Donc on pourrait se dire le mépris. » (M2Q5)

Cependant, la plupart soulignaient l'importance de l'éducation thérapeutique et des explications dans les choix des thérapies. L'intérêt de la discussion et le dialogue entre médecin et patient étaient très largement mis en avant. Ils insistaient sur l'échange, base de la relation médecin-malade, afin d'obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge.

« *Après c'est la discussion qui fait que ben il y a des gens qui réagissent plus ou moins bien à ce que je peux leur proposer, quand on aborde le sujet [í] d'ordre psychologique, [í] c'est [í] un échange, [í] il faut qu'il y ait une adhésion en face. Donc j'aurais beau dire, il y a quelqu'un qui arrive avec des troubles du sommeil, je lui dis : ah bah monsieur il faudra aller voir le psychologue, si je vois qu'il n'y a pas d'adhésion, ça ne sert à rien quoi. Donc c'est en fonction d'un échange. » (M9Q5)*

Concernant les thérapies non médicamenteuses, l'ensemble des médecins recommandaient en priorité les règles hygiéno-diététiques. Tous soumettaient à leurs patients des conseils visant à modifier leur hygiène de vie afin d'améliorer leur qualité de sommeil.

Les techniques de relaxation ou la sophrologie étaient facilement proposées par les médecins. Ces méthodes étaient notamment discutées avec les patients anxieux ou à tendance dépressive. La réflexologie était aussi une solution énumérée dans la prise en charge de l'insomniaque.

« Moi je leur propose surtout [í] la sophrologie, le yoga, éventuellement la réflexologie euh, je peux m'aider des psychologues pas mal chez les adultes et puis chez les adolescents beaucoup aussi » (M11Q4)

La psychothérapie était une des techniques fréquemment utilisée par les généralistes. Celle-ci était suggérée quand un problème de fond était mis en évidence, notamment chez les patients anxio-dépressifs. Dans ces situations, les psychologues étaient des aides précieuses.

« [í] si vraiment je trouve une origine un peu psychologique, je vais les orienter assez facilement vers un psychologue. Pour moi ça c'est primordial. » (M13Q4)

Certains praticiens pouvaient conseiller quelques séances d'hypnose dans les troubles du sommeil. Ceci avait permis de déverrouiller certaines situations en lien avec la peur de ne pas dormir.

L'ostéopathie était une méthode jugée efficace dans l'arsenal thérapeutique plutôt à destination des enfants.

Enfin, aucun des médecins n'évoquait spontanément les thérapies cognitivo-comportementales comme option thérapeutique. Cependant après leur avoir posé la question, quelques praticiens déclaraient utiliser cette technique dans le cadre de l'insomnie chronique. Les autres semblaient la connaître mais ne l'utilisaient pas.

« [í] les thérapies cognitive par exemple, vous, il y avait euh ...? » Non c'est ce que je dis, moi je, enfin moi [í] j'en ai connaissance, je le fais pas, ou alors sans le savoir » (M5Q9)

« [í] je l'ai envoyé [í] chez le Docteur D., et il est venu me remercier de longue date parce que il n'a plus du tout de problème sans thérapeutique, simplement sur du comportementalisme avant l'endormissement. « D'accord, donc des thérapies cognitives ou comportementales « Tout à fait. » (M8Q4)

Concernant les thérapies médicamenteuses, tous les médecins utilisaient en première intention l'homéopathie, la phytothérapie ou les médicaments en vente libre en pharmacie en cas de trouble du sommeil isolé. Même s'ils n'étaient pas tous entièrement convaincus de l'efficacité de ces traitements, il s'agissait de médicaments avec très peu d'effets secondaires, et ils n'hésitaient donc pas à les prescrire.

« [í] si ça n'a pas déjà été fait on peut essayer la phytothérapie euh, parce que le seul risque c'est que ça ne marche pas, mais si ça marche tant mieux. » (M3Q4)

Par contre, quand les médecins retrouvaient une cause sous-jacente, ils ciblaient spécifiquement cette pathologie (prescription d'antidépresseur dans les syndromes dépressifs en lien avec l'insomnie, d'anxiolytique dans les syndromes anxieux, de traitement étiologique en fonction de la cause organique).

Les hypnotiques étaient utilisés lorsqu'ils estimaient ne pas avoir d'autres possibilités thérapeutiques.

Dans de rares circonstances, des neuroleptiques dans des insomnies résistantes ont été utilisés, mais il s'agissait selon eux de situations avec des pathologies psychiatriques associées.

Enfin, la mélatonine a été énumérée dans les possibilités de traitement de l'insomnie. Il s'agissait d'un traitement mis en place par un centre spécialisé du sommeil.

« [í] au centre du sommeil il propose aussi [í] la mélatonine. En tout cas, zéro résultat, sur les insomnies chroniques. Enfin en tout cas, les patients disent zéro résultat, je sais pas hein, je suis pas à leur place, mais ils reviennent en disant : ce qu'on m'a prescrit ça coûte cher et ça marche pas. « C'est pas remboursé ? « Bah c'est pas remboursé, je crois que ça coûte 35 euros pour le mois. » (M6Q4)

Quelques médecins proposaient de revoir les patients afin de rediscuter de leurs problèmes d'insomnie. Pour eux, l'amélioration de la prise en charge de l'insomnie passait par une consultation de suivi entièrement dédiée à ce problème.

« Parfois, [í] juste plusieurs consultations de suivi avec eux pour essayer de voir, de régler le problème, se voir plusieurs fois des fois ça suffit » (M13Q4)

Concernant l'avis d'expert, la plupart des médecins adressaient volontiers leurs patients à des spécialistes (psychiatre, neurologue, pneumologue) quand il s'agissait de syndrome

dépressif, de pathologie psychiatrique chez des patients polymédiqués, ou d'autres causes d'insomnie secondaire.

Le centre du sommeil était un relais apprécié des médecins généralistes pour plusieurs raisons évoquées :

- Il permettait la réalisation d'examen complémentaires type polysomnographie afin d'éliminer les causes d'insomnie secondaire comme l'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos
- Il permettait d'avoir un relais sur cette pathologie, avec des médecins spécialistes uniquement pour le sommeil qui prenaient en charge l'insomnie de façon globale.
- Les patients se sentaient rassurés de voir un spécialiste et mieux écoutés que lors d'une consultation multicarte de médecine générale.
- Le fait d'entendre une nouvelle fois par un spécialiste neutre les causes de leur insomnie renforçait le discours du médecin généraliste. Les patients acceptaient alors mieux certaines causes d'insomnie comme les problèmes anxieux ou dépressifs ce qui améliorait la prise en charge de ces pathologies.
- Il s'agissait d'une aide précieuse lorsque le problème dépassait les connaissances du médecin généraliste ou en cas d'impasse thérapeutique.

« [í] là au moins [avec les centres du sommeil] il peut faire les choses euh complètement. Non non moi je suis très satisfaite de, il faudrait qu'il y en ait même euh plus, mais il est très bien lui alors euh, moi j'aime bien [í]. Et les gens sont contents, [í] ils se sentent épaulés, ils se sentent pris en considération et compris et ils voient qu'il y a quelqu'un qui connaît le sujet correctement quoi, je pense que c'est ça aussi. » (M12Q6)

Les facteurs orientant les choix thérapeutiques des médecins généralistes

Tout d'abord ils étaient retrouvés en fonction des caractéristiques de l'insomnie.

Le type d'insomnie et la cause retrouvée par le médecin étaient pris en compte. En cas de troubles de l'endormissement, les praticiens utilisaient plutôt des « starters » du sommeil comme le Zolpidem ou le Zopiclone. Pour les réveils nocturnes anxieux, les anxiolytiques type Benzodiazépine étaient alors utilisés préférentiellement. Dans les troubles dépressifs, ils prescrivaient des antidépresseurs associés éventuellement à des anxiolytiques. Par ailleurs, si les médecins repéraient une origine psychologique du trouble, ils pouvaient être amenés à

orienter vers un psychologue. S'il existait une mauvaise hygiène de vie, ils n'hésitaient pas à insister sur les règles hygiéno-diététiques. Enfin, s'ils ne repéraient pas de cause et dans les cas d'insomnie résistante, ils orientaient vers des spécialistes du sommeil.

Le choix thérapeutique était orienté par la sévérité de l'insomnie perçue. Lorsque le patient ressentait un retentissement important sur sa vie quotidienne et qu'il exprimait un grand épuisement, les médecins semblaient être plus enclins à prescrire des hypnotiques en association aux règles hygiéno-diététiques. L'impact de l'insomnie sur la qualité de vie des patients était donc un facteur déterminant.

« L'épuisement du patient. [í] ben l'épuisement et la pathologie sous-jacente, enfin mais c'est vrai chez les patients dépressifs euh où on sent qu'ils sont vraiment crevés et à bout, qu'ils en peuvent plus, euh j'aurais peut-être plus facilement tendance à mettre un petit traitement au moins au début de prise en charge pour essayer qu'ils redorment que les autres, en associant aux règles de l'hygiène mais voilà. » (M11Q5)

Ensuite, ils étaient fonction des caractéristiques du patient.

La préférence du patient était un élément décisif dans la prise en charge thérapeutique. L'initiation d'une thérapeutique nécessitant l'accord et l'adhésion du patient, le choix était fait après discussion et échange entre les 2 partis. Il dépendait de l'esprit d'ouverture et de la conviction du patient pour un traitement donné mais aussi de son observance. Les patients souhaitant une solution rapide et efficace se voyaient le plus souvent prescrire un somnifère.

« [í] et puis aussi, euh, de la volonté du patient de, de prendre quelque chose ou pas. Voilà, j'essaie de voir, évidemment si je propose quelque chose, j'aime que le patient il soit observant. Donc je vais essayer de voir un petit peu ce que LUI envisageait et puis ce que MOI je pense faire et d'avoir la meilleure adéquation possible entre des deux. » (M13Q5)

Les propositions thérapeutiques dépendaient aussi des expériences vécues du patient. Les traitements jugés efficaces pouvaient être reconduits.

Les choix thérapeutiques s'adaptait aussi au niveau intellectuel observé : certaines thérapies comme les thérapies cognitivo-comportementales nécessitaient une bonne compréhension du patient pour pouvoir en tirer profit.

« Je pense aussi c'est fonction du niveau [í] intellectuel du patient aussi hein, parce que je pense que les thérapies euh cognitivo-comportementales il faut quand même euh, enfin il faut

pas être benêt pour arriver à tirer profit de ce genre de chose hein. « Il faut être ouvert peut-être ? ...plus ouvert? » Ouvert et puis je pense qu'il faut avoir peut-être un certain, enfin, je sais pas si c'est un certain niveau intellectuel, bon y a peut-être pas besoin d'avoir fait maths sup mais bon, je pense qu'il faut quand même un, un état d'esprit capable [í], d'appréhender ça. » (M4 Annexe)

L'âge jouait aussi dans l'orientation thérapeutique. Il semblait plus difficile de proposer une thérapie cognitivo-comportementale à une personne âgée qui avait une insomnie chronique depuis de nombreuses années plutôt qu'à un jeune adulte. Le métabolisme différent des personnes âgées amenait aussi à des modifications thérapeutiques.

« [í] par exemple on va pas envoyer une personne de 80 ans faire une thérapie cognitivo-comport-, enfin on pourrait peut-être, mais elle est réticente quoi. Un jeune, il est bien d'accord surtout si le centre du sommeil a dit qu'il y avait des troubles anxieux sous-jacents, aller faire quelque chose quoi. [í] ça dépend un petit peu à qui on s'adresse. » (M7Q5)

Enfin, le choix thérapeutique dépendait du médecin.

L'expérience de prescription du médecin était un point important dans cette décision. Les médecins utilisaient préférentiellement des médicaments qu'ils connaissaient bien et qu'ils avaient l'habitude de prescrire. Ils ne s'aventuraient pas dans des thérapies qu'ils ne maîtrisaient pas. La pharmacodynamie du médicament pouvait aussi orienter leur choix.

« [í] de toute façon, moi je ne vais pas tester des médicaments que je ne connais pas donc, ((Rire médecin)), je m'appuie sur ceux que j'ai déjà utilisés grosso modo voilà. » (M13Q5)

La prise en charge thérapeutique se faisait de manière progressive. L'ensemble des praticiens exprimaient la notion d'escalade thérapeutique avec initialement la prescription du moins de médicaments possibles. Ils insistaient avant tout sur la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, à savoir les conseils hygiéno-diététique, la relaxation, sophrologie, psychothérapie, hypnose. Concernant la prise en charge médicamenteuse, ils utilisaient toujours en première intention les thérapies jugées les plus sûres comme l'homéopathie et la phytothérapie avant d'accéder à des thérapies plus efficaces, mais ayant des effets secondaires plus importants comme les antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques. Dans les situations d'impasse thérapeutique ou devant des traitements médicamenteux trop nombreux, ils orientaient alors vers des spécialistes du sommeil.

« [í] je commence toujours par euh, le b.a.-ba : donc plutôt phytothérapie, magnésium, comportement. Si échec, après je suis plus sur euh, en fonction du contexte, un starter du sommeil plutôt qu'un somnifère, comme le Stilnox, et dans de très très rares cas, je passe aux somnifères. » (M8Q5)

A chaque étape de l'escalade thérapeutique, les médecins se posaient la question du rapport bénéfice/risque du traitement. Concernant la prescription d'hypnotiques, certains trouvaient qu'il y avait un bénéfice de la prescription plus important sur la qualité de vie des patients insomniaques chroniques que les potentiels effets secondaires induits par ces médicaments au long court.

« « Ça vous satisfait ? » Euh, est ce que ça me satisfait ? (2.0). ((Bruit de bouche. Soupir.)) (10.0) « Elle vous embête cette question ? » Ouais, est ce que, je vais euh, j'allais dire la question ça va être juste de dire est ce qu'on fait tout bien pour eux ? Le problème c'est que c'est tellement confortable pour eux. Euh, est ce qu'il faut qu'on se rende coupable de les rendre confortables mais potentiellement d'induire des risques et des troubles ? J'en suis satisfait. Je vais être obligé de dire ça. » (M2Q7)

Les médecins n'évoquaient pas spontanément l'influence des recommandations sur le choix de leurs prescriptions. Pour eux, elles ne semblaient pas en avoir. Lorsque la question leur était posée, ils avouaient ne pas avoir connaissance de ces recommandations. Cependant, certaines règles étaient tout de même respectées, notamment la prescription courte des hypnotiques.

« Ben honnêtement je n'ai pas regardé les recommandations. « D'accord ». Oh, si ce n'est que je pense qu'il faut quand même que ce soit, faudrait que ce soit des traitements courts mais bon, là on est dans l'insomnie chronique et généralement c'est des patients qui vont déjà largement déborder les recommandations. » (M1Q6)

Les solutions au sevrage thérapeutique

A nouveau le dialogue et l'écoute du patient au sujet du sevrage thérapeutique semblaient indispensables aux yeux de la plupart des praticiens. Ils insistaient sur l'importance de préserver la relation médecin/malade et de proposer un accompagnement au sevrage. Cet échange nécessitait plusieurs consultations et il ne fallait surtout pas brusquer les patients et risquer de perdre la relation de confiance. Le sevrage nécessitait une grande motivation et une adhésion du patient afin d'atteindre cet objectif.

« [í] je cherche à ce qu'il adhère à la proposition, ça ne sert à rien qu'il, qu'il s'enfuit. Déjà le but c'est d'y arriver. Donc j'essaie de le convaincre que c'est bon pour lui, que [...] c'est un cache misère, oui que le médicament il l'aide mais c'est comme une béquille, qu'à un moment donné il faudra bien s'en passer. Donc euh:::, peut-être qu'ils sont très efficaces, mais c'est pas dénué d'effets secondaires, que pour l'instant, il ne voit que les bénéfiques, mais il y a un jour ou il y aura sûrement des gros [í] effets secondaires et qu'il faut peut-être anticiper un petit peu. Ben j'essaie plutôt que le patient adhère » (M13Q6)

La plupart des médecins conseillaient un arrêt progressif, en douceur des somnifères. L'arrêt brutal pouvait entraîner un syndrome de sevrage d'autant plus important que les patients avaient leurs traitements depuis longtemps.

« [í] quand ils en sont au stade chronique j'essaie de refaire le point et puis voir si on peut pas un peu diminuer progressivement parce que en général de toute façon ils le disent eux même que ça leur fait plus d'effet donc. « Donc ils acceptent facilement ? » Oui oui ils sont pas contre, ouais. Ils sont pas contre, on y va doucement, mais sûrement í » (M11Q6)

Les conseils d'hygiène de vie étaient encore une fois un point important dans la prise en charge du sevrage médicamenteux. Les médecins n'hésitaient pas à répéter et réexpliquer les règles hygiéno-diététiques à cette occasion.

Certains médecins proposaient une substitution thérapeutique pour aider au sevrage. Par exemple, il était possible de changer les traitements par Benzodiazépines à demi-vie longue pour des Benzodiazépines à demi-vie courte. En cas d'arrêt des hypnotiques, les médecins pouvaient proposer d'autres solutions plus « douces » type homéopathie, phytothérapie ou psychothérapie. Un des médecins évoquait la thérapie cognitivo-comportementale comme alternative thérapeutique à l'arrêt des Benzodiazépines.

La plupart des médecins référaient fréquemment leurs patients sous traitement médicamenteux au long cours aux spécialistes du sommeil. En effet, le sevrage médicamenteux était une vraie difficulté pour la majorité d'entre eux. Certains médecins trouvaient une aide précieuse dans ces centres du sommeil mais tous n'étaient pas convaincus des résultats obtenus sur la problématique du sevrage.

« [í] un médecin du sommeil c'est bien. Dr D.. On est bien content de l'avoir sous la main. Même pour les arrêts euh, moi j'ai eu à faire à, à lui et puis il a été [í] bien efficace sur les

arrêts [í] d'hypnotiques [í] que j'avais pas initié, sur des patients que j'ai eu en cours de route ou euh, et qui avaient des, des hypnotiques depuis des années » (M12Q3)

Dans tous les cas, ces difficultés de sevrage avaient un réel retentissement sur la façon de prescrire des médecins généralistes. Les praticiens déclaraient ne faire, dans la mesure du possible, que des prescriptions courtes afin de ne pas se retrouver dans cette situation délicate. « *Oh j'évite, au maximum. Je mets, si j'en mets, [í] ça sera du zolpidem ou du zopiclone mais le plus court possible et je leur dit que c'est parce que vraiment pour essayer de engranger quelque chose et en un mois on a arrêté le traitement, que c'est hors de question qu'il le garde tout le temps quoi.* » (M11Q4)

Certains évitaient même d'instaurer les traitements hypnotiques.

« [í] la seule façon qu'on aurait, enfin, pour moi hein de travailler sur l'hypnotique au long cours chez la personne âgée, enfin pour moi, c'est de ne pas en administrer. » (M8Q6)

Les améliorations possibles pour la prise en charge de l'insomnie

Bien que la plupart des médecins généralistes travaillant avec les spécialistes du sommeil étaient satisfaits de la prise en charge de leurs patients, certains avaient l'impression que leurs conseils n'étaient pas applicables à la pratique quotidienne de la médecine générale ambulatoire. Cette même impression était retrouvée vis-à-vis des formations existantes et des recommandations. Quelques médecins montraient un sentiment d'insatisfaction et de déception suite à ces formations et/ou conseils d'experts. Le format des recommandations n'était pas adapté aux besoins des médecins : elles étaient jugées trop longues, pas assez synthétiques, et les médecins manquaient de temps pour les lire.

« [í] j'avais l'impression que c'était fabuleux quand on faisait le séminaire, que là on allait résoudre tous les problèmes d'insomnie ou 90% et puis une fois qu'on est sur le terrain là, on se rend compte que bon ben, c'est moins évident hein. » (M4Q3)

« [í] par exemple on attendait beaucoup du centre santé/sommeil en fait mais finalement ((rire médecin)), je suis un peu déçue quoi. Parce que finalement [í] ils nous disent voilà : thérapies comportementales, ça on savait qu'il fallait le faire, euh, mais ils nous donnent pas de solutions, alors il y en a peut être pas hein, voilà, j'en sais rien. Nul n'a la science infuse

mais voilà. On pensait que ça allait nous apporter un peu plus ce genre de, de centre quoi. Alors ça permet de déléguer, de dire la même chose que nous, mais finalement après, au niveau du traitement, on est un peu livré à nous même. Voilà. » (M6Q9)

Pourtant, à la question « comment peut-on améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques », la plupart des médecins répondaient que la formation des médecins était une piste intéressante de travail.

Plusieurs types de formations avaient été suggérés par les praticiens. Il s'agissait avant tout des Formations Médicales Continues sur deux jours, rémunérées, qui permettaient aux praticiens de prendre le temps de discuter d'une seule pathologie, ainsi que d'appréhender la façon de faire de leurs collègues sur le sujet. Par contre, les avis des médecins étaient très partagés concernant la formation grâce aux groupes de pairs.

Par ailleurs, d'autres proposaient une formation par la littérature au travers de « fiches conseils » courtes à destination des médecins ; celles-ci devant être synthétiques pour permettre aux médecins une lecture rapide.

Un médecin suggérait de faire des « fiches d'information patient », destinées aux insomniaques, permettant d'avoir un support écrit sur les points importants de leur pathologie et de leur prise en charge. Cet outil permettrait une relecture à distance de la consultation pour mieux intégrer les éléments discutés.

« [í] les feuilles à donner aux patients avec [í] les effets à long terme,[í], même après avoir expliqué après une consultation, je me souviens qu'en fonction [í] du niveau socioculturel etc., ça pouvait avoir une grosse incidence ; et de savoir les choses et de les avoir vu écrites etc., ça peut avoir un intérêt. Donc les fiches [í] sur les effets à long terme, les différents médicaments... « Des fiches pour le patient ». Ouais. » (M2Q8)

Quelques médecins semblaient intéressés par des techniques d'éducation du patient au sujet de l'insomnie chronique.

« [í] ce qui est intéressant, [...] c'est plus une formation, c'est-à-dire que maintenant on est plus dans les, c'est plus un problème d'éducation des patients donc ça fait appel aux techniques de, d'éducation des patients et c'est beaucoup plus interactif et beaucoup plus en rapport avec l'EBM. » (M5Q7)

Concernant les thèmes des formations, quelques médecins étaient demandeurs de conseils personnalisés et adaptés à chaque patient, notamment sur les règles hygiéno-diététiques sous la forme de revue de cas cliniques. Ils étaient en recherche d'arguments persuasifs pour

orienter les patients dans le sens qui leur semblait être le meilleur. Un des médecins souhaitait avoir des pistes pour prendre en charge rapidement et efficacement l'insomnie chronique des patients en grande souffrance. Enfin, un autre était intéressé par des conseils sur la prise en charge des sevrages en somnifères.

Cependant, l'intérêt de la formation pour améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques est à nuancer : quelques médecins ne ressentaient pas de besoin pour des recommandations ou des formations. Ces médecins considéraient ne pas manquer de connaissances sur le sujet et ne voyaient pas ce qu'une formation sur l'insomnie pouvait leur apporter.

Une autre possibilité d'amélioration de prise en charge de l'insomnie était suggérée par un des médecins qui pensait pouvoir diminuer la prescription de hypnotique en ne administrant qu'aux patients insomniaques chroniques ayant un retentissement diurne.

*« [í] s'il y avait que ceux qui ont un retentissement dans la journée qui avaient des médicaments, ben je pense qu'on pourrait diminuer par dix la prescription à mon avis. »
(M2Q6)*

Développer l'accessibilité des spécialistes du sommeil tant sur le plan de la répartition géographique que sur les délais de consultation était aussi une solution évoquée. Comme expliqué plus haut, une des difficultés des médecins était l'accès aux spécialistes de part leurs délai de rendez-vous et leur éloignement géographique. Ils suggéraient une augmentation du nombre des spécialistes du sommeil qui permettrait une amélioration de la prise en charge de cette pathologie et de la qualité de vie de ces patients.

*« [í] plutôt des conseils ou un centre [í] où vraiment ils sont pris en charge globalement,[...] je sais pas si une antenne centralisée par exemple, parce qu'on est à F., donc à trente kilomètres d'ici, je suis pas sûr que les gens soient assez motivés vu qu'ils négligent un petit peu le problème pour aller jusque là-bas, être pris en charge dans un centre, retourner un mois après, [...] je suis pas sûr que ça les perturbe à ce point là, à part certains, les personnes âgées je pense ne le feront pas déjà, « Ouais, » donc comme souvent ça concerne ces personnes là, euh, donc peut-être par un centre euh pour le sommeil.... »
(M10Q5)*

Enfin, une piste partait du constat que pour la plupart des médecins, le manque de temps était une difficulté majeure à la prise en charge de l'insomnie chronique. Beaucoup de médecins

répondaient que pouvoir prendre du temps améliorerait la qualité de vie de ces patients insomniaques. Or ce temps n'était pas forcément pris, du fait du paiement à l'acte des consultations. Un des praticiens suggérait l'idée de la création par la sécurité sociale d'une cotation spéciale qui revaloriserait les consultations longues de type prévention ou d'éducation thérapeutique.

« Bah que le temps de consultation soit pris en compte, par la sécurité sociale ? Par la sécurité sociale parce que c'est des consultations qui sont, les consultations de sommeil c'est hyper long. « Ça prend combien de temps ? » Trois quarts d'heure facile donc si on fait que ça quoi. Donc le temps de voir ce qu'il se passe dans la journée, comment ils dorment, l'agenda du sommeil, euh faire le point sur les dépressions et tout ça prend facile trois quarts d'heure donc euh... « Pouvoir coter les consultations ? » pouvoir coter ouais : consultations ouais longues. » (M9Q7)

« « Donc euh principalement oui, de l'aide prendre du temps euh ? » Euh oui, moi je dirais que c'est comme toutes ces consultations où on fait du préventif, [i] enfin c'est des consultations qui prennent énormément de temps et elles sont pas cotées, voilà. » (M11Q9)

DISCUSSION

1) Les résultats

Une des difficultés récurrentes signalée est le manque de temps. L'insomnie étant abordée en fin de consultation ou au moment du renouvellement d'ordonnance, le temps devient compté pour sa prise en charge spécifique. Ce manque de temps peut expliquer, en réponse, la prescription de traitement médicamenteux par certains médecins généralistes. En effet, la prescription d'un somnifère demande seulement quelques secondes, alors qu'une à plusieurs consultations sont nécessaires quand il faut aborder et expliquer les règles hygiéno-diététiques ou faire une prise en charge psychologique.

Le problème financier engendré par ces consultations longues non reconnues par la sécurité sociale est soulevé. Une solution serait de proposer une cotation spécifique consultation longue durée, dédiée à l'insomnie ou incluant d'autres prises en charge spécifiques (psychothérapie). Cette démarche a déjà été adoptée dans le diagnostic de la maladie dépressive à l'aide d'échelles validées ou de la « visite longue » créée en 2012 pour valoriser les efforts du maintien à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées.

Cette reconnaissance du temps de consultation nécessaire dans l'insomnie semble être un préalable à la modification du comportement professionnel. Les médecins seraient encouragés à y consacrer le temps nécessaire et à reconvoquer les patients pour ces consultations dédiées.

Certains des médecins interviewés reconnaissent manquer de connaissances sur le sujet. Est-ce par manque de formation initiale ? Est-ce un manque de temps (quelques médecins signalent ne pas avoir le temps de lire les recommandations ou d'aller aux formations) ? Est-ce un désintéressement sur le sujet ? Est-ce une difficulté d'accès aux formations existantes sur l'insomnie ? Par ailleurs la médecine générale étant pluridisciplinaire le médecin ne peut pas aller à toutes les formations existantes et doit cibler les formations auxquelles il souhaite aller. De fait, par la multiplicité des connaissances et formations disponibles (27), d'autres sujets sont délaissés.

Pour autant, dans de nombreuses autres études (28,29) concernant une thématique spécifiquement ciblée, le médecin généraliste interrogé signale très fréquemment la limitation des savoirs théoriques, alors que les compétences font appel à un savoir pratique professionnel contextualisé. Le manque de savoirs est-il en lien avec une limite de compétences ?

Certains médecins généralistes disent ne pas avoir lu les recommandations, or on peut constater que la plupart d'entre eux en connaissent les bases. Ils ont donc accès à l'information autrement, d'une manière inconsciente et plus implicite, ce qui pourrait être responsable d'une sous-estimation des connaissances acquises.

Malgré ce sentiment de manquer de connaissances, la plupart des médecins généralistes s'accordent sur le fait que les recommandations, les formations ou les conseils d'experts ne sont pas adaptés à leur pratique quotidienne. Cette notion était d'ailleurs retrouvée de façon générale dans une étude de 2009 sur la formation des médecins généralistes (30). Pourquoi est-ce si difficilement applicable ? Est-ce par refus ou difficulté du patient de changer ses habitudes de vie ? Les formations sont-elles adaptées aux attentes et aux difficultés que rencontrent les médecins généralistes ?

Certains médecins reconnaissent cependant qu'une formation leur serait utile.

Une étude en 2010 a montré que la participation à une Formation Médicale Continue (FMC) sur l'insomnie est associée à un comportement déclaré des médecins généralistes plus conforme aux référentiels de la Haute Autorité de Santé (12,23). Cependant, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la réévaluation du traitement hypnotique et le succès du sevrage d'un hypnotique, ce qui montre la nécessité de créer des formations adaptées aux médecins généralistes, et notamment sur la prise en charge du sevrage d'hypnotiques, qui était d'ailleurs une difficulté largement évoquée dans notre travail.

Par ailleurs, l'intérêt d'une formation des médecins généralistes à l'éducation thérapeutique du patient sur ses troubles du sommeil est souligné par un des médecins. En effet, ce procédé a démontré une efficacité dans bon nombre de pathologies chroniques (31). Développer cette technique dont l'efficacité a également été montrée dans la prise en charge de l'insomnie en médecine générale (32,33) pourrait donc être une piste pour améliorer la prise en charge des patients insomniaques chroniques.

Un des médecins suggère de faire des fiches informations patients sur le thème de l'insomnie chronique. De telles fiches ont en effet un impact sur la compréhension et la satisfaction des patients (34) et peuvent entraîner une amélioration de leur comportement et de leurs connaissances sur la pathologie (35). Il serait intéressant de tester une fiche qui a été créée pour l'insomnie (36) afin de vérifier l'impact qu'elle peut réellement avoir sur cette pathologie.

Certains médecins observent avoir une trop grande proximité avec leurs patients car ils les connaissent depuis plusieurs années. Cette proximité peut être un obstacle car il est difficile alors de faire accepter à son patient certaines causes d'insomnie comme l'anxiété ou la dépression. Une personne extérieure, comme le médecin du sommeil, moins proche du patient, pourrait être mieux entendue par le patient. Il pourrait confirmer le diagnostic du médecin généraliste, par sa « neutralité » et son expertise pouvant passer par la réalisation d'examen complémentaires tels que des enregistrements du sommeil. On peut également se demander si le patient ne fera pas plus confiance à un « spécialiste » sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

Pour palier à ces difficultés de proximité avec le patient et de manque de connaissances plusieurs médecins réfèrent leurs patients aux spécialistes du sommeil. Ils se trouvent alors devant une nouvelle difficulté : l'accès aux spécialistes n'est pas toujours facile du fait des délais, des coûts des consultations et parfois de l'éloignement géographique. Y a-t-il assez de spécialistes du sommeil pour le nombre de patients insomniaques ? A quel point les patients sont-ils gênés par leur insomnie ? Devant ce sentiment de « fatalité » de l'insomnie, les patients sont-ils prêts à faire des dépenses onéreuses en temps et en argent afin de consulter un centre du sommeil souvent loin de chez eux ?

Du point de vue des médecins généralistes interrogés, l'insomnie chronique semble être perçue comme un motif de consultation secondaire. Elle ne motive pas à elle seule une consultation, voire elle n'est pas du tout abordée par le patient, contrairement aux insomnies aiguës. Par ailleurs, si elle est signalée, l'insomnie est souvent évoquée en fin de consultation ou au moment du renouvellement d'ordonnance.

Souvent les patients ne paraissent pas reconnaître l'importance de l'insomnie et de ses retentissements. Certains médecins reconnaissent considérer l'insomnie comme quelque chose de secondaire après avoir passé en revue toutes les pathologies d'organes dans un contexte de polyopathie.

Ces constatations soulèvent plusieurs problèmes : l'approche par organe est-elle suffisante pour identifier des difficultés non-organiques comme l'insomnie ? L'insomnie chronique est-elle vécue et ressentie comme une pathologie sans recours par le patient ? Ou alors fait-elle partie d'une « banalité » dans la vie des gens ? Ce problème est-il devenu secondaire parce que les patients n'ont pas trouvé de réponse auprès de leur médecin et essaient donc de vivre avec ce problème ? Ou bien est-ce une difficulté d'admettre une dépendance à la molécule hypnotique ?

Plusieurs médecins se sentent eux-mêmes impuissants et ressentent un sentiment d'échec face au problème de l'insomnie chronique et du sevrage médicamenteux. Ce sentiment est-il lié au fatalisme présenté par les patients ? Quelques médecins disent utiliser le mépris comme option thérapeutique. Après avoir constaté des échecs répétitifs chez leurs patients, présenteraient-ils un manque de motivation ou une attitude masquant un dépit, reflet d'un sentiment d'impuissance et de fatalité ?

Le médecin généraliste peut-il être perçu dans ce contexte comme un recours compétent face au problème de l'insomnie chronique ?

Quelques médecins ressentent un manque d'option thérapeutique. On est en droit de se demander s'il s'agit d'un manque réel d'options, ou alors si dans le panel des options possibles, ils sont limités dans leurs choix.

Comme vu précédemment, le manque de temps peut orienter vers des options thérapeutiques demandant moins d'explications, et la difficulté d'accès aux spécialistes freiner certains patients ou médecins.

La réponse médicamenteuse semble être la seule solution face à la pression du patient et la demande urgente de résultats qui sont ressenties. La demande urgente de traitement efficace et le renouvellement d'hypnotique sont d'ailleurs perçus comme les deux grandes motivations des patients venus les consulter.

Les thérapies cognitivo-comportementales (contrôle du stimulus, restriction de sommeil, thérapies cognitives et techniques de relaxation) semblent être mal connues des médecins généralistes et peu pratiquées. Aucun d'entre eux n'aborde spontanément cette option sans induction d'une réponse par le modérateur. Les conseils d'hygiène de sommeil sont par contre très utilisés par les médecins.

Par ailleurs, les médecins ressentent des barrières auprès de beaucoup de patients qui ont du mal à changer leurs traitements ou leur mode de vie. Malgré les explications déployées par le soignant, les patients restent anxieux à l'idée d'arrêter un traitement.

Le sevrage en hypnotique reste un problème pour la plupart des médecins généralistes. Les principales difficultés sont liées à l'ancienneté de la prise, à la dépendance vis-à-vis des traitements médicamenteux et aux résistances des patients à changer de thérapeutique ou de mode de vie.

Pourtant la plupart des médecins généralistes disent instaurer peu de traitements médicamenteux dans l'insomnie chronique. Quand ils en instaurent, c'est souvent pour une courte durée, après avoir essayé d'autres thérapeutiques et après avoir discuté longuement avec le patient des conseils d'hygiène de vie notamment. Ont été nommés des traitements homéopathiques, phytothérapeutiques, psychothérapeutiques, d'hypnose et de relaxation. Pourquoi tant de patients sont-ils sous traitement pour dormir ? Ces constatations sont contradictoires avec le rapport de l'AFSSAPS (25) : les primo-prescriptions de benzodiazépines à visée hypnotique sont établies par des médecins libéraux dans 89.5% des cas. Ces prescripteurs libéraux sont des médecins généralistes dans la presque totalité des cas (plus de 94 %).

Les médecins hésitent à reconvoquer leurs patients uniquement pour le problème d'insomnie. Cette difficulté peut avoir ses racines dans une angoisse de performance, où la plainte doit être résolue pendant la consultation. La prescription du médicament peut être vécue comme la solution, immédiate et appropriée, apportée à la plainte. La consultation habituelle du médecin généraliste se compose en moyenne de 2,18 motifs de consultations (37) avec une durée moyenne de 18 minutes (38). Aussi, le temps consacré à chaque motif est faible. Dans ce contexte, une solution rapide, incisive, faible consommatrice d'énergie psychique peut être vue comme la réponse sur le moment.

La difficulté de reconvoquer les patients peut aussi trouver son origine dans le système même de la tarification à l'activité. Dans le monde libéral, le praticien est rémunéré sur ce mode suite à la demande formulée par le patient. L'un des fantasmes pourrait être de penser que la rémunération n'est pas due si le médecin ne répond pas à la demande du patient, et donc s'il ne prescrit pas de traitement en échange.

Une autre origine pourrait être une relation taboue voire conflictuelle entre l'argent et le soignant. Comment puis-je accepter de l'argent d'une personne, alors même que ma relation est centrée sur le corps, centrée sur l'humain, au-dessus d'une relation matérielle ?

Le concept de reconvoquer les patients, de programmer des consultations sur une thématique donnée représente un changement radical de paradigme, au sens épistémologique. En effet, d'une philosophie d'actes immédiats, ici et maintenant, en retour à une demande naît le courant de planification chronologique des soins hiérarchisés par le soignant. D'ici en

découlent les techniques d'entretiens motivationnels, de thérapies cognitivo-comportementales, de programmes d'éducation thérapeutique.

2) Discussion sur la méthode

a. Choix de la méthode (39643)

Nous avons choisi une méthode qualitative pour mener cette étude car elle était la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche : quelles sont les difficultés ressenties des médecins face à l'insomnie chronique primaire ? En effet, la recherche qualitative nous permet d'explorer des phénomènes complexes dans leur milieu naturel. Cette méthode a une approche compréhensive, elle permet d'étudier et d'expliquer les décalages entre référentiels et pratique médicale. Elle permet aussi d'explorer les émotions, le comportement et les expériences personnelles. Il s'agit d'un raisonnement inductif dont l'objectif est de créer de nouvelles idées. Ce raisonnement est complémentaire du raisonnement déductif que l'on retrouve à travers les recherches quantitatives qui vérifient statistiquement les hypothèses.

b. Forces et faiblesses de cette étude qualitative

❖ La définition de l'insomnie

Chaque interview débutait par le rappel de la définition de l'insomnie chronique primaire (ICP) : difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou réveil précoce, ayant des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, plus de trois nuits par semaine, pendant plus d'un mois. On avait exclu d'aborder les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, les pathologies psychiatriques sauf la dépression. Cette définition a été établie grâce à la classification ICSD-2 et celle du DSM 4 [Annexe I]. La dépression a été volontairement incluse dans notre définition car elle est liée à l'insomnie par une relation bidirectionnelle. L'un est un facteur de risque de l'autre et inversement (44,45).

Il existe de multiples définitions de l'insomnie. Nous aurions pu utiliser une seule de ces classifications pour simplifier la comparaison aux autres études.

