

## Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale: expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil

Marion Morand

## ▶ To cite this version:

Marion Morand. Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale: expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01326431

## HAL Id: dumas-01326431 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01326431

Submitted on 3 Jun 2016

**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.

#### Université de Bordeaux

## U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016 N° 57

# Thèse pour l'obtention du

## DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Marion MORAND Née le 13/09/1986 à Bayonne (64)

Le 12 mai 2016

# INTÉRÊT D'UN OUTIL DE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

Expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil

## Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Paul MEILLON

## Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Juge et Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge

Monsieur le Docteur Basile ONDZE

Juge

## REMERCIEMENTS

## À mon jury de thèse :

**Monsieur le Professeur Bernard GAY**, Professeur universitaire, Directeur du Département de Médecine Générale, Médecin généraliste,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur William DURIEUX, Professeur universitaire, Professeur associé au Département de Médecine Générale, Médecin généraliste,

Vous avez accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous remercie pour l'attention portée à mon travail et le temps que vous y avez consacré. Je vous témoigne ma profonde gratitude pour votre expertise.

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**, Professeur universitaire, Coordonnateur du DES de Médecine Générale, Médecin généraliste,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

**Monsieur le Docteur Basile ONDZE**, Chef de service de Neurologie du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan, Praticien Hospitalier,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Paul MEILLON, Enseignant pour la commission pédagogique locale de Mont-de-Marsan, Médecin généraliste,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accompagnée durant tout ce travail. Merci pour votre disponibilité, vos conseils avisés et vos précieux encouragements.

## À ceux qui m'ont aidée dans ce travail :

Je tiens à remercier tous les médecins généralistes d'Aquitaine et de Franche-Comté et au Dr RECART d'avoir accepté de participer à ce travail. Merci pour l'accueil et le temps que vous m'avez consacré. Merci également à Marc et Hélène pour leur aide.

## À ceux qui ont contribué à ma formation médicale :

Je remercie les équipes médicales et paramédicales rencontrées au cours de mes différents stages, et particulièrement mes maîtres de stage de médecine générale qui m'ont donné envie de faire cette spécialité. Je remercie également les enseignants du DMG.

Enfin, je remercie Claire pour son soutien et sa patience. À notre future collaboration!

## À ma famille et mes amis :

Merci à mes amies rencontrées lors de mes études de médecine : Solène, Caroline E., Marion B., Sandrine D., Sandrine A., Tatiana, Anaïs, Caroline K., Virginie. À nos souvenirs de ces années d'études, d'externat et d'internat et aux bons moments passés ensemble. Et aux autres bons moments à venir.

Merci aussi aux amies « non médecins » qui m'ont soutenue pendant toutes ces années : Anne-Laure, Laura P., Laura F., Audrey, Jessica. Un grand merci pour votre gentillesse et votre soutien indéfectible.

Merci à mes parents et à ma sœur pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études.

Merci à ma famille, mes grands-parents, ma tante et mes cousins.

Merci à mes beaux-parents de venir de si loin.

Une pensée particulière à mon grand-père Robert qui nous a quittés trop tôt. Merci pour ta patience, et pour m'avoir donné le goût de l'effort et de la persévérance.

Enfin, je te remercie Martin pour ton soutien sans faille, tes précieux conseils et tes encouragements. Merci pour le bonheur que tu m'apportes tous les jours.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES ABRÉVIATIONS	11
SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS	13
SOMMAIRE DES ANNEXES	15
1ère PARTIE : INTRODUCTION	16
1. Généralités	
1.1. Le sommeil	18
1.2. Épidémiologie	19
1.2.1. Études nationales	
1.2.2. Études européennes	20
1.2.3. Études internationales	20
1.3. Classifications	20
1.3.1. CIM-10	20
1.3.2. DSM	21
1.3.3. ICSD	22
1.3.4. Comparaison des 3 classifications	23
1.4. Les différents troubles du sommeil et quelques définitions	24
1.4.1. Les insomnies	24
1.4.1.1. Définition de l'insomnie	24
1.4.1.2. Notion de sévérité de l'insomnie	25
1.4.1.3. Notion de durée dans l'insomnie	25
1.4.1.4. Les différents types d'insomnie	26
1.4.2. Les troubles du sommeil relatifs à la respiration	27
1.4.3. Les hypersomnies	28
1.4.3.1. Définition de l'hypersomnie	28
1.4.3.2. Les différents types d'hypersomnie	28
1.4.4. Les troubles du sommeil liés au rythme circadien	29
1.4.4.1. Définition des troubles du rythme circadien	29
1.4.4.2. Troubles liés à un choix ou une nécessité de désynchronisation entre les h de sommeil et les synchroniseurs de l'environnement	
1.4.4.3. Troubles soumis à une désynchronisation pathologique entre les horaires sommeil et les synchroniseurs de l'environnement	
1.4.5. Les parasomnies	30
1 4 5 1 Définition des parasomnies	30

1.4.5.2.		.2. Les parasomnies survenant durant le sommeil lent profond	30
	1.4.5	.3. Les parasomnies survenant durant le sommeil paradoxal	30
	1.4.6.	Les troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux	30
	1.4.6	.1. Définition des troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux	30
	1.4.6	.2. Les différents types de troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux	31
	1.4.7. résolus	Les symptômes isolés, les variantes apparemment normales, et les problèmes	
	1.5. Le	es conséquences des troubles du sommeil	31
		portance du dépistage et du diagnostic des troubles du sommeil	
2.	Les di	fférents outils existants	33
	2.1. L'	agenda du sommeil : un outil incontournable pour les troubles du sommeil	33
	2.2. Le	es outils pour évaluer la qualité de vie	34
	2.3. Le	es outils pour dépister une insomnie ou un trouble du sommeil	34
		es échelles de dépression et d'anxiété	
	2.4.1.	Les échelles pour la dépression	
	2.4.2.	Les échelles pour l'anxiété	36
	2.5. Le	es échelles de somnolence	36
	2.6. Le	es outils pour le syndrome des jambes sans repos	36
3.		l de repérage précoce des troubles du sommeil	
		es motivations de cette étude	
		recherche bibliographique de ce travail	
		es données de la recherche	
	3.3.1.	Les recommandations des sociétés savantes	
	3.3.2.	Les travaux antérieurs	
	3.3.2	.1. La thèse de K.Ferron (2006)	40
	3.3.2	.2. La thèse de N. Rabourdin-Frin (2004)	41
	3.3.2	.3. La thèse de A. Cote-Rey et I. Roucou (2013)	41
	3.3.2	.4. La thèse de F. Duret et D. Florio (2013)	42
	3.3.3.	Les sites internet de référence concernant le sommeil	43
	3.3.3	.1. L'INSV	43
	3.3.3	.2. Le réseau Morphée	43
	3.3.3	.3. PROSOM	43
	3.4. Él	aboration de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil	44
	3.4.1.	Préambule	44
	3.4.2.	Les critères retenus pour élaborer l'outil	44
	3.4.3.	Définition retenue pour l'outil	45
	3.4.4.	Les données administratives	45

	3.4.	5. L'agenda du sommeil condensé	45
	3.4.	6. Le questionnaire et les différentes « zones diagnostiques »	46
4.	L'é	tude	48
	4.1.	Question de recherche	48
	4.2.	Hypothèses	48
	4.3.	Objectifs	48
2è	<sup>me</sup> PA	RTIE : MATÉRIELS ET MÉTHODES	49
1.	Sch	iéma de l'étude	50
2.		oulation	
	2.1.	Population étudiée	
	2.2.	Population ciblée par l'outil	
	2.2.	-	
	2.2.	2. Critères de non inclusion	51
3.	Déi	oulement de l'étude	51
	3.1.	Recrutement des médecins généralistes	51
	3.2.	Rencontre initiale avec les médecins généralistes participant à l'étude	
	3.2.		
	3.2.	2. Le guide d'entretien	54
	3.3.	Recueil des données	54
	3.4.	Rencontre finale avec les médecins généralistes participant à l'étude	55
4.	Ana	alyse des données	55
	4.1.	Données quantitatives	55
	4.2.	Données qualitatives	56
3è	<sup>me</sup> PA	RTIE : RÉSULTATS	57
1.	Cai	ractéristiques des médecins généralistes	58
2.		sultats quantitatifs	
	2.1.	Recrutement des 41 médecins généralistes inclus dans l'étude	
	2.2.	Taux de participation	
	2.2.		
	2.2.	• •	de suivi
	2.2.	3. Taux de participation aux entretiens finaux	64
	23	Questionnaires initiaux	65

	2.4. Do	nnées issues des « questionnaires patient » et des fiches de suivi	69
	2.4.1.	Caractéristiques des patients	69
	2.4.2.	Motifs de consultation	71
	2.4.3.	Troubles du sommeil probables et conséquences	72
	2.4.3.	1. Existence probable de troubles du sommeil : « questionnaires patient » pos	sitifs. 72
	2.4.3.2	2. Retentissement des troubles du sommeil	73
	2.4.4.	Comparaison des patients avec et sans trouble du sommeil selon l'outil	73
	2.4.4.	1. Comparaison du remplissage de l'outil	73
	2.4.4.2	2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patients	74
	2.4.4	3. Comparaison des motifs de consultation	75
	2.4.4.	4. Comparaison de l'agenda du sommeil	76
	2.4.4	5. Comparaison du nombre de médicaments	<i>7</i> 8
	2.4.5.	Diagnostics possibles pour les patients avec des troubles du sommeil	79
	2.4.6.	Suivi à distance des patients avec des troubles du sommeil	81
	2.4.6.	1. Examens complémentaires	81
	2.4.6.2	2. Avis spécialistes	82
	2.4.6	3. Thérapeutique	82
3.	Résulta	ts qualitatifs : analyse des entretiens semi-dirigés	83
	3.1. Av	ant-propos	83
	3.2. An	alyse de l'entretien d'un spécialiste du sommeil	84
	3.2.1. d'adress	Point de vue du spécialiste du sommeil sur la pratique du médecin généralis er le patient au spécialiste du sommeil	
	3.2.1.	1. Sur la consultation dédiée et l'agenda du sommeil	84
	3.2.1.2	2. Diagnostics déjà posés	85
	3.2.1	3. Formation des médecins généralistes	85
	3.2.1.	4. Traitements déjà réalisés	85
	3.2.2.	Avis du spécialiste du sommeil sur l'outil de repérage précoce des troubles du s	
	3.2.2.	1. Avis du spécialiste sur les outils validés des troubles du sommeil	86
	3.2.2.2 génére	2. Utilité de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil pour les médalistes	
	3.2.2	3. Avantages	86
	3.2.2.	4. Inconvénients	87
	3.2.3.	Avis du spécialiste du sommeil sur d'autres méthodes de dépistage	87
	3.3. An	alyse des entretiens des médecins généralistes	87
	3.3.1.	Raisons avancées concernant le manque d'inclusion des patients et le manque	de suivi
			87

•	pinions des medecins generalistes sur i outil de reperage precoce de	
3.3.2.1.	Avis positifs	88
3.3.2.2.	Avis négatifs ou partagés	91
3.3.3. Le	es conditions d'utilisation de l'outil	94
3.3.3.1.	Lieu choisi par les médecins	94
3.3.3.2.	Moment choisi par les médecins	94
3.3.3.3.	Mode d'investigation choisi par les médecins	95
3.3.3.4.	Acceptation de l'étude par les patients	95
3.3.4. Le	es difficultés rencontrées dans l'utilisation de l'outil	96
3.3.4.1.	Aucune difficulté	96
3.3.4.2.	Difficultés pour les patients	96
3.3.4.3.	Difficultés pour les médecins	97
3.3.5. In	térêt de l'outil dans la pratique quotidienne	101
3.3.5.1.	Intérêt de l'outil	101
3.3.5.2.	Utilisation de l'outil après l'étude	102
3.3.5.3.	Changement dans la pratique	103
3.3.6. Le	es pistes d'amélioration de l'outil	105
3.3.6.1.	Sur le fond	105
3.3.6.2.	Sur la forme	107
3.3.6.3.	Sur l'utilisation	107
3.3.7. O <sub>J</sub>	pinions des médecins généralistes sur les autres échelles de dépistage	108
3.3.7.1.	Avis général sur les autres échelles de dépistage	108
3.3.7.2.	Les critiques positives	108
3.3.7.3.	Les critiques négatives	109
3.3.8. O <sub>J</sub>	pinions des médecins généralistes sur d'autres méthodes de dépistage	110
4 <sup>ème</sup> PARTIE :	DISCUSSION	112
1. Discussion	sur la méthode	113
1.1. Rappe	l de la question de recherche et des objectifs de l'étude	113
1.2. Forces	de l'étude	113
1.2.1. Cl	noix de la méthode	113
1.2.2. No	ombre de médecins participants	114
1.2.3. De	éroulement de l'étude	114
1.2.3.1.	Début de l'étude : le recrutement et les entretiens initiaux	114
1.2.3.2.	Recueil des « questionnaires patient »	115
1.2.3.3.	Fin de l'étude : les entretiens finaux	115

1.3. Limi	tations et faiblesses de l'étude	116
1.3.1.	Limites de la méthode	116
1.3.2.	Population de l'étude	117
1.3.3.	Difficultés rencontrées lors du déroulement de cette étude	117
1.3.3.1.	Difficultés lors de la réalisation de l'outil	117
1.3.3.2.	Difficultés pour le recrutement des médecins généralistes	118
1.3.3.3.	Difficultés pour le recueil des données	119
1.3.3.4.	Difficultés pour le remplissage des fiches de suivi	119
1.3.3.5.	Difficultés lors des entretiens finaux	120
1.3.4.	Les biais de cette étude	120
1.3.4.1.	Biais de sélection	120
1.3.4.2.	Biais de recueil des données	120
1.3.4.3.	Biais d'intervention	120
1.3.4.4.	Biais d'analyse et d'interprétation	120
2. Discussio	n sur les résultats	121
2.1. Résu	ltat principal	121
	Avis des médecins généralistes concernant l'outil de repérage précoce des tro	
2.1.1.1.	Outil satisfaisant	121
2.1.1.2. médecir	Mise en perspective de l'utilisation de notre outil avec la pratique initiale es généralistes	
2.1.1.3.	La démarche de dépistage en médecine générale	122
2.1.1.4.	Les commentaires des médecins généralistes sur notre outil	124
2.1.1.5.	Les commentaires des médecins généralistes sur d'autres outils	126
2.1.1.6.	Profil des médecins généralistes	128
2.1.1.7.	Les difficultés des médecins et des patients	132
2.1.1.8.	Réponse à l'objectif principal	133
2.1.2.	Confrontation d'opinion entre les médecins généralistes et un spécialiste du	
2.1.2.1.	Avis sur les outils	135
2.1.2.2.	Pratiques des médecins généralistes	135
2.1.2.3.	Formation des médecins généralistes	136
2.1.3.	Comparaison de notre outil avec le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »	136
2.2. Résu	ltats secondaires	137
2.2.1.	Utilisation de l'outil par les médecins généralistes	137
2.2.1.1.	Différents manières d'utiliser l'outil	137
2.2.1.2.	Diagnostics retenus dans l'étude	139
2.2.1.3.	Suivi des patients	144

	2.2.2. P	istes d'amélioration de l'outil	144
	2.2.2.1.	Sur le fond	144
	2.2.2.2.	Sur la forme	
	2.2.2.3.	Sur le type d'utilisation	
3.	L'outil de	repérage précoce des troubles du sommeil final	147
CO	MOT LICIO		
	JNCLUSIO.	N	151
		N PHIE	
BI	BLIOGRAI		153

## SOMMAIRE DES ABRÉVIATIONS

**AASM**: American Academy of Sleep Medicine

**ADA:** Échelle de fatigue de Pichot Brun

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé

**APA**: Association de Psychiatrie Américaine

**ARS :** Agence Régionale de Santé **AVC :** Accident Vasculaire cérébral

**BEP**: Brevet d'Études Professionnelles

**BPCO:** BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

BVA Health Care : société de sondage d'opinions

**CAP**: Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CAS: Échelle de Croyances et Attitudes concernant le Sommeil

CETS: Centre d'Étude des Troubles du Sommeil

**CHU**: Centre Hospitalo-Universitaire

**CIM 10 :** Classification statistique International des Maladies et des problèmes de santé connexes (10ème révision)

**DMG**: Département de Médecine Générale

**DPC**: Développement Professionnel Continu

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EBM**: Evidence-Based Medicine

EGOS: État Généraux de l'Organisation de la Santé

**EPU**: Examen Périodique Universel

**ESPT**: État de Stress Post-Traumatique

ESS: Epworth Sleepiness Scale

**EUROPEP:** EUROpean task force on Patient Evaluations of general Practice

**EVA**: Échelle Visuelle Analogique

FAQSV: Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FMC: Formation Médicale Continue

FMOQ: Fédération de Médecins Omnipraticiens du Québec

FéMaSaC: Fédération des Maisons de Santé Comtoises

FOGD: Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

**GDS**: Geriatric Depression Scale

**HAD**: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS: Haute Autorité de Santé

**HCSP**: Haut Conseil de Santé Publique

**HD-16**: Hôtel-Dieu-16

**ICSD**: International Classification of Sleep Disorders

IES: Index d'Efficacité du Sommeil

**IMAO**: Inhibiteur de MonoAmine Oxydase

**IMC**: Indice de Masse Corporelle

INPES: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSV: Institut National du Sommeil et de la Vigilance

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

IRDQ: Institut de Recherche et de Développement de la Qualité

**ISI :** Index de Sévérité du Sommeil **InVS :** Institut de Veille Sanitaire

MG Form : Organisme de formation professionnelle des médecins généralistes

**MMS**: Mini-Mental State

**MOS**: Medical Outcome Study

NGAP: Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NICE: National Institute for health and Care Excellence

**NIH:** National Institute of Health

**NIMH:** National Institute of Mental Health

OMG: Observatoire de Médecine Générale

OMS: Organisation Mondiale de la Santé (WHO pour World Health Organisation en anglais)

**ORL**: Oto-Rhino-Laryngologie

**PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9

PMSI: Programme de Médicalisation du Système d'Information

**PPC:** Pression Positive Continue

**PPP**: Plan de Prévention Personnalisé

**PROSOM**: association nationale de Promotion des Connaissances sur le sommeil

**PSQI**: Pittsburg Sleep Quality Index

**QCM**: Question à Choix Multiples

QD2 A: Questionnaire de dépression de Pichot

**RGO**: Reflux Gastro-Oesophagien

SAS: Syndrome d'Apnées du Sommeil

SAOS ou SAHOS: Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil ou Syndrome

d'Apnées/Hypopnées Obstructives du Sommeil

SF-36: Short-Form-36

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

**SFMG**: Société Française de Médecine Générale

SFRMS: Société Française de Recherche en Médecine du Sommeil

**SJSR**: Syndrome des Jambes Sans Repos

**SSMG**: Société Scientifique de Médecine Générale

**SVS**: Sommeil Vigilance Somnolence

**TCC**: Thérapies Cognitivo-Comportementales

**TOC:** Trouble Obsessionnel Compulsif

UNAFORMEC: Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation

Continues

URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## **SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS**

Liste des tableaux :	
<b>Tableau 1</b> – Classification des troubles du sommeil selon la CIM-10 <sup>4</sup>	21
<b>Tableau 2</b> – Classification des troubles du sommeil selon le DSM-IV <sup>4,37</sup>	
<b>Tableau 3</b> – Classification des troubles du sommeil selon l'ICSD-2 <sup>4</sup> et 3 <sup>38,39,40</sup>	
Tableau 4 – Sévérité de l'insomnie <sup>4</sup>	
Tableau 5 – Les différentes « zones diagnostiques » définies dans l'outil de repérage p	
des troubles du sommeil	47
Tableau 6 – Caractéristiques des médecins généralistes	59
Tableau 7 – Nombre de « questionnaires patient » et de fiches de suivi par médecin	
Tableau 8 – Caractéristiques des patients	70
Tableau 9 – Les différents motifs de consultation des patients venant consulter	71
Tableau 10 – Récapitulatif des réponses des patients aux 2 premières questions	72
Tableau 11 – Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patients avec	
sans trouble du sommeil selon l'outil	
Tableau 12 – Horaires du coucher, de l'endormissement, du réveil et du lever selon les	
groupes de patients	
Tableau 13 – Présence ou non d'insomnie et analyse du moment de survenue de l'inso	mnie
en fonction des groupes	
Tableau 14 – Récapitulatif de tous les diagnostics recueillis par l'outil classés en fonct	
leur caractère certain ou probable et du nombre de diagnostics concomitants	80
Liste des encadrés :	
Encadré 1 – Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2 <sup>4</sup>	25
Encadré 2 – Démarche diagnostique du médecin généraliste devant une insomnie selon	
1'HAS <sup>4</sup>	
Liste des figures :	
	60
Figure 1 – Dates des entretiens initiaux dans les 2 régions de l'étude	
Figure 2 – Dates de réception des « questionnaires patient » selon les régions	
Figure 3 – Participation des médecins généralistes sur le renvoi des « questionnaires pa	
Diamental Dates des autorios d'accessorales les séries s	
Figure 4 – Dates des entretiens finaux selon les régions	
Figure 5 – Réponses à la question 1	
Figure 6 – Réponses à la question 2	
Figure 7 – Réponses à la question 3	
Figure 8 – Réponses à la question 4	
Figure 9 – Réponses à la question 5	
Figure 10 – Réponses à la question 6	
Figure 11 – Réponses à la question 7	
Figure 12 – Reponses a la question 0	08 68

Figure 14 – Formations complémentaires des médecins qui ont répondu « oui » à la question
968
Figure 15 – Fréquence et sévérité des troubles du sommeil pour les 152 patients souffrant de
troubles du sommeil73
Figure 16 – Comparaison du nombre d'agendas du sommeil remplis entre les 2 groupes avec
et sans troubles du sommeil et leur niveau de renseignement
Figure 17 – Comparaison du temps d'endormissement entre le groupe avec des troubles du
sommeil et le groupe sans trouble du sommeil
Figure 18 – Comparaison du nombre de réveils nocturnes entre le groupe avec des troubles
du sommeil et le groupe sans trouble du sommeil77
Figure 19 – Présence ou non de la sieste en fonction des groupes
Figure 20 - Répartition des diagnostics retrouvés en fonction des « zones diagnostiques » 81
Figure 21 – Prise en charge thérapeutique des patients ayant des troubles du sommeil 82

## **SOMMAIRE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : Questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »	163
ANNEXE 2 : Les différents documents de notre thèse	165
ANNEXE 2-1 : Fiche de présentation de la thèse	165
ANNEXE 2-2 : Explication du recueil de données pour les médecins	166
ANNEXE 2-3 : Questionnaire initial des médecins	
ANNEXE 2-4 : Explication du recueil de données pour les patients	168
ANNEXE 2-5 : L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil (version "pati	ent")169
ANNEXE 2-6 : L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil (version "méd	decin")171
ANNEXE 2-7 : Fiche d'aide au dépistage étiologique des troubles du somme	il (pour les
médecins)	173
ANNEXE 2-8 : Fiche de suivi du patient remplie par les médecins	175
ANNEXE 2-9 : Guide d'entretien	176
ANNEXE 2-10 : Guide d'entretien réécrit après réalisation des premiers entretie	ens pour les
médecins ayant rempli des "questionnaires patient"	176
ANNEXE 2-11 : Guide d'entretien réécrit après réalisation des premiers entretie	ens pour les
médecins n'ayant pas rempli des "questionnaires patient"	177
ANNEXE 3 : Schémas de lecture du « questionnaire patient » pour le recueil dannées	
données	1/8
ANNEXE 4 : Entretien avec un pneumologue spécialiste du sommeil	180
ANNEXE 5 : Entretiens semi-dirigés des médecins généralistes	183

1 ère	DA	RTIE		INTD		DT.	CTA		T
1	$\mathbf{I}^{A}$	KIIL	•	IINIK	J.	UU	U	Uľ	1

## Introduction

Le thème du sommeil est apparu dans les sciences médicales de façon tardive vers les années 1950. La recherche dans ce domaine n'est qu'à son commencement, même si des avancées ont été faites. Le mode de vie a changé depuis quelques décennies. Les rythmes de travail sont de plus en plus importants pour être toujours plus compétitifs. Les temps de transport se sont allongés, ainsi que le temps consacré aux contraintes sociales, aux loisirs et aux écrans. Tout ceci diminue la quantité et la qualité de notre sommeil, et celui-ci est même considéré par certains comme du « temps perdu ». Le sommeil n'est pas suffisamment considéré comme un élément déterminant de la santé mentale et physique par la population, voire par certains professionnels de santé. L'éducation et les interventions préventives doivent encore être développées dans ce domaine. Pourtant, les troubles du sommeil impliquent ou causent de nombreuses pathologies et entraînent un retentissement sur la vie sociale et professionnelle. La question des troubles du sommeil en soins primaires exige un investissement important du médecin généraliste du fait de sa multidisciplinarité<sup>4</sup>, de la complexité des troubles, du temps et de l'énergie qui y sont consacrés. <sup>5,6</sup>

En France, environ 20 à 30% de la population se plaint de troubles du sommeil, dont 9 à 10% d'insomnie sévère. 1,7,8,9 Pourtant, seul un tiers des patients souffrant d'insomnie consulte un médecin. 10,11,12 Le motif « insomnie » représente 3,21% des consultations en soins primaires selon une étude de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) en 2009. 13 Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent consulté pour des problèmes de sommeil (82.7%; IC: 78.1–87.4). 2 Mais les traitements médicamenteux, notamment les hypnotiques, sont trop fréquemment proposés en première intention. 12 La consommation des somnifères et des anxiolytiques 1,4,9, concerne d'ailleurs 1 Français sur 5, ce qui nous place parmi les plus hauts consommateurs des pays occidentaux. 14

La prise en charge aussi bien diagnostique que thérapeutique des troubles du sommeil est donc un enjeu de santé publique. 1,4 Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prévention et la prise en charge de ces troubles. Il est le premier intervenant au contact de la population et a donc une place de choix dans le suivi de ces personnes.<sup>1,12</sup> Dans les recommandations de l'HAS<sup>4</sup> de 2006, il est conseillé aux médecins généralistes d'avoir « une approche active » et de faire une évaluation clinique par un entretien approfondi. La diversité des étiologies des troubles du sommeil rend leur recherche souvent longue et fastidieuse en pratique quotidienne.<sup>5,6</sup> De nombreuses échelles existent mais restent spécialisées et peu adaptées aux contraintes de temps des médecins généralistes. À l'heure actuelle, il existe une multitude d'échelles pour un certain nombre de pathologies, mais aucun outil validé n'aide le médecin généraliste pour le repérage des troubles du sommeil en soins primaires. <sup>15</sup> Pourtant, quand on interroge des patients sur la question des troubles du sommeil, ils souhaitent avant tout une écoute active des médecins généralistes et des explications sur leurs troubles. Aussi, ils estiment nécessaire un dépistage systématique en consultation et une sensibilisation des populations à grande échelle. 16 Le but de cette étude est de savoir si l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte, simple et concis, serait ressentie comme une aide en soins primaires et utilisable en pratique quotidienne. Nous avons voulu nous intéresser à l'opinion des médecins généralistes concernant un tel outil réalisé pour des médecins généralistes.

Nous allons d'abord présenter les différents troubles du sommeil et les différentes échelles existantes. Nous avons élaboré un outil pour le médecin généraliste à partir des données de la littérature et du questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »<sup>17</sup> de la thèse de Kavita Ferron<sup>18</sup>, que nous avons ensuite distribué aux médecins généralistes participant à notre étude. Les médecins l'ont testé sur le terrain auprès de leurs patients. Nous avons ensuite recueilli leurs opinions sur notre outil, pour savoir si un tel outil serait considéré comme une aide en pratique quotidienne. Enfin, nous avons tenté d'améliorer notre outil en fonction des remarques des médecins qui l'ont essayé sur le terrain.

## 1. Généralités

#### 1.1. Le sommeil

Le sommeil s'oppose à l'éveil. <sup>9</sup> Il existe deux grands principes dans la régulation de l'alternance veille-sommeil <sup>1</sup>:

- Celui de l'homéostasie pour avoir un équilibre entre le temps de sommeil et le temps de veille.
- Celui de la régulation circadienne due à un oscillateur interne cérébral ajusté à l'alternance jour/ nuit (horloge biologique). D'autres facteurs influent sur cette régulation comme les synchroniseurs (par exemple la mélatonine) et les facteurs externes (par exemple les rythmes sociaux comme le temps de travail...).

Le sommeil a un rôle essentiel chez l'homme au même titre que l'alimentation ou encore l'activité physique. <sup>19</sup> Il a également une place déterminante dans l'épanouissement de l'homme notamment par rapport à la croissance, la maturation cérébrale, la mémoire, l'humeur et même l'équilibre alimentaire. On peut aisément comprendre que l'apparition de troubles du sommeil peut entraîner chez l'homme de nombreux dysfonctionnements, voire faire émerger des maladies ou participer à leur aggravation. La réduction en quantité et en qualité du sommeil a un impact majeur sur le fonctionnement de l'organisme notamment au niveau cognitif, métabolique et cardiovasculaire.

Selon l'enquête « emploi du temps » en 2009-2010 de l'INSEE, le temps moyen de sommeil des Français est de 8h30 en moyenne par jour. Mais les hommes ne sont pas égaux devant le sommeil à cause de leur propre programmation génétique, et de leurs comportements. Une majorité des gens va dormir environ 8 heures, les « longs dormeurs » 9 à 10 heures et les « courts dormeurs » moins de 6 heures ce qui ne simplifie pas l'approche des troubles du sommeil<sup>21</sup>, sans compter ceux qui sont « du soir » et ceux qui sont « du matin ». Les besoins en sommeil se modifient également avec l'âge et tendent vers une diminution de la quantité de sommeil. L'évaluation objective du sommeil est ardue par la population, même si tout le monde aurait expérimenté au moins une fois dans sa vie le manque de sommeil.

## 1.2. Épidémiologie

Les études épidémiologiques s'appuient sur des données subjectives (déclarations des patients) et non objectives (enregistrement du sommeil). La définition de l'insomnie utilisée peut également changer selon les études. Certains critères sont communs entre certaines classifications (DSM-IV et ICSD), mais il existe de nombreuses différences qui compliquent les comparaisons entre les études.<sup>23,24,25</sup>

## 1.2.1. Études nationales

En France, l'étude d'Ohayon comprenant 5622 personnes représentatives de la population estimait l'insomnie traitée par un hypnotique ou un anxiolytique entre 8,8% et 10%.<sup>26</sup> Mais cela suppose un lien avec des phénomènes d'anxiété, de dépression ou d'insomnie. Cette étude est liée à la consommation médicamenteuse. Mais il existe d'autres études qui s'appuient sur des questionnaires déclaratifs en dehors de toute intervention médicale qui permettent de déterminer une prévalence des troubles du sommeil. Ces questionnaires déclaratifs explorent une insatisfaction liée au sommeil, les principaux symptômes d'insomnie, ou s'appuient sur une classification existante.

Une étude de Léger de l'an 2000 comptait 12 778 personnes de plus de 18 ans issues de la population française. Un institut de sondage a réalisé l'étude avec un recueil de données sur les troubles du sommeil qui s'appuyait sur la classification DSM-IV et DSM-III-R.<sup>27</sup>

Une étude de Cugy portait sur une population de 205 347 personnes entre 1988 et 1998 non représentative de la population générale car l'étude était unicentrique (centre de Bordeaux). Elle s'appuyait sur un item particulier d'un questionnaire médico-administratif : « Avez-vous habituellement des troubles du sommeil ? ».<sup>28</sup>

Selon ces études, les 2/3 de la population française a connu un problème de sommeil (prévalence à 73 % pour l'étude de Léger<sup>27</sup>) et seul 1/5 à ½ exprime un trouble en cours (prévalence à 18,6% pour l'étude d'Ohayon<sup>26</sup>, et prévalence à 21% pour les hommes et 28,6% pour les femmes pour l'étude de Cugy<sup>28</sup>). Dans une étude de Quera-Salva, la prévalence était de 48% lorsqu'on pose la question « Avez-vous actuellement des troubles du sommeil ? ».<sup>29</sup>

On retrouve dans ces études une notion d'insomnie chronique sévère si les symptômes sont présents au moins un mois, 3 fois par semaine, avec la présence d'un retentissement diurne. La prévalence de l'insomnie chronique sévère est située aux alentours de 10% (12,7% pour Ohayon<sup>26</sup>; 9,3% pour Léger<sup>27</sup>). L'insomnie peut être la caractéristique principale ou secondaire de la symptomatologie. Dans l'étude d'Ohayon, les diagnostics principaux sont l'insomnie associée à un trouble mental (surtout l'anxiété) et en 2ème position l'insomnie primaire. <sup>26</sup>

La prévalence de l'insomnie est significativement plus élevée chez les femmes (ratio femme/homme de 1,6 pour l'insomnie et 1,9 pour l'insomnie sévère<sup>27</sup>) et croît avec l'âge.<sup>27,30</sup> D'autres variables que le sexe ou l'âge peuvent être associées à un sommeil insatisfaisant à savoir : un faible niveau de revenu, être séparé, divorcé ou veuf.<sup>26</sup> Cependant à part le sexe, l'implication dans les troubles du sommeil pour les autres variables (âge, niveau de revenu, statut marital) peut être expliquée par d'autres facteurs (état de santé, habitudes de sommeil).<sup>31</sup>

## 1.2.2. Études européennes

Une étude plus vaste a été menée en Europe dans 6 pays (Allemagne, Angleterre, Espagne, France, Italie, Portugal) par Ohayon et Roth sur 24 600 personnes entre 1993 et 1999 par entretien téléphonique avec recueil de troubles du sommeil selon les classifications DSM-IV et ICSD.<sup>30</sup> La prévalence d'au moins un symptôme d'insomnie était de 17% dans l'ensemble de la population et ce taux arrivait à 6% si on prenait en compte la définition de l'insomnie du DSM-IV.

## 1.2.3. Études internationales

Dans une revue de la littérature, Walsh et Üstün trouvaient que 13 à 49% de la population de pays industrialisés avait des troubles du sommeil et que l'insomnie affectait 3 à 19,4% de la population. <sup>4,32</sup> Il y avait également une plus forte prévalence chez les femmes.

## 1.3. Classifications

Les troubles du sommeil regroupent de multiples étiologies et touchent diverses spécialités médicales telles que la psychiatrie, la neurologie, l'ORL, la pneumologie, la cardiologie, la physiologie, la médecine générale. Il existe plusieurs classifications pour qualifier et caractériser les différentes étiologies des troubles du sommeil. L'étiologie la plus fréquente des troubles du sommeil est l'insomnie. Les principales classifications que l'on peut référencer sont : la CIM-10, le DSM, et l'ICSD.

#### 1.3.1. CIM-10

La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) ou International statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD en anglais) est gérée par l'OMS qui a publié la dixième révision en 1993 (CIM-10) et fait l'objet d'une mise à jour annuelle. La version 11 de la CIM est en cours d'élaboration et sera présentée à l'assemblée mondiale de la santé en mai 2018. Elle permet l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions, à des périodes différentes et permet de dresser un tableau de la situation sanitaire générale des pays et des populations.<sup>33</sup> Les diagnostics de maladies ou autres problèmes de santé sont transposés en codes alphanumériques pour faciliter le stockage, la recherche et l'analyse des données. Ces informations sanitaires sont utilisées pour les statistiques et l'épidémiologie, la recherche, la planification et la gestion sanitaire (prise en charge des soins, allocation des ressources) ou encore à des fins cliniques (soins primaires, prévention, traitement, suivi, évaluation). Par exemple, cette classification est utilisée dans les établissements hospitaliers français dans le cadre du programme PMSI pour coder les diagnostics et motifs de recours au système de santé. <sup>34</sup> Le tableau 1 synthétise les troubles du sommeil référencés dans la CIM-10.

**Tableau 1** – Classification des troubles du sommeil selon la CIM-10<sup>4</sup>

Les dyssomnies	Intrinsèques	Primaires	Par défaut :
	(dépendantes		- insomnie idiopathique
	de l'individu)		- insomnie familiale
			- autres
			Par excès :
			- narcolepsies
		G 1 :	- hypersomnies
		Secondaires	troubles respiratoires du sommeil
			mouvements anormaux du sommeil
	T. ( )	D 1/C	autres
	Extrinsèques	Par défaut :	1 1 1 1
	(dépendantes	_	psychophysiologique
	des facteurs		perception du sommeil
	externes)		par défaut d'ajustement
		- mauvaise	hygiène du sommeil
		Par excès :	
		- syndrome	de carence de sommeil
		- autres	
		Autres	
	Circadiennes	Intrinsèques :	
		- retard de p	phase/ avance de phase
		- irrégularite	é des cycles éveil/sommeil
		- autres	
		Extrinsèques :	
		<ul> <li>décalage t</li> </ul>	rans-méridien (jet-lag)
		- liées au tra	avail posté
		- autres	
Les parasomnies	D'activation (l	nyperéveil)	éveils confus, somnambulisme,
			terreurs nocturnes
	Liées au somn	neil paradoxal	troubles comportementaux,
			paralysies récurrentes, cauchemars
	Liées aux trans		troubles dissociatifs nocturnes,
	veille/sommei		énurésie, autre
Les troubles du	Dépendants	Psychiatriques	
sommeil d'origine	d'une	Neurologiques	épilepsies morphéiques, céphalées
médico-	pathologie		liées au sommeil
psychiatrique	causale	Autres troubles	Reflux gastro-oesophagien,
		liés au sommeil	ischémie coronaire, troubles de la
			déglutition, laryngospasme
Les troubles	Sans consensu	s sur leur	gros dormeur, petit dormeur,
« proposés »	définition		ronchopathie, somniloquie

## 1.3.2. <u>DSM</u>

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié pour la première fois en 1952 par

l'Association de Psychiatrie Américaine (APA). Il comprenait alors moins d'une centaine de pathologies. Ce manuel a évolué vers une approche plus catégorielle des maladies mentales depuis 1980. La deuxième édition de ce manuel (DSM-II) paraît en 1968, le DSM-III en 1980 et le DSM-IV en 1994. Le DSM-IV recense 297 pathologies classées par catégories et ce manuel est une référence pour la recherche et les études épidémiologiques ou expérimentales. Il existe également des versions révisées comme le DSM-IV-TR.<sup>35</sup> Le DSM-5 est l'édition la plus récente, et a été présenté au congrès annuel de l'Association de Psychiatrie Américaine en mai 2013.<sup>36</sup> Cette dernière version comporte plus de 350 pathologies et entraîne des modifications pour certaines pathologies mentales ou pour les troubles cognitifs. Le tableau 2 fait la synthèse des troubles du sommeil selon le DSM-IV qui reste pour l'instant le manuel le plus utilisé dans les études récentes.

Tableau 2 – Classification des troubles du sommeil selon le DSM-IV<sup>4,37</sup>

Troubles primaires	Dyssomnies	- Insomnie primaire	
Troubles primaries	Dyssolillies	*	
		- Hypersomnie primaire	
		- Narcolepsie	
		- Trouble du sommeil lié à la respiration	
		- Trouble du sommeil lié au rythme	
		circadien	
		- Dyssomnie non spécifiée	
	Parasomnies	s - Cauchemars	
		- Terreurs nocturnes	
		- Somnambulisme	
		<ul> <li>Parasomnies non spécifiées</li> </ul>	
Trouble en rapport	États dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés,		
avec un autre trouble	attaques de panique, troubles compulsifs,		
mental	_		
Trouble dû à une	Hyperthyroïdie, pathologies douloureuses, épilepsie, cardiopathies,		
affection médicale	troubles respiratoires, reflux gastro-æsophagien, neuropathies		
générale	dégénératives,		
Trouble induit par	Psychostimulants, alcool, hypnotiques, médicaments prescrits,		
une substance			
psychostimulante			

## 1.3.3. <u>ICSD</u>

L'ICSD (International Classification of Sleep Disorders) est une classification internationale des pathologies du sommeil. 38,39 Elle est notamment rédigée par l'AASM (American Academy of Sleep Medicine) et a fait l'objet d'une version révisée en 2004 (ICSD-2) et en 2014 (ICSD-3). Il n'y a pas de changement majeur entre les deux dernières versions mais des modifications dans les champs de l'insomnie, de la narcolepsie, des parasomnies et dans les troubles du sommeil liés à la respiration. 40 Le tableau 3 regroupe les sections diagnostiques majeures de l'ICSD-2 et 3 qui restent similaires pour les 2 versions.