❖ L'échantillon

L'échantillon a été constitué grâce au réseau de connaissances et aux pages jaunes afin de favoriser une grande variabilité et d'être le plus représentatif des médecins généralistes en exercice. On peut donc penser que nos résultats seront exhaustifs. Cependant les médecins ayant répondu au guide d'entretien restent volontaires. Cinq médecins ont refusé l'interview, prétextant un manque de temps. Il reste malgré tout difficile de savoir s'il ne s'agissait pas également d'un manque de connaissance ou d'implication sur ce sujet. La recherche a été limitée à l'arc alpin pour une question de facilité de déplacement du modérateur.

❖ Les entretiens

Les données ont été recueillies au cabinet du médecin lors d'un rendez-vous dédié à l'entretien. Les médecins ont donc eu le temps nécessaire pour répondre aux questions.

Les interviews ont été réalisées par un modérateur extérieur à l'analyse des données pour limiter au maximum l'influence des réponses. Toutefois certaines questions ont été posées de manière involontaire et ont pu orienter les médecins interviewés.

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle pour faciliter les révélations, l'expression des ressentis intimes au sujet des difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insomnie sans risquer le jugement des confrères. Les premières interviews ont été réalisées par le modérateur accompagné d'un des investigateurs pour vérifier la bonne compréhension du questionnaire, puis par le modérateur seul afin de favoriser la relation de confiance entre le modérateur et l'interviewé.

❖ L'analyse des données

Le principe de triangulation des chercheurs a été respecté pour limiter au maximum le biais d'interprétation des résultats lié à la subjectivité et pour éviter des omissions dans l'analyse des données. Les analyses ont d'abord été effectuées de manière indépendante afin de dégager les codes ouverts. La mise en commun de ces codes a permis des échanges entre les 2 chercheurs en cas de discordance d'analyse afin d'aboutir à un consensus.

La triangulation des sources ou des méthodes est un procédé qui permet d'augmenter la force d'une étude et donc d'améliorer la qualité. Ce procédé consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple: entretiens et observations) ou d'au moins deux sources de données (exemple: entretiens avec

des étudiants et des enseignants). La triangulation des méthodes n'a pas été effectuée dans le but de favoriser la relation de confiance entre le modérateur et le médecin.

Nous n'avons pas renvoyé les résultats aux médecins, nous ne pouvons donc savoir s'ils étaient d'accord avec l'interprétation des résultats.

❖ Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré de façon semi-structurée pour favoriser le dialogue et l'émergence des ressentis profonds des interviewés. Il a été amélioré au fil des entretiens en fonction de la compréhension des questions par les praticiens et l'émergence d'idées pertinentes.

Une question concernant les connaissances des médecins généralistes sur les comorbidités de l'insomnie aurait pu être abordée. Celles-ci sont nombreuses et dans l'objectif de créer à long terme une formation adaptée aux médecins généralistes, il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes ont conscience de ces comorbidités et la façon dont ils les prennent en charge.

Par ailleurs, concernant l'amélioration de la prise en charge, une question sur le type de formation et sur les thèmes qui intéresseraient les médecins généralistes aurait pu être intéressante afin de créer un outil le plus adapté possible aux attentes des médecins.

3) Comparaison à la littérature

Nous n'avons pas retrouvé à ce jour d'articles ciblant les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des insomnies chroniques primaires.

Cependant d'après une enquête menée par la Gallup Organisation aux Etats Unis (6), 69% des patients souffrant de troubles du sommeil n'en ont jamais parlé à leur médecin, 26% en ont parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5% ont consulté spécifiquement leur médecin traitant pour évoquer leurs troubles du sommeil. En 2005, une étude réalisée auprès de 8000 médecins généralistes (7) révélait que seul 30% des patients insomniaques consultaient spécifiquement pour ce problème. Selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2012 (2) moins d'un tiers des personnes manifestant une insomnie chronique avec répercussion diurne (ICPD) avaient consulté pour ce problème.

Ceci confirme certaines des difficultés abordées par les médecins généralistes au cours de notre étude : le problème de l'insomnie n'est pas abordé par le patient, et lorsque le sujet de

l'insomnie est abordé, c'est au cours d'une consultation pour d'autres motifs. Il pourrait donc être intéressant de développer des campagnes de sensibilisation à l'insomnie, pour que les patients soient plus au fait des comorbidités de l'insomnie et qu'ils n'hésitent plus à en parler à leur médecin généraliste.

Par ailleurs, d'après le BEH (2), la prescription d'hypnotiques et d'anxiolytiques reste importante malgré les recommandations : 1 personne avec ICPD sur 5, 1 sur deux après 75 ans déclare prendre habituellement des médicaments pour dormir. Il s'agit de benzodiazépines ou apparentés dans 82% des cas. Ces chiffres ont peu évolué ces dix dernières années : en 1993, 9,9% des Français déclaraient prendre un médicament pour dormir contre 9% en 2009 selon le BEH (2). Cette stagnation des chiffres montre que, malgré les formations et les recommandations, les médecins prescrivent toujours autant d'hypnotiques. Ces chiffres montrent donc une difficulté des médecins face au sevrage.

Une étude qualitative publiée dans le British Journal of General Practice en mai 2010 (26) cherchait à cibler les expériences et ressentis des médecins et patients lors d'une consultation en médecine générale pour des troubles du sommeil. On retrouve plusieurs similitudes avec notre étude :

- La discordance entre le diagnostic d'insomnie des patients et la définition des médecins,
- La notion de banalisation de l'insomnie de la part des patients,
- Le manque de temps à tous les niveaux de la prise en charge : de l'exploration au traitement,
- Les difficultés pour les médecins de résister à la prescription d'hypnotique devant pression des patients pour le traitement médicamenteux, le manque d'alternative thérapeutique et le manque de temps,
- Le refus du sevrage et l'absence d'écoute face aux conseils d'hygiène,
- La sensation d'insatisfaction face à la prescription d'hypnotique et au sevrage avec la notion de culpabilité de poursuivre un hypnotique du fait des effets secondaires, mais aussi de l'arrêter devant son bénéfice,
- L'importance de la relation de confiance entre médecin et patient.

4) Ouverture

Cette étude s'intègre dans un vaste projet qui cherche à cibler d'une part les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes face à un patient insomniaque chronique primaire, et d'autre part à comprendre quelles sont les attentes des patients insomniaques chroniques dans leur prise en charge pour ce problème d'insomnie. Dans un second temps, une analyse matricielle entre ces deux études sera faite. Elle ciblera d'éventuelles différences ou concordances génératrices d'hypothèses de travail concernant les attentes des patients et leurs croyances comparées aux croyances et prises en charge des médecins. Le but à long terme est de proposer des outils adaptés aux difficultés que les médecins généralistes rencontrent et aux attentes des patients. Une fois ces outils créés, il serait intéressant de comparer grâce à une étude quantitative les différences de prise en charge avant, pendant puis après ces formations afin de mettre en évidence l'existence ou non d'une amélioration de la prise en charge par rapport au ressenti du patient et aux référentiels existants, et ainsi d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie des patients insomniaques chroniques. Ce type d'étude permettrait de montrer le lien de cause à effet entre la participation à une formation adaptée, et l'amélioration de la prise en charge de l'insomnie chronique.

CONCLUSION

Devant l'absence d'études antérieures sur cette problématique, les résultats de cette étude permettent de comprendre et de mieux cibler les difficultés que rencontrent les médecins généralistes face au problème de l'insomnie chronique. Celles-ci se situent à tous les stades de la prise en charge : du diagnostic au traitement, et au sevrage d'hypnotique.

De plus cette étude nous permet de percevoir les attentes et les représentations des médecins généralistes autour de la pathologie, de leur pratique et du patient insomniaque.

On peut imaginer à terme pouvoir développer des outils adaptés aux médecins généralistes permettant d'améliorer la prise en charge de l'insomnie en fonction des difficultés recensées lors de cette étude et d'études futures.

TITRE : PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE PRIMAIRE PAR LES MEDECINS GENERALISTES AMBULATOIRES DE L'ARC ALPIN : EXPLORATION DES DIFFICULTÉS RESENTIES.

CONCLUSION DE LA THESE

L'insomnie chronique touchait en 2008 19% de la population française. C'est une pathologie sévère aux graves complications médicales, socioprofessionnelles et économiques. En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste est confronté à ce problème d'insomnie. Des formations existent et il a été montré que la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes est maintenant plus proche des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Cependant, il n'existe pas d'étude en France ciblant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à l'insomnie chronique primaire.

L'objectif était de comprendre les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient atteint d'insomnie chronique primaire.

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes libéraux volontaires de l'arc Alpin français. Un échantillon aléatoire en recherche de variation maximale a été défini. Après accord des médecins, les entretiens enregistrés ont été dirigés dans leurs cabinets d'exercice entre janvier et août 2012 par un modérateur indépendant grâce à un canevas semi-structuré testé et validé préalablement. Après retranscription exhaustive des verbatims, une analyse thématique compréhensive a été réalisée par deux enquêtrices respectant ainsi la triangulation des chercheurs. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. Les données ont été exploitées avec l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Treize médecins généralistes aux caractéristiques variées ont été consultés.

Des difficultés s'exprimaient dans la prise en charge diagnostique. Pour eux, l'insomnie ne motivait pas à elle seule une consultation. Elle était abordée en fin de consultation, lors du renouvellement d'ordonnance. Ceci était vécu comme un frein à sa prise en charge par manque de disponibilité ou de temps. À leurs yeux, l'insomnie chronique était souvent banalisée, peu abordée par le patient, entraînant un sous-diagnostic.

Lors de la prise en charge thérapeutique, les médecins ressentent la difficulté de ne pas céder au renouvellement d'hypnotique par manque de temps, de motivation mais aussi face à la pression des patients. Ils expriment des difficultés à convaincre les patients et à leur faire changer de mode de vie.

Le sevrage était aussi perçu comme un obstacle : les difficultés dépendaient de la durée de prise et du type de traitement, de la dépendance, du type de patient et de sa peur à l'arrêter. Les médecins évoquaient un sentiment d'insatisfaction et d'échec face au sevrage.

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à tous les stades de prise en charge du patient insomniaque chronique avec un sentiment partagé d'échec dans la qualité des soins prodigués. Ces résultats constituent une première étape de compréhension avant l'élaboration d'outils adaptés à leurs besoins afin d'améliorer la prise en charge du patient insomniaque chronique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 17/12/2012

LE DOYEN



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR JL PEPIN



BIBLIOGRAPHIE

1. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Epidemiology of insomnia in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2011;59(6):409-422.
2. BEH n°44-45/2012 / 2012 / Archives / Derniers numéros et archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-44-45-2012>
3. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*. mars 2000;9(1):35-42.
4. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, Grenier V, Guay B. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. *Can Fam Physician*. avr 2001;47:759-767.
5. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*. 15 sept 2002;25(6):625-629.
6. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*. 1 mai 1999;22 Suppl 2:S347-353.
7. Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. Attitude toward insomnia: survey of 6043 French general practitioners. *Presse Med*. 5 nov 2005;34(19 Pt 1):1358-1362.
8. Benoit O, Goldenberg F. *L'insomnie chronique*. Elsevier Masson; 2004.
9. Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. *Encephale*. juin 2004;30(3):222-227.
10. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 24 mars 2012;379(9821):1129-1141.
11. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev*. déc 2010;14(6):379-389.
12. Volcler N. Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. Thèse d'exercice. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ;2010.

13. Dikeos D, Georgantopoulos G. Medical comorbidity of sleep disorders. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2011;24(4):346-354.
14. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. févr 2007;30(2):213-218.
15. Bolge SC, Doan JF, Kannan H, Baran RW. Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Qual Life Res*. mai 2009;18(4):415-422.
16. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J, Baillargeon L. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med*. avr 2009;10(4):427-438.
17. Léger D, Massuel M-A, Metlaine A. Professional correlates of insomnia. *Sleep*. févr 2006;29(2):171-178.
18. Godet-Cayré V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinét J, Massuel M-A, Léger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*. févr 2006;29(2):179-184.
19. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire J-P, Savard J. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. janv 2009;32(1):55-64.
20. Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep*. 1 mai 1999;22 Suppl 2:S394-401.
21. Touitou Y. Sleep disorders and hypnotic agents: medical, social and economical impact. *Ann Pharm Fr*. juill 2007;65(4):230-238.
22. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med*. mars 2006;7(2):123-130.
23. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation pour la pratique clinique : Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Dec 2006.
24. HAS. Recommandations professionnelles : Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Oct.2007.

25. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France - Rapport d'expertise. 2012 déc.
26. Dyas JV, Apekey TA, Tilling M, Ørner R, Middleton H, Siriwardena AN. Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: a focus group study. *Br J Gen Pract.* mai 2010;60(574):180-200.
27. Organisme Gestionnaire Conventionnel de la FPC (formation professionnel continue) des médecins libéraux. Les Formations 2012. Disponible sur:
<http://www.ogc.fr/medecins/formations/formations.php>
28. Gaboreau Y. Intérêt et réalisation du dépistage de syndromes gériatriques par le médecin généraliste : études de la dénutrition, de la chute et de la démence chez le sujet âgé de 75 ans en Savoie et en Isère. Thèse d'exercice. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2009.
29. Institut de veille sanitaire. Évaluation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire - 1er volet Connaissances, attitudes et pratiques des biologistes et des médecins 2008. Disponible sur:
http://www.invs.sante.fr/publications/2008/evaluation_mdo_volet_1/dispositif_mdo.pdf
30. DREES, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Etudes et résultats : Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. 2009. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er708.pdf>
31. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns.* juin 2010;79(3):283-286.
32. Huck Ü. Education thérapeutique et sevrage en hypnotique : Evaluation d'une première formation aux professionnels de santé et de son application en médecine générale Thèse d'exercice. 2009, France: Université de Strasbourg; 2011.
33. Hullar J, Vespignani H, Fay R, Boivin J-M. Impact of group therapeutic education in the management of adult sleep disorders. Prospective study conducted from September 2007 to March 2008 by a group of general practitioners. *Rev Prat.* 20 juin 2010;60(6 Suppl):21-26.
34. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson JL. Fiches

- d'information pour les patients: quel intérêt? L'étude EDIMAP. *La Revue de la médecine générale*. 2010;276:332-9.
35. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale : étude randomisée et contrôlée. Thèse d'exercice. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 2011.
 36. Sustersic M, Meneau A. Élaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs des consultations les plus fréquents en médecine générale Thèse d'exercice. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2007.
 37. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *La Revue du praticien. Médecine générale*. (656-57):781-784.
 38. DREES, Ministère des affaires Sociales et de la Santé. Etudes et résultats : Les emplois du temps des médecins généralistes. Mar 2012 Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-emplois-du-temps-des-medecins,10839.html>
 39. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
 40. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32(2):117-21.
 41. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
 42. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012.
 43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-357.
 44. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *J Psychosom Res*. avr 2008;64(4):443-449.

45. Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, Hysing M, Pallesen S, Krokstad S, et al. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. *Psychosom Med.* sept 2012;74(7):758-765.

ANNEXES

ANNEXE I : Définitions de l'insomnie chronique primaire

1) Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* :

A. Présence d'au moins un de ces critères ci-dessous, plus de 3 fois par semaine, pendant plus d'un mois : <ul style="list-style-type: none">• Difficulté à initier le sommeil• Difficulté à maintenir le sommeil• Sommeil non réparateur
B. Avec une souffrance clinique significative au niveau social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants,
C. Sans autre trouble du sommeil, tel que la narcolepsie, le syndrome des apnées du sommeil, les troubles du rythme circadien ou les parasomnies,
D. Sans trouble mental : état dépressif majeur, anxiété généralisée, accès maniaque, psychose,
E. Sans prise de substances toxiques ou médicamenteuses, ni d'affection médicale pouvant induire le trouble du sommeil.

2) Selon l'International Classification of Sleep Disorders-2 (ICSD-2) :

A. Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes :

- difficulté à initier le sommeil
- difficulté à maintenir le sommeil
- réveil trop précoce
- sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

C. Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :

- fatigue, méforme
- baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
- dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
- instabilité d'humeur, irritabilité
- somnolence diurne
- baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
- tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile
- maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au

manque de sommeil

- préoccupations et soucis à propos du sommeil.

L'insomnie est chronique si elle est supérieure à 3 mois.

L'insomnie est primaire quand elle n'est pas consécutive à des problèmes médicaux, des troubles mentaux, de l'abus de substance, ou une hygiène de sommeil inadéquate.

Critères de sévérité de l'insomnie selon ICSD-1.

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

ANNEXE II : Guide d'entretien

Date et Médecin interviewé.

Définition de l'insomnie chronique primaire : difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes, ou réveil précoce, ET ayant des conséquences sur la vie diurne, avec une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaine, pendant plus d'un mois, excluant les SAS, pathologies douloureuses, psychiatriques sauf dépression.

1. Si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ?

Pouvez-vous nous expliciter comment le sujet de l'insomnie est-il abordé lors de la consultation ? (si non abordé)

- A quel moment de la consultation ?
- Par qui ?
- Par quel moyen ?

2. Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?

- dernier recours (échec automédication)
- impact sur sa qualité de vie
- le ressenti/les attentes du patient

3. Quelles difficultés ressentez-vous face cette plainte ?

- sentiment d'impuissance
- manque de connaissance
- manque de moyen thérapeutique
- manque de temps
- à qui référer le patient ?

4. Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer au patient ?

- médicamenteuses : hypnotiques (benzodiazépine et assimilé), les antidépresseurs, autres

- non médicamenteuses : TCC, relaxation, méditation, phytothérapie, hygiène de vie
- orientation vers des spécialistes, lesquels ?

5. Face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ?

- expérience/maîtrise de la thérapeutique
- recommandations
- choix du patient
- l'ensemble des 3

6.

- a. Rencontrez-vous des difficultés quand il s'agit d'une personne ayant des thérapies médicamenteuses (Benzodiazépines, hypnotiques, neuroleptiques) au long cours ?
 - difficulté de sevrage
 - absence d'autres options thérapeutiques
- b. Quelles solutions apportez-vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ?
- c. Ces solutions vous satisfont-elles ? Pourquoi ?

7. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?

- Formation médicale continue, Groupe de pairs
- Recommandations
- Revue de la littérature
- Prise en charge multidisciplinaire
- Pôle de santé

8. Quelles causes d'insomnies retenir lors de vos consultations ?

9. Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordées au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter ?

Informations complémentaires :

1. Quel est votre âge ?
2. Où exercez-vous : Quelle ville ? Quel département ?
3. Quel est votre mode d'exercice : maison médical ? Cabinet de groupe ? Seul ?
Remplacement ?
4. Quel type de patientèle avez-vous ? Enfants, personnes âgées, critères sociaux ?
5. Par quels moyens vous formez vous ?
6. Avez-vous déjà participé à un module de formation (FMC ou autre) sur l'insomnie ?

ANNEXE III : Interviews des médecins généralistes

Interview du Médecin 1

Le 5/01/12, durée : 20 minutes 55 secondes

Rappel de la définition : Définition de l'insomnie chronique primaire : difficulté d'endormissement ou réveil nocturnes, ou réveils précoces, ET ayant des conséquences sur la vie diurne, avec une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois, excluant les syndromes d'apnées du sommeil, pathologies douloureuses, psychiatriques sauf dépression.

1) « Alors les questions, il y en a neuf : Si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? »

Le problème souvent c'est que, c'est pas ça le motif souvent de la consultation. Le principal problème c'est que souvent les patients vont nous demander à la fin de la consultation euh, leur, leur Lexomil ou euh... La première difficulté c'est arriver à euh à leur demander qu'on se revoit spécifiquement pour ce problème d'insomnie ; donc ça c'est toujours la première difficulté c'est arriver à euh à leur demander qu'on se revoit spécifiquement pour ce problème euh, euh d'insomnie. Euh moi je dirais que c'est quand même toujours assez compliqué. « D'accord ». C'est les premiers mots qui me viennent par rapport à ce type de consultation. « D'accord, ils n'abordent pas directement euh..., justement voici la deuxième question mais vous y avez déjà à moitié répondu : »

2) « Comment euh, pouvez-vous nous expliciter comment le sujet de l'insomnie est-il abordé lors de la consultation ? Donc au final euh ... »

Bah déjà, bah effectivement avec eux je commence déjà euh, enfin ça revient déjà à la définition de l'insomnie chronique, c'est à dire leur demander si c'est plutôt des difficultés pour s'endormir, si c'est plutôt des réveils euh:: dans la nuit. Je me rends compte que trop souvent j'oublie la répercussion qu'il peut y avoir, enfin qu'ils peuvent avoir sur la journée. Ça c'est souvent une composante que j'ai tendance à oublier, euh:: « C'est à dire s'ils sont fatigués ? » Ouais voilà, alors ça j'ai tendance à l'oublier alors peut-être que eux vont me le signifier d'emblée. Mais, voilà, j'ai quand même souvent tendance à l'oublier. « Donc là c'est

plutôt comment vous menez l'interrogatoire mais la question c'est comment le sujet est abordé par le patient. » Alors le sujet est abordé par le patient alors euh:: si on a pris rendez vous spécifiquement pour ça. « *Euh, Ouais.* » Parce que souvent comme je vous dis euh, souvent le patient il va aborder ses problèmes d'insomnies en fin de consultation pour qu'on lui renouvelle euh, euh « *ses hypnotiques* » Voilà, après c'est peut-être euh.. Je réfléchis parce que les insomnies chroniques euh, les vraies insomnies chroniques que j'ai eu euh, j'en n'ai pas tant que ça en fait. « *Elles sont souvent liées à d'autres pathologies ?* » Voilà, enfin le patient auquel je pense elle ne rentre pas vraiment dans la définition parce que euh:: pour lui c'était vraiment euh, enfin elle a un problème d'épaule chronique donc ça n'a pas arrangé les choses mais c'est aussi une vraie insomniaque chronique même si euh, bon. Là les conseils simples que j'ai pu lui donner ça a pu quand même améliorer un peu les choses. Et elle en particulier, elle, elle s'en plaint pas particulièrement. Mais il y a certains patients pour lesquels euh, euh, j'ai pu leur proposer de faire, de faire certains examens. Mais ça ne répond pas à votre question. « *D'accord, mais c'était en partie répondu dans la première question je pense, c'était sur la demande de renouvellement au final, c'était abordé. Donc une troisième question...* »

Euh juste pour compléter j'ai le sentiment que quand c'est un problème aigu les patients vont plus facilement consulter pour ça, alors que quand c'est un problème chronique euh, euh, souvent ils ne vont pas consulter pour ça et ils vont euh, enfin pour eux, ils ne sont pas dans l'idée qu'on puisse encore faire quelque chose quoi. Ils vivent un peu ça comme une fatalité. « *D'accord* »

3) « *Troisième question, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème du coup ?... Je peux vous aider à y répondre.* »

La première motivation c'est pour renouveler leur traitement. Ca c'est vraiment la première de leur motivation. C'est rarement quand même pour euh, enfin je pense à des problématiques où ils auraient pu voir une émission qui parlerait de ce sujet là, euh, moi je sais que j'ai déjà proposé à deux patients de faire un EEG du sommeil euh. Enfin, j'ai jamais vu des patients qui sont venus me voir parce que ils avaient entendu parler de d'EEG du sommeil ou euhí « *D'accord* ». Voilà, ils viennent parfois nous voir parce qu'ils pensent à, à certaines pathologies. Enfin, ça rentre pas dans la définition mais par exemple l'apnée du sommeil euh, euh, c'est arrivé que certains patients des fois euh pensent à un problème de cet ordre là par exemple. « *D'accord donc ils viennent confirmer le problème avec vous* ». Voilà, ils se demandent si éventuellement ça pourrait être, ça pourrait être lié. « *D'accord, ils ne viennent*

pas vous parler d'impact sur la qualité de vie euh, ça ils en parlent pas trop d'eux même ».
Ca, j'ai le sentiment que c'est plutôt euh, c'est plutôt euh, c'est plutôt sur les problèmes aigus.

((Sonnerie téléphone. Le Docteur décroche.))

« Donc on était à la question : Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? Vous avez répondu que c'était surtout un souci de renouvellement d'hypnotique » Mmmh. *« Ou d'autres traitements, puis parfois ça pouvait arriver, les émissions de télé ou euhí ».* Voilà oui, ça a pu arriver quelques fois. *« D'accord, donc on ne vous parle pas de, des patients qui ont tout essayés de leur côté euh, les plantes, les choses comme ça, l'automédication... ».* (4.0). *« Qui n'a pas marché, ça ne vous est pas arrivé ? »* Si ça peut arriver mais, euh, mais c'est pas des patients, euh, enfin, c'est des patients, chez qui j'ai pas le sentiment de renouveler un traitement euh, euh c'est des patients qui viennent me voir euh, qui sont suivis pas un autre médecin et qui effectivement viennent me parler de leur insomnie chronique. Ca, ça a pu arriver des fois. *« C'est à dire des patients qui sont insatisfaits de la prise en charge de leur médecin ? »* Oui ou qui ne trouvent plus de solutions et bon ils ont l'impression, enfin ils viennent vous voir en pensant qu'on va trouver une solution. Voilà bah, je, ça c'est typiquement un patient mais que je n'ai pas revu depuis longtemps pour qui j'avais proposé justement euh, du coup de faire un EEG du sommeil pour essayer de voir un petit peu euh où en était sa, la structure de son sommeil, s'il avait encore un sommeil structuré ou pas. *« D'accord, donc là à ce moment là c'est plus adressé à un spécialiste ? »* Euh oui, oui, oui, pour essayer de, de faire un petit peu euh, enfin d'objectiver un peu mieux les troubles du sommeil.

4) *« Alors quelles difficultés ressentez-vous par rapport à cette plainte d'insomnie de la part des patients ? Comment vous sentez vous par rapport à cette plainte quand il y a quelqu'un qui vient vous dire euh, j'arrive pas à dormir euh, est ce que vous vous sentez à l'aise euh ? »*

Non bah honnêtement je me sens pas à l'aise par rapport à ça parce que là encore une fois il y a le contexte très fréquent où euh, ça vient en fin de consultation donc euh, il y a toujours la facilité de, de rajouter le médicament sur l'ordonnance et je reconnais que, voilà, ça c'est des choses que je fais euh, parce que du coup ben c'est plus, on n'a plus vraiment le temps et pas vraiment l'envie. C'est pas un sujet qu'on peut aborder comme ça non plus. C'est vrai que je ne vais pas systématiquement leur proposer, euh reproposez un rendez vous pour en reparler, euh donc ça c'est vrai que bah c'est pas satisfaisant parce ce qu'on le met en sachant que, voilà en leur demandant s'ils en prennent beaucoup donc ils me disent toujours qu'ils n'en prennent pas

beaucoup, enfin, s'ils ont du Lexomyl, ils en prennent que de temps en temps, mais qu'ils en ont quand même besoin parce que ça les aide, mais, voilà, on est dans le sentiment de pas faire euh:: correctement le, le travail. « *Par manque de temps ?* » Oui, manque de temps et puis après, euh, après je dirais que moi pour moi, je pense qu'il y a un manque un peu de formation par rapport à, à ce problème là c'est que, je ne sais pas toujours euh:: comment euh:: les aider. « *Comment prendre le problème par le bon bout* ». Voilà, mmh, mmh.

5) « *D'accord, et euh, vous sentez que vous avez assez d'options thérapeutiques ? Vous savez ce que vous pouvez proposer au patient comme options thérapeutiques ?* »

Alors, moi j'en utilise euh, c'est, c'est toujours un petit peu les mêmes que j'utilise, il y a effectivement les hypnotiques hein, ou le Stilnox, ou l'Imovane, euh, donc après, mais ça je le donne plutôt si c'est des insomnies euh, des, pour l'endormissement. Je vais plutôt les donner pour ça. Après euh, pour tout ce qui est réveils nocturnes, moi c'est vrai que je fais pas forcément la distinction entre milieu ou fin de nuit, je reconnais que pour moi, je demande juste si c'est des réveils plutôt dans la nuit, donc là, je classe ça plutôt dans les réveils anxieux, donc je vais souvent donner du, du Lysanxia, euh::, ça m'est arrivé de donner de la Buspirone des fois mais c'est plutôt souvent Lysanxia que je vais donner. « *Plutôt anxiolytique plutôt qu'hypnotique ?* ». Euh:: voilà, et, après bon, chez certaines personnes mais euh alors, elles qui sont un peu résistantes à tout là, là récemment j'ai vu une patiente hier euh, qui est déjà sous euh, elle a pris, enfin elle me dit qu'elle, en prenant deux comprimés entiers de Lexomyl... Qu'est ce qu'elle prend d'autre ? Elle prend du Valium et elle me dit avec ça qu'elle dort pas. Donc euh::, voilà. Moi j'ai eu quelques patients comme ça, qui semblent vraiment avoir des, des insomnies très résistantes, alors je pense que c'est plutôt de l'anxiété très résistante, donc eux ça m'est arrivé de leur donner des neuroleptiques hein euh, du Tercian euh, euh ou d'essayer du Laroxyl aussi. « *D'accord* ». Voilà. Après chez la personne âgée euh, euh, c'est souvent Miansérine, enfin l'Athymil que je vais proposer. Euh, parce que l'Atarax je n'aime pas trop en donner et puis, j'ai envie de dire l'Atarax je pense ça sort un peu de l'insomnie chronique mais bon. L'Atarax je le donne souvent dans les insomnies enfin, les troubles du sommeil euh aigus. « *D'accord, donc plutôt des thérapeutiques médicamenteuses ?* ». Oui, ben, oui, oui, non mais effectivement plutôt des thérapeutiques médicamenteuses même si euh, voilà, après j'essaie de leur donner quand même quelques conseils euh, à savoir euh::, d'éviter de tourner et retourner dans leur lit pendant ... il vaut mieux des fois se lever, de pas regarder le réveil, euh::, leur faire comprendre aussi qu'il peut y avoir dans les réveils anxieux euh::, enfin un état de vigilance qui fait que en phase de sommeil léger, ils vont avoir tendance à se sentir réveillés à ce

moment là mais que, euh, voilà, qu'ils peuvent se rendormir aussi assez facilement euh, voilà, mais c'est, c'est voilà, principalement les choses que je leur conseille c'est ça. Mais c'est par exemple de pas forcément rester dans le lit si vraiment euh, ils se sentent euh, totalement réveillés quoi. « *Des conseils sur leur capacité d'endormissement sinon, en ce qui concerne plutôt ce qui est relaxation, euh, thérapie cognitivo-comportementale tout ça euh ?* » Alors thérapie cognitivo-comportementale non, ça euh, je ne leur ai pas proposé, après de la relaxation, ça pour certaines personnes j'ai pu conseiller : soit d'écouter de la musique classique, ou euh:::, euh::, oui, c'était plutôt écouter euh, de la musique classique ou des musiques relaxantes ou pour certains des fois leur proposer euh de faire des séances de sophro-, oui, ça j'ai pu le proposer quelques fois. « *Mais ça vient vraiment euh, au tout début euh, de la consultation, c'est euh, enfin, comment dire, d'abord les patients qui viennent vous voir pour des insomnies aiguës, vous leur proposez euh, des choses comme de la relaxation ou c'est vraiment en dernier recours ?* » Non, non c'est vrai que c'est plutôt sur la fin que je leur propose, mmh. « *D'accord.* »

6) « *La sixième question, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent vos choix thérapeutiques ? Comment vous décidez justement de, euh, expliquer un petit peu* » Bah effectivement euh, de quel type de d'insomnie il s'agit : si c'est plutôt d'endormissement ou si c'est plutôt euh, euh, la partie euh, à quel moment dans la nuit ça apparaît. Euh, bon c'est sûr que s'il y a des symptômes dépressifs associés euh bon bah là je vais plus me tourner vers des anxiolytiques, euh::, ce qui motive aussi, c'est ce qu'ils ont eux déjà essayé. « *Donc leur choix un peu.. Vous écoutez un petit peu, s'ils vous disent : oh non je ne veux pas de ça, je ne veux pas...* » Voilà, c'est que effectivement un patient qui a déjà essayé tel ou tel médicament qui ne convienne plus ou qui. Voilà je vais pas, je vais pas lui reproposer, je vais lui proposer une autre thérapeutique. « *Vous essayez de suivre un peu des recommandations ou..? Est ce que c'est facilement accessible ?* » Ben honnêtement je n'ai pas regardé les recommandations. « *D'accord* ». Oh, si ce n'est que je pense qu'il faut quand même que ce soit, faudrait que ce soit des traitements courts mais bon, là on est dans l'insomnie chronique et généralement c'est des patients qui vont déjà largement déborder les recommandations.

7) « *Est ce que vous rencontrez non, du coup ça répond à la question euh, est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des hypnotiques au long court ? Plus que des difficultés par rapport aux autres options que vous pouvez lui proposer ou euh..?* » Oui:::, oui::, oui. Bah je pense à une patiente euh, euh, qui est assez euh:: exigeante, je ne

sais pas si c'est le mot mais:: qui est, elle est sous Temesta donc ça résume bien les choses et elle est accrochée à son Temesta, voilà. Et typiquement voilà mais, probablement pour elle il faudrait que c'est vrai que je pense que c'est vrai que je ne l'ai jamais fait parce que systématiquement c'est toujours en fin de consultation qu'elle vient m'en parler, et j'ai jamais pris l'initiative de lui, voilà de proposer qu'on se voit mais euh voilà, c'est peut-être l'occasion avec cet entretien de, d'en parler avec elle parce que, elle euh, elle euh vraiment elle est accrochée à son Temesta et il n'est pas question de lui parler d'autre chose quoi. Tant que je n'aurai pas fait son renouvellement de toute façon elle ne lâchera pas. *« Elle ira voir d'autres médecins pour se faire renouveler. »* Peut-être, mmh.

« Est ce que vous arrivez à apporter des solutions aux patients qui consomment des hypnotiques au long cours? Ou du coup vous continuez à renouveler des ordonnances et euh, sans essayer trop de leur euh... »

Si j'ai enfin ((Soupire)).

Putain les hypnotiques au long court... (3.0) ((Bruit de bouche)).

Non j'ai des patients qu'ont essayé de suivre un peu les, les conseils par rapport, euh, au fait de pas rester au lit ou d'essayer de se détendre un peu, mais j'ai envie de dire, je pense que c'était des patients insomniaques mais qui prenaient pas forcément quelque chose. Les patients qui prennent des médicaments, eux, j'ai pas forcément, euh, je leur ai pas forcément apporté de solution. *« D'accord. Donc du coup, la question là on peut euh... »*

8) *« Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ? »*

Bah c'est vrai que pour tout ce qui est, euh, enfin je ne sais pas s'il faut parler d'hygiène de vie ou de technique euh de, de relaxation, mais, voilà, c'est vrai qu'il faudrait que je me penche plus sur le sujet parce que j'ai, voilà. J'ai pas les mots pour euh le décrire, je, je sais pas exactement quel type de relaxation on peut leur proposer etc., euhí ((Soupire)).

Ca c'est vrai que *« Plus par rapport à vous euh, comment vous vous sentiriez plus à l'aise dans les, sur le sujet des insomnies en fait. Est ce que vous auriez besoin d'une formation, de littérature, de choses comme ça ? Qu'est ce qui serait le plus facilement accessible pour vous ? »* Oh je pense que ce serait la formation parce que... ou alors la littérature, euh, il faut vraiment que ce soit des fiches conseils assez courtes finalement. Mais à ce niveau là, je crois que Prescrire il a déjà fait des choses hein, mais... Voilà ça, ça fait parti des choses qu'il faut prendre le temps de lire... Après des fois Prescrire c'est, euh, enfin, ça paraît des fois tellement simple que ça l'est presque un peu trop, quoi, enfin, j'ai ce sentiment en tout cas. *« Je sais pas*

si Prescrire, ils vont dans les cabinets de médecin généraliste. » Non mais voilà, c'est vrai que des fois j'ai un peu ce sentiment là, c'est que, à les entendre, on peut fonctionner avec juste dix médicaments et euh, et des conseils de, de supporter beaucoup de choses des fois. ((Rires médecin et modérateur)).

9) « Dernière question, quelles causes d'insomnies reprenez vous lors de vos consultations ? »
Quelles causes d'insomnie je retiens ?

« Vous parliez de la première dame, euh, tout à l'heure, euh, de douleur ? ». Oui, bah souvent quand même euh, c'est quand même un terrain souvent, c'est, c'est quand même souvent l'anxiété hein, dans les euh, le plus souvent, la, la première cause ça va être l'anxiété. Vraiment. « Les patients ont peur la nuit ou c'est, c'est des patients anxieux chroniques euh, pour tous les soucis ou ? »

(4.0)

Bah je vais dire, c'est des patients ouais qui, qui cogitent beaucoup quoi, qui ont tendance à se faire euh du souci pour beaucoup de choses et, « des ruminations, des choses comme ça ». Voilà. Après il y a un autre sujet et je me rend compte que je ne l'ai pas abordé avec vous mais, il y a aussi des patients des fois qui euh, euh, ça, ça me fait penser à un exemple précis euh, d'un patient qui n'avait plus du tout idée de ce que c'est une nuit correcte. Et donc pour lui, à 70 ans, il aurait fallu qu'il dorme encore 12 heures quoi. ((Expiration.))

Donc, c'est, c'était difficile à admettre pour lui que, à son âge, bah on n'avait pas besoin de dormir autant. « D'accord. Là on ne rentre plus dans l'insomnie chronique mais dans une plainte d'insomnie mais finalement euh ». Non on ne rentre plus dans l'insomnie chronique. Lui en l'occurrence on le sort vite de cette catégorie là parce que, lui il se considère euh, comme dormant mal alors qu'en fait euh, c'est pas le cas.

« D'accord ».

Informations complémentaires :

Age : 37 ans.

Sexe : Homme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet de groupe.

Type de clientèle : jeune, avec pas mal de pédiatrie, patient sourd (car consultation en langue des signes), et peu de personnes âgées (15-20% de la clientèle)

Moyens de formation : FMC, DPC (développement personnel continu) et FPC (formation professionnelle continue), groupe Balint

Formation sur l'insomnie : non

Sentiment d'être moins concerné et moins compétent sur le sujet

Interview du Médecin 2

Le 6/01/12, durée : 24 minutes et 18 secondes

Je vais vous rappeler la définition des insomnies : donc on parle des insomnies chroniques primaires, c'est-à-dire c'est des difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou réveils précoces, ET ayant des conséquences sur la vie diurne, avec une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois. On exclut les syndromes d'apnée sommeil, pathologies douloureuses, psychiatriques à part la dépression.

1) « *Donc ma première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? Comment ça s'est passé ?* »

C'est quasi systématiquement au hasard d'un renouvellement euh, ou d'une ou pour autre chose que des problèmes de sommeil, on ré-évoque ce problème là parce qu'il y a un problème chronique qui traîne depuis longtemps, ou parce que le traitement est en cours d'arrêt ou au contraire qu'il ne suffit plus, ou que ça devient un problème pour le patient euh. Tout en sachant que par rapport à la définition la grosse chose moi sur laquelle j'ai essayé d'appuyer le doigt c'est sur le retentissement diurne, parce qu'il y a énormément de gens qui se plaignent de mal dormir, mais qui n'ont pas de retentissement diurne. Et le problème c'est que, là par contre c'est difficile mais ils ne dorment pas, ils veulent dormir la nuit parce que sinon les journées sont trop longues, ((rire modérateur)) donc ils veulent prendre quelque chose parce que sinon ils s'emm- « *Mais, ils ne sont pas fatigués ?* » Mais ils ne font pas la sieste ils ne sont pas, pas... shootés quoi « *Donc en fait vous n'avez pas vraiment de consultations dédiées aux insomnies, c'est le hasard, enfin c'est des renouvellements de traitement* ». Ça bien sûr que si ça arrive. Il y a une dame à qui j'ai renouvelé un traitement antidépresseur ce matin qui était à l'origine venu pour ça, mais, euh, c'est finalement le... le... plus fréquent c'est pendant un renouvellement pour tout à fait autre chose. « *D'accord* ».

2) « *Donc la deuxième question : Pouvez-vous nous expliciter comment le sujet de l'insomnie est-il abordé lors de la consultation ? Au final vous y avez déjà répondu en partie* ».

En partie, euh (5.0) Si le patient l'aborde pas parce que j'en... il a des problèmes, donc il y a cette possibilité là, c'est soit le patient qui l'aborde parce qu'il a des problèmes, soit parce que... généralement c'est parce qu'il ne dort pas assez ou parce que des fois le médicament a

été très efficace et qu'il dort beaucoup mieux, euh, le plus souvent c'est qu'au moment du renouvellement, quand je vois qu'il y a un médicament somnifère ou euh anxiolytique euh je leur repose la question de la prise ou éventuellement de la baisse de la prise euh de... du retentissement de la prise à long terme, etc.. Et euh j'arrive pas très souvent à amener le patient dans mon sens pour dire les choses comme elles sont, mais euh c'est souvent comme ça que ça se passe. « *Donc euh à peu près par les deux, autant par vous que par eux?* ». Euh s'il faut une fréquence là c'est compliqué. Euh hum, non on va dire quand même que probablement deux tiers moi, un tiers eux. Et quand même plus souvent un problème de prescription chronique qu'un problème de plainte chronique. « *D'accord...* »

3) « *Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?* »

(5.0) (Le médecin lit le questionnaire.) Euh. Oui, j'ai vu échec d'automédication c'est vrai c'est un motif, euh, le plus souvent c'est euh c'est l'échec de la première prescription, parce qu'elle a été comme je le fais souvent moi hein, de la phytothérapie ou des choses qui vont jouer simplement sur l'effet placebo ou des choses comme ça, euh... (5.0). Voilà.

« *Pas d'autres idées. Par exemple, l'impact sur leur euh...* » Sur la qualité de vie ? « *mmh* » ((Soupire)). Est-ce que c'est ça qu'ils évoquent en premier ? C'est vraiment l'impact sur la qualité du sommeil. Ils ne se plaignent même pas de leur qualité de vie, ils se plaignent de la longueur de leurs nuits. « *D'accord.* »

4) « *Alors qu'est ce que vous éprouvez comme difficultés face à leur plainte d'insomnie ?* »

(3.0) Comme difficultés. (4.0) ((inspiration)). Les difficultés que j'ai, c'est de pas céder à ma propre facilité de prescrire et de represcrire. C'est la principale difficulté qu'on a, parce qu'on a un temps imparti et ça c'est quelque chose qui prend du temps et la facilité c'est toujours de renouveler. Donc on a toujours cette euh, cette difficulté là, d'ailleurs c'est la plus, c'est de lutter contre soi qui est assez difficile. « *Ne pas céder* ». Après de lutter contre le patient, moi je dirais que j'ai assez de bagou pour arriver à leur dire qu'ils vont avoir des trous dans le cerveau avec leur Lexomil et que euh, il faudrait mieux qu'ils rebaissent la dose, etc., euh et s'ils me disent qu'ils se réveillent constamment et ben je leur dit : bah faites du repassage ou bouquinez ou quelque chose comme ça mais j'ai, je pars souvent moi dans ces trucs là, je sais pas si c'est plus pour vous ou pour l'étude mais, quand je vois mes beaux parents qui sont réveillés deux ou trois heures toutes les nuits, euh, j'ai habité chez eux il n'y a pas longtemps hein, pendant un an, mais entre deux et trois heures du matin, si on se levait on était sûr de trouver mon beau père, et mon beau père a soixante dix ans, il est en train à moitié d'écrire un bouquin donc il bosse sur l'ordi, etc. Il bosse deux heures et puis il va se recoucher à trois

heures et demie et puis euh, s'il se lève à sept heures euh, bah à dix heures il peut très bien aller faire une sieste. Il a un rythme qui s'est, comme une femme allaitant se met au rythme de son enfant, il s'est mis au rythme de son sommeil et si il voit qu'il se réveille au milieu de la nuit et qu'il est là, et ben il va boire une tisane, il va finir de bouquiner Le Monde et puis il se recouchera quand il aura le sommeil. Et je peux leur parler de ça. « *Donc ouais, en vous prenant en exemple.* » Ouais, je reprends des exemples, je.. « *Ca peut-être intéressant comme option thérapeutique justement* ». Je suis un espèce de bourré d'exemple comme ça, je, je, jeí

5) « *Donc quelles sont les options thérapeutiques que vous pouvez proposer au patient ?* »
(Jette un regard sur notre questionnaire.) Alors, en effet. « *A part prendre des exemples sur votre beau père.* »
C'est ça. Donc, euh, oui, il ne faut pas que je regarde, euh. ((Rire médecin et modérateur.))
Les options. « *Est ce que vous savez quoi proposer, euh, à part le renouvellement de, enfin en partie.* » Voilà, on va commencer euh : le mépris, c'est à dire que vous voyez, vous avez des troubles du sommeil, plus on vieillit, moins on va dormir, ça c'est physiologique et euh, donc on pourrait se dire le mépris. Ensuite, s'il faut un ersatz euh, ben prendre une activité nocturne, que ce soit bouquiner, internet, ce que vous voulez, pour avoir une autre activité même si on sait bien que normalement les écrans c'est pas très conseillé en pleine nuit mais bon, moi je dis que chacun voit midi à sa porte parce que quand je vois mon beau père comment il fait, voilà. « *Il ne se plaint pas plus que ça.* »Voilà, euh.. On sait normalement que rester des heures dans le lit c'est pas souhaitable donc à ce moment là, en effet, donc il vaut mieux se lever donc je leur fais ce conseil là. « *Donc des conseils d'hygiène* » í d'hygiène voilà, euh... Répètes la question pour que je remette, euh... « *Les options thérapeutiques que vous proposez* ». Options thérapeutiques : euh, j'essaie d'évaluer le..., alors après les options thérapeutiques elles sont vraiment fonction du type de... si c'est vraiment endormissement, si c'est réveil nocturne, si il y a de l'anxiété, etc. Évidemment je leur dit qu'on peut traiter d'emblée par des médicaments, je les mets en garde sur les effets à long terme. Pour euh, après j'essaie quand même en général de leur prescrire d'abord de la phytothérapie, moi je suis très Vagostabyl par habitude en UPL j'avais un maitre très Vagostabyl, donc je suis très Vagostabyl. Euh, de la phyto- ou même ce qu'ils peuvent prendre parfois eux en auto-médication en pharmacie, pourquoi j'ai oublié ce nom... Stresam et autre euh... Donormyl voilà, euh.. Si les patients qui me disent avoir déjà pris ça, et ça leur faisait du bien, je peux être amené à leur prescrire ça. Euh, quand il y a vraiment un problème psychologique ou un travail de deuil qui n'a jamais été fait ou de choses comme ça, je peux même aller leur dire

qu'ils feraient mieux de faire un travail de fond là dessus, et puis après évidemment, il y a tout ce qui est, pour les problèmes d'endormissement surtout euh, hypnotiques, et après pour tout ce qui est problème dépressif, carrément les antidépresseurs. C'est rare que j'arrive à un traitement antidépresseur parce que je suis pas... En l'occurrence c'est rare et ce matin c'était ça : une patiente qui est venue se plaindre, enfin qui est venue renouveler son médicament ce matin. Euh, et puis les anxiolytiques, alors on ne va pas dire qu'on en prescrit pas hein, puisque ça marche hyper bien et c'est bien pour ça que c'est prescrit, hein, parce que ça marche hyper bien. « *D'accord* ». Euh. Voilà. « *Ça vous arrive d'orienter vers des spécialistes ?* » Ça m'est arrivé d'envoyer au labo du sommeil, euh.. ça m'est arrivé... (souple.) C'est pas si fréquent que ça. « *C'est facile d'accès un labo du sommeil?* » Quand je dis au labo du sommeil, je dis euh, c'est pas le labo du sommeil, c'est le centre du sommeil là où ils sont, où il y a le neurologue, etc. Grenoble ils en ont où il y en a un, qui a pris le relais un peu de la structure du CHU. « *Dr Levy ?* » Voilà. Mais justement c'est pas la structure, c'est la structure qui est en ville, et qui est attachée au CHU et qui s'appelle le centre du sommeil. En fait, moi, j'avais fait une courte formation FMC, une sorte de soirée là, avec euh, le neurologue qui en dépend, qui est un chambérien, et qui s'appelle L., et puis il y avait un seul médecin du centre du sommeil, et ce que j'avais retenu c'est finalement que les hypnotiques étaient très bien supportés et étaient quand même assez bien efficaces sur tout ce qui est problème d'endormissement même parfois vraiment de l'angoisse mais probablement un peu moins, et que ils préféraient largement avoir des patients depuis vingt ans sous Zolpidem, que sous Lexomyl. « *D'accord* ». Donc euh, sur le plan thérapeutique j'essaie quand même d'éviter les benzo-.

6) « *Alors, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent vos choix thérapeutiques ?* »

Je me répète, hein. Mais, ça va forcément être euh,.. Je vais partir d'abord sur l'expérience du patient. Ce que le patient a dans la tête, c'est à dire qu'est ce qu'il a eu comme médicaments, qu'est ce qu'il voudrait comme médicament, qu'est ce qui, euh.. Quand je dis option thérapeutique, je pense médicament hein, mais je ne pense pas psychothérapie ou etc.. Euh, donc je pars quand même du constat du patient parce que si le patient a quelque chose dans la tête ça va être... Il va falloir d'abord travailler sur ce qu'il a dans la tête. Quand il veut du Lexomyl, il ne veut pas de Zolpidem. Euh, voilà. Euh, après, c'est la façon, c'est le trouble du sommeil qui va... Si c'est vraiment l'endormissement, si c'est vraiment l'anxiété généralisée, si c'est vraiment ça ; si vraiment il y a d'autres symptômes avec c'est à dire que ~~s~~il est angoissé mais ~~s~~il pleure et ~~s~~il rumine toute la nuit jusqu'à sept heures du matin avant de se rendormir

jusqu'à sept heures et quart euh, c'est pas pareil non plus. L'âge va jouer beaucoup forcément, euh... Après c'est le retentissement dans la journée mais si on parle d'insomnie chronique c'est que normalement il y a un retentissement dans la journée. Mais le problème c'est que *s*il y avait que ceux qui ont un retentissement dans la journée qui avaient des médicaments, ben je pense qu'on pourrait diminuer par dix la prescription à mon avis.

7) « *Donc euh, est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des hypnotiques au long cours?* »

Hypnotiques hein? « *Oui* » (3.0)

« *Des difficultés au niveau du sevrage par exemple ? Est ce que vous vous sentez assez à l'aise pour leur dire on arrête tout ?* »

(2.0) Euh... (3.0). J'ai pas de difficulté particulière à partir du moment où je suis dans le dialogue avec le patient c'est à dire que si je veux imposer ma voie, qui est celle d'arrêter tout pour dormir sans rien, euh, c'est là que je vais avoir le plus de soucis. En gros, il y a sûrement pas mal d'écoute, il y a forcément un peu de faiblesse de mon côté parce que j'y vais pas assez vite, mais c'est un peu comme je me dédouane en disant ça mais, c'est un peu comme les toxicomanes avec leur Méthadone où on aimerait bien qu'ils baissent mais eux ne sont pas prêts ; si on va les pousser à baisser, pousser à baisser c'est la meilleure façon pour qu'ils fassent des conneries à côté, qu'ils sur-consomment, qu'ils aillent voir un deuxième, qu'ils se fassent des ordonnances eux même, etc., et au final, à part perdre la relation thérapeutique, on n'a pas gagné grand chose. Donc euh, je, j'ai pas de problème particulier, pour l'instant, j'ai, j'avais utilisé le Rivotril en goutte de temps en temps parce qu'il me permettait de baisser tout à fait progressivement. Là ça à l'air un peu plus pénible avec les ordonnances... Voilà, et puis au mois de mars ça s'arrête, c'est ça ? Voilà. Donc euh, je ne sais pas encore à quel Saint je vais me vouer par la suite. Pour les Benzo-, pour le Rivotril, après pourí pour les hypnotiques, ((souple)), je vais dire non, parce que, non. « *D'accord* ».

« *Donc quelles solutions vous leur apportez à ces patients qui ont des hypnotiques au long cours? Vous leur laissez, vous...?* » Ouais, je leur laisse souvent hein. « *D'accord* ». ((Rire Médecin et modérateur)). « *Ça vous satisfait ?* » Euh, est ce que ça me satisfait ? (2.0). ((Bruit de bouche. Soupire.)) (10.0) « *Elle vous embête cette question ?* » Ouais, est ce que, je vaisí euh, j'allais dire la question ça va être juste de dire est ce qu'on fait tout bien pour eux ? Le problème c'est que c'est tellement confortable pour eux. Euh, est ce qu'il faut qu'on se rende coupable de les rendre confortables mais potentiellement d'induire des risques et des troubles ? J'en suis satisfait. Je vais être obligé de dire ça. « *Bon, on ne veut pas vous rendre coupable hein* ». Non, non, mais je fais, j'essaie de faire au mieux, je sais bien, maisí

8) « *Je pose des questions qui vont être un peu plus rapides : Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?* »

Je sais pas très bien. Euh, probablement, ce qu'on avait déjà vu et ce qui avait été établi à la JUMGEG, j'en avais....je l'avais vu sur, enfin j'étais pas là à la présentation des, des posters, mais, il y avait un truc sur les, sur les feuilles à donner aux patients avec euh, les effets à long terme, ou des choses comme ça. Et ça quand on donne un petite fiche comme ça, même après avoir expliqué après une consultation, je me souviens qu'en fonction du niveau, non mais c'était en section générale ça, alors, en fonction euh du niveau socioculturel etc., ça pouvait avoir une grosse incidence, et de savoir les choses et de les avoir vu écrites etc., ça peut avoir un intérêt. Donc les fiches pour le coup, là dessus, sur les effets à long terme, les différents médicaments... « *Des fiches pour le patient* ». Ouais, des fiches pour le patient. « *D'accord* ». Qu'on donne après une consultation. « *D'accord. Donc vous, vous vous sentez à l'aise pour le reste ? Pour le reste de la prise en charge, vous vous n'avez pas besoin de formation particulière ou...?* » Euh, je ne dis pas que je sais tout faire mais pour le coup, j'étais, il n'y a pas longtemps, c'était il y a un an et demi, le truc avec la FMC, euhí Non moi, ce qui me perd moi, ce qui me manque, ce qui me manque là et que je ne sais pas bien faire, c'est, plus que sur le plan traitement, c'est aller, euh, c'est être persuasif dans la, dans la... Ouais, c'est savoir faire même j'allais dire du psycho-comportemental et des choses où j'essaie d'inciter les patients à aller dans mon sens ... De la manipulation mentale je ne suis pas fort quoi. « *Donc ce serait vous former en, en...* ». En manipulation mentale. « *...en thérapie cognitivo-comportementale ?* » En gourou attitude. Rire. Euh, ouais, ouais voilà, en truc comme ça. « *D'accord* ».

9) « *Qu'est ce que vous reprenez comme cause d'insomnie lors de vos consultations ?* »

(5.0).

Causes d'insomnie, vain dieu. Oui. Non mais tout est insomniant, c'est à dire que les soucis au boulot sont insomniants, les soucis familiaux sont insomniants, les ronflements du partenaire sont insomniants, euh, le travail en faction pour nous là, pour tous nos ouvriers est insomniant, euh, évidemment tous les problèmes psychologiques et tout ce qui est deuil et autre chose comme ça. Qu'est ce qui faut euh...? Certaines thérapeutiques éventuellement mais euh, je pense à la cortisone mais pour le coup euhí (3.0). Voilà. « *D'accord* ».

Informations complémentaires :

Âge : 34 ans.

Sexe : homme.

Maître de stage de médecine générale : oui.

Mode d'exercice : cabinet de groupe (Explication cabinet de groupe/maison médicale)

Type de patientèle : semi rurale, peu de personnes défavorisées. Usine de cartonnerie à coté donc beaucoup d'ouvriers qui font les 3/8, une population agricole, et ceux du Grésivaudan (techniciens de ST...). Donc activité 25% de moins de 16 ans, 25% de 16-35 ans, 25% de 35-55 ans et 25% de plus de 55 ans.

Moyens de formation: CNGE (fait parti des généralistes enseignants), groupe de FMC par semaine, pas de groupe de pair, Univadis, Littérature (exercer et prescrire) parfois.

Module de formation sur l'insomnie fin 2010 sur Grenoble.

Interview du Médecin 3

Le 30/01/12, durée : 11 minutes et 10 secondes

« Je vous rappelle la définition pour notre thèse de l'insomnie chronique primaire : donc c'est des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ou des réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil , ça dure plus de trois nuits par semaine pendant plus d'un mois et on a exclu de cette définition les symptômes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, psychiatriques sauf la dépression.

1) Voilà. Alors la première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? Comment ça s'est passé ? »

Bah les gens ne consultent pas forcément pour ça. C'est toujours annexe à un autre motif de consultation. C'est des gens qui ont l'habitude souvent en chronique de demander simplement le renouvellement de leur somnifère. *« D'accord. »* C'est rare d'avoir quelqu'un qui vient spécialement pour ça. Ou alors c'est quelque chose de, de ponctuel...

((Sonnerie de téléphone)). Désolé. ((Le Docteur décroche)). Donc on en était

« Donc on était à la première question et vous nous disiez que c'était surtout vos patients qui abordaient le sujet le sujet, au moment des renouvellements d'hypnotiques ou de ... » Qui viennent pour autre chose très souvent et qui demandent leur somnifère oui. C'est pas forcément un motif de consultation l'insomnie. *« D'accord. »* Euh, l'insomnie euh, ça peut être un motif de consultation quand c'est quelque chose d'aigu, quelqu'un qui n'a pas l'habitude mais qui a..., c'est souvent une situation réactionnelle à une anxiété, à un choc récent euh, voilà.

« Donc euh c'est le patient qui aborde le sujet, vous parfois ça vous arrive d'aborder le sujet ? De vous même ? » Sur les troubles du sommeil ? Si on les voit dans un contexte de dépression, de fatigue euh, oui on pose la question sur le sommeil. *« D'accord. Sinon, c'est pas systématiquement abordé. »* Non, pas forcément. *« D'accord. »*

2) Euh, alors : selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? »

La fatigue. Et puis l'anxiété suscitée par cet état. *« D'accord. Donc c'est plutôt l'impact sur la qualité de vie. »* Oui. *« D'accord. Euh, est ce qu'ils ont déjà essayé d'autres choses avant de*

venir vous voir ou euh...? « Parfois, oui. C'est vrai qu'ils peuvent consulter euh, quand ils ont essayé la phytothérapie, l'homéopathie ou le Donormyl, tout ce qui est en vente libre en pharmacie et qui n'a pas forcément marché jusque là. » *D'accord.*

3) *Quelles difficultés ressentez-vous face cette plainte ?* «

Pas de difficulté. C'est simplement que les gens qui prennent un somnifère sur un mode chronique, on a du mal à, à arrêter. « *D'accord. Donc euh vous vous sentez parfaitement ...* » C'est... « *Parfaitement à l'aise avec les insomnies ?* » Euh oui sauf quand on essaye plusieurs somnifères et que ça ne marche pas, parfois il faut faire euh, chercher euh, un autre diagnostic quoi. Ça peut s'intégrer dans une dépression masquée ou ... « *D'accord.*

4) *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer au patient ?*

Vous en avez abordé une...»

En dehors du traitement ?

« *Ouais, en dehors des, on parlait d'hypnotique, en dehors de ça vous avez d'autres choses que vous leur proposez ?* »

Et ben euh l'hygiène de vie, supprimer les excitants... Euh... Voilà. Et puis sur l'hygiène de vie, bon bah, si ça n'a pas déjà été fait on peut essayer la phytothérapie euh, parce que le seul risque c'est que ça ne marche pas, mais si ça marche tant mieux. « *Ouais. D'accord. Donc euh, dans les thérapies euh cognitives les choses comme ça, ça vous arrive de, d'en faire, ou d'adresser ...* » Uniquement pour le sommeil ? « *Ouais.* » Non. « *Non.* » Uniquement pour le motif insomnie, non, mais s'il y a un problème psychologique associé, oui. « *Est ce que ça vous arrive d'orienter vers des spécialistes ?* » Euh, vers le centre du sommeil, oui. « *D'accord.* »

5) *Face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ?* »

Face ...? « *Face au patient insomniaque chronique, qu'est ce qui va déterminer votre choix thérapeutique ?* »

Ben l'efficacité ou non d'un traitement. « *D'accord.* » Mais si il est chronique euh, je pense qu'il est déjà habitué à prendre quelque chose. « *D'accord. Donc c'est le choix du patient.* »

Ben après c'est en fonction de, de l'efficacité de tel ou tel traitement. « *Efficacité Donc euh plus face à votre expérience euh du médicament... ?* » Mmmh, et en première intention je donne des hypnotiques à demi vie courte hein. « *D'accord.* »

6) *Rencontrez-vous des difficultés quand il s'agit d'une personne ayant des thérapies médicamenteuses type Benzodiazépines, hypnotiques, euh neuroleptiques au long cours ?* « Ceux qui sont déjà traités euh ? *Ouais, au long cours* ». Avec une plurithérapie ? Ben non, on a toujours une possibilité d'association quoi, qu'il faut intégrer avec tout le reste. « *D'accord. Donc euh, vous essayez pas de les sevrer ou euh, vous êtes pas dans cette optique euh ?* » Ben ça dépend. ((Rire médecin)). Si ils vont mieux, oui.

« *D'accord. Quelles solutions apportez-vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ? D'autres associations du coup d'après ce que vous me disiez à la question d'avant ? C'est à dire vous associez d'autres hypnotiques en plus des hypnotiques euh...* » Ah non, non. Je substitue mais je n'utilise pas plusieurs. Ou alors éventuellement un anxiolytique et un hypnotique mais.. Pas plusieurs hypnotiques, non. « *D'accord.* » J'ai jamais fait. « *Donc la substitution ?* » Oui. ((Rire médecin.))

« *Est ce que cette solution vous satisfait ? De substituer ?* » Ben la plupart du temps ça peut marcher oui. ((Rire médecin)). « *D'accord.* » On est vu là, parce que avec l'arrêt du Noctran, on a été obligé de changer et... Donc les gens s'habituent hein...

« *Bah Noctran et Rivotril bientôt euh ...* » Oui. « *D'accord* ».

7) *Euh, qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomnieuses chroniques ?*

Silence.

« *A votre niveau euh ?* »

L'avis d'un spécialiste. « *L'avis d'un spécialiste ?* » Oui, parce que parfois c'est bien d'avoir quelqu'un de neutre qui, qui peut prendre du recul sur le patient ou... Parfois nous on connaît trop les gens pour leur dire euh, bah en fait votre insomnie c'est qu'une dépression et les gens l'entendent plus facilement quand ça vient de quelqu'un qui a un avis d'expert et qui est plus objectif, qui est plus neutre. « *D'accord. Et au niveau de la formation plutôt ou type littérature, vous avez ce genre de chose à portée de main pour euh, pour vous former vous sur les insomnies ?* » Et ben, pas spécialement non, ((rire médecin)) j'en ressens pas le besoin. « *D'accord* ».

8) *Quelles causes d'insomnies chroniques primaires vous retenez lors de vos consultations ?*

Ben c'est souvent sans cause. Le plus souvent hein. Et après, ben c'est dans un contexte le plus souvent de dépression hein. C'est ce qui revient : les troubles du sommeil avec la dépression.

9) « Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordées au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter sur les insomnies ? »

Ben non, pas spécialement, non.

D'accord.

Informations complémentaires :

Age : 47 ans.

Sexe : homme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet libéral seul

Type de patientèle : Agée.

Moyens de formation : groupe de pairs, association de formation continue, et puis FMC (4 programmes/an)

Pas de formation faite en FMC sur l'insomnie.

ANNEXE DR M3 :

Mais ça peut être intéressant [les formations] dans l'optique du sevrage. Voilà, parce que normalement, c'est ce qu'on devrait proposer même aux chroniques mais quand c'est des personnes très âgées et qui ont l'habitude depuis des années, avec une bonne tolérance euh, on a du mal à arrêter. Et parfois ça ne donne pas forcément des troubles de la mémoire et tout hein. J'ai une dame de 103 ans qui prends du Lexomil, c'est pas recommandé et tout, mais elle est très claire au niveau cérébral, il n'y a pas de problème. (Rire Médecin).

Interview du Médecin 4

Le 30/01/12, durée : 23 minutes et 20 secondes

« Je vous rappelle notre définition pour la thèse des insomnies : Alors les insomnies chroniques primaires, notre sujet, c'est des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, ou des réveils précoces, ET ayant des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, ça se passe plus de 3 nuits par semaine, pendant plus d'un mois. On exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, psychiatriques sauf la dépression. »

D'accord. *« D'accord.*

1) Voilà, donc si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ?»

Alors euh, moi, la plupart du temps je dirais que c'est pas l'insomnie qui motive la consultation. En général, c'est autre chose hein, l'insomnie étant presque le, presque le, le médicament à rajouter à la fin sur la consultation. Je pense que l'insomnie est notre pain quotidien, et j'ai l'impression que c'est quand même exceptionnel que quelqu'un vienne pour une insomnie. Ou alors voilà, enfin, l'insomnie peut être l'un des signes de la, de la dépression par exemple, mais euh j'ai l'impression que l'insomnie ça fait partie d'un, enfin je dirais d'une chose presque secondaire dans la vie des gens la plupart du temps et c'est, et c'est le traitement complémentaire qu'on dit bien au docteur à la fin : vous n'oubliez pas mon Temesta docteur ? Hein, voilà. *« D'accord donc c'est un symptôme parmi d'autre ?»* Moi j'ai l'impression oui que c'est, c'est exceptionnel que les gens viennent pour l'insomnie quoi. Ou alors ceux qui viennent pour l'insomnie, c'est une insomnie euh, récente, par exemple au retour d'un voyage dans l'autre hémisphère où il y a eu un décalage horaire où il faut éventuellement se recalculer, donc là ils viendraient pour avoir éventuellement une boîte de 7 jours de somnifère histoire de recalculer, de recalculer leur rythme nocturne et diurne...Mais je n'ai pas l'impression que l'insomnie est le, est le, disons la demande qui justifie la, la consultation.

« D'accord, donc » Je ne vous fais pas trop de baratin, hein, ça va ? *« Non, non, c'est très bien.*

Pouvez-vous nous expliciter comment le sujet de l'insomnie est-il abordé lors de la consultation ? Si c'est pas abordé... Enfin, si, bon. A quel moment du coup de la consultation ? »

Alors, ça dépend. Si c'est une consultation pour une dépression, ça fera parti du, ça fera parti de ma liste de questions qui est, qui est bien noté dans l'ordinateur, je crois que c'est le DSM-IV, je crois que c'est le IV hein, voilà, et donc là ça fait parti des, insomnies/hypersomnies, donc ça fait parti du questionnement classique pour prendre une décision d'un, d'un traitement antidépresseur. Et éventuellement au départ d'un, d'un somnifère associé, euh le temps que l'antidépresseur soit efficace, euh, sinon... Le reste du temps je pense que c'est, mais peut-être parce que je suis un vieux routier et que c'est, c'est un peu la lassitude, euh, c'est peut-être une question euh qui arrive en fin, en fin de consultation dans la mesure où quand on voit, enfin, moi qui suis un, un vieux, donc j'ai une patientèle correspondante hein en général, donc une fois qu'on a passé en revue la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie, la neurologie, et la rhumatologie, c'est vrai que l'insomnie euh paraît euh, paraît euh, enfin, si je dis que c'est secondaire, c'est peut-être méchant mais bon, ça paraît pas être le problème dominant au milieu d'une polypathologie avec une polythérapie quoi. Hein. « *Donc c'est í* » Et puis peut-être que moi j'ai connu l'époque où on ne se posait pas toutes ces questions sur les benzodiazépines en autre hein ; c'était le Temesta qui avait le vent en poupe, moi j'ai des patients qui doivent avoir du Temesta depuis 40 ans et donc a une époque il y a une dizaine d'année on a essayé de, euh, il y a eu une grande vague où il fallait qu'on essaye d'arrêter les somnifères, d'essayer de mettre, euh, d'enlever les benzodiazépines et puis tous les essais, j'ai eu l'impression mais aussi bien pour moi mais pour mes collègues, parce que je serais tout seul, je dirais bon, c'est parce que je suis un mauvais et que j'ai pas su faire mais j'ai eu l'impression que c'était quand même général, et que on avait du mal à enlever ses somnifères que les gens avaient depuis un certains temps. Par contre, maintenant, quand il m'arrive dans prescrire et de démarrer un traitement, euh, c'est avec un deal de dire au gens : bon, je vous le mets, peut-être pour 14 jours, peut-être pour un mois, peut-être pour 2 mois, mais après on envisage, enfin je leur mets les choses euh, noir sur blanc en disant que peut-être on induira des troubles mnésiques par la suite quoi. J'ai pas dit trop de chose là ? « *C'est pas grave* » . ((Rire de Modérateur et du médecin)) « *C'est intéressant* »

« *Alors du coup si on reprends la question, euh, le sujet de l'insomnie il est abordé aussi bien par vous, que par le patient ?* » Aussi bien, par euh, voilà, il sera abordé, il sera abordé par moi, systématiquement si c'est, si c'est un essai de diagnostic de dépression, pour voir si on est dans une vraie dépression, et si on met des antidépresseurs. Si c'est pas, euh, s'il n'y a pas une

dépression à rechercher, que c'est, que c'est quelque chose qui accompagne d'autres pathologies, c'est vrai qu'il arrivera probablement dans les dernières questions posées quoi. « *D'accord* »

2) « *Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?* »

(10.0) ((Soupire.))

Alors, même, même chose, c'est à dire, quand c'est la dépression, ça fait parti du cortège des, des enfin du cortège possible des signes diagnostiques de la dépression, donc ça fait parti d'une gêne, quelqu'un qui n'avait pas de problème d'insomnie, et qui, pas du jour au lendemain, mais semaines, après semaines, voit apparaître entre autre une insomnie avec d'autres signes de la dépression, euh, c'est gênant dans sa vie quotidienne. Je pense que, ceux qui ont euh, une insomnie depuis X années, pour ne pas dire depuis plusieurs décennies, euh, c'est euh, je dirais ils se sont habitués au, ils se sont habitués au problème. Et je, euh, je suis pas sûr, je suis pas sûr que quand les gens viennent pour un syndrome d'apnée de sommeil, euh, ce soit l'insomnie euh qui soit le premier facteur qui les fait s'interroger sur quelque chose qui pourrait faciliter le l'apparition de l'insomnie. Est ce que c'est clair ce que j'ai dit ? « *Oui* »

3) « *Qu'est ce que vous ressentez face à la plainte d'insomnie des patients ? D'insomnie chronique toujours.* »

Un désarroi. Parce que je sais que je suis pas sûr que je vais être extraordinaire sur le plan prise en charge. Je vais essayer de leur expliquer les tenants, les aboutissants, les, essayer de trouver dans leur vie, ou dans enfin dans ce qui s'est passé ces derniers temps, une, un, un motif à quelque chose dans leur vie personnelle, professionnelle, qui aurait pu être le facteur déclenchant de l'apparition de, de l'insomnie, mais euh, je suis pas sûr que ça ça suffira pour régler le problème de leur expliquer, peut-être qu'ils ont déménagé, que, ou que ils se sont fâchés avec leur conjoint, ou que ça va pas au boulot, et que, ça suffira pas de leur expliquer à mon avis, ils viennent, enfin j'ai l'impression, mais peut-être parce que je suis d'une vieille génération, euh que les gens viennent pour qu'on leur file une béquille et une béquille c'est la benzodiazépine ou assimilée quoi.

« *Vous pensez que vous manquez de connaissances ou euh manquez de moyens thérapeutiques par rapport à ... ?* »

De connaissance, je ne pense pas, sans être euh, prétentieux. Pour avoir participé à plusieurs séminaires de 2 jours organisés dans le cadre de la FMC nationale, formation médicale continue nationale, donc , donc c'est des choses auxquels euh, je dirais je me suis intéressé, ou

je suis allé faire des, des séminaires de travail pour voir comment il fallait aborder, et, mais j'avais l'impression que c'était fabuleux quand on faisait le séminaire, que là on allait résoudre tous les problèmes d'insomnie ou 90% et puis une fois qu'on est sur le terrain là, on se rend compte que bon ben, c'est moins évident hein. Et puis toujours, quand on, quand on fait une consultation, quand, moi je fais des consultations qui doivent durer au moins une demi-heure, donc, quand j'ai abordé euh, la cardiologie, la neurologie, etc., au bout d'une demi-heure, je ne me vois pas me relancer dans un questionnement euh de, de, de, sur l'insomnie, qui repartirai pour un quart d'heure, parce que je me dis, bon je, je vais pas m'en sortir quoi. « *Donc c'est le manque de temps aussi.* » C'est le manque de temps. Parce que je pense que si on est honnête, qu'on essaie de faire de la bonne médecine, et qu'on est dans le secteur 1, il faut quand même en fin de journée qu'il rentre quelques sous dans la caisse pour payer les charges. Sans être euh, sans vouloir avoir euh, le yacht à St Trop', le studio à l'Alpes d'Huez, etc. euh... « *Vous pouvez reconvoquer vos patients euh pour ce genre de consult- ?* » Alors, moi, j'ai, j'ai eu l'impression, pour avoir fait à un moment, mais peut-être que c'est moi qui le voit comme ça, moi j'ai fait une DU de nutrition et donc je m'étais dit, je vais m'investir dans la nutrition et j'ai eu l'impression que c'était extrêmement difficile, après une, une consultation de médecine générale classique, de dire aux gens, je vous fais revenir pour une consultation que pour ça. Parce que c'est vrai que quand on participe à des séminaires de formation, ils nous disent toujours : ah, bah il faut reconvoquer votre patient. Pour le sommeil par exemple, pour l'insomnie, il faut une consultation spéciale, spécifique dédiée à ça, pour euh, pour l'hypertension pareil, pour la nutrition pareil, et ça paraît extrêmement difficile ; les gens, ils ont du mal je pense à comprendre, ils viennent, ils sortent tout leur paquet de symptômes, et je pense qu'ils, enfin moi j'ai l'impression qu'ils auraient du mal à piger qu'on les fasse revenir pour une seule chose, et qu'on leur reprennent 23 euros quoi, c'est , c'est ça.

« *D'accord.* »

4) « *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer au patient ? Toutes les options.* »

Oh, toutes les options alors d'abord changer de partenaire, changer de travail, euh, déménager, et puis, et puis, finalement bah, la solution qui est peut-être la plus facile c'est les benzodiazépines ou les somnifères quoi. « *D'accord, dans les, donc euh, changement de mode de vie, et médicamenteux ?* » Voilà. « *Vous avez d'autres choses euh en tête qui ne soit pas médicamenteux et ... mode de vie auquel vous ... ?* » Non bah c'est ça. De temps en temps je dis en souriant aux dames, prenez un amant, et puis vous verrez, sur le plan thérapeutique ce sera

naturel, ça ne sera pas de la chimie, et vous verrez si ça, ça améliore les choses. ((Rire médecin)).

5) « *Alors face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ?* »

Silence 5sec.

Le choix thérapeutique, je pense, il est fonction de, de la, de la capacité de la personne à comprendre mes explications. Enfin disons, si je sens quelqu'un à qui je peux essayer d'expliquer et qu'on peut faire des essais de, de, enfin de, ou de diminution ou de suppression, mais c'est pas évident de, d'avoir des patients à qui on peut expliquer que, que... C'est pour les chroniques hein là ? On est d'accord ? « *Oui, oui, on parle toujours des chroniques.* » Voilà, parce que quand ils ont leur Temesta depuis 10, 15, 20 ou 30 ans, à mon avis, ils sont fermés à toute explication et à toute modification thérapeutique hein. « *Ils ont tout essayés ?* » Je sais pas s'ils ont tout essayés, ils ont surtout essayé le Temesta et à mon avis le Temesta assure des nuits euh extraordinaires hein. « *D'accord* ». Enfin, apparemment, apparemment... Apparemment euh correctes quoi.

6) « *Alors justement, quand est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des thérapies médicamenteuses (donc médicamenteuses : benzo, hypnotiques, neuroleptiques...) au long cours ? Est ce que vous essayez de les sevrer ou euh ?* »

Alors, je vous dis, j'ai essayé il y a, ça doit faire il y a une dizaine d'année, parce que il était sorti un, un médicament dont le nom m'échappe parce qu'après j'ai abandonné de le prescrire, euh, parce que ça marchait moins bien que les benzo hein, les gens qui avaient des benzo, on leur mettait ça derrière, ça les, ça marchait pas... Et alors que les éminents spécialistes psychiatres et autres nous disait : si, si, faut faire comme ci, faut faire comme ça... Mais dans la vraie vie du cabinet ça ne marchait pas. Donc euh, c'est vrai que... Moi, je suis philosophe, quelqu'un qui a du Temesta depuis 30 ans, je ne vais pas l'enlever, et je suis pas sûr qu'en l'enlevant, je lui rende service sur le plan de la qualité de vie, et est ce que je le protégerais contre des troubles mnésiques futurs, je suis pas sûr ; enfin, je suis pas sûr euh...

« *Donc dans la question... La question suivante nous demandait quelles solutions apportez vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours...?* »

Alors, j'ai essayé il y a, donc je vous le dis, il y a, je sais pas, il doit y avoir une dizaine d'année à peu près... Et j'ai essayé, je m'y suis, je m'y suis mis hein euh, sérieusement, bon peut-être pas chez ceux qui avaient du Temesta depuis 30 ans hein mais, sur ceux où c'était

plus récent, plus jeune, plus récent, et et moi j'ai pas eu l'impression d'avoir des résultats, je dirais que les résultats ça a été voisin de zéro quoi !

« *Donc zéro, donc pas de solution quoi* » Donc j'essaye chez les nouveaux de leur dire si possible qu'on part pas pour euh, 20, 30, 40 ou 50 ans de benzo, on essaye de faire quelque chose de court, mais pour ceux qui y sont depuis « X » années, euh, je ne me vois pas me lancer dans un, dans une activité pour, enfin pour essayer de les convaincre enfin, je pense, enfin, j'ai l'impression que je n'y arriverai pas. « *D'accord* ».