**Tableau 3** – Classification des troubles du sommeil selon l'ICSD-2<sup>4</sup> et 3<sup>38,39,40</sup>

Insomnies	Ingomnia d'aiustament		
msommes	- Insomnie d'ajustement		
	- Insomnie psychophysiologique		
	- Insomnie paradoxale		
	- Insomnie idiopathique		
	<ul> <li>Insomnie liée à une pathologie psychiatrique</li> </ul>		
	- Hygiène du sommeil inadéquate		
	- Insomnie comportementale de l'enfant		
	- Insomnie due à une drogue ou à une substance		
	- Insomnie liée à une pathologie		
	physique		
	- Insomnie non due à une substance		
	ni à un désordre physiologique		
	connu (insomnie non organique)		
	- Insomnie physiologique non spécifiée		
Troubles du sommeil relatifs à la respiration	-		
Hypersomnies d'origine centrale			
Troubles du sommeil liés aux rythmes			
circadiens			
Parasomnies			
Troubles du sommeil liés à des mouvements			
anormaux			
Symptômes isolés, variantes apparemment			
normales, problèmes non résolus			
Autres troubles du sommeil	Physiologiques, organiques ou		
	psychiatriques non classées ailleurs		

## 1.3.4. Comparaison des 3 classifications

La CIM-10 est une classification de l'OMS qui décrit toutes les pathologies ou les symptômes et pas seulement les troubles du sommeil. Elle permet notamment de codifier les différentes pathologies à des fins de comparaison et d'analyse de données. Le DSM décrit les troubles mentaux et est principalement utilisé par les psychiatres. Enfin l'ICSD est une classification plus élaborée dans les troubles du sommeil et est également utilisée dans de nombreuses études. Pour les études concernant les troubles du sommeil, l'association des classifications DSM-IV et ICSD-2 est souvent utilisée. 23,24,25

Ces classifications comportent des différences qui tendent à être effacées par les travaux récents d'uniformisation de ces classifications (notamment entre la CIM-11 et le DSM-5). 41,42,43 Cependant, les différences restent notables. Par exemple, l'ICSD-2 n'intègre pas la notion d'insomnie primaire ou secondaire. L'insomnie secondaire est appelée « insomnie avec comorbidité ». Elle évite la notion de troubles intrinsèques ou extrinsèques mentionnés dans la CIM-10. Elle met également à part les parasomnies et les troubles organiques du sommeil (apnées et mouvements anormaux). 4,38

Enfin, ces classifications peuvent faire l'objet de critiques mais sont indispensables aux travaux de recherche et donc à l'évolution de la science contribuant à une meilleure prise en charge des troubles du sommeil. Quelques-unes de ces critiques concernent les nouvelles versions du DSM qui comportent plus de diagnostics depuis notamment la 3ème version et peuvent amener à sur-diagnostiquer des pathologies entraînant des examens et des traitements parfois inutiles. De plus, l'aspect scientifique de cette classification est souvent décrié notamment par la NIMH (National Institute of Mental Health). Le DSM-III a pourtant marqué un tournant majeur en améliorant la fiabilité des diagnostics et en permettant d'avoir un langage commun entre les psychiatres.

## 1.4. Les différents troubles du sommeil et quelques définitions

Les troubles du sommeil regroupent un grand nombre d'entités qui sont décrites ci-dessous. 4,9,44,45 Les insomnies y sont majoritaires. 12,46,47 Les classifications servent à définir les critères diagnostiques des différents troubles du sommeil, à repérer le caractère transitoire ou durable des troubles, la présence éventuelle de facteurs déclenchants ou de chronicisation, la présence éventuelle d'une comorbidité, d'une consommation de substances toxiques ou d'autres troubles associés. 33,35,38 Nous allons nous appuyer sur la classification de l'ICSD-2 notamment pour expliquer les notions importantes concernant les différents troubles du sommeil de l'adulte. 38

## 1.4.1. Les insomnies

## 1.4.1.1. Définition de l'insomnie

L'insomnie se définit selon l'HAS<sup>4</sup> comme « une insuffisance ressentie de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches ».

Le diagnostic d'insomnie est complexe car l'insomnie peut être classée en fonction de sa sévérité, de sa durée, de sa quantité ou de sa qualité et de la présence ou non de comorbidités. De plus, la notion d'insomnie s'appuie sur la plainte du patient et les conséquences diurnes de ce mauvais sommeil. Ces plaintes sont subjectives. Le patient peut mal évaluer son sommeil. Dans les études<sup>9</sup>, 20 à 30% de la population souffre d'insomnie, dont 9 à 10% d'insomnie sévère et chronique.

Les critères généraux de l'ICSD-2 permettent de préciser la définition de l'insomnie (Encadré 1).

## Encadré 1 – Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2<sup>4</sup>

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

- 1. difficulté à s'endormir
- 2. difficulté à rester endormi
- 3. réveil trop précoce
- 4. 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 :

- 1. fatigue, méforme
- 2. baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
- 3. dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
- 4. instabilité d'humeur, irritabilité
- 5. somnolence diurne
- 6. baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
- 7. tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile
- 8. maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil
- 9. préoccupations et soucis à propos du sommeil.

#### 1.4.1.2. Notion de sévérité de l'insomnie

On définit une insomnie sévère par l'existence d'au moins 2 paramètres « A » (Encadré 1), la présence de séquelles diurnes et la survenue des troubles plus de 3 fois par semaine (Tableau 4).

Tableau 4 – Sévérité de l'insomnie<sup>4</sup>

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

#### 1.4.1.3. Notion de durée dans l'insomnie

*L'insomnie occasionnelle* est la forme la plus fréquente d'insomnie. Elle survient à l'occasion d'un souci professionnel, familial, environnemental (bruit, lumière, température inadéquate) ou de douleurs. Elle est en général très courte (une ou deux nuits) et ses conséquences sont très limitées.

L'insomnie d'ajustement ou à court terme est liée à un stress psychologique d'origine sociale, familiale ou lié à la santé. Le sujet va devoir s'adapter à l'évènement stressant ou à la nouvelle situation (par exemple, un deuil, un licenciement). Elle dure en général quelques semaines et le risque est la chronicisation si l'adaptation est mauvaise ou s'il y a une prise prolongée d'hypnotiques par exemple. Il s'agit d'une insomnie aiguë réactionnelle.

*L'insomnie chronique* dépend souvent d'un faisceau de causes, ce qui rend compliqué son traitement. Elle réunit habituellement des facteurs prédisposants (hyperéveil physiologique), des facteurs déclenchants (stress) et des facteurs d'entretien (comportements et croyances erronées sur le sommeil). On peut retrouver également des comorbidités psychiatriques, organiques ou médicamenteuses associées. L'insomnie devient chronique à partir d'une durée d'un mois.<sup>37</sup> L'insomnie chronique peut avoir des conséquences graves et la qualité de vie est altérée.

## 1.4.1.4. Les différents types d'insomnie

L'insomnie psychophysiologique associe un hyperéveil cognitif ou émotionnel incompatible avec l'initiation ou le maintien du sommeil et un conditionnement négatif vis-àvis du sommeil. Ce conditionnement négatif peut être déclenché par une situation particulière (par exemple, le proche d'un malade ayant besoin de sa vigilance) et peut perdurer malgré la disparition du facteur déclenchant (dans notre exemple, arrêt de la surveillance du malade). Ces personnes dorment souvent mieux hors de chez elles, lorsqu'elles sortent de leur routine habituelle. C'est une insomnie chronique.

L'insomnie paradoxale ou trouble de la perception du sommeil se traduit par des plaintes de mauvais sommeil ou d'absence totale de sommeil sans critère objectif de ses troubles. Le sujet a des résultats normaux lors d'enregistrements du sommeil. L'insomnie est ressentie par le sujet mais non réelle. La physiopathologie est incertaine : structure du sommeil altérée, activité mentale profuse, préoccupation exagérée vis-à-vis du sommeil.

*L'insomnie idiopathique* débute dans l'enfance et est rare. Elle n'a pas de cause organique ou psychiatrique.

L'insomnie liée à une pathologie psychiatrique est la plus fréquente des insomnies chroniques. Tous les troubles mentaux peuvent être concernés (schizophrénie, trouble psychotique, trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique...). Dans la dépression, on peut observer des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil et surtout des réveils matinaux précoces et la durée totale de sommeil est réduite. Dans les troubles anxieux, il existe des difficultés d'endormissement et des éveils nocturnes avec des ruminations anxieuses mais paradoxalement le sommeil peut être d'assez bonne qualité.

L'insomnie due à une mauvaise hygiène de sommeil est en rapport avec des horaires, des consommations (excès de café ou d'alcool) ou des activités physiques ou intellectuelles

intenses incompatibles avec un bon sommeil. Elle disparaît le plus souvent en corrigeant ces mauvais comportements.

L'insomnie due à une drogue ou une substance implique des substances médicamenteuses ou non. Ces substances peuvent agir comme des stimulants (caféine, amphétamines, cocaïne, nicotine) ou comme des dépresseurs du système nerveux central (alcool, anxiolytiques) et désorganisent le sommeil. Les médicaments sédatifs exposent au risque de dépendance et peuvent entraîner des insomnies rebonds. Il existe de nombreux médicaments qui peuvent entraîner des insomnies : les corticoïdes, les béta-2-mimétiques, les antifongiques, l'isoniazide, les antiparkinsoniens (Lévodopa), certains antidépresseurs (IMAO, antidépresseurs sérotoninergiques), les hypnotiques (par phénomène de tolérance ou sevrage brutal).

L'insomnie liée à une pathologie médicale associe un retentissement sur le sommeil des symptômes intrinsèques de la maladie et des répercussions anxieuses ou dépressives générées par la maladie. Il peut également exister une atteinte même de la structure du sommeil, par exemple dans les maladies neurodégénératives. Les pathologies médicales en cause peuvent être très variées : pathologies neurologiques (démences, maladie de Parkinson, insomnie fatale familiale, épilepsie), pathologies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, asthme), pathologies digestives (RGO), pathologies rhumatologiques (lombalgies, rhumatismes inflammatoires), pathologies oncologiques (douleurs liées au cancer), pathologies métaboliques (dysthyroïdie, diabète), pathologies urologiques ou rénales (hypertrophie bénigne de la prostate entraînant une pollakiurie, insuffisance rénale)...

L'insomnie liée à un autre trouble du sommeil spécifique (SAOS, syndrome des jambes sans repos) est détaillée plus loin.

*L'insomnie physiologique* est due à un état particulier : la grossesse qui peut entraîner des douleurs lombaires, une pollakiurie voire un syndrome d'impatience des membres inférieurs ; la ménopause avec des éveils répétés dans la nuit et des bouffées de chaleur ; l'âge avancé qui entraîne une diminution du temps total de sommeil.

## 1.4.2. Les troubles du sommeil relatifs à la respiration

Les troubles du sommeil relatifs à la respiration regroupent les syndromes d'apnée centrale du sommeil (comme le Cheynes-Stokes), les syndromes d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), les syndromes d'hypoventilation alvéolaire/d'hypoxémie liés au sommeil.

Le plus fréquent est *le syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil* ou SAHOS. Sa prévalence dans la population générale est estimée entre 2 et 4%. <sup>48, 49</sup> Il affecte majoritairement les hommes, vers la cinquantaine, et obèses. Il est caractérisé par des épisodes répétés d'obstruction des voies aériennes supérieures d'au moins dix secondes survenant au cours du sommeil (arrêts respiratoires correspondant aux apnées ou diminution de l'amplitude respiratoire et du débit d'au moins 50% associés à une désaturation correspondant aux hypopnées). On parle de syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil à partir de 5 apnées-hypopnées par heure. Le SAHOS est considéré comme sévère à partir de 30 apnées-hypopnées par heure. Les symptômes qui en découlent sont : un

endormissement rapide le soir, des pauses respiratoires de plus de 10 secondes, des ronflements sonores, une nycturie, des céphalées au réveil, une fatigue et des épisodes de somnolence diurne avec comme conséquences des troubles de la concentration, de la mémoire, de l'humeur, et de la libido. Un morphotype particulier avec un cou court et élargi peut également être retrouvé. Le SAHOS augmente le risque de complications cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents cardiaques, accidents vasculaires cérébraux) et le risque d'accident du travail ou de la voie publique. Une polygraphie ventilatoire permet de confirmer le SAHOS. Le traitement de référence est la ventilation nocturne en pression positive continue (PPC).

## 1.4.3. <u>Les hypersomnies</u>

## 1.4.3.1. Définition de l'hypersomnie

L'hypersomnie se caractérise par une somnolence excessive limitant les activités, des périodes de sommeil nocturne anormalement longues et des épisodes de sommeil diurne pouvant entraîner une souffrance marquée ou une altération du fonctionnement familial, social, et professionnel. Les troubles sont présents depuis au moins un mois. La prévalence de l'hypersomnie est de 5% dans la population adulte.<sup>50</sup>

## 1.4.3.2. Les différents types d'hypersomnie

Les hypersomnies peuvent être d'origine centrale (narcolepsie, hypersomnie récurrente avec syndrome de Kleine-Levin, hypersomnie en relation avec les menstruations, hypersomnie idiopathique avec ou sans augmentation de la durée de sommeil) ou secondaires à une pathologie (SAHOS, troubles mentaux ou neurologiques, maladies infectieuses, maladies métaboliques ou endocriniennes, lésions post-traumatiques). Elles nécessitent un examen approfondi, l'utilisation d'échelles subjectives de somnolence, un examen polysomnographique et des tests itératifs de latence d'endormissement pour les caractériser.

Les *hypersomnies* peuvent être *induites par une substance* (alcool, hypnotiques, anxiolytiques, psychotropes, neuroleptiques, antihistaminiques, stimulants, antihypertenseurs, morphiniques). Elles peuvent être la conséquence d'un *sommeil insuffisant*, d'un *trouble du rythme circadien* ou être *physiologiques*.

La narcolepsie avec ou sans cataplexie (ou maladie de Gélineau) est une hypersomnie rare (prévalence à 0,02%) qui se caractérise par des attaques irrésistibles d'un sommeil réparateur de façon quotidienne et depuis plus de 3 mois. Une cataplexie correspond à une perte soudaine du tonus musculaire bilatérale en rapport avec une émotion intense. Il peut également y avoir des intrusions récurrentes du sommeil paradoxal lors des transitions veille/sommeil (hallucinations hypnopompiques au réveil ou hypnagogiques à l'endormissement ou des paralysies du sommeil).

## 1.4.4. Les troubles du sommeil liés au rythme circadien

## 1.4.4.1. Définition des troubles du rythme circadien

Les troubles du rythme circadien correspondent à un fractionnement persistant ou récurrent du sommeil lié à une absence de synchronisme entre l'horaire veille-sommeil propre à un individu et l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement. Ils peuvent se traduire par une somnolence excessive ou une insomnie et peuvent entraîner une souffrance marquée ou une altération du fonctionnement familial, social et professionnel.<sup>37</sup> Les troubles du rythme circadien peuvent être dus à une nécessité ou à un dérèglement pathologique. Le traitement est difficile quand le trouble est causé par une nécessité (due au travail).

1.4.4.2. Troubles liés à un choix ou une nécessité de désynchronisation entre les horaires de sommeil et les synchroniseurs de l'environnement

Les troubles circadiens liés à un travail posté conduisent à des insomnies pendant la période de sommeil et à une somnolence excessive pendant la période de veille suite à un travail de nuit ou des horaires irréguliers de travail.

Les troubles circadiens liés au décalage horaire (jet-lag) correspondent à des périodes de sommeil et de veille qui surviennent de façon inappropriée dans la journée suite à des voyages répétés comportant le passage de plus d'un fuseau horaire.

1.4.4.3. Troubles soumis à une désynchronisation pathologique entre les horaires de sommeil et les synchroniseurs de l'environnement

Le syndrome de retard de phase correspond à un endormissement et à un réveil tardif persistant avec incapacité à s'endormir ou s'éveiller à un moment plus précoce. Le sommeil est de qualité normale mais le sujet qui doit se réveiller à des horaires conventionnels éprouve de grande difficulté à émerger de son sommeil et peut souffrir de somnolence diurne. Il affecte principalement le sujet jeune et une comorbidité psychiatrique est fréquente.

Le syndrome d'avance de phase correspond à un endormissement et à un réveil précoce persistant avec incapacité à s'endormir ou s'éveiller à un moment plus tardif. Ce syndrome est plus rare.

*L'alternance veille-sommeil irrégulière* correspond à des horaires irréguliers de sommeil en dehors de tout synchroniseur social et se rencontre chez les personnes âgées notamment démentes, les oisifs et les artistes poussés par leur inspiration.

Le type en libre cours se caractérise par un rythme veille/sommeil différent de 24 heures et généralement plus long avec un décalage quotidien des horaires d'endormissement et de réveil. Il se rencontre chez les sujets en isolement ou les aveugles.

## 1.4.5. <u>Les parasomnies</u>

## 1.4.5.1. Définition des parasomnies

Les parasomnies sont caractérisées par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques observés au cours du sommeil. 37,51 Il y a alors activation de certains systèmes physiologiques à des moments inappropriés du cycle veille-sommeil (pendant le sommeil lent profond ou paradoxal). Elles peuvent être causées par des pathologies spécifiques d'origine génétique et influencées par des facteurs externes, des causes médicales ou dues à une drogue ou une substance. Le traitement des parasomnies repose avant tout sur des règles de bonne hygiène de sommeil, et des thérapies cognitivo-comportementales. Certaines parasomnies ne sont pas pathologiques (comme la somniloquie ou les terreurs nocturnes).

#### 1.4.5.2. Les parasomnies survenant durant le sommeil lent profond

Les parasomnies qui surviennent pendant le sommeil lent profond ne laissent que peu de souvenirs au dormeur. Il s'agit du *somnambulisme*, du *bruxisme*, de la *somniloquie*, des *terreurs nocturnes*, de l'énurésie, des éveils confusionnels ou du syndrome d'Éplénor (dit aussi « somnambulisme délictueux ») et du syndrome de Kleine-Levin (associant hypersomnie, trouble de l'humeur, trouble du comportement et sexsomnie).

### 1.4.5.3. Les parasomnies survenant durant le sommeil paradoxal

Les parasomnies qui surviennent pendant le sommeil paradoxal peuvent s'accompagner de réactions psychologiques (peur) et de stress. Elles comprennent les *rêves* ou les *cauchemars*, les *paralysies du sommeil, les hallucinations*, les *troubles du comportement en sommeil paradoxal* (désordres dissociatifs, troubles de l'alimentation), les *catathrénies* (vocalisations expiratoires à type de gémissements) et les *sexsomnies*.

## 1.4.6. Les troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux

#### 1.4.6.1. Définition des troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux

Les troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux sont caractérisés le plus souvent par des mouvements nocturnes des membres le plus souvent inférieurs et entraînant une somnolence diurne voire une insomnie avec difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes fréquents.

## 1.4.6.2. Les différents types de troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une affection neurologique caractérisée par des impatiences dans les jambes ou plus rarement les bras qui se manifestent au repos et perturbent le sommeil lors de l'endormissement et pour le maintien du sommeil. Il associe des sensations désagréables à type de fourmillement ou de brûlure avec un besoin impérieux de bouger les jambes ou les bras. Ces sensations sont améliorées transitoirement par le mouvement, exacerbées au repos, et aggravées pendant la nuit. La prévalence est de 8,5% dans la population française et à prédominance féminine. Le SJSR est le plus souvent idiopathique mais peut être secondaire à une carence en fer, à une grossesse, à certaines pathologies (insuffisance rénale, neuropathies, maladie de Parkinson, arthrites rhumatoïdes) ou à la prise de certains médicaments. Le diagnostic est avant tout clinique. Une polysomnographie peut être réalisée afin d'exclure d'autres pathologies. Le traitement repose sur les mesures d'hygiène du sommeil et les agents dopaminergiques.

Les mouvements périodiques des membres se caractérisent par des secousses répétées, brèves et de faible amplitude des membres lors de la phase d'endormissement. Ils sont souvent présents dans le SJSR.

On peut compter aussi *les crampes* et *le bruxisme* qui peuvent être également répertoriés ici.

# 1.4.7. <u>Les symptômes isolés, les variantes apparemment normales, et les problèmes non résolus</u>

On peut classer ici les *longs dormeurs*, les *courts dormeurs* et des symptômes du sommeil bénins (*ronflements*, *parler en dormant*, les *secousses* et *les myoclonies* de début de sommeil...).

## 1.5. Les conséquences des troubles du sommeil

Le sommeil joue un rôle important pour la santé de chaque individu. Il contribue au bien-être physique et psychologique.<sup>1</sup> Les troubles du sommeil entraînent un retentissement sur la vie sociale et professionnelle. Ils peuvent provoquer une baisse de vigilance, une irritabilité, une anxiété, une tension psychique, de la fatigue physique, une perte d'énergie et de motivation, des difficultés de concentration et de mémorisation.<sup>54</sup> Ils peuvent être à l'origine d'accidents de la vie domestique, d'accidents de la route, d'accidents du travail<sup>55</sup>, d'une baisse de productivité au travail, d'absentéisme, et d'un plus grand recours aux soins de santé.<sup>56</sup> Ils ont un impact négatif sur la qualité de vie du sujet.<sup>57</sup> De plus, il existe un lien entre un mauvais sommeil et des comorbidités médicales notamment cardiovasculaires (hypertension artérielle, obésité et diabète)<sup>58</sup> et psychiatriques (anxiété, dépression).<sup>4,57</sup>

Les troubles du sommeil sont coûteux pour la société, notamment l'insomnie. Les coûts directs<sup>59</sup> sont liés aux consultations médicales, aux enregistrements du sommeil et aux traitements. Ils ont été estimés à 10 milliards de francs en 1995. Les coûts indirects<sup>3</sup> sont liés à l'absentéisme (77 euros par employé en France et par an) et à la baisse de productivité (1062 euros par employé en France et par an) principalement.

## 1.6. Importance du dépistage et du diagnostic des troubles du sommeil

Les étiologies des troubles du sommeil sont nombreuses. L'étiologie la plus courante des troubles du sommeil est l'insomnie. <sup>4,12</sup> La distinction dans l'insomnie entre symptôme et maladie n'est pas toujours aisée. Le dépistage des troubles du sommeil est important pour améliorer la santé des individus et diminuer le coût des troubles du sommeil pour la société. <sup>3</sup> La prise en charge diagnostique de ces troubles du sommeil est importante car toute la prise en charge thérapeutique dépendra du diagnostic initial. <sup>60</sup> Traiter un trouble du sommeil sans en connaître la cause peut être néfaste. Par exemple, une prise d'anxiolytiques alors qu'il existe un syndrome d'apnées obstructives du sommeil peut aggraver celui-ci. De plus, la prise d'anxiolytiques ou d'hypnotiques au long cours n'est pas sans conséquences sur la santé (somnolence diurne, risque de chutes ou d'accidents, troubles de la mémoire, dépendance). <sup>4,61</sup> La prise d'un traitement inadapté ne fera que repousser le diagnostic étiologique qui peut aussi évoluer en fonction du temps et des évènements de vie (par exemple apparition d'une dépression), d'où l'intérêt de rester vigilant même chez les personnes qui ont déjà un traitement afin de le réadapter au besoin.

Le dépistage et la prise en charge diagnostique s'appuie principalement sur l'interrogatoire et l'examen clinique du patient auquel s'ajoute l'utilisation des questionnaires et des échelles pour mieux caractériser le trouble.<sup>4</sup> Des méthodes plus objectives et spécialisées peuvent apporter un complément dans la démarche diagnostique : l'actimétrie et la polysomnographie.<sup>62</sup> L'actimétrie est un appareil porté au poignet qui enregistre les mouvements afin de détecter les périodes d'activité et de repos. L'actimétrie permet d'apporter une mesure plus objective des troubles du sommeil et peut être comparée avec l'agenda du sommeil pour apprécier la perception du trouble par le patient. L'enregistrement polysomnographique est parfois nécessaire afin d'apprécier objectivement l'architecture du sommeil et de dépister d'éventuelles anomalies respiratoires, cardiaques ou neurologiques et notamment la présence de mouvements dans les membres inférieurs. Il existe également des tests de somnolence (test itératif de latence d'endormissement et le test de maintien de l'éveil). Ces examens sont réservés aux troubles plus spécifiques du sommeil ou complexes (SAHOS, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, cas complexes associant plusieurs étiologies organiques et psychiatriques, insomnie sévère inexpliquée, échec d'un traitement bien conduit).

Le type de trouble du sommeil ainsi que sa sévérité doivent être connus afin d'adapter la stratégie thérapeutique. Les traitements des troubles du sommeil peuvent être médicamenteux ou non médicamenteux. Le traitement est celui de la cause, et doit s'accompagner d'un rappel des règles de bonne hygiène du sommeil. 63 On voit se développer depuis quelques années les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) notamment pour les problèmes d'insomnie chronique, mais elles restent encore peu nombreuses et difficiles d'accès. 1

## 2. Les différents outils existants

Il existe plus de 100 échelles distinctes pour évaluer des troubles du sommeil. <sup>64</sup> Ces échelles peuvent aussi bien évaluer une plainte du sommeil comme la fatigue comme un trouble du sommeil bien spécifique tel que le syndrome des jambes sans repos. D'après les recherches effectuées dans la littérature scientifique, nous n'avons pas trouvé d'échelle validée qui traite de l'ensemble des troubles du sommeil. De plus, la plupart des outils sont des échelles d'évaluation qui permettent de quantifier l'intensité d'une symptomatologie ce qui est différent des instruments diagnostiques comme les classifications qui permettent de classer les patients.

Les échelles ou questionnaires permettent d'apprécier les symptômes présentés par le patient, de les quantifier et de les classer éventuellement dans un cadre étiologique. Elles permettent de comparer les patients entre eux et le patient lui-même entre deux périodes afin de suivre son évolution. Elles viennent en complément de l'interrogatoire et de l'examen clinique et sont une aide non négligeable pour les médecins sur le plan diagnostique et thérapeutique. Elles sont malheureusement difficiles d'accès pour certaines et réservées souvent aux études statistiques ou épidémiologiques. Pourtant, leur spécificité et leur sensibilité est souvent meilleure que celle du praticien et ces outils sont recommandés par de nombreuses instances de santé. Certains outils sont cependant bien connus des médecins généralistes et utilisés par certains comme l'agenda du sommeil ou l'échelle d'Epworth. Nous allons présenter certains outils utilisés pour les troubles du sommeil.

## 2.1. L'agenda du sommeil : un outil incontournable pour les troubles du sommeil

L'agenda du sommeil est l'outil que recommande l'HAS<sup>4</sup> aux médecins généralistes afin d'évaluer les troubles du sommeil et d'aider au diagnostic. Il permet également le suivi thérapeutique du patient (suivi d'un traitement particulier ou sevrage d'hypnotiques par exemple), afin d'apprécier l'amélioration des troubles du sommeil. C'est un instrument d'évaluation subjective des périodes de veille et de sommeil qui se présente sous la forme d'un calendrier. 70 Le sujet doit indiquer par une flèche vers le bas l'heure du coucher, par une flèche vers le haut l'heure du lever et griser les cases correspondant aux heures de sommeil supposées. Il doit indiquer une prise médicamenteuse, la qualité de sa nuit, la qualité de son réveil, sa forme dans la journée et s'il a réalisé une sieste dans la journée. Il doit être complété sur au moins 2 ou 3 semaines pour repérer des mauvais comportements vis-à-vis du sommeil, apprécier la sévérité du trouble, le moment de survenue du trouble dans la nuit et de voir s'il y a une différence entre les périodes de travail et de repos afin d'aider dans la démarche diagnostique et thérapeutique. L'agenda du sommeil permet d'informer sur le temps de latence d'endormissement, la durée et le nombre de réveils nocturnes, la présence d'un réveil précoce, le temps total passé au lit et le temps total de sommeil et permet de calculer l'index d'efficacité du sommeil. Il permet de repérer les heures de coucher et de lever du sujet afin de repérer la présence de troubles circadiens (retard ou avance de phase). Enfin, la façon dont l'agenda du sommeil est rempli permet de préjuger du sérieux que le patient accorde à son trouble.

## 2.2. Les outils pour évaluer la qualité de vie

Environ 7 échelles validées sont utilisées dans les études pour évaluer la qualité de vie pour les populations souffrant d'insomnie.<sup>71</sup> Il existe des échelles permettant de mesurer un état général de santé (comme la SF-36), une qualité de vie, ou des échelles spécifiques de l'insomnie (HD-16). Nous allons parler de 3 échelles ici.

Le *SF-36* (Short Form-36 de la Medical Outcome Study) est le test de mesure le plus utilisé dans l'évaluation de la qualité de vie. Il s'agit d'une échelle générique (applicable à tous les problèmes de santé) et accessible aux personnes de plus de 14 ans.<sup>72</sup> Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 36items explorant le statut fonctionnel de l'individu, son bien-être et l'évaluation globale de sa santé qui sont regroupés en 8 dimensions : capacités physiques (10 items) ; dimension sociale (2 items) ; impact de l'état physique sur l'activité quotidienne (4 items) ; impact de l'état émotionnel sur l'activité quotidienne (3 items) ; santé mentale (5 items) ; douleurs physiques (2 items) ; vitalité et énergie (4 items) ; perception globale de l'état de santé (6 items). Chaque dimension est traduite en un score compris entre 0 et 100. Plus le score s'éloigne de 100, plus la qualité de vie est altérée. Les personnes souffrant d'insomnie ont des scores significativement plus bas dans toutes les catégories par rapport aux bons dormeurs.<sup>73,74</sup> Leur qualité de vie est donc moins bonne.<sup>75</sup>

*L'index de qualité du sommeil de Pittsburgh* (ou PSQI pour Pittsburgh Sleep Quality Index) est un auto-questionnaire qui mesure la qualité du sommeil et ses troubles sur une période d'un mois. Il comporte 7 composantes qui permettent de générer un score global : la qualité du sommeil subjective, la latence de sommeil, la durée du sommeil, l'efficacité habituelle du sommeil, les perturbations du sommeil, les médicaments utilisés pour dormir, et les dysfonctionnements dans la journée. Il a été créé en 1989 par Buysse et Reynolds. 76

Le questionnaire *HD-16* (*Hôtel-Dieu-16*) est un instrument de mesure de la qualité de vie spécifique de l'insomnie. Il a été construit à l'aide des classifications DSM et ICSD. Il comporte 16 items qui proposent chacun 5 options. Ces items sont regroupés en 5 dimensions : rôle physique (4 items) ; énergie et vitalité (3 items) ; concentration, attention et mémorisation (3 items) ; relations avec les autres (4 items) ; rôle psychologique (2 items). Le total des points rapportés pour chaque item en fonction de l'option choisie est pondéré avec une constante puis additionné en sous-score pour chaque dimension. Le score HD-16 additionne les sous-scores pondérés. Une insomnie sévère aura un score bas dans toutes les dimensions.

## 2.3. Les outils pour dépister une insomnie ou un trouble du sommeil

Il en existe plusieurs types, voici un exemple d'outil utilisé notamment dans les centres du sommeil :

L'index de sévérité du sommeil (ISI) est un bref instrument de mesure à remplir par le patient et qui permet de mesurer sa perception de l'insomnie et son impact sur le fonctionnement diurne à l'aide de 7 items estimant : la sévérité actuelle des difficultés de sommeil (pour l'endormissement, les réveils nocturnes ou précoces), la satisfaction du sommeil actuel, l'interférence des difficultés de sommeil avec le fonctionnement quotidien, l'apparence des difficultés de sommeil pour les autres en terme de détérioration de la qualité de vie, et le degré de préoccupation concernant les difficultés de sommeil. Un score total

supérieur à 15 indique une insomnie modérée et un score supérieur à 22 une insomnie sévère (score de 0 à 28). L'ISI permet de rendre compte des symptômes et des conséquences subjectives de l'insomnie, ainsi que le degré de détresse provoqué par ces difficultés. Il s'appuie sur les critères diagnostiques de l'insomnie du DSM-IV et de l'ICSD. Il a été conçu en 1993 par Morin. 78,79

Le *questionnaire de Spiegel* reprend des éléments donnés par l'agenda du sommeil mais sous forme de 6 questions.<sup>65</sup>

L'échelle de fatigue de Pichot Brun (ADA) comporte 8 items en rapport avec la fatigue et le sujet doit indiquer comment il est affecté par ses symptômes. Un score supérieur à 21 est considéré comme pathologique.<sup>80</sup>

L'échelle de typologie circadienne de Horne et Östberg est un auto-questionnaire de 19 questions permettant de déterminer si le sujet est du matin ou du soir en calculant un score.<sup>81</sup>

L'échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil (CAS) est un questionnaire à 30 items destiné à évaluer les idées que se font les patients sur leur sommeil et leurs troubles. <sup>82</sup> Il comporte des propositions reflétant des croyances ou des attitudes de personnes concernant le sommeil. Le patient doit indiquer dans quelle mesure il est d'accord ou en désaccord avec la proposition au moyen d'une échelle visuelle analogique. Elle permet de suivre l'évolution des croyances d'un patient à des fins thérapeutiques (lors d'une thérapie cognitivo-comportementale par exemple).

## 2.4. Les échelles de dépression et d'anxiété

Il existe un grand nombre d'échelles de dépression et d'anxiété.

## 2.4.1. Les échelles pour la dépression

L'échelle de dépression d'Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs comportant 17 questions sous forme de QCM remplies par le médecin. 83 C'est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Plus le score est élevé plus la dépression est sévère.

L'*inventaire de Beck pour la dépression* permet de rendre compte de l'intensité symptomatique de la dépression.<sup>4,80</sup> Elle comporte 21 items avec pour chaque item plusieurs propositions pour le même thème. Le patient doit choisir la proposition qui lui correspond le mieux. Un score total peut être calculé pour connaître la sévérité de la dépression.

L'échelle de Pichot pour la dépression (QD2 A) est un auto-questionnaire d'évaluation de la dépression. <sup>4,80</sup> Il comporte 13 items en rapport avec la dépression auquel le patient doit répondre par oui ou par non. Si le score est supérieur à 8, une dépression est suspectée.

Le *PHQ-9* (*Patient Health Questionnaire-9*) est un auto-questionnaire de 9 questions sur la santé pour lequel le sujet doit indiquer avec quelle fréquence il a été dérangé durant les 2 dernières semaines par des problèmes en rapport avec des comportements dépressifs. <sup>84</sup>

# 2.4.2. <u>Les échelles pour l'anxiété</u>

L'échelle d'anxiété d'Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes anxieux comportant 14 questions sous forme de QCM remplies par le médecin. 80 Plus le score est élevé plus la dépression est sévère. On peut également calculer 2 sous-scores pour l'anxiété physique et l'anxiété somatique.

L'*inventaire de Beck pour l'anxiété* regroupe 21 symptômes courants d'anxiété. 85,86 Pour chacun de ces symptômes, le patient doit indiquer à quel degré il a été affecté par ses symptômes durant la semaine précédente.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) est un auto-questionnaire qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs en 14 items côtés de 0 à 3.<sup>4,87</sup> Sept items se rapportent à l'anxiété et 7 items à la dépression. Deux scores distincts peuvent être calculés (score maximal pour un score = 21).

#### 2.5. Les échelles de somnolence

L'échelle subjective la plus utilisée en clinique pour évaluer la somnolence notamment pour le SAHOS ou l'hypersomnie est l'*échelle de somnolence d'Epworth* de Johns créée en 1991.<sup>4,88</sup> Elle s'appuie sur une auto-appréciation de la probabilité de somnoler (aucune, faible, moyenne ou forte chance) dans différentes situations de la vie quotidienne (par exemple, en train de regarder la télévision). Il y a 8 items et le score total peut aller de 0 à 24 points. Un score supérieur à 10 indique une somnolence anormale.

D'autres échelles de somnolence existent comme celle de Karolinska ou celle de Stanford.<sup>89</sup>

# 2.6. Les outils pour le syndrome des jambes sans repos

Il existe environ une dizaine d'échelles validées pour le syndrome des jambes sans repos (SJSR).<sup>52</sup> Ces échelles permettent de faciliter le diagnostic de SJSR, de quantifier la sévérité, de mesurer le retentissement sur la qualité de vie, et de déterminer la fréquence du syndrome d'augmentation des troubles avant et en cours de traitement.

L'échelle la plus utilisée en recherche clinique pour le syndrome des jambes sans repos est *l'échelle internationale de sévérité du syndrome des jambes sans repos*, développée par le groupe international d'étude du SJSR (Walters, Allen et al., 2003) de la NIH (National Institute of Health) des États-Unis. Cette échelle se compose de dix questions sur l'intensité, la fréquence et l'impact du SJSR. Chaque question est cotée de 0 à 4 selon la sévérité, avec un score total de 0 à 40. Un score supérieur à 20 indique un SJSR sévère. Deux sous-scores sur la sévérité et l'impact du SJSR peuvent être calculés.

# 3. L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil

#### 3.1. Les motivations de cette étude

L'idée du thème de cette thèse m'est venue pendant mon internat. Au cours de mes stages hospitaliers, je voyais souvent dans les ordonnances des patients des hypnotiques ou autres sédatifs, parfois pris depuis des années et des fois à des doses importantes, alors que les patients n'avaient pas de diagnostics clairement définis. Je me suis donc demandé ce qui pouvait déterminer ces prescriptions inadaptées en médecine générale et quels étaient les freins des médecins généralistes pour faire le diagnostic de ces troubles du sommeil. Je voulais m'orienter au départ sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes devant la gestion des troubles du sommeil, mais ce sujet a déjà été traité.<sup>5,6</sup> En faisant mon stage d'internat en médecine générale, j'ai pu avoir un autre regard sur la pratique de la médecine générale, notamment sur le problème du sommeil des patients. En effet, un de mes maîtres de stage utilisait plusieurs outils pour différents thèmes, et en particulier pour le sommeil. Je trouvais que cela permettait d'aider à approcher certaines questions, mais aussi que cela faisait gagner du temps pour diagnostiquer et traiter le problème, et que cela permettait de faire participer le patient de façon active. Mon maître de stage utilisait le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »<sup>17</sup> (cf. Annexe 1) utilisé dans la thèse de Kavita Ferron<sup>18</sup>, ainsi que l'agenda du sommeil.<sup>4</sup> Et je me suis aperçu également qu'il ne prescrivait quasiment jamais de traitement hypnotique ou anxiolytique pour les troubles du sommeil, sans pour autant que les patients ne s'en plaignent. J'ai donc décidé de m'interroger sur l'intérêt d'un outil diagnostique des troubles du sommeil en médecine générale, afin de savoir si d'autres médecins généralistes pouvaient trouver cela satisfaisant. De plus, les troubles du sommeil ne sont pas très souvent évoqués et souvent sous-diagnostiqués. L'idée était donc d'utiliser cet outil pour faire du repérage précoce des troubles du sommeil afin de voir si cela pouvait changer la pratique des médecins généralistes.

#### 3.2. La recherche bibliographique de ce travail

La recherche bibliographique a été effectuée aux bibliothèques de Bordeaux et de Besançon et sur internet. J'ai également participé à la journée du sommeil à la clinique d'Aguiléra à Biarritz le 27 mars 2015 où j'ai pu rencontrer des professionnels du sommeil.

Les périodes concernées par les recherches s'étendaient globalement de 2000 à 2015, sauf quelques exceptions.

Les mots-clés utilisés principalement ont été les suivants : troubles du sommeil (sleep disorders), insomnie (insomnia), médecine générale (family practice), soins primaires (primary care), adultes (adults), conduite à tenir (practice guidelines), outil ou échelle ou questionnaire (tool or scale or survey), dépistage (screening).

Les bases de données interrogées ont été : Pubmed, ScienceDirect, Scopus, Cochrane, PsycINFO, Encyclopédie Universalis, Docdocpro.

Les principaux sites internet consultés ont été les sites de : la SFRMS (Société Française de Recherche en Médecine du Sommeil), la SFMG (Société Française de Médecine

Générale), l'HAS, le réseau Morphée, l'assurance maladie, l'INSV (l'institut National du Sommeil et de la Vigilance), l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), la FMOQ (Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec), le site de NICE « nice.org.uk » (National Institute for Health and Care Excellence), Le catalogue du système universitaire de documentation « sudoc.abes.fr », le site du SVS « svs81.org » (Sommeil Vigilance Somnolence), l'Unaformec (Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues), l'association Prosom.

Les principales revues qui ont été consultées sont : Sleep, Encephale, Prescrire, La revue du praticien, La revue du praticien - médecine générale, Le Concours Médical, Le Quotidien du médecin.