7) « *Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomnies chroniques ? Est ce qu'il y aurait un moyen de pour euh... vous m'aviez parlé de FMC, ça vous a aidé ?* »

Oui, oui, ben disons, ça, ça, si, si ça a aidé pour essayer de voir si, de voir quand même euh, pour ceux qui ont des insomnies récentes hein. Ceux qui ont des insomnies chroniques depuis très longtemps ((souple)), je suis pas sûr qu'on puisse faire quelque chose de, de particulier, enfin c'est, c'est, c'est peut-être ma vision défaitiste, hein... Et ceux qui ont, ceux chez qui c'est réi récent, enfin quelques mois, quelque tout ça, euh, c'est sûr que les FMC ont pu apporter des, des envies, de dire on, on va essayer de, de ne pas tomber dans le, dans le travers de, bah de mettre une benzo pour pas s'emmerder si j'ose dire, et puis on part après pour un traitement au long cours, enfin définitif quoi.

« *Et vous avez des, des recommandations à portée de main euh, qui sont facilement accessible ou, qui vous aide, ou que vous consulter ?* » Non, je pense que les recommandations elle sont là hein (il montre sa tête), ou là (il montre l'ordinateur). « *Ou là, donc sur internet ?* » Non, non, sur mon ordinateur ou j'ai, ou j'ai un dossier où il y a toutes les différentes spécialités, les, les, les conduites à tenir, les thérapeutiques de base, les, les questionnements à poser ou... « *D'accord. C'est des sources que vous avez trouvé où en fait ? C'est vous qui vous êtes fait... c'est vos cours d'étudiant, c'est ... ?* » Oui, oui, oui, oui, c'est mon, enfin c'est notre dossier euh, qu'on s'est construit petit à petit ouais. « *D'accord* ». Donc soit à partir de la littérature, soit à partir des réunions de FMC où on participe et on, on se fait des résumés euh, pratiques à la fin.

8) « *Une autre question : quelles causes d'insomnies chronique primaires retenir-vous lors de vos consultations ?* »

(12.0) ((Souple.))

Je... Il y a probablement les, les comment, les difficultés professionnelles... ((Quelqu'un frappe à la porte, le médecin va voir))

Alors est ce que je réponds correctement à vos questions ?

« *Oui. Vous avez commencé à répondre à quelles causes d'insomnies retenez-vous ? Par le travail ?* » Voilà, moi je dis que si tout le monde a du travail, tout le monde est bien dans sa peau, et si les, les chefs ou les, ou le management des entreprises était moins agressif et tout ça, il y aurait probablement moins de problèmes, moins de dépression, moins d'insomnie, donc je pense que le boulot est un, est une cause quand même non négligeable. Après il y a, il y a probablement on va dire au sens large les conjugopathies, hein, c'est... Et puis euh... ((Soupire.)) Je sais pas, est ce que, ouais, après il y a la dépression, enfin il y a la dépression éventuellement je crois c'est que... « *Bien sûr.* »

9) *Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordées dans le questionnaire qui vous viendrait à l'esprit sur les insomnies chroniques ? Que vous avez envie de rajouter, euh ?* »

(3.0)

Non, non, la seule chose que, que je rajouterai c'est qu'on nous montre du doigt en nous disant qu'on prescrit trop de tranquillisants et trop de somnifères en France, mais moi je dirais que quand quelqu'un est dans mon bureau, c'est soit un tranquillisant, soit il va se jeter à l'Isère en sortant. C'est pas moi qui vais aller pouvoir lui tenir la main euh jour et nuit en lui disant : il fait pas faire ça mon petit monsieur ou ma petite dame ; donc c'est vrai que la benzodiazépine est souvent la béquille qui nous aide à, je sais pas si on a bien fait, mais qui nous aide à avoir l'impression d'avoir fait quelque chose, même si c'est pas parfait, c'est, je pense que ça évite quand même un certain nombre de suicides à mon avis hein. Ce sera des grandes discussions avec les psychiatres, mais. « *Du coup parce que en France on est plus utilisateur qu'ailleurs que ... de benzo ou de chose comme ça ...* » C'est parce que je pense que les français sont plus sensibles, sont des gens très sensibles. ((Rire Modérateur)). « *D'accord, donc la sensibilité des Français, cause d'insomnie primaire.* » ((Rire Modérateur)). Ben ou peut-être, ou peut-être qu'il y a eu un côté pervers, mais après là on se lance dans des discussions philosophiques, politiques et tout, il y a peut-être eu le côté pervers aussi de, du système de sécurité sociale qui prenait tout en charge. Donc c'est à dire vous pouvez bouffer 10 médicaments, enfin, jusqu'à une certaine date c'était remboursé, pourquoi s'en priver hein ? Donc ça a peut-être été une chose aussi un peu, un peu perverse ça hein. Bon bien que tout le monde puisse se soigner, il faudrait probablement qu'il y ait quelques barrières à, aux abus, et à la surconsommation. « *Donc le déremboursement des benzo, ce serait une solution ?* » ((Soupire)). Je suis pas sûr. Je suis pas sûr que le déremboursement des benzo parce que, on est passé pour la prescription des somnifères de 3 mois, à un mois, et je dirais, maintenant pour parler poliment, on est emmerdé par tous ces gens qui tous les mois viennent pour qu'on

renouvelle le somnifère parce que, quelqu'un qui à un somnifère depuis 10, 20 ou 30 ans, on ne va pas l'arrêter, même avec toutes les, tout, tout ce qu'on peut mettre comme énergie euh, comme discussion et tout, c'est voué à l'échec hein, je pense.

'D'accord.»

Informations complémentaires :

Age : 63 ans.

Sexe : homme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet de groupe avec sa fille

Type de patientèle : âgée.

Moyens de formation par FMC, séminaire payant, soirée organisée par des labo

2 FMC sur l'insomnie il y a plus de 3, 4 ou 5 ans.

Annexe Dr 4 :

En rapport avec la question 4 :

« Est ce que ça vous arrive d'orienter des patients déjà vers des spécialistes ? Pour ce problème ? »

Pour les insomnies ? *« Ouais.»*

Oui, oui, je pense que dans certain cas où c'est, c'est un vrai gros problème et où on a, on a l'impression de pas maîtriser vraiment, enfin, de pas euh..., enfin je pense c'est surtout dans les terrains dépressifs hein, où c'est difficile, il y a des fois c'est difficile parce que bon la dépression je dirais c'est quasiment notre pain quotidien hein, et donc il y a des fois où il y a des gens où c'est extrêmement difficile, on n'a pas l'impression d'avancer au bout de quelques mois, donc on est amené à, à adresser au psychiatre hein je pense. *« Au psychiatre »*. Ouais. *« Les spécialistes du sommeil euh, vous... ? Sonnerie de téléphone. Si, si il y a le spécialiste du sommeil aussi oui, oui, oui. « D'accord, et des thérapies cognitives euh, comportementale tout ça, ça vous en... ? »*Oui, si, pas souvent mais si, si ça arrive hein, ouais. Ouais, ouais. Et après... Pardon ((il décroche)). Je pense aussi c'est fonction du niveau euh, je dirais intellectuel du patient aussi hein, parce que je pense que les thérapies euh cognitivo-comportementales il faut quand même euh, enfin il faut pas être benêt pour arriver à tirer profit de ce genre de chose hein. *« Il faut être ouvert peut-être ? ...plus ouvert? »*Ouvert et puis je pense qu'il faut avoir peut-être un certain, enfin, je sais pas si c'est un certain niveau

intellectuel, bon y a peut-être pas besoin d'avoir fait maths sup mais, bon, je pense qu'il faut quand même un, un état d'esprit capable de, de, d'appréhender ça.

Interview du Médecin 5

Le 6/02/12, durée : 19 minutes 35 secondes.

« Notre thèse sur les insomnies chroniques primaires, je vous rappelle la définition : alors l'insomnie chronique primaire c'est des difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou des réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, ça se passe plus de 3 nuits par semaine, pendant plus d'un mois, et on exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, les pathologies psychiatriques sauf la dépression. Ça, c'est notre définition.

1) Donc première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? »

Les décrire ?

« Comment ça s'est passé ? »

Euh, c'est généralement pas un sujet qui est abordé euh, d'emblée. C'est souvent un sujet qui est, euh, qui est annoncé secondairement voire euh ((rire médecin)), en toute fin de consultation. C'est souvent un sujet qui ressort euh, a propos d'autres motifs de consultation comme la fatigue, comme euh, comme euh des troubles anxiodépressifs ou euh, voilà, sans, sans pour autant que ça soit euh une vraie dépression puisque vous avez retiré ((rire médecin)) la dépression de la définition. « Non la dépression elle rentre dans la définition » Elle rentre dans la définition ? « sauf les autres pathologies psychiatriques. » Euh, voilà. « d'accord » C'est une consultation, après au niveau qualitatif c'est une consultation euh, c'est une consultation qui est compliquée parce que euh, si elle est abordée sur le moment bah ça prend du temps et donc euh, et donc du coup euh, du coup euh, on va être forcément obligée de la décaler ; euh, c'est une consultation, c'est des patients qui sont en souffrance, donc euh, donc ils ne sont pas toujours réceptifs euh, et qui sont très en demande de traitement et qui sont euh, et qui sont euh pas toujours réceptifs au, au message temps qu'on veut essayé leur faire passer. « D'accord, donc le sujet de l'insomnie il est abordé euh, si je vous reprends aussi bien par vous que par les, plus par les malades plutôt. » C'est souvent par les malades, euh, si c'est un euh, oui, s'il n'y a pas d'autres symptômes et par moi si il y a des symptômes qui peuvent faire évoquer une insomnie. « Type euh, pathologies dépressives euh » . Type euh,

voilà, pathologies anxieuses ou dépressives, type symptômes associés comme euh, comme euh:::, comme des troubles de la vigilance, des troubles de l'équilibre des choses comme ça.

2) « *Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?* »

Quel sont les motifs qui amènent ...?

« *Les motivations.* »

Les motivations. Euh, bah je pense c'est ce que je disais c'est les patients qui sont en souffrance, euh:::, euh... La motivation principale ? Euh je pense que c'est euh, c'est souvent le ressenti par rapport à l'entourage, l'irritabilité euh, c'est des patients ouais qui sont en difficultés avec leur entourage sans qu'ils le reconnaissent vraiment et puis euh, et puis c'est, ouais, c'est des patients qui sont, quand ils l'abordent ils sont souvent, ils sont souvent très, ils craquent un peu nerveusement hein. « *D'accord donc euh, c'est l'impact sur la qualité de vie ? En premier ?* » L'impact, Ah oui, dans les, dans le ressenti, l'impact sur la qualité de vie euh, certainement oui. L'impact sur la qualité de vie, le regard des autres, euh, ... Voilà comme ça c'est ce qui me vient en première idée mais après euh... ((Rire médecin)) Il faut mettre le Diesel en route. « *Ils ont essayés d'autres choses avant de venir vous voir ou euh...?* »

Ils ont euh... Alors soit ils ont essayé d'autres choses, euh, et ils arrivent vraiment pour une demande de traitement, soit euh, soit ils ont pas conscience vraiment du problème et du ressen-... et du retentissement. C'est à dire ils se disent : ils ne dorment pas vraiment, ça les embête, mais ils se rendent pas compte que après derrière c'est un peu leur euh, leurs journées, enfin, ils fonctionnent plus normalement quoi. C'est à dire qu'ils réfléchissent à coté, ils se mettent en, ils se mettent en difficulté sans s'en rendre compte euh,... Donc je pense que c'est, c'est surtout ça. « *On vient vous voir parce que justement, parce qu'on a des difficultés à réfléchir la journée, des choses comme ça.* » Difficultés à réfléchir la journée, euh,... La fatigue, la fatigue je pense que c'est vraiment la motivation principale euh, en général de ces, de ces patients. « *Très bien.* »

3) *Donc quelles difficultés ressentez vous face cette plainte ? L'insomnie est ce que ça vous pose problème ?* »

Euh, d'emblée oui. ((Rire médecin)). D'emblée oui, parce que je sais que ça va être une consultation compliquée, longue et qui va, qui va devoir sonder euh en profondeur le patient ; donc c'est une consultation qui me pose problème parce que je sais que moi, il va falloir du temps, il va falloir de l'énergie, et il va falloir de la patience ((Rire médecin)), et à coté, j'ai en face de moi des patients qui sont euh, qui sont peu recept-... enfin qui sont pressés ; qui sont dans une demande urgente et euh, et une grande souffrance. Donc du coup euh, du coup, c'est

difficile d'articuler tout ça euh, rapidement. « *D'accord* » Euh, *vous vous sentez que vous manquez de connaissance sur le sujet ou pas forcément ?* » Euh, je pense que je suis généraliste et que donc je ne suis pas un spécialiste dans les troubles du sommeil, malgré tout euh, je pense que je suis relativement armé pour aborder ce sujet, euh, sans pour autant résoudre moi-même toujours euh le problème, mais au moins le, le, le dépister peut-être, le, l'analyser sûrement et puis essayer de s'orienter après euh, si, si je ne peux pas trouver une solution moi-même. « *D'accord.* » Je pense que c'est notre rôle. ((Rire médecin))

4) « *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer, au patient ?* »

Les alternatives thérapeutiques ? « *Ouais, tout...* » Euh, à, aux médicaments vous voulez dire ? « *Ils en font partis mais euh...enfin, parmi les médicaments et parmi les autres options, qu'est ce que vous avez ? Quelles thérapeutiques on peut euh, on peut utiliser c'est ça en gros ?* » C'est pas des alternatives alors ? Euh, ((Racler de gorge)), Je pense que la première c'est d'essayer de, de comprendre le..., c'est ce qui est fait un peu dans les centres de, de sommeil, c'est d'essayer déjà de comprendre d'où vient le, d'où vient le trouble. Donc effectivement une fois qu'on a éliminé les pathologies organiques tel que l'apnée du sommeil ou des choses comme ça euh, c'est de voir euh, de voir éventuellement quel, sur quel, de quel terrain il s'agit, euh, et je pense traiter la cause, la cause profonde de ce trouble : si c'est, si c'est une fatigue euh liée à un, un manque, un trouble organique ou autre, ben régler ce trouble, si c'est une fatigue liée à un trouble anxieux ou à, et ben essayer euh, euh, déjà d'en parler, éventuellement de de de d'initier des thérapies euh, ce que je fais pas, et puis, ou en tout cas très sommairement, mais j'oriente, et puis euh, et puis éventuellement euh effectivement essayer euh, en attendant des des traitements. Euh les traitements pour moi ils sont de de de plusieurs nature hein, éventuellement du moment qu'ils permettent de gagner du temps ((Rire médecin)) euh, ils peuvent être d'ordre homéopathique euh, phytothérapeutique, euh, voire même euh, voire même allopathique euh dans certains cas pour euh, pour essayer de passer le cap. « *D'accord, donc vous proposez pas forcément de médicaments ou de...* » Euh le moins possible non, non, non, non. Euh non. Je pense que j'ai beaucoup changé de d'attitude par rapport à ce problème euh, ces derniers temps ((Rire médecin)). « *Avec l'actualité... Et vous orientez vers des spécialistes ?* » J'oriente vers des spécialistes oui. « *D'accord. Et vous savez lesquels non ?* » euh oui, je sais lesquels, je travaille euh, volontiers avec le centre de santé du sommeil à ... à... si si je veux analyser en fait le sommeil essayer de comprendre si j'ai pas d'idée comme ça euh, toute simple ou si, parfois ça peut être aussi pour euh pour gagner du temps ou pour, pour faire prendre conscience au patient de son problème, euh, ça

peut être aussi avec des thérapeutes euh, des thérapeutes euh autour de moi si j'ai analysé un peu plus précisément le problème et que je pense que c'est un problème euh psychologique.

5) « *Donc euh face, vous m'avez déjà en parti répondu mais euh, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix ?* » Au facteur, au, au patient pardon ?

« *Parmi toutes les options thérapeutiques qu'on a dit, est ce qu'il y a des facteurs qui déterminent le choix euh thérapeutique ?* »

(Changement de pile du dictaphone)

« *Alors en fait j'étais en train de vous demander : quels facteurs déterminent votre choix, enfin qu'est ce qui vous aide euh, pour euh, pour euh traiter le patient, parmi tous les choix thérapeutiques que vous m'avez dit ?* »

Qu'est ce qui m'aide ? « *Ouais.* »

Euh, euh, j'essaie d'abord de partir sur des médicaments qui ont un rapport bénéfice/risque le plus euh, le plus favorable pour le patient sachant que euh, sachant que souvent euh, même si on utilise des traitements allopathiques euh, en plus, ça va, ça va fonctionner un temps et tant qu'on n'a pas résolu le problème ça va, ça va, ça, ça, ça, ça va pas le régler. Euh donc euh, donc ce que je choisis, euh, ça dépend déjà de la demande du patient, parce que le patient est pas toujours en, en demande de traitement, il est souvent en demande de euh, de guérir ; euh, ça dépend du problème effectivement, si c'est un problème anxio-dépressif , euh je vais favoriser euh le traitement de l'anxiété ou, ou de la dépression ou euh, ou au moins de l'anxiété , enfin dans un premier temps de l'anxiété peut-être et puis, et puis dans un deuxième temps de la dépression, et puis si par contre il y a une demande de, express de traitement euh, qu'est ce que je vais choisir, je vais choisir en général euh, ben selon un peu les, selon un peu la représentation du patient du médicament. S'il n'est pas opposé à un traitement euh homéopathique voire au contraire favorable, plutôt celui ci, et puis éventuellement s'ils sont euh, en demande de traitement allopathiques, euh, préférer un traitement à base de phytothérapie euh, bien que parfois le prix soit un obstacle pour le patient et qu'ils le disent pas forcément, d'ailleurs ((rire médecin)), ils s'en rendent compte à la pharmacie. Voilà.

« *Ouais. D'accord donc c'est surtout le choix du patient et votre expérience par rapport au ...au médicament ?* » Bah c'est surtout le rapport bénéfice/risque d'abord et puis euh, et puis après le choix du... la représentation du choix du patient

6) « *Alors on va parler un petit peu des thérapies médicamenteuses : est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des thérapies médicamenteuses (type Benzo, hypnotique, Neuroleptique...) au long cours ?* »

Bah oui, forcément ((rire médecin)). « *Oui.* » Oui. « *Qu'est ce que...Vous rencontrez des difficultés par rapport à quoi ? Par rapport à leur sevrage ou euh, parce que vous pouvez pas... ?* »

Ben déjà ça dépend de leur euh, de leur âge. Euh forcément, à fortiori si c'est des personnes âgées, euh, et que c'est des benzodiazépines à demi vie longues, euh, d'autre part parce que je sais que ça va être euh, ça va être un travail difficile de de sevrage si euh, si tant est qu'on puisse l'envisager et puis euh, et puis enfin parce que je me dis que c'est des patients qui ont trouvé un équilibre euh, ou qui sont enraciné comme ça en pensant que, bah ils sont pas forcément bien mais ils sont, ils ont peur que ce soit pire, et donc du coup, voilà je, du coup ça va être très difficile de leur euh, de leur enlever. '« *Donc on n'a pas d'autres options à leur proposer en fait.* » D'options bien sûr on peut leur proposer d'autres choses, euh, mais après ça dépend complètement du patient, ça dépend de la façon dont il ressent, ça dépend de, euh, du message déjà qu'il a, qu'il a reçu sur euh, sur les risques par rapport à ces benzodiazépines, je pense que l'actualité joue plutôt en notre faveur, euh, ça dépend de sa représentation de son médicament, de sa maladie et de son... Donc c'est, c'est c'est, ça dépend de beaucoup de facteur. Mais euh, mais bien sûr qu'on a des alternatives, euh, moi ce que j'essaie de faire dans un premier temps c'est de, de switcher sur euh, euh, sur des demi vies courtes déjà euh, de, de benzodiazépines s'ils sont sous benzodiazépines à demi vie longue, et puis euh, et puis petit à petit essayer de leur faire comprendre que c'est pas la, la solution et de, d'aller vers des, vers d'autres traitements voir pas de traitement du tout.

« *D'accord.* »

Donc en fait la question d'après c'était quelles solutions apportez vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ? Au final, vous m'avez répondu...» Ouais, ouais, de...bah voilà ça, c'est à dire que il y en a ils sont près à arrêter complètement en fait parce que... Enfin, c'est rare. ((Rire médecin)) Enfin c'est rare.... Et puis euh, d'autres euh, d'autres euh, ouais d'autres, enfin j'essaie de leur euh, de leur faire comprendre que euh, que c'est plus intéressant pour eux d'utiliser pour eux d'utiliser des demi-vies courte en leur expliquant le, en leur expliquant le, les, le fonctionnement de ces, ces molécules.

« *D'accord. Ça vous satisfait ces solutions ?* »

Euh, complètement ((Rire médecin)). Euh, non, non. « *Pas complètement ?* » Non, enfin, oui, oui dans un, oui, enfin, oui parce que c'est la moins pire mais euh, mais, mais non parce que, parce que en fait je me dis que le problème il était à la base, c'est à dire en instaurant cette demi vie longue, et en le renouvelant. Donc c'était ça le, le souci.

7) « *Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?* »

Qu'est ce qui pourrait m'aider::: ?

Du temps, d'abord. Ce qu'on n'a pas toujours... euh, une formation active sur le sujet c'est à dire avec euh, avec des pistes de prise en charge euh, d'emblée, et puis surtout un bon réseau assez interactif éventuellement, euh pour euh, pour pouvoir euh prendre en charge rapidement, enfin les patients je pense qu'ils sont en demande rapide et donc pouvoir les prendre en charge rapidement sur leur problème euh, je pense que ça serait intéressant .

« *Donc un bon réseau, des recommandations précises qui disent tel patient, hop euh...* » Oui, Oui, Oui. C'est vrai que c'est pas ça en premier. Et puis euh, oui, c'est ça.

« *D'accord. Vous avez accès à des recommandations facilement vous sur euh ?* » Oui, oui, oui, oui. Mais c'est, c'est pas tant les recommandations, parce que les recommandations c'est qu'un, c'est qu'un , c'est des espèces de bornes en fait ((rire médecin)), euh, ce qui, ce qui est intéressant, c'est euh, c'est plus une formation, c'est à dire que maintenant on est plus dans les, c'est plus un problème d'éducation des patients donc ça fait appel aux techniques de, d'éducation des patients et c'est beaucoup plus interactif et beaucoup plus en rapport avec l'EBM. « *Donc faudrait plutôt former les patients que les médecins ?* ». Il faudrait former les patients, ((rire médecin)), et il faudrait former les médecins, mais, mais, je parle pas au nom des médecins je parle à mon nom, euh, je me suis formé sur le sujet donc euh, j'en parle plus facilement, mais euh, mais malgré tout euh, malgré tout je pense qu'on a toujours à apprendre. « *D'accord* » .

8) « *Quelles causes d'insomnie reprenez-vous lors de vos consultations ?* »

Causes d'insomnie ? « *Ouais, en gros, globalement, d'insomnie chronique primaire ?* »

Euh, énumérer les causes ? euh, je je pense que la première je pense que c'est quand même le trouble euh, le trouble anxio-dépressif, anxieux dépressif. Après euh, qu'est ce qui aurait comme cause, euh... Les, bah bien sur tout ce qui est euh mode de vie : les excitants, la consommation d'excitants, le, le travail euh, le travail tard euh, le travail sur les écrans tard, euh, les douches que souvent les patients prennent le soir euh, les, euh, la cinétique aussi de certains médicaments qu'ils pourraient consommer à coté euh, les, ou même les, les effets secondaires de certains traitements euh, ... Quoi d'autre euh ? Le fait de manger beaucoup le soir, ou de manger tard ou euh, des choses comme ça, euh, qu'est ce qui peut jouer encore euh... Après les troubles organiques éventuellement euh, les troubles endocrinologiques euh, les troubles euh métaboliques euh, ou des des problèmes comme ça.

« Alors, euh, ceux là ont les a exclus ... » D'emblée. « Bien sur. Donc anxio-dépressif et mode de vie pour vous ? C'est les principales choses... » Ce sont les princ-... Ouais c'est ça, les les modes de vie, euh... Je pense qu'il y en a, y en a, quand même pour beaucoup c'est quand même les soucis, même sans parler de ((rire médecin)) d'aller, enfin, ça crée des troubles anxieux c'est sur mais euh, mais les soucis, ((rire médecin)), ça nous arrive à tous hein. Dès qu'on a quelque chose qui nous perturbe. Bon après, c'est pas chronique du coup, souvent c'est, c'est ponctuel, mais ... Mais Voilà. Sinon, les troubles anxieux dépressif je pense que ça vient, ça vient en bonne place. « D'accord »

9) Alors est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordé au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter sur l'insomnie chronique primaire sur euh, la formation... ? Enfin... »

Euh, je crois pas, je pense que vous avez été bien redondants dans vos questions euh, ((rire médecin)). L'interrogatoire a été bien fait. Euh, je dirais, peut-être, peut-être plus de, plus de solutions, un arsenal thérapeutique plus fourni ça pourrait être, ça pourrait être intéressant... Euh, mais ça, c'est le, le travail de la recherche et des laboratoires euh, peut-être euh, si, je pense que, je pense que la formation y est pour beaucoup. Un travail de formation y est pour beaucoup mais tu en as déjà parlé.

« Je voulais juste revenir sur une chose : les thérapie cognitive par exemple, vous, il y avait euh ... ? » Non c'est ce que je dis, moi je, enfin moi je, je je, j'en ai connaissance, je le fais pas, ou alors sans le savoir comme Mr JOURDIN, mais sinon, je, j'oriente beaucoup là-dessus. « D'accord, donc vous connaissez des spécialistes qui font des TCC. » Mmhh. « D'accord ».

Informations complémentaires :

Age : 40 ans.

Sexe : homme.

Maître de stage en médecine générale : oui.

Mode d'exercice : en cabinet de groupe/maison médicale.

Type de clientèle : très polyvalente, plutôt défavorisée mais quand même mixité sociale.

Moyens de formation : par les interne (en GAC), les formations FPC et DPC, autres formations personnels, la littérature avec Prescrire et exercer, groupe de pairs, pas les collègues.

FMC insomnie : oui, il y a moins d'un an.

Interview du Médecin 6

Le 10/02/12, durée : 15 minutes 51 secondes

« Donc euh je vous rappelle la définition de l'insomnie chronique primaire qu'on a pris pour notre thèse : donc ce sont des difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou des réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, et ça se passe plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois. On exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, et les pathologies psychiatriques sauf la dépression.

1) Première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ?»

Je sais pas. Bah d'abord la plainte c'est que les gens ne dorment pas en fait, donc ils arrivent en disant : je ne dors pas de la nuit. Alors euh, voilà, donc on essaye d'analyser ben justement si c'est en début de nuit, des réveils nocturnes, qu'est-ce qui se passe quand ils vont aller se coucher, est-ce qu'ils font de l'ordinateur, est-ce qu'ils font des choses, quelles sont les activités pré-endormissement, ensuite qu'est-ce qu'ils font la nuit quand ils se réveillent, c'est à dire est-ce qu'ils se lèvent, est-ce qu'ils restent dans leur lit euh, voilà. Euh, après je sais pas. ((Rire médecin)) *« Donc les patients viennent vous voir eux même pour cette plainte ».* Oui *« C'est pas vous qui évoquer le sujet en consultation, jamais, vous recherchez pas l'insomnie ? »* Alors sauf s'il y a une dépression. *« D'accord. »* Donc si on a d'autres symptômes en rapport avec euh, les troubles du sommeil quoi : si les gens sont tristes, euh voilà on leur demande s'ils ont des troubles du sommeil. Autrement, il y a jamais de, enfin moi je fais pas de demande ou si, ben pareil si ils sont fatigués. Euh, par exemple s'ils viennent pour une plainte asthénie euh, je demande s'ils dorment bien, s'ils se réveillent pas, voilà, mais autrement il y a beaucoup de gens qui viennent en disant : je ne dors pas. *« Donc c'est des consultations dédiées au sommeil, dédié à... »* Non, en général, ils viennent euh, ça fait parti d'autres symptômes hein, il n'y a jamais une plainte par consultation. C'est plutôt multiple en générale. *« Ils viennent pas en vous disant juste euh j'ai p... »* Il y en a quelques uns qui disent euh : je ne dors pas depuis quelques temps. Voilà. *« D'accord. Et d'emblée vous essayer d'analyser leur sommeil, leur euh... »* Bah pour voir un petit peu ce qui se passe et pourquoi,

voilà, est-ce que..., ce qu'ils font exactement, et ce qu'ils appellent eux troubles du sommeil parce que ne pas dormir de toute la nuit ça n'existe pas. « *D'accord.*

2) *Donc euh selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?*»

Le fait que la nuit, ben en fait ils ruminent euh souvent des pensées anxieuses quand ils ne dorment pas. Donc ça les gêne et puis la fatigue dans la journée. « *D'accord, donc c'est le ressenti du patient, l'impact sur leur sur leur euh vie diurne et euh, sur euh... Voilà. Ils ont essayé d'autres choses avant de venir euh ?*» Oui souvent, ouais, ils ont pris Donormyl euh, des plantes, des tisanes euh, et j'en passe. « *Ils vont d'abord se fournir à la pharmacie ?*» Ouais. En général, oui, le Donormyl euh, c'est un médicament non remboursé qui est extrêmement utilisé. « *D'accord.*

3) *Euh, quelles difficultés ressentez vous à la plainte, à cette plainte d'insomnie chronique de la part de vos patient ?* «

Bah déjà le problème déjà c'est qu'ils disent qu'ils peuvent rien changer. Bon par exemple quelqu'un qui va se mettre sur l'ordinateur euh jusqu'à minuit et qui essaye de s'endormir après euh, on essaye de lui dire que bon bah, si il arrête un petit peu avant ce serait bien. Alors ils disent qu'ils vont changer quoi, mais eux ce qu'ils demandent c'est un médicament pour dormir. Ils ne sont pas forcément prêts à changer leurs habitudes euh de vie, voilà. « *Donc la difficulté c'est surtout euh, de vous heurter...*» D'essayer euh, voilà. Ouais, de, ben de, de leur faire comprendre qu'il y a pas que la réponse médicamenteuse à ce problème là quoi. Donc voilà, qu'il y a aussi une hygiène de vie. « *D'accord. Vous, vous, est-ce que vous vous sentez euh, vous sentez que vous avez un manque de connaissance sur le sujet ou un manque de moyen thérapeutique ?* «

Manque de moyen thérapeutique, ben de toute façon on n'a pas, c'est vrai qu'on n'a pas énormément de choix, bon, on a les plantes, moi je fais un peu d'homéopathie, euh après moi je fais souvent appel au centre du sommeil. Comme ça euh bon, ils vont là bas euh, on leur dit la même chose, que c'est un trouble anxieux, c'est dit par d'autres personnes, par d'autres mots euh, ils sont rassurés aussi sur le fait qu'on a enregistré leur sommeil et qu'il n'y a pas d'anomalies ; donc ça aide quoi. Moi j'avais fait une formation hein sur le sommeil. Enfin sur les troubles du sommeil euh... Parce qu'en formation continue on nous le propose. Donc moi j'en étais ressorti avec ces petites notions là, ça, enfin je trouve que c'est difficile de les appliquer en médecine de ville, voilà. « *On va y revenir. D'accord. Donc on vous, vous accordez beaucoup de temps justement à, aux consultations du sommeil ?*» Bah de toute façon

moi je prends 20 minutes par consultation, donc voilà, ça peut prendre le temps d'une consultation. Alors souvent euh, quelques fois ça revient en fin de consult-, les gens disent : ah bah j'ai un trouble du sommeil. Alors on essaye de faire débrouiller un peu le terrain et s'il y a vraiment un souci, on reprend un rendez vous pour parler que de ça. « *D'accord. Ça, ça vous pose pas de difficulté de proposer à vos patient de reprendre euh une consultation dédiée ?* » Non. Voilà.

4) « *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous proposez au patient ?* »

Ben donc homéopathie euh... Faire un agenda du sommeil, si c'est possible, c'est à dire avant qu'ils reviennent en me disant quelle partie de la nuit ils dorment pas, enfin voilà, sur une semaine, ça, ça fait parti de la deuxième consultation en fait, on propose... Et puis autrement eux, et bien les hypnotiques de temps en temps hein, quand euh, on n'a vraiment pas le choix. Alors au centre du sommeil il propose aussi la, l'hormone, enfin, je sais plus, la mélatonine. En tout cas, zéro résultat. Sur les insomnies chroniques. Enfin en tout cas, les patients disent zéro résultat, je sais pas hein, je suis pas à leur place, mais ils reviennent en disant ce qu'on m'a prescrit ça coûte cher et ça marche pas. « *C'est pas remboursé ?* » Bah c'est pas remboursé, je crois que ça coûte 35 euros pour le mois. « *D'accord, donc plutôt médicamenteux, et euh, enfin...* » Et hygiène de vie, ouais, essayer de voir un petit peu euh ... Alors après sophro enfin, on essaye d'analyser aussi les problèmes de fond quoi, qu'est-ce qui fait qu'ils ne dorment pas. « *D'accord. Les thérapies cognitives euh, vous connaissez ?* » Ouais, ouais, Ouais. « *Vous en faites vous même ?* » Non, non. « *Vous savez vers qui orienter ?* » Ouais. Bah Mme S. travaille par mal avec Mme S. et Mr S. qui font de la thérapie cognitivo-comportementale en psychothérapeute quoi. Et puis il y a Mr C. mais bon, il est psychiatre, c'est beaucoup moins facile d'accès. Voilà. C'est pareil, c'est le coût hein, les patients... Et puis il y a l'hypnose, pour le moment j'y ai fait une ou deux fois recours, j'ai pas eu des bons résultat-... Pffff. Pas forcément des bons résultats mais, j'ai pas beaucoup de recul sur l'hypnose. Donc voilà. Parce qu'on a, on travaille avec quelqu'un qui fait pas mal d'hypnose donc on a un peu envoyé, mais pff, c'est moyen. Mais bon, on peut pas se baser, enfin, j'ai pas une statistique, voilà, importante sur les... « *Et sur les thérapies cognitives vous avez des bons résultats ?* » Ça dépend. Ça dépend en fait de la réticence du patient à accepter qu'il a un trouble du sommeil qui n'est pas dû à, voilà, à changer. « *Vous prescrivez beaucoup de d'hypnotiques ?* » Je les utilise, alors j'essaie maintenant de les utiliser en période courte, c'est à dire de prescrire juste sur 7 jours et de ne pas renouveler. Par contre j'ai des patients qui ont des hypnotiques au long court hein, parce qu'on n'arrive pas à les arrêter, et parce que,

ben, je sais pas pourquoi, ils en prennent depuis longtemps et il n'y a rien d'autre qui fonctionne. Voilà. « *D'accord,*

5) Donc euh, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ? »

Pfff. C'est pas facile à répondre ça.

Ben tout dépend de la demande qu'il a, et puis euh, si c'est quelqu'un de jeune euh, voilà, bon par exemple on va pas envoyer une personne de 80 ans faire une thérapie cognitivo comport-, enfin on pourrait peut être, mais elle est réticente quoi. Un jeune, il est bien d'accord surtout si le centre du sommeil a dit qu'il y avait des troubles anxieux sous-jacent, aller faire quelque chose quoi. Donc euh, voilà, ça dépend un petit peu à qui on s'adresse. « *Donc selon le patient, selon son âge euh, les critères du patients.* » Ouais. « *Et vous, par rapport à... Vous suivez les recommandations ?* » Par rapport à la prescription des hypnotiques ? « *Oui, ou euh, l'ensemble de la démarche à suivre euh, pour les troubles du sommeil, vous avez, vous suivez des recommandations ? Vous en connaissez ?* » Non. « *D'accord.* » Je n'en connais pas.

6) » Est-ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des des hypnotiques, des thérapies médicamenteuses comme euh hypnotique et benzo au long cours ? »

Ouais, Bien sûr. « *A quel niveau ?* »

L'arrêt. Le sevrage. « *D'accord. Parce que la personne n'accepte pas euh ?* » Ben, elle revient nous dire qu'elle dort pas. Souvent, là, il y a une personne âgée qui était partie au centre du sommeil, donc ils ont bien dit que, il n'y avait pas de trouble euh, et donc elle était sous euh, alors elle dorm.., on était sous ATHYMIL en fait, donc c'est un antidépresseur qui a une action sédatrice, et elle dormait pas, et du coup on est repasser euh à une benzo, on n'avait pas réussi à l'arrêter, à la sevrer quoi. Le STILNOX, une benzo de demi vie courte quoi. Mais bon, quand même, qui reste une benzo. « *Donc des difficultés de sevrage ?* » Ouais. Énorme, ça. Chez les gens surtout qui prennent ça depuis euh, 20 ans, enfin bon, depuis très très longtemps en fait. Quand on interroge les gens, ils ont déjà eu des troubles du sommeil quand ils étaient jeunes, enfin ils le disent, alors je sais pas si c'était réellement là, voilà. « *Vous, vous trouvez pas d'autres options en fait que leur benzo à leur proposer ?* » Ouais, bah, s'ils ont essayé autres choses, là j'ai un jeune il est en thérapie comportementale, bon, ça prend du temps hein. « *Mmh.* » Euh mais bon, il faut qu'il soit adhérent à y aller. « *Ça prend combien de temps euh ?* » Bah en général, c'est, là il est à la deuxième séance, c'est un peu mieux. « *Ça va vite alors.* » Ouais, en général, ils mettent dix séances hein. Bon après, ça fait, a moins

qu'elle est sous-jacente à des troubles autres hein, c'est toujours le même problème hein. Voilà.

« *Quelles solutions apportez-vous aux patients consommant des hypnotiques au long cours ?* »

Ben pas beaucoup, non, non. C'est clair hein, pas beaucoup. « *Pas d'arme.* » Non, Je sais pas, je sais pas comment il faut faire.

« *Donc vous êtes pas satisfaite ?* » Non. Surtout les personnes âgées.

« *Ouais.* »

7) *Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?* »

Je sais pas. Une consultation, hein, je pense, peut être, sur l'insomnie chronique.

« *C'est à dire des consultations euh ?* » Dédiées à ça peut être ?

« *Et vous par rapport à votre formation, vous avez déjà eu euh ?* » Ben j'ai déjà fait une formation, là, il y a ... mais ça, Enfin j'ai, j'étais partie en me disant je vais apprendre plein de choses et en fait euh, non. Enfin, si, j'ai appris des choses mais euh, finalement, à la fin des deux jours, on nous a dit : ben oui, les benzo quelques fois on n'arrive pas à les arrêter quoi. Bon, voilà, c'est un fait comme ça, bah, faut les garder. Il faut essayer de les arrêter, alors ça c'est un vò ux pieux, et puis après quand on n'y arrive pas, et ben on les laisse hein, on n'a pas forcément le choix. Alors sauf quand ils font un petit passage à l'hôpital, des fois, mais même, je m'aperçois que même en passant à l'hôpital, quelques fois c'est pas arrêté. Donc ça conforte un peu notre idée que c'est pas si simple.