Les livres principaux consultés ont été : « Troubles du sommeil, 2001, Léger D. » (« Le sommeil en question, 1999, Blaquières M-G ». (91)

Les principales thèses consultées ont été :

- Ferron K. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale : étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV. Université de Bordeaux. Thèse 2006. <sup>18</sup>
- Rabourdin-Frin N. Réalisation et évaluation d'un guide pratique de l'insomnie en médecine générale. Université de Nantes. Thèse 2004. 92

#### 3.3. Les données de la recherche

# 3.3.1. Les recommandations des sociétés savantes

L'HAS<sup>4</sup> a publié en 2006 des recommandations de bonne pratique concernant l'insomnie. Elle préconise notamment une approche active de la question du sommeil par le médecin généraliste lors de l'évaluation de la santé globale du patient :

« L'évaluation de la santé globale d'un patient doit comporter l'abord de la question du sommeil, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé » (accord professionnel).<sup>4</sup>

Le problème de sommeil doit être abordé pour lui-même, éventuellement en consacrant une ou plusieurs consultations spécifiques.

Les recommandations de l'HAS encouragent un dépistage précoce et une prévention des conséquences, ainsi que des prescriptions adaptées et maîtrisées, à la condition d'un suivi adéquat.

Elles préconisent au médecin généraliste de considérer l'histoire personnelle du patient ainsi que son environnement, de réaliser une évaluation clinique avec un entretien approfondi sur les causes possibles par une approche somatique, psychologique et environnementale, de reprendre l'historique du sommeil du patient depuis l'enfance et de s'aider d'un agenda du sommeil et d'auto-questionnaires.

La démarche diagnostique selon l'HAS est résumée dans l'encadré 2.

Encadré 2 – Démarche diagnostique du médecin généraliste devant une insomnie selon l'HAS<sup>4</sup>

- 1- Identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures : le type, l'ancienneté et la fréquence, la sévérité, les répercussions diurnes (fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, trouble de la mémoire, somnolence), les traitements déjà utilisés pour dormir ou en cours, le temps passé au lit, le temps de sommeil, le besoin de sommeil habituel.
- 2- Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil (activités vespérales, rituels, siestes, etc.), les facteurs d'hyperstimulation (activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, etc.), l'existence d'événements déclenchants, sources possibles de soucis ou de stress.
- 3- Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés, dont apnées (notamment chez les personnes âgées), mouvements périodiques des membres, syndrome des jambes sans repos, en recueillant si besoin l'avis du conjoint.
- 4- **Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique** : état douloureux ; troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs ; troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.).
- 5- Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.
- 6- **Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites** pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par exemple : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

Suite à cette démarche diagnostique, le médecin généraliste doit s'assurer de la réalité de l'insomnie (selon les critères d'insomnie définis par l'ICSD-2), de l'absence de diagnostics différentiels (autre trouble du sommeil, court dormeur), d'identifier le type d'insomnie (occasionnelle, de court terme ou chronique sans comorbidité ou avec comorbidités psychiques ou somatiques ou par usage de substances) et sa sévérité (fréquence, retentissement diurne important).

En premier lieu, les outils recommandés pour le médecin généraliste par l'HAS sont : un plan détaillé d'évaluation de la plainte d'insomnie, d'enquête étiologique et d'orientation des décisions, et l'agenda du sommeil. En second lieu, les échelles et questionnaires recommandés par l'HAS sont : l'échelle de somnolence d'Epworth, le questionnaire de dépression de Pichot (QD2A), le questionnaire abrégé de Beck, le questionnaire HAD. La plupart des questionnaires peuvent être remplis en dehors du temps de consultation selon l'HAS.

#### 3.3.2. Les travaux antérieurs

#### 3.3.2.1. La thèse de K.Ferron (2006)

La thèse de K. Ferron a pour titre : « Évaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale : étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV ». <sup>18</sup>

L'objet de cette thèse était de savoir si la prise en charge de l'insomnie primaire chronique par thérapie cognitive et comportementale était réalisable en médecine générale et de proposer des solutions pour généraliser cette prise en charge en médecine générale. C'était une étude prospective où les médecins généralistes devaient inclure des patients qui remplissaient deux échelles validées (SF-36 et ISI), l'agenda du sommeil et un questionnaire pour éliminer les diagnostics différentiels de l'insomnie primaire. Le médecin devait voir au moins 4 fois le patient afin de prescrire différentes méthodes issues des thérapies cognitives et comportementales (restriction du temps passé au lit, contrôle du stimulus) et de suivre l'évolution de son patient (avec notamment l'agenda du sommeil, ISI, SF-36, suivi de la consommation des somnifères). Une étude qualitative était réalisée par téléphone auprès des médecins à la fin de l'intervention pour analyser leur prise en charge de l'insomnie et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer.

Bien que la thématique traitée soit différente de la thématique abordée dans notre thèse, le questionnaire des diagnostics différentiels utilisé (le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »<sup>17</sup>; cf. Annexe 1) était le questionnaire utilisé par mon directeur de thèse, en plus de l'agenda du sommeil pendant ses consultations pour les patients souffrant de trouble du sommeil. C'est donc le point de départ de notre thèse.

De plus, l'évaluation qualitative réalisée dans la thèse de K. Ferron nous a donné des pistes de travail pour construire notre étude. Les éléments de l'évaluation qualitative tirés de la thèse de K. Ferron qui nous ont semblé importants pour définir notre travail sont les suivants :

- Les médecins généralistes sous-estimaient souvent la gravité de l'insomnie.
- Cependant, ils estimaient que l'insomnie pouvait se traiter efficacement.
- Les médecins généralistes qui recevaient une formation sur le sommeil étaient plus enclins à dépister les patients, et les médecins qui dépistaient le plus leurs patients le faisaient généralement sans formation (en général des homéopathes ou des acupuncteurs). Néanmoins, le sommeil ne faisait pas partie systématiquement de l'évaluation initiale ni du suivi des patients.
- La consultation du sommeil était perçue comme plus longue qu'une consultation normale (30 minutes en moyenne) et nécessitait des consultations supplémentaires. Le manque de temps pouvait être un obstacle à la bonne prise en charge de l'insomnie.
- Les outils les plus utilisés dans leur protocole étaient l'agenda du sommeil et le questionnaire des diagnostics différentiels. Ils étaient utilisés face à toutes les plaintes de sommeil et pas uniquement face à une insomnie. L'agenda du sommeil avait même

- suffi à régler le problème de sommeil pour certains patients et s'était substitué à une prescription de médicament pour plusieurs médecins.
- Les difficultés des médecins lors de leur prise en charge ont été le manque de motivation de certains patients, le sevrage des somnifères pour les patients réticents et l'application des thérapies cognitives et comportementales dans certains cas par rapport à la faisabilité en pratique de la technique notamment de restriction du temps passé au lit.

Nous avons donc eu l'idée de faire un outil plus simple et moins long pour aider le médecin généraliste dans la démarche diagnostique devant un problème de trouble du sommeil qui s'inspire du questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »<sup>17</sup> (cf. Annexe 1) et de l'agenda du sommeil.<sup>4</sup>

### 3.3.2.2. La thèse de N. Rabourdin-Frin (2004)

La thèse de N. Rabourdin-Frin a pour titre : « **Réalisation et évaluation d'un guide** pratique de l'insomnie en médecine générale ». 92

L'objet de cette thèse a été de réaliser, à partir d'une recherche bibliographique, un guide pratique de l'insomnie de 90 pages pour le médecin généraliste. Puis une évaluation de ce guide a été réalisée par les médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire. Les médecins interrogés ont trouvé que ce guide était utile, avait amélioré leur connaissance sur l'insomnie et modifié leur pratique, et qu'il méritait d'être diffusé. Cette thèse est d'ailleurs citée dans le rapport du ministère sur le thème du sommeil de 2006.

Ce travail montre une attente des médecins généralistes concernant la formation sur la question du sommeil et un besoin de guide pratique en médecine générale. Dans ce guide, de nombreux outils sont cités et l'auteur a réalisé également un questionnaire à remplir par le patient pour faire la différence entre les différents diagnostics d'insomnie. Ce guide nous a aidé à élaborer notre outil.

#### 3.3.2.3. La thèse de A. Cote-Rey et I. Roucou (2013)

La thèse de A. Cote-Rey et I. Roucou a pour titre : « **Prise en charge de l'insomnie** chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties ».<sup>5</sup>

L'objet de cette thèse était d'étudier les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'insomnie chronique primaire. Pour cela, une étude qualitative a été menée auprès de 13 médecins généralistes de l'arc alpin. Il ressortait de cette étude qu'il y avait des difficultés ressenties dans la prise en charge diagnostique, thérapeutique et lors du sevrage médicamenteux. Les difficultés qui ressortent sont la minimisation de l'insomnie par le patient qui aborde le sujet en fin de consultation, le manque

de disponibilité du médecin sur cette question évoquée en surplus de la consultation, le manque de temps consacré à ce problème, le manque de motivation de la part du médecin et du patient, la difficulté pour le médecin de ne pas céder à la pression exercée par les patients concernant le traitement médicamenteux, l'insatisfaction du médecin face aux difficultés de sevrage et la difficulté de convaincre les patients de changer de mode de vie.

Ce sujet de thèse était une de mes premières idées lors de la recherche de mon sujet de thèse. Le sujet étant déjà était traité pour l'insomnie, faire un sujet sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes pour la prise en charge des troubles du sommeil aurait été une répétition. Cette thèse nous a permis cependant de mieux appréhender l'élaboration de notre outil en tenant compte de ses difficultés avec en particulier le manque de temps (l'outil devait être court), la banalisation du patient (dépistage), l'insatisfaction face au sevrage ou la pression des patients (mieux diagnostiquer pour apporter une solution appropriée et éviter la prescription d'hypnotique quand c'est possible).

#### *3.3.2.4. La thèse de F. Duret et D. Florio* (2013)

La thèse de F. Duret et D. Florio a pour titre : « **Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin** ». <sup>16</sup>

Cette thèse vient en miroir de la thèse précédente de A. Cote-Rey et I. Roucou.<sup>5</sup> La thèse de F. Pricaz<sup>6</sup> vient d'ailleurs faire la synthèse des résultats de la thèse de A. Cote-Rey et I. Roucou et de la thèse de F. Duret et D. Florio. 16 L'objet de cette thèse était, en effet, d'étudier les difficultés rencontrées par les patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique primaire. L'objectif de la thèse était de connaître les attentes et les difficultés des patients dans la prise en charge de leur insomnie chronique en soins primaires ambulatoires. Une étude qualitative a été réalisée auprès des patients de l'arc alpin par la méthode des focus group. Au total, 31 patients ont été interrogés en 8 focus group. L'étude a montré que les patients attendaient une écoute active, des solutions efficaces et étaient prêts à tester différentes pistes. En effet, les patients essayaient de résoudre seul leurs problèmes, et se tournaient vers leur médecin après échec de leur propre prise en charge. Ils recherchaient chez leur médecin des qualités d'écoute, de tolérance, d'empathie et d'ouverture d'esprit pour établir une relation de confiance. Ils auraient voulu que les médecins consacrent plus de temps à ce motif et leur fournissent ainsi une explication sur la cause de leur trouble. Ils voulaient une solution efficace mais n'étaient pas demandeurs pour autant de somnifère car ils en appréhendaient les risques. Ils se disaient ouverts à toutes les propositions thérapeutiques, mais soulevaient une accessibilité souvent limitée par un coût financier trop élevé ou une accessibilité restreinte (déserts médicaux). Ils émettaient l'idée d'améliorer la formation des médecins généralistes ainsi que de former des spécialistes du sommeil. Ils pensaient aussi qu'un dépistage systématique en consultation de routine serait nécessaire ainsi qu'une sensibilisation des populations à grande échelle.

Cette thèse nous a également permis d'appréhender notre propre étude. On se rend compte avec cette étude que les patients sont en demande de plus de temps de la part du médecin et d'un dépistage systématique de leur trouble.

#### 3.3.3. Les sites internet de référence concernant le sommeil

#### 3.3.3.1. L'INSV

L'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) est une association fondée en 2000 sous l'impulsion de la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS) afin de promouvoir le sommeil et ses pathologies comme une composante de santé publique. Il a pour mission de sensibiliser, d'informer et d'éduquer le grand public sur les troubles du sommeil et de la vigilance. On retrouve sur le site internet <a href="www.institut-sommeil-vigilance.org">www.institut-sommeil-vigilance.org</a> des tests sur le sommeil à type de questionnaires et de quizz, mais également d'outils validés (agenda du sommeil, échelle d'Epworth). Il organise depuis 2001 la journée nationale du sommeil qui a lieu en mars et qui a un thème particulier associé au sommeil chaque année (la nutrition en 2015 et les nouvelles technologies en 2016).

#### 3.3.3.2. Le réseau Morphée

Le réseau Morphée est un réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil créé en 2001. Le Réseau Morphée a pour objet l'organisation de la prise en charge des patients atteints de troubles chroniques du sommeil. Il a pour mission d'assurer la coordination et la formation des professionnels, et d'éduquer et responsabiliser le patient. Le site internet <a href="www.reseau-morphee.fr">www.reseau-morphee.fr</a> permet également au patient de répondre à un questionnaire en ligne, dont certaines questions sont tirées d'échelles validées (comme l'échelle de somnolence d'Epworth ou l'échelle de Pichot), qui permet d'indiquer au patient s'il est atteint d'un trouble du sommeil supposé par les réponses fournies et le conseille notamment à consulter un professionnel en cas de trouble supposé. <sup>93</sup>

#### 3.3.3.3. *PROSOM*

PROSOM est l'association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil et est partenaire de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et de l'Institut National du Sommeil et Vigilance (INSV). Cette association propose des aides logistiques et des supports pour toute personne ou organisme souhaitant mettre en place des actions de sensibilisation ou d'éducation sur le sommeil, la vigilance, et les rythmes de vie. Elle assure notamment des formations, des conférences, la production et la diffusion de supports pédagogiques adaptés à différents publics. Le site internet est le suivant : www.prosom.org. 94

# 3.4. Élaboration de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil

#### 3.4.1. Préambule

Les médecins généralistes sont les premiers concernés par la question du sommeil. Ils sont le premier recours des patients.¹ Les patients souffrant de troubles du sommeil abordent rarement la question du sommeil avec leurs médecins ou minimisent leur impact, ou au contraire n'arrivent pas à bien percevoir leur sommeil.¹² Quant au médecin, celui-ci doit répondre à la demande du patient de façon rapide et efficace et reconnaître les « vrais » troubles du sommeil, de ceux qui n'en sont pas. De même, les troubles du sommeil sont souvent complexes à diagnostiquer et du temps est nécessaire pour faire le diagnostic et trouver une thérapeutique adaptée.<sup>60</sup> Le médecin a donc plusieurs contraintes<sup>5,6</sup> : le temps à consacrer aux troubles du sommeil quand souvent d'autres problèmes passent avant, les connaissances à avoir et à ne pas méconnaître, l'accès à certains examens ou thérapeutiques, la volonté du patient, le fait de valoriser son rôle de coordination et de prévention dans sa pratique. On s'est donc demandé si un outil d'aide pour dépister les troubles du sommeil qui peuvent entraîner des conséquences graves pour la santé, serait opportun.⁴

Un outil de repérage précoce des troubles du sommeil pourrait s'avérer utile pour aider les médecins généralistes dans leur pratique. Cet outil a pour vocation d'apporter des éléments d'orientations diagnostiques des troubles du sommeil des patients adultes en médecine générale. La première étape a été de réaliser d'abord cet outil à partir de la littérature. La deuxième étape a été de tester cet outil sur le terrain en soins primaires. Enfin, nous avons recueilli à l'aide d'entretien, l'avis des médecins généralistes pour savoir s'ils étaient satisfaits de notre outil et si des modifications étaient nécessaires pour rendre son utilisation en pratique encore plus satisfaisante et facile.

# 3.4.2. Les critères retenus pour élaborer l'outil

L'élaboration de cet outil devait répondre à certaines conditions : simple, concis, facile d'utilisation et efficace.

Plusieurs critères ont été retenus pour faire l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil afin de répondre à ces conditions. Les critères que nous avons fixés, étaient :

- Faire un outil sur 1 ou 2 pages.
- Utiliser un vocabulaire simple et clair pour tout le monde.
- Inclure un calendrier du sommeil (faire un agenda du sommeil sur une nuit type ou la dernière nuit de sommeil pour repérer un trouble de la perception du sommeil, un trouble du sommeil avéré et le type d'atteinte du sommeil).
- Utiliser le minimum de questions nécessaires pour évoquer un type de trouble du sommeil pour rester dans la concision et l'efficacité.

- Être exhaustif pour évoquer tous les troubles du sommeil mais concis également, en insistant sur les plus fréquents et les plus graves.
- Faire au maximum des questions fermées avec des réponses de type oui ou non.
- Demander des précisions sur le poids, la taille, le niveau d'étude, la profession, le statut marital, l'âge, le motif de la consultation, les traitements et les antécédents afin d'apporter des éléments pour faire le diagnostic étiologique ou repérer des sujets à risque.
- Utiliser des documents validés dans la littérature, recommandés par les instances de santé publique, utilisés par les centres du sommeil ou encore par les associations en charge de la prévention des troubles du sommeil et des connaissances sur le sommeil.
- S'aider des travaux de thèses antérieurs pour réaliser un outil approprié à la médecine générale.
- Créer un outil adapté à la pratique de la médecine générale et conforme aux connaissances des médecins généralistes.

# 3.4.3. <u>Définition retenue pour l'outil</u>

La définition retenue est concise et repose sur la plainte du patient sur son sommeil ainsi que l'existence d'un retentissement diurne.

Elle s'appuie notamment sur la définition de l'insomnie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « l'insomnie est une plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes, telles que : fatigue, somnolence, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration et diminution des prestations ».<sup>4</sup>

Les critères diagnostiques du DSM et de l'ICSD ont également étaient retenus pour l'insomnie, l'hypersomnie, et les troubles circadiens. Dans tous ces troubles, on retrouve une plainte du patient sur son sommeil (pas assez de sommeil pour l'insomnie, trop de sommeil pour l'hypersomnie ou un sommeil décalé dans les troubles du rythme circadien), et un retentissement diurne (avec somnolence, trouble de l'attention, irritabilité...).

#### 3.4.4. Les données administratives

Nous avons relevé dans l'outil les données suivantes du patient (cf. Annexe 2-5 et 2-6): la date de remise du questionnaire, le numéro du patient pour l'identification, les initiales du nom et du prénom pour procéder à l'anonymisation, l'année de naissance pour connaître l'âge du patient, son sexe, son statut marital, sa profession et son niveau d'étude, son poids et sa taille afin de calculer son IMC, et enfin le motif de la consultation afin de savoir s'il y en avait un ou plusieurs et si le motif était en lien avec des troubles du sommeil.

## 3.4.5. L'agenda du sommeil condensé

Un agenda du sommeil condensé (cf. Annexe 2-5 et 2-6) représentant une nuit type du patient ou sa dernière nuit de sommeil était présenté dans l'outil afin de recueillir les données suivantes : l'heure du coucher, le temps de latence d'endormissement, l'heure du réveil,

l'heure du lever, le nombre et la durée des réveils nocturnes, l'existence d'un éveil matinal prématuré, le temps passé au lit, le temps total de sommeil, l'existence d'une sieste ainsi que sa durée et l'efficacité du sommeil (mesurée grâce à l'IES). L'index d'efficacité du sommeil (ou IES) se calcule avec la formule ci-dessous. Si l'IES est inférieure à 85%, une insomnie est probable.

Index d'efficacité du sommeil (IES) = 
$$\frac{\text{Temps (en minutes) total de sommeil}}{\text{Temps (en minutes) passé au lit}} \times 100$$

Avec Temps total de sommeil = Temps passé au lit – temps total d'éveil nocturne

Cet agenda du sommeil condensé permettait de repérer s'il y avait une insuffisance, un excès ou un décalage du temps de sommeil. Il permettait de se rendre compte de l'existence réelle du trouble et des mauvaises perceptions du sommeil. Il permettait de détecter des difficultés d'endormissement (plus de 30 minutes), des difficultés de maintien du sommeil (durée totale des réveils nocturnes au moins égale à 30 minutes ou au moins 2 réveils nocturnes), un réveil matinal précoce (1 heure avant l'heure du lever). L'état diurne (avec fatigue, labilité émotionnelle, troubles de l'attention, performances psychomotrices altérées) est demandé à la question 2 de l'outil.

## 3.4.6. Le questionnaire et les différentes « zones diagnostiques »

On peut retenir 2 grands cadres nosologiques pour les troubles du sommeil :

- Les troubles du sommeil organiques : à composante plutôt psychiatrique ou à composante médicale.
- Les troubles du sommeil non organiques : les troubles du sommeil sans relation avec une pathologie psychiatrique ou médicale (idiopathique, psychophysiologique, en lien avec l'environnement ou le comportement de l'individu) et les troubles du sommeil non réels mais ressentis comme pathologiques par le patient.

L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil comporte des questions sur les données sociodémographiques et physiques des patients, un agenda du sommeil sur une nuit, et 25 questions permettant de repérer les différents diagnostiques possibles. Ces questions ont été élaborées à partir d'échelles et de questionnaires validés sur le sommeil, des travaux des thèses antérieurs, des recommandations d'instances de santé publique et des associations sur le sommeil. L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil (ou « questionnaire patient ») que nous avons élaboré se trouve en Annexe 2-5. Nous avons découpé ces questions en plusieurs « zones » qui correspondent aux différentes orientations diagnostiques possibles à envisager en cas de réponses positives aux questions de la zone concernée. Le tableau 5 reprend le tableau de la fiche d'aide à l'interprétation du questionnaire donné aux médecins avec le « questionnaire patient » (cf. Annexe 2-7).

**Tableau 5** – Les différentes « zones diagnostiques » définies dans l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil

ZONES	Orientations diagnostiques	Diagnostics probables en fonction des questions			
ZONE 1 (grise)	Troubles du sommeil probablement existant : insomnie primaire si les réponses suivantes sont toutes négatives	<ul> <li>1*: troubles du sommeil probablement existant</li> <li>2,3: retentissement diurne et éventuellement conséquences néfastes</li> <li>4: insomnie sévère</li> <li>5: insomnie chronique si elle dure plus d'un mois</li> </ul>			
ZONE 2 (jaune)	Troubles du sommeil liés à une affection psychiatrique	6,7 : troubles de l'humeur 8,9,10,11 : troubles anxieux 12 : (autres) troubles psychiatriques			
ZONE 3 (verte)	Troubles du sommeil liés à l'hygiène du sommeil ou à l'environnement	13,14 : troubles du rythme circadien (retard de phase, jet-lag) + regarder si décalage des horaires de sommeil dans l'agenda du sommeil 15,16 : mauvaise hygiène du sommeil, mauvais conditionnement au sommeil 17 : environnement non favorable au sommeil			
ZONE 4 (violette)	Troubles du sommeil liés à une cause iatrogène ou à une intoxication par une substance	18,19 : intoxication par une substance Liste des médicaments : cause iatrogène			
ZONE 5 (bleue)	Troubles du sommeil liés à une pathologie spécifique potentiellement sévère ou traitable	20: narcolepsie, SAOS 21,22: Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) 23: Syndrome des jambes sans repos, ou mouvements périodiques des membres 24: parasomnie (cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme)			
ZONE 6 (rouge)	Troubles du sommeil liés à une pathologie médicale identifiée	25: affections somatiques (cancer, affection respiratoire, cardiaque, RGO)			

<sup>\*1,...,25 :</sup> numéro des questions dans l'outil

La réponse « oui » à la 1ère et 2ème question amenait à faire suspecter un trouble du sommeil chez le patient. Il fallait alors regarder les autres réponses positives aux questions suivantes pour trouver des éléments d'orientation diagnostique. Les questions ont été réparties en 6 zones (cf. tableau 5 et Annexe 2-5, 2-6 et 2-7) pour orienter le médecin généraliste vers des pistes diagnostiques afin de l'aider dans sa prise en charge diagnostique. Les troubles du sommeil ont été abordés de façon exhaustive pour permettre de repérer un trouble du sommeil chez un patient qui ne se plaint pas ou peu.

# 4. L'étude

## 4.1. Question de recherche

La charge de travail en médecine générale est toujours plus importante et la durée d'une consultation de médecine générale souvent bien trop courte pour faire le point sur les troubles du sommeil : Est-ce que l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil, simple et concis, serait ressentie par les médecins généralistes comme une aide et serait utilisable en pratique quotidienne ?

### 4.2. Hypothèses

Nous partons de l'hypothèse que l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil serait plus simple en pratique qu'un interrogatoire détaillé sur les troubles du sommeil et permettrait une démarche ciblée, donc plus rapide. Ainsi, cet outil pourrait être ressenti par les médecins généralistes comme une aide satisfaisante pour dépister et diagnostiquer des troubles du sommeil en médecine générale et utilisable en pratique quotidienne.

De plus, le fait d'avoir une approche active concernant la question des troubles du sommeil permettrait de faire des diagnostics plus précoces des troubles du sommeil, et de prévenir les conséquences néfastes de trouble du sommeil chronique (accident de la voie publique, accident de travail, baisse de productivité...) en introduisant précocement des thérapeutiques adaptées.

# 4.3. Objectifs

Cette étude a pour objectif principal de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil pour savoir s'il peut être utile pour dépister et diagnostiquer des troubles du sommeil lors d'une consultation de médecine générale.

L'objectif secondaire de notre étude est d'observer comment les médecins généralistes utilisent l'outil afin de l'améliorer.

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		<b>7</b>	,
<b>7</b> eme	DADTIF .	, MATEDIEI C	S ET MÉTHODES
	IANTIL		

# 1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective.

Nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés pour répondre à la question de recherche.

Les données recueillies sur les médecins et les patients à travers l'outil ont été analysées par une méthode quantitative descriptive.

# 2. Population

#### 2.1. Population étudiée

Notre étude porte sur des médecins généralistes libéraux venant de 2 régions différentes : l'Aquitaine et la Franche-Comté. Nous voulions sélectionner suffisamment de médecins afin que ceux-ci testent l'outil sur leurs patients et pour pouvoir anticiper les abandons en cours d'étude ou les médecins moins actifs. Nous avons ciblé une quarantaine de médecins, soit une vingtaine par région, ce qui est largement suffisant pour l'enquête qualitative.

Les médecins généralistes ont été recrutés d'abord par l'entourage proche, par connaissance de certains médecins maîtres de stage, puis sur recommandations des premiers interrogés, et par recherche internet sur le site des pages jaunes en fonction de la proximité géographique des autres médecins. Le mode de recrutement a été le même dans les 2 régions, sauf que dans la région Franche-Comté l'entourage proche était plus réduit que dans la région Aquitaine. Ces 2 régions ont été choisies par l'investigateur en raison d'un déménagement en janvier 2015 en Franche-Comté à Besançon, l'Aquitaine étant sa région d'origine. Neuf médecins appartenaient à l'entourage de l'investigateur (7 en Aquitaine et 2 en Franche-Comté), les autres médecins ont été recrutés par effet boule de neige, et les derniers médecins ont été contactés par proximité géographique des autres médecins interrogés.

Tous les médecins ont été recrutés sur la base du volontariat directement par téléphone ou par mail. Nous avons sélectionné un échantillon de médecins variés sur les critères de l'âge, du sexe, du lieu, du nombre d'année d'installation, et de la participation à une FMC.

Les médecins inclus devaient avoir répondu favorablement au premier contact pour la participation à l'étude et avoir réalisé un premier entretien où un questionnaire initial était rempli. Ils devaient également être installés en libéral afin de suivre les patients sur 6 mois. Les médecins généralistes remplaçants, salariés ou ayant une activité médicale alternative étaient exclus.

#### 2.2. Population ciblée par l'outil

Il s'agissait des patients des médecins généralistes étudiés. Nous avons demandé à chaque médecin d'inclure 10 patients.

## 2.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients adultes de 18 à 75 ans se présentant en consultation de médecine générale et volontaires pour l'étude.
- Le motif de consultation pouvait être étranger ou ayant rapport avec des troubles du sommeil.

## 2.2.2. <u>Critères de non inclusion</u>

Les critères de non inclusion étaient :

- Patients mineurs de moins de 18 ans.
- Patients de plus de 75 ans.
- Patients venant en consultation pour une urgence vitale ou relative, selon l'appréciation du médecin.
- Patient inapte à comprendre l'étude ou contexte inopportun selon l'appréciation du médecin.
- Refus du patient de participer à l'étude.

# 3. Déroulement de l'étude

#### 3.1. Recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins généralistes s'est étalé du 30 janvier 2015 au 8 juin 2015, pour la date du premier contact téléphonique, jusqu'à atteindre une quarantaine de participants.

Le recrutement en Aquitaine a eu lieu du 20 février 2015 au 26 mars 2015, sauf 1 recrutement le 22 mai 2015.

Le recrutement en Franche-Comté a eu lieu du 30 janvier 2015 au 8 juin 2015 avec une pause du 20 février au 26 mars 2015 pour faire le recrutement en Aquitaine.

Dans la région Aquitaine, 42 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques ont été contactés (33 par téléphone et 9 directement dont 7 au cabinet et 2 lors de la journée nationale du sommeil organisée le 26 et 27 mars 2015 à la clinique d'Aguiléra à Biarritz). 17 médecins

des Pyrénées-Atlantiques ont été volontaires pour participer à l'étude. 2 médecins se sont finalement rétractés par mail après avoir répondu une première fois favorablement au tout début de l'étude avant l'entretien initial. 15 médecins des Pyrénées-Atlantiques ont finalement participés.

48 médecins généralistes des Landes ont été contactés. 35 médecins aux alentours de Montde-Marsan ont été contactés le 24 mars 2015 d'abord par mail puis par téléphone en cas de réponse positive. 4 médecins ont été volontaires pour participer à l'étude. 13 médecins situés plus au sud-ouest dans les Landes ont été contactés par téléphone. 4 ont été volontaires pour participer à l'étude. 8 médecins landais au total ont participé à l'étude sans désistement.

1 médecin de la Gironde que connaissait l'investigateur a été contacté par téléphone et a accepté de participer à l'étude.

On compte donc au total 24 participants dans la région Aquitaine sur 91 contactés.

Dans la région Franche-Comté, 53 médecins généralistes du Doubs ont été contactés par téléphone et 2 directement au cabinet. Sur recommandation des premiers médecins interrogés, 4 médecins de Haute-Saône ont été contactés par téléphone. 16 médecins du Doubs et 2 médecins de Haute-Saône ont été volontaires pour participer à l'étude. 1 médecin du Doubs s'est désisté par mail au tout début de l'étude après avoir répondu positivement et n'a finalement pas participé à l'étude, ni aux entretiens.

On compte donc au total 17 participants dans la région Franche-Comté sur 59 médecins contactés.

Au total, 150 médecins généralistes libéraux ont été contactés. 41 ont été volontaires pour participer à l'étude, dont 24 en Aquitaine et 17 en Franche-Comté. Sur les 109 autres médecins qui ont été contactés et qui n'ont pas participé, 89 médecins n'ont pas donné suite aux appels, après un appel donné à la secrétaire ou après un mail envoyé sur conseil de la secrétaire. 17 médecins ont répondu négativement (14 par téléphone, 3 par mail) : 4 pour des raisons de temps, 4 n'ont pas donné de raison, 4 n'étaient pas intéressés, 2 avait une patientèle particulière (gens âgés, étrangers ne parlant pas bien français, ou patients pratiquant une activité médicale alternative), 1 avait changé d'orientation professionnelle et n'était plus médecin généraliste, 1 avait trop de sollicitations pour des thèses et manquait donc de temps et enfin 1 partait en retraite dans le mois. 3 médecins se sont désistés (2 par mail et 1 directement) : 2 pour des raisons de temps, et 1 n'a pas donné de raison.

#### 3.2. Rencontre initiale avec les médecins généralistes participant à l'étude

Sur les 41 médecins généralistes participant à l'étude, 36 médecins ont été rencontrés directement, dont 32 individuellement et 4 en groupe. Les 5 médecins restant ont été contactés par téléphone. Ces rencontres se sont déroulées du 30 janvier 2015 au 22 juin 2015.

L'entretien initial des médecins permettait de leur expliquer l'objet de l'étude, son déroulement, et de leur remettre les documents nécessaires (cf. Annexe 2).

#### 3.2.1. Les documents de la thèse

Parmi ces documents il y avait :

- <u>La fiche de présentation de la thèse</u> (cf. Annexe 2-1) qui expliquait aux médecins généralistes le but de la thèse et qui indiquait les critères d'inclusion et de non inclusion des malades.
- Le questionnaire initial des médecins (cf. Annexe 2-3) qui était rempli lors du premier entretien et récupéré directement par l'auteur. Il permettait de recueillir les données personnelles des médecins et de leur poser dix questions rapides sous forme de QCM concernant leur pratique actuelle sur la question des troubles du sommeil.
- La fiche d'explication du recueil de données pour les médecins (cf. Annexe 2-2) qui décrivait aux médecins le déroulé de la thèse avec les échéances, les différents documents à sa disposition et la conduite à tenir pour faire remplir l'outil par les patients et la manière de le remplir.
- <u>Une fiche d'explication du recueil de données pour les patients</u> (cf. Annexe 2-4) qui indiquait aux patients le thème de la thèse, le caractère non obligatoire et anonyme du recueil de données et les conditions et modalités de remplissage du « questionnaire patient ». Cette fiche pouvait être mise en salle d'attente par le médecin afin de prévenir et d'informer le patient sur l'étude en cours.
- L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte ou « questionnaire patient » (cf. Annexe 2-5 et 2-6) qui est l'outil testé et qui comporte 4 parties : données personnelles du patient, agenda du sommeil, 25 questions avec réponses par oui ou non à cocher pour faire la part sur les différents diagnostics possibles des troubles du sommeil, la liste des médicaments du patient puis des commentaires libres. Le questionnaire était anonyme. Il était distribué en 10 exemplaires pour chaque médecin afin d'inclure 10 patients.
- <u>Une fiche d'aide au dépistage étiologique des troubles du sommeil</u> (cf. Annexe 2-7) qui expliquait aux médecins comment interpréter le « questionnaire patient ». Il y avait également associé à cette fiche un outil de repérage précoce des troubles du sommeil en couleur (cf. Annexe 2-6) afin de visualiser les différentes thématiques des questions de cet outil.
- <u>Une fiche de suivi du patient</u> (cf. Annexe 2-8) qui était à remplir par le médecin si son patient souffrait de troubles du sommeil selon le questionnaire. Il permettait de recueillir notamment les antécédents du patient ainsi que les signes cliniques, le diagnostic retenu par l'outil, les examens complémentaires, les avis spécialistes, le traitement effectué et le diagnostic finalement retenu par le médecin. Le médecin avait à disposition 10 exemplaires mais ne les remplissait que pour les patients qui avaient répondu « oui » aux deux premières questions du « questionnaire patient », ce qui indiquait au médecin un possible trouble du sommeil.

## 3.2.2. <u>Le guide d'entretien</u>

Le guide d'entretien (cf. Annexe 2-9, 2-10, 2-11) comprenait 13 questions à poser aux médecins généralistes volontaires concernant leur utilisation de l'outil, leur opinion sur l'outil et sur les améliorations possibles de l'outil.

#### 3.3. Recueil des données

Nous avions demandé aux médecins généralistes participant à cette étude de tester l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil sur 10 patients volontaires sur une journée de consultation. Nous leur avions proposé que le patient remplisse le questionnaire dans la salle d'attente pour ne pas monopoliser le temps de consultation.

Nous avions proposé aux médecins de tester l'outil sur une journée, sur leurs patients volontaires. Une fois les 10 « questionnaires patient » complétés, le médecin pouvait les analyser grâce notamment à la fiche d'aide au dépistage étiologique des troubles du sommeil et décidait librement de la conduite à tenir. Nous leur donnions environ 2 mois pour remplir les 10 questionnaires. Après les avoir rempli, les médecins devaient renvoyer les 10 questionnaires à l'auteur dans une enveloppe timbrée qui leur était donnée lors du premier entretien. Si au bout de 2 mois les questionnaires n'étaient pas renvoyés, un mail de rappel leur était adressé. Nous avions relancé les médecins jusqu'à 3 fois s'ils n'avaient pas renvoyé les questionnaires.

Après l'analyse des « questionnaires patient », le médecin devait repérer les questionnaires « positifs », c'est-à-dire ceux pour lequel le patient avait probablement des troubles du sommeil. Si le patient répondait aux deux premières questions du questionnaire par « oui » et que son agenda du sommeil montrait une durée anormale ou une efficacité du sommeil diminué, ce patient était suspecté d'avoir des troubles du sommeil (cf. Annexe 2-5). L'analyse du reste du questionnaire permettait de faire la part entre les différentes étiologies qui pouvaient être associées. Les deux premières questions mettaient en évidence une plainte sur le sommeil, et un retentissement diurne. Pour notre part, nous avons également analysé les « questionnaires patient » (méthode d'analyse décrite dans l'Annexe 3).

La fiche de suivi était remplie par le médecin uniquement pour les « questionnaires patient » positifs. Le médecin devait finir de la remplir avant l'entretien final, soit six mois après le début de l'étude pour avoir un recul suffisant sur les démarches éventuellement entreprises par le médecin pour son patient.

### 3.4. Rencontre finale avec les médecins généralistes participant à l'étude

Tous les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont été recontactés d'abord par mail, puis s'ils ne répondaient pas au mail, par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien final. Les médecins qui ne répondaient pas au premier mail, ni aux appels, ont été relancés une nouvelle fois par mail. Au total, les non répondeurs ont reçu 2 mails et ont eu au moins 1 à 2 appels téléphoniques. Nous avions considéré que les médecins qui n'ont pas donné suite à nos mails et appels, ne souhaitaient pas réaliser l'entretien. Un seul médecin a exprimé clairement qu'il ne souhaitait pas réaliser l'entretien. La raison avancée était qu'il n'avait pas réalisé les « questionnaires patient » et qu'il ne se sentait pas légitime pour répondre aux questions.

Au total, 35 médecins ont réalisé l'entretien final sur les 41 médecins volontaires au départ. Il s'agissait d'un entretien semi-dirigé. Les questions posées étaient celles du guide d'entretien (cf. Annexe 2-9). Le guide d'entretien a été peu modifié lors des différents entretiens (cf. Annexe 2-10 et 2-11). Je débutais l'entretien final par le recueil des fiches de suivi complétées avant par le médecin. Si le médecin ne l'avait pas fait, les fiches de suivi étaient remplies au début de l'entretien. Puis je procédais à l'interview enregistrée en m'appuyant sur les questions du guide d'entretien.

J'ai rencontré directement sur rendez-vous et à leur cabinet 31 médecins. Quatre médecins ont réalisé l'entretien par téléphone soit par préférence, soit par commodité géographique pour l'investigateur. Trois médecins appartenant au même cabinet ont souhaité réaliser l'entretien ensemble suite à une réunion de leur cabinet par praticité. L'entretien de ses 3 médecins s'est déroulé selon la méthode des focus group, même s'ils n'étaient pas 4, car ils devaient l'être au départ, un médecin étant absent. Tous les autres entretiens semi-dirigés ont été réalisés par entretien individuel. Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord des praticiens. Tous les praticiens ont accepté d'être enregistrés. Les entretiens ont été réalisés du 3 juillet 2015 au 3 décembre 2015. Les entretiens n'ont pas été renvoyés aux médecins interrogés et n'ont donc pas été retouchés après retranscription par l'investigateur.

# 4. Analyse des données

#### 4.1. Données quantitatives

Les données recueillies lors de l'entretien initial ont été synthétisées et regroupées sous forme de figures. Nous avons fait une analyse descriptive simple des résultats des « questionnaires patient » et des fiches de suivi que nous avons décrites dans la partie résultats et illustrées par des tableaux et des figures. Nous avons utilisé pour cela le logiciel Excel 2013.

#### 4.2. Données qualitatives

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés avec un dictaphone Olympus (digital voice recorder VN-731PC). La retranscription des enregistrements a été réalisée dans leur intégralité par l'investigateur à l'aide du logiciel Word 2013. L'anonymat des médecins a été respecté. Les attitudes du médecin, les hésitations, les silences, les rires ou sourires, les aléas de la consultation avec les interruptions téléphoniques ont été retranscrits (cf. Annexe 4 et 5). Ensuite, nous avons étudié scrupuleusement le texte des entretiens finaux pour faire ressortir les idées principales et identifier des thématiques puis des sous-thématiques. Les idées ont ensuite été analysées, classées, codées et regroupées dans les différentes thématiques et sous-thématiques. Le logiciel Word 2013, Excel 2013 et NVivo 11 (version d'essai gratuite) ont été utilisés pour organiser le codage en analyse thématique et les verbatim correspondants. Les verbatim (citations les plus représentatives) en rapport avec les thématiques sont exposés dans la partie « Résultats » entre guillemets et en italique.