« *Vous avez, donc, vous avez des revues de littérature, des recommandations ? Non, pas de recommandation vous m'avez dit ?* » Non, non, non. « *D'accord. Ça pourrait vous aider d'avoir des recommandations sous la main ? Quelque chose euh...* » Ça aide, mais faut-il encore pouvoir les appliquer. C'est comme pour tout hein.

8) « *Quelles causes d'insomnies reprenez-vous lors de vos consultations ?* »

La dépression. L'anxiété chronique. Et puis, c'est tout hein, après pfff. Ouais enfin après c'est les troubles existentiels, enfin, on va dire, je sais pas, sans qu'il y ai dépression, mais des gens qui sont en difficulté soit dans leur travail, soit dans leur vie personnelle, soit lors d'un décès, enfin après c'est multifactoriels quand même. Voilà. « *Donc euh : pathologie psychiatrique : dépression, anxiété et euh...* » Non, non, il y a plein de troubles du sommeil, enfin, qui semblent pas être en rapport avec une dépression, en tout cas avérée quoi, mais avec des difficultés passagères on va dire. « *Donc là, c'est plutôt en aiguë.* » Ouais, et puis les gens en chronique euh, bon, il y a des gens dépressifs, mais il y a des gens qui ont d'authentiques

troubles du sommeil euh, isolés, sans qu'à priori on ait réussi à faire un diagnostic de dépression par ce que même si on met un antidépresseur ça bouge pas. Donc euh, voilà, ça les fait pas dormir en tout cas. D'ailleurs c'est la, c'est le symptôme le plus difficile à gérer avec le l'antidépresseur quand même hein. Alors il y en a ça marche très bien, et puis d'autre euh, malgré que ils ont un antidépresseur, ils ne dorment toujours pas. Donc quelques fois on est obligé de rajouter quelque chose, parce qu'ils sont fatigués dans la journée.

9) « *Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordé au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter sur les insomnies chroniques?* »

Non, à part que ce serait ben, bon par exemple on attendait beaucoup du centre santé/sommeil en fait mais finalement ((Rire médecin)). Je suis un peu déçue quoi. Parce que finalement on en revient à, voilà, ils nous disent voilà : thérapies comportementales, ça on savait qu'il fallait le faire, euh, mais ils nous donnent pas de solutions, alors il y en a peut être pas hein, voilà, j'en sais rien. Nul n'a la science infuse mais voilà. On pensait que ça allait nous apporter un peu plus ce genre de, de centre quoi. Alors ça permet de déléguer, de dire la même chose que nous, mais finalement après, au niveau du traitement, on est un peu livré à nous même. Voilà. ((Rire médecin)).

« *Ça renforce votre discours auprès du patient mais ça...* » Ouais, voilà, ça aide pas en solution de traitement ou en solution d'arrêt de benzo au long court quoi. Parce qu'en général le but c'est quand même aussi de leur faire arrêter le traitement au long court. « *mmmh* » Voilà.

Informations complémentaires :

Age : 52ans.

Sexe : femme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet de groupe

Type de clientèle : 50% de personnes âgées, 50% autres, population favorisée. Installation depuis 22ans

Moyen formation : FMC (2 jours rémunéré), formation le soir par association de formation amidig (une fois pas mois), groupe de pairs

Formation insomnie : oui : il y a 3-4 ans

Interview du Médecin 7

Le 10/02/12, durée : 15 minutes 30 secondes

« Donc je vais vous donner la définition qu'on a pris pour notre thèse de l'insomnie chronique primaire, c'est ce dont on parlera dans l'entretien. Donc ce sont des difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois. On exclut les syndromes d'apnées du sommeil, les pathologies douloureuses et psychiatriques sauf dépression.

1) Alors première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? »

(2.0)

Euh, d'abord ce ne sont pas, les gens ne viennent pas en disant : je ne dors pas. C'est souvent euh, à l'occasion d'un renouvellement, ou euh à la fin au moment de l'ordonnance : ah euh, vous prenez toujours ça ? Oui je dors mal, c'est souvent pour ça que les gens viennent. Sinon les vraies insom-..., les gens qui viennent pour insomnie, c'est quand il y a un fait euh brutal dans leur vie qui c'est passé et je pense pas que se soit de l'insomnie chronique. Voilà. « Plus aiguë donc ». Ce sont des consultations euh, en fait c'est pas vraiment une consultation, donc à ce moment là, on essaye de débrouiller rapidement le problème et de dire on en reparlera après. Moi j'essaie de faire ça. « D'accord, donc il n'y a jamais de consultation euh... » Très rarement. « Donc c'est abordé par le patient, à la fin de la consultation lors d'un renouvellement d'ordonnance. » Oui, alors euh, ou alors c'est moi qui, quand je vois qu'il y a un traitement toujours, je dis : mais enfin, est ce qu'on pourrait pas diminuer et on, à ce moment là on en parle : est ce que justement vous avez un retentissement la journée de votre insomnie, comment ça se passe ? Mais je peux pas tout faire, alors je je dis la prochaine fois on verra bien le problème quoi. « Vous proposer une consultation dédiée pour la prochaine fois ? » J'aime mieux, oui. « D'accord.

2) Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? »

(3.0) (Réflexion)

Et bien euh, quand on, on interviewe bien les gens, on pourrait se dire qu'ils sont très gênés dans la journée, parce que, ils ne dorment pas la nuit. Mais en fait, c'est très rare quand ils sont gênés la journée. C'est parce que ça les angoisse d'être réveillé la nuit à mon avis. « *Donc pour vous il n'y a pas d'impact sur leur qualité de vie ?* » Très rarement. « *Mais c'est le ressenti de...* » C'est le ressenti pendant l'insomnie, ou ou la non insomnie par ce que quelques fois, on nous dit : je ne dors pas, ça ne va pas bien. Et puis quand on regarde un peu de plus près, on voit bien que le nombre d'heure de sommeil est bon, que il n'y a pas franchement de, d'insomnie quoi. « *Ils ont parfois essayé euh, vous êtes en dernier recours, ils ont essayé d'autre chose ?* » Non euh, non, non, très rarement. C'est comme ça. C'est banalisé, ils le banalisent. Je dors mal donc je veux un traitement, c'est assez banalisé. « *D'accord.* » Alors maintenant ça change un peu quand même avec avec moi par ce que je suis un peu pénible moi là-dessus. « *Ah bon ?* » ((Rire médecin et Modérateur)). « *C'est à dire ?* » Bah, j'ai, j'ai, à chaque fois je je leur dis : on va diminuer ce traitement et on va l'arrêter. « *Vous leur donnez une dead line euh ?* » Bah ouais, mais alors je suis sympa quand même mais, ((Rire médecin)), je je j'en parle à chaque fois, j'essaye. J'essaye hein, parce que quelques fois on est dans un, précipitation et il y a un manque de temps aussi pour bien faire la chose.

3) « *Donc les difficultés que vous ressentez face à cette plainte ? Vous me parliez de manque de temps, déjà.* »

Oui, manque de temps. « *Parce qu'il n'y a pas de consultation euh... Parce que c'est à la fin de la consultation et après euh ?* »

Bah oui, en général c'est au moment de l'ordonnance et que, et que on n'a plus le temps, il reste 5 minutes. Donc euh, c'est un peu compliqué. « *C'est pas systématiquement proposé de faire une consult- dédié euh...* » Voilà, ouais, ouais, ouais.

« *A part le manque de temps, vous ressentez d'autres difficultés face à l'insomnie ?* » Ah bah le ressenti des patients et le refus, et la peur d'arrêter un traitement et, et la peur de ne pas dormir. Oui, oui, c'est c'est le patient, c'est l'acceptation du patient de dire : bon ben, ok je ne dors pas mais c'est pas grave ; enfin, j'ai la sensation de ne pas dormir, J'AI la sensation de ne pas dormir. Et, mais, il faut dédramatiser la chose. « *D'accord, donc des difficultés par rapport au, au ressenti euh...* » Mmmhh. « *Pas vouloir euh, enfin se heurter au, à la plainte du patient euh...* » Ouais. « *Vous vous sentez impuissante ou, vous sentez que vous de de connaissance ?* » Ben pfff, c'est peut-être présomptueux mais, je ne me sens pas trop impuissante. J'arrive à créer un contact et, à, à, vraiment, parce qu'il faut vraiment s'en donner la peine quoi. Il faut vraiment interviewer les gens et leur dire : et là, qu'est ce que vous pouvez faire ? Donc c'est vraiment, il faut vraiment seí effectivement, prendre du temps

pour ça. Et quand on explique aux gens : ben vous voyez, la journée ben, vous allez, vous allez bien quoi, alors c'est pas grave de pas bien dormir la nuit. ((Rire médecin)) Il faut leur... Il me dit : oui mais moi, ça m'énerve, je suis angoissé. Donc trouver d'autres moyens. « *D'accord. Vous sentez que vous manquez de moyen thérapeutique ou vous en avez suffisamment ?* » Euh, ben moyen thérapeutique euh, si le, si le patient veut une demande immédiate euh, effectivement, c'est un somnifère mais... Mais si on peut faire, euh montrer au patient que ben, dans la nuit on peut faire autre chose que dormir, enfin... Et puis souvent il faut voir ce que font les gens dans leurs insomnies. Donc euhí S'ils vont regarder la télé, c'est pas très bon, je leur donne des petits moyens. Mais, après il faut qu'ils puissent l'appliquer.

4) « *On va parler d'options thérapeutiques, qu'est ce que vous pouvez proposer au patient dans toutes les options ?* »

Dans toutes les options thérapeutiques ? Euh en dehors des traitements médicamenteux ou avec ? « *Non, avec.* » Alors, euh, je dirais qu'il y a quand même le traitement médicamenteux. Options thérapeutiques euh, alors on peut se tourner aussi, alors ça ils aiment bien et je pense a un effet placebo ultra bénéfique, c'est les, à base de plantes là, style Spasmine, Euphytose, et compagnie, et ça ça passe bien car les gens se disent : ah, oui. Et, et mine de rien euh, ils se disent que ça peut marcher et si on leur dit surtout que ça marche : et ça marche ! ((Rire médecin)) Et puis sinon euh, ben d'autres moyens thérapeutiques, ben on, euh, bah gérer, gérer l'angoisse donc à ce moment là on peut proposer euh, des consultations chez un psychologue, un hypnothérapeute... Moi j'ai un ami hypnothérapeute, ça peut bien marcher. « *Mmmh* ». Euh, voilà, on peut, on peut, il y a quand même beaucoup de méthodes. « *Les thérapies cognitives par exemple ?* » Euh, thérapie cognitive, ça pourrait marcher oui. « *Vous avez jamais adressé de patient en TCC ?* » Pour ça, pas tellement. Mais je connais bien. Je l'utilise un peu même dans ma pratique. « *Pour d'autres choses ?* » Ouais, plus des, des TOC, des manies, des phobies, des choses comme ça. « *Vous pourriez essayer de les adresser ... ?* » Ouais. « *D'accord. Euh... Vous faites pratiquer de la relaxation ...* » Bah je la pratique pas mais, je peux la conseiller. ((Rire médecin)). « *Est ce que vous orientez vers d'autres euh... les spécialistes du sommeil...* » Euh, oui, oui, oui, oui, oui. Euh, ben ça dép-, ça... Moi j'oriente surtout en cas de d'apnée du sommeil, mais là c'est pas le sujet. Pour les insomnies c'est très rare quand je, quand j'adresse à un spécialiste du sommeil. « *D'accord. Euh, des centre du sommeil aussi ?* » Des centres du sommeil ? « *Ouais.* » Oui, euh, très rare aussi, parce qu'en général c'est les, c'est les mêmes personnes.

5) « Face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ? »

Alors, quels facteurs ? Ben c'est savoir s'il y a un retentissement réel euh, sur euh, la vie et la, et le retentissement diurne de chez la personne. C'est surtout ça. C'est le retentissement clinique. « *Retentissement clinique, d'accord. Mais vous dans votre euh, comment vous choisissez, c'est parce que vous connaissez bien ce médicament ou c'est parce que vous connaissez bien cette thérapeutique ?* » Alors, le médi-í ah oui, comment je différencie les traitements ? Euh, et bien en fonction de l'insomnie euh, je pense que je connais assez bien la durée d'action des traitements hypnotiques, donc je peux essayer d'adapter dans un premier temps, pour essayer de pas mettre des, des traitements avec des durées d'action longues, donc euh, j'essaye de voir si c'est un problème d'endormissement ou plus dans la nuit, ça j'essaye de voir ça. Dans un premier temps, euh, il faut, si la personne dort mal au début, enfin, c'est chronique, mais si, si la personne s'en plaint trop et que ça a un retentissement, il faut vraiment aider quand même la personne, parce qu'après ça génère encore plus d'angoisse moi j'ai remarqué. Donc je, je je suis quand même sympa, je dis : bon on va quand même prendre ce traitement somnifère mais on l'arrêtera euh... Je prévois qu'on va l'arrêter, que c'est pas euh continu. Donc déjà ça. Et et en parallèle je peux amorcer euh, une discussion, ou un envoi chez quelqu'un d'autre ou... Voilà. « *D'accord. Donc euh, pour euh, pour euh le choix thérapeutique, vous avez des recommandations ? Vous suivez des recommandations ?* » Euh, ben euh, pfff, il y a, il y a pas trente six mille choses hein. En dehors des... moi j'ai 2 somnifères, on peut les citer ? « *Oui, bien sûr.* » Il y a euh, euh, Zopiclone et, et Zolpidem. Voilà, donc il y a les 2. ((Rire médecin)). C'est les 2 que j'utilise. « *D'accord.*

6) *Est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne ayant des thérapies médicamenteuses (hypnotique, benzo..) au long cours ?* »

Ah bah oui, ça c'est très pénible. Pour faire un sevrage c'est, c'est difficile. Alors là effectivement on peut adresser, ça peut, ça peut un peu marcher oui. « *Parce que vous pouvez pas leur proposer d'autres options euh ?* » Ben c'est difficile parce qu'il y a quand même une accoutumance, et, tout seul euh, on leur dit : vous diminuez ça. Et puis ils reviennent après et disent : oh ben non, j'ai ré-augmenté parce que ça marchait pas quoi. Donc c'est, même si on les voit un peu plus souvent euh, c'est pas facile du tout. « *D'accord, donc euh, difficulté de sevrage. A ce moment là, vous adressez ?* » Oui. « *D'accord. Donc ça c'est la solution qu'on apporte au patient qui ont des hypnotiques au long cours, qu'est ce que, qu'est ce que vous leur apportez ?* » Alors ça, c'était, c'était pour les anxiol-, oui j'ai, en fait j'avais pas pensé à vous parler des anxiolytiques mais bon. Et les hypnotiques au long cours ben... C'est peut-

être, je dirais c'est peut-être plus facile euh, de leur faire en, en en ayant d'autres moyens de, plus doux entre guillemets. « *Mmmmh* » Je leur propose un, une, un, en faisant dégressif et en les rassurant. C'est, je sais pas, c'est « *D'accord. Et ça vous satisfait cette méthode ? C'est ...* » Ben, ça dépend des fois... ((Faux tremblement de voix)) ((Rire médecin)). Non, pas forcément tout le temps, hein. Quelques fois euh, je vais pas dire que, d'abord j'ai pas tout le temps tous les jours des sevrages et puis euh... Quelques fois effectivement ça ne marche pas, donc euh, ben là, on essaie de voir autrement. Je suis pas très précise mais c'est quand même pas évident d'être précis dans ce sujet là. « *Non. Je suis bien d'accord.* » ((Rire médecin)) « *Donc euh, ces solutions ça vous satisfait ?* » Euh... ben ça me satisfait dans la mesure où, effectivement il n'y a pas vraiment d'autres solutions. Parce que, s'il y avait vraiment une consultation pour les insomnies et tout ça euh, pourquoi pas euh. Et avec un sevrage. Il y en a, on peut le faire ça mais, faut, c'est toujours pareil, il faut s'investir dans la consultation avec le patient, donc c'est vrai que c'est, c'est du temps.

7) « *Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomnies chroniques ?* »

Et ben justement, une consultation spécialisée. ((Rire médecin)) « *Consultation spécialisée, d'accord. Et vous par rapport à votre formation, par exemple ?* » Ah bah, moi, je suis très réceptive à ce genre de formation et euh, pourquoi pas en formation continue, mais il y en a déjà eu sur les insomnies des formations continues. « *Mmmh* » . Donc euh, oui, oui, euh formation du médecin euh, oui. « *Formation, par quel type ? Groupe de pairs ?* » Ben groupe de pairs, ou les formations qu'on a euh, de 2 jours, rémunérées, indemnisées par l'OGC, c'est très bien ça. « *Mmmhhhh. Vous avez à votre disposition des recommandations, de la littérature sur euh.. .* » Oh bah je peux les trouver avec la, sur le site de la SFMG, c'est la société française de médecine générale, il y a beaucoup de recommandation et on peut, on peut s'y référer quand même. « *D'accord, donc vous avez des choses à portée même si euh.. .* » Ouais.

8) « *Quelles causes d'insomnies reprenez-vous lors de vos consultations ?* »

Chronique ? « *Mmh.* » Quelques fois il y en a pas. C'est comme ça. Euh, quelque, d'autres fois, alors, ça peut être des soucis familiaux ou professionnel, hein souvent. Mais là, on rejoint plus l'aigu, mais souvent, euh, l'aigu peut se transformer en chronique hein. Donc euh, il faut être très vigilant justement effectivement au départ, pour que, le, la, le symptôme ne se chronicise pas. Donc euh, effectivement dans ce cas là, euh, problèmes familiaux ou

professionnels, sont les deux premières causes hein, en général. « *Les stress de la vie des patients qui retenti en aigu puis en chronique* ». Ouais. ouais. « *D'accord. Donc c'est la principale des choses.* » Ben ouais, parce que après euh. Si, si les gens ne dorment pas euh, je ne vois pas pourquoi. Je, je, ou, ou des douleurs, des douleurs aussi qui peuvent empêcher de dormir. Donc là bon, c'est plus simple hein, on peut essayer de... Enfin c'est plus simple non, pas forcément... ((Rire médecin)) « *Celle là on l'a exclu de notre euh...* » Ah ouais, vous l'aviez dit. Euh voilà, non, ce sont les principales causes, vous en avez d'autres vous ? « *Ah, ben...* ((Rire médecin)) *Je ne vais pas vous souffler la réponse... Non, c'est vrai que c'est...* »

9) « *Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordé au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter ?* »

Non, j'ai dit ce que j'avais à dire et vos question sont très bien. « *Et des idées euh ?* »

Des idées euh, oui. Les idées euh, la formation du médecin c'est très bien, mais on en a quand même pour les insomnies. Justement parce que c'est un problème de société, de santé publique hein, quand même, donc euh... Euh, oui, faudrait, faudrait penser à encore plus se former. ((Rire médecin))

Informations complémentaires :

Age : 51 ans.

Sexe : femme.

Maître de stage en médecine générale : oui.

Mode d'exercice : cabinet de groupe.

Type de patientèle : tout âge.

Moyens de formation : groupe de pair, en recevant des internes, 8j de formation indemnisés par l'OGC par an.

Pas de participation à une formation sur l'insomnie.

Interview du Médecin 8

Le 6/03/12, durée : 18 minutes 25 secondes

« Donc je vais vous répétez notre définition qu'on a pris pour notre euh, notre thèse des insomnies chroniques primaires. Donc c'est insomnie chronique primaire le sujet : donc ce sont des difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes, ou réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, ça se passe plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois, on exclue les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, psychiatriques et euh... sauf dépression. Sauf la dépression, psychiatrique mais la dépression peut rentrer dans le sujet. »

D'accord.

1) « Voilà, donc première question, si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décririez-vous ces consultations ? Comment ça c'est passé ? »

Comment ça se passe ? C'est généralement le patient qui m'en parle, et qui dit : bah, Docteur, j'arrive pas à dormir. Vous n'auriez pas un petit truc pour me détendre parce que là ça ne va pas du tout. « D'accord ». Donc après je pose des questions, si c'est plus des difficultés d'endormissement, s'il y a des réveils nocturnes, si il y a d'autres facteurs qui peuvent favoriser : environnementaux ou alors professionnels, ou un stress familial. Et puis après en fonction de si je trouve quelque chose ou pas, j'adapte la thérapeutique. « D'accord donc »
Quii « Pardon. Les patients viennent vous voir spécialement euh pour ce motif de consultation ? » C'est rare que ca soit spécifiquement pour ce motif. « D'accord ». C'est au décours d'une autre, d'un autre motif de consultation, très souvent. « Parfois d'un renouvellement ou de chose comme ça ? » Un renouvellement ou euh au décours d'une consultation pour un problème sportif ou traumatique euh ou un truc dans le cuir chevelu, un problème dermato, enfin, quelque chose de banal et au décours de cette consultation là ils en profitent pour parler du, du problème de sommeil. « D'accord donc c'est abordé plutôt en fin de consultation par le patient ? »

Tout à fait. « D'accord. »

2) Selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? »

(3.0) (réfléchit)

Plutôt de l'irritabilité ou alors le conjoint qui pousse à, à envoyer sa moitié à consulter parce que il ou elle est irascible à la maison ou alors ne fait que ronfler, ou se couche très tard, ou n'arrive plus à se lever le matin. C'est jamais, rarement, c'est rarement des célibataires qui viennent consulter ou qui parlent d'un trouble du sommeil en fin de consultation spontanément ; sauf dans des cas particuliers de stress important : troubles du sommeil dans des cadres de décès ou, ou de stress professionnel intense. « *Donc euh, on vient vous parler d'impact sur leur qualité de vie : irritabilité comme vous le disiez,* » Voilà. « *Et surtout euh le conjoint. Après, c'est pas des patients qui ont essayé d'autres choses avant de venir vous voir ou euh ?* » Ah non. C'est plus qu'exceptionnel que quelqu'un ait essayé de la mésothérapie, de l'acupuncture ou autre chose, de temps en temps, il y en a qui font de l'automédication avec euh un peu de phytothérapie en pharmacie mais c'est vraiment exceptionnel. « *D'accord.* »

3) *Quelles difficultés ressentez-vous face cette plainte d'insomnie chronique ?*

J'en n'ai pas. « *Vous vous sentez pas euh Vous vous sentez...* » Je ne suis pas en difficulté parce que j'ai plein de tiroirs que j'ouvre différemment en fonction des symptômes, en fonction en fait de l'efficacité des traitements. « *D'accord* ». Qui passe par la phytothérapie, par les somnifères, par le comportemental, par les enregistrements du sommeil, par une consultation avec Dr D.. « *De la quoi ?* » Le médecin du sommeil, Dr de la giclais. « *Ah, d'accord ((rire Modérateur). Donc vous avez tout plein d'armes à votre disposition.* » Voilà. « *Vous ne vous sentez pas du tout impuissant euh...* » Pas du tout. « *Et euh, vous avez assez de connaissance pour gérer le...* » Bon alors, ça reste des connaissances simples, mais euh, sur un premier volet, oui, je ne suis pas du tout en, en difficulté sur le symptôme. « *Très bien.* »

4) *Euh on parlait d'options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer au patient. On en avait évoqué quelques unes, on peut les rappeler ?*

Phytothérapie, euh, magnésium mais ça c'est pas de la phytothérapie, je ne sais pas dans quelle classe on va le mettre, l'homéopathie euh... Du lourd après, avec le Stilnox, les Imovanes, voir des anxiolytiques euh, voir des neuroleptiques, mais c'est de l'ordre de l'exception, parce que là on est dans les pathologies qui sont autres que la, que l'insomnie primaire. « *D'accord. Donc là on est dans les médicamenteuses, est sinon vous m'avez parlé aussi de spécialiste du coup ?* » Voilà, avec le Docteur D. qui a pas mal de corde à son arc surtout sur le, les modes d'endormissement et puis le le, des attitudes de comportement à adopter pour l'endormissement. Bon déjà après, sur les jeunes adultes, le simple c'est d'enlever

déjà tous les, tous les stimuli sonores, visuels type télé, ordinateur, ne pas fumer avant, le café. Toutes les choses très classiques, et après il a des, des espèces, enfin c'est pas de l'hypnose mais c'est des, des images qui peuvent favoriser à faire évoquer au patient pour l'aider à s'endormir. J'ai un exemple en tête sur un jeune patient qui faisait des troubles du sommeil assez particuliers parce qu'il se réveille, enfin il était dans une espèce de somnambulisme et pendant ces crises là, il arrivait à voir de la violence auprès de sa copine, donc sa copine était obligée de le gifler pour le réveiller, et personne avait réussi à trouver quelque chose dessus et en fait je l'ai envoyé chez ce, chez le Docteur D., et il est venu me remercier de longue date parce que il n'a plus du tout de problème sans thérapie, simplement sur du comportementalisme avant l'endormissement. « *D'accord, donc des thérapies cognitives ou comportementales* » Tout à fait. « *Euh de l'hygiène de vie, et euh, vous m'avez parlé aussi de phytothérapie, sinon, autres choses type relaxation, sophrologie, ça euh ?* » Ça je sais que ça existe, mais je ne pratique pas au cabinet. « *D'accord. Donc vous adressez pour pratiquer ces choses là, mais vous même vous ne faites pas euh...* » Non. « *Des thérapies cognitives.* »

5) « *Face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ? Vos tiroirs, comment euh ?* »

Bah je commence toujours par euh, le b.a.-ba : donc plutôt phytothérapie, magnésium, comportement. Si échec après je suis plus sur euh, en fonction du contexte, un starter du sommeil plutôt qu'un somnifère, comme le Stilnox, et dans de très très rare cas, je passe aux somnifères. « *D'accord, donc c'est plus par maîtrise de vos, des ces traitement qu'en suivant des recommandations ?* » Oui. Oui, ah oui, c'est plus euh, mon expérience, alors peut-être à tort, mais c'est plus mon expérience qui me fait choisir des traitements, que le nez dans les bouquins et les recommandations. « *D'accord. Et les choix du patient euh, ils interviennent euh, s'il vous disent euh, je veux du Stilnox tout de suite vous essayez de ...* » Alors, c'est, ça peut arriver dans ce cadre là, mais j'ai des arguments verbaux qui font que, je peux les faire changer d'avis assez facilement, et inversement, quand on est en échec et qu'on a besoin de démarrer pour avoir une efficacité, pour récupérer un sommeil, donc un rythme de vie mieux donc euh une baisse de l'irritabilité parce qu'on a une meilleur récupération, on va dire que quand même sur mon expérience, 50% des gens sont quand même un peu réfractaires à la thérapie lourde, ils ont même un peu peur, et alors à ce moment là le starter du sommeil est quelque chose qu'ils arrivent facilement à prendre, en ayant peur de s'accoutumer parce que, ils le savent et je leur re-verbalise, mais j'ai un petit laïus comme quoi que tous les sportifs de haut niveau sur des décalages horaires peuvent l'utiliser, ça n'engendre pas de baisse des

performances, ça a une durée d'action très courte, on se réveille nickel après, et si effectivement il y a un stress qui est trop important qui fait que le réveil nocturne il doit se produire parce qu'on est sur un, une période de stress ou de début de dépression, de toute façon il se produira quand même, simplement le médicament il aura marché 4h, ce qu'il marche, c'est son travail. Et, quand vraiment c'est simplement sur du stress « X » mais simple, le fait de pouvoir s'endormir, ils arrivent, ils arrivent généralement à récupérer leur train de sommeil, et à faire leurs 8-10heures et là c'est plus du tout le Stilnox qui fait son travail, c'est vraiment le, le rythme du patient qui parle. « *D'accord. Donc vous maîtrisez bien les thérapeutiques et vous les mettez en fonction des symptômes plutôt stress ou..* » Voilà, mais c'est vraiment patient dépendant, et c'est pas euh, bah tiens, lui il vient et c'est ce tiroir là, non, c'est en fonction, ou au cas par cas.

« *D'accord.* »

6) *Est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des thérapies médicamenteuses au long cours type euh benzo, hypnotique, neuroleptique ?* »

Ça peut m'arriver, et dans ce cadre là euh, si je suis dans une impasse ou euh, parce que ça ça arrive, le psychiatre connu, qui est sous anti-dép- et puis qui prend déjà 2 Noctran et je sais plus quoi, associés, et qu'il me dit qu'il ne dort pas, bon la personne qui est déjà au Nozinan et qu'il me dit qu'il dort pas parce que il fait des PHC ou autre, généralement là, je ne me prends pas la tête, j'appelle mes collègues neurologues ou psychiatres, et je passe un coup de 'phone, j'ai la chance d'avoir un très bon réseau, et d'avoir des réponses en direct. « *D'accord. Donc vous avez plutôt des difficultés euh, pour passer à un autre médicament quand ça ne marche pas.* » Voilà, pour switcher ou pour rajouter sur déjà une thérapie lourde. « *D'accord. Il y a d'autres types de difficultés ? A part le switch ou euh ?* » Non, non, c'est vraiment le patient euh, psychiatre au sens très large du terme, incluant la dépression ou multi médicamenté, poly médicamenté déjà, qui va me poser problème et là où je vais prendre plutôt conseil auprès de, d'experts. « *Et euh, parmi ces patients qui ont plein de thérapies médicamenteuses, est ce que vous, parfois vous essayez de les sevrer ou euh ? Quand on voit qu'ils ont depuis longtemps des traitements ?* » Alors ça oui, on peut évoquer la question du sevrage euh des somnifères, mais on est très souvent face à un mur parce que effectivement s'ils en sont dépendants euh, et là on l'a déjà, on le voit tous dans tous nos cabinets, du moment qu'on si penche dessus avec les personnes âgées, qui pour X raisons à un moment donné on leur a mis un, un somnifère, et qui ne peuvent plus s'en passer et la première chose qu'elles font en entrant au cabinet : Docteur, vous n'oubliez surtout pas mon Stilnox ou mon Imovane sur mon ordonnance hein ? Donc là c'est peine perdue. C'est peine perdue. Alors après on se fait taper

sur les doigts par la sécu et machin, faut baisser vos trucs, vous êtes à 10%, vous êtes à 15% mais, c'est ce qu'on leur explique hein, c'est pas forcément nous qui avons instauré le traitement, il a été instauré au décours d'un épisode X, ou par un médecin Y, et puis bah nous, on se retrouve avec le nouveau patient à gérer, et là c'est peine perdue. « *D'accord* ». Ca doit être, elle un pourcentage sur les personnes âgées qui ont un somnifère, même si j'ai plein d'arguments pour leur dire vous allez vous réveiller, au niveau nocturne, et vous risquez d'avoir un, un problème, on peut fait une pause, attendsí (Pause médecin 1min) Désolé.

« *Alors on en était à euh aux difficultés par rapport aux thérapies médicamenteuses donc vous vous n'avez pas vraiment de difficulté, vous arrivez à passer facilement à switcher, sinon vous adresser à d'autres médecins, c'est ce que j'ai compris. Dans le sevrage, vous essayez pas trop de sevré finalement ?* » Alors en fait le jeune que j'ai instauré, c'est assez facile de le motiver, mais c'est la personne âgée qui a déjà un traitement qui a été instauré, et qui prend un traitement depuis X temps, à sevrer, moi je n'y arrive pas. Les rares fois où j'ai pu, si en pourcentage sur toutes les personnes âgées, bon j'en n'ai pas 50 non plus hein, mais si j'ai pu sevrer aller, 15 % des personnes âgées qui en avaient, c'est le bout du monde. Les autres, c'est même pas la peine, et je peux évoquer de temps en temps le sujet et, ça n'aboutit jamais. « *D'accord. Donc les solutions que vous apportez au patient consommant des hypnotiques au long cours, finalement euh ...Finalement il n'y en n'a pas tellement ou ?* » Bah sur des hypnotiques au long cours, sur des sujets âgés, j'ai pas de solution. Ils ils n'écoutent pas les conseils, et la seule façon qu'on aurait, enfin, pour moi hein de travailler sur l'hypnotique au long cours chez la personne âgé, enfin pour moi, c'est de ne pas en administrer. Ce que je fais. Mais pour ceux qui sont déjà depuis plusieurs années, c'est, c'est rideau. « *D'accord, donc euh, vous n'êtes pas très satisfait au final ?* » Ah bah oui, c'est un peu pénible, parce que voilà, c'est c'est un peu dur de dire ça, mais on est le le dealer de la personne âgée, on lui file son hypnotique et puis voilà.

7)» *Quæst ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?* (5.0) (réfléchit)

Quæst ce qui pourrait m'aider pour améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ? (2.0) Bah j'ai pas d'idée. « *Bah vous m'avez dit que vous ne suiviez pas de recommandation spéciale, vous avez déjà participé à des formations continue ou euh ?* »

Ouais alors ça euh : groupe de pairs, formation médicale continue, ça c'est super bien, c'est très intéressant sur le papier, mais en pratique moi j'ai pas le temps d'y aller. Mon groupe de pairs, mes formations médicales continues finalement je les fais dans le cabinet ici, parce que grosso modo je dois faire entre 55 et 60 heures semaine, donc après je ne sors pas le soir. Je

fais mes consultations, je commence à 8h30 et je fini à 21h30, donc après aller faire le zozo dans les réunions, j'ai pas le temps. « *Et euh, la littérature, vous avez le temps de lire certaines revues ?* » Quand je pars du cabinet, je ne fais plus de médecine. « *Bon, d'accord* » .

8) « *Quelles causes d'insomnies reprenez-vous lors de vos consultations ?* »

Stress au très, au sens très large du terme, que ce soit stress professionnel, familial euh, anxiété suite à un décès, ou peur intense. « *Humm, vous m'avez parlé aussi de la mauvaise hygiène de vie, tout à l'heure.* » Tout à fait, alors ça, ça peut aussi y jouer hein. « *Les stimulants ?* » Les stimulants que ça soit euh les drogues, le café, la cigarette, l'alcool. « *L'ordinateur.* » L'ordinateur, bien sur ca y joue.

9) « *Est-ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordé au cours de l'entretien et que vous aimeriez rajouter sur euh, les insomnies ?* »

Non. « *D'accord.* »

Informations complémentaires :

Age : 39ans.

Sexe : homme.

Maitre de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet de groupe

Type de patientèle : Pédiatrie, parents jeunes, peu de personne âgée (<15%) (<70ans)

Moyens de formation : échange avec les collègues spécialistes

Pas de participation à un module de formation sur l'insomnie.

ANNEXE Dr M8

« *Pas très touché par l'insomnie ?* » Non. Quoiqu'en pédiatrie j'ai souvent des demandes. « *Ah oui ?* » Et que là je gère encore différemment, par les techniques manuelles avec l'ostéopathie. Ca marche très bien chez les jeunes enfants, et aussi un peu avec l'homéopathie. « *D'accord, donc ça vous le pratiquez vous l'ostéopathie ?* ». Non, j'ai aussi mes adresses. « *Ah D'accord.* » Mais je sais que ça marche, et après il faut trouver le bon thérapeute. Mais une fois qu'on l'a, on peut avoir des, des, l'ostéopathie elle est un peu défoncée par beaucoup de médecins, d'autres sont plutôt pour, et dans certaines indications ça marche très bien, et les troubles du sommeil chez le jeune enfant c'est une bonne, enfin pour moi, c'est une bonne indication. « *Dans quel trouble du sommeil pour l'enfant vous allez ?* » Comme les terreurs

nocturnes, ou les réveils nocturnes euh, douloureux, on ne sait pas pourquoi, il pleure. Alors tout de suite le seul argument qui va être ça va être le cauchemar ou la terreur nocturne, et bien souvent au niveau ostéopathique c'est expliqué par les tensions crâniennes un peu comme des, des gens migraineux, suite à des, des tensions au niveau des trompes d'Eustache et autre, donc là on arrive dans un domaine si on ne connaît pas l'ostéopathie on se dit qu'est ce que c'est que ce bazar mais ça marche très très bien, avec une petite manipulation simple du crâne, on a des, des miracles comme disent les parents mais en fait c'est pas du miracle, c'est de la mécanique pure. « *D'accord* ».

Interview du Médecin 9

Le 11/06/12, durée : 23 minutes et 40 secondes

« Je vous rappelle notre définition de l'insomnie chronique primaire qu'on a pris pour notre thèse : c'est des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, ou des réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, et ça se passe plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois, et on exclu les syndromes d'apnée du sommeil, tout ce qui est pathologies douloureuses et psychiatriques sauf la dépression.

1) Alors la première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment est ce que vous pourriez décrire ces consultations ? Comment ça s'est passé ?»

Comment les décrire, alors l'insomnie chronique, soit ça arrive en fin de consultation genre il se, les patients viennent pour euh, tout autre chose et puis au dernier moment euh, ils disent euh : ah docteur, je dors pas bien. Donc ça c'est souvent, et puis c'est rarement l'objet d'une seule consultation sauf si on fait, on les reconvoque pour ça, dans ce cas là, c'est ce qui m'arrive un certain nombre de fois en disant qu'on en parlera uniquement de ça la prochaine fois, et euh, sinon ben oui, c'est toujours euh quelque chose qui, soit qui revient à chaque consultation, soit les gens ils en parlent plus du tout tellement c'est installé quoi. Voilà. « D'accord donc ça, c'est plutôt eux qui abordent le sujet et généralement en fin de consultation. » Ouais. Je redemande quand même assez souvent aux gens mais c'est uniquement, c'est quand ils viennent pour des, on va dire pour des soucis d'ordre psychologique je leur demande toujours s'ils dorment bien. Voilà. Mais c'est vrai que quand ils viennent pour une angine, je ne leur demande pas s'ils dorment bien. « D'accord.

2) Donc selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? »

Quelles motivations ? « Ouais. »

La motivation c'est d'arriver à ce qu'on leur trouve une solution pour qu'ils dorment mieux parce que c'est très inconfortable pour eux, ils sont fatigués. Et c'est, voilà. « D'accord, donc euh, c'est plutôt l'impact sur leur qualité de vie ? Il y a autre chose ? A part euh, à part ça ? » A l'impact sur la qualité de vie, oui, c'est une raison principale euh, oui, c'est LA raison. «

D'accord. Pour vous il n'y a pas d'autres raisons ? Ils ont parfois essayé d'autres choses avant ou euh ?» Ah en général ils ont euh souvent euh un grand passé de de médicament ou alors de, de solutions, oui, si, si ils ont souvent essayé quelque chose avant. « *D'accord, c'est rare qu'ils aient pas essayé quelque chose avant de venir vous voir, ils viennent vous voir en ... ?*» Si on parle d'insomnie euh « *chronique* » que vous avez qualifiée chronique primaire, euh, oui, ils ont souvent essayé quelque chose avant. « *D'accord. Quoi par exemple, qu'est ce qu'ils ont pu essayer ?* » Oh bah euh, quelque chose, ils auraient pu essayer quelque chose qu'ils ont demandé directement en pharmacie alors un moment donné qu'est ce qu'on leur donnait ? Je suis pas sûre de... Donormyl je crois que c'était, est ce que je me trompe ? C'était par délivrance euh sans, non, sans prescription mais peut-être que je me trompe, et puis : après euh, ils ont eu parfois une prescription d'un médecin qui est au passage euh, lui a donné quelque chose et puis, ils l'ont pris, et puis il faut renouveler, ou il faut... oui. « *D'accord. Donc euh ils vous demandent pour des renouvellements ?* » Ca peut être des hypnotiques. « *Quand on parle, ils abordent le sujet sur le renouvellement, non ?* » Non, non non, ils nous disent euh, Docteur je dors pas euh, je voudrais bien qu'on trouve une solution euh, il y en a qui demandent le renouvellement, mais il y en a euh, ils aimeraient bien euh trouver d'autres solutions ou alors euh, qu'on leur trouve le médicament ou pas le médicament, euh c'est pas forcément médicamenteux. « *D'accord. On va y revenir médicamenteux ou non médicamenteux.* »

3) Euh vous comment vous vous ressentez face à cette plainte d'insomnie ? Quelles difficultés vous éprouvez face à l'insomnie ?»

Quelles difficultés ? C'est quand même toujours quelque chose euh, euh, déjà qui est relativement subjectif, c'est à dire il y a quelqu'un qui dira qu'il dort pas alors qu'il est, en fin de compte, il a trois réveils dans la nuit et puis il se rendort. Il y en a d'autres qui diront qu'il dort pas, qu'ils dorment pas parce qu'ils s'endorment pas tout de suite en posant la tête, il y en a d'autres qui seraient, il y a plein de sortes, et c'est très subjectif, et que en fin de compte si, tout le monde n'a pas la même euh façon de dire qu'il dort pas, et surtout le même, le même ressenti par rapport à son sommeil quoi, donc euh, déjà il faut arriver à analyser ce que c'est que pas dormir. « *D'accord, donc euh vraiment en fait sur euh sur arriver à savoir ce que le patient exactement a comme insomnie ?* » Voilà. Quel euh, qu'est ce qu'il appelle ne pas dormir ? « *Et ensuite quand vous avez réussi à savoir exactement, est ce que vous avez d'autres difficultés euh, pour euh, pour l'aider ?* » Bah les difficultés c'est deuxième chose qu'ils aient déjà pris quelque chose et que ils sont, il y en a un certain nombre qui ont l'habitude d'avoir des inducteurs de sommeil donc de toute façon c'est toujours difficile de les

faire euh sortir de cette habitude euh d'avoir cet inducteur de sommeil, donc euh, les hypnotiques c'est des inducteurs de sommeil pour moi, « *Ouais.* », et puis donc euh arriver à leur dire qu'on peut s'endormir d'une autre façon, et puis après les difficultés bah c'est de déceler des syndromes dépressifs euh derrière ses insomnies la plupart du temps hein. « *Est ce que vous pensez que vous avez suffisamment de euh de moyen à votre disposition pour les insomnies, pour traiter euh ?* » Pour traiter ? « *Pour les aider?* » Euh, suffisamment de moyen ? Ca dépend de ce que veut faire le patient en fait hein euh, euh, les moyens on peut on peut les avoir quand même, si on a pas mal de, de choses à notre disposition, mais ça dépend de la volonté du patient euh, euh, il y en a qui se laissent guider sur d'autres euh, d'autres euh prise en charge que le médicament, il y en a d'autres qui, qui tiennent pas quoi. « *D'accord, donc ils veulent tout de suite euh, ils sont exigeants euh par rapport au truc...* » Ouais ils veulent la solution euh, de la petite euh pilule qui va les faire dormir, pilule miracle. « *D'accord. Est euh est ce que vous avez des difficultés pour euh référer le patient ou euh?* » Référer le patient, c'est à dire ? « *A quelqu'un d'autre si vous vous arriv-, vous luttez sur un patient euh quand vraiment on s'en sort pas ?* » Bah non parce que en fin de compte euh, bah là sur Grenoble moi je trouve qu'il y a un ou deux centres du sommeil qui sont assez adaptés et qui quand on est vraiment un peu tourné dans tous les sens et qu'on, surtout pour les gens qui ont été poly-médicamenté, moi je trouve qu'ils font bien le point euh, ça peut être euh, on peut passer la main aussi là dessus, sans, sans difficulté. « *D'accord.* »

4) Quelles sont les options thérapeutiques que vous proposez à vos patients ? Dans tout, dans toutes les options ? »

Alors euh, bah ça dépend ce qu'ils ont déjà pris mais moi de toute façon j'essaye toujours de savoir euh si c'est pas le symptôme d'autre chose et donc de toute façon et en premier un, un symptôme d'une dépression donc selon l'horaire, selon la façon les autres signes de la dépression donc j'essaye toujours de rechercher une dépression, euh, votre question c'est qu'est ce que, mes outils thérapeutiques hein, c'est ça ? « *Quelle ...Oui, pas forcément, pas forcément en terme médicament.* » Ouais, euh, après euh, bah, en outil thérapeutique moi j'essaie toujours euh de leur donner soit de la phytothérapie, soit de l'homéothérapie parce que je suis homéopathe donc j'essaie euh, je vais jamais donner des hypnotiques dans un premier temps, et puis je me fais beaucoup aider aussi euh, il y a l'hypnose qui marche assez bien pour les troubles du sommeil donc euh, s'ils veulent bien, s'ils adhèrent euh je les envoie pour faire une séance d'hypnose autour de ça, pour voir si on n'arrive pas à débloquer une situation. « *Une séance euh, ça suffit ?* » Ca peut, parfois il en faut deux. L'hypnose c'est une thérapie courte, donc euh, c'est le, si on traite juste le trouble du sommeil, si c'est vraiment euh, on

peut en une séance déjà euh, débloquent, parce qu'en fait le principe euh des gens qui ont des troubles du sommeil et qui, qui réagissent bien à l'hypnose c'est parce que, en fait ce qui les empêche de dormir c'est la peur de pas dormir, donc si on enlève cette peur comme toutes les phobies euh, la peur de l'avion, la peur de... on on enlève cette peur de pas dormir et du coup les gens quand ils se réveillent un petit peu, ils rentrent plus dans un éveil total, ils acceptent l'idée de dire je peux me réveiller un peu mais je ne vais pas rentrer dans une insomnie, donc euh, ils voient le sommeil d'une autre façon. C'est une des méthodes euh qui, qui permet de, de on va dire de les faire dormir et puis parfois après il y a d'autres séances parce que comme je disais l'hyp-, le trouble du sommeil c'est souvent un symptôme, donc après on tire un fil et on arrive à plein d'autres choses qui sont derrière et qui font que le trouble du sommeil c'est le symptôme. *« Donc si je résume on a dit déjà au niveau médicamenteux c'était de trouver vraiment la cause donc quand c'était une dépression c'était de traiter une dépression au final et euh, et en non médicamenteux vous m'avez parlé d'hypnose et de phytothérapie, d'homéopathie et euh, parfois ça vous arrive de les adresser pour d'autres choses, d'autres euh, des psychologues euh, des thérapies cognitives ou des choses comme ça ? »* Oui, oui, oui, euh ça peut être euh tout type de thérapie euh, avant de donner des médicaments pour dormir il faut vraiment que, moi pour moi le médicament pour dormir, c'est quelque chose qui euh permet de récupérer éventuellement sur deux trois jours en attendant qu'on trouve une autre solution quoi. *« Donc c'est sur des thérapies courtes »* Humm. *« Est ce que vous arrivez à orienter facilement du coup, vous avez un carnet d'adresse de spécialiste assez euh...? »* Ouais je j'ai un certain nombre de de correspondants ouais pour ça ouais. *« Ok donc il y a des psychologues...? »* Euh, psychologue, psychiatre, hypnothérapeute, euh, et puis ... Ouais, Ouais. *« Et il y en a beaucoup euh sur Grenoble ? »* Il y en a ouais, ouais. *« D'accord.*

5) Euh, donc euh, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ? Comment vous vous décidez euh ? «

Répétez, face au...? « Face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ? »

Quels facteurs ? euh, ben c'est un peu ce qui ressort de, de de l'anamnèse déjà hein euh, les gens qui ont déjà des multitudes de traitements, des multitudes de médicaments, je me rends, je me rends bien à l'évidence que de toute façon il va falloir leur baisser leurs médicaments pour faire autre chose, et que on pourra ou alors il faut monter les doses mais enfin on sera plus embêté par des gens qui seront déjà poly-médicamentés sur le plan du sommeil, que des gens qui arrivent euh et qui dorment pas depuis trois mois mais par contre qui n'ont pratiquement jamais rien pris quoi hein qui sont... donc ça ça va beaucoup influencer, euh,

redites moi la question parce que j'ai oublié la question « *Oui bien sur, quels facteurs déterminent vos choix thérapeutiques ?* » Après c'est la discussion qui fait que ben il y a des gens qui réagissent plus ou moins bien à ce que je peux leur proposer, quand on aborde le sujet psych- euh, d'ordre psychologique, psycho, les ou des des, dépressions ou etc., et bien en fonction un petit peu de, c'est une euh un échange, de toute façon euh, il faut qu'il y ait une adhésion en face. Donc j'aurais beau dire, il y a quelqu'un qui arrive avec des troubles du sommeil, je lui dis : ah bah monsieur il faudra allez voir le psychologue, si je vois qu'il n'y a pas d'adhésion, ça ne sert à rien quoi. Donc c'est en fonction d'un échange. « *Donc en fonction... Vous prenez en compte le choix du patient.* » Tout à fait. « *Est ce que euh vous suiviez des recommandations? Est ce que vous savez à quoi vous référer, des référentiels euh ?* » Alors les recommandations les seules choses qui, dans les recommandations que je, non je suis pas grand chose en recommandation, la seule chose c'est euh, toutes les benzodiazépines, les temps de prescription, les choses comme ça, c'est-à-dire que moi je ne ferais jamais une prescription longue de benzo ou euh, mais sinon, non, je ne suis pas de recommandations particulières, je ne crois pas. Ou alors inconsciemment. « *D'accord. Et vous qui êtes homéopathe justement, on a euh, plus sur l'homéopathie, c'est selon votre expérience ou il y a des recommandations aussi ?* » Non il n'y a pas de recommandation en fait l'homéopathie ça fonctionne, il n'y a pas le médicament pour dormir, en fait euh, on soigne un terrain, donc euh, pour la même personne on la fera dormir avec plein de sorte de de remèdes différents selon son terrain, selon si elle a d'autres symptômes, selon euh ce qui peut l'empêcher de dormir quoi donc euh, mais il n'y a pas de recommandation, non. « *D'accord.*

6) *Est ce que euh, on a parlé des patients qui étaient sous thérapie médicamenteuse benzo ou hypnotiques ou neuroleptiques au long cours, vous rencontrez des difficultés euh avec ces personnes, à quel niveau en fait ?* »

Ben, les difficultés c'est que, il y a, il y a une accoutumance euh, psychique importante à toutes ces prises de médicaments donc euh, quoi pas toutes, surtout les, surtout les benzo et les hypnotiques hein et du coup et ben, il est excessivement difficile de leur faire euh, arrêter si ça ne marche pas, pour autre chose, euh parce que ils ont euh l'habitude de, que ça fonctionne immédiat-, quoi qu'il y ait un effet immédiat, comme les benzo hein, c'est les benzo, et euh, oui, c'est très difficile. « *C'est difficile parce que le patient euh...n'est pas d'accord ?* » Le patient a excessivement peur d'arrêter quelque chose qui lui permet de faire euh, de dormir. « *La peur des patients. Même si ça les aide plus à dormir au bout d'un moment, ils ne veulent pas arrêter ?* » Alors je crois que, je sais pas si ça les aide plus, en fait euh, ils augmentent les doses, hein, mais ils sont persuadés que de toute façon ils, c'est le

médicament qui leur permet de dormir un tout petit peu mieux que si ils en avaient pas. Donc euh, ils arrivent jamais en disant : mon médicament ne sert plus à rien, quand c'est des hypnotiques ou, mais ils disent j'en ai pas assez il faudrait que j'en prenne plus quoi. « *D'accord, donc c'est des difficultés face au patient, vous vous heurtez au, à un mur au final, le patient ne veut pas vous écouter* » Ouais, sur certains ouais, sur certains ouais. Mais bon, c'est, c'est pas si fréquent que ça, on essaye de, il y a quand même une euh, une euh, les gens entendent parler de de d'hypnotique, des benzo en disant qu'il fallait pas, pas en prendre et tout donc je trouve que ça a progressé là dessus. « *D'accord. Et euh, ces patients qui sont sous benzo au long cours, est ce que quand vous les..., vous avez d'autres options thérapeutiques à leur proposer ?* » Ben les, on essaye de leur proposer autre chose, alors ça dépend aussi de l'âge hein, euh, il y a des gens ça fait tellement longtemps qu'ils ont leur médicament euh, que bon on baisse les doses en fonction de leur âge pour le, les problèmes de de métabolisation de ce médicament mais euh, sinon c'est très difficile de leur faire changer leurs habitudes, sinon euh... Redites moi la question, reformulez votre question ? « *Alors quelles solutions vous apportez aux patients qui consomment des hypnotiques au long cours ?* » Ah. Bah, moi je leur propose de baisser quand même euh un petit peu, d'essayer de baisser, essayer de pas le prendre systématiquement pour que ils se rendent compte que il peut y avoir une autre façon de s'endormir, et que, du coup on, on, bon, si vraiment ils en ont depuis longtemps on commence par baisser parce que si on lui recoupe du jour au lendemain euh, ça marche pas, et sinon euh, peut-être leur dire, bah prenez le trois quatre jours puis après vous faites trois jours sans le prendre pour voir ce que ça donne euh, pour qu'ils sachent que, ils vont pas retrouver le même effet ça c'est sur, mais c'est un autre sorte d'endormissement mais c'est possible quand même quoi. Pour essayer de les rassurer par rapport à ça. « *D'accord, vous vous leur proposer de baisser et de d'arrêter pour les rassurer.* » Pour voir ce que, ce que ça donnerait en arrêtant, oui. Jamais je leur dirais bon bah maintenant vous allez plus prendre quoi que se soit euh, euh, j'ai, ou je vous interdis de prendre un médicament quoi je veux dire ça bloque la situation ça sert à rien. « *D'accord.* » Ils vont allez voir quelqu'un d'autre. Donc euh... « *Est ce que ça vous satisfait ces solutions là euh de, ça marche généralement ?* » C'est pas très facile, non, non, non. C'est pas très facile euh, ça dépend de du patient, ça dépend... Mais il y a un certain nombre de fois où on est euh sans, sans solution. « *D'accord.* » Puis ça dépend de la motivation hein euh, il y a des gens, parce que, il y a des gens ils, la seule chose qu'ils veulent à la fin de la consultation c'est qu'on leur renouvelle leur médicament, si on leur parle d'essayer de faire autrement, ils nous écoutent absolument pas, ils s'en fichent complètement, et ils discuteront jusqu'à ce qu'on leur donne leur médicament. « *D'accord.* »

7) *Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?*»

Alors je pense que, ce qui peut aider c'est de prendre du temps, ça c'est sûr. Alors moi pour l'instant je peux dire que j'en prends euh relativement parce que j'ai pas une grosse patientèle, parce que je me réinstalle, et puis que je, j'ai fait ce choix là. Euh, mais je pense que c'est le temps qui manque hein, le temps de se poser, ou de reconvoquer les gens et puis de dire on va parler que de ça, et puis de faire une consultation à part entière sur l'insomnie. « *Donc ce qui peut aider c'est le temps. Après ...?* » Un peu plus de temps à consacrer au gens. « *D'accord, et au niveau des, tout à l'heure je vous avais parlé de recommandation, de lecture tout ça, non ça vous, ça vous aiderait pas d'avoir des fiches euh, prêtes euh, des conduites à tenir, ce genre de chose ?* » Moi non, je n'en éprouve pas le besoin là. Hum.» *D'accord. Vous vous basez sur vos connaissances de de base, enfin de la fac ou euh ?* « Bah surtout sur l'expérience quand même, parce que les connaissances de la fac euh, elles sont assez loin déjà, et puis euh, c'est pas le genre de chose, moi j'ai fait des études à un moment où je suis pas sûre qu'on consacrait plus que une heure à l'insomnie hein, quand même. Je sais pas. « *Et au niveau de la formation médicale continue qui est obligatoire euh?* » Ouais, ouais, ouais, la formation médicale continue sur l'insomnie proche, j'ai jamais fait quoi que ce soit, je sais pas si j'en ai vu passer, il y a pas mal de chose sur la dépression et l'anxiété à un moment donné, sur l'insomnie, il y en a... J'en n'ai pas fait en tout cas. « *Et ça pourrait vous aider s'il y en avait une ?* » Ouais, ça pourrait être intéressant ouais.

8) « *Quelles causes d'insomnies retenir-vous lors de vos consultations ?* »

Cause d'insomnie ? Alors euh, ben je crois que la première cause d'insomnie c'est la dépression. Après il y a tout ce qui est euh, stress post traumatique ou des choses comme ça, euh... « *Dans vos consultations à vous hein, si vous aviez des exemples* » Oui, Oui. Moi je pense que la première cause c'est, c'est la dépression, souvent c'est quand même un symptôme de dépression l'insomnie hein. « *Ouais* ». Et puis euh, la deuxième cause c'est euh justement l'excès de médicaments, l'excès de, de des gens qui ont eu trop longtemps des, et qui ont perdu le, la, vous pouvez couper ? ((Le médecin décroche le téléphone))

« *Ah oui, alors les causes d'insomnies que vous reteniez c'était donc surtout la dépression, et le stress post traumatique.* » Hum. « *Il y avait d'autres choses? D'autres euh, d'autres situations particulières ?* » Ouais bah dans le même euh, de même ordre il y a le deuil, mais c'est un peu euh, je dirais que c'est un peu un stress post traumatique. Euh, et puis euh, ben, les personnes qui ont été habituées à prendre un médicament et puis d'elles même ont décidé

de plus le prendre, ou à qui on l'a arrêté, et qui n'ont pas d'autre solution là actuellement. «
D'accord.

9) *Y a-t-il des choses que l'on n'a pas abordées au cours de l'entretien que vous aimeriez rajouter sur les insomnies ? Sur votre pratique à vous ? C'est fréquent ?*» Ouais c'est assez fréquent si on le cherche, c'est pas fréquent si on est assez pressé parce que les gens c'est vraiment la, le sujet que les gens abordent euh quand on leur laisse un petit laps de temps euh pour euh pour euh parler d'eux euh, donc euh je suis persuadée que dans une consultation en 10 minutes on ne peut pas parler d'insomnie, ni l'évoquer. C'est à dire que les patients là ne le feront pas, et c'est vrai que ce sera le meilleur moyen pour ne pas parler d'insomnie. Voilà. «
Donc finalement ça revenait à la troisième question les difficultés que vous rencontrez face à cette plainte, c'est un manque de temps aussi ». Il faut, il faut, ouais il faut prendre le temps là par rapport à ça. « *D'accord.* »

Informations complémentaires :

Age : 51 ans,

Sexe : femme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Type d'exercice : cabinet de groupe

Type de patientèle : jeune (entre 20 et 50ans), patientèle avec bon niveau de vie, médecin en secteur 2

Moyens de formation : FMC 8j/ans, lecture (prescrire), laboratoire pharmaceutique

Pas de module de formation sur l'insomnie fait.

Interview du Médecin 10

Le 12/06/12, durée : 18 minutes et 38 secondes

« Donc je vous rappelle la définition de l'insomnie chronique primaire qu'on a pris pour notre thèse : donc c'est des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, ou des réveils précoces, qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois, et on exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses et psychiatriques sauf la dépression.»

D'accord. Ok.

« Ca en enlève pas mal. Voilà.

1) Donc si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment vous décririez ces consultations ?»

Euh, c'est pas le motif principal. Souvent ça vient secondairement, c'est souvent un deuxième motif abordé au cours de la consultation, dans, je dirais, dans les trois quart des cas. « D'accord, Ok» Et euh, un peu de fatalité de la part des patients. C'est à dire ils disent je ne dors pas mais ça fait des lustres donc euh... J'ai déjà vu des médecins mais voilà, quand j'en parle il n'y a pas forcément de solution, donc je vis avec, voilà. « D'accord, donc dans trois quart des cas c'est abordé par le patient qui est fataliste, et vous vous l'abordez euh de vous même ?» Euh, si oui, si il y a un motif ou si je sens qu'il y a des choses qui peuvent montrer une insomnie, je demande effectivement si ça se passe bien du côté du sommeil. « Par exemple dans quelles euh...?» Alors syndrome dépressif... « Ouais» Des problèmes au travail, familiaux euh, coup de fatigue, euh, voilà. « Humm, et quand euh... Le patient vous demande quoi en fait quand il vous parle de ses insomnies ?» Alors en général il est, comme il est fataliste, il dit : « Bah je dors pas », il répond un peu... il a envie de passer rapidement à la question suivante en général, donc moi j'insiste après sur euh, est ce que c'est un problème d'endormissement, un réveil répété, un réveil tôt le matin, euh, voilà, et puis ensuite on essaie de trouver des, des moyens qui peuvent aider à, accompagner ça. « D'accord.

2) Alors, selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? »

Euh... Bah c'est les motifs autres en fait. C'est la fatigue, c'est le trouble du moral associé, euh, en fait c'est la, c'est plus l'étiologie qui amène le patient et le sommeil vient secondairement. «

D'accord donc les, les conséquences de, des insomnies.» Bah alors soit les conséquences, soit les causes. En fait ils perçoivent pas forcément le sommeil, enfin c'est mon point de vue, comme un problème, euh le problème vient d'autre chose, soit ils ont des soucis, euh comme tout le monde a des soucis, voilà, c'est souvent ce qu'ils disent, euh, ça les empêche de dormir mais bon... « *D'accord. Est ce qu'ils ont déjà essayé d'autre chose avant de venir vous voir et du coup ils viennent un peu en désespoir de cause ? Ou parfois...»* Ca arrive, ouais, ouais, ça arrive. « *D'accord. Et qu'est ce qu'ils ont pu essayer avant ?»* Des traitements, alors soit médicamenteux classiques, soit paramédicaux type phytothérapie euh, euh, des huiles essentielles, la relaxation, des choses comme ça. D'autres n'ont rien essayé du tout. Mais je dirais que c'est à peu près cinquante cinquante quoi. Voilà. Beaucoup de gens ont peur de s'adapter à, à des traitements, ou de pas les prendre, ou de les prennent ponctuellement, enfin l'observance je pense qu'elle est, elle est pas très bonne dans ce cas là. « *D'accord. Donc euh, les motivations c'est surtout donc euh : un, l'étiologie et deux, les conséquences, et puis un petit peu de, un petit peu d'échec de propre euh...»* Ouais, c'est ça, plutôt.

3) « *Quelles difficultés vous ressentez par rapport à cette plainte d'insomnie ? Si il y en a...»* Bah il y en a. C'est pas un problème simple. C'est pas un problème simple. Euh... « *Pas simple à quel niveau ?»* Euh, c'est pas simple du fait que, euh, euh, pour chaque personne c'est différent, comme souvent en médecine mais là, il n'y a pas forcément de pathologie attitrée à la pathologie du sommeil, parce que souvent c'est lié à des, effectivement, à certaines causes, ou à un mode de vie, que ce soit euh, souvent c'est des soucis dans la vie de tous les jours que tout le monde peut avoir, soit c'est lié à un mode de vie qui est installé depuis très longtemps et du coup les difficultés éventuellement rencontrées, ça va être euh le suivi au long terme. C'est à dire les gens viennent, nous en parlent une fois, à la limite si on ne relance pas à la question suivante, euh, parce qu'ils viennent souvent pour autre chose, euh, ça passe inaperçu euh, et c'est en demandant qu'on s'en rend compte parce qu'ils disent euh, ah ben non, ça n'a rien changé mais euh, voilà euh, ils veulent passer outre. Ils reviennent rarement pour, pour, ils consultent rarement une deuxième fois pour ce même problème. « *Donc ça les inquiète pas vraiment donc finalement c'est pas un problème ?»* Ils vivent avec, ouais. En fait oui, ils attachent ça tellement à, à, à une autre euh, à une autre pathologie, peut-être que c'est moi aussi qui leur fait ressentir ça, je ne sais pas. Ou à d'autres soucis dans la vie, et du coup ils... voilà. « *D'accord, faire sortir un peu un sentiment d'impuissance de la part des patients, ET de la part du médecin ou euh ?* » Peut-être, peut-être des deux cotés ouais, ouais, c'est possible. « *Vous vous sentez un peu impuissant ?»* Non, non moi j'aime bien parler un peu de ce problème là parce que les gens souvent le négligent et je trouve que

ça fait partie de pas mal de, de, de pathologie, notamment quand le moral est bas, quand il y a de la fatigue, voilà ça permet de régler, enfin de commencer par régler ce problème là de sommeil, ça donne un peu de force pour affronter le reste, donc c'est ... « *Est ce que vous avez assez de connaissance euh pour les, sur le sujet ?* » Elles sont loin d'être complètes mais c'est mon expérience personnelle plus que ce que j'ai appris en médecine qui, qui m'aide on va dire. « *D'accord, et euh, euh, niveau euh...* »

4) *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer aux patients du coup ?* »

Ben ça dépend, Bah je sais pas je peux faire deux catégories ? « *Oui.* » Il y a les patients qui viennent en me disant : en ce moment ça ne va pas du tout, j'ai tel et tel problème qui s'accumulent, et du coup je dors pas, et dans ce cas, c'est un problème passager entre-guillemets, euh, donc là en général je leur propose un traitement médicamenteux, parce que les problèmes sont en train d'être réglés, ils sont récents, donc je pars plutôt sur euh, en général des anxiolytiques, parce que l'origine du problème est plutôt ça, dans ces cas là... Euh, à prendre ponctuellement, je leur prescris pour quinze jours, trois semaines, on refait le point à ce moment là, pour voir si leur problème s'arrange ou pas, et comment ça va du côté du sommeil. En leur disant que leurs problèmes, ils arriveront avec plus de facilité à les affronter s'ils dorment bien, qu'ils reprennent des forces, qu'ils s'alimentent bien, enfin, en essayant de réinstaurer en fait un mode de vie euh, qui puisse les aider de ce côté là, et puis l'autre catégorie de personne c'est ceux qui ne dorment pas depuis des lustres, ou qui dorment mal depuis très longtemps, euh, c'est, soit c'est en lien avec des soucis qui se prolongent depuis des années et des années, soit c'est comme ça, ils ont un caractère anxieux ou, ou un mode de vie qui fait, qui n'est pas très sain vis-à-vis de l'endormissement : la télé le soir euh, le sport en soirée, enfin ce genre de choses, euh dans ces cas là, je ne prescris jamais de médicaments. C'est que des techniques, en essayant d'identifier les causes, et puis de leur proposer euh certaines techniques pour euh, pour s'endor-, soit pour s'endormir, soit pour se ré-endormir si c'est un endormissement euh... « *Vous connaissez des techniques euh...?* » Oui euh, alors euh pour l'endormissement, on identifie bon, la télé dans la chambre euh, euh, le fait de, de prolonger, de ne pas se coucher au moment du sommeil, et de décaler d'une heure ou deux, ce qu'il fait qu'ils ne sont plus forcément dans un cycle et après ils mettent du temps à s'endormir. Euh, donc il y a tout le côté mode de vie avant, voilà, pas manger trop le soir non plus, essayer de manger pas trop tard pour n'être pas gêné par la digestion, et puis sur les problèmes d'endormissement ou du réveil, alors d'endormiss-, euh, pardon, pas d'endormissement mais de réveils euh répétés, la nuit « *Ouais, précoce* » , Voilà, réveils

précoces, euh, soit je leur conseille de se lever, rapidement, ils attendent un quart d'heure vingt minutes, s'ils voient qu'ils ne se rendorment pas, de se lever, de faire une activité qui dure un quart d'heure vingt minutes, faire la vaisselle, préparer le petit déjeuner le matin, en essayant que ce soit, enfin, l'obligation c'est de rester, de garder une activité en étant debout, en étant actif, pas de la lecture, pas de la télé, d'accord, et en général, au bout de vingt, vingt-cinq minutes, ce qu'on peut se rendre compte, c'est qu'ils ont un coup de barre à ce moment là, et du coup c'est le moment de retourner se coucher. Juste pour mettre en phase euh l'esprit et le corps on va dire, ((rire médecin)), je trouve pas ça très médical mais, voilà. Parce que d'être allongé dans le lit euh, avec l'esprit bien réveillé parce qu'il y a plein de soucis et du coup euh, l'esprit assez stimulé, le corps lui est fatigué, et c'est en se levant que l'esprit va se rendre compte que le corps est fatigué, et c'est le moment de retourner se coucher. « *D'accord donc plein de. ..* » Je, voilà, ça c'est, c'est, voilà, et pour le, pour le réveil tôt le matin ça ça peut être à deux trois heures du matin, pour le réveil très tôt le matin à cinq heures alors que le réveil sonne à sept heures, euh, souvent les gens décrivent bien qu'ils ont envie de se rendormir un quart d'heure avant que le réveil sonne, donc là je leur conseille soit de faire ça, même chose que précédemment là, soit d'essayer de se convaincre que c'est l'heure de se lever, et que ça va sonner. Faut être euh, voilà, ça demande un peu de, gymnastique d'esprit mais dans certain cas ça marche. » *D'accord donc euh surtout des conseils d'hygiène de vie, »* ouais ouais « *et puis euh, des petits conseils, et euh, sinon vous proposez d'autres méthodes euh de...?* » Non c'est à peu près tout. « *Vous avez jamais orienté vers des, soit des hypnothérapeutes, »* Pas encore non. « *ou des psychologues ?* » Pas encore non, ça fait que six mois que je suis installé, donc pas encore, non, peut-être... « *Et si vous devez orienter vers des spécialistes est ce que vous savez ou c'est que vous pouvez les orienter, vous avez... C'est facile d'accès ?* » Euh, alors je connais personne spécialisée réellement dans le sommeil, euh, donc dans, sur la région d'Annecy, euh par contre euh... ((Le téléphone sonne)) Je peux répondre ? « *Ouais, ouais.* » Alors je vais répondre, merci. ((Coupure enregistrement)) « *Alors, on en était euh, ah euh, l'orientation vers des spécialistes. Est ce que euh ?* » Alors oui, je ne connais pas de spécialiste dans le sommeil, après je sais que faire de la sophrologie, éventuellement voir des hypnotiseurs ou des ostéopathes pourquoi pas, selon l'ouverture des gens euh, ça peut être bien. J'ai jamais eu l'occasion de la faire parce que peut-être ça fait, j'ai pas été confronté à long terme à des échecs dans le sommeil, ça va venir, mais ça fait que six mois, ((Rire médecin)), donc euh, donc euh peut-être que j'y serai amené, mais par contre, je ne connais pas de centre, s'il y a en un je veux bien savoir. « *Ben je crois qu'il y en a un à Annecy justement.* » Ouais.

5) « *Alors, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent vos choix thérapeutiques ?* »

Euh... Bah souvent c'est le mode de vie quoi. Parce que je me base surtout sur des conseils et pas sur des médicaments, je crois que j'en ai prescrit une fois là en six mois, des médicaments sur des problèmes de de sommeil et de fatigue chronique, euh, donc je me base vraiment sur le mode de vie euh pour essayer de les conseiller vis à vis des traitements je ne suis pas sûr que je sois très, enfin que je puisse répondre à la question du coup parce que... « *Si tout à l'heure vous avez parler de de la durée de l'insomnie du patient, si c'était euh , si c'était récent, vous alliez plus vers les médicaments, si c'était très long euh...* » Oui, Bah plutôt vers les conseils et et essayer de, de voilà d'agir sur le, sur le, sur le mode de vie, mais c'est pas évident. « *D'accord.* » Donc ça, ça se contente vraiment au mode de vie voilà le traitement, pas médicamenteux c'est ça que je voulais dire. « *Et pour les médicaments euh, vous avez plus d'affinité vers des thérapeutiques ou... ? Des maitrises ?* » Euh, alors, pour les personnes qui sont ouverts à la phytothérapie etc., j'essaie toujours ça en premier, l'Euphytose entre autre, je sais pas si je peux donner de nom « *Si, si.* » Voilà, pour d'autres personnes où je vois que bon c'est pas trop leur truc, ils veulent vraiment quelque chose qui euh, qui soit efficace tout de suite et maintenant parce que c'est un problème récent et ça va se régler rapidement mais ils ont besoin vraiment d'un coup de main, je suis assez pour le Xanax, voilà, à prendre euh, je leur prescris euh sur une semaine en continu le soir, après à prendre ponctuellement si effectivement ils sont encore gênés de temps en temps par des angoisses ou ce genre de chose ou s'ils ont passé une salle journée et éventuellement à compléter le matin, s'ils ont de l'anxiété euh, par rapport à un problème qui va arriver ou, voilà. « *D'accord, donc euh, vous vous basez aussi sur certaines recommandations ?* » Du tout. Aucune. « *Est ce qu'il y en a ? Est ce que...?* » Peut-être. « *D'accord donc vous suivez en général pas mal les choix du patient j'ai l'impression, s'ils préfèrent la phytothérapie euh...* » Bah disons que le traitement sera d'autant plus efficace et il y aura une meilleure observance s'il y adhère. Donc c'est vrai que j'essaie de m'adapter à ça. Au contraire, il y a des patients pour qui des fois je pense que c'est nécessaire et qui des fois n'en veulent pas. Donc euh, même chose, j'essaie de m'adapter, de prescrire quelque chose au cas où, après, les gens font ce qu'ils veulent, on ne sait pas forcément ce qu'il se passe à la maison, mais, voilà, et puis euh, et puis j'essaie toujours de les revoir une deuxième fois parce que comme je disais tout à l'heure, tous les problèmes de sommeil en général, ils ne re-consultent pas forcément. Voilà. Ca paraît d'être quelque chose souvent acquis ou euh.... « *Vous les avez ...? ((rire modérateur)).* » Non je pense pas, non, non, non, je parle vraiment en général là, c'est pas forcément en lien avec le traitement. J'aime bien refaire le point pour savoir si ça les a aidés ou pas. Où ils en sont quoi. « *D'accord.*

6) *Alors euh, une autre question : concernant les patients qui ont des thérapies médicamenteuses au long court (benzodiazépine, hypnotique, neuroleptique...) est ce que vous rencontrez des difficultés euh, pour ces personnes qui ont des traitements depuis longtemps ?*»

Alors souvent euh, les gens sont très accrochés au médicament, en disant qu'ils en ont vraiment besoin pour dormir, et quand je leur pose la question, en général, j'ai pas d'étude là dessus, j'ai pas de chiffre, mais en général, ce qui en ressort c'est que euh, voilà ils me disent euh je dors comme si je ne l'avais pas, comme si je ne le prenais pas. Je m'explique mieux, donc ils me disent il me faut absolument ce médicament, je leur pose la question : Bah donc vous dormez bien avec ? Oh non pas, pas plus quoi. Voilà. Donc j'ai tendance à leur dire Bah arrêtez le! « *Et alors à ce moment là euh ?* » Bah pour l'instant j'en arrête beaucoup, ils n'acceptent pas toujours du premier coup, comme je suis un peu insistant des fois, ils finissent, ils finissent en général par euh essayer. J'ai eu à reprendre qu'une fois pour l'instant. Voilà. Ou vraiment il y a quelqu'un où effectivement, il dormait beaucoup moins sans le médicament que avec. « *D'accord, donc finalement pas encore beaucoup de difficultés pour sevrer les patients.* » Bah non mais encore une fois j'ai peu de recul. Hein, ça fait que six mois que je suis installé donc peut-être que dans les mois qui vont venir je vais avoir des surprises en disant : ah ben en fait euh, ouais, non, il serait quand même mieux avec. Voilà, c'est, bon, c'est... Il faut essayer je pense. « *D'accord et finalement la seule difficulté de sevrage qui ait eu, c'était pour un patient qui dormait vraiment, qui a essayer de se sevrer, et qui dormait pas.* » Voilà, il dormait cinq heures avec le traitement en gros et il ne dormait quasiment plus sans ; donc là j'ai dit : bon, on ne va pas trop trainer, on va le reprendre rapidement. « *Et euh, par rapport à, quand vous arrêtez ce traitement, vous avez d'autres options à leur proposer ou pas ? Est ce que vous avez d'autres solutions ?* » Oh bah, je leur donne toujours des conseils euh, habituels, voilà, euh, et puis euh, ça s'arrête là, non en général. Disons que, je considère, de mon point de vu hein, et des fois les patients le partage, des fois pas, euh que quitte à dormir trois heures avec ou sans médicament, autant que ce soit sans médicament. Voilà. « *D'accord. Donc ça c'est les...* » Ca concerne quand même plus les personnes âgées. En général. « *Donc les solutions que vous apportez aux patients qui consomment des hypnotiques au long cours c'est euh des conseils d'hygiène euh...* » Des conseils d'hygiène de vie. Euh, et puis, et puis c'est à peu près tout ouais. « *Humm. Et ça vous satisfait euh, les conseils ?* » Moi je trouve ça bien parce que les gens sont contents en général, ils ont jamais entendu parler de ça, ou peu, ou alors il se trouve qu'on est dans une zone où il y a peu de médecins, donc il y en a beaucoup qui n'ont pas de médecin depuis très longtemps, donc ils

sont bien contents de ça, peut-être que à long terme ça ne va pas être suffisant, je verrai à ce moment là. Je me pose la question hein, souvent mais euh, pour l'instant les gens me disent : ah mais on m'avait jamais parlé de ça, ou euh à chaque fois que j'en parle à mon médecin, il n'avait pas le temps, parce qu'effectivement ici on n'a pas toujours trop le temps mais comme souvent, donc souvent ça passe à l'as, un peu comme pour le tabac c'est assez similaire hein les, pas la prise en charge mais mais euh, la façon de demander d'arrêter de fumer et la façon de parler du problème du sommeil sont abordées assez facilement, de la même façon je veux dire. « *Finalemnt là vous évoquez quand même une autre difficulté qu'on n'avait pas parlé par rapport à la plainte d'insomnie, c'est le manque temps.* » Oui, oui, oui, oui, c'est, ça peut faire parti des difficultés ouais. Ouais. Effectivement.