3<sup>ème</sup> PARTIE : RÉSULTATS

Les résultats sont présentés de façon chronologique selon le déroulement de l'étude.

# 1. Caractéristiques des médecins généralistes

Tous les médecins recrutés étaient des médecins généralistes installés en exercice libéral qui pouvaient réaliser le suivi sur le long terme de leurs patients.

Au total, 41 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude. Les médecins étaient issus de 2 régions différentes par leur localisation géographique : 24 médecins étaient installés dans la région Aquitaine au Sud-Ouest de la France et 17 médecins étaient installés en région Franche-Comté à l'Est de la France. Ils étaient issus de 5 départements différents : 3 départements en Aquitaine (Pyrénées-Atlantiques, Landes, Gironde) et 2 départements en Franche-Comté (Doubs, Haute-Saône).

Les principales caractéristiques de ces médecins sont les suivantes :

- 21 sont des femmes (11 en Aquitaine et 10 en Franche-Comté) et 20 sont des hommes.
- 22 ont moins de 50 ans (9 en Aquitaine et 13 en Franche-Comté) et 19 ont plus de 50 ans.
- 21 ont moins de 10 années d'installation (9 en Aquitaine et 12 en Franche-Comté), 20 ont plus de 10 années d'installation.
- 27 médecins sont installés en zone urbaine (20 en Aquitaine et 7 en Franche-Comté) contre 14 en zone rurale ou semi-rurale.
- Seuls 5 médecins travaillent seuls (3 en Aquitaine et 2 en Franche-Comté) contre 36 en groupe.
- 12 médecins sont maîtres de stage (5 en Aquitaine et 7 en Franche-Comté).
- 31 médecins participent à une FMC (17 en Aquitaine et 14 en Franche-Comté) contre 10 qui n'y participent pas.

Les caractéristiques des médecins sont listées dans le tableau suivant (Tableau 6). Les numéros des médecins ont été attribués selon l'ordre de prise de contact avec les médecins.

Tableau 6 – Caractéristiques des médecins généralistes

Numéro du médecin	Sexe	Âge (ans)	Région d'exercice	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'années installation	Maître de stage	Participation à une FMC
1	Femme	38	Franche-Comté	urbain	en groupe	(ans)	Non	Oui
2	Femme	51	Franche-Comté	urbain	en groupe	13	Non	Oui
3	Homme	50	Aquitaine	urbain	en groupe	20	Non	Oui
4	Femme	54	Aquitaine	urbain	en groupe	9	Non	Oui
5	Homme	56	Franche-Comté	urbain	en groupe	24	Oui	Oui
6	Femme	30	Aquitaine	urbain	en groupe	1	Non	Non
7	Femme	29	Aquitaine	semi-rural	en groupe	1	Non	Oui
8	Homme	56	Aquitaine	urbain	en groupe	27	Non	Non
9	Homme	52	Aquitaine	urbain	en groupe	21	Non	Non
10	Homme	52	Aquitaine	urbain	en groupe	21	Non	Oui
11	Femme	46	Aquitaine	urbain	en groupe	9	Non	Oui
12	Femme	57	Aquitaine	urbain	en groupe	25	Non	Oui
13	Homme	54	Aquitaine	urbain	en groupe	22	Non	Non
14	Femme	64	Aquitaine	urbain	seul	30	Non	Oui
15	Femme	51	Aquitaine	semi-rural	en groupe	3	Non	Non
16	Femme	56	Aquitaine	semi-rural	en groupe	26	Non	Oui
17	Homme	55	Aquitaine	semi-rural	en groupe	29	Oui	Oui
18	Femme	54	Aquitaine	urbain	seul	16	Non	Non
19	Homme	44	Aquitaine	urbain	en groupe	8	Oui	Oui
20	Homme	60	Aquitaine	urbain	en groupe	32	Oui	Oui
21	Homme	56	Aquitaine	urbain	en groupe	25	Non	Oui
22	Homme	48	Aquitaine	urbain	en groupe	19	Oui	Oui
23	Femme	39	Aquitaine	urbain	seul	2	Non	Oui
24	Homme	33	Aquitaine	urbain	en groupe	2	Non	Oui
25	Homme	45	Aquitaine	urbain	en groupe	15	Non	Non
26	Homme	52	Aquitaine	urbain	en groupe	20	Oui	Oui
27	Femme	32	Franche-Comté	urbain	en groupe	1	Non	Oui
28	Femme	31	Franche-Comté	urbain	en groupe	3	Oui	Oui
29	Femme	30	Aquitaine	urbain	en groupe	1	Non	Oui
30	Femme	30	Franche-Comté	urbain	en groupe	2	Oui	Oui
31	Homme	53	Franche-Comté	rural	en groupe	20	Oui	Oui
32	Femme	30	Franche-Comté	rural	en groupe	1	Non	Non
33	Femme	38	Franche-Comté	rural	en groupe	8	Non	Non
34	Homme	33	Franche-Comté	rural	en groupe	4	Non	Non
35	Femme	32	Franche-Comté	semi-rural	en groupe	3	Non	Oui
36	Homme	62	Franche-Comté	rural	en groupe	33	Oui	Oui
37	Homme	36	Franche-Comté	urbain	seul	3	Oui	Oui
38	Homme	31	Franche-Comté	rural	en groupe	1	Non	Oui
39	Homme	32	Franche-Comté	rural	en groupe	2	Oui	Oui
40	Femme	33	Franche-Comté	semi-rural	seul	1	Non	Oui
41	Femme	48	Franche-Comté	rural	en groupe	15	Non	Oui

# 2. Résultats quantitatifs

# 2.1. Recrutement des 41 médecins généralistes inclus dans l'étude

Les médecins généralistes ont été contactés du 30 janvier 2015 au 8 juin 2015. La période de recrutement a duré 4 mois et 9 jours afin de recruter environ 40 médecins. Au final 41 médecins ont été recrutés. Sur les 41 médecins recrutés, le premier contact s'est fait par téléphone pour 26 médecins, par mail pour 4 médecins, et directement pour 11 médecins (6 étant des connaissances de l'investigateur notamment à l'occasion de remplacement, 1 à l'occasion de l'entretien d'un autre médecin du cabinet, 2 médecins à l'occasion d'un premier remplacement dans le cabinet, 2 lors de la journée nationale du sommeil). Entre le premier contact et la réponse positive pour la participation à l'étude, il s'est écoulé entre 0 et 14 jours selon les médecins. La majorité des réponses positives étaient données le jour même du premier contact ou le lendemain.

## 2.2. Taux de participation

#### 2.2.1. Taux de participation pour les entretiens initiaux

Les médecins étaient inclus lors des entretiens initiaux. 41 médecins ont participé aux entretiens initiaux soit 100% des médecins inclus et 100% des « questionnaires initiaux » ont été remplis. Les entretiens initiaux ont eu lieu du 30 janvier 2015 au 22 juin 2015 (soit sur 5 mois et 23 jours). Les dates des rendez-vous avec les différents médecins ont été résumées dans la figure suivante (Figure 1). Seul le mois du rendez-vous est précisé sur la figure afin d'en simplifier la lecture.

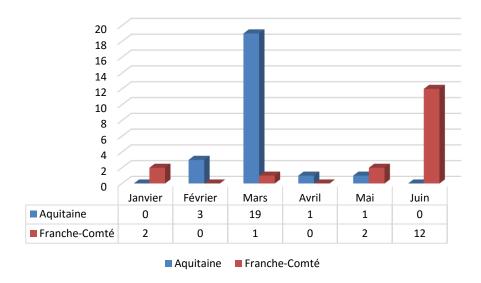


Figure 1 – Dates des entretiens initiaux dans les 2 régions de l'étude

L'investigateur est revenu dans la région Aquitaine pour réaliser les entretiens initiaux une semaine en février 2015 et deux semaines en mars 2015. La majorité des entretiens initiaux en Aquitaine se sont déroulés en février et en mars 2015. Les 2 entretiens initiaux d'avril et de mai 2015 ont été faits par téléphone. La majorité des entretiens initiaux en Franche-Comté se sont déroulés en mai et en juin 2015.

# 2.2.2. <u>Taux de participation sur le renvoi des « questionnaires patient » et des fiches</u> de suivi

Les « questionnaires patient » ont été recueillis pour la plupart par voie postale du 3 mars 2015 au 23 décembre 2015 (soit sur une période de 8 mois et 20 jours). Les médecins ont mis entre 2 jours et 223 jours (soit 7 mois et 10 jours) pour envoyer les questionnaires, la moyenne étant de 87 jours (soit 2 mois et 26 jours) avec un écart-type +/- 67 jours (soit 1 mois et 6 jours). La figure 2 résume les dates de réception des « questionnaires patient ».

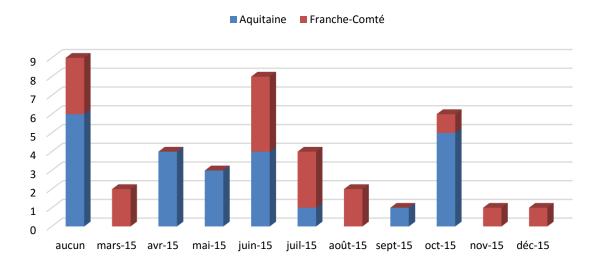


Figure 2 – Dates de réception des « questionnaires patient » selon les régions

Au total, 32 médecins ont renvoyé les « questionnaires patient », soit une participation de 78% des médecins de l'étude (Figure 3). Huit médecins n'ont pas renvoyé les « questionnaires patient ». Un médecin avait envoyé 12 questionnaires par la poste, mais l'investigateur ne les a jamais reçus. Une réclamation a été envoyée à la poste, mais la poste après une recherche n'a pas retrouvé la lettre.

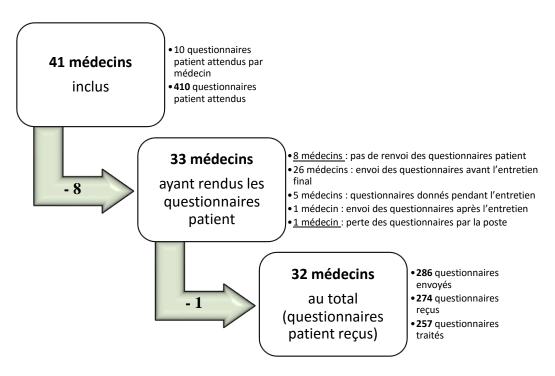


Figure 3 – Participation des médecins généralistes sur le renvoi des « questionnaires patient »

Au total, 274 « questionnaires patient » ont été recueillis (Tableau 7) :

- 19 médecins ont envoyé 10 questionnaires (soit la totalité).
- 2 médecins ont envoyé 12 questionnaires (soit 2 de plus que prévu), mais les 12 questionnaires d'un des 2 médecins ont été perdus par la poste.
- 4 médecins ont envoyé 9 questionnaires.
- 3 médecins ont envoyé 8 questionnaires.
- 2 médecins ont envoyé 3 questionnaires.
- 3 médecins ont envoyé 2 questionnaires.
- 8 médecins ont envoyé 0 questionnaire.

Dix-sept « questionnaires patient » ont été exclus car les patients sélectionnés comportaient un critère de non inclusion (âge supérieur à 75 ans pour 15 patients et pas d'âge mentionné pour 2 patients).

Au final, 257 « questionnaires patient » ont été retenus. Le taux de réponse par rapport aux nombres de questionnaires attendus au départ s'élevait à 63%.

Tableau 7 - Nombre de « questionnaires patient » et de fiches de suivi par médecin

Numéro du médecin	Nombre de questionnaires patient	Nombre de questionnaires patient exclus	Nombre de fiches de suivi
1	10	4	2
2	2	0	2
3	10	1	10
4	10	0	5
5*	0	0	0
6	3	0	3
7	10	1	9
8	10	1	8
9	0	0	0
10	0	0	0
11	2	0	2
12	10	0	3
13	0	0	0
14	8	1	3
15	0	0	0
16	10	0	7
17	10	0	0
18	10	0	7
19	2	0	2
20	10	1	5
21	0	0	0
22	9	2	4
23	10	0	0
24 25	8	1 0	4 0
26	10	0	3
27	9	1	7
28	12	0	5
29	3	0	3
30	10	0	5
31	0	0	0
32	10	0	8
33†	12	0	1
34	9	0	0
35	8	1	2
36	10	1	4
37	10	2	2
38	10	0	5
39	10	0	2
40	10	0	7
41	9	0	7
TOTAL‡	274	17	136

<sup>\*</sup> Les zones grisées correspondent aux médecins n'ayant envoyé aucun document.

Concernant les médecins répondeurs, 136 fiches de suivi ont été récupérées en dehors de l'entretien pour 10 médecins (par la poste avec les « questionnaires patient ») et pendant l'entretien pour 20 médecins. Les fiches de suivi n'ont pas été récupérées pour 3 médecins (non faites pour 2 médecins et perdues par la poste pour un médecin).

<sup>†</sup> La zone gris foncé correspond au médecin dont les questionnaires ont été perdus par la poste et donc non exploités.

<sup>‡</sup> Le total ne tient compte que des nombres des « zones blanches ».

## 2.2.3. Taux de participation aux entretiens finaux

Les entretiens finaux ont été réalisés pour 35 médecins du 3 juillet 2015 au 3 décembre 2015 (soit sur une période de 5 mois) : 33 médecins avaient envoyé des « questionnaires patient » et 2 médecins n'avaient pas fait remplir les questionnaires mais ont accepté de réaliser l'entretien final. Un entretien individuel semi-dirigé a été réalisé pour 32 médecins et un focus group a été réalisé pour 3 médecins (ils devaient être 4 au départ mais un médecin n'est pas venu). Le taux de participation aux entretiens finaux est de 85%.

Six médecins n'ont pas réalisé l'entretien final. Aucun d'entre eux n'avait fait les questionnaires. Un de ces médecins n'a pas réalisé l'étude par manque de temps et pour des problèmes personnels et n'a donc pas souhaité réalisé l'entretien final. Deux médecins manquaient de temps. Les 3 autres médecins n'ont pas donné de raison.

L'investigateur est retourné dans la région Aquitaine une semaine fin juillet 2015 et du 12 au 16 octobre 2015 afin de réaliser les entretiens. Tous les entretiens finaux ont été effectués directement au cabinet du médecin, excepté 4 entretiens réalisés par téléphone pour 4 médecins de la région Aquitaine pour des raisons de commodité géographique de l'investigateur au moment de l'entretien. Les entretiens finaux ont été réalisés en moyenne 191 jours soit 6 mois et 8 jours après l'entretien initial du médecin en question avec un écart-type de 34 jours soit 1 mois et 4 jours (minimum 116 jours, maximum 251 jours). Selon les dates renseignées sur les « questionnaires patient », on peut estimer à 150 jours soit 4 mois et 29 jours en moyenne (écart-type +/- 42 jours) le temps écoulé entre le remplissage des questionnaires et la date de l'entretien final. La figure 4 résume les dates des entretiens finaux.

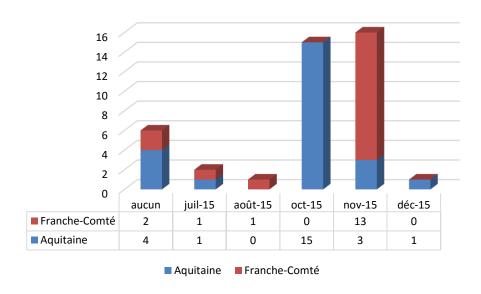
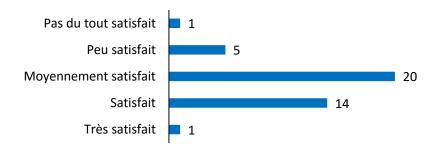


Figure 4 – Dates des entretiens finaux selon les régions

#### 2.3. Questionnaires initiaux

Les questionnaires initiaux ont été remplis par tous les médecins participant à l'étude. C'était une condition nécessaire pour inclure le médecin généraliste dans l'étude. Les différentes réponses sont exposées sous forme de figures. Les réponses aux questions étaient sous forme de QCM et permettaient de faire un bref état des lieux des pratiques des médecins généralistes sur la question « des troubles du sommeil » avant l'utilisation de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil.

Question 1 : Vous sentez-vous satisfait de votre démarche diagnostique actuelle des troubles du sommeil ?



**Figure 5** – Réponses à la question 1

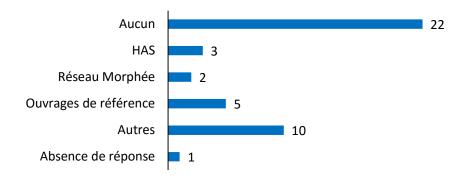
Question 2 : Avez-vous une démarche active (démarche équivalente au dépistage) concernant le problème des troubles du sommeil ?



**Figure 6** – Réponses à la question 2

On demandait aux médecins qui répondaient « non » à la question 2 de dire pourquoi. Sur les 10 médecins qui ont répondu « non » à la question 2, 6 médecins n'ont pas précisé de raison, 1 médecin a répondu qu'il ne faisait pas de démarche active par manque de temps, 1 médecin précisait que c'était par manque de moyens, 1 médecin affirmait que ce n'était pas systématique et enfin 1 médecin rapportait que cela dépendait du thème de la consultation.

Question 3 : Quels outils utilisez-vous pour diagnostiquer un trouble du sommeil ?



**Figure 7** – Réponses à la question 3

Un médecin a oublié de répondre à la question 3 (« absence de réponse »). Deux médecins ont donné deux réponses à la question : « ouvrages de référence » et « autres » pour l'un, et « ouvrages de référence » et « réseau Morphée » pour l'autre.

Pour les 10 médecins qui ont répondu « autres » :

- 5 médecins ont mentionné « l'agenda du sommeil ». Parmi ces 5 médecins, 2 médecins ont ajouté une deuxième réponse à savoir « des documents d'un groupe de pairs » pour un médecin et « des documents personnels » pour l'autre médecin.
- 1 médecin a précisé « ses cours ».
- 1 médecin a précisé « des documents du DMG » et « des documents du service d'exploration du sommeil de Besançon ».
- 1 médecin a noté utiliser « un questionnaire du CHU », « des documents du DMG » et « des documents du FéMaSaC (Fédération des Maisons de Santé Comtoises) ».
- 1 médecin a indiqué « le questionnaire d'Epworth ».
- 1 médecin n'a pas précisé sa réponse.

Question 4 : Utilisez-vous un agenda du sommeil ?

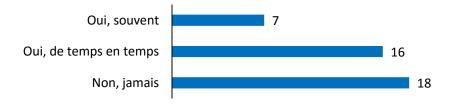


Figure 8 – Réponses à la question 4

Question 5 : Devant un problème de troubles du sommeil chez un de vos patients, faites-vous des recherches documentaires pour vous aider dans votre démarche diagnostique ?

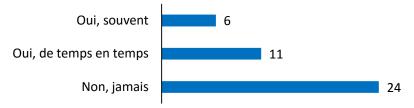
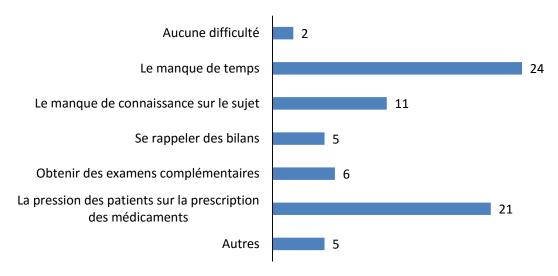


Figure 9 – Réponses à la question 5

Question 6 : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge diagnostique de vos patients souffrant de troubles du sommeil ?



**Figure 10** – Réponses à la question 6

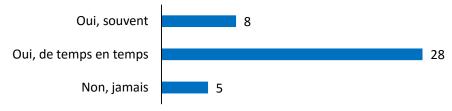
Plusieurs réponses pouvaient être cochées à cette question :

- 16 médecins ont coché une seule réponse.
- 18 médecins ont coché deux réponses.
- 6 médecins ont coché trois réponses.
- 1 médecin a coché quatre réponses.

Parmi les 5 médecins qui ont coché « autres », chacun a eu une réponse différente. Les réponses notées étaient les suivantes :

- Le manque de connaissance des patients sur leur problème et le rythme inadapté des consultations.
- Le refus des médicaments par certains patients.
- L'acceptation par les patients d'une prise en charge globale.
- La bonne gestion de l'arrêt des hypnotiques ou des benzodiazépines.
- La volonté des patients.

# Question 7 : Vous arrive-t-il de prescrire des hypnotiques en dehors des recommandations (durée prolongée, mise sous hypnotiques sans diagnostic clairement posé) ?



**Figure 11** – Réponses à la question 7

Un médecin qui a coché « oui, de temps en temps », a précisé qu'elle prescrivait des hypnotiques uniquement pour des patients déjà sous hypnotiques et en difficulté de sevrage.

# Question 8 : Pensez-vous que votre formation initiale concernant les troubles du sommeil était satisfaisante ?

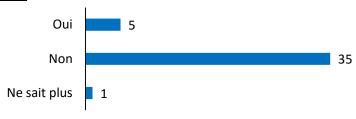


Figure 12 – Réponses à la question 8

# Question 9 : Avez-vous reçu des formations complémentaires après vos études sur la question des troubles du sommeil ?

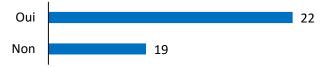


Figure 13 – Réponses à la question 9

Il était demandé aux médecins qui ont répondu « oui » à la question de préciser qu'elles étaient ces formations complémentaires et quand ces formations avaient eu lieu. Les différentes réponses des 22 médecins qui ont répondu « oui » sont résumées dans la figure 14.

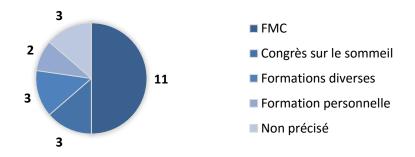


Figure 14 – Formations complémentaires des médecins qui ont répondu « oui » à la question 9

Cinq catégories de réponses ont été identifiées parmi les réponses des 22 médecins :

- La FMC ou DPC : seuls 4 médecins ont précisé quand ces formations dans le cadre de la FMC ont eu lieu. Ces formations dataient respectivement pour chaque médecin de 2 ans, 5 ans, 10 ans et 20 ans.
- Le congrès sur le sommeil ou journée nationale du sommeil.
- Les formations diverses : elles pouvaient avoir eu lieu au centre hospitalier universitaire, au service d'exploration du sommeil, ou lors d'une formation FéMaSaC. Un médecin a précisé que sa formation avait eu lieu il y a 4 ans.
- La formation personnelle : il s'agissait d'autoformation, ou d'une formation auprès d'un ancien maître de stage.
- Formation non précisée.

# Question 10 : Avez-vous des remarques ?

Deux médecins ont noté des remarques à cette question :

- La remarque du premier médecin était une question : « Par rapport aux pays anglosaxons, les français sont consommateurs d'hypnotiques et d'anxiolytiques, mais connaissons-nous la part dans ces pays de la prise de cannabis comme hypnotique ou anxiolytique ? »
- La remarque du deuxième médecin était : « l'insomnie n'est pas le motif principal de consultation ».

# 2.4. Données issues des « questionnaires patient » et des fiches de suivi

#### 2.4.1. <u>Caractéristiques des patients</u>

Les caractéristiques sociodémographiques et physiques des patients sont résumées dans le tableau 8.

Tableau 8 – Caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients	Effectif (n=257)	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	173	67,3
Homme	82	31,9
Non précisé	2	0,8
Région		
Aquitaine	137	53,3
Franche-Comté	120	46,7
Tranche d'âge*		
18 - 29 ans	39	15,2
30 - 49 ans	72	28
50 - 64 ans	88	34,2
65 - 75 ans	58	22,6
IMC†		•
15 - 18,4	10	3,9
18,5-24,9	129	50,2
25 - 29.9	61	23,7
30 – 34,9	34	13,2
35 – 39,9	11	4,3
> 40	5	2
Non précisé	7	2,7
Etat matrimonial‡	,	2,7
Célibataire	68	26,5
Marié	109	42,4
Veuf	19	7,4
Divorcé	27	10,5
Pacsé ou union libre	15	5,8
Non précisé	19	7,4
Niveau d'études§	1)	7,4
VI et V bis	20	7,8
V	54	21
V IV	47	18,3
III	31	
II et I	53	12,1
	53 52	20,6
Non précisé	32	20,2
Catégories socioprofessionnelles	1	0.4
Agriculteurs exploitants	1	0,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8	3,1
Cadres, professions intellectuelles supérieures	20	7,8
Professions intermédiaires	24	9,3
Employés	65	25,3
Ouvriers	14	5,5
Retraités	65	25,3
Personnes sans activité professionnelle	25	9,7
Étudiants	16	6,2
Non précisé  * les patients n'ayant pas précisé leur âge ou les patients d'un âge supérieur à 7	19	7,4

<sup>\*</sup> les patients n'ayant pas précisé leur âge ou les patients d'un âge supérieur à 75 ans ou inférieur à 18 ans ont été exclus et non comptés dans ce tableau. † Indice de Masse Corporelle (IMC).

<sup>‡</sup> Deux patients qui ont inscrit « séparé » ont été comptés dans la catégorie « divorcé » ; 2 patients qui ont inscrit « veuf, divorcé » ont été comptés dans la catégorie « veuf ».

<sup>§</sup> Selon l'INSEE: Niveaux VI et V bis : en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale ; Niveau V : après l'année terminale de CAP ou BEP ou de 2<sup>nd</sup> cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première) ; Niveau IV: classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme ; Niveau III : diplôme de niveau Bac+2 ans ; Niveaux II et I : diplôme de niveau supérieur à bac+2 (licence, maîtrise, master, doctorat, diplôme de grande école, etc.).

|| Selon la définition de l'INSEE, avec un rajout de la catégorie « étudiants ».

## 2.4.2. Motifs de consultation

239 patients ont indiqué un seul motif de consultation, 18 patients ont indiqué plus de 2 motifs (14 patients avaient 2 motifs, 3 patients avaient 3 motifs et 1 patient avait 4 motifs). 12 patients (soit 4,3%) avaient pour motif principal « les troubles du sommeil ».

Les différents motifs de consultation sont résumés dans le tableau 9. Ils ont été condensés en 6 thèmes principaux : le suivi médical (n=84 soit 30,1%), les infections (n=8 soit 2,8%), les symptômes et les plaintes des patients (n=92 soit 32,9%), les motifs relevant d'une spécialité particulière (n=46 soit 16,4%), l'absence de motif en raison de l'accompagnement d'une autre personne au cabinet (n=6 soit 2,1%), les motifs non précisés (n=44 soit 15,7%). Tous les motifs cités par les patients ont été consignés dans le tableau et chaque motif a été considéré dans l'effectif (soit 280 motifs au total en prenant compte des motifs multiples).

Tableau 9 – Les différents motifs de consultation des patients venant consulter

Thème de la consultation	Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Suivi médical	Renouvellement de traitement	50	17,9%
	Suivi et prévention de la santé	17	6,1%
	Vaccination	5	1,8%
	Bilan sanguin	4	1,4%
	Certificat médical	8	2,9%
Infections	Infections des voies respiratoires	7	2,5%
	Infection urinaire	1	0,4%
Symptômes et plaintes	Pathologies traumatiques bénignes	8	2,9%
-	État grippal	10	3,6%
	Diarrhées aiguës	2	0,7%
	Allergies	3	1,1%
	Céphalées	5	1,8%
	Troubles du sommeil	12	4,3%
	Dépression, anxiété, stress	13	4,6%
	Douleurs ostéo-articulaires et musculaires	28	10%
	Douleurs viscérales	6	2,1%
	Douleurs sans précision	5	1,8%
Pathologies « spécialisées »	Dermatologie	3	1,1%
	ORL	7	2,5%
	Ophtalmologie	1	0,4%
	Gynécologie	11	3,9%
	Pathologies orthopédiques	6	2,1%
	Pathologies ano-rectales	4	1,4%
	Affections cardio-vasculaires	9	3,2%
	Trouble métabolique	5	1,8%
Absence de motif	Personne accompagnante	6	2,1%
Motif non précisé	Non précisé	44	15,7%

#### 2.4.3. Troubles du sommeil probables et conséquences

## 2.4.3.1. Existence probable de troubles du sommeil : « questionnaires patient » positifs

Dans le « questionnaire patient » (ou outil de repérage précoce des troubles du sommeil), les deux premières questions étaient les suivantes :

- Question 1 : Pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ?
- Question 2 : Dans la journée, avez-vous déjà ressenti des problèmes de concentration, de la fatigue ou des troubles de l'humeur ?

Nous partions du principe que si le patient répondait « oui » aux questions 1 et 2, cela pouvait montrer l'existence de troubles du sommeil. De même, si le patient répondait « non » aux questions 1 et 2, cela pouvait supposer l'absence de trouble du sommeil. Pour les patients ayant répondu « oui » à la première question et « non » à la deuxième question, ainsi que les patients ayant répondu « non » à la première question et « oui » à la deuxième question, l'existence de troubles du sommeil était incertaine et l'analyse de tout le « questionnaire patient » permettait de trancher entre l'existence ou l'absence de troubles du sommeil pour le patient en question.

Tableau 10 -	- Récapitulatif	des réponses de	es patients aux 2	premières questions

Réponses question 2	Oui	Non	Total
Réponses question 1			
Oui	104	22	126
Non	79	49	128
Non précisé	2	1	3
Total	185	72	257

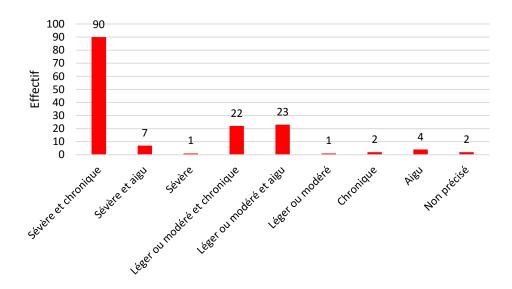
A partir des réponses aux deux premières questions, on pouvait distinguer 3 groupes : les patients avec des troubles du sommeil probables (n=104), les patients qui n'avaient pas de trouble du sommeil (n=49), les patients dont la présence de troubles du sommeil était incertaine (n=104). Pour le 3ème groupe où la présence de troubles du sommeil était incertaine, l'analyse plus approfondie du « questionnaire patient » ainsi que l'étude des fiches de suivi existantes ont permis de distinguer 48 patients ayant possiblement des troubles du sommeil et 56 patients qui n'en avaient probablement pas.

Au total, on a comptabilisé: 152 patients (soit 59%) ayant des troubles du sommeil et 105 patients (soit 41%) qui n'en avaient pas.

#### 2.4.3.2. Retentissement des troubles du sommeil

Treize patients ont déjà eu un accident de travail ou de la route causé par le manque de sommeil (6 avaient des troubles du sommeil probables, 3 se plaignaient de fatigue, 2 avaient une plainte sur leur sommeil, 2 n'avaient a priori pas de troubles du sommeil).

Un trouble du sommeil était défini comme sévère s'il était présent plus de 3 fois par semaine et léger ou modéré s'il était présent moins de 3 fois. Il était défini comme trouble chronique, s'il était présent depuis plus d'un mois et aiguë si cela faisait moins d'un mois. La figure 15 résume la fréquence et la sévérité du trouble du sommeil pour les 152 patients pouvant souffrir de troubles du sommeil.



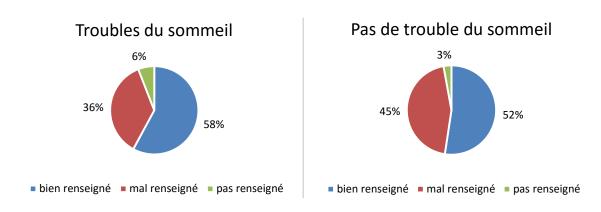
**Figure 15** – Fréquence et sévérité des troubles du sommeil pour les 152 patients souffrant de troubles du sommeil

## 2.4.4. Comparaison des patients avec et sans trouble du sommeil selon l'outil

#### 2.4.4.1. Comparaison du remplissage de l'outil

Le taux de remplissage des « questionnaires patient » est comparable entre les 2 groupes : 93% pour le groupe avec des troubles du sommeil et 92 % pour le groupe sans trouble du sommeil.

Les agendas du sommeil ont été majoritairement bien remplis pour les 2 groupes. On considérait qu'ils étaient « bien renseignés » si toutes les informations demandées étaient complétées et lisibles (heures du lever et du coucher indiquées, temps de sommeil correctement grisé sur la frise). Ils étaient « mal renseignés » s'il manquait des informations ou s'ils n'étaient pas bien lisibles. Enfin, ils n'étaient « pas renseignés » s'ils n'avaient pas été complétés (Figure 16).



**Figure 16** – Comparaison du nombre d'agendas du sommeil remplis entre les 2 groupes avec et sans troubles du sommeil et leur niveau de renseignement

#### 2.4.4.2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patients

Le résumé des caractéristiques sociodémographiques des patients selon les 2 groupes (avec et sans trouble du sommeil) est exposé dans le tableau 11.

**Tableau 11** – Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patients avec et sans trouble du sommeil selon l'outil

Caractéristiques sociodémographiques des	Troub			Pas de trouble du			
patients*	sommeil	(n=152)	sommeil	(n=105)			
Sexe							
Femme	105	(69,1%)	68	(64,8%)			
Homme	46	(30,2%)	36	(34,3%)			
Non précisé	1	(0,7%)	1	(0,9%)			
Région							
Aquitaine	83	(54,6%)	54	(51,4%)			
Franche-Comté	69	(45,4%)	51	(48,6%)			
Âge moyen (ans)	52	$(\pm 14)$	48	$(\pm 18)$			
IMC moyen	26	$(\pm 5,9)$	24,4	$(\pm 5,1)$			
Etat matrimonial							
Célibataire	38	(25%)	30	(28,6%)			
Marié	61	(40,1%)	48	(45,7%)			
Divorcé ou veuf	33	(21,7%)	13	(12,3%)			
Pacsé ou union libre	8	(5,3%)	7	(6,7%)			
Non précisé	12	(7,9%)	7	(6,7%)			
Niveau d'études							
VI, V bis, V, IV	72	(47,4%)	49	(46,6%)			
III, II et I	42	(27,6%)	42	(40%)			
Non précisé	38	(25%)	14	(13,4%)			
Catégories socioprofessionnelles							
Agriculteurs exploitants	1	(0,7%)	0	(0%)			
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5	(3,3%)	3	(2,9%)			
Cadres, professions intellectuelles supérieures	11	(7,2%)	9	(8,6%)			
Professions intermédiaires	14	(9,2%)	10	(9,5%)			
Employés	43	(28,3%)	22	(20,9%)			
Ouvriers	8	(5,3%)	6	(5,7%)			
Retraités	36	(23,7%)	29	(27,6%)			
Personnes sans activité professionnelle	17	(11,2%)	8	(7,6%)			
Étudiants	3	(1,9%)	13	(12,4%)			
Non précisé	14	(9,2%)	5	(4,8%)			

<sup>\*</sup> Les résultats sont présentés sous forme d'effectif avec entre parenthèses le pourcentage, sauf pour l'âge et l'IMC qui sont présentés sous forme de moyenne et les valeurs entre parenthèses sont des écart-types.

## 2.4.4.3. Comparaison des motifs de consultation

On comptait 12 patients avec un motif de consultation en rapport avec des troubles du sommeil pour les 257 patients ayant complété le questionnaire. Tous les patients étant venus pour le motif « troubles du sommeil » appartenaient au groupe « avec des troubles du sommeil ».

Les patients ayant des motifs multiples de consultation étaient plus nombreux dans le groupe « avec des troubles du sommeil » (15 patients dans le groupe « avec » contre 3 patients dans le groupe « sans »).

Les motifs de consultation sont comparables entre les 2 groupes (avec et sans) pour : le suivi médical (31% contre 26%), les infections (2% contre 3%), les symptômes et les plaintes (40% contre 31%), les pathologies spécialisées (12% contre 17%), l'absence de motif (1% contre 5%), les motifs non précisés (14% contre 18%).

#### 2.4.4.4. Comparaison de l'agenda du sommeil

<u>Horaires du coucher, de l'endormissement, du réveil et du lever</u> (Tableau 12) : Les patients du groupe « avec des troubles du sommeil » se couchaient et s'endormaient en moyenne plus tard que les patients du groupe « sans trouble du sommeil ». Les patients du groupe « avec des troubles du sommeil » se réveillaient et se levaient en moyenne plus tôt que les patients du groupe « sans trouble du sommeil ».

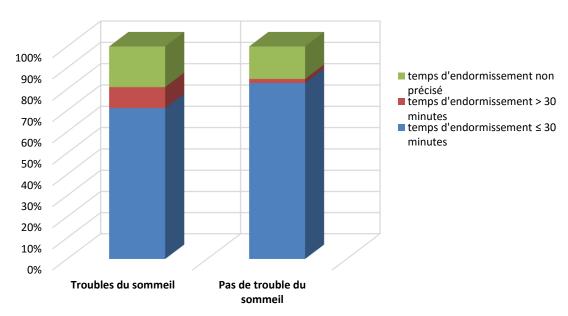
**Tableau 12** – Horaires du coucher, de l'endormissement, du réveil et du lever selon les groupes de patients

Horaires*	Troubles du sommeil	Pas de trouble du sommeil					
Heure du coucher	$23h18 \pm 1h32$	$23h04 \pm 58 \text{ min}$					
Heure de l'endormissement	$23h38 \pm 1h40$	23h14 ± 54 min					
Heure du réveil	$7h08 \pm 1h27$	$7h30 \pm 1h08$					
Heure du lever	$7h20 \pm 1h21$	$7h30 \pm 1h11$					

<sup>\*</sup> Les résultats sont présentés sous forme de moyennes avec leurs écarts-types.

<u>Temps d'endormissement</u> (Figure 17) : Le temps d'endormissement était plus fréquemment supérieur à 30 minutes dans le groupe « avec des troubles du sommeil » (10% contre 2%). Le groupe « sans trouble du sommeil » mettait plus souvent moins de 30 minutes pour s'endormir que le groupe « avec des troubles du sommeil » (83% contre 71%).

## Temps d'endormissement



**Figure 17** – Comparaison du temps d'endormissement entre le groupe avec des troubles du sommeil et le groupe sans trouble du sommeil

Nombre et durée des réveils nocturnes (Figure 18): Il y avait plus de réveils nocturnes dans le groupe « avec des troubles du sommeil » que dans le groupe « sans trouble du sommeil ». Pour les patients ayant un ou plusieurs réveils dans la nuit, la durée totale des réveils nocturnes était supérieure à une heure pour 61 patients dans le groupe « avec des troubles du sommeil » et pour 4 patients dans le groupe « sans trouble du sommeil ». La durée totale des réveils nocturnes était inférieure ou égale à une heure pour 6 patients dans le groupe « avec des troubles du sommeil » et pour 7 patients dans le groupe « sans trouble du sommeil ».

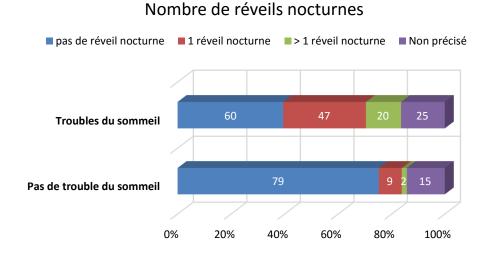


Figure 18 – Comparaison du nombre de réveils nocturnes entre le groupe avec des troubles du sommeil et le groupe sans trouble du sommeil

<u>Sieste</u> (Figure 19): Le groupe « avec des troubles du sommeil » pratiquait plus la sieste que le groupe « sans trouble du sommeil ». Pour les patients pratiquant la sieste, celle-ci durait plus d'une heure pour 13 patients dans le groupe « avec des troubles du sommeil » et pour 2 patients dans le groupe « sans trouble du sommeil ». La sieste durait moins d'une heure ou une heure pour 7 patients dans le groupe « avec des troubles du sommeil » et pour 10 patients dans le groupe « sans trouble du sommeil ».

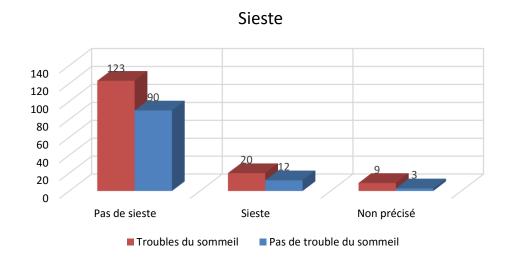


Figure 19 – Présence ou non de la sieste en fonction des groupes

<u>Déroulement de la nuit</u> (Tableau 13) : Il existait au sein du groupe « avec des troubles du sommeil » une plus forte proportion d'insomnie avec difficultés de maintien du sommeil. A partir de l'analyse des agendas du sommeil des patients, on a déduit la présence ou l'absence d'insomnie au début, en milieu ou en fin de nuit si le temps passé au lit hors sommeil était supérieur à 30 minutes au début, en milieu ou en fin de nuit.

**Tableau 13** – Présence ou non d'insomnie et analyse du moment de survenue de l'insomnie en fonction des groupes

	Trou	ıbles d	lu sommeil	Pas de trouble du sommeil			
	Oui	ui Non Non précisé Oui		Oui	Non	Non précisé	
Difficultés d'endormissement	24	101	27	2	87	16	
Difficultés de maintien du sommeil		59	25	9	81	15	
Réveil précoce		107	27	0	89	16	

#### Index d'efficacité du sommeil (IES):

Dans le groupe « avec des troubles du sommeil », on avait :

- un temps passé au lit de 483 minutes en moyenne avec un écart type de 94 minutes (moyenne = 8h03;  $\sigma = 1h34$ ).
- un temps total de sommeil de 398 minutes en moyenne avec un écart type de 108 minutes (moyenne = 6h38;  $\sigma = 1h48$ ).
- un index d'efficacité du sommeil qui était égal à 83% en moyenne.

Dans le groupe « sans trouble du sommeil », on avait :

- un temps passé au lit de 505 minutes en moyenne avec un écart type de 70 minutes (moyenne = 8h25;  $\sigma = 1h10$ ).
- un temps total de sommeil de 495 minutes en moyenne avec un écart type de 74 minutes (moyenne = 8h15;  $\sigma = 1h14$ ).
- un index d'efficacité du sommeil qui était égal à 98% en moyenne.

#### 2.4.4.5. Comparaison du nombre de médicaments

<u>Pour le groupe « avec des troubles du sommeil »</u> : 36% n'avaient pas de médicaments, 44% prenaient 1 à 3 médicaments, 20% avaient plus de 4 médicaments. Parmi les personnes prenant des médicaments, 26 personnes prenaient des psychotropes, 9 personnes prenaient des hypnotiques en association ou non avec des psychotropes, et 4 personnes prenaient des produits issus de la phytothérapie ou de l'homéopathie pour dormir.

<u>Pour le groupe « sans trouble du sommeil »</u> : 57% n'avaient pas de médicaments, 32% prenaient 1 à 3 médicaments, 11% avaient plus de 4 médicaments. Parmi les personnes

prenant des médicaments, 7 personnes prenaient des psychotropes, et aucune personne ne prenait des hypnotiques ou autres produits de médecine douce pour dormir.

Le groupe « avec des troubles du sommeil » avait proportionnellement plus de médicaments en général et plus de médicaments à visée psychotrope ou sédative que le groupe « sans trouble du sommeil ». Les hypnotiques utilisés étaient : Zopiclone (Imovane®), Zolpidem (Stilnox®) et Loprazolam (Havlane®).

#### 2.4.5. Diagnostics possibles pour les patients avec des troubles du sommeil

L'analyse de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil a permis de déceler 152 patients ayant possiblement un trouble du sommeil. Pour trouver le ou les diagnostic(s) final(aux) pour chacun de ces 152 patients, on a procédé à l'analyse de tous les « questionnaires patient », des fiches de suivi si elles étaient remplies, ainsi que des informations complémentaires apportées par le médecin lors de l'entretien final. On a pu ainsi constater s'il existait une adéquation entre le ou les diagnostic(s) évoqué(s) par l'outil et le ou les diagnostic(s) retenu(s) par le médecin.

On a retrouvé une adéquation pour 98 questionnaires (soit 64%). On n'a pas pu mettre en évidence une adéquation pour 44 questionnaires (soit 29%) car la fiche de suivi n'était pas remplie ou incomplète. Il n'y avait pas d'adéquation pour 10 questionnaires (soit 7%) car l'outil était mal rempli par le patient et le diagnostic alors évoqué était différent de celui retenu par le médecin.

Les diagnostics finaux qui montraient une adéquation entre un diagnostic évoqué par l'outil et le diagnostic retenu par le médecin, étaient considérés comme « diagnostic certain ». Pour les diagnostics finaux qui montraient une inadéquation entre un diagnostic évoqué par l'outil et le diagnostic retenu par le médecin, c'était le diagnostic validé par le médecin qui était retenu et ces diagnostics étaient aussi considérés comme « diagnostic certain ». Pour les diagnostics qui n'ont pas été validés par le médecin, car la fiche de suivi n'a pas été rempli ou alors de façon incomplète, ces diagnostics étaient considérés comme « diagnostic probable » (Tableau 14).

On a décompté de 1 à 4 diagnostics posés pour un même patient :

- 1 diagnostic posé pour 87 patients (soit 57%).
- 2 diagnostics posés pour 48 patients (soit 32%).
- 3 diagnostics posés pour 12 patients (soit 8%).
- 4 diagnostics posés pour 5 patients (soit 3%).

**Tableau 14** – Récapitulatif de tous les diagnostics recueillis par l'outil classés en fonction de leur caractère certain ou probable et du nombre de diagnostics concomitants

	Nombre de diagnostics posés (certains et probables)*							Total par		T O	
DIAGNOSTICS FINAUX†	1		2	2 3		4		diagnostic		T A L	
Insomnie d'ajustement	4	3	0	2	0	1	0	0	4	6	10
Insomnie psychophysiologique	5	4	0	3	0	0	0	1	5	8	13
Pathologie psychiatrique (dépression)	24	0	9	1	4	1	0	0	37	2	39
Pathologie psychiatrique (troubles anxieux)	14	1	4	8	2	0	1	0	21	9	30
Pathologie psychiatrique (trouble de l'humeur, addictologie)	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2
Pathologie psychiatrique (addictologie)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Trouble du rythme circadien (travail posté)	0	0	4	0	1	0	1	0	6	0	6
Mauvaise hygiène du sommeil	4	1	7	11	1	5	2	2	14	19	33
Facteur environnemental	1	0	2	6	1	1	0	1	4	8	12
Intoxication à une substance (alcool)	1	0	2	0	1	0	1	0	5	0	5
Intoxication à une substance (drogues)	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0	3
Syndrome d'apnées obstructives du sommeil	11	1	5	19	0	9	0	4	16	33	49
Syndrome des jambes sans repos	3	0	0	4	0	3	0	2	3	9	12
Parasomnie (somnambulisme)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Parasomnie (bruxisme)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Parasomnie (non spécifiée)	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	3
Narcolepsie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Pathologie médicale identifiée (douleurs)	7	2	3	0	3	0	1	0	14	2	16
Pathologie médicale identifiée (dysthyroïdie)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Pathologie médicale identifiée (reflux gastro- oesophagien)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
*Charge colonne correspondent au nombre de diagnostice (1.2	75	12	40	56	13	23	10	10	138	101	239

<sup>\*</sup>Chaque colonne correspondant au nombre de diagnostics (1, 2, 3, 4, total par diagnostic) est divisée en deux. La première sous-colonne correspond à l'effectif des diagnostics certains. La seconde sous-colonne en gris correspond à l'effectif des diagnostics probables. †Les diagnostics recueillis par l'outil ont été classés par rapport à leur « zone diagnostique ». Ces zones détaillées dans la fiche explicative accompagnant l'outil (cf. Annexe 2-7) apparaissent dans le tableau par leur couleur attribuée au départ.

Dans notre étude, le diagnostic le plus fréquent était en rapport avec les affections psychiatriques (dépression et troubles anxieux principalement). En deuxième position, on retrouvait les pathologies spécifiques (SAOS majoritairement) et en troisième position les causes externes avec la mauvaise hygiène du sommeil principalement (Figure 20).

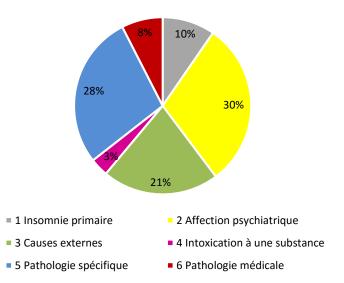


Figure 20 – Répartition des diagnostics retrouvés en fonction des « zones diagnostiques »

Les troubles du sommeil étaient anciens (c'est-à-dire depuis plus d'un mois) pour 119 patients (soit 78%) et récents (c'est-à-dire depuis moins d'un mois) pour 33 patients (soit 22%).

L'outil a permis de découvrir un nouveau diagnostic pour 30 patients (soit 20% des questionnaires positifs et leurs diagnostics étaient certains). Parmi ses 30 patients dont le diagnostic n'était pas dépisté par le médecin avant l'outil : 16 patients avaient un trouble ancien et 14 patients avaient un trouble récent du sommeil. Parmi les troubles du sommeil détectés par l'outil, on a compté : 40% de SAOS qui a été confirmé pour la moitié, et en cours d'investigation pour l'autre moitié, 31% de pathologies psychiatriques (troubles anxieux et dépression), 23% de causes externes (mauvaise hygiène du sommeil, facteur environnemental), 6% d'insomnie primaire (insomnie d'ajustement).

#### 2.4.6. Suivi à distance des patients avec des troubles du sommeil

Nous avons recueilli plusieurs informations sur la conduite diagnostique et thérapeutique du médecin à distance du remplissage de l'outil par le patient.

#### 2.4.6.1. Examens complémentaires

Des examens complémentaires demandés par le médecin généraliste ont été réalisés pour 15 patients (soit 10%). Pour 6 patients, il s'agissait d'échelles données : agenda du sommeil pour l'aide au diagnostic, l'échelle d'Epworth pour le SAOS, l'EVA pour la douleur, un questionnaire non spécifié pour les dépressions. Pour 9 patients, une polysomnographie était prescrit pour confirmer le SAOS, une FOGD pour confirmer un RGO et un scanner thoracique a été demandé par un médecin pour un patient BPCO.

#### 2.4.6.2. Avis spécialistes

Des avis spécialistes ont été demandés pour 49 patients. On a dénombré 10 spécialistes qui étaient souvent demandés par les médecins. Parfois plusieurs spécialistes étaient demandés pour le même patient.

Les spécialistes demandés étaient les suivants :

- Le pneumologue : 45%.
- Le médecin du sommeil (la spécialité n'était pas précisée) : 10%.
- L'ORL: 5%.
- Le cardiologue : 2%.
- Le psychiatre : 15%.
- Le psychologue : 7%.
- Le neurologue : 9%.
- Le chirurgien (orthopédique ou vasculaire) : 3%.
- Le médecin spécialiste de la douleur (la spécialité n'était pas précisée) : 2%.
- Le gastroentérologue : 2%.

Les médecins généralistes adressaient les patients à des spécialistes principalement pour faire le diagnostic de SAOS (pneumologue, médecin du sommeil, ORL, cardiologue), de syndrome des jambes sans repos (neurologue ou médecin du sommeil), pour les aider dans la prise en charge de pathologie psychiatrique (psychiatre, psychologue) ou de pathologie engendrant des douleurs (chirurgien, médecin spécialiste de la douleur et gastroentérologue).

#### 2.4.6.3. Thérapeutique

L'outil a permis d'instaurer une nouvelle thérapeutique dans 14% des cas. La thérapeutique qui était déjà instaurée, a été continuée pour 37% des cas. Il n'y a pas eu de traitement particulier pour 16 % des cas. Une prise en charge spécifique a été refusée pour 5% des patients. Nous n'avions pas d'indication sur la prise en charge pour 28% des patients (Figure 21).

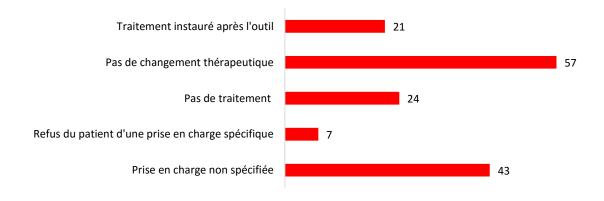


Figure 21 – Prise en charge thérapeutique des patients ayant des troubles du sommeil

Les traitements instaurés ou en cours cités par les médecins étaient les suivants pour :

- Les traitements non médicamenteux : les conseils d'hygiène du sommeil (cités 3 fois), et la psychothérapie (citée 4 fois).
- Les prises en charge spécifiques à visée antalgique : les infiltrations (citées 2 fois), les opérations chirurgicales (citées 2 fois), et les antalgiques (cités 5 fois).
- Les prises en charge spécifiques pour les patients dépendants à une substance : le sevrage alcoolique (cité 1 fois), les traitements substitutifs aux opiacés (cités 3 fois).
- Le traitement des syndromes des jambes sans repos : l'Amitriptyline (Laroxyl®), (cité 2 fois).
- Les médicaments à visée psychotrope, anxiolytique et sédative : les antidépresseurs (cités 28 fois), les anxiolytiques (cités 21 fois), les hypnotiques (cités 16 fois), les antihistaminiques (cités 5 fois).
- Les médecines douces à visée sédative : la phytothérapie (citée 2 fois), l'homéopathie (citée 9 fois), l'acupuncture (citée 1 fois), la sophrologie (citée 1 fois), l'auriculothérapie (citée 1 fois).
- Le traitement du SAOS : la PPC (citée 10 fois), l'orthèse mandibulaire (citée 1 fois), et les résultats en attente (cités 12 fois).

## 3. Résultats qualitatifs : analyse des entretiens semi-dirigés

#### 3.1. Avant-propos

On a proposé à chaque médecin volontaire au départ pour l'étude de participer à l'entretien final, même s'il n'avait pas renvoyé les « questionnaires patient », afin de recueillir tout type d'avis sur l'outil pour permettre de répondre à la question de recherche. Au total, 35 médecins ont accepté de réaliser les entretiens : 33 nous ont rendu des questionnaires, 2 n'en ont pas rendu. Les 6 médecins qui n'ont pas souhaité participer, n'avaient pas rendu de questionnaires. La durée moyenne des entretiens était de 6 minutes et 36 secondes.

L'investigateur a également rencontré un pneumologue spécialiste du sommeil le 3 mars 2015, avant la journée nationale du sommeil ayant eu lieu le 27 mars 2015 à la clinique d'Aguiléra à Biarritz à laquelle l'investigateur a participé. L'entretien a été enregistré avec l'accord du médecin et a duré 9 minutes et 30 secondes. Cet entretien a eu lieu au tout début du recrutement des médecins généralistes. Il a permis d'étudier le point de vue d'un médecin spécialiste sur l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil par les médecins généralistes et de repérer si des corrections éventuelles devaient être faites sur l'outil.

Pour l'entretien du spécialiste, 9 idées ont été identifiées et classées en 3 thèmes qui étaient :

- le point de vue du spécialiste du sommeil sur la pratique du médecin généraliste avant d'adresser le patient au spécialiste du sommeil,
- l'avis du spécialiste du sommeil sur l'outil de repérage précoce du sommeil,
- l'avis du spécialiste du sommeil sur d'autres méthodes de dépistage.

Pour les entretiens des médecins généralistes, l'analyse descriptive des entretiens a fait ressortir 210 idées qui ont été identifiées et classées en 24 sous-thèmes et 8 thèmes qui étaient les suivants :

- les raisons avancées concernant le manque d'inclusion des patients et le manque de suivi,
- les opinions des médecins généralistes sur l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil,
- les conditions d'utilisation de l'outil,
- les difficultés rencontrées dans l'utilisation de l'outil,
- l'intérêt de l'outil dans la pratique quotidienne,
- les pistes d'amélioration de l'outil,
- les opinions des médecins généralistes sur les autres échelles de dépistage,
- les opinions des médecins généralistes sur d'autres méthodes de dépistage.

Nous avons séparé l'analyse de l'entretien du spécialiste qui était un entretien préalable avec l'analyse des entretiens des médecins généralistes qui permettait de répondre à la question de recherche. Nous avons confronté ces deux analyses dans le chapitre 4 « Discussion ».

Pour les verbatim, la référence du médecin est indiquée entre parenthèses et abrégée de la façon suivante : M pour médecin généraliste ou S pour spécialiste, suivi du numéro du médecin indiqué dans le paragraphe 1 du chapitre 3 « Résultats ». Le numéro du spécialiste est « 0 » (exemple : Spécialiste = S0 ; Médecin 1 = M1). Les verbatim sont indiqués entre guillemets. Les parties en italique correspondent aux propos des médecins, et les parties en gras et en italique correspondent aux mots prononcés par l'investigateur.

## 3.2. Analyse de l'entretien d'un spécialiste du sommeil

# 3.2.1. Point de vue du spécialiste du sommeil sur la pratique du médecin généraliste avant d'adresser le patient au spécialiste du sommeil

#### 3.2.1.1. Sur la consultation dédiée et l'agenda du sommeil

Selon le spécialiste du sommeil, le patient adressé par un médecin généraliste n'aurait pas de consultation dédiée spécifiquement sur la question du sommeil de la part de son médecin généraliste. Les patients n'auraient jamais complété d'agenda du sommeil a priori avant de venir à sa consultation.

« Les patients qui sont envoyés par les médecins généralistes ont-ils eu une consultation dédiée ou ont-ils déjà rempli un agenda du sommeil comme le préconise l'HAS ? Non, jamais. » (S0)

## 3.2.1.2. Diagnostics déjà posés

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil était souvent diagnostiqué par le médecin généraliste avant la consultation spécifique du sommeil, mais pas les autres troubles du sommeil.

« En général, non ce n'est pas clair. Pff, c'est difficile, ça dépend, euh, il y a beaucoup de gens qui sont adressés pour un syndrome, euh pour une suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil, ça c'est une chose. Et puis après, il y a des gens qui sont adressés pour troubles du sommeil. [...] C'est vrai que dans l'apnée du sommeil souvent c'est euh, assez ciblé. [...] Donc en fait soit, ils m'envoient pour syndrome d'apnées du sommeil, soit pour un trouble du sommeil plus flou quoi. » (S0)

## 3.2.1.3. Formation des médecins généralistes

Il y a, selon le spécialiste, une bonne formation des médecins généralistes concernant le syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Elle est moins bonne pour les autres troubles du sommeil.

« Enfin moi, mon point de vue c'est que les généralistes, ils connaissent bien l'apnée du sommeil, maintenant ils sont assez bien formés. Après c'est pour les autres pathologies donc euh, c'est vrai que là euh » (\$0)

#### 3.2.1.4. Traitements déjà réalisés

Selon le spécialiste, les traitements déjà réalisés par les médecins généralistes n'étaient pas toujours adaptés à la situation du patient, voire pouvaient même être délétères.

« Vos patients ont-ils déjà reçu des hypnotiques ou autres traitements médicamenteux ? Ah oui souvent, et même chez les apnéiques des fois, des fois chez des apnéiques qui dorment pas bien car à peu près 12% des apnéiques se plaignent d'insomnies, donc ils ont souvent eu des traitements. » (S0)

Les thérapies cognitives et comportementales qui sont efficaces dans l'insomnie, n'étaient pas beaucoup utilisées par les médecins généralistes.

« C'est rare. [...] Ah beh c'est ce qui a de mieux, dans l'insomnie c'est ce qu'il y a de mieux, c'est super efficace. » (S0)

Mais l'accès des TCC est difficile selon le spécialiste.

« c'est difficile d'accès. L'accès est mauvais en France. » (S0)

## 3.2.2. Avis du spécialiste du sommeil sur l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil

## 3.2.2.1. Avis du spécialiste sur les outils validés des troubles du sommeil

Le spécialiste du sommeil envoie à chaque patient un dossier de 12 pages contenant différents questionnaires à remplir : l'agenda du sommeil avec une notice, un questionnaire de qualité de sommeil sur 4 pages permettant d'orienter sur certains diagnostics (SAOS, SJSR) et de relever certaines informations sur le patient (antécédents médicaux, traitements, civilité...), l'échelle de somnolence d'Epworth, l'échelle de fatigue de Pichot Brun, l'échelle de dépression de Pichot (QD2A), une échelle d'anxiété et de dépression, le questionnaire d'évaluation de la sévérité du syndrome des jambes sans repos et un questionnaire sur les critères diagnostiques du syndrome des jambes sans repos.

Ces questionnaires lui permettaient d'orienter son diagnostic et de lui faire gagner du temps sur sa consultation.

« je vais aller, enfin en fonction de la réponse des questions, cela va m'orienter parce que j'ai pas le temps d'aller explorer en fait toutes les pathologies donc ça va être un élément d'orientation qui va me permettre de gagner du temps quoi. » (S0)

# 3.2.2.2. Utilité de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil pour les médecins généralistes

Le spécialiste pensait que l'outil pouvait être utile pour les médecins généralistes.

« je pense que c'est une excellente idée. [...] je trouve que euh, que ça peut aider à orienter. » (S0)

#### *3.2.2.3. Avantages*

Pour lui, il y avait plusieurs avantages à utiliser un outil. C'était une aide et un gain de temps.

« c'est bien, je pense que, enfin, tous les outils qui vont un peu en fait, euh faciliter le travail et puis aussi, si tu veux aller plus rapidement vers les choses essentielles, c'est utile parce qu'on a on, ben j'sais pas tu verras [rire], ben on est submergé de travail quoi. » (S0)

La forme et les couleurs étaient des atouts.

« les codes couleurs, je n'avais pas pensé à ça, je trouve que dans mon questionnaire ça serait peut-être pas mal [...] sur la forme je trouve ça bien » (S0)

#### 3.2.2.4. Inconvénients

L'agenda du sommeil, indépendamment de l'outil, était souvent mal compris par les patients, même avec des indications.

« après l'agenda du sommeil, c'est pas facile à remplir, pour un patient. [...] C'est difficile de donner aux gens un truc comme ça avec une notice souvent, c'est pas évident pour les gens. » (S0)

#### 3.2.3. Avis du spécialiste du sommeil sur d'autres méthodes de dépistage

Les applications smartphone pouvaient être un autre moyen pour aider au dépistage des troubles du sommeil, mais peut-être plus dans l'avenir.

« Non les applications, oui, oui c'est sûrement euh, tout le monde maintenant à des smartphones, je pense sûrement que, qu'il faut aller vers ça hein. [...] on le voit bien, il y a plein de gens qui arrivent avec des applications sur euh pour enregistrer leur ronflement, alors je ne sais pas si c'est très fiable » (S0)

## 3.3. Analyse des entretiens des médecins généralistes

# 3.3.1. Raisons avancées concernant le manque d'inclusion des patients et le manque de suivi

Deux médecins sur les 8 médecins qui n'ont inclus aucun patient, ont accepté de participer à l'entretien final (M21, M25).

Sur les 33 médecins qui ont inclus des patients, 12 médecins n'ont pas inclus les 10 patients demandés (5 médecins ont inclus un petit nombre de patients et 7 médecins un nombre proche de 10). Seulement 12 médecins avaient correctement rempli les fiches de suivi avant l'entretien final. Trois médecins n'avaient pas rempli les fiches de suivi et ne l'ont pas fait pendant l'entretien final par oubli ou manque de temps. Et 18 médecins ont rempli les fiches de suivi pendant l'entretien final.

Les raisons avancées pour la non-inclusion des patients dans l'étude ou le non-remplissage des fiches de suivi étaient :

- **Par oubli** (M19, M26, M27, M30, M34, M40): « Parce que je n'y ai pas pensé » (M19) ; « Je crois que j'ai oublié la fiche de suivi! » (M26)

- **Par manque de temps** (M6, M19, M25, M37) : « par manque de temps. [...] j'avais pas le temps de rajouter ça. » (M6)

## Pour des raisons techniques :

- o Arrêt de l'activité libérale (M2, M23) : « Oui, parce que j'arrête mon activité, donc pas de suivi possible. » (M23)
- O Perte de questionnaires (M24): « Puisqu'en fait on a donné les questionnaires à la secrétaire et puis, qui l'a donné par contre à tous ceux qui acceptaient de le faire, et donc du coup euh, je sais pas pourquoi il y en n'a pas eu 10. Il y a peut-être des gens qui ont gardé aussi les questionnaires et qui ne me l'ont pas rendu, j'imagine que sur les deux, ça a dû être ça. » (M24)
- o Pas assez d'effectif (M29): « Beh, pas assez d'effectif. » (M29)
- Les patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion (M14): « Enfants ou adolescents [...], n'étant pas dans ce jour de consultation dans l'inclusion possible. » (M14)
- Les patients n'étaient pas revenus (M7, M12, M19) : « on repropose au patient de revenir spécialement pour ça, mais ils reviennent pas. » (M19) ; « Parce que je les ai pas revus. » (M12)
- Par réticence des patients (M11, M21) : « J'ai eu un patient qui m'a donné le questionnaire avec beaucoup de réticence, et je pense que ce premier questionnaire amené avec beaucoup de réticence, bloque un petit peu après. » (M21)
- **Par paresse** (M21, M25) : « Par négligence » (M21) ; « Pas le temps, la flemme. » (M25)
- Par désintérêt pour l'étude (M11, M25) : « Après je pense que c'était pas un sujet qui me passionnait... » (M25) ; « je n'ai pas forcément besoin de référencer les choses sur une grille et de me dire donc la conclusion de ça, c'est que je dois faire ça, ça ou ça. Parce que c'est pas que je sois hyper forte ou meilleure que les autres mais je sais pas... » (M11)
  - 3.3.2. <u>Opinions des médecins généralistes sur l'outil de repérage précoce des troubles</u> du sommeil

#### 3.3.2.1. Avis positifs

#### Outil satisfaisant

Sur les 35 médecins qui ont réalisé l'entretien, 30 médecins ont trouvé que l'outil était satisfaisant.

« Oui, je trouve que c'est bien. Oui, oui, c'est quelque chose qui peut être utile. Et ce serait bien de le mettre en pratique de façon plus générale. » (M30)

« Oui, oui c'est pratique. » (M38)

## Aide diagnostique

Pour 16 médecins, l'outil pouvait être une aide diagnostique et un bon outil de dépistage.

- « Pour chaque patient inclus, ben oui ça aide. Cet outil est aidant oui. » (M20)
- « Oui [rire], parce que sinon c'était beaucoup plus vague, ce que j'avais, voilà, donc c'est vrai que oui. » (M8)
- « Ben oui parce que du coup, ça permet aussi de dépister » (M27)

L'agenda du sommeil dans l'outil était compréhensible et aidant pour 7 médecins.

« L'agenda, c'était pas mal, ça c'est bien pour se rendre vraiment compte combien de temps dorment les gens et ça c'était très simple. » (M6)

#### Exactitude des diagnostics

Pour une grande majorité de médecins, les diagnostics évoquaient par l'outil étaient globalement exactes.

« Maintenant après, euh, sur le trouble du sommeil, est-ce que vous dormez bien, après pour caractériser le, le questionnaire est bien. » (M12)

L'outil permettait de bien repérer les troubles psychiatriques pour 3 médecins, la mauvaise hygiène du sommeil pour 4 médecins, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil pour 6 médecins, le syndrome des jambes sans repos pour 2 médecins, le travail posté pour 2 médecins.

- « Le bon exemple, c'est la dépression par exemple, c'est sûr que là ça colle bien. Le deuxième exemple qui saute un peu aux yeux et qui est assez évident, euh c'est la mauvaise hygiène de sommeil. Ça, c'est des choses qui sont relativement faciles à repérer. » (M36)
- « Essentiellement ça m'a aidé à diagnostiquer euh, les syndromes d'apnées du sommeil et les troubles du sommeil en rapport avec une mauvaise hygiène du sommeil. » (M7)

Quatre médecins rappelaient cependant que pour certains diagnostics, ils y pensaient en temps normal, mais certains faisaient remarquer que l'outil leur permettait d'être plus systématique et de poser les mêmes questions à tout le monde.

- « Mais je le trouve assez pertinent dans le sens bon, tu vois, le sport on le sait euh, « est-ce que vous avez la télé dans la chambre ? », ça il y a des choses qu'on sait. Mais il y a d'autres trucs euh, bon, le ronflement, en général, on fait, mais tu vois le syndrome des jambes sans repos, j'en ai adressé une » (M18)
- « je pense que c'est un questionnaire qui est intéressant pour euh, sur tout ce que tu précises, « ronflez-vous », « arrêtez-vous de respirer en dormant », « bougez-vous les jambes », oh les

boissons énergisantes, on y pense, le café, drogues, tout ça, on y pense. Tout ce qui est environnement, tout ça on va y penser. Après, il y a peut-être des choses auxquelles on ne pense pas toujours. Posez des questions « est-ce que vous ronflez », « est-ce... », c'est pas systématique. [...] Et, et ça c'est vrai que c'est pas mal, parce que maintenant je le fais. Voilà, j'ai rajouté des questions. [...] Alors « vous endormir n'importe quand dans la journée », on va y penser avec des gens âgés, mais avec des gens jeunes je ne vais pas forcément poser la question. Ça va pas me venir. Et ça c'est vrai que, que ça permet de poser les mêmes questions à tout le monde. » (M12)

## Qualités de l'outil

La majorité des médecins avaient une opinion positive de l'outil.

Les médecins ont trouvé que l'outil était :

- **Intéressant**: « *intéressant* » pour 14 médecins ; « *bien* » pour 21 médecins ; « *bon outil* » pour 3 médecins ; « *Le questionnaire comme ça, le tableau il est bien* » (M32)
- Utile et aidant : « utile » pour 10 médecins ; « aide » pour 6 médecins.
- Complet: « Non elle est bien, hein, parce qu'elle est déjà très complète. Souvent, les médecins, vous verrez, en médecine générale sont pressés et caetera, et puis, ils posent 3, 4 questions C'EST TOUT. Alors, déjà ça, c'est beaucoup. Après plus on complique et puis moins c'est fait. » (M36)
- **Simple** : « *simple* » pour 5 médecins.
- **Rapide à faire**: « rapide » pour 6 médecins ; « C'est vrai qu'avec les oui et les non, c'est vrai que ça passait vite, c'est vrai qu'on gagne du temps en le faisant faire aux patients. » (M34)
- **Assez court** : « quoique c'est pas très long » (M16)

Les qualificatifs concernant l'outil un peu moins cités par les médecins étaient : « pertinent » (M18) ; « performant » (M22) ; « efficacité » (M26) ; « standardisé » (M39) ; « questions assez précises » (M39) ; « questions ciblées » (M3) ; « concis » (M22) ; « assez exhaustif » (M35) ; « clair » (M40) ; « synthétique » (M2) ; « objectif » (M1) ; « assez pratique » (M35) ; « correct » (M25) ; « vraiment facile d'utilisation » (M2) ; « pas fastidieux » (M2)

Il permettait pour plusieurs médecins :

- **D'être systématique** : « ça permet de, d'être systématique » (M7)
- **De mener un interrogatoire**: « Je pense que c'est un outil qui peut servir, euh, à l'orientation d'une consultation, et d'un interrogatoire. » (M29)

- **De classer**: « C'est pas mal parce que ça permet de classifier ou de classer des troubles du sommeil qu'on n'a pas l'habitude de classer aussi strictement. » (M8); « ça permet de balayer bien un peu toutes les causes un peu de trouble de sommeil quoi. » (M18)
- **D'orienter la prise en charge**: « ça peut nous aider à repérer des choses basiques [...] et puis après pouvoir orienter les examens et les thérapeutiques en fonction de ce qu'on a pu mettre en évidence. » (M30)
- **De dépister des troubles du sommeil**: « C'est l'idéal pour dépister. Dans une démarche de dépistage, c'est parfait. » (M20) ; « ça peut être utile vraiment plutôt dans le repérage précoce » (M38)
- **De réviser les troubles du sommeil**: « tu vois des questions que je posais peut-être pas, et, que maintenant je vais poser. Alors après on oublie, il faut le relire régulièrement hein, parce que, on va l'oublier. » (M18); « j'ai découvert quand même certains mécanismes différents dans la liste » (M26)
- **De donner des explications aux patients** : « d'expliquer aux gens où ils sont et que c'est pas un vague trouble où on dit et ben j'ai une insomnie, donnez-moi un somnifère. Ça permet de faire prendre conscience » (M36)
- **D'éviter une prescription médicamenteuse**: « Alors quand même le mérite essentiel, c'est de nous pencher, cet outil, il nous permet de nous pencher sur les troubles du sommeil décrits par nos patients, mais en même temps de nous limiter dans la prescription, hein, parce que c'est vrai, voilà. Alors ça permet d'argumenter et nous-mêmes de nous faire faire un travail sur nous-mêmes, de réflexion pour ne pas céder à la facilité de la prescription. » (M14)
- **De faire du suivi** : « Plutôt dans du suivi finalement. » (M28)

#### 3.3.2.2. Avis négatifs ou partagés

#### Outil peu ou non satisfaisant

Deux médecins qui ont trouvé que l'outil était satisfaisant émettaient quelques nuances dans leur propos.

« Alors, moi je dirais oui, mais la compréhension pour les gens n'étaient pas toujours claire donc euh, voilà. » (M23)

« C'est un outil qui pourrait être utilisé vraiment en pratique euh s'il était un peu plus court » (M39)

Trois médecins n'avaient répondu ni positivement, ni négativement à la question « Êtes-vous satisfait de l'outil ? » car ils n'avaient :

- pas examiné l'outil : « Ben en fait je ne l'ai pas forcément utilisé puisque les gens l'ont rempli comme ça. » (M1)
- pas fait remplir l'outil : « Je regrette de ne pas vous avoir fait ce travail » (M21)
- pas découvert de nouveaux diagnostics : « je peux pas trop dire, puisque les personnes avaient déjà des troubles du sommeil, euh... » (M17)

Sur les 35 médecins qui ont réalisé l'entretien, 2 médecins ont trouvé que l'outil n'était pas satisfaisant car ils n'utilisaient pas d'outil en général dans leur pratique.

« Je suis pas très «règle», «cadre», «score», voilà, pour moi la médecine, c'est pas des échelles ou des outils, plutôt, voilà, une sensation. » (M25)

« moi, je n'en ai pas besoin dans ma pratique. » (M11)

#### Aide diagnostique

Pour 17 médecins, l'outil ne les avait pas toujours aidé dans la démarche diagnostique car :

- ils émettaient **quelques réserves** concernant la possibilité de trouver un diagnostic de certitude à chaque fois (pour 6 médecins) : « Euh, alors pour chaque patient pas forcément, mais une bonne partie. » (M7) ; « Euh, alors pour trouver un diagnostic peut-être pas mais nous aider à orienter oui » (M35)
- **l'outil n'a en fait pas été utilisé** pour 4 médecins (M1, M16, M30, M40) : « Beh, j'en avais pas besoin en fait. C'est les gens qui ont rempli finalement. Peut-être que ça m'aurait aidé, si j'étais tombée sur quelqu'un qui en avait vraiment besoin » (M1) ; « Alors, il est utile, mais [...] je l'ai scanné dans les dossiers de chaque patient pour pouvoir l'utiliser si jamais on était amené à reparler de ces troubles du sommeil, parce qu'en fait ils n'étaient pas venus pour des troubles du sommeil [...] c'est gardé dans les dossiers si jamais on a besoin de ré-aborder le sujet. Donc il n'est pas utilisé pour l'instant. » (M40)
- **le diagnostic était déjà fait avant d'utiliser l'outil** pour 6 médecins: « Essentiellement parce que c'étaient des patients dont le trouble du sommeil était déjà connu. Il y avait un diagnostic qui avait déjà été posé. » (M17)
- le diagnostic suggéré par l'outil n'était pas tout le temps clair pour un médecin : « Euh, pour chaque euh non. [...] souvent y avait plusieurs causes quoi. » (M37)
- L'agenda du sommeil n'était pas compréhensible et facile à remplir par les patients pour 5 médecins : « Oui, voilà parce qu'après ils savaient plus, s'il fallait flécher et moi, c'est pareil, je me suis posé la question, est-ce qu'il faut flécher un peu avant, un peu après, euh... Ça les a un peu perturbé l'échelle » (M12)

## Exactitude des diagnostics

Pour 6 médecins, les diagnostics trouvés à l'aide de l'outil n'étaient pas suffisamment exactes.

« Euh, alors pour trouver un diagnostic peut-être pas mais nous aider à orienter oui » (M35)

Le syndrome des jambes sans repos et d'autres troubles du sommeil pouvaient être difficile à appréhender pour un médecin.

« pour le reste, c'était un peu plus flou, euh peut-être par manque de précision de certains critères, notamment concernant le syndrome des jambes sans repos qui est très difficile à faire caractériser par les patients. » (M7)

La multiplicité des causes possibles de troubles du sommeil pouvaient également être source de confusion pour un médecin.

« souvent y avait plusieurs causes quoi. » (M37)

#### Défauts de l'outil

Certains médecins ont trouvé que l'outil était :

- **long à remplir** (6 médecins) : « *C'est peut-être un peu long.* » (M12)
- **chronophage** (4 médecins): « y avait beaucoup de questions et euh à chaque fois hop du coup, ils rebondissaient ou bien les gens, ils ne comprenaient pas très bien donc il fallait réexpliquer certaines questions et c'est vrai que ça prenait beaucoup de temps. » (M23)
- **mal rempli ou mal compris** par les patients (6 médecins) : « *Il y en a qui ont pas tout compris. Mais bon après, on arrive à comprendre le raisonnement quoi.* » (M37)
- **imprécis** pour certaines questions (6 médecins): « je viens de vous parler de cette deuxième question qui est trop ouverte, la deuxième question évidemment : « êtesvous... vous arrive-t-il... vous est-il déjà arrivé d'être fatigué, ou d'avoir des troubles de la concentration? » Tout le monde peut répondre oui » (M26); « Oui y avait plusieurs fois, y avait des questions où on était obligé de les reformuler » (M23)
- **incomplet** (il manquait un score ou une conclusion pour 4 médecins et une catégorie particulière pour 2 médecins) : « un score, ça serait bien. » (M33) « Ouais, il y a pas la conclusion. » (M34) ; « Oui, ça revient souvent, et là c'était pas dans votre, votre euh catégorie, c'est les PERSONNES ÂGÉES.» (M36) ; « Après on voit de plus en plus des gamins qui ont des troubles du sommeil. Alors ça, on n'a pas évoqué chez l'adolescent.» (M12)
- **difficile à interpréter** (2 médecins) : « *C'est pas spécialement lié à l'outil, mais quelque fois, c'était un peu MIXTE.* » (M36)
- pas toujours pratique (1 médecin) : « pas toujours pratique » (M38)

#### 3.3.3. <u>Les conditions d'utilisation de l'outil</u>

Les conditions d'utilisation de l'outil conseillées par l'étude étaient de distribuer l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil sur une journée, en salle d'attente pour que le patient le remplisse seul et de le proposer aux 10 premiers patients volontaires. Le médecin était libre de regarder l'outil pendant la consultation ou après la consultation. 33 médecins ont utilisé l'outil.

#### 3.3.3.1. Lieu choisi par les médecins

23 médecins ont donné le « questionnaire patient » en <u>salle d'attente</u>. « *Ils remplissaient en salle d'attente, tout seul, et puis après, nous, on re-débriefait, voilà.* » (M22)

19 médecins avaient une secrétaire sur place, contre 16 qui n'en avaient pas. D'ailleurs, 13 médecins qui avaient une secrétaire sur place, avaient également donné le questionnaire en salle d'attente.

« les secrétaires le donnaient aux patients en les prévenant et les gens l'ont rempli dans la salle d'attente ou alors voilà quand c'était pas fait, juste avec moi. » (M30)

Pour deux médecins, les patients qui avaient commencé de remplir en salle d'attente, finissaient de remplir les questionnaires en consultation.

« des fois les gens n'avaient pas eu le temps de le remplir totalement et que du coup ils ont fini de le remplir devant moi, mais euh, c'était plutôt simple » (M30)

9 médecins l'ont donné en <u>consultation</u> et l'ont fait avec le patient. Les raisons pour lesquelles les médecins le donnaient en consultation étaient par choix ou sinon pour des raisons d'organisation (salle d'attente pas pratique).

« Non, c'était moi qui leur donnais en consultation, parce que ma salle d'attente est commune avec le dentiste et j'avais peur de pas pouvoir récupérer les questionnaires s'ils allaient chez le dentiste. » (M38)

« En salle d'attente, il y a les gamins qui prennent les feuilles, c'est compliqué. » (M23)

Un médecin a fait remplir le questionnaire aux patients <u>chez eux</u>.

« distribué en fin de consultation, questionnaire à faire à la maison et qu'ils me redéposaient dans la boîte aux lettres. » (M40)

#### 3.3.3.2. Moment choisi par les médecins

21 médecins ont fait l'étude <u>sur plusieurs journées</u>.

« Alors j'avoue que ça n'a pas été sur une journée, ça a été sur deux, trois jours, hein. » (M22)

12 médecins ont fait l'étude sur une seule journée.

« Je l'ai fait sur une journée donc euh le premier patient, je lui ai pas donné, j'ai donné à celui qui attendait et puis j'ai fait comme ça toute la journée. » (M35)

Certains médecins les ont regardés pendant la consultation.