7) « *Alors qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ?* »

Euh, alors pas des protocoles, pour répondre à l'inverse, parce que vraiment chaque personne à sa façon de faire et puis des traitements médicamenteux euh, on sait bien que dans toutes les études il n'y a pas forcément... Voilà on peut en faire ce qu'on veut à peu près. Euh, donc euh, plutôt des conseils ou un centre euh voilà où vraiment ils sont pris en charge globalement, euh, après peut-être, peut-être euh, peut-être, je sais pas si une antenne centralisée par exemple, parce qu'on est à F., donc à trente kilomètres d'ici, je suis pas sûr que les gens soit assez motivés vu qu'ils négligent un petit peu le problème pour aller jusque là bas, être pris en charge dans un centre, retourner un mois après, enfin, voilà, je suis pas sûr que ça les perturbe à ce point là, à part certains, les personnes âgées je pense ne le feront pas déjà, « *Ouais,* » donc comme souvent ça concerne ces personnes là, euh, donc peut-être par un centre euh pour le sommeil.... Euh, j'ai pas beaucoup d'idées. ((Rire Modérateur)) J'ai pas beaucoup d'idées. « *Donc déjà euh, des conseils en pagaille au final.* » Des conseils en pagaille, parce que voilà, après les gens ont la vie qu'ils ont eu, et pour certains, voilà, le patient de soixante-dix ans qui a perdu sa femme il y a quinze ans et qui s'en remettra jamais, il y a des choses ou voilà, on peut difficilement lutter contre aussi, donc euh, voilà. « *Des recommandations, des formations continues tout ça ?* » Des recommandations non, des formations continues oui, si ça concerne effectivement les conseils, différentes techniques possibles qu'on peut adapter au patient, euh, tout à l'heure j'ai parlé du tabac parce que j'ai l'impression de les... d'avoir la même démarche vis-à-vis de ça, puisque souvent c'est pris à la va-vite euh, voilà, ou on n'a pas le temps de s'en occuper, et voilà, euh donc euh, de la même façon j'essaye de, de, de, de trouver la meilleure technique de sevrage d'insomnie comme on a pu la trouver pour le sevrage du tabac. Chacun à sa façon de consommer le tabac, chacun à sa façon de s'endormir,

de se réveiller, de pas se rendormir, il y en a qui vont se lever et allumer la télé, d'autres ils vont essayer de lire, d'autres ça va juste trotter dans la tête, donc je pense qu'il faut trouver et s'adapter à chaque personne euh. « *Vous essayez de vous adapter au mieux au patient.* » J'essaye mais... « *Sans vraiment de méthode euh...* » Attirée! Voilà par contre s'il y avait plusieurs méthodes pour certaines choses, euh, voilà c'est vrai que le patient qui me dit : je ne dors pas du tout, et je m'endors pas, et je ne me réveille pas, parce que je ne dors pas du tout, euh, là euh, je suis un peu démuni, au niveau conseil. « *Un centre du sommeil dans ces cas là pourrait être utile.* » Pourquoi pas. « *Pour analyser le sommeil.* » Pourquoi pas. Ouais. « *D'accord.* »

8) *Euh, quelles causes d'insomnies retenir lors de vos consultations, dans les plus fréquentes ?* »

Hum, désolé ((bruit de bouche)). Alors euh : l'anxiété. Il en faut plusieurs ? « *Oui, enfin tout ce qui est des principales, alors c'est l'anxiété, ensuite ?* » L'anxiété principalement. Euh, euh, le mode de vie, alors il faut peut-être que je détaille un peu, euh, les repas consistants et tard le soir un peu déstructurés, souvent quand on revient avec quelque chose d'un peu plus cadré ça aide un peu, la télé dans la chambre, euh, et puis le stress permanent euh, dans la journée quoi. Ça va un peu avec l'anxiété. « *L'anxiété, le mode de vie,* » Ouais. C'est des soucis de la vie de tous les jours, pour résumer. C'est vraiment les causes principales que je croise actuellement. « *D'accord, ok, il y a...* » Puisqu'on ne parle pas de tout ce qui est apnée du sommeil, etc. Hein, donc euh voilà. « *Voilà, oui tout à fait, donc finalement c'est très bien.* »

9) *Est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé au cours de l'entretien que vous aimeriez rajouter ?* »

Euh, non à moins qu'il y ait un centre sur Annecy euh, apparemment il y a quelque chose qui existe alors je connais pas. ((Rire médecin et Modérateur)) « *Je sais que ça existe mais je ne sais pas où il est.* » Voilà. Euh non, euh, je voudrais juste parler d'un petit truc, ça m'est venu au cours de l'entretien, ça ne sera peut-être d'aucune utilité j'en sais rien, mais j'ai eu le problème inverse, euh, d'une euh, d'une petite fille de de cinq ans, qui dormait beaucoup trop, et la j'ai cherché à tout pris un centre du sommeil ou quelqu'un qui puisse m'aider, et j'ai trouvé personne sur la Haute Savoie, j'ai trouvé le neuropsychiatre, neuropédiatre pardon, qui m'a donné un coup de main, mais qui a fini par envoyé à Lyon. Sachant que ce n'était ni une maladie de, euh, ça y est j'ai perdu le nom, De G. voila, c'est ça hein, voilà euh, il y avait vraiment euh, j'ai rien retrouvé, la neuropédiatre non plus, donc euh complètement pommé par rapport à ça. « *D'accord. Donc il n'y avait pas de centre de référence euh...* » Aucun, on n'en

n'a pas retrouvé donc on a adressé en, sur Lyon, en pédiatrie et c'est en cours de bilan. « *D'accord.* » Voilà, c'est une petite fille qui dort vingt heures par jour, qui s'endort en consultation à chaque fois, mais qui n'a pas des, voilà, des sommeils brutaux comme on peut retrouver euh, dans la narcolepsie ou ce genre de chose, donc il n'y a pas d'apnée du sommeil, il n'y a rien de tout ça. Voilà, donc là oui, j'aurai eu besoin d'un centre du sommeil, effectivement. Dans ce sens là.

Informations complémentaires :

Age : 29ans.

Sexe : homme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : seul, en cours de collaboration

Type de patientèle : jeune, pédiatrie, gynéco, traumatologie. 1/3 de frontaliers avec bon niveau de vie, plutôt urbaine.

Moyens de formation : Sort de la fac. Magazines. Formation médicale continue

Pas de module de formation continue sur l'insomnie fait.

Interview du Médecin 11

Le 2/07/12, durée : 21 minutes et 58 secondes

« Bonjour, je vous rappelle la définition de l'insomnie chronique primaire qu'on a pris pour notre thèse comme définition, ce sont des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes ou des réveils précoces et qui ont des conséquences sur la vie diurne avec un bonne hygiène de sommeil, plus de trois nuits par semaine pendant plus d'un mois et on exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, psychiatriques, sauf la dépression.

1) Alors Première question si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment décrieriez-vous ces consultations? »

(3.0) ((Rire médecin.))

Comment décrire ces consultations ? Euh:::, c'est des consultations longues parce que ça prend du temps pour faire le point sur euh pourquoi ils ne dorment pas. Euh depuis quand ils ne dorment pas, euh comprendre ce qu'il se passe si c'est des insomnies d'endormissement ou des problèmes de maintien du sommeil, euh:::, rechercher des problèmes de dépression sous-jacents, rechercher toutes les causes secondaires potentielles d'insomnies type apnées syndromes sans repos tout ça, euh:: voilà donc ça prend du temps, surtout ça que je dirais. « D'accord. » Ca prend beaucoup de temps après de voir les horaires euh de coucher parce qu'il y a des problèmes de, de enfin y a souvent des problèmes de mauvaise perception du sommeil avec un coucher qui est beaucoup trop précoce, ou un coucher qui est au contraire trop tardif, enfin, voilà, des, des, des siestes trop longues la journée, voilà, on recherche un peu tout, tout ce qui peut se passer sur une journée pour comprendre pourquoi ils auraient un mauvais sommeil la nuit, donc voilà, entre le moral et puis l'hygiène de vie à coté quoi. "D'accord. Donc surtout des consultations longues à cause de l'analyse, ou alors de la recherche... » Hyper longue ouais. « D'accord. Pouvez-vous nous expliciter comment le sujet de l'insomnie est abordé au cours de la consultation ? Par qui, à quel moment, par quel moyen ? »

Pour les adultes c'est ça ? « Oui. » Alors pour les adultes en général c'est le patient qui en parle, en général c'est une plainte du patient, ou alors c'est il vient c'est une de pour pas forcément pour une plainte d'insomnie mais il est demandeur d'hypnotiques, donc du coup on est amené à parler d'insomnie et voir ce qu'on peut faire en dehors des médicaments pour

aider ce problème. « *D'accord donc surtout abordé par le patient, vous vous le rechercher pas euhí* » Jøe euh, enfin pas pour les adultes enfin pas pas systématiquement non, je vais rechercher oui chez un déprimé, un anxieux ou euh, voilà, mais sinon ça va être une plainte du patient de mauvais sommeil, de mauvaise qualité du sommeil, mais pas je vais pas rechercher systématiquement non, sauf pathologie particulière quoi chez les déments oui on va rechercher ou chez les dépressif, mais je vais pas rechercher. « *Et à quel moment dans la consultation le patient va plutôt l'aborder, est ce que, vu que c'est lui qui l'aborde à priori ?* » En général c'est assez au début, parce que moi je leur demande de me donner toutes leurs causes de consultation dès le départ donc en général ça fait partie des causes de consultations donc ils me le disent assez au début, ça m'est arrivé deux trois fois que ce soit à la fin de consultation, dans ce cas je leur demande de repasser. « *D'accord. Si c'est un motif à la fin de la consultation, vous leur euh í* » Ah oui je leurs dis, enfin je leur donne quelques conseils, mais je leur dis que si ça va pas ils reviennent que pour ça. Enfin de manière générale, en général, comme ils viennent pas que pour ça je leur demande de, de si ça va pas ils repassent et on discute que de ça pour faire le point. « *Parfois c'est abordé par quelqu'un d'autre que le patient, est ce que c'est ça famille qui l'accompagne ?* » Non, pas pas chez les adultes, « *Pas chez les adultes.* » « *Parce que vous vous occupez des enfants aussi du coup ?* » oui. « *Est ce que vous pouvez nous expliciter un peu comment pour les enfants ça marche et quel, est ce que c'est les mamans, les papas ?* » Chez les enfants c'est beaucoup des insomnies du pøit qu'on est, que je suis amenée à prendre en charge, hein l'insomnie du pøit de moins de 5 ans, des réveils nocturnes, les parents qui n'en peuvent plus, qui sont épuisés et qui se réveillent toutes les nuit pour rendormir les enfants, donc en général ça c'est ben du coup forcément une demande des parents, et euh eux ils viennent spécifiquement pour ça. Et eux je fais des consultations en deux temps en fait, je fais deux grandes consultations, ou entre temps ils me remplissent un agenda du sommeil. « *D'accord.* »

2) « *Alors, on repasse sur les adultes, selon vous quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ?* »

(3.0) ((Expiration))

Souvent je pense qu'ils en ont, ils en ont un peu marre de pas dormir. Après moi j'en avais vu parce qu'ils avaient vu que j'étais spécialisée dans le sommeil « *ils avaient vu des ?* » ben que j'étais spécialisée dans le sommeil. « *Ha.* » Donc c'est pour ça qu'ils étaient venu mais en même temps c'était pas pire que ça, ils dérangent pas plus que ça. Souvent c'est que oui ils en ont marre ou ils sont fatigués la journée enfin. « *Donc l'impact sur la qualité de vie ?* » Oui c'est plus sur la qualité de vie. « *Le ressenti* » Ouais le ressenti, en avoir marre de pas dormir

la nuit, de l'impression de tourner dans son lit en permanence euhí « *Il y en a qui ont essayé d'autre chose avant de venir peut-être ?* » Chez les adultes rarement, je trouve. « *Ils viennent vous voir dès que ça commencent ?* » ((Rire du médecin)) Les adultes, oh en général c'est pas, hein je trouve chez les adultes c'est quand même rarement euh débutant comme trouble, on va dire que c'est souvent plus chronique ((rire médecin)) que débutant bah sauf chez les déprimés, ou euh voilà « *Ouais.* » Mais ou quand il y a un problème anxieux sous-jacent mais sinon je trouve que c'est souvent déjà un peu enkysté. « *Ok, enkysté et ils n'ont rien essayé ?* » Ben si, ils avaient déjà vu des gens mais après ils attendent toujours qu'on mette un traitement euh hypnotique quoi, je trouve qu'ils sont assez demandeurs d'hypnotiques, ouais. « *Ils viennent surtout pour ça, pour avoir des traitements hypnotiques les patients ?* » Ben moi, chez l'adulte ouais je trouve que, enfin moi les consultations d'insomnie que j'ai eu c'est souvent parce qu'ils avaient une demande d'hypnotique, enfin c'était plus qu'ils venaient avec leur demande d'hypnotique et après on abordait le problème et on voyait comment on pouvait faire différemment.

Et après non il y en a qui sont venus comme ça, mais parce que, si, ils avaient essayé d'autres choses, j'ai en tête un patient il avait essayé d'autres choses avant hein, après euhí « *Quelles types d'autres choses par exemple ils ont essayé ?* » Alors lui c'était un peu compliqué, c'était pas vraiment une, c'était pas vraiment une insomnie, enfin c'est une insomnie, enfin il a des réveils nocturnes mais en fait, je pense qu'il y a un trouble du comportement au sommeil paradoxal donc c'est, c'est différent, du coup il a eu des traitements, il a eu plein d'exams, des traitements qui ont été essayés qui marchent pas, et voilà. « *D'accord.* » Lui il aura un enregistrement du sommeil, c'est pas vraiment insomnie, il est venu avec une plainte de réveils nocturnes.

3) « *Quelles difficultés vous ressentez par, par rapport à cette plainte d'insomnie ? Chez les adultes.* »

La difficulté que eux ressentent ? Ou que moi je ressens ?

« *Que vous vous ressentez par rapport à cette plainte, si vous en ressentez.* » ((Rire médecin)) La difficulté chez l'adulte honnêtement moi je trouve que c'est c'est compliqué par ce que souvent ils ils arrivent on a l'impression que que c'est complètement enkysté et qu'on peut rien faire pour eux si ce n'est leur donner des médicaments, et, et moi je trouve que ça prend énormément de temps enfin je pense que chez l'adulte c'est plus dur de changer les comportements que chez un enfant et euh:: et quand on leur dit qu'il va falloir changer un petit peu les habitudes de vie, euh:: bah ils sont pas toujours très contents quoi et euh ils attendent un peu la pilule miracle euh pour qu'ils dorment enfin après dix ans qu'ils aient pas dormis,

euh voilà. Donc moi je trouve que c'est assez compliqué enfin je trouve que c'est plus compliqué chez l'adulte que chez l'enfant, « *mmmh* » enfin plus compliqué, c'est surtout plus long à obtenir un résultat, et surtout je pense qu'ils attendent des résultats immédiats et ça c'est absolument impossible quoi. Donc euh::, voilà. Donc euh du coup ils attendent la pilule miracle, donc je trouve que c'est ce qui est un petit peu dur chez l'adulte, après il y a des adultes que j'ai vu, euh chez qui on a bien réussi à faire de l'hygiène de sommeil, et après en s'aidant un peu d'une psychologue, de de de de thérapies parallèles, enfin de relaxø de technique de de relaxation tout ça c'était, ça marchait pas mal. ((Téléphone sonne, le Docteur répond.))

« *Euh:: donc on en était à aux difficultés que vous ressentiez par rapport à cette plainte d'insomnie, vous m'avez dit qu'il y a avait quand même un sentiment de d'impuissance au final,* » Oui je pense que les gens, ouais de ma part ouais, je pense, enfin je trouve que les adultes c'est compliqué, ((Rire)), enfin c'est compliqué, enfin c'est surtout, moi j'ai l'impression d'impuissance par rapport à ça. C'est que je trouve que c'est ils arrivent souvent déjà c'est ils ont une longue histoire d'insomnie ant- en général c'est assez long leur histoire d'insomnie avant et on a l'impression qu'ils ont déjà ou qu'ils arrivent déjà eux même dépités quoi et qu'on peut rien pour eux, et euh::, donc déjà c'est pas facile et, et après ben faut essayer de les remotiver euh en, en vraiment, en insistant sur les règles hygiène de sommeil et euh:: et ça il y en a ils ont du mal quoi, enfin je pense que une personne à 50 ou 80 ans c'est beaucoup plus dur de changer les habitudes de vie que quand on est plus jeune, et euh::, voilà. Et après moi je leur propose bien de de d'aller voir des gens pour faire de la relaxation, euh voilà des choses comme ça, quand il y a des problèmes un peu psychologiques en dessous, moi j'envoie assez facilement chez les psychologues quand même pour vérifier qu'il n'y ait pas de gros problèmes euh voilà « *Vous avez pas de difficulté à référer le patient ?* » Non, pas en général ça c'est des, ouais c'est, non c'est c'est si j'estime que qu'il y a besoin d'une psychologue quand on a déjà bien avancé que ça bloque je les envoie assez facilement chez les psychologues et puis surtout chez les gens qui font de la relaxation hein euh.

« *Au niveau des connaissances, vous qui avez le DU, est ce que vous êtes au point, vous ne manquez pas de connaissances sur le sommeil ?* » Je pense que ça va, après on peut toujours apprendre. ((Rire des deux)) « *Pas une difficulté principale* » Non.

4) « *Donc on parlait des options euh thérapeutiques possibles que vous proposez au patient, vous aviez commencé en parlant un peu de relaxation,* » Ouais, « *psychologue est ce qu'il y a d'autres choses en non médicamenteux que vous leur proposez ?* »

Moi je leur propose surtout ouais la la sophrologie, le yoga, éventuellement la réflexologie euh, je peux m'aider des psychologues pas mal chez les adultes et puis chez les adolescents beaucoup aussi, euh voilà.

« *Et dans les médicaments qu'est-ce que vous pouvez utiliser ?* » Oh j'évite, au maximum. Je mets, si j'en mets, euh ça sera des euh, ça sera du zolpidem ou du zopiclone mais le plus court possible et je leur dit que c'est parce que vraiment pour essayer de engranger quelque chose et en un mois on a arrêté le traitement, que c'est hors de question qu'il le garde tout le temps quoi. « *D'accord. Pour le recycler ? Je plaisante.* » ((Rire médecin.))

« *D'accord, vous arrivez donc à orienter vers des spécialistes et lesquels ?* »

Pour le sommeil ? « *Mmmh,* » Ben j'oriente vers les spécialistes surtout quand j'ai un doute sur autre chose qu'une insomnie simple, donc euh plus quand j'ai un patient qui a un syndrome d'apnées du sommeil, les jambes sans repos, quand les comportements en sommeil paradoxal derrière leur plainte d'insomnie, enfin quand c'est pas un problème d'insomnie simple quoi. Sinon euh je réfère pas trop, enfin pas pour l'insomnie en elle-même quoi. Après c'est des problèmes de démence voilà, de toute façon on voit avec le neurologue mais « *Donc vous orienter vers* » vers le psychiatre quand il y a des problèmes vraiment dépressifs importants mais sinon c'est plus des, ben du coup j'oriente pour les apnées du sommeil surtout vers des pneumologues, parce que c'est eux qui font ça en ville pour les adultes et puis sinon c'est les labo de sommeil, donc soit celui d'Annecy ou chez Dr D. où notamment j'ai un patient il a enfin je pense qu'il a peut-être un problème de comportement dans le sommeil paradoxal donc je l'ai envoyé chez Dr D. pour qu'il ait un enregistrement avec la vidéo et sinon euh j'envoie sur les centres de santé du sommeil à Grenoble et puis il y a le Dr L. à Chambéry qui s'occupe aussi un peu des problèmes d'insomnie, syndrome sans repos euh « *D'accord, Vous avez un bon carnet d'adresse déjà* » Ouais.

5) « *Euh, on va parler du patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ?* »

L'épuisement. ((Rire Modérateur)) « *Vous voulez dire ?* » L'épuisement du patient « *Du patient. Selon son degré d'épuisement vous décidez de* » ben disons, si vraiment enfin c'est vrai, ben l'épuisement et la pathologie sous-jacente, enfin mais c'est vrai chez les patients dépressifs euh où on sent qu'ils sont vraiment crevés et à bout, qu'ils en peuvent plus, euh j'aurais peut-être plus facilement tendance à mettre un petit traitement au moins au début de prise en charge pour essayer qu'ils redorment que les autres, en associant aux règles de l'hygiène mais voilà. « *Et au niveau des recommandations, euh vous en suivez ou pas, s'il en existe ?* » Ouais, il en existe. Enfin, sur les insomnies ? « *Ouais.* » Ben c'est plutôt les règles

d'hygiène de sommeil qui sont recommandées avant les traitements hypnotiques donc voilà.

((Rire médecin.))

« *Y a plus certaines thérapeutiques que vous utilisez que d'autres ?* » Ben moi je fais beaucoup du comportemental, enfin, beaucoup, beaucoup de comportemental, enfin c'est beaucoup d'hygiène du sommeil quoi hein. C'est pas trop dormir la journée, c'est pas regarder la télé ou l'ordinateur à point d'heure, pas de télé dans les chambres, supprimer les radios réveil,...euh ((Rire médecin)), enfin voilà. « *Le tic-tac des réveils ?* » Non mais les gens ils les regardent, dès qu'ils se réveillent ils les regardent, c'est la première chose qu'ils regardent donc c'est hyper anxiogène, parce qu'à chaque fois ils se disent : il est deux heures du matin, ça y est, je dors pas, c'est la catastrophe, alors que déjà on leur supprime le réveil ça va mieux, ils ne regardent plus déjà et puis surtout pas rester au lit s'ils ne dorment pas quoi, ça ne sert à rien de rester au lit s'il ne dorment pas enfin voilà c'est des règles d'hygiènes de sommeil de base quoi, enfin c'est í

6) « *Est ce que vous rencontrez des difficultés quand il s'agit d'une personne qui a des thérapies médicamenteuses au long cours? Vous les instaurez pas a priori mais sií* »

Oui j'ai du mal à les instaurer oui, je j'les j'en instaure assez peu et je pense sur du court terme et ceux qui ont du long court, bah je leur dis qu'on va essayer de les arrêter, de les diminuer et après ça dépend si c'est vraiment qu'ils le prennent en épisodique une fois par semaine ou ça je leur laisse, enfin je leur donne les règles d'hygiène, quelques conseils, enfin les conseils mais voilà, si ça reste de l'épisodique je leur laisse quoi, mais quand ils en sont au stade chronique j'essaie de refaire le point et puis voir si on peut pas un peu diminuer progressivement parce que en général de toute façon ils le disent eux même que ça leur fait plus d'effet donc. « *Donc ils acceptent facilement ?* » Oui oui ils sont pas contre, ouais. Ils sont pas contre, on y va doucement, mais sûrement í « *Vous arrivez à en server quelques-uns ?* » Ben là moi j'avoue que j'en ai pas beaucoup, que en plus j'ai plutôt des jeunes que des, des personnes âgées donc déjà en personne âgées enfin j'pense j'en ai pas beaucoup sous hypnotiques oui.

« *Au niveau des jeunes justement, il y en a qui sont sous hypnotiques au long court déjà, ou à l'adolescence ?* » Adolescence euh non, enfin moi j'en ai pas vu mais ((Rire médecin)), par contre il y en a qui ont des prescriptions d'hypnotiques oui, par leur médecin traitant. Enfin moi j'ení

« *Donc les solutions que vous apportez aux patients consommant des hypnotiques au long cours finalement c'est de décroître progressivement.* » Ben c'est surtout reprendre toutes les règles d'hygiène de sommeil euh, c'est l'hygiène de vie quoi, parce que le sommeil en fait

c'est sur 24 heures que ça joue et qu'il y a toute l'hygiène de vie autour qui fait qu'on dort bien, donc après et puis voir si des pathologies sous-jacentes qui feraient qu'ils ne dorment pas, j'essaie de reprendre avec eux, je leur réexplique que le sommeil normal et qu'avec l'âge souvent effectivement le sommeil il s'allège et c'est normal et qu'ils ont des réveils qui sont plus ressentis entre les troubles du sommeil mais que ces réveils sont normaux, donc après il faut pas forcément les considérer comme pathologiques, et que des fois souvent ils, il faut avant qu'ils dorment, parce qu'ils n'ont pas fermé l'œil de la nuit mais dans la journée, ils sont, si on leur fait faire l'agenda du sommeil il y a pas un moment où ils sont somnolents quoi, donc ça veut dire que la nuit ils ont quand même dormi, sinon ils seraient somnolent toute la journée, donc après c'est remettre un petit peu avec cet agenda du sommeil devant le fait accompli que c'est pas possible qu'ils ne dorment pas du tout de la nuit et qu'après c'est plus un ressenti probablement qu'ils ont un mauvais sommeil et que entre les heures où ils disent je dors pas et ben ils ont sûrement dormi. *« D'accord »* Voilà.

« donc essayer de casser un peu les idées reçues qu'ils ont sur leur sommeil » ben il y en a beaucoup chez l'adulte, il y a beaucoup de gens qui ont l'impression de mal dormir et que finalement ils ne dorment pas si mal que ça, après quand ça va vraiment pas moi je demande un enregistrement, regarder qu'il n'y ait pas de problème autre quoi type euh jambes sans repos, des apnées enfin des choses qui feraient qu'effectivement ils ne dorment pas des oxymétries des choses comme ça. *« D'accord »*

« Les solutions que vous proposez ça vous satisfait ? Ça marche ? » Ben si ils accrochent ouais ça marche, il y a des gens chez qui ça marche. Après j'sais pas si, euh voilà euh après ya... chez les adultes ça marche enfin, après ils appliquent plus ou moins quoi hein. Souvent quand ils appliquent ça va et puis quand ils appliquent plus ça va plus quoi. *« D'accord, il faut remettre »* Voilà faut remettre une couche. ((Rire des deux)) Enfin ça mieux quoi on va dire, moi ça me satisfait, moi je pense que l'adulte c'est difficile parce que souvent quand c'est chronique il a du mal à changer ses habitudes c'est difficile de régler le problème, moi je trouve il y a assez enfin souvent moi je trouve qu'ils sont en attente de la pilule miracle quoi donc euh ça y a pas.

7) *« Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ? »*

Euh Bah que le temps de consultation soit pris en compte, par la sécurité sociale Par la sécurité sociale parce que c'est des consultations qui sont, les consultations de sommeil c'est hyper long. *« Ça prend combien de temps ? »* Trois quart d'heure facile donc si on fait que ça quoi. Donc le temps de voir ce qu'il se passe dans la journée, comment ils dorment, l'agenda

du sommeil, euh faire le point sur les dépressions et tout ça prend facile trois quart d'heure donc euh... « *Pouvoir coter les consultations* » pouvoir coter ouais : consultations ouais longues. ((Rire médecin)) « *Même quand on a un DU on peut pas coter consultation ?* » Non chez les adultes euh, la première, la première consultation si on fait un Hamilton, on peut coter le Hamilton, mais la deuxième consultation euh... « *Hamilton euh ?* » C'est le test d'anxiété « *D'accord.* » Chez les patients. Voilà. Chez l'enfant il y a rien du tout. « *Donc plus de temps, de l'aide de la part de la sécu et sinon au niveau des formations de tout ça vous êtes euh, vous êtes bien quoi.* » Ben disons que, je travaille dans un service de sommeil euh toutes les semaines donc euh, une fois par semaine donc euhí Bon enfant mais bon du coup euh, voilà. Et euh, du coup moi je vais au congrès du sommeil une fois par an donc euhí « *D'accord.* »

8) « *Quelles causes d'insomnies reprenez-vous lors de vos consultations ?* »

Quelles causes ? « *Les principales enfin les adultes,* » Oh, il y en a beaucoup euhí « *Les derniers qui venaient consulter, c'était* *Qu'est ce que c'était ?* » Anxiété, dépression, des choses comme ça. Euh j'avais beaucoup d'anxiété et de dépression. « *Et dans vos ado ?* » Les ados c'est différentí Oh, il peut y avoir euh c'est beaucoup des décalages de phase je trouve à l'adolescence, chez l'adolescent. « *Ordinateur ?* » Ouais parce que, parce que oui ils décalent beaucoup leur sommeil parce qu'ils regardent beaucoup d'ordinateur, télé, jeu vidéo, tard le soir euhí Des week-ends où ils se lèvent pas, et du coup ils arrivent pas à se recaler, ils arrivent pas à s'endormir, le soir. C'est beaucoup des décalages de phase quand même le soir... Moins, je dirai moins de dépression que, enfin il y en a hein, des anxiétés chez les pré-ados, ados, c'est des choses qu'on voit souvent hein, anxiété et dépression, et il y a beaucoup de décalage de phase.

9) « *D'accord. Est ce qu'il a y a des choses que l'on n'a pas abordé dans l'entretien que vous voudriez rajouter ? Sur les insomnies adultes.* » Sur les insomnies adultes, non, je sais pas, ((Rire Médecin)). « *Donc euh principalement oui, de l'aide prendre du temps euhí* » Euh oui, moi je dirais que c'est comme toutes ces consultations où on fait du préventif, elles sont pas, enfin c'est des consultations qui prennent énormément de temps et elles sont pas cotées, voilà. ((Rire Médecin)). « *D'accord.* »

Informations complémentaires :

Age : 32 ans.

Sexe : femme.

Maître de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet groupe. Installée depuis un an.

Type de patientèle jeune, enfant, peu de personne âgée.

Moyens de formation : Prescrire, FMC, internet. Pas de groupe de pairs car pas le temps.

Pour le sommeil : Activité à Lyon une fois par semaine et congrès du sommeil une fois par an. Puis des DUs, des formations MG form (organisme de formation)

Module de formation sur l'insomnie : congrès du sommeil une fois par an, mais pas que sur l'insomnie, surtout pour les sessions de formation sur le sommeil pédiatrique.

Interview du Médecin 12

Le 3/07/12, durée : 26 minutes et 4 secondes

« Donc on va parler d'insomnie chronique primaire.

Je vous rappelle la définition qu'on a pris pour notre étude : ce sont des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes, ou des réveils précoces, ET qui ont des conséquences sur la vie diurne, malgré une bonne hygiène de sommeil, plus de 3 nuits par semaines, pendant plus d'un mois, et on exclut les syndromes d'apnée du sommeil, les pathologies douloureuses, psychiatriques sauf la dépression.

1) Alors première question : si je vous demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec vos patients, comment vous décririez ces consultations ? Comment elles se sont déroulées euh, votre ressenti ? »

Bah elles sont rapides. *« Rapide. D'accord »* Parce qu'on n'a pas de solutions. ((Rire médecin et modérateur)). C'est un peu ça, euh, voilà, si, si on a dit hormis la dépression donc euh, si on inclut euh, euh, dans l'état dépressif euh on discute un petit peu de tout ça mais, euh, moi l'insomnie je vois une solution euh uniquement quand euh ((Sonnette sonne)) quand c'est autre chose que qu'une insomnie chronique euh on va dire idiopathique. *« Ouais. »* Euh, on va surtout rechercher euh, espérer qu'il y ait autre chose, maintenant qu'on sait qu'il y a souvent autre chose, et, voilà, mais sinon c'est une fin de consultation, c'est euh, voilà les gens nous disent qu'ils savent déjà tout ce qu'il y a à faire, ce qu'il faut faire, les rituels, les machins, donc euh ça *« mmmh »*, c'est pas très motivant de, de faire quelque chose parce que euh *« pour ces personnes »*, voilà. *« D'accord vous vous êtes un peu euh dépité sur ce sujet. »* Plutôt. ((Rire modérateur)) Ou c'est eux qui le sont parce que moi je dors bien. ((Rire modérateur)). *« Et du coup c'est le patient qui l'aborde plutôt en fin de consultation ou euh ? »* Alors là c'est dans le cadre de quoi, de, de du fait qu'ils, qu'ils renouvellent un traitement ou que c'est chronique mais qu'il n'en a jamais parlé ? *« Voilà oui, dans tous dans les deux cas un petit peu, comment ils abordent le sujet ? »* Moi j'avoue que je, je j'ai quand même peu de personnes qui, qui, qui, qui aborderont euh *« d'eux même ? »* Deux, et puis même je je crois que j'ai peu de cas comme ça finalement. J'ai plus des gens qui, qui, qui ont des insomnies eux, alors c'est pas dans ton truc euh, mais euh, pour lequel on va rechercher euh, c'est des gens qui sont corpulents, qui ont de l'hypertension, qui ont, et euh, et on va rechercher dans le cadre d'une insomnie chronique euh quelque chose euh, euh de sous jacent. *« D'accord. »* Et

sinon euh, j'ai des patients qui ont des insomnies chroniques mais euh depuis euh depuis longtemps, alors on ne sait plus s'ils sont dépendants de leur et si c'est une dépendance et une accoutumance de leur euh, de leur somnifère mais c'est des gens qui ont des médicaments euh, des hypnotiques depuis longtemps, « *Mmmh, donc c'est eux qui...* » mais j'ai pas euh enfin, je me lance peut-être des fleurs, mais j'ai pas la notion de euh de, de d'insomnie chronique récente. « *D'accord* » Vous voyez ce que je veux dire ? « *Il y a rien de, on vient pas vous voir avec cette plainte pour la première fois, c'est ça ?* » Non, euh, assez peu finalement. Ou, quand c'est le cas, c'est sûr qu'on recherche d'abord une, une cause donc euh, assez souvent on la trouve « *Mmmh* » donc il nous reste pas, pas grand chose sauf dans le cadre de, de d'une anxiété, d'un syndrome dépressif euh, voilà. Donc après ben, éventuellement ça rentre dans le cadre de, du traitement d'une dépression ou d'une anxiété ou d'une psychothérapie ou d'un suivi psy par psychologue ou de sophro, de apprendre à se détendre et etc., même eux des fois ils vont, ils vont, ils vont s'orienter vers ça : du yoga, de la sophro ou y en a qui voudront toujours rien du tout que leurs comprimés et qui, qui ont pas, qui veulent pas réfléchir. « *D'accord, on va y venir aux options.* »

2) *Euh, selon vous, quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème ? Pour les insomnies chroniques idiopathiques ou primaires ?* »

La fatigue qui en résulte, je pense. « *D'accord donc plutôt euh son impact sur la qualité de vie ?* » Ouais. « *D'accord et parfois ça peut être d'autres choses, ça peut être euh ...?* » Moi je pense c'est plutôt ça. « *D'accord. Des croyances sur les médicaments qu'ils prennent euh, la peur euh, d'avoir des pathologies à cause des hypnotiques ou euh, la famille euh ? Ce genre de choses, non?* » Ils craindraient de prendre des médicaments, c'est ça ? « *Ouais? Par rapport à tout ce qu'on raconte sur les hypnotiques actuellement ?* » Non, ils, moi je trouve que j'ai plus du mal à faire accepter un traitement antidépresseur, en leur expliquant pourquoi, ce que c'est, etc., ils ont toujours peur de tomber dedans « *mmmh* », Mais alors les hypnotiques euh, ça paraît bizarre mais euh, je crois qu'ils viennent ici parce qu'ils ont besoin de quelque chose de ils pensent qu'on va leur, qu'est-ce que c'est, que c'est la solution et que c'est la prescription qu'on, qu'ils vont avoir, donc s'ils en veulent pas ils consultent pas, ils prennent des plantes, ou des fleurs de Bach ou je sais pas trop quoi, ou de l'homéopathie, ou ils vont sur un circuit différent « *D'accord.* » Et puis quand ils viennent euh, quand ils viennent pour une insomnie, ils savent qu'ils, ils viennent à priori pour une prescription d'hypnotique, sur un temps court peut-être ou n'importe mais plus ça. Alors que l'anxio-dépressif, il vient pour parler et il vient pas pour avoir des médicaments forcément. « *Du coup euh, il a réessayé plein de choses avant de venir vous voir c'est ça que que vous étiez en train de dire* ». Il peut

aussi avoir essayé oui, oui. « *Ouais, de la phytothérapie, tous ça, il avait essayé avant de venir* » Ouais, ouais, oui, oui, il est allé voir la pharmacie qui lui a vendu plein de trucs euh...
« *D'accord.* »

3) *Quelles difficultés vous ressentez face à cette plainte ? Euh, au niveau du docteur ?* »

Difficulté que je ressens ? Bah que la solution c'est que, c'est, c'est l'hypnotique si vraiment il y a un retentissement euh particulier. « *Mmmhh.* » Si c'est vraiment idiopathique. « *Mais vous sentez pas euh, pas de difficulté?* » Ben euh, un peu impuissant parce que c'est action réaction
« *Ouais, d'accord, impuissance.* » Voilà. « *Et au niveau des connaissances ou euh, ou du temps, etc., vous avez suffisamment euh, de temps pour gérer ces patient ou euh ?* » A mon avis je pense assez peu, mais je vois pas comment je les gérerai de toute façon parce que je n'aurai pas grand chose à leur raconter ((Rire médecin)) me semble-t-il. Non je suis un petit peu démuni. « *Et vous savez à qui référer le patient si jamais vous arrivez pas à vous en sortir ?* » Et bien un médecin du sommeil c'est bien. Dr D.. On est bien content de l'avoir sous la main. Même pour les arrêts euh, moi j'ai eu à faire à, à lui et puis il a été bien, bien efficace sur les arrêts de, ben d'hypnotique que j'avais, que j'avais pas prescrit, que j'avais pas initié, sur des patients que j'ai eu en cours de route ou euh, et qui avaient des, des hypnotiques depuis des années quoi. « *Ah ouais, bah ça on a vu venir à l'arrêt des hypnotiques* » Et là il m'a bien... Et puis ça permet de faire aussi euh de, de, de comment de cadrer les patients et puis euh, peut-être de faire qu'à deux et puis de pas euh, voilà de voir quelqu'un qui est spécialiste du sommeil. « *Mmmh.* » Donc euh, au moins quelqu'un qui sait quoi dire, qui, qui cadre bien, qui les écoute, euh, enfin ils voient qu'il y a quand même un spécialiste de ça aussi, « *Mmmh* », voilà. « *D'accord.* »

4) *Quelles sont les options thérapeutiques possibles que vous pouvez proposer à votre patient ?* »

Les options thérapeutiques, en dehors de l'hypnotique en fait ? « *Euh oui, toutes les options, que ce soit médicamenteux ou non.* » Bah c'est déjà, enfin c'est, c'est le rituel comment se coucher etc., euh, moi c'est ce que j'avais appris alors je répète, voilà, euh, se coucher à heure fixe, se réveiller à heure fixe, euh pas faire de grasse matinée, euh, pas regarder le réveil la nuit euh, euh, aller se coucher pour dormir,((Rire médecin)) pas lire dans son lit pourtant ((Rire médecin)), moi je trouve que c'est bien, ça m'endort ((Rire médecin et modérateur)), mais bon, voilà, des petites choses comme ça. « *D'accord donc euh, toute euh, toute une hygiène de vie* » Voilà. « *Et à part ça d'autres thérapies non médicamenteuses ?* » Médicamenteuses ? ((Le médecin tousse)) « *Non, non médicamenteuse d'abord ?* » Euh, non médicamenteuse,

bah de, de quoi de détente euh, sophro, et tout ça, « *Mmmh* » ça se dit mais ça se fait pas souvent parce qu'il faut encore trouver les gens qui, qui puisse euh, euh soit faut payer pour faire du yoga, faut payer aussi pour faire de la sophro, et puis faut trouver quelqu'un qui fasse qui fasse ça, des psychologues euh bon il y en a quelque uns, c'est pas toujours évident pour avoir les rendez-vous, pour les tarifs aussi etc, voilà « *C'est pas pris en charge.* » et puis après on va virer euh, euh, à la rigueur, qu'est ce qu'on a ? Oui euh homéopathie, phytothérapie euh, voilà « *Ça vous utilisez vous ?* » Et Vagostabyl et autre, « *Ouais* », ouais euh L-72, Ignatia euh ou des trucs, des petites choses comme ça euh, voilà sur euh, au cas où euh, enfin si, si en plus on voit que c'est une période un peu particulière de la personne et que ça peut euh, ou que justement ça peut, ou que justement elle veut pas euh un médicament trop fort on fait un truc progressif on regarde déjà avec ça si ça peut euh si ça peut déjà aider. Donc phyto euh, homéo mais très cadré parce que je suis pas homéopathe donc j'y connais pas grand chose, je fais que ce que je connais, « *Mmmh* », euh voilà. « *Et dans le médicamenteux ? Du coup vous me parliez d'hypnotique euh, quel type ?* » Ben moi c'est Stilnox ou Imovane, c'est les deux que je prescris. « *Et puis antidépresseur vous me disiez tout à l'heure ?* » Et puis après ça va être anxiolytique, antidépresseur, et il y a le Stresam que j'aime bien euh aussi qui est un peu intermédiaire, qui est pas euh, qui est pas une benzo, et et qui, qui, qui est apaisante, si c'est quelqu'un qui est un peu, qui est plus dû à du surmenage et qui a du mal à s'endormir parce qu'il, il a le vélo qui tourne dans la tête euh, ça c'est un produit que j'aime bien. « *D'accord, les ruminations, les choses, pour les ruminations* ». Voilà. Parce qu'il shoot pas, il, je le trouve assez, assez doux comme médicament. « *D'accord.* » Et puis, voilà. « *Et pour l'orientation vers les spécialistes, toute à l'heure vous me parliez du spécialiste du sommeil, il y en a d'autres auxquels vous adressez ?* » Euh, non, ça peut être un psychiatre si vraiment il y a un état euh, dépressif euh, qui, qui nécessiterait qu'il y ait une thérapie, qu'il ait, qu'il y ait, qui, parce que y en a qui en veulent, qui en veulent pas, qui préfère me voir ou euh, voilà donc c'est un peu le pack dépression insomnie pour le pour le psychiatre à condition qu'on trouve un psychiatre qui ait un rendez vous dans les six mois, moins de six mois. « *Et tout ce qui est euh pneumologue, neurologue euh, vous adressez pas pour les insomnies ?* » Euh non, parce que si, si je pars, enfin, soit, soit, enfin si j'ai un souci moi c'est médecin du sommeil, parce que je sais que lui il va, enfin d'habitude il fait le débrouillage de, de tout ça quoi. Il fait les enregistrements, il voit s'il y a des apnées, il fait euh, voilà, on a, on a la complète. « *C'est bien.* » Voilà, donc euh. « *Parfait.* »

5) *Euh, face aux patients insomniaques chroniques, quels facteurs déterminent votre choix thérapeutique ?* »

(7.0)

Bah c'est, c'est quels facteurs, c'est depuis combien de temps il est pas, euh, depuis combien de temps il est, il est insomniaque et le retentissement de son insomnie. Si, si vraiment il est épuisé etc., ben on met des, des, un hypnotique euh, euh même souvent je leur dis vous faites un ou deux jours de suite et puis euh, euh juste pour mettre le compteur déjà à zéro et puis on voit ce que, ce que ça donne, on part pas systématiquement sur euh sur un mois de traitement ou quinze jours euh. Voilà. C'est un petit peu à la demande sur euh, sur un mois ou euh, et même dès le départ j'essaie de leur, de les cadrer pour pas qu'ils, enfin je sais pas si c'est une bonne chose ou pas mais pour pas qu'ils le prennent systématiquement euh, « *Pas tous les soirs* », tous les soirs. « *D'accord* ». Qu'ils fassent euh deux ou trois nuits pour qu'ils aient une bonne nuit de récupération et qu'après qu'ils reprennent peut-être un, un rythme. « *Mmmh, d'accord. Donc c'est euh sur le choix du patient aussi ou euh, vous prenez en compte ces choix vous me disiez tout à l'heure s'il veut pas prendre de...* » Ah ben oui, s'il en veut pas, je lui en donne pas parce que je sais qu'il le prendra pas ou euh, oui, on discute euh, on voit ce que ce que ce que lui veut. « *Est ce que vous suivez des recommandations particulières ou euh ou vous en avez pas ? Ca existe peut-être pas ?* » Moi je, j'en sais rien, je les lis pas les recommandations ((Rire médecin et modérateur)) « *D'accord*.