« Ouais, en fait, les secrétaires les donnaient quand les gens arrivaient, ils les remplissaient en salle d'attente avant la consult' et puis je les regardais après [...] avec eux. [...] on a vraiment pris les gens dans une matinée, on les a pris à la suite.» (M39)

Certains médecins les ont regardés après la consultation. « *c'était après la consult' et pas en même temps que le patient* » (M2)

Certains médecins n'ont pas regardé les questionnaires par la suite.

« c'est vrai que je l'ai, je l'ai rempli sur le moment, j'ai complètement mis de côté après »

(M16)

#### 3.3.3.3. Mode d'investigation choisi par les médecins

24 médecins ont réellement fait du <u>dépistage</u>.

« C'est la secrétaire qui le donnait en arrivant. **D'accord et donc en dépistage.** Hum. » (M41)

Alors que 9 médecins ont ciblé les patients.

« Ben après, enfin si moi je sentais enfin, j'orientais aussi un peu quand euh c'était des patients que j'avais déjà vu quelquefois, quand je sentais qu'il y avait un trouble du sommeil sous-jacent. C'était un peu orienté du coup, ouais. » (M27)

Sur les 12 médecins qui ont fait l'étude sur une journée, 9 ont fait du dépistage et 3 ont ciblé les patients.

#### 3.3.3.4. Acceptation de l'étude par les patients

31 médecins ont affirmé qu'il y avait eu une <u>bonne acceptation</u> de l'outil par les patients.

« Tous les patients ont été euh coopérants, enfin non vraiment aucune difficulté. » (M4)

« Parce que moi je leur ai dit, voilà, il y a une fiche à remplir, ceux qui veulent le font, euh, il n'y a aucune obligation [...] donc ils se sont tous jetés dessus, et j'ai dit non il y en a que 10 [rires]. » (M12)

Un médecin a trouvé que les 2 patients qu'elle avait inclus étaient <u>réticents</u>. « le refus de certains patients de répondre à des questions. Pas avoir envie de le faire dans la salle d'attente, de répondre, de lire, je sais pas. J'ai été étonnée. » (M11)

Un médecin a trouvé que certains patients étaient suspicieux.

« C'est vrai qu'ils ont eu 2, 3 questions en se demandant pourquoi est-ce que je les choisissais eux pour leur donner ce truc-là [...] Après, on remet les choses au clair quand ils arrivent dans le bureau mais euh hum. » (M35)

## 3.3.4. Les difficultés rencontrées dans l'utilisation de l'outil

#### 3.3.4.1. Aucune difficulté

Dix médecins n'ont évoqué aucune difficulté majeure.

« Non aucune, non, non vraiment il est vraiment facile d'utilisation, vraiment j'ai apprécié parce qu'au cabinet on a un temps de consultation qui est réduit comme vous le savez » (M2) « Je n'ai rencontré AUCUNE DIFFICULTÉ. » (M4)

#### 3.3.4.2. Difficultés pour les patients

Selon certains médecins, certains patients ont eu des difficultés à comprendre certaines questions et ont pu avoir du mal à les remplir.

« Il y en a qui ont pas tout compris. » (M37)

« tu peux le remplir avec les gens s'ils ne l'ont pas bien rempli si tu sens qu'ils n'ont pas le niveau adéquat, faut quand même avoir un niveau intellectuel, comprendre les choses, hein. [...] Certains il faut leur tenir la main pour le remplir. » (M20)

Selon certains médecins, certains patients ont eu des difficultés à comprendre l'agenda du sommeil et ont pu avoir du mal à le remplir.

- « c'est vrai que [...] les frises, c'est pas évident, mais ça c'est pas évident partout, [...] ou les échelles visuelles, ils ont quand même beaucoup de mal [...] à les comprendre. » (M1)
- « c'est peut-être juste l'agenda du sommeil ou j'ai peut-être eu pas mal de fautes dans les questionnaires, parce que je me suis rendu compte après que les gens remplissaient pas, pas forcément l'agenda du sommeil. Il doit y avoir des trous » (M38)

Quelques médecins ont dû **réexpliquer certaines questions** à leurs patients et reprendre certaines questions de l'outil avec eux ou même l'agenda du sommeil.

- « Oui y avait plusieurs fois, y avait des questions où on était obligé de les reformuler » (M23)
- « Et en particulier, bon l'agenda du sommeil, pourtant je pensais que c'était assez simple parce qu'on l'utilise en temps normal. Et ben, il a fallu que je le reprenne au moins sur presque la moitié de mes patients. » (M41)

## 3.3.4.3. Difficultés pour les médecins

#### Pour l'utilisation de l'outil

Environ un tiers des médecins ont trouvé **compliqué de donner le questionnaire en salle d'attente** pour des problèmes d'organisation essentiellement (salle d'attente partagée, pas de confidentialité, perte de questionnaires, critères de non inclusion difficile à respecter, difficulté pour expliquer aux patients) et pour une minorité de médecins pour des problèmes de réticence des patients.

- « le plus complexe, c'est de le faire remplir par les patients comme ça en très peu de temps, dans la salle d'attente ou de leur faire passer l'importance du message» (M14)
- « Après, ce qui était embêtant, parce que y avait quand même des critères d'âge qu'il fallait euh, donc y a quand même une partie de la clientèle quand même assez âgée, donc, je, je, quand je voyais je les retirais, enfin je les mettais pas quand y avait des gens âgés. Je remettais quand y avait des gens jeunes. » (M12)
- « Après comme je vous ai dit, le refus de certains patients de répondre à des questions. Pas avoir envie de le faire dans la salle d'attente, de répondre, de lire, je sais pas. J'ai été étonnée. » (M11)

# Quelques médecins ont trouvé difficile d'intégrer le questionnaire dans une consultation prévue pour un autre motif.

- « Après des difficultés, c'est juste euh, oui c'était surtout l'intégrer à une consultation prévue pour un autre motif en fait. » (M37)
- « c'est difficile quoi de demander à tous les patients « tenez un questionnaire, remplissezle ». S'ils viennent pas pour ça, s'ils viennent pour une angine ou n'importe quoi, ils vont pas vous parler de ça. » (M4)

Certains médecins ont donc **ciblé les patients** qui venaient notamment pour des problèmes de fatigue, de troubles du sommeil ou de céphalées et ont préféré utiliser l'outil pour faire le diagnostic de leurs patients.

- « je pense que ça peut être un outil très utile mais pas en terme de dépistage, plus en terme d'outil diagnostique étiologique des troubles du sommeil euh, parce que ça permet de, d'être systématique comme la plupart des scores finalement ou d'autres échelles. [...] en utilisant ce questionnaire que chez les patients qui potentiellement pouvaient avoir des troubles du sommeil, ceux qui venaient pour des céphalées, une fatigue ou des insomnies directement » (M7)
- « Peut-être qu'au départ j'ai un peu plus ciblé effectivement sur les, les patients qui m'interpellaient au niveau du sommeil et de la dépression et voilà, un petit peu ces critères-là. » (M40)

Un médecin a même donné le **questionnaire à faire à la maison** pour les patients. « Ben, la difficulté c'est le temps au niveau de la consultation. Donc c'est pour ça que je les ai distribués pour les faire à domicile » (M40)

Plusieurs médecins ont précisé qu'il valait mieux faire un **repérage ciblé** des patients, car un **dépistage** était **difficile à réaliser en pratique**.

« Et cibler quand même, sinon, on voudrait faire... enfin je peux pas imaginer proposer à tous les patients, tous les adultes, c'est difficile, peut-être ça serait peut-être bien, mais c'est difficile. » (M26)

Quelques médecins ont trouvé que l'outil **rallongeait le temps de la consultation** et certains médecins proposaient de dédier une consultation au sommeil.

- « Donc en pratique quotidienne, trop, trop chronophage, je pense. Pour tous, je trouve que ça prenait trop de temps, [...] jamais les gens me répondaient oui, non alors que c'était que oui et non à chaque fois. » (M23)
- « La seule peut-être difficulté, je vais vous la dire après, c'est que ça nous prend encore 1 ou 2 minutes de plus sur notre consult' qui dure déjà longtemps [rires], je parle beaucoup avec mes patients, je les interroge donc euh voilà. C'est peut-être la seule chose en fait, c'est toujours pareil, c'est comme tous les tests hein. On peut faire tous les tests qu'on veut, à chaque fois ça rajoute du temps dans les consult' quoi. » (M4)
- « Ben c'est bien, mais le problème [sourire], c'est que ça surcharge la consult' quoi. D'accord. Faudrait faire une consultation dédiée à ça et pas en plus de ce pour quoi ils viennent initialement. » (M28)

#### Enfin, quelques médecins ont eu du mal à penser à utiliser l'outil.

- « je l'ai rempli sur le moment, j'ai complètement mis de côté après, il faudrait l'avoir sous la main, pour euh... et le traiter tout de suite. » (M16)
- « alors un bon outil, après il faut penser à l'utiliser. Il faut essayer d'avoir le réflexe systématique. » (M27)
- « Le problème, c'est de les avoir à disposition. Parce que c'est pareil, si on en a besoin avec le patient en consultation et qu'on l'a pas sous la main euh, on va pas le faire. » (M34)

#### Pour l'interprétation de l'outil

Quelques médecins ont pensé que l'outil n'était **pas toujours rempli honnêtement** par leurs patients ou qu'il pouvait comporter des **erreurs** de compréhension, ce qui pouvait rendre compliquer l'interprétation de l'outil.

- « ils ont minoré ou aggravé certaines choses. [...] je pense qu'il y a des gens qui l'ont rempli très facilement, et puis d'autres qui ont pas voulu parce que par crainte de répondre à des questions qui les dérangent aussi peut-être hein, c'est... Parce que y a des gens qui répondent pas aux questions que tu leur poses. Enfin, ou ils te disent non tout va bien, puis rien ne va, tout compte fait. » (M12)
- « Je pense aussi que les patients qui auraient rempli tout seul, ils ont probablement peut-être pas interprété toutes les questions, de la même façon que si on les avait aidé à y répondre » (M7)

#### Un cinquième des médecins ont trouvé l'outil long.

« Après est-ce qu'il y a vraiment besoin des 25 POINTS, je sais pas. C'est peut-être beaucoup quand même quoi. » (M39)

Certains médecins ont trouvé que certaines **questions** n'étaient **pas suffisamment** claires.

« Voilà un tout petit peu un manque de précision mais voilà c'est pas... après on aiguille nous avec notre interrogatoire.» (M38)

Un médecin a souligné le fait qu'il faut **s'habituer à utiliser l'outil** pour mieux l'interpréter.

« Le manque d'habitude de l'utilisation. Voilà, il faut se roder un peu et ça sera plus pratique après. » (M8)

#### Des difficultés d'interprétation ont été soulignées par quelques médecins.

« C'est pas spécialement lié à l'outil, mais quelque fois, c'était un peu MIXTE. Euh, on a du mal à faire rentrer euh forcément l'insomnie dans un cadre comme ça. » (M36)

#### Pour le suivi après l'outil

Un médecin a parlé de la **fiche d'aide au diagnostic** donnée avec le dossier remis au médecin (cf. Annexe 2-7).

« le conseil d'un avis spécialisé en cas de trouble psychiatrique en général, je suis pas tout à fait d'accord. [...] parce que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, au contraire on s'en occupe facilement.» (M19)

4 médecins ont parlé de la longueur des **fiches de suivi** (cf. Annexe 2-8).

- « C'était plus la fiche de suivi qui était compliqué à remplir » (M33).
- « Non, après la fiche de suivi, c'était effectivement, ça c'était long, long à remplir, si on prend tous les items » (M16)

#### Difficultés générales

Pour certains médecins, les **troubles du sommeil** étaient **complexes** à aborder de manière générale (sur les plans diagnostiques et thérapeutiques).

- « c'est vrai que les troubles du sommeil, c'est quelque chose de complexe. On a beaucoup de choses à aborder. » (M40)
- « Euh, c'est après comment on fait parce que une fois qu'on a dit tout ça euh... [sourire]. On ne prescrit plus? C'est comment on fait quoi, c'est ça pour que les gens... leur faire changer leurs habitudes. C'est ça qui est difficile, c'est quand même très, très fréquent. » (M12)

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que le problème du sommeil arrivait en **fin de consultation** en plus d'**autres motifs**, ce qui ne facilitait pas la prise en charge.

- « parce que les troubles du sommeil sont, euh sont surtout dépistés ou parlés au cours d'une consultation et c'est souvent un deuxième, troisième ou quatrième motif de consultation » (M19)
- « Euh, après c'est vrai que les troubles du sommeil souvent, ça vient aussi en fin de consultation. Quand vous leur refaites leur ordonnance, « je viens pour mon traitement hypertenseur, ah au fait euh je vais vous demander quelque chose pour dormir ». C'est vrai que du coup, ben on a plus forcément le temps. Il faudrait qu'ils viennent en consultation rien

que pour ça quoi, hein. Que ce soit UN motif et pas une demande qui vient en fin de consult' quand on est en train de signer l'ordonnance quoi. » (M27)

Plusieurs médecins ont pointé le **problème du temps de consultation** en médecine générale, indépendamment de l'outil.

« Ben la difficulté, c'est justement de consacrer une consultation entière et totale au trouble du sommeil. C'est long, ça prend au moins une demi-heure à mon avis pour prendre en charge ça. [...] Donc ça prend du temps, mais ça apporte quelque chose. D'accord, et ce temps-là est répétitif, c'est-à-dire qu'on va avoir une première consultation d'aide au dépistage, de prise en charge, de mise en place d'un schéma thérapeutique, et les autres consultations qui suivront ultérieurement sont à mon avis tout aussi longues. » (M19)

« voilà, mais on est toujours en train de courir après le temps, en consultation, c'est vrai que trois minutes par ci, trois minutes par là, ça va vite [rire], après c'est juste une grille que l'on fait remplir, on leur demande de la ramener, je pense qu'avec l'habitude en plus, on les lit très vite » (M16)

Quelques médecins ont trouvé qu'il y avait un **manque de motivation des patients**, ce qui rendait difficile la prise en charge des troubles du sommeil.

« c'est assez étonnant parce que pour eux c'est une plainte qui est quand même importante, mais ils ne prennent pas la conscience de la, la nécessité de le prendre en charge en totalité et uniquement ça. Ils ont un peu l'impression de dire bon ben voilà, est-ce que vous pouvez pas me donner quelque chose. D'accord. Et la prise en charge globale du sommeil est très difficile à comprendre pour eux et ça nécessite du travail de longue haleine au cours des consultations. » (M19)

Un médecin a souligné le fait qu'il y avait **trop de tests et d'échelles** en général.

« il y a beaucoup, beaucoup de tests et de grilles pour le tabac, pour tout ce que vous voulez, ça devient difficile dans une consultation d'utiliser chaque grille pour chaque patient, à chaque problème, donc voilà. [...] l'outil seul ne présente pas de difficultés particulières, c'est le cumul des outils, parce que comme la consultation de médecine générale est une consultation pluri-pathologique, puisque le patient quand il vient, il a plusieurs plaintes. Il est difficile, d'abord il faut hiérarchiser les plaintes, ensuite il est difficile d'utiliser systématiquement pour chaque plainte, chaque outil, quand les outils existent, parce qu'il n'existe pas des outils pour tout. » (M17)

Beaucoup de médecins ont pensé que le mieux pour les troubles du sommeil était de faire une **consultation dédiée**.

« Le mieux ce serait que les patients en parlent mais pour une consultation dédiée puisqu'en fait euh, il y a trop de choses à gérer dans la consultation et ça, ça nécessite du temps. » (M28)

Enfin un médecin a trouvé que l'accès aux spécialistes, notamment d'un centre du sommeil était parfois difficile.

« Après c'est ça comment on fait, parce que c'est des plaintes quasiment quotidiennes. **Après** on peut adresser aux spécialistes... Après c'est compliqué parce qu'ici c'est difficile. » (M12)

Mais d'autres médecins n'étaient pas de cet avis.

- « bon maintenant puisqu'on a la clinique du sommeil et tout ça, c'est vrai que j'en ai adressé euh, tu vois depuis avril que c'était, j'en ai bien adressé 4 ou 5, tu vois vraiment. » (M18)
- « Puis après sur Besançon, le truc aussi c'est qu'on a quand même un centre du sommeil et qu'on a facilement tendance à envoyer ou alors les gens y vont d'eux-mêmes avant de nous poser la question. » (M1)
- « j'adresse assez facilement au centre du sommeil, quand euh ça traîne ouais ou quand il y a un doute. Et puis après, si je vois qu'il y a des zones plutôt psy et tout, j'envoie aussi chez le psychiatre donc euh. » (M41)

#### 3.3.5. <u>Intérêt de l'outil dans la pratique quotidienne</u>

#### 3.3.5.1. Intérêt de l'outil

#### Intérêt pour les troubles du sommeil en général

Globalement tous les médecins de l'étude portaient un intérêt pour les troubles du sommeil.

- « c'est un motif de consultation assez important hein, quand même les, les troubles du sommeil. » (M18)
- « enfin les troubles du sommeil, c'est quelque chose qu'on voit beaucoup » (M30)

Après certains médecins avouaient faire passer d'autres problématiques avant le sommeil.

« disons que pourquoi ça, plutôt que tout le reste, c'est au milieu de tout le reste. Il y a d'autres domaines. » (M26)

#### Outil intéressant dans la pratique quotidienne

Quasiment tous les médecins ont trouvé l'outil intéressant dans la pratique quotidienne.

Ils ont trouvé globalement que c'était un **bon outil** : utile, aidant, simple, facile d'utilisation, synthétique, systématique, clair, abordant toutes les étiologies, et permettant d'orienter la prise en charge.

- « Oui, je trouve que ça peut aider parce qu'il est, il est ... synthétique, il est [temps de réflexion] simple entre guillemets mais plus dans le sens synthèse en fait, et moi j'ai apprécié ça. C'est vraiment... ouais, par rapport à d'autres outils qui sont plus euh... fastidieux, on va dire, hein. » (M2)
- « l'acceptation du patient, elle a été 100% positive, c'est rapide, concis et puis finalement la grille, elle est plutôt bien faite et ça nous permet de, de rapidement aborder certaines choses qu'on n'a pas l'habitude d'aborder non plus » (M22)

L'outil permettait de **gagner du temps** pour certains médecins.

« ça peut aider à avoir une orientation diagnostique euh et puis voilà le fait que ce soit vraiment standardisé, enfin avec des questions assez précises. Enfin, on gagne du temps quoi. » (M39)

L'outil pouvait également être une source de motivation pour les patients pour quelques médecins.

« Il a un intérêt cet outil-là, il a un intérêt pour plus facilement euh mener des consultations uniquement sur le sommeil. De manière que avec cet outil-là, c'est un élément supplémentaire pour dire au patient, voilà nous avons un outil ou nous avons des outils qui nous permettent de faire des diagnostics, une approche thérapeutique, une prise en charge globale, donc on va consacrer une consultation entière à ça, d'accord. Et d'avoir ce support-là, à mon avis, aide le patient à euh, à être plus observant et à venir en consultation. » (M19)

Cependant certains médecins auraient apporté certaines **modifications** pour l'utiliser dans leur pratique (cf. paragraphe 3.3.6. « les pistes d'amélioration de l'outil » du chapitre 3 « Résultats »).

« C'est un outil qui pourrait être utilisé vraiment en pratique euh s'il était un peu plus court » (M39)

#### Outil pas intéressant dans la pratique quotidienne

Seuls deux médecins n'ont pas trouvé l'outil intéressant dans leur pratique. Ces deux médecins n'avaient également pas d'intérêt pour les échelles en général.

« Je suis pas très «règle», «cadre», «score», voilà, pour moi la médecine, c'est pas des échelles ou des outils, plutôt, voilà, une sensation. Je sais que c'est de plus en plus comme ça mais, le cadre c'est toujours un peu compliqué, je trouve. » (M25)

« je n'ai pas forcément besoin de référencer les choses sur une grille et de me dire donc la conclusion de ça, c'est que je dois faire ça, ça ou ça.» (M11)

## Question éthique en rapport avec l'utilisation de l'outil pour un dépistage

Enfin, 3 médecins se posaient des **questions éthiques** concernant l'outil et notamment le fait d'entraîner la médicalisation de patients non malades en dépistant des nouveaux patients.

« c'est la médicalisation d'un trouble qui quelque fois peut être non pathologique. » (M21)

« C'est-à-dire que ça dépiste des troubles dont les gens ne se plaignent pas. Voilà, ça c'est ce qui me gêne le plus, c'est que ça dépiste des choses effectivement, mais les gens ne s'en plaignent pas. Alors pourquoi intervenir si les gens ne s'en plaignent pas ? Problème éthique hein » (M20)

#### 3.3.5.2. Utilisation de l'outil après l'étude

28 médecins ont déclaré qu'ils allaient **continuer à utiliser** l'outil dans l'avenir. Même si certains changeraient la manière de l'utiliser.

- « Euh, ben oui, il est dans ma petite pochette insomnie, ou j'ai plein d'articles. Donc il est en premier, c'est le plus rapide et c'est vite fait. Donc oui, oui je vais l'utiliser, je vais continuer. » (M36)
- « Oui, oui, ou les faire revenir du coup spécialement pour ça. » (M27)
- « Oui, mais il faut que je m'en serve différemment, là c'est vrai que je l'ai, je l'ai rempli sur le moment, j'ai complètement mis de côté après, il faudrait l'avoir sous la main, pour euh... et le traiter tout de suite. » (M16)
- 3 médecins ont indiqué qu'ils pouvaient **peut-être continuer à l'utiliser**, notamment si des modifications étaient effectuées ou d'une manière différente.
- « Il faudrait le simplifier un peu. » (M14)
- « Non là, je l'ai pas utilisé [sourire] [...] [Soupir] Euh... ça devrait! Il faudrait que ça change ma pratique par rapport à ce dépistage-là, oui. Après plus sur une consultation dédiée » (M24)
- « Pourquoi pas! Oui, oui, oui, oui. Mais il faudrait que je l'apprenne par cœur. » (M21)

4 médecins ont répondu qu'ils n'allaient **pas continuer à l'utiliser** dans l'avenir pour les raisons suivantes :

- Pas d'intérêt pour les échelles : « je pense que voilà l'intérêt de la médecine, elle reste plutôt sur la clinique. » (M25)
- Arrêt de l'activité libérale : « Bon ben là non puisque mon activité s'arrête » (M23)
- Propre outil réalisé par le médecin sur la question du sommeil : « Alors pour l'instant j'ai pas continué, pourquoi, parce que euh, essentiellement parce qu'on a des... Bon moi j'ai d'autres grilles dont je me sers [...] Je me sers du DSM-IV, je me suis fait des petites fiches que j'ai extraites du DSM-IV » (M17)

#### 3.3.5.3. Changement dans la pratique

#### Changement dans la pratique

24 médecins ont déclaré que l'outil pouvait changer leur pratique et 21 médecins ont d'ailleurs précisé en quoi cela pouvait changer leur pratique.

L'outil pouvait faire changer la pratique, notamment pour :

Faire évoluer la pratique sur les troubles du sommeil : « Oui, ça va surtout me permettre de mieux dépister » (M4) ; « ce serait plus à rechercher, poser plus facilement la question et puis peut-être donner le questionnaire justement quand, quand on a un doute. » (M38) ; « Quand les gens viennent en consultation déjà, ils ont plusieurs choses, donc souvent on pose la question « votre sommeil machin », enfin on prend peut-être pas forcément le temps, donc euh c'est vrai que si les gens, ils nous disent oui euh, le coup d'après on leur donne le questionnaire, ça va peut-être changer ça quoi. On va peut-être se pencher un peu plus, approfondir la question alors que d'habitude c'est peut-être un peu survolé, quoi. » (M39)

- Aider le médecin lors de la consultation dans sa démarche diagnostique : « ça permet de classifier ou de classer des troubles du sommeil qu'on n'a pas l'habitude de classer aussi strictement. » (M8) ; « rien oublier euh hein, des questions qu'on est censé poser pour les gens qui ont des troubles du sommeil » (M35) ; « Sur un trouble du sommeil, c'est vrai, ça permet de, d'orienter un peu la prise en charge » (M37)
- Mieux connaître les troubles du sommeil : « les troubles du sommeil c'est pas quelque chose, enfin c'est pas quelque chose qu'on connaît. Souvent voilà, ils vous demandent un truc pour dormir en fin de consultation. Donc souvent, on balance un médicament ou comme ça, donc oui, oui du coup je pense que ça peut nous aider au quotidien. » (M27) ; « Il y a des mécanismes différents, j'ai découvert quand même certains mécanismes différents dans la liste » (M26)
- Venir en complément d'autres outils : « Donc déjà je donne toujours un, un agenda du sommeil à faire et là effectivement ça peut nous orienter plus rapidement et de façon plus carrée dans chaque diagnostic, déjà pour ne rien oublier, penser à tout et puis nous aider à peaufiner aussi euh, un petit peu tout ça. » (M40) ; « préciser avec éventuellement un autre outil. » (M7)
- Expliquer aux patients: « Oui, oui, peut-être pour expliquer un peu plus. Tu sais ma pratique, pour moi, pour euh faire plus le déblayage, mais pour expliquer aux gens voilà quels sont un peu les euh... voilà plutôt que de rester à « est-ce que vous êtes angoissé? ». [...] c'est un outil où on peut leur dire, voilà il y a peut-être cette ou cette raison actuellement qui fait que vous dormez pas quoi. » (M18); « Et puis les gens aussi, de remplir ça, ça leur permet de prendre conscience aussi de certaines choses. Et ils se disent « oh ben tiens mon médecin, il s'intéresse à ça et il est pas là à me dire oh ben, je vais vous donner un petit médicament et puis c'est tout », voilà. Nous, ça nous permet de nous focaliser là-dessus et les patients je pense que ça, c'est intéressant pour eux aussi pour la prise en charge. » (M30)
- Éviter la prescription de somnifères: « il nous permet de nous pencher sur les troubles du sommeil décrits par nos patients, mais en même temps de nous limiter dans la prescription » (M14); « parce que ça m'a mis le point sur des, des choses qu'on pensait pas et voilà et qui peuvent plutôt que de sortir le somnifère ou le machin » (M18)
- **Réaliser un suivi** : « ça peut être un outil et puis on réévalue 3 mois après et on voit un peu les résultats. Plutôt dans du suivi finalement. » (M28)

#### Pas de changement dans la pratique

11 médecins ont affirmé que cela ne changerait pas fondamentalement leur pratique car :

- 7 médecins faisaient déjà un interrogatoire complet : « changer ma pratique peut-être pas, parce que euh, j'avais quand même une vision un peu globale des troubles du

sommeil. Je posais déjà essentiellement les questions de, concernant les règles d'hygiène de sommeil, le syndrome d'apnées en ce qui concerne surtout la somnolence, les céphalées matinales, les ronflements, les apnées. C'est des questions que j'avais déjà dans mon bagage, mais voilà il peut m'arriver d'oublier des choses et donc c'est en ça que je pense que ça peut être utile. » (M7)

- 2 médecins utilisaient déjà des outils : « Bon moi j'ai d'autres grilles dont je me sers » (M17)
- 1 médecin adressait au centre du sommeil : « Puis après sur Besançon, le truc aussi c'est qu'on a quand même un centre du sommeil et qu'on a facilement tendance à envoyer » (M1)
- 1 médecin n'avait pas changé sa pratique mais aimerait la changer : « Euh... ça devrait! Il faudrait que ça change ma pratique par rapport à ce dépistage-là, oui. » (M24)

#### 3.3.6. Les pistes d'amélioration de l'outil

13 médecins ont affirmé qu'il fallait laisser l'outil tel qu'il a été présenté, 3 médecins ne s'étaient pas prononcés sur la question et 19 médecins ont énoncé quelques modifications pour que l'outil soit plus facile à utiliser en pratique.

## 3.3.6.1. Sur le fond

Quelques médecins apporteraient certaines modifications à l'outil :

- Un outil plus court et plus simple : « c'est la longueur et puis euh la simplicité quelque fois des questions » (M41) ; « Peut-être des phrases plus courtes, ou bien quelque chose où on n'est pas obligé de reformuler en fait la question. » (M23) ; même si certains tempéraient le propos : « Du tableau lui-même, ben non on peut pas trop le raccourcir.» (M34)
- Un agenda du sommeil différent : « Oui, voilà parce qu'après ils savaient plus, s'il fallait flécher et moi, c'est pareil, je me suis posé la question, est-ce qu'il faut flécher un peu avant, un peu après, euh... Ça les a un peu perturbé l'échelle, oui dans ce sens-là. » (M12); « Oui, l'agenda, pourtant c'est le même que celui qu'on utilise, nous. Ou alors, il aurait fallu l'expliquer avant, en donnant la feuille, l'expliquer et puis là, ça allait. Mais tout seul, quoi même avec l'exemple pff, c'était même pas la peine. » (M41)
- Les questions 1 et 2 à préciser : « A priori oui, sauf que voilà, ces deux premières questions, c'est vrai, tu vois [...] moi je pense que c'était à mettre dans un contexte aussi un peu particulier » (M18); « cette deuxième question qui est trop ouverte, la deuxième question évidemment : « [...] vous est-il déjà arrivé d'être fatigué, ou d'avoir des troubles de la concentration? » Tout le monde peut répondre oui, et on vient de se dire qu'il faudrait sans doute préciser et avoir des éléments, pour saisir le degré de sévérité pour savoir lequel on garde ou pas » (M26)

- D'autres questions à mieux expliquer : « Voilà ça : « Êtes-vous angoissé par le regard des autres au point de vous interdire certaines activités? » alors ça, ils comprenaient pas les gens, d'accord, ça c'est voilà. Après ce qu'ils ne comprenaient pas « Avez-vous déjà eu des soins psychiatriques ? » alors eux, soins psychiatriques euh, pour eux, c'est être interné en hôpital psychiatrique, c'est pas juste être triste ou être sous antidépresseur. Voilà euh, après qu'est-ce qui avait d'autre « Étes-vous perturbé par votre environnement? » alors ça aussi euh, « ah ben non, enfin non, les bruits non, mais les odeurs, ah je sais pas oui », voilà ça c'était quelque chose [sourire] où euh c'est difficile de répondre oui ou non voilà. [...] à reformuler de façon plus synthétique ou plus [hésitation] enfin je sais pas euh qui comprennent mieux, plus simple peut-être finalement. » (M23); « c'était un peu plus flou, euh peutêtre par manque de précision de certains critères, notamment concernant le syndrome des jambes sans repos » (M7) ; « Et puis, il y avait une question sur les gestes répétés, tous les tocs et tout ça, alors ils voyaient pas trop la finalité, donc du coup, il y en avait qui m'avait répondu ça donc j'étais étonnée et puis je me suis dit bon, j'ai réinterrogé et non c'était pas ça. [...] « ranger, compter » et ben du coup, les gens étaient perdus sur celle-là. [...] Je pense que c'était plutôt « pensées involontaires » qui les ont perturbées, c'est trop abstrait peut-être, même s'il y a l'exemple après.» (M41); « Au niveau des questions non. Euh, peut-être plus la précision des questions, notamment la consommation de toxiques des fois, c'est un petit peu trop ouvert et pas assez centré. [...] Parce que bon café, la plupart ils en boivent, du coup ça ressort tout le temps. » (M38)
- **Des questions à retirer** : « Par contre peut-être, on pourrait enlever quelques questions de psychiatrie pour faire plus court. » (M7)
- Un score ou une conclusion à rajouter: « j'apporterai une communication au médecin en terme de diagnostic. » (M21); « Oui un score, ça serait bien. » (M33); « Oui, il y a rien de dit, une fois qu'on a tout rempli. » (M32); « Ouais, il y a pas la conclusion. » (M34); cependant un médecin ne croyait pas en l'intérêt d'un score: « on pourrait s'interroger sur l'intérêt de la réalisation d'un score, est-ce que euh, est-ce que ça aurait été bien de, d'utiliser un score en, en outil de dépistage euh pourquoi pas, maintenant c'est vrai que les scores, la plupart des scores ont été réalisés dans le cadre d'études pour essayer de lisser les patients. Euh, faire en sorte que ce soit moins subjectif, plus objectif et donc plus reproductible. Là étant donné l'étude qualitative, à mon sens ça n'a pas d'intérêt. » (M7)
- Des catégories dans le questionnaire à rajouter : « c'est peut-être une catégorie, finalement l'insomnie PHYSIOLOGIQUE, liée à l'âge, hein, euh voilà. » (M36) ; « Alors ça, on n'a pas évoqué chez l'adolescent. [...] mais c'est vrai que des jeunes qui passent la nuit sur les smartphones et tout ça on en voit de plus en plus » (M12)

## *3.3.6.2. Sur la forme*

Deux médecins trouvaient que l'usage des **couleurs** pouvait aider à la lecture du questionnaire.

- « Je trouve que c'est pas mal et les couleurs c'est sympa » (M36)
- « Mais avec les couleurs et ce que vous m'aviez donné, c'est plutôt claire. » (M40)

Quelques médecins verraient bien l'outil présenté différemment pour l'avoir plus facilement à disposition :

- « dans ma petite pochette insomnie, ou j'ai plein d'articles » (M36)
- « Oui, si vous me donnez une feuille plastifiée avec les questions [rires]. » (M35)
- « un truc qui pourrait être super bien [rires], ce serait un questionnaire en ligne où on remplit avec le patient en direct le questionnaire et en cliquant sur le total, ça nous donne tout de suite le résultat [sourire]. Ça c'est sûr que ça ferait gagner du temps, il y aurait le côté aussi un peu peut-être plus avec les couleurs pour euh, montrer au patient. Ça pourrait être euh, ça pourrait être quelque chose d'intéressant. » (M40)
- « On a installé des présentoirs, il y a un mois. On peut mettre ces tests-là, pour l'alcool, des scores... » (M34)

#### 3.3.6.3. Sur l'utilisation

Un médecin a évoqué l'aide d'un **auxiliaire de santé** pour aider les médecins à utiliser des échelles avant la consultation.

« Si on avait, par exemple un auxiliaire de santé comme en Suisse, ou comme en Angleterre où ils ont une infirmière spécialisée, on pourrait faire passer, demander à cet auxiliaire de santé de préparer la consultation en faisant passer un certain nombre de questionnaires, ça nous aiderait » (M17)

Deux médecins ont abordé le fait qu'il faudrait avoir une **rémunération spécifique** pour une consultation dédiée au sommeil.

- « pour une consultation de médecine générale, c'est super long, ou alors il faut changer nos tarifs de consultation et nos durées [rire] et dans ce cas-là peut-être que ça sera utile, mais c'est vrai, c'est souvent beaucoup trop long on n'a pas le temps, sur une consultation, c'est super compliqué. » (M1)
- « on peut redonner un rendez-vous au patient puis prendre un petit peu plus le temps. Après sur une consultation à 23 euros, faut pas rêver hein, on va pas faire une échelle de Beck, ou un truc hyper compliqué. » (M35)

## 3.3.7. Opinions des médecins généralistes sur les autres échelles de dépistage

## 3.3.7.1. Avis général sur les autres échelles de dépistage

L'avis général des médecins sur les autres échelles de dépistage était plutôt mitigé puisque seulement 9 médecins ont évoqué des critiques globalement positives, 9 médecins ont évoqué des critiques globalement négatives, 15 médecins ont évoqué des critiques positives et négatives, et 2 médecins n'ont pas émis clairement de critiques mais ils ne se servaient pas des échelles.

Les médecins ont affirmé utiliser d'autres échelles de dépistage fréquemment pour 4 médecins, de temps en temps pour 24 médecins et jamais pour 7 médecins.

8 médecins ont affirmé qu'ils aimeraient les utiliser plus souvent mais que c'était difficile en pratique de les utiliser.

« Après, euh, pff, moi je les utilise pas tellement. Mais c'est sûrement un tort. C'est parce que je ne les ai pas sous la main ou quand j'y pense, je sais pas où elles sont. » (M12)

« Moi, c'est vrai que globalement, j'aime bien les échelles parce que ça permet de quantifier puis de suivre. Après dans la pratique, on se rend compte qu'on ne les utilise pas tant que ça, parce que ça prend énormément de temps, et puis dès que vous faîtes une échelle, vous dépassez le quart d'heure de consultation » (M41)

Les différentes échelles utilisées et citées étaient : l'agenda du sommeil, l'échelle de somnolence d'Epworth, l'échelle d'Hamilton, une échelle d'anxiété (non précisée), une échelle de dépression (non précisée), le test de Fagerström pour le tabac, le MMS, des questionnaires réalisés par certains médecins (pour un certificat de sport au rugby, ou autres).

L'échelle la plus citée et la plus connue était l'échelle de somnolence d'Epworth pour le SAOS (citée 8 fois). Les autres échelles n'étaient citées qu'une ou deux fois.

« Alors l'Epworth, elle est assez facile à utiliser, après les autres, je les connais pas trop. » (M24)

« Moi, l'échelle des SAS, l'Epworth là, celle-là je m'en sers. Voilà, sinon les autres euh... » (M33)

#### 3.3.7.2. Les critiques positives

Les critiques positives sur les échelles étaient les suivantes :

- **Intéressantes et utiles**: « c'est intéressant, c'est une aide supplémentaire. » (M19); «ça peut être utile. [...] mais c'est une aide, quoi. Je pense que c'est une aide et c'est important de savoir que ça existe et qu'on peut les utiliser. » (M30)
- **Fiables**: « c'est systématique » (M18); « des normes validées » (M23); « c'est des outils intéressants parce que du coup, ça permet de quantifier et puis de suivre et de pas être sur un peu une sensation » (M41)

- Faciles à utiliser : « elles sont assez intuitives, non elles sont bien. » (M29)
- Permet d'être un **support** pour la consultation : « moi personnellement, j'utilise pas le score, mais tu regardes les questions tu les poses. » (M33) ; « je trouve que ça peut pallier à un manque d'expérience. C'est pas mal. » (M6)
- Permet de **classer** et d'**orienter**: « Je pense que c'est bien d'avoir un outil quand même pour fixer les choses. Après, peut-être pas faire 40 questionnaires différents mais ça, ça permet quand même d'orienter un petit peu vers quel type de trouble du sommeil: SAS, plutôt de l'anxiété, plutôt des choses comme ça, puis après c'est de la consultation » (M32)
- Permet de **faire du suivi** : « une échelle permet justement pour lui de bien le situer, d'accord. Et d'avoir un outil comparatif au fil des mois » (M19) ; « Je trouve que c'est bien, ça objective un petit peu des troubles euh, subjectifs. Surtout avant l'instauration d'un traitement et puis de réévaluer un petit peu après.» (M28)

## 3.3.7.3. Les critiques négatives

Les critiques négatives sur les échelles étaient les suivantes :

- Pas utiles: « Après on arrive un petit peu avec des questions habituelles, on arrive à peu près à savoir assez facilement au final où se trouve le problème, mais on n'a pas toujours la réponse [petit soupir] pour traiter. » (M38); « Epworth, c'est bien pour le syndrome d'apnées du sommeil hein, voilà. Celle-ci je l'utilise quoi que euh pff, c'est assez simple du coup, on a souvent en tête quand même les questions sans utiliser vraiment l'échelle à lire. » (M40); « on ne cherche pas spécialement à préciser avec d'autres échelles ou d'autres scores puisque de toute façon ça changera pas forcément notre conduite à tenir concernant la suite de la prise en charge du patient » (M7)
- Pas fiables: « Je ne connais qu'Epworth qui est trop court à mon avis, qui donne des excès, des diagnostics par excès. » (M21); « j'ai un correspondant pneumologue qui s'occupe pas mal euh, beaucoup de troubles du sommeil [...] lui-même dit, c'est pas très, c'est pas très valable cette échelle d'Epworth, voilà on en est à, à trouver des SAS sur des symptômes beaucoup plus, sur des scores plus bas [...] ça serait prétentieux de dire qu'on est plus fiable avec l'empirisme, ou en connaissant les gens. Peut-être que ça s'adresse plus à des consultations où on ne connaît pas les gens avant, une consultation de spécialiste, souvent utilise des scores, moi à chaque fois que j'ai essayé un peu, j'ai l'impression de savoir davantage de choses sur les gens en les connaissant, à force de les connaître, qu'en utilisant le score. » (M26)
- **Pas pratiques**: « Pas assez simples à manier » (M14); « il y en a tellement d'échelles de dépistage, même des dépistages des douleurs et tout ça, qu'on a un peu de mal à les utiliser toutes au cabinet médical. » (M17); « il faut avoir l'outil à disposition rapidement et puis, et puis c'est pas toujours très pratique, quoi » (M22)
- **Trop longues** et **chronophages**: « Il faut pas que ce soit trop lourd à faire en consultation, parce que des fois en fait, ça peut être chronophage » (M30); « c'est souvent beaucoup trop long on n'a pas le temps, sur une consultation, c'est super compliqué. » (M1)

- Compliquées: « Quelques-uns sont un peu fastidieux pour moi. » (M2); « Effectivement, on n'a plus besoin d'être médecin pour faire ça. [...] Voilà, ces échelles, moi c'est compliqué. [...] c'est ça moi qui me gêne, si tu veux. C'est ça, c'est ce côté maintenant effectivement très administratif » (M25)
- **Difficiles d'accès** : « je les connais pas forcément » (M1)
- Pas adaptées à la pratique de médecine générale : « pas adaptées à la médecine générale, très chronophages, parfaites dans un centre de dépistage des troubles du sommeil ou de prise en charge des troubles du sommeil, mais trop lourdes en médecine générale. » (M14) ; « c'est que ça c'est très bien en milieu hospitalier, mais nous, on n'est pas en milieu hospitalier. Derrière, vous avez tous les gens qui sont en train de râler, parce que c'est trop long quoi. » (M4)
- Pas toujours bien acceptées par les patients : « c'est vrai que les gens n'aiment pas trop. Non ils aiment pas hein, ils préfèrent décrire avec leurs mots et parce que les échelles ça les obligent à réfléchir à des questions qui veulent pas se poser aussi, je pense que c'est ça oui. » (M12) ; « on se fie plus un peu à notre instinct, à notre ressenti vis-à-vis du patient. Euh, il faut faire attention parce qu'effectivement on a une personne devant nous et pas, pas non plus tout systématiser » (M30) ; « après il faudrait reconvoquer les gens pour faire ça spécifiquement. Et puis, c'est pas toujours bien vécu, voilà par le patient de faire ça en plusieurs étapes quoi. » (M41)
- **Pas bien rémunérées**: « Après sur une consultation à 23 euros, faut pas rêver hein, on va pas faire une échelle de Beck, ou un truc hyper compliqué. » (M35)

#### 3.3.8. Opinions des médecins généralistes sur d'autres méthodes de dépistage

27 médecins ont déclaré qu'il n'y a pas d'autres méthodes de dépistages valables en dehors de l'examen clinique avec interrogatoire et éventuellement l'aide d'un outil.

« Beh c'est-à-dire que moi, je pense vraiment que c'est l'interrogatoire et le temps qu'on passe avec les gens, qui nous permet d'avoir toutes les données, toutes les informations, si on a envie de truc pour gérer un trouble du sommeil, il faut que nous-mêmes, on ait envie de le faire. [...] mais il suffit juste de prendre du temps, je crois. » (M11)

- « Non, moi je trouve que les grilles comme ça, c'est une bonne méthodologie » (M14)
- « Interrogatoire peut-être, enfin sur des heu des, des feuilles d'interrogation que l'on laisserait avant, qu'ils rempliraient chez eux calmement, oui ce serait pas mal. » (M8)

9 médecins ont évoqué d'autres méthodes de dépistage possibles. Mais l'interrogatoire est considéré par tous ces médecins comme essentiel. Voici quelques exemples d'autres méthodes de dépistage possibles mais plus dans l'avenir pour certains :

- Internet (sites avec outils informatisés): « Site internet... Ça, ça dépend de chacun, de moi comme du patient je veux dire » (M18); « Pour les étudiants oui, ça peut être intéressant parce que... mais pff, on se rend compte quand même qu'ils y vont pas, même s'ils ont une adresse euh, ben ils y vont pas. [...] parce que quand on est en virtuel, on peut un peu mettre ce qu'on veut » (M2); « Ouais, par des sites internet, je pense comme ça, ça se développe beaucoup » (M23); « oui peut-être alors un test à

faire sur internet, quoi un peu interactif avec des cases à cocher, un score qui est calculé, oui ça peut être intéressant pour les patients, ils aiment bien ce genre de choses » (M30)

- **Applications smartphone** : « sur une appli un peu générique ça pourrait être sympa ça. » (M23)
- **Outils intégrés au logiciel** : « Après à force de nous charger les logiciels, ils vont, ils vont marcher à 3 à l'heure, hein. [...] Peut-être que si c'était inclus dans le logiciel, peut-être. » (M12)
- **Télémédecine**: « vous allez sur tel site internet, vous remplissez un questionnaire, le questionnaire quand les gens le font hein, parce que bien sûr euh tout le monde ne va pas le faire. Et pourquoi pas, parce que tout ce qui est télémédecine et autre, informatique et autre euh, ça va être de plus en plus le cas » (M4)
- Campagnes de sensibilisation : « les campagnes de dépistage, quelque chose comme ça, oui ça peut avoir un intérêt mais comme pour toute campagne de dépistage. » (M24)
- **Foire aux questions**: « On, on met des infos, des trucs euh, on a aussi une foire aux questions mais ils n'y vont pas donc j'suis pas sûre. Ça peut être euh une piste ça peut être dans l'avenir. » (M2)
- Outil sur un présentoir en salle d'attente (« Parlez-en à votre médecin ») : « On a installé des présentoirs, il y a un mois. On peut mettre ces tests-là, pour l'alcool, des scores... » (M34)
- Affiches ou flyers au cabinet: « Oui, alors après des affiches, flyers en salle d'attente, quoi. » (M27); « mettre une affiche en salle d'attente en disant « parlez-en à votre médecin », qu'ils commencent à nous en parler et puis qu'on se focalise là-dessus lors d'une prochaine consultation, oui c'est quelque chose qui peut être intéressant. » (M30)
- Aide d'un auxiliaire de santé: « dans l'état actuel de la pratique médicale en France, je pense que l'on, que les médecins majoritairement vont en rester à une pratique qui repose sur l'interrogatoire. Alors à l'ancienne ou modernisée, je pense que ça va rester comme ça, tant que les médecins n'auront pas la possibilité de déléguer une partie des tâches de recueils des données à des auxiliaires de santé ou à des personnes formées euh, formées à ça. Les médecins auront du mal à tout faire au cabinet médical. » (M17)

4ème	PARTIE:	DISCUSSION

# 1. <u>Discussion sur la méthode</u>

# 1.1. Rappel de la question de recherche et des objectifs de l'étude

Notre travail consistait à montrer que l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil, simple et concis, serait ressentie par les médecins généralistes comme une aide et serait utilisable en pratique quotidienne.

Dans la première phase de l'étude, nous avons testé l'outil auprès de 41 médecins généralistes d'Aquitaine et de Franche-Comté. Et dans la deuxième phase de l'étude, nous avons recueilli leurs opinions.

L'objectif principal était de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil pour savoir s'il pouvait être utile pour dépister et diagnostiquer des troubles du sommeil lors d'une consultation de médecine générale.

L'objectif secondaire de notre étude était d'observer comment les médecins généralistes utilisaient l'outil afin de l'améliorer.

#### 1.2. Forces de l'étude

#### 1.2.1. Choix de la méthode

Notre étude a associé deux types de méthodes : quantitative descriptive pour l'étude des « questionnaires patient » (ou outil de repérage précoce des troubles du sommeil) et qualitative pour le recueil de l'opinion des médecins généralistes concernant l'outil. Les deux méthodes se complètent pour avoir une vision globale et complète de la question posée dans cette étude. La méthode quantitative ne permettait pas de répondre directement à la question de recherche mais permettait d'apporter un éclairage sur celle-ci et c'était une étape nécessaire afin de tester l'outil auprès des médecins généralistes dans le but de recueillir leurs opinions. Nous avons donc fait une étude prospective avec mise en place d'une intervention en cabinet de médecine générale dans l'optique d'évaluer qualitativement une certaine pratique.

La recherche en soins primaires peut combiner les méthodes qualitative et quantitative. La méthode quantitative permet de quantifier un phénomène, alors que la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. La démarche qualitative fait appel aux modèles culturels et à la culture vécue. Elle permet de comprendre plutôt que de compter. <sup>95</sup> C'est pourquoi, un simple questionnaire de satisfaction à remplir par les médecins après l'utilisation de l'outil ne nous semblait pas adapté. Il nous paraissait plus pertinent de faire appel à la recherche qualitative pour réaliser une démarche plus interprétative. Le but de notre démarche n'était pas de mesurer combien de médecins trouvaient l'outil intéressant mais comment ils trouvaient cet outil dans leur pratique. L'approche quantitative a permis d'enrichir et de mettre en

perspective l'opinion des médecins généralistes en permettant de recueillir combien de diagnostics ils pouvaient trouver en faisant du repérage précoce, si le fait de faire du repérage était satisfaisant dans leur pratique, d'étudier leurs pratiques et leur relation aux autres professionnels de santé et les difficultés qu'ils ont rencontré dans ce parcours ont pu ainsi être mis en évidence par l'approche qualitative.

L'abord des troubles du sommeil par les médecins généralistes se fait de façon subjective. La diminution ou l'augmentation de sommeil, une somnolence accrue, un décalage de phase sont des éléments à rechercher de façon minutieuse et l'enquête qui suit est longue et souvent fastidieuse pour les médecins. Les recommandations<sup>4,12</sup> préconisent une approche « active » de la question du sommeil. C'est une démarche souvent longue. À notre connaissance, il n'existe pas d'outils pour les troubles du sommeil adaptés à la médecine générale qui arrivent à répondre à ce manque de temps perpétuel en l'absence d'une rémunération spécifique. Cette étude a permis d'explorer une piste pour pallier à ce manque de temps et parfois de connaissance des médecins pour permettre de mieux dépister et diagnostiquer les troubles du sommeil en médecine générale. La recherche qualitative prend ici toute sa place pour explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » et expliquer ce décalage entre référentiels et pratiques médicales. <sup>95</sup>

## 1.2.2. Nombre de médecins participants

Le nombre de médecins décidé au départ a été atteint et même dépassé puisque nous voulions 40 médecins au départ, et nous avons eu 41 médecins au final. Ce nombre nous a permis une bonne variabilité des points de vue et d'arriver à saturation des données. Il était fixé à 40 afin de pouvoir avoir suffisamment de médecins pour tester notre outil et ainsi donner leur avis sur notre outil. Le taux de participation a été très bon pour le renvoi des « questionnaires patient » (33 médecins ont renvoyé les questionnaires soit 80%) et pour la participation aux entretiens finaux (35 médecins ont participé aux entretiens finaux soit 85%). Nous avons pu recueillir suffisamment de questionnaires à étudier et des avis nombreux et variés concernant l'outil. Nous avons également décidé de recueillir les opinions des médecins n'ayant pas utilisé l'outil pour recueillir toute type d'avis. Deux médecins qui n'avaient pas renvoyé de « questionnaires patient », ont participé à l'entretien final.

L'un des atouts de notre étude a également était de réaliser cette étude dans deux régions différentes et diamétralement opposées en France. Il a permis de diversifier les points de vue.

#### 1.2.3. Déroulement de l'étude

#### 1.2.3.1. Début de l'étude : le recrutement et les entretiens initiaux

Les médecins ont été contactés en grande majorité par téléphone au début de l'étude. Les volontaires ont répondu positivement dans un délai court (de 0 à 14 jours), ce qui montrait un certain intérêt pour le sujet.

Puis les médecins volontaires ont été rencontrés directement pour l'entretien initial et pour l'entretien final, sauf pour 5 médecins pour l'entretien initial et 4 médecins pour l'entretien final qui ont été contactés par téléphone car il y avait une trop grande distance géographique pour l'investigateur au moment choisi pour l'entretien. La rencontre directe avec le médecin a été préférée dans cette étude, car cela permettait une meilleure adhésion du médecin et une meilleure compréhension de l'étude par le médecin. De plus, des explications sur l'étude et les documents nécessaires pour l'étude étaient remis lors de l'entretien initial (cf. Annexe 2). Le questionnaire initial des médecins (cf. Annexe 2-3) était rempli avec le médecin lors cet entretien initial, ce qui a permis d'avoir un taux de réponse maximal de 100%.

#### 1.2.3.2. Recueil des « questionnaires patient »

Quasiment tous les médecins volontaires au départ ont utilisé l'outil (80% de participants). Seuls 8 médecins n'en ont pas renvoyé et 5 médecins ont envoyé peu de questionnaires. Cela suppose que l'outil était assez simple d'utilisation et qu'il suscitait probablement un intérêt. Ce qui était aidant dans l'étude pour le recueil des données, c'était que les patients devaient remplir le questionnaire en salle d'attente et celui-ci était récupéré directement par le médecin. Nous avions choisi de ne pas alourdir la consultation en faisant remplir l'outil par le patient en dehors de la consultation. La consigne de départ pour utiliser l'outil était de le donner à 10 patients sur une journée. Nous avons voulu par ce biais limiter les pertes de données. C'était également un bon moyen de faire du dépistage et d'avoir un aperçu de l'efficacité de l'outil pour repérer des troubles du sommeil.

Les explications données au départ lors de l'entretien initial ont permis aux médecins de mieux adhérer à l'étude et notamment de mieux comprendre certaines consignes comme les diagnostics d'inclusion et de non inclusion. Ainsi, il y a eu peu de perte de données (6%) avec seulement 17 questionnaires exclus (à cause des critères d'âge). Douze questionnaires ont été perdus indépendamment du médecin ou de l'investigateur. Au total, il y a eu 10% de perte de questionnaires. Au final, nous avons un bon taux de réponses de 63% pour les « questionnaires patient » (257 questionnaires analysés).

Le taux de remplissage des « questionnaires patient » était bon autour de 92% de réponses remplies complètement pour les 257 questionnaires analysés et il n'y avait pas de différence entre les questionnaires des patients suspectés de troubles du sommeil et ceux qui n'en avaient pas a priori.

## 1.2.3.3. Fin de l'étude : les entretiens finaux

Les entretiens finaux individuels face à face avec le médecin permettaient de fournir des informations sur la gestuelle, les intonations, les humeurs des médecins et contribuaient à enrichir l'analyse du texte des entretiens pour l'étude qualitative.

Quasiment tous les médecins ont accepté de réaliser l'entretien final. Il y a eu un bon accueil et une bonne coopération des médecins. Tous les médecins nous ont autorisés à enregistrer l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés sur une période relativement courte essentiellement sur le mois d'octobre en Aquitaine et de novembre en Franche-Comté, notamment à cause de la longue distance.

Nous avions préconisé au départ un délai de 6 mois entre le moment où les questionnaires étaient remplis et le moment de l'entretien final. Ce délai a été respecté pour la plupart des médecins, même s'il a dû être un peu écourté pour certains médecins ayant fait remplir les questionnaires avec retard. On obtenait au final un délai de 5 mois en moyenne (4 mois 29 jours ± 42 jours), ce qui est correct. Nous avions souhaité ce délai de 6 mois afin d'avoir un recul suffisant pour savoir si des démarches avaient été entreprises pour les patients dépistés grâce à notre outil et connaître le suivi réalisé.

#### 1.3. Limitations et faiblesses de l'étude

#### 1.3.1. <u>Limites de la méthode</u>

Pour la méthode qualitative, l'échantillon des médecins n'a pas besoin d'être représentatif de la population cible, il faut juste qu'il soit diversifié, ce qui est le cas dans notre étude. Par contre, pour la méthode quantitative, l'échantillon des patients sélectionnés n'est pas représentatif de la population française car issu de 2 régions de France seulement. Les résultats d'une étude qualitative ne permettent pas d'être généralisés<sup>95</sup>, ce qui peut constituer une limite. Cependant, c'est le sens des résultats qui prévaut.

On aurait pu également se servir de 2 types d'entretien dans la recherche qualitative, à savoir les entretiens individuels et les focus group. On aurait pu imaginer des entretiens individuels pour commencer l'étude afin de se familiariser avec la démarche qualitative et de réaliser ensuite des focus group pour permettre d'avoir des avis enrichis sur notre outil et surtout explorer des pistes d'amélioration de l'outil. Cependant, le focus group a l'inconvénient d'influencer la réponse des participants en fonction des premiers répondeurs, ce qui peut porter préjudice lorsqu'on veut recueillir des avis sur un point particulier. Les entretiens individuels semi-structurés avaient plusieurs avantages : recueillir l'opinion personnelle du médecin sans être influencer par une tierce personne et permettre une organisation plus facile pour les entretiens.

La méthode des focus group a été utilisée pour un groupe de 3 médecins mais ce n'était pas le fait de l'investigateur au départ. C'était dû à des problèmes d'organisation pour ces médecins qui appartenaient au même cabinet. Ils devaient être 4 médecins initialement pour l'entretien de groupe, mais un des médecins a été finalement absent. Or un focus group doit comporter au moins 4 personnes minimum pour être valable. Nous avons décidé d'inclure tout de même cet entretien de groupe car il permettait d'enrichir l'analyse des résultats.

## 1.3.2. <u>Population de l'étude</u>

Le mode de recrutement des médecins peut comporter des biais de sélection. De même, il y a un biais de sélection dans le recrutement des patients par les médecins car 9 médecins n'ont pas fait du dépistage sur les 33 médecins qui ont utilisé l'outil. Ils avaient ciblé les patients. Ceci a pu également induire un biais d'information.

#### 1.3.3. Difficultés rencontrées lors du déroulement de cette étude

## 1.3.3.1. Difficultés lors de la réalisation de l'outil

Selon la définition de l'OMS sur la médecine générale, le médecin doit « faire la promotion de la santé et prévenir les maladies ». Il nous semble important de prévenir les troubles du sommeil, car ils entraînent de graves conséquences sur la santé<sup>56,57,58</sup>, ils sont à l'origine d'accidents<sup>55</sup> et ils ont un coût non négligeable pour la société.<sup>59</sup> Le sommeil devrait donc être considéré au même rang que la nutrition, l'activité physique, ou l'arrêt du tabac.<sup>1</sup> D'ailleurs, l'HAS a publié en janvier 2015 un « outil d'aide au repérage précoce et intervention brève » pour l'alcool, le cannabis, et le tabac chez l'adulte.<sup>96</sup> Mais un tel outil n'a pas son équivalent pour les troubles du sommeil à notre connaissance.

Réaliser un outil permettant d'inclure tous les troubles du sommeil était un choix ambitieux au départ. Les outils validés existants sont plutôt centrés sur une pathologie en particulier et souvent réservés aux études scientifiques ou à des spécialités et plutôt en milieu hospitalier. Notre ambition était de savoir si un outil d'aide au repérage précoce pour les troubles du sommeil serait utile dans la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Nous avons sélectionné des données de la littérature (livres, articles, recommandations de grandes instances de santé, thèses, sites internet) pour réaliser notre outil. Ces données proviennent souvent d'avis d'experts et ne sont pas d'un haut niveau de preuve. La sélection de ces données a été faite par l'investigateur et est donc subjective et critiquable. Notre objectif était de rester simple, concis, le plus exhaustif possible en restant toutefois dans le domaine de la médecine générale. Nous voulions tenir compte des problématiques qui incombent à la médecine générale : le manque de temps lors de la consultation, le manque de connaissance parfois, le besoin de rigueur, et l'empathie. In ne fallait pas alourdir le questionnaire de pathologies rares (comme l'insomnie fatale familiale) et rester sur les pathologies les plus fréquentes et graves. Notre but était de réaliser un outil original en incluant les contraintes de la médecine générale. Trop souvent les outils sont réalisés pour des études statistiques et réalisables essentiellement en milieu hospitalier plus à même de dégager du temps pour l'interprétation de l'outil. C'est pourquoi, nous n'avions pas inclu de score, car cela prend du temps pour le calculer et nous voulions que le médecin d'un coup d'œil puisse évaluer son patient et décider de la suite de la prise en charge.

Nous avons demandé l'approbation d'un médecin spécialiste de la clinique du sommeil de Biarritz qui a accepté de recevoir l'investigateur (cf. Annexe 4) et nous avons

décidé de mettre son entretien dans l'analyse afin de pouvoir comparer les points de vue. Cependant, il s'agit d'un seul avis d'expert, ce qui est également critiquable.

Enfin, notre outil se compose d'un agenda du sommeil réduit et d'un questionnaire « à choix forcé » en oui/non assez exhaustif. Nous l'avons appelé outil car c'est une aide notamment diagnostique. Il ne s'agit pas d'une échelle d'évaluation ou d'un questionnaire de type Likert qui permet de juger ou d'apprécier la gravité d'un trouble. Cette notion de sévérité et d'intensité est peu abordée dans notre échelle, ce qui peut être discutable. Les limites théoriques de l'outil étaient connues au départ mais le tester auprès de médecins généralistes permettait de pouvoir l'améliorer en le confrontant aux réalités du terrain. L'outil est une aide, un complément pour la consultation du médecin généraliste 66,69, le médecin doit bien sûr continuer à rester critique face à l'outil. Les discordances peuvent être intéressantes à rechercher et peut amener le médecin à se questionner davantage pour son patient. Comme nous l'avons signalé sur la fiche d'explication du médecin généraliste qui accompagnait l'outil (cf. Annexe 2-7), la conduite à tenir diagnostique du médecin était libre.

# 1.3.3.2. Difficultés pour le recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué sur 2 régions éloignées de France, ce qui a compliqué le recrutement notamment au niveau de l'organisation des rencontres avec les médecins. En Aquitaine, l'investigateur avait quelques connaissances mais moins de temps pour s'entretenir avec les médecins. En Franche-Comté, l'investigateur a dû démarcher de façon aléatoire avant de trouver des volontaires puis par effet boule de neige d'autres médecins ont été trouvés. Le mode de recrutement a été varié (téléphone, mail, rencontre directe au cabinet ou à la journée nationale du sommeil, connaissances) et pas toujours homogène entre les différentes régions ce qui peut être discuté.

Le recrutement a pris un peu plus de temps que prévu (environ 4 mois) notamment car il y a eu un creux au mois d'avril et de mai 2015 avant de trouver des médecins notamment en Franche-Comté.

Dans l'échantillon des 41 médecins, les médecins sont bien répartis en fonction des caractéristiques suivantes : région, âge, sexe, nombre d'années d'installation. Par contre, ils sont plus nombreux à exercer dans une zone urbaine, en groupe, et à participer à une FMC. Moins d'un tiers des médecins sont maîtres de stage. Quand on regarde comparativement les 2 régions Aquitaine et Franche-Comté, on se rend compte que les médecins recrutés sont plus fréquemment des femmes, jeunes, installées depuis moins de 10 ans en Franche-Comté et plutôt des hommes avec une légère majorité par rapport aux femmes, plus âgés et avec plus de 10 années d'installation en Aquitaine. La proportion de médecins maîtres de stage est légèrement supérieure en Franche-Comté par rapport à l'Aquitaine. En Aquitaine, il y a proportionnellement un peu plus de médecins exerçant en zone urbaine par rapport à la Franche-Comté.

Le fait qu'il y ait peu de médecins maîtres de stage permet d'amener des avis peut être moins « universitaires ». Les maîtres de stage ont peut-être plus de goût pour la recherche en médecine générale et peuvent avoir un a priori positif au départ sur un travail de recherche en soins primaires. L'investigateur a dû voir les médecins dans un temps parfois court

notamment en Aquitaine et a ciblé des zones où les médecins étaient nombreux et à proximité les uns des autres, ce qui explique le fait que les médecins soient majoritairement en zone urbaine. En Franche-Comté, la recherche a été difficile au départ pour trouver des médecins volontaires et les médecins plus jeunes ou les maîtres de stage pouvaient être plus réceptifs.

Enfin, 150 médecins ont été contactés pour recruter 41 médecins, soit seulement 27% de volontaires sur l'ensemble des médecins contactés. Mais sur les 109 médecins non participants, 89 médecins n'ont fourni aucune explication. L'investigateur a noué le premier contact par téléphone majoritairement avec la secrétaire en premier interlocuteur ou par mail. On peut penser que soit le médecin ne voulait pas participer à une thèse, soit le médecin n'était pas intéressé par le sujet, soit le message n'était pas passé. Trois médecins se sont désistés avant l'entretien initial après avoir répondu positivement essentiellement par manque de temps et les 17 médecins qui n'ont pas souhaité participer, ont également avancé le manque de temps.

#### 1.3.3.3. Difficultés pour le recueil des données

Le taux de participation a été bon puisque 80% des médecins ont renvoyé les « questionnaires patient ». Cependant, on attendait 330 questionnaires si on compte les 33 médecins qui ont fait les questionnaires et on a reçu 274 questionnaires. Cela s'explique par le fait que certains médecins ont envoyé moins de questionnaires que prévu (12 médecins ont envoyé moins de questionnaires dont 5 médecins ont envoyé 2 ou 3 questionnaires), et par la perte de questionnaires par la poste (1 médecin avait envoyé 12 questionnaires qui se sont perdus). Il aurait également fallu laisser plus de questionnaires lors de la remise des documents aux médecins, car des patients ont pu oublier de rendre les questionnaires aux médecins.

Le recueil des « questionnaires patient » a été long avec un écart très important entre l'envoi le plus rapide (2 jours) et le plus long (7 mois et 10 jours). Le délai entre le moment du recueil de données et le moment des entretiens finaux n'a pas pu être respecté dans certains cas, notamment pour 6 médecins : le médecin 23 car elle a arrêté son activité libérale, et les médecins 6, 29, 33, 37, et 41 car ils ont rendu les questionnaires avec plus de 2 à 3 mois de retard.

Huit médecins n'ont pas renvoyé de questionnaire. La raison avancée était essentiellement le manque de temps pour 3 médecins, le manque d'intérêt et de temps pour 2 médecins, et 3 médecins n'ont pas donné de raison.

# 1.3.3.4. Difficultés pour le remplissage des fiches de suivi

Les fiches de suivi ont été globalement peu remplies par les médecins. Seulement 12 médecins les ont remplies seuls (10 médecins avaient renvoyé les fiches de suivi avant l'entretien final et 2 médecins les avaient faites avant et rendues lors de l'entretien). Les autres fiches de suivi ont été complétées pendant l'entretien final, ce qui a pu écourter dans certains cas le temps consacré à l'interview du médecin. Trois médecins n'ont pas rempli les fiches de suivi par manque de temps ou par oubli des patients. Le diagnostic retenu n'était pas

souvent rempli, ce qui a pu engendrer des erreurs dans le compte des diagnostics recueillis par l'outil. En effet, nous n'avons pas pu comparer le diagnostic évoqué par l'outil avec le diagnostic retenu par le médecin. Parfois, nous avons utilisé les informations données par le médecin lors de l'entretien final souvent vagues car il y avait un biais de mémoire. Dans ces cas, le diagnostic n'était pas certain.

#### 1.3.3.5. Difficultés lors des entretiens finaux

Il n'y a pas eu de problème lors des entretiens finaux. Tous les médecins ont accepté d'être enregistrés. Par contre, les enregistrements ont été écourtés parfois à cause du remplissage des fiches de suivi qui prenaient du temps. Sur les 6 médecins qui n'ont pas participé à l'entretien final, aucun n'avait renvoyé de questionnaire.

## 1.3.4. Les biais de cette étude

#### 1.3.4.1. Biais de sélection

Il existe un biais dans la sélection. Les médecins d'Aquitaine ont été démarchés d'abord par connaissance alors qu'en Franche-Comté le recrutement a été aléatoire. Ces connaissances personnelles ont pu répondre positivement à l'étude plus par sympathie que par intérêt. Les médecins en Franche-Comté étaient plus jeunes et plus proches de la thèse. Ils ont pu accepter de participer à l'étude par empathie. Il existe également un biais de volontariat car nous avons choisi des médecins volontaires pouvant avoir des caractéristiques différentes des médecins ne voulant pas participer.

#### 1.3.4.2. Biais de recueil des données

Il existe un biais lors du recueil des données. Certains « questionnaires patient » ont pu être mal ou incorrectement remplis par les patients. Plusieurs fiches de suivi ont été insuffisamment complétées par les médecins, ce qui peut limiter la fiabilité des diagnostics posés. Le médecin 41 avait suggéré de rajouter une case correspondante à la fiabilité des réponses, mais cela aurait surchargé le questionnaire et les fiches de suivi devaient suffire à compenser.

#### 1.3.4.3. Biais d'intervention

Lors des entretiens finaux, il existe un biais d'enquêteur car il peut s'avérer que l'attitude adoptée par l'investigateur ait pu influencer des réponses.

#### 1.3.4.4. Biais d'analyse et d'interprétation

La propre opinion de l'investigateur peut biaiser l'interprétation lors de l'analyse des résultats.

# 2. <u>Discussion sur les résultats</u>

# 2.1. Résultat principal

# 2.1.1. Avis des médecins généralistes concernant l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil

#### 2.1.1.1. Outil satisfaisant

Les médecins généralistes avaient globalement un avis positif sur l'outil.

« Oui, je trouve que c'est bien. Oui, oui, c'est quelque chose qui peut être utile. Et ce serait bien de le mettre en pratique de façon plus générale. » (M30)

La majorité des médecins étaient satisfaits de notre outil, même s'ils n'avaient pas fait de nouveaux diagnostics. Les deux médecins qui n'étaient pas satisfaits de l'outil, n'utilisaient pas les outils ou les échelles en général, et n'ont pas trouvé que l'outil en lui-même n'était pas satisfaisant.

Notre outil a permis de trouver un nombre très important de diagnostics de troubles du sommeil et 30 nouveaux diagnostics confirmés et investigués par les médecins ont été trouvés grâce à notre outil.

# 2.1.1.2. Mise en perspective de l'utilisation de notre outil avec la pratique initiale des médecins généralistes

Quand on regarde les réponses issues du questionnaire initial des médecins recueillies au début de l'étude, on s'aperçoit qu'une majorité de médecins n'étaient pas suffisamment satisfaits de leur démarche diagnostique concernant les troubles du sommeil (26 médecins sont moyennement, peu ou pas satisfaits contre 15 médecins qui sont satisfaits ou très satisfaits). Ils ont avoué pour la plupart prescrire des hypnotiques hors recommandations au moins de temps en temps. Et tous les médecins admettaient rencontrer des difficultés dans la prise en charge de leur patients souffrant de troubles du sommeil sauf 2 médecins qui ne présentaient pas de difficulté. Ils estimaient principalement manquer de temps, subir des pressions de la part de leurs patients concernant la prescription médicamenteuse, voire manquer de connaissances. Les raisons avancées par un nombre plus réduit de médecins étaient : la difficulté d'obtenir des examens ou de se rappeler des bilans, la difficulté d'obtenir l'adhésion des patients pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique (manque de connaissance des patients, refus des médicaments ou d'une prise en charge spécifique pour certains, refus du sevrage des médicaments pour d'autres), ou encore le rythme inadapté des consultations de médecine générale pour s'attaquer à des problèmes complexes. Ce sont les mêmes difficultés que l'on peut retrouver dans la thèse de F. Pricaz<sup>6</sup> et la thèse de A. Cote-Rey et I. Roucou<sup>5</sup>, en particulier le manque de temps, le manque de motivation de la part du patient ou du médecin, la pression médicamenteuse exercée par les patients, les difficultés de sevrage médicamenteux et le manque de compétences des médecins.

Le constat que l'on peut faire est que les médecins attendent des solutions pour les aider à gérer les patients souffrant de troubles du sommeil pour mieux les prendre en charge, pallier à un certain manque de connaissance, apporter de meilleures explications à leurs patients, et éviter la prescription infondée de médicaments. Pour la plupart des médecins de notre étude, notre outil répond en partie à ces attentes. L'outil permet en effet, de se remémorer les diagnostics et les bilans éventuels, de situer les patients dans une ou des catégories de façon plus concrète et moins abstraite, de donner des arguments aux médecins face aux patients, et d'éviter la prescription médicamenteuse en permettant d'échanger avec les patients.

« Si quand même euh, les patients étaient ravis un petit peu de, de travailler quelque chose avec eux avec votre outil, parce qu'ils avaient l'impression qu'on prenait bien en compte leur trouble du sommeil et pas juste de traiter comme ça, en donnant un somnifère en suivant. D'être plus attentif. » (M3)

Du fait du retentissement important des troubles du sommeil sur la santé et la qualité de vie des patients et de l'absence fréquente de plainte de la part des patients, les recommandations de l'HAS<sup>4</sup> de 2006 préconise une approche active de la question du sommeil par le médecin généraliste lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient selon un accord professionnel. Le problème de sommeil doit être abordé pour lui-même, éventuellement en consacrant une ou plusieurs consultations spécifiques. Les recommandations de l'HAS encouragent aussi un dépistage précoce et une prévention des conséquences, ainsi que des prescriptions adaptées et maîtrisées, à la condition d'un suivi adéquat.

#### 2.1.1.3. La démarche de dépistage en médecine générale

Plusieurs médecins trouvaient l'outil utile et pratique dans le quotidien. C'était une aide et un bon outil de dépistage qui permet de classer les troubles du sommeil et d'orienter la prise en charge.

« Ça permet de dépister certains troubles du sommeil qui ont nécessité d'être bilantés après dans un deuxième temps. » (M3)

« Sur un trouble du sommeil, c'est vrai, ça permet de, d'orienter un peu la prise en charge, hein. » (M37)

La meilleure méthode de dépistage pour 31 médecins reste l'interrogatoire accompagné de l'examen clinique mais 19 d'entre eux admettent qu'un outil peut être utile pour le dépistage.

« Après moi, je pense que voilà dans le diagnostic précoce des troubles du sommeil, je pense qu'elle est bien. Mais après c'est vrai quand les gens signalent un trouble du sommeil, enfin on se sert pas forcément de cette échelle à mes yeux. On arrive à orienter un petit peu avec nos questions, mais bon c'est à peu près les mêmes au final, c'est à peu près les mêmes questions. » (M34)

« Oui, euh, pff qui serait plus judicieux euh, ça je trouve que c'est quand même bien de faire ça. » (M30)

Un médecin (M7) pense que poser simplement la question « dormez-vous bien ? » peut aider à dépister des malades.

« Pff, ben déjà y penser et poser la question au patient, ça me paraît déjà être une bonne méthode [sourire]. Euh, simplement une question simple pour lui demander si euh, s'il dort bien, ça peut être un bon début [...]. Moi, je pense que c'est un peu comme le conseil minimal pour le tabac, peut-être y penser et poser la question d'emblée » (M7)

Trois médecins pensent qu'un interrogatoire modernisé serait une bonne méthode de dépistage, soit avec l'aide d'un auxiliaire de santé (pour M17), soit de façon informatisée (pour M40, M4).

« déléguer une partie des tâches de recueils des données à des auxiliaires de santé ou à des personnes formées » (M17)

« questionnaire en ligne où on remplit avec le patient en direct le questionnaire et en cliquant sur le total, ça nous donne tout de suite le résultat » (M40)

« tout ce qui est télémédecine et autre, informatique et autre euh, ça va être de plus en plus le cas » (M4)

Les médecins généralistes n'avaient pas vraiment d'avis sur les autres méthodes de dépistage des troubles du sommeil. Ils pensaient effectivement qu'un outil était le meilleur moyen pour dépister. D'autres méthodes comme les campagnes de sensibilisation, le développement des nouvelles technologies, les affiches au cabinet, voire l'aide d'un auxiliaire de santé ont été évoquées par certains d'entre eux. Mais les médecins étaient ambivalents sur la question du dépistage des troubles du sommeil.

Des études montrent l'intérêt d'une démarche de prévention. Notamment une étude <sup>97</sup> a été réalisée en 2005 en Franche-Comté par un organisme de formation professionnelle de médecins généralistes MG Form, et l'Institut de recherche et de développement de la qualité (IRDQ) financée par les Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Cette étude a permis de conceptualiser une « consultation spécifique de prévention » et de créer un module d'aide informatique (logiciel « PPP » pour Plan de Prévention Personnalisé). Pour être le plus efficace possible selon cette étude, la prévention doit faire l'objet de consultations dédiées sans être mêlée au curatif.

Par ailleurs, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) dans un rapport<sup>98</sup> de mars 2009 sur les consultations de prévention souligne la nécessité de développer une logique préventive qui s'inscrit dans un parcours de santé coordonné en s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre le médecin traitant et le patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention. Les consultations dédiées liées à la prévention peuvent avoir lieu au moment de certains évènements de vie des patients (adolescent, nouveau patient, chômage, nouveau retraité). Cela nécessite d'autres formes d'organisation du temps médical.

Deux formes organisationnelles préventives possibles sont mises en évidence dans ce rapport 98 :

- la consultation périodique de prévention dédiée qui s'inscrit dans un temps spécifique au cours duquel le ou les professionnels de santé vont effectuer toute une série d'investigations,
- les examens (ou actes) le plus souvent périodiques (cette périodicité étant fixée par des référentiels) de prévention, s'inscrivant dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé, et s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre le médecin traitant et le patient.

Dans les programmes étrangers sur la prévention, les professionnels de santé paramédicaux, en particulier les infirmières, sont très souvent en première ligne. Selon le rapport du Haut Conseil de Santé Publique<sup>98</sup> de 2009, il est indispensable de prévoir de nouveaux modes d'organisation : projet de santé sur un territoire donné, contrat d'objectifs et de moyens, protocole de prévention partagé, temps de concertation...

Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé<sup>99</sup> (EGOS) de janvier 2016 insistaient sur la médecine de premier recours, non seulement, dans sa composante « soins » mais aussi « préventive ». Les activités pluridisciplinaires (médecins, infirmières ...) de prévention sont promues avec de nouvelles formes d'organisation de la santé, telles que les maisons et pôles de santé, les réseaux de proximité, les hôpitaux locaux, la délégation de tâches médecins-infirmiers.

Enfin, il existe des campagnes de sensibilisation<sup>1</sup> nationales de la sécurité routière contre la fatigue au volant ou plus récemment pour le sommeil des adolescents. Une journée nationale du sommeil<sup>63</sup> est également organisée par l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) en mars pour sensibiliser le public depuis 2001.

# 2.1.1.4. Les commentaires des médecins généralistes sur notre outil

#### Outil exhaustif, démarche systématique

Les médecins ont souvent reconnu que l'outil permettait d'être systématique, qu'il était exhaustif et complet. Il permettait selon certains médecins de ne rien oublier et aucun médecin n'a dit le contraire. Pourtant, 4 médecins pensaient que les échelles en général sont moins fiables et que les médecins peuvent savoir plus de choses sur le patient qu'un questionnaire.

Or des études montrent le contraire. En effet, quand un recueil systématique et répété d'un ensemble d'informations est souhaité, un questionnaire standardisé permet de recueillir près de 100% des informations, alors que l'interrogatoire sans support préétabli atteint au mieux 66% du recueil. Tout système de recueil améliore donc le degré d'exhaustivité.

L'utilité d'un test dépend de sa validité interne et externe. La validité interne est définie par la qualité de la méthodologie employée pour la validation du test comme outil de mesure d'une probabilité diagnostique ou pronostique. Peu d'études prouvent réellement la

validité interne d'un test. <sup>101,102,103</sup> Les tests validés sur des patients hospitalisés ou non français sont difficilement transposables à la pratique généraliste française. La validité externe est définie par l'utilité d'un test en pratique clinique. En d'autre terme, la question est de savoir si le test va modifier une prise en charge et si cette prise en charge induite par le test est bénéfique au patient. Cette validité externe est donc primordiale et doit reposer sur des études d'impact menées en médecine générale ambulatoire comparant la prise en charge avec et sans test afin de prouver le bénéfice apporté par le test au patient. Ces études sont rares et certaines études <sup>104</sup> ne montrent pas toujours de bénéfices du test pour les patients, comme par exemple une étude sur les échelles d'évaluation de la douleur. <sup>105</sup> Cependant, dans la thématique des troubles du sommeil, les recommandations <sup>4,12,49,98</sup> sont unanimes sur un dépistage actif des troubles du sommeil et des outils de dépistage sont conseillés. <sup>69</sup>

## L'outil : un gain de temps ?

Les médecins étaient partagés sur la notion de gain de temps apporté par l'outil. Plusieurs médecins trouvaient qu'effectivement l'outil permettait de gagner du temps. Mais quelques médecins trouvaient que l'outil rallongeait la consultation. Certains médecins considéraient que cela rajoutait du temps pour une consultation non prévue pour ce motif au départ. L'hypothèse que l'on peut émettre également, est le fait que ces médecins n'avaient peut-être pas une démarche toujours rigoureuse face aux patients souffrant de troubles du sommeil, ce qui était consenti d'ailleurs quand on regarde les réponses au questionnaire initial des médecins. En effet, ils ne passaient peut-être pas suffisamment de temps à la base sur ces problèmes-là, notamment parce que les troubles du sommeil arrivaient en fin de consultation ou que les patient n'étaient pas volontaires pour revenir pour une prochaine consultation uniquement pour ce problème. La solution adoptée parfois par certains médecins était de prescrire un médicament en attendant d'avoir le temps de faire le diagnostic. Au contraire, les médecins qui passaient plus de temps sur les troubles du sommeil avant d'utiliser l'outil, ont trouvé que l'outil pouvait faire gagner du temps.