6) *Alors on va parler des gens qui consomment des hypnotiques au long cours, des benzo ou des neuroleptiques au long cours, est ce que vous rencontrez des difficultés face à ces personnes qui ont des thérapies médicamenteuses au long cours ?* »

Ben euh, à chaque fois j'essaie de, de leur dire faudrait quand même essayer de voir si on peut pas arrêter ça parce que à priori vous le prenez plus parce que ça fait longtemps que vous l'avez, et que, parce que vous êtes insomniaques euh, euh, il faudrait, il faudrait essayer de l'arrêter. « *D'accord, donc vous essayez de les de leur arrêter, c'est difficile ?* » Ben je les envoie chez, chez, chez, chez le médecin du sommeil souvent. Euh, moi un truc que j'ai trouvé bien c'était la prescription sur un mois ça m'a bien arrangé. « *C'est à dire la prescription sur un mois ?* ». Ben les hypnotiques on peut pas les prescrire sur plus d'un mois. « *Ouais*. » Donc euh, moi je trouve ça fait du bien à, à plein de gens notamment euh, même euh, c'était le Rohypnol qui se prescrit maintenant sur quinze jours, non, c'est pas ça ? « *Ouais le Rohypnol je sais plus si il est autorisé*. » Voilà donc euh, dans l'absolu c'est quand même assez rare que je dépanne les gens euh, ça dépend du contexte, de la personne, de son..., plein de chose bon mais de temps en temps il y en a quelques uns euh, j'ai des petits messages euh : renouveler le somnifère du Monsieur Machin, je pose l'ordonnance à la pharmacie parce qu'il vient tout les trois quatre mois pour sa tension et puis pour le somnifère qu'il prend depuis des

lustres euh, et bien on peut marquer qu'un mois donc euh, mais je, je limite parce que ça m'énerve, déjà ça me prend du temps, il faut que j'aille à la pharmacie ou que je mette l'ordonnance de coté ((Rire médecin)), donc euh, qu'ils viennent, et qu'ils me dérangent, machin, et puis bon euh, et donc euh, c'est pratique dans le sens où euh pour beaucoup j'ai dit il faut revenir tous les mois quoi. « *D'accord.* » Donc euh, ça les a un peu agacés, ((Rire médecin)) donc euh soit ils ont changé de médecin, soit euh, soit ils ont économisé sur euh, sur leurs hypnotiques en les coupants en deux ou en en les prenant une fois de temps en temps pour que ça tienne le trimestre et que je renouvelle que pour un mois. « *Ah, c'est pratique.* ». Voilà, et il y a eu euh notamment, bah je crois que c'est Rohypnol parce que j'en prescris plus de ça, euh je crois qu'il a eu une prescription sur quinze jours, donc euh, j'avais une patiente qui était un peu complexe, et euh tous les quinze jours à préparer l'ordonnance, à, donc euh après on a cadré en disant ben ce sera une consultation tous les quinze jours pour avoir le la, puisqu'il faut faire une ordonnance tous les quinze jours. Donc euh par la force des choses elle a du arrêter son, son, son traitement ((Rire médecin))...parce que c'était trop compliqué. « *D'accord, donc ça ça vous a bien aidé.* » Donc c'était pratique, ouais. « *Et euh, donc euh les difficultés de sevrage euh, vous les adressez à ce médecin du sommeil et vous vous essayez de de les sevrer de vous même ou pas...?* » Je je j'ai du mal parce que je, c'est complexe. Je veux dire euh... « *Pourquoi c'est complexe?* » Ben ils sont accros à leur trucs, on a du mal à, euh, c'est soit ils le font tout seuls, c'est vrai que ils se débrouillent aussi tous seuls euh en disant : j'en ai pris la moitié ou j'ai fait un jour sur deux euh, soit je sens qu'il y a pas de répondant et que j'arriverai pas à les motiver et puis je les envoie chez le médecin du sommeil. « *D'accord.* » Voilà.

« *Euh, donc les solutions que vous apportez aux méd- aux patients qui consomment des hypnotiques au long cours c'est le médecin du sommeil.* ». Ouais. « *D'accord. Ca vous satisfait ?* » Oui. « *Ca marche bien?* » Ben oui, avant on n'avait pas ça et on était vraiment démuni quoi. « *D'accord. Et lui qu'est ce qui fait que ça marche, vous savez un petit peu quelles techniques il a ou euh ?* » Bah je pense qu'il parle que de ça pendant sa consultation, qu'il connaît ça par cœur et que il sait trouver les mots pour euh, il peut-être qu'il arrive à déterminer chaque profil de patient et il sait sur quoi insister ou par rapport au rituel de couchage d'endormissement ou euh voilà. Ils, et puis ils vont que pour ça. Moi euh la consultation que pour l'insomnie euh... « *Ça vous faite pas que des consultations pour l'insomnie ?* » Bah c'est c'est, c'est rare, une consultation de médecin générale c'est multicartes quoi. Donc euh c'est à la fin : hé pendant que vous y êtes euh, vous me mettez mon somnifère, ma crème pour mes mycoses euh, mon collyre pour les yeux, mes gouttes pour les oreilles et puis euh, voilà, on a fait dix consultation en une. Donc euh c'est pas voilà, là on dit bah aller,

on peut pas... Tandis que là il voit un médecin qui est que pour ça. « *Mmmhh.* » Donc euh il pose les questions en profondeur, il sait lesquelles poser et, je pense qu'il, enfin moi j'ai toute confiance, avant c'était euh euh éventuellement le pneumo, mais c'était qu'pour les apnées ou euh le neuro euh pas trop, franchement ça les a jamais euh passionné ça hein, j'avoue euh, et on était un peu limité dans, dans la possibilité d'avoir recours à un spécialiste. « *D'accord. Et donc c'est facile de l'adresser à ce médecin ?* » Oui, oui, oui. « *C'est assez rapide?* » Ben oui vu que ça dure depuis un moment l'insomnie chronique. ((Rire médecin)) Non euh, ouais je pense que c'est une avancée depuis que ben avant il était sur Annemasse, les gens allaient jusqu'à Annemasse pour le voir, euh, non c'est une bonne euh, c'est un bon complément et, et, le fait que ce soit cadré euh que pour ça, ça motive peut-être les gens aussi, c'est pas pris par dessus la jambe, c'est pas juste le neuro qui va voir pour ça ou un pneumo pour l'insomnie euh, si, si on trouve pas d'apnée ou euh, qu'est ce qu'on va faire ça va pas motivé euh, ça va pas motivé le pneumologue pour euh pour l'insomnie chronique idiopathique hein. « *Mmmhh. C'est vrai qu'il va traiter son syndrome d'apnée du sommeil.* » Voilà et puis après il va dire, le spécialiste c'est ça hein, il te renvoie les patients en te disant ben : il a pas ça. Voilà. Douleur thoracique, le cardiologue : ha ben non c'est pas c'est pas angoreux. Bon après c'est euh après euh, il renvoie la balle donc euh, là au moins il peut faire les choses euh complètement. Non non moi je suis très satisfaite de, il faudrait qu'il y en ait même euh plus mais il est très bien lui alors euh, moi j'aime bien donc euh. « *D'accord.* » Et les gens sont contents, ils se sentent euh, ils se sentent épaulés, ils se sentent pris en considération et compris et ils voient qu'il y a quelqu'un qui connaît le sujet correctement quoi, je pense que c'est ça aussi.

7) « *Qu'est ce qui pourrait vous aider vous à améliorer la prise en charge des insomnieuses chroniques ? S'il n'y avait pas ce médecin miracle ? Parce qu'il n'y en a pas partout.* »

Il n'y en a pas partout. Ben peut-être vraiment une, une formation euh voilà. « *Mmmhh.* » Une formation euh là dessus pour savoir comment, comment réagir, comment être comment faire euh, pourquoi pas. « *Et le plus pratique en formation pour vous ce serait quoi ? Un groupe de paire* » Euh non, surtout pas, quelle horreur. « *Une formation en FMC ou euh ?* » Ouais, les FMC d'un jour ou deux euh. « *Une plaquette euh ?* » Ah non euh. « *Une plaquette qui résume tout?* » Ah si ça résume bien, moi ça me va, faut pas que ce soit trop long, il faut que ce soit écrit gros, qu'il y ait des images ((Rire médecin et modérateur)). Mais euh, un truc vraiment qui, ouais, pas, pas, pas une liste de recommandation de 90 pages parce que, ce que je reçois de, de tu vois c'est tout là bas euh ((Elle montre une pille de magazine)), même ça pour moi c'est trop compliqué toutes ces recommandations euh. (Elle se tourne vers les magazines) Et puis, il doit y avoir l'insomnie. « *Les recommandations HAS.* » HAS euh, moi je les garde

hein, je dois avoir l'insomnie, enfin je devrais, mais euh, je les prends puis je les pose parce que... « *Oui, parce qu'il faut avoir du temps pour les lire.* » Faut avoir du temps pour les lire. « *C'est long.* » Non FMC pourquoi pas parce que c'est vrai que, que euh ça permet de se poser un petit peu euh, et puis de d'insister sur euh, voilà. De revoir les choses euh, en discuter avec d'autres sans que ce soit vraiment des groupe de paire euh, groupe de paire, « *Mmmhh* », qui n'en sont pas, des groupes de paire...

8) « *Quelles causes d'insomnie vous reprenez lors de vos consultations* » ? Quelles ? « *Ouais quand on vous parle d'insomnie finalement les causes retrouvées euh, en, en grande ligne, qu'est ce que ça peut être ?* »

La cause, c'est le surmenage, moi je trouverais. « *Le surmenage.* » C'est des gens qui ont des soucis qui euh, euh, et il va y avoir donc un état anxieux dépressif sous jacent quoi. « *D'accord. Surmenage euh professionnel, familial ?* » C'est un peu les deux, professionnel euh c'est de pire en pire, c'est de pire en pire... « *Ah bon.* » Ah oui, c'est terrible depuis une dizaine d'années, les gens ils souffrent dans leur boulot, ça les fait souffrir. « *Ah oui ?* » Ouais. Non il y en a qui, qui ont même des... « *Il y en a même qui se suicident.* » Ouais, déjà, et puis moi j'en vois avec des espèces d'attaque de pan', enfin, des, des, des, des états de panique quoi. Et qui veulent plus retourner bosser quoi, comme le gosse qui ne veut plus retourner à l'école quoi, ou qui évite même, j'avais une fille elle était euh, elle évitait même l'endroit où elle travaillait quand elle allait en ville, elle faisait détour pour pas passer devant l'endroit où elle euh, où elle travaillait. « *D'accord, niveau travail.* » Donc voilà c'est le contexte euh travail euh, travail euh, vie perso euh, voilà. « *D'accord.*

9) *Est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordé au cours de l'entretien que vous aimeriez rajouter sur les insomnies chroniques ?* »

Non je pense pas. « *On a fait le tour ?* » Ouais.

Informations complémentaires :

Age : 51 ans.

Sexe : Femme.

Maitre de stage en médecine générale : non.

Mode d'exercice : cabinet de groupe.

Type de clientèle : personnes âgées > à 40ans

Moyen de formation : Internet, FMC de 1 ou 2 jours volontiers,

Module de formation sur l'insomnie : Non, à part une réunion (soirée) avec Dr D. (médecin du sommeil), sur le bilan de l'insomnie (problème d'apnée, ou une pathologie sous jacente) il y a 3-4 ans.

Interview du Médecin 13

Le 22/08/12, durée : 16 minutes et 15 secondes

« On va parler d'insomnie chronique primaire. Je te rappelle la définition.

C'est des difficultés d'endormissement, ou des réveils nocturnes ou des réveils précoces qui ont des conséquences sur la vie diurne malgré une bonne hygiène de sommeil, plus de trois nuits par semaine, pendant plus d'un mois, on ne parle pas des syndromes d'apnées du sommeil, ni des problèmes douloureux ou psychiatriques sauf la dépression. Ca en exclut pas mal ((Rire du modérateur)).

1) Voilà, alors si euh, première question, si je te demande d'évoquer des consultations au cours desquelles il a été question d'insomnie chronique avec tes patients, comment tu décrirais ces consultations ? »

Longues ((Rire médecin)). *« D'accord. »* Bah oui parce que souvent faut essayer de chercher l'origine et euh, on se retrouve fréquemment, moi je dirais que, dans quatre-vingt dix-neuf pourcent des cas, c'est des syndromes dépressifs ou des syndromes anxieux et du coup ben après ça, ça débouche sur plein de, plein d'autres soucis. Euh j'en reste rarement à l'insomnie isolée quoi. *« D'accord. »* C'est souvent lié enfin après y'a d'autres symptômes, voilà, puis après les gens se livrent un petit peu, qu'on finit par découvrir pourquoi ils viennent vraiment euh voilà, après euh c'est une consultation qui est longue et voilà, forcément on va peut-être déboucher sur un traitement, mais, voilà, il va falloir un peu de temps quoi. *« Et euh alors est ce que tu peux nous expliciter comment le sujet de l'insomnie il est abordé du coup lors de cette consultation ? »* Alors bah ça, c'est, je trouve que, les gens justement il viennent rarement avec euh le diagnostic de dépression et puis ils vont jamais, ils vont rarement commencer en disant qu'ils sont tristes ou que ils ont des idées noires et tout ça, mais ils vont fréquemment nous dire en premier en ce moment j'arrive pas à dormir. Voilà. *« D'accord. »*

Et du coup c'est vrai que ils..., mais d'emblée c'est rare que ils, ils, ils partent d'un autre symptôme pour arriver à l'insomnie, ils abordent d'emblée le problème de l'insomnie. Je trouve qu'ils, ils sont, ouais, ouais, les patients qui, qui vraiment viennent pour ça ils le disent d'emblée. C'est un motif de consultation à part entière. *" D'accord, ils viennent, euh donc c'est abordé à quel moment ? euh... »* directement, *« directement ? Au début de la consultation ? »*

Ouais, généralement, *« C'est pas en passant la porte à la fin ? »* A la fin? Non, non, non. Le truc de la fin c'est non, pas, pas, pas pour l'insomnie. L'insomnie ils en parlent volontiers. Je

dirais. « *D'accord.* » Ouais. « *Et euh donc c'est abordé surtout par le patient et par toi, tu l'abordes aussi ?* » Alors euh c'est vrai que spontanément euh, je le recherche ouais dans le cadre d'un, d'un syndrome dépressif, sinon j'en parle jamais. « *D'accord.* » Sauf si les gens aussi ils viennent pour fatigue éventuellement. Fatigue ? Là peut-être je vais aborder l'insomnie, mais spontanément pour un autre motif, je sais pas moi un renouvellement d'ordonnance d'hypertension ou quoi que ce soit je vais jamais leur parler de la qualité de leur sommeil. Ca me viendra pas à l'idée. « *D'accord. Et le patient qui, qui te parle de ça, il l'aborde par quel moyen ? Il veut, qu'est qu'il veut, il veut ?* » Souvent il veut un traitement. Il s'imagine qu'on a une baguette magique. « *D'accord.* » Voilà, ça souvent, ouais, ouais, on sent derrière que il va falloir lui proposer quelque chose d'efficace parce qu'il est un peu à bout de nerf de ne pas avoir dormi pendant longtemps. « *D'accord, donc en fait c'est, si je résume, c'est des consultations longues c'est surtout le patient qui, qui en parle* » Ouais, ouais, mmmh. « *de lui même, parce que, pour insomnie, pas forcément pour un autre motif de consultation,* » Ouais. « *et il le demande en demandant un traitement directement* » Mmmh. « *D'accord.* »

2) « Et selon toi quelles motivations amènent les patients à consulter pour ce problème? »

Ben c'est que quand ils ne dorment pas ça retentit vraiment sur leur quotidien quoi. Ils deviennent irritables, ils ont du mal à réaliser, à, à travailler. Souvent c'est ça. Et puis euh, ils se sentent épuisés, quoi, très vite. « *D'accord. Donc l'impact sur leur travail* » ouais, « *et sur leur vie, euh, leur vie privée.* » Ouais, ouais relationnelle quoi. Forcément quand tu as pas dormi, c'est sur que c'est plus compliqué de, d'avoir une vie euh, sereine ((Rire médecin)).

« Et ils ont essayé autre chose avant, ils sont, ils viennent en dernier recours ou alors ils viennent tout de suite ? » *Oh souvent quand ils ont essayé de prendre des plantes avant. Ouais. Souvent ils vont me dire, ah bah je suis passé à la pharmacie ils m'ont donné un petit peu, j'sais pas quoi, de l'aubépine ((Rire médecin)) ou de...mais c'est pas miraculeux, ça marche pas, puis ça va toujours aussi mal.* « *D'accord.* » *C'est rare de les avoir sur une première consultation. Enfin voilà, ouais.*

3) « Et euh, quelles difficultés tu ressens par rapport à cette plainte d'insomnie. »

Et ben, justement c'est de trouver une solution aux gens sans passer par les anxiolytiques quoi. ((Rire médecin et modérateur)). « *Donc un manque de moyens thérapeutiques.* » Ouais. « *D'accord.* » Puis ben, c'est surtout, moi, pour moi, c'est souvent quand les gens dorment pas, c'est rarement une maladie isolée, c'est souvent plutôt le reflet de, de problèmes hein, psychologiques, psychiatriques, tout ce qu'on veut, et c'est arriver à leur en faire parler et

à trouver euh, ouais, vraiment l'origine quoi. Euh, ben de leur faire comprendre que le fait qu'ils ne dorment pas, c'est pas forcément un médicament qu'il leur faut, mais c'est peut-être faire un autre travail sur eux même pour trouver un petit peu le, l'origine du problème. Après des, des insomnies isolées, pas du tout dans un cadre anxio-dépressif, euh je dirais que pour l'instant j'ai du en avoir une ou deux au cabinet et que j'ai essayé de les orienter vers un spécialiste du sommeil. « *Mmmh .* » Au lieu de, parce que c'est souvent aussi des gens qui étaient sous Stilnox ou des trucs comme ça depuis longtemps, et j'ai l'impression qu'on était vraiment dans le mur et j'avais pas envie de, de continuer l'escalade des somnifères et du coup je, j'ai eu envie de les orienter vers un spécialiste du sommeil. « *D'accord. Et ça c'est une difficulté l'orientation vers les spécialistes du sommeil ?* » Ben ouais, parce qu'il y en a très peu. Et puis voilà, les listes d'attente sont longues et voilà, les gens ils sont vraiment dans l'attente, et ouais, c'est je trouve que, voilà, nous on est en première ligne et que derrière nous, il y a pas grand monde pour s'occuper de ces gens là quoi c'est. Voilà. « *Donc finalement, sentiment déjà de difficulté diagnostique* » Ouais, mmmh « *parce que c'est long* » ouais, c'est très long. « *Après parce qu'il y a pas beaucoup de moyens thérapeutiques et enfin parce qu'on a du mal à référer le patient.* » On nous reproche de prescrire trop d'anxiolytiques et trop de somnifères, en France, on est sur-consommateur, mais à coté de ça on nous propose pas grand chose d'autre. Et c'est à nous de se dépatouiller avec ça, mais les gens sont en souffrance, et ils attendent de nous une solution, et faut en trouver une vite. ((Rire médecin)). Et c'est pas ((Tremblement de voix)) possible. « *Donc difficulté aussi par rapport à la pression que met le patient.* » Ah ouais, c'est sûr hein. « *D'accord. Et euh, au niveau des connaissances ? Par contre ?* » Ben euh, c'est vrai que moi j'en ai pas beaucoup. Pour moi les troubles du sommeil, c'est vraiment euh ouais, dans le cadre de la, de, de la dépression, et sinon je sais pas trop. Euh ouais, y'a le syndrome d'apnée du sommeil et, quand j'ai eu passé ces deux causes les plus évidentes pour moi, après c'est assez obscure. ((Rire médecin)). J'avoue. « Ok.

4) Quelles sont les options thérapeutiques possibles que tu proposes aux patients ? »

Toutes euh ? « *Toutes les options thérapeutiques pas forcément médicamenteuses.* »

Ben alors, euh c'est vrai que ben si vraiment je trouve une origine un peu psychologique, je vais les orienter assez facilement vers un psychologue. Pour moi ça c'est primordial. Parfois, plusieurs consult-, euh juste plusieurs consultations de suivi avec eux pour essayer de voir, de régler le problème, se voir plusieurs fois des fois ça suffit. Après euh, après si vraiment il faut prescrire quelque chose, si ils ont pas du tout essayé les plantes moi je vais commencer par ça. C'est clair. Pour voir si aussi il y a un petit effet placebo à prendre quelque chose le soir avant d'emblée s'orienter sur quelque chose de plus sérieux. Après si c'est vraiment dans le cadre

d'un syndrome dépressif, je vais d'abord prescrire un antidépresseur, avant de partir sur un anxiolytique ou, ou un somnifère. « *Mmmh.* » Si je prescris un anxiolytique de toute façon ça sera de très courte durée, j'essaie de pas dépasser la semaine. Et après si c'est vraiment des troubles isolés d'endormissement, euh à ce moment là je vais peut-être proposer un somnifère. Mais c'est rare que j'introduise un traitement moi comme ça, j'aime pas du tout. « *D'accord.* » J'essaie vraiment de dissuader les gens. « *Pour des...* » Et chez des gens qui seraient très résistants et puis euh, qui auraient déjà essayé un petit peu tout ça, alors là, je vais chercher le spécialiste du sommeil. « *D'accord.* » (Rire médecin). J'essaie de ne pas trop en faire, enfin comme je ne connais pas bien justement, je vais essayer de passer la main rapidement pour trouver une autre solution que le médicament quoi. « *Ouais, pour pas s'incruster euh...* » Ouais, ouais. « *Et au niveau des autres choses que tu peux proposer euh, enfin, à part le psychologue, est ce que est ce que tu as d'autres armes ?* » La relaxation déjà, de bien, regarder un petit peu l'hygiène des gens sur la journée. Est ce qu'ils vont se coucher directement après leur travail, est ce qu'ils ont un temps de relaxation justement, vraiment faire une coupure, voilà, euh, est ce qu'ils prennent pas trop d'excitant, café et compagnie toute la journée. J'essaie vraiment de refaire le point avec eux et puis je vais essayer de modifier un peu leurs habitudes. Hein de voir, euh, est ce que la télé aussi ça les tient pas un peu trop réveillé, d'avoir une activité calme avant de se coucher. Voilà. Déjà des fois, j'essaie de modifier un peu leurs habitudes de vie avant de, d'aussi d'attaquer vers un traitement. « *Ouais.* » c'est pour ça aussi en se voyant deux trois fois ça suffit à corriger le trouble, mais... « *D'accord.* » Voilà. « *Tu balais large.* » Ouais. ((Rire médecin)) « *T'arrives un peu à tout tester, médicaments...* » J'essaie. « *Et les spécialistes t'orientes vers d'autres choses que les psychologues?* » Ben la y'a, y'a un spécialiste à d'Argonnay des troubles du sommeil, donc lui, mais c'est tout. « *Ouais, d'accord.* » Je vois pas sinon. Comme je connais pas bien. Faut dire que voilà « *Des neuro, des pneumo des fois pour chercher...* » Ben le syndrome d'apnées du sommeil ouais, " ouais ", le pneumo, mais sinon le neurologue euh, non ça ne m'est pas arrivé. « *D'ac-*

5) *Et euh, face au patient insomniaque chronique, quels facteurs déterminent tes choix thérapeutiques? »*

(Réfléchi) (5.0) Euh quels facteurs ? (Inspire) (2.0) L'hygiène de vie des patients, euh savoir est ce qu'ils ont d'autres antécédents, parce que je ne vais pas non plus proposer un, une benzo à quelqu'un qui est insuffisant respiratoire mais, ben voilà, tout ça, et puis après, comme je t'ai dit, savoir si ça, ça s'inscrit, si c'est seul, si c'est une insomnie isolée ou si ça fait parti d'autres troubles, c'est surtout ça qui est déterminant et puis aussi, euh, de la volonté du patient de, de

prendre quelque chose ou pas. Voilà, j'essaie de voir, évidemment si je propose quelque chose, j'aime que le patient il soit observant. Donc je vais essayer de voir un petit peu ce que LUI envisageait et puis ce que MOI je pense faire et d'avoir la meilleure adéquation possible entre des deux. Voilà. « *D'accord, donc au moins l'expérience de la thérapeutique et les ses contre-indications.* » Ah ouais, ouais, de toute façon, moi je ne vais pas tester des médicaments que je ne connais pas donc, ((Rire médecin)), je m'appuie sur ceux que j'ai déjà utilisé grosso modo voilà. Les anxiolytiques et puis les, les hypnotiques ben un peu, comme les somnifères, le Stilnox ou l'Imovane et puis voilà, sortie de là, je vais pas aller chercher bien compliqué. « *Et t'es, est ce que tu suis des recommandations ? Est ce qu'il y en a ?* » J'avoue que je n'en connais pas ((Rire médecin)). « *D'accord.* »

6) « *Alors on va parler du patient qui prend des thérapies médicamenteuses au long cours, type benzo, hypnotiques et neuroleptiques. Est ce, ce que tu rencontres des difficultés par rapport à ces personnes ?* »

Ah bah carrément, puisque moi j'essaie de les faire arrêter, ou d'au moins diminuer les doses et c'est pas tous les jours facile. C'est sûr. « *Pourquoi c'est pas facile?* » Ben parce que ils ont une vraie accoutumance à leurs traitements, et ils ont tellement peur de, de retomber dans des trucs graves si ils arrêtent que c'est difficile d'essayer de les convaincre d'arrêter quoi. « *D'accord. Donc c'est plus on se confronte au patient qui refuse,* » Ah bah oui « *il fait pression.* » Ah bah oui. Oui la difficulté elle est pas technique parce que c'est assez facile de diminuer les traitements, ou de les arrêter progressivement, ou n'importe. C'est plutôt que c'est le patient qui ne veut pas. « *D'accord. Et si tu arrêtes, si tu refuses de lui re-prescrire euh tu as peur qu'il ne revienne pas ?* » Ah non, ça, ça ne me fait pas du tout peur, parce que si il ne revient pas, tant pis pour lui ((Rire médecin)), mais euh::: non, non, mais je cherche à ce qu'il adhère à la proposition, ça ne sert à rien qu'il, qu'il s'enfuit. Déjà le but c'est d'y arriver. Donc j'essaie de le convaincre que c'est bon pour lui, que, ben c'est un cache misère, oui que le médicament il l'aide mais c'est comme une béquille, qu'à un moment donné il faudra bien s'en passer. Donc euh:::, peut-être qu'ils sont très efficaces, mais c'est pas dénué d'effets secondaires, que pour l'instant, il ne voit que les bénéfiques, mais il y a un jour ou il y aura sûrement des, des, des gros « *Effets secondaires* » effets secondaires et qu'il faut peut-être anticiper un petit peu. Ben j'essaie plutôt que le patient adhère, et bon sur une consultation, ça va peut-être être dur de supprimer totalement le médicament, mais en tout cas de consultation en consultation, on essaie de faire de mieux en mieux et puis à un moment donné de pouvoir s'en passer. Mais je ne pense pas qu'il faille espérer que du jour au lendemain, chez quelqu'un qui est sous médicaments depuis dix ans on arrive à le sevrer sur une consultation, je crois pas

que, ce soit possible. Mais progressivement oui. « *D'accord.* » Je l'ai déjà fait. « *Si je te demande quelles solutions apportées tu aux patients consommant des hypnotiques au long cours, c'est un sevrage progressif ?* » Ben ouais, totalement, un accompagnement en fait. « *D'accord.* » C'est ce que je peux lui proposer de mieux. « *D'accord. Sinon il n'y a pas d'autres solutions qui existent ?* » Ben je ne les connais pas. ((Rire médecin)). « *Et ça te satisfait comme solution ?* » Ben quand ça marche oui ! ((Rire médecin)). « *Oui.* »

7) Euh qu'est ce qui pourrait te faire aider à améliorer la prise en charge des insomniaques chroniques ? »

Peut-être un peu des formations ou euh aussi, euh qu'il y ait plus de, de spécialistes du sommeil enfin : soit ouais qu'il y ait des gens euh après moi qui prennent le relais, c'est à dire qu'ils se spécialisent un peu dans le sommeil et puis que voilà, ça devienne une vraie spécialité pourquoi pas, soit que euh à notre niveau on nous fasse des vraies formations sur l'insomnie, la prise en charge de l'insomnie. « *Et quel type de formation du coup ? Comme, genre les FMC ?* » Ouais, je pense qu'une FMC ca serait pas mal.

8) « *D'accord. Et quelles causes d'insomnie tu retiens lors de ces consultations ?* » Ben je te dis moi, quatre-vingt dix pourcent c'est des syndromes anxio-dépressifs. Enfin, je dis ça quatre-vingt dix, j'ai pas fait des statistiques, des vraies statistiques mais, les trois quart du temps les gens qui se plaignent d'insomnie, c'est vraiment des gens euh qui ont un problème dans leur vie euh dans leur vie actuelle. Donc soit c'est vraiment une dépression, soit c'est, ils ont eu des gros soucis, soit financiers, soit familiaux, et, l'insomnie isolée avec des gens qui ont aucun problème, euh, pff, j'ai du en avoir deux depuis le début, euh voilà, c'est, c'est très rare. « *D'accord.* »

9) « Est ce qu'il y a des choses que l'on a pas abordées au cours de l'entretiens que tu aimerais rajouter sur les insomnies ? »

Non. ((Rires médecin et modérateur))

Informations complémentaires :

Age : 34 ans.

Sexe : femme.

Maître de stage en médecine générale : oui.

Mode d'exercice : cabinet de groupe.

Type de patientèle : variée, beaucoup de gynéco et de pédiatrie, donc du bébé jusqu'à la personne très âgée. 30% de traumato. Zone privilégiée. Peu de détresse sociale.

Moyens de formations : FMC surtout avec médecin de montagne, Internet quand problème ciblé sur certains patients. Recommandation.

Pas de module de formation sur l'insomnie.

ANNEXE IV : Codage des interviews des médecins généralistes sur la prise en charge de l'insomnie chronique primaire

Catégorie : Les difficultés rencontrées par les médecins face à l'insomnie chronique primaire

❖ Thème : Lors du repérage de la plainte et de la démarche diagnostique

Sous thèmes :

- Le motif de consultation n'est pas l'insomnie
- Insomnie évoquée en fin de consultation
- Insomnie évoquée en début de consultation
- Insomnie abordée au moment du renouvellement
- Insomnie évoquée spontanément par le patient
- Insomnie évoquée par le médecin en cas de dépression/asthénie
- Problème chronique non abordé
- Non reconnaissance de l'importance de l'insomnie par le patient
- Non reconnaissance de l'importance de l'insomnie par le médecin
- Discordance entre le diagnostic d'insomnie retenu par le médecin et celui retenu par le patient
- Déceler une pathologie sous-jacente

❖ Thème : Lors de la prise en charge thérapeutique

Sous thèmes :

- Difficulté pour faire une consultation dédiée à l'insomnie
- Trop bonne connaissance du patient
- Difficulté de ne pas renouveler le traitement
- Pression du patient pour un traitement médicamenteux
- Demande de prise en charge immédiate devant leur souffrance
- Demande de prise en charge efficace devant leur souffrance

- Difficulté à convaincre le patient pour changer de traitement (médicamenteux et non médicamenteux avec le mode de vie)
- Difficulté d'accès aux spécialistes pour le patient par le coût
- Difficulté d'accès aux spécialistes pour le patient par les délais d'attente
- Manque d'option thérapeutique

❖ Thème : Lors de la prise en charge du sevrage des traitements médicamenteux

Sous thèmes :

- Difficulté de sevrage due à la durée de la prise médicamenteuse
- Difficulté de sevrage due à la dépendance
- Difficulté de sevrage due à la peur des patients
- Non adhésion du patient au projet de sevrage
- Difficulté de sevrage due au type de patient
- Sentiment d'impuissance face au sevrage médicamenteux
- Constat d'échec face au sevrage médicamenteux
- Insatisfaction des médecins face à la prise en charge du sevrage

❖ Thème : Difficultés subjectives ressenties par les médecins à tous les stades de la prise en charge globale du patient insomniaque chronique

Sous thèmes :

- Difficultés ressenties par rapport à la plainte
- La motivation du médecin
- Impuissance du médecin dans la prise en charge globale du patient insomniaque
- Impuissance du patient dans la prise en charge globale de son insomnie
- Manque de connaissance
- Manque de temps
- Manque de revenu

Catégorie : Les motivations du patient à consulter pour le motif

« insomnie »

❖ Thèmes :

- Le renouvellement de leur traitement hypnotique
- Échec d'une première automédication
- Ressenti de l'entourage
- Impact sur la qualité du sommeil
- Anxiété
- Retentissement sur la vie diurne
- La souffrance ressentie
- Demande de prise en charge rapide
- Demande de prise en charge efficace

Catégorie : Les causes d'insomnie retenues par les médecins

❖ Thèmes :

- Troubles anxio-dépressifs
- Soucis familiaux, conjugaux, professionnels, financiers
- Mauvaise hygiène de vie et environnement défavorable
- Pathologies somatiques, douloureuses, ou la iatrogénie
- Idiopathique

Catégorie : La prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique par les médecins généralistes.

❖ Thème : Les options thérapeutiques proposées par les praticiens

Sous thèmes :

Les thérapies non médicamenteuses :

- Ignorer la plainte du patient
- Explications des thérapeutiques

- Conseils d'hygiène
- Relaxation/Sophrologie/Réflexologie
- Psychothérapie
- Hypnose
- Ostéopathie
- TCC

Les thérapies médicamenteuses :

- Phytothérapie/homéopathie/vente libre
- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Hypnotique
- Neuroleptique
- Mélatonine
- Traitement de la cause
- Consultation de suivi

L'avis d'expert :

- Avis d'un spécialiste (psychiatre, pneumologue, neurologue)
- Centre du sommeil

❖ Thème : Les facteurs orientant les choix thérapeutiques des médecins généralistes

Sous thèmes :

En fonction de l'insomnie.

- Choix des médicaments selon les types d'insomnie
- Choix selon la sévérité de l'insomnie

En fonction du patient.

- Choix des médicaments selon la volonté du patient
- Choix selon les traitements déjà utilisés
- Choix selon la compréhension du patient
- Choix selon l'âge du patient

En fonction du médecin.

- Choix des médicaments selon l'expérience du médecin
- Choix des thérapies des moins efficaces aux plus efficaces avec la notion d'escalade thérapeutique
- Choix selon le rapport bénéfice/risque
- Choix selon les recommandations

❖ Thème : Les solutions au sevrage médicamenteux

Sous thèmes :

- Préserver la relation médecin/malade
- Arrêt progressif
- Conseils d'hygiène de vie
- Substitution de traitement
- Conseils d'un expert
- Prescription courte
- Ne pas en instaurer

Catégorie : Les améliorations possibles pour la prise en charge de l'insomnie chronique primaire

❖ Thèmes :

- Sentiment que les avis des experts, les formations et les recommandations ne sont pas adaptés.
- Amélioration de la prise en charge par la formation des médecins
 - En fonction du type de formation
 - En fonction des thèmes des formations
- Pas de besoin ressenti pour une formation et des recommandations
- Limiter les prescriptions d'hypnotique aux patients ayant uniquement un retentissement diurne
- Un réseau de professionnels de santé accessible
- Reconnaissance par la Sécurité sociale

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.