La durée moyenne des consultations des médecins généralistes est de 16 minutes en France selon une étude de l'IRDES<sup>106</sup> en 2009 et une enquête de la DREES<sup>107</sup> en 2007. Or, la recherche étiologique concernant les troubles du sommeil est longue<sup>4</sup> et nécessite souvent plus de temps. Pourtant, dans l'étude de la DREES<sup>107</sup> de 2007, les consultations liées à la prévention médicale durent en moyenne 15,8 minutes, mais les consultations liées à un symptôme peuvent être plus longues que la durée de consultation moyenne avec un temps estimé à 17,1 minutes en moyenne. L'organisation de la consultation médicale doit évoluer selon le HCSP<sup>98</sup>, et des pistes sont d'ailleurs avancées en élargissant les modalités de rémunération et en favorisant la coopération avec d'autres professionnels de santé. Les lois sur la santé publique et l'assurance maladie de 2004, ainsi que le projet de loi HPST devraient faciliter cette mise en œuvre.

#### Utilisation de l'outil difficile en pratique

Au départ de l'étude, une majorité de médecins affirmaient qu'ils avaient une démarche active face au problème des troubles du sommeil. Cependant, dix médecins n'avaient pas recours au dépistage de ces troubles du sommeil de façon spontanée. Les raisons alors invoquées étaient : le manque de temps, l'inadéquation avec le thème principal de la

consultation, le caractère non systématique, le manque de moyens. Ces mêmes notions ont également été retrouvées lors des entretiens par les mêmes médecins pratiquement. Mais l'analyse qualitative a permis de révéler qu'en fait, les médecins généralistes de l'étude ne sont pas actifs pour le dépistage des troubles du sommeil pour la majorité d'entre eux, contrairement à leur déclaration initiale.

Plusieurs médecins ont souligné pendant les entretiens qu'il faut se contraindre à avoir une bonne démarche diagnostique, prendre du temps dans tous les cas, susciter la motivation du patient et que l'outil peut être un élément facilitateur dans cette démarche. Cela demande de l'énergie de la part du médecin. Et certains médecins peuvent avoir des difficultés à intégrer l'outil dans leur mode d'organisation actuel. En effet, la contrainte de temps est un problème pour tous les médecins que nous avons rencontré lors de l'étude. Beaucoup de médecins aimeraient passer plus de temps avec leurs patients, pouvoir réaliser des consultations dédiées sur les troubles du sommeil. Sur le principe, ils sont globalement d'accord avec les recommandations de l'HAS<sup>4</sup> ou de la SSMG<sup>12</sup>. Mais en pratique ils avouent que c'est difficile à organiser sur leurs plannings chargés et à faire accepter aux patients et que ce n'est pas assez rémunéré pour le temps consacré à ce problème. Lors des entretiens, ce qui ressortait, c'était que les médecins approuvaient l'idée d'un dépistage mais un dépistage qui serait ciblé sur des patients qui se plaignent ou suspectés d'avoir des troubles du sommeil.

L'étude qualitative a permis de mieux appréhender la réalité du terrain (peu de dépistage des troubles du sommeil en médecine générale) avec la pratique idéalisée des médecins généralistes (souhait de mieux dépister les troubles du sommeil).

# Impact de l'outil sur les médecins généralistes de l'étude

Au début de l'étude, une légère majorité de médecins ont affirmé n'utiliser aucun outil, soit 22 médecins. Après avoir réalisé l'étude, une large majorité de médecins affirmaient vouloir utiliser notre outil à l'avenir. Lors des entretiens finaux, 28 médecins déclaraient utiliser souvent ou de temps en temps des outils ou autres échelles de dépistage. On peut en conclure que notre étude a eu un impact sur l'utilisation des outils en général ou au moins une prise de conscience des médecins généralistes sur leur pratique.

#### 2.1.1.5. Les commentaires des médecins généralistes sur d'autres outils

#### Autres outils utilisés par les médecins généralistes

Les outils relatifs aux troubles du sommeil que les médecins ont affirmé utiliser au départ de l'étude étaient essentiellement des documents de référence ou personnels (cours, recommandations HAS). Quelques médecins ont cependant cité le réseau Morphée, l'agenda du sommeil et l'échelle d'Epworth. Une faible majorité des médecins affirmaient utiliser l'agenda du sommeil souvent ou de temps en temps.

Lors des interviews des médecins, peu de médecins connaissaient finalement les échelles qu'on peut retrouver dans les recommandations HAS<sup>4</sup> (comme l'échelle

d'Hamilton<sup>83</sup> pourtant cotée dans la Nomenclature Générale des Actes Professionels<sup>108</sup> avec une rémunération spécifique à 69,12€). Beaucoup de médecins ne connaissaient pas certaines échelles spécifiques (échelle de sévérité du syndrome des jambes sans repos<sup>52</sup>, l'ISI<sup>78,79</sup>). La seule échelle vraiment connue des médecins était l'échelle de somnolence d'Epworth<sup>88</sup> pour le syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Elle était simple d'utilisation pour la plupart des médecins, même si certains médecins la trouvaient trop courte ou pas assez fiable. L'agenda du sommeil était cité et utilisé que par quelques médecins et ceux qui l'ont cité n'ont pas émis de critiques.

### Avis contrastés des médecins généralistes sur l'utilisation des autres outils

La plupart des médecins généralistes pensaient qu'il fallait utiliser davantage les échelles pour avoir une certaine rigueur dans la démarche diagnostique et thérapeutique, comme les autres spécialistes. Mais ils pensaient également que les échelles n'étaient souvent pas adaptées à la pratique de la médecine générale car elles étaient trop longues, chronophages et insuffisamment rémunérées. Certains médecins avouaient que si la rémunération des consultations sur le sommeil était plus élevée, ils seraient prêts à utiliser ces outils. Certains médecins pensaient également que les échelles étaient moins fiables que leur propre sens clinique.

Selon une enquête de l'INPES<sup>109</sup> de 2009 « Baromètre santé Médecins généralistes », 62,4% des médecins déclarent utiliser au cours de leur consultation des « questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ». Mais pour 70% des utilisateurs, cette utilisation est occasionnelle. Dans notre étude, 68,3% déclaraient utiliser des échelles et pour 85,7% des médecins utilisateurs, l'usage des échelles était occasionnel. Dans l'enquête de l'INPES<sup>109</sup> de 2009, la proportion des médecins qui déclarent n'en utiliser jamais a nettement régressé en 2009 par rapport à 2003 (de 64,8% à 37,6%; p<0,001). En revanche, l'utilisation occasionnelle et l'utilisation fréquente progressent entre 2003 et 2009 : respectivement de 28,5% à 43,7% (p<0,001) et de 5,3% à 14,1% (p<0,001). Cette évolution, déjà significative entre 1998 et 2003, s'est donc accentuée entre 2003 et 2009. Les questionnaires préétablis permettent d'aborder plus facilement certaines questions délicates d'après l'avis des médecins généralistes de l'enquête. Les thèmes des questionnaires utilisés pour l'ensemble des généralistes étaient principalement : le tabac (34%), les maladies cardio-vasculaires (21,4%), les maladies psychiatriques (16,8%), l'alimentation (15,9%) et les troubles de la mémoire ou maladie d'Alzheimer (15,2%). Le thème du sommeil est loin derrière mais en progression (1,3% pour l'ensemble des généralistes en 2009 contre 0,2% en 2003) et les questionnaires sur le sommeil sont plus utilisés parmi les utilisateurs de questionnaires préétablis (2,2% pour l'ensemble des généralistes en 2009 contre 0,7% en 2003). Les médecins utilisateurs de questionnaires préétablis sont en général plus jeunes et appartiennent à un réseau de santé, ils sont également plus souvent formés en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique. Dans notre étude, les patients non utilisateurs d'outils avaient en moyenne plus de 50 ans et les utilisateurs étaient en général également plus jeunes.

Des efforts sont encore à fournir pour le thème des troubles du sommeil mais l'utilisation des questionnaires préétablis progresse en France auprès des médecins

généralistes et vont dans le sens des politiques de prévention menées par les grandes instances de la santé.

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation<sup>109</sup>, 91,4% des médecins généralistes apprécieraient avoir plus de temps, 80% des médecins souhaiteraient des campagnes d'information grand public, 78,5% des médecins aimeraient disposer de supports écrits d'information, 78% des médecins souhaiteraient bénéficier d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique, 73,5% des médecins aimeraient pouvoir déléguer certaines activités de prévention, et 64% des médecins aimeraient avoir une rémunération spécifique de ces missions.

#### Les freins à l'utilisation des tests ou échelles pour les médecins généralistes

Les tests sont des outils d'aide à la décision médicale présentés sous forme d'échelles, de scores ou de questionnaires. L'objectif d'un test est de réduire l'incertitude relative à un diagnostic ou un pronostic par l'utilisation explicite et raisonnée de données cliniques ou paracliniques simples. Les freins à l'utilisation des tests ou échelles par les médecins généralistes ont été étudiés dans une étude de 2010. Le frein principal est le manque de connaissance et de formation aux tests (frein le plus fréquemment cité pour 52,9% des médecins). Le premier frein cité parmi les médecins généralistes connaissant les tests mais ne les utilisant pas, est le doute quant à l'utilité du test dans la prise en charge du patient, avant le manque de temps, le manque de formation ou le problème d'accès. Par contre, l'acceptabilité des patients, les répercussions sur la relation médecin-patient, et le manque de rémunération ne sont pas des freins majeurs pour les médecins. Les tests les plus anciens sont connus des médecins. Paradoxalement, les médecins généralistes connaissent peu les tests les plus récents, conçus et validés spécifiquement pour la médecine générale ambulatoire.

#### 2.1.1.6. Profil des médecins généralistes

Dans notre étude, 53,6% des médecins généralistes interrogés au début de l'étude déclaraient ne jamais utiliser de tests en consultation pour les troubles du sommeil. Dans l'étude de C. Cario<sup>110</sup>, 15% des médecins généralistes ont une utilisation systématique des outils et 20 à 60% des médecins qui déclarent connaître les tests ne les utilisent en fait jamais, souvent par manque de formation suffisante à l'utilisation de ces tests ou par doute sur leur utilité.

Les médecins généralistes que nous avons interrogés dans notre étude n'ont pas tous eu le même avis selon qu'ils utilisaient ou n'utilisaient pas d'autres outils en général. Nous avons distingué trois profils de médecins généralistes en fonction de l'utilisation d'outils en général et un dernier groupe à part qui est celui des « non répondeurs » de l'étude.

Globalement dans l'étude, plus les médecins utilisent les outils en général et plus ils apprécient notre outil.

#### Les grands utilisateurs d'outils

Les « grands utilisateurs d'outils » utilisent souvent des outils. Ils ont globalement des commentaires très positifs sur notre outil et peu ou pas de critiques négatives. Ils utilisent souvent des outils et sont peu nombreux dans notre étude. Quatre médecins sont dans ce groupe.

Ce groupe ne comporte que des femmes de moins de 50 ans, elles viennent de toutes les zones (urbaine, semi-rurale, rurale), sont seules ou en groupe, et participent à une FMC pour la majorité, et une seule d'entre elles est maître de stage. Elles viennent toutes de Franche-Comté.

Elles sont toutes moyennement satisfaites de leur prise en charge des troubles du sommeil, et ont pour la majorité une démarche active concernant les troubles du sommeil. Elles utilisent déjà des outils pour chercher les troubles du sommeil (agenda du sommeil surtout ou autres). Elles avouent toutes souvent manquer de temps, certaines perçoivent la pression des patients sur la prescription de certains médicaments et ont des difficultés à se rappeler ou obtenir des examens complémentaires. Elles peuvent prescrire de manière générale des hypnotiques hors recommandations. Elles n'ont pas eu une formation initiale suffisante mais la plupart se sont formées après la formation initiale.

Elles ont un avis positif sur notre outil.

« ça me paraît bien utile, euh pour voilà dans le dépistage c'est vrai que les troubles du sommeil, c'est quelque chose de complexe. On a beaucoup de choses à aborder. Donc déjà je donne toujours un, un agenda du sommeil à faire et là effectivement ça peut nous orienter plus rapidement et de façon plus carrée dans chaque diagnostic, déjà pour ne rien oublier, penser à tout et puis nous aider à peaufiner aussi » (M40)

Et elles trouvent aussi les autres échelles intéressantes.

« Moi, c'est vrai que globalement, j'aime bien les échelles parce que ça permet de quantifier puis de suivre. » (M41)

## Les utilisateurs occasionnels d'outils

Les « utilisateurs occasionnels d'outils » est le groupe de médecins le plus nombreux. On compte 24 médecins dans ce groupe et ils ont des caractéristiques variées et leurs réponses lors de l'entretien initial sont également très variées. Huit médecins sont maîtres de stage. Ils ont un avis globalement positif sur notre outil.

« ben je pense que c'est quelque chose qui peut être très intéressant. Parce que c'est simple et que ça peut nous aider à repérer des choses basiques quoi, des grandes choses, des grandes lignes et puis après pouvoir orienter les examens et les thérapeutiques en fonction de ce qu'on a pu mettre en évidence. Donc c'est quelque chose, enfin les troubles du sommeil, c'est quelque chose qu'on voit beaucoup » (M30)

Mais environ un tiers des médecins sont assez critiques envers l'outil même s'ils lui trouvent des points positifs. Ils sont donc plus critiques sur l'outil que les « grands utilisateurs d'outils ».

« Donc, c'est vrai que ça permet de découvrir des choses sur des personnes sans qu'ils le déclarent, qu'ils le manifestent spontanément quoi en consultation. Mais c'est vrai qu'on a l'impression que par ce mode, ils affirment, ou en tout cas ils déclarent des choses qu'ils n'auraient peut-être pas déclarées. Après des difficultés, c'est juste euh, oui c'était surtout l'intégrer à une consultation prévue pour un autre motif en fait. » (M37)

Ils ont des avis mitigés mais plutôt positifs sur les outils en général : 6 médecins ont des avis positifs, 3 médecins ont des avis négatifs et 15 médecins ont des avis mixtes.

« Alors, elles sont sûrement très intéressantes et ça prend sûrement beaucoup de temps et c'est pour ça que c'est pas utilisé, enfin que je les utilise pas aussi fréquemment. » (M8)

## Les non utilisateurs d'outils

Les « non utilisateurs d'outils » sont peu nombreux dans notre étude. On en compte sept. Ils sont probablement plus nombreux si on inclut quelques-uns des 6 médecins qui n'ont pas souhaité réaliser l'entretien final et qui n'ont pas renvoyé de « questionnaires patient ». Ils viennent tous d'Aquitaine, viennent plutôt de zone urbaine et ont plus de 39 ans. Ils participent à une FMC pour la majorité. Un médecin est maître de stage. Trois médecins sur les sept sont satisfaits de leur prise en charge diagnostique des troubles du sommeil. Les principales difficultés qu'ils rencontrent sont le manque de connaissance sur le sujet, la pression des patients sur la prescription médicamenteuse et le manque de temps. Ils pensent avoir une démarche active pour la plupart. Ils ont déclaré pour la plupart, ne pas utiliser d'outils sauf 2 médecins qui ont pourtant confirmé ne pas en utiliser lors de l'entretien final. Tous les médecins affirment prescrire des hypnotiques hors recommandations. Leur formation initiale n'était pas suffisante pour la majorité et la moitié a eu une formation complémentaire. Ils ne font pas de recherche documentaire en général excepté 2 médecins. Ils ont tous des avis négatifs sur les outils en général, par contre 3 d'entre eux ont un avis positif sur notre outil, 2 médecins ont un avis mitigé et les 2 derniers ont un avis négatif sur tous les outils en général.

## Avis positifs sur notre outil

Il s'agit de 2 femmes et d'un homme. Ils étaient plutôt positifs sur notre outil. « moi je trouve que les grilles comme ça, c'est une bonne méthodologie » (M14)

Mais ils ne trouvaient pas les autres outils adaptés à la médecine générale et ne connaissaient pas bien les autres outils d'une manière générale.

« D'une part, il y en a certaines que je ne connais pas. Et d'autre, je ne les trouve pas pratiques, pas adaptées à ma pratique. » (M20)

#### Avis mitigés sur notre outil

Un médecin a utilisé notre outil mais l'a trouvé trop chronophage. Il aurait été préférable de l'utiliser selon ce médecin sur une consultation dédiée. Ces patients n'ont pas bien compris les questions.

« C'est vrai qu'il aurait fallu que je les convoque les gens juste pour ça et là on avait le temps de se dire en quinze minutes on fait le questionnaire et euh vous me dites ce que vous avez voilà à dire là-dessus. » (M23)

Un des médecins n'a pas utilisé l'outil. Il affirmait ne pas avoir utilisé l'outil par négligence et par manque de temps. Il trouvait l'outil un peu long mais quand même intéressant. Il envisageait même d'utiliser notre outil à l'avenir mais il préférait l'apprendre par cœur, plutôt que de donner un questionnaire à ces patients.

« c'est le genre de test qu'on doit savoir par cœur, c'est ça, en fait c'est peut-être pour ça que je l'ai pas utilisé. » (M21)

#### Avis négatifs sur notre outil

Deux médecins ont un avis négatif sur tous les outils en général.

Un des médecins n'a rendu aucun « questionnaire patient ». Il déclarait au début de l'étude être moyennement satisfait de sa démarche diagnostique pour les troubles du sommeil. Il défendait fermement sa « résistance » face à l'utilisation croissante des outils qui n'étaient utiles qu'aux spécialistes selon lui. Il avait affirmé au départ n'utiliser aucun outil. Il défendait une idée de la médecine plutôt proche des patients et moins « technique » et ne voulait pas classer les gens dans des catégories comme c'est souvent le cas quand on utilise les échelles. Ils trouvaient ces échelles « intéressantes intellectuellement » mais chronophages et pas adaptées à la médecine générale. Il craignait une déshumanisation de la consultation médicale et que l'outil retire toute son utilité au médecin.

« Effectivement, on n'a plus besoin d'être médecin pour faire ça. » (M25)

Parmi, tous les médecins qui ont rendu les questionnaires, un seul médecin était contre l'utilisation d'outils en médecine générale et a rendu 2 questionnaires au lieu des 10 demandés. Elle était plutôt satisfaite de sa prise en charge des troubles du sommeil lors de l'entretien initial.

« je n'ai pas forcément besoin de référencer les choses sur une grille et de me dire donc la conclusion de ça, c'est que je dois faire ça, ça ou ça. Parce que c'est pas que je sois hyper forte ou meilleure que les autres mais je sais pas... » (M11)

#### Les non répondeurs

Six médecins n'ont pas souhaité réaliser l'entretien final et n'ont pas renvoyé de « questionnaire patient ». Ces médecins affirmaient pour la grande majorité ne jamais utiliser d'outils, ni d'agenda du sommeil lors de l'entretien initial. Ils auraient probablement

appartenu au groupe des « non utilisateurs d'outils ». Ce groupe comprend majoritairement des hommes excepté une seule femme, ils ont tous la cinquantaine (entre 51 et 56 ans), ils sont en groupe et majoritairement en zone urbaine. Ils viennent d'Aquitaine ou de Franche-Comté. La moitié d'entre eux ne participent pas à une FMC et il y a deux maîtres de stage dans le groupe. Leur satisfaction concernant leur prise en charge est variée, de « très satisfait » à « peu satisfait ». La moitié d'entre eux n'ont pas une démarche active concernant la recherche des troubles du sommeil. La majorité des « non répondeurs » ne font pas de recherche documentaire. Les difficultés qu'ils rencontraient dans la prise en charge diagnostique des patients souffrant de troubles du sommeil étaient principalement le manque de temps, la pression des patients pour la prescription médicamenteuse, le manque de connaissance sur les troubles du sommeil. Ils prescrivent tous de temps en temps des hypnotiques hors des recommandations. Ils trouvent pour la majorité que la formation initiale n'était pas suffisante et ont eu des formations complémentaires par la suite sur les troubles du sommeil.

#### 2.1.1.7. Les difficultés des médecins et des patients

#### Difficultés des médecins

Lors de l'entretien initial, une majorité de médecins déclaraient ne jamais faire de recherche documentaire pour les aider dans leur démarche. Nous n'avons pas demandé pour quelles raisons dans l'étude. Les hypothèses qu'on peut avancer sont qu'ils pensaient avoir les connaissances nécessaires, qu'ils manquaient de temps, qu'ils ne savaient pas où chercher, ou ne connaissaient pas les sites internet utiles. Notre outil pouvait notamment aider les médecins qui ne font pas de recherche documentaire.

Dans l'étude, les médecins ont certaines lacunes qu'ils avouent d'ailleurs et n'ont pas forcément pu diagnostiquer toutes les pathologies correctement, ce qui constitue un biais dans nos résultats. En effet, certains diagnostics n'ont pas été faits. Quand on regarde les diagnostics probables (Tableau 14 de notre étude), des diagnostics de SAOS, de SJSR, de mauvaise hygiène du sommeil et également des insomnies d'ajustement ou psychophysiologique n'ont pas été confirmés. On peut imaginer que certains de ces diagnostics étaient vrais.

Des études épidémiologiques<sup>8</sup> sur les troubles du sommeil réalisées en 2012 par l'INVS ont montré par exemple que le SAHOS était un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué (4,9% des personnes ont déclaré avoir des symptômes évocateurs de SAHOS dans l'étude de l'INVS et 2,4% avaient un SAHOS diagnostiqué).

#### Difficultés des patients

L'étude n'a pas porté sur l'opinion des patients sur cet outil. C'est un travail qui pourrait par exemple, faire l'objet d'un autre sujet de thèse. Mais de l'avis des médecins généralistes interrogés dans l'étude, l'accueil a été plutôt bon auprès des patients. Par contre, ils avaient parfois des problèmes de compréhension pour certaines questions de l'outil.

Certains médecins nous ont même rapportés avoir des patients qui ont été parfois malhonnêtes dans leurs réponses, ce qui peut gêner pour l'interprétation de l'outil. Pour améliorer ces problèmes, une relation basée sur la confiance et l'éducation du patient semblent importants.

L'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a fait une enquête en 2011 sur l'attente des usagers en médecine générale. 111 Cette enquête montre que la relation médecin-patient n'est pas suffisante pour assurer un soin de qualité du point de vue des usagers. En effet, les usagers accordent une grande importance à l'échange d'informations, à la qualité clinique « perçue », c'est-à-dire à la minutie de l'examen clinique, à la réalisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi qu'à la capacité du médecin à répondre aux conséquences physiques d'un problème de santé (douleurs, gênes...). La réforme du 4 mars 2002 sur les droits du patient et la qualité du système de santé a d'ailleurs introduit une obligation d'information des patients. L'étude EUROPEP<sup>112</sup> de 1999 sur 3540 patients de médecins généralistes de 8 pays européens a également montré des résultats similaires à l'étude de l'IRDES. En particulier, l'information donnée par le médecin était important pour les patients européens. Les points importants communs pour des patients européens étaient : d'avoir assez de temps lors de la consultation, d'avoir des services rapides en cas d'urgence, de garder la confidentialité des informations sur les patients, de dire aux patients tout ce qu'ils veulent savoir sur leur maladie, de créer un climat de confiance pour que les patients se sentent libres de parler de leurs problèmes, d'avoir un médecin généraliste qui se forme régulièrement et d'offrir des services de prévention.

Les patients souhaitent jouer un rôle plus actif au sein de la relation médecin-patient, partager la décision médicale, comprendre son état de santé et gagner en autonomie. Les patients multiplient de plus en plus leurs sources d'informations médicales, mais le médecin reste le principal pourvoyeur d'informations pour 50 % des usagers selon une étude de 2008 de la DREES.<sup>113</sup> La charte d'Ottawa de 2001 pour la promotion de la santé précise qu'il faut faire des démarches impliquant la participation du public.<sup>114</sup>

Enfin la coordination des soins par le généraliste qui a un rôle « d'aiguilleur » dans le système de santé est également un aspect important pour les usagers selon l'enquête de l'IRDES.<sup>111</sup>

# 2.1.1.8. Réponse à l'objectif principal

#### L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil est aidant et utile en pratique quotidienne

Les résultats de cette étude sont en accord avec notre hypothèse de départ à savoir que l'outil peut être ressenti par les médecins généralistes comme aidant et utile en pratique quotidienne. Ceci est également ressenti par rapport au fait que les médecins ayant accepté de participer à l'étude sont restés intéressés jusqu'au bout de l'étude et ont accepté pour la grande majorité de réaliser l'étude en entier. Les commentaires sur l'étude et l'outil étaient globalement positifs. L'outil que nous avons réalisé n'existe pas à notre connaissance sous une forme aussi courte et condensée. Aucun des médecins, nous a signalé que l'outil était inférieur à un outil existant, ou qu'il manquait d'intérêt et ceci même pour les médecins les

plus critiques. De plus, notre outil a permis de découvrir de nombreux diagnostics notamment graves comme le syndrome d'apnées obstructives du sommeil et peut avoir un intérêt dans la prévention des comorbidités voire de la mortalité pour 30 patients pour lesquels les médecins n'auraient pas fait de prise en charge précoce sans notre étude.

#### Difficultés lors de l'étude

Cependant, les médecins généralistes ont été difficiles à mobiliser au départ de l'étude et l'intérêt pour notre outil peut être éphémère et ne durer que le temps de l'étude. Devant cette difficulté à mobiliser les médecins généralistes, les hypothèses qu'on peut formuler sont que : les médecins ont peu d'attrait pour la recherche en médecine générale, ils n'ont pas de temps à consacrer à d'autres activités, ils n'ont pas d'intérêt pour les troubles du sommeil. De plus, les médecins ayant participé ont eu du mal à faire entièrement ce qui était demandé. Ils ont bien donné le questionnaire aux patients, mais ils leur étaient demandés notamment dans la fiche de suivi, d'interpréter l'outil, de voir si le diagnostic suggéré par l'outil correspondait à leur diagnostic de départ et d'indiquer la prise en charge diagnostique ou thérapeutique qu'ils avaient effectué pour les patients suspectés de troubles du sommeil. Les hypothèses que l'on peut émettre devant le non remplissage de la fiche de suivi étaient que : les médecins n'avaient pas trouvé le diagnostic, le travail demandé était lourd, les médecins n'ont pas bien compris tout ce qu'ils avaient à faire, les explications données dans le dossier de thèse qu'ils leur étaient remis au début de l'étude ou les explications de l'investigateur n'étaient pas suffisamment claires, ou bien ils ont manqué de temps.

#### Sensibiliser davantage les médecins généralistes sur les troubles du sommeil à l'avenir

On voit à travers notre étude qu'il y a encore un travail de pédagogie à faire à l'égard des médecins généralistes pour les sensibiliser davantage au problème des troubles du sommeil et notamment pour le dépistage. Plusieurs médecins ont estimé qu'ils avaient trouvé des nouveaux diagnostics mais ne voyaient pas l'intérêt de prendre en charge le trouble du sommeil si le patient ne s'en plaint pas ou si ce n'est pas son motif principal de consultation. Ce qui est paradoxal car des diagnostics ont été trouvés et des patients traités.

Or les troubles du sommeil entraînent des comorbidités non négligeables<sup>54,56,58</sup> et entraînent des accidents du travail ou de la route.<sup>55</sup> En Europe, la somnolence est responsable de 20% des accidents mortels de la circulation. En France, elle est la première cause d'accident sur autoroute selon l'INSV.<sup>63</sup>

#### Intérêt du dépistage des troubles du sommeil en médecine générale

Les médecins généralistes de l'étude n'ont pas toujours perçu l'intérêt d'un dépistage pour les troubles du sommeil. Ils préféraient pour la plupart, agir lorsqu'il y avait une plainte de leur patient.

Dans son rapport<sup>1</sup> sur le thème du sommeil de 2006, le ministère de la santé avait comme priorité de promouvoir l'information et l'éducation des patients sur des cibles populationnelles précises, d'encourager la prise en charge des patients, et la recherche. Leur programme autour du sommeil comprenait 4 orientations stratégiques :

- Mieux connaître et évaluer pour mieux prévenir.

- Favoriser la connaissance et le respect du sommeil au niveau de l'ensemble de la population.
- Promouvoir le développement d'actions d'éducation et de prévention de proximité.
- Favoriser la connaissance et le respect du sommeil au niveau des différents professionnels du champ de la santé et de l'éducation.

Ce rapport met donc l'accent sur la sensibilisation de ces troubles du sommeil et de l'éveil afin de mieux les reconnaître, contribuer aux conseils et aux solutions, référer aux spécialistes si besoin et limiter la prescription abusive des médicaments. Des informations sont présentes notamment sur le site de l'INPES<sup>22</sup> pour aider les professionnels de la santé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du diagnostic.

Le rapport du Pr Paquereau dans ce même rapport<sup>1</sup> souligne la participation essentielle des praticiens libéraux au dépistage, aux explorations et à la prise en charge des patients porteurs de troubles du sommeil.

L'enquête de l'INPES<sup>109</sup> de 2009 « Baromètre santé Médecins généralistes » plaide en faveur du développement de la santé publique et de la prévention en France dont les médecins généralistes en sont les garants et les promoteurs au quotidien pour tous les Français. Les médecins ont toujours été formés pour poser des diagnostics, assurer la prise en charge thérapeutique ou organiser les soins de leurs patients. La prévention est une nouvelle fonction qui s'impose à eux et est encore peu reconnue.

# 2.1.2. <u>Confrontation d'opinion entre les médecins généralistes et un spécialiste du</u> sommeil

#### 2.1.2.1. Avis sur les outils

Le spécialiste du sommeil était favorable à notre outil et en général à l'utilisation d'outils aidant en médecine générale. Il trouvait que l'outil était bien fait et que les couleurs étaient un bon choix. Il utilise beaucoup d'outils pour ses consultations.

« cela va m'orienter parce que j'ai pas le temps d'aller explorer en fait toutes les pathologies donc ça va être un élément d'orientation qui va me permettre de gagner du temps quoi. » (S0)

Certains médecins généralistes ont consenti, que les outils étaient souvent l'affaire des spécialistes voire réservés aux spécialistes, car ils pouvaient s'organiser et s'occuper d'un seul motif à la fois.

#### 2.1.2.2. Pratiques des médecins généralistes

Le spécialiste du sommeil admettait une pratique souvent hors recommandations des médecins généralistes, notamment sur la prescription médicamenteuse. Il affirmait que les médecins généralistes n'utilisaient pas l'agenda du sommeil qui est difficile à faire remplir par les patients et qu'ils adressaient souvent les patients sans diagnostic préétabli sauf pour le syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Ces idées sont en accord sur le fond avec les idées des médecins généralistes, mise à part quelques nuances. En effet, les généralistes pensent utiliser plus souvent l'agenda du sommeil, et prescrire de temps en temps hors recommandations. Le problème est connu et a d'ailleurs fait l'objet de recommandations de l'HAS<sup>61</sup> en juin 2015 pour l'aide au sevrage médicamenteux pour les benzodiazépines et médicaments apparentés en médecine générale.

La notion de diagnostic établi par les médecins généralistes avant d'envoyer aux spécialistes n'est pas ressortie clairement dans notre étude. Deux médecins ont cependant indiqué envoyer facilement au centre du sommeil, si le diagnostic était flou.

## 2.1.2.3. Formation des médecins généralistes

Le spécialiste du sommeil admettait que la formation des médecins généralistes n'était pas optimale sauf pour le syndrome d'apnées obstructives du sommeil et que les centres du sommeil étaient difficiles d'accès en France. Pour ce qui est de la formation et de l'accès au centre du sommeil, cela corrobore les idées des médecins généralistes. 35 médecins trouvaient leur formation initiale non satisfaisante lors de l'entretien initial et seulement la moitié des médecins généralistes avaient suivi une formation complémentaire sur le sommeil après leurs études. Une petite nuance, cependant concernant l'accès au centre du sommeil qui semble plus facile en Franche-Comté, car les médecins franc-comtois qui ont abordé le sujet, ne se sont pas plaints de l'accès à un centre du sommeil, contrairement aux médecins aquitains. La différence était que les médecins franc-comtois interrogés étaient proches d'un CHU contrairement aux médecins aquitains. Le rapport du Pr Paquereau pour le ministère de la santé<sup>1</sup> soulignait effectivement qu'il y avait une insuffisance voire une absence de formation des médecins en France et que les structures ou centres dédiés à la prise en charge des troubles du sommeil ont des activités variables. De plus, leur répartition géographique est inégale en France ce qui peut entraîner des délais de prise en charge plus longs dans certaines régions, notamment loin des CHU.

#### 2.1.3. Comparaison de notre outil avec le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »

L'intérêt porté aux outils du protocole dans la thèse de K. Ferron<sup>18</sup> (agenda du sommeil et le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »<sup>17</sup> cf. Annexe 1) par les médecins généralistes a lancé notre idée pour le questionnaire. Nous avons ainsi combiné l'agenda du sommeil et un questionnaire dans un seul outil d'une page afin de dépister les patients. Cependant, le dépistage n'était pas systématique alors que finalement les médecins reconnaissaient que parfois l'agenda du sommeil apportait une solution<sup>18</sup>. Il nous a paru utile d'orienter notre thèse sur la thématique du dépistage des troubles du sommeil car c'est un trouble souvent caché par les patients.

Nous sommes partis pour les besoins de notre thèse sur un dépistage sur une journée par le médecin généraliste qui testait notre outil sur 10 de leurs patients de façon aléatoire. Cette méthode était ensuite discutée avec le médecin lors de l'entretien final afin de recueillir des pistes d'amélioration du dépistage et de l'outil de dépistage. Le fait de présenter notre outil sous la forme d'un auto-questionnaire d'une page en oui/non à remplir en salle d'attente nous a paru indispensable pour intégrer la notion de gain de temps tout en étant exhaustif, et pour dépister les troubles du sommeil. On pouvait supposer qu'avoir un point de départ pour orienter spécifiquement l'interrogatoire devant un trouble du sommeil, pouvait faire gagner quelques minutes sur la consultation. 115

L'une des conclusions de la thèse de K. Ferron<sup>18</sup> était d'ailleurs que le dépistage est essentiel et que cela reste un élément majeur à renforcer, car grand nombre d'insomniaques ne consultent pas spécifiquement pour leur insomnie ou l'abordent en toute fin de consultation.

Dans la thèse de K. Ferron<sup>18</sup>, les médecins n'avaient pas suivis tout le protocole de la thèse car les questionnaires étaient plus nombreux, longs et lourds à réaliser en consultation alors que les médecins de l'étude étaient des médecins volontaires et intégrés au projet de la FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). Le questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil » et l'agenda du sommeil étaient les deux éléments qui étaient les plus utilisés dans la thèse de K. Ferron<sup>18</sup>, comparativement aux questionnaires de qualité de vie (SF-36).

#### 2.2. Résultats secondaires

# 2.2.1. <u>Utilisation de l'outil par les médecins généralistes</u>

#### 2.2.1.1. Différents manières d'utiliser l'outil

#### Dépistage systématique versus repérage ciblé

Une majorité de médecins ont fait un dépistage sur un petit échantillon de leur patientèle. Un quart des médecins ont ciblé leurs patients. Cependant la majorité des patients inclus dans l'étude avaient déjà des troubles du sommeil.

« J'ai pas trouvé de diagnostic, parce qu'il y en a pas, enfin, ça confirme qu'il n'y a pas de trouble du sommeil. Euh, puis après les autres, ça vient plus confirmer ce qu'on pensait, plutôt qu'une découverte. » (M38)

Par contre, certains médecins avaient identifié de nouvelles situations entraînant une nouvelle prise en charge.

« C'était des nouvelles situations. C'était des cas ou on n'avait pas obligatoirement abordé le problème du sommeil. Donc c'est pas des patients anciens déjà suivis. » (M19)

15 médecins ont pu dépister des troubles du sommeil qu'ils ignoraient chez leurs patients grâce à l'outil, notamment le SAOS pour la moitié des diagnostics ignorés avant

l'outil, les troubles anxio-dépressifs ou addictifs, la mauvaise hygiène de sommeil et les facteurs environnementaux, les douleurs, un RGO et un SJSR.

- « Donc, c'est vrai que ça permet de découvrir des choses sur des personnes sans qu'ils le déclarent, qu'ils le manifestent spontanément quoi en consultation. » (M37)
- « puis après des gens dont on a, donc dépisté des choses, et comme je te disais, c'était surtout après euh... plutôt porteur par rapport aux ronflements quoi nocturnes. » (M22)
- « mais tu vois le syndrome des jambes sans repos, j'en ai adressé une, parce que pour moi je me dis voilà » (M18)

Cependant, des diagnostics n'ont pas été réalisés pour 41 patients dépistés « positifs » par l'outil et qui concernent 13 médecins de l'étude. Ces médecins n'ont pas renseigné de diagnostics certains et définitifs pour ces patients. Ainsi, on aurait pu dépister probablement plus de diagnostics.

Enfin, 21 médecins pensaient plutôt à utiliser l'outil pour une consultation dédiée. « Faudrait faire une consultation dédiée à ça et pas en plus de ce pour quoi ils viennent initialement. » (M28)

Certains médecins étaient d'ailleurs plutôt contre le dépistage systématique.

- « comme un outil diagnostique, pas comme un outil de dépistage » (M7)
- « C'est utile et même très utile dans le dépistage mais je me rends compte que ce sont des gens qui sont dépistés ayant des troubles du sommeil mais ne s'en plaignant pas. La question, c'est est-ce que je vais leur proposer de prendre en charge ces troubles, et ça je suis pas trop dans cette optique-là. Par contre, si on suspecte des troubles du sommeil et qu'on sait pas si c'est vrai et caetera, ça c'est très bien. Moi je l'utiliserai de manière ciblée» (M20)

L'utilisation de l'outil que nous avons proposé dans cette thèse, à savoir un dépistage systématique des patients, n'était pas adaptée pour la majorité des médecins. Quasiment tous les médecins ont pensé qu'un dépistage individuel ciblé sur des patients se plaignant directement de troubles du sommeil était plus judicieux. La plupart des médecins de notre étude ne sont pas réellement en accord avec la « démarche active » recommandée par l'HAS.<sup>4</sup> Pourtant, ils ont majoritairement répondu qu'ils avaient une démarche active concernant les troubles du sommeil au début de notre étude mais lors de l'entretien final, il s'avère que ce n'est pas le cas. Même si un dépistage systématique par l'outil de tous les patients semble difficile à réaliser en pratique, nous pensons qu'il faut avoir une approche active des troubles du sommeil et les premières questions de l'outil à savoir « pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ? » peuvent être un point de départ pour le repérage des patients ayant des troubles du sommeil en consultation.

#### Utilisation de l'outil avec ou sans l'intervention du médecin

Les médecins étaient divisés sur les modalités de remplissage du questionnaire.

Certains médecins recommandaient que ce soit le patient qui remplisse seul l'outil afin de ne pas l'influencer.

« C'est... peut-être, il vaut mieux peut-être d'ailleurs que les patients, je pense hein, le remplissent tout seul, plutôt qu'avec nous. Parce que nous, on a toujours une certaine influence quoi, tu vois.» (M22)

« Non, moi je trouve que les grilles comme ça, c'est une bonne méthodologie, et puis de laisser le patient seul face à sa grille, automatiquement c'est différent parce que l'interrogatoire à l'ancienne, on peut très facilement induire une réponse ou un comportement, que... on l'a pas quand le patient est seul face à la grille. » (M14)

D'autres médecins préconisaient plutôt que ce soit le médecin qui remplisse l'outil avec le patient pour mieux le compléter.

- « Après, j'ai peur aussi, euh, comme, si on le fait vite comme ça, ou dans la salle d'attente, je me suis dit, euh, peut-être qu'ils l'ont rempli très vite et que, euh, après il faut peut-être le faire avec eux. » (M12)
- « Je pense aussi que les patients qui auraient rempli tout seul, ils ont probablement peut-être pas interprété toutes les questions, de la même façon que si on les avait aidés à y répondre et je pense qu'il vaut mieux le remplir avec le patient, plutôt qu'ils remplissent indépendamment son questionnaire. » (M7)

## 2.2.1.2. Diagnostics retenus dans l'étude

« Troubles du sommeil » versus « pas de trouble du sommeil »

#### Les motifs de consultation

Les patients déclaraient venir pour un seul motif pour 239 d'entre eux et seulement 18 patients ont avoué avoir plusieurs motifs de consultation. C'étaient les patients qui indiquaient le ou les motif(s) sur le questionnaire. Il y a pu avoir des oublis par certains patients ou bien les patients n'ont indiqué que le motif principal de la consultation. Les médecins de l'étude avaient tendance à dire que les patients venaient souvent pour plusieurs motifs et que le motif « troubles du sommeil » venait en dernier dans la consultation. Selon une étude de la DREES<sup>107</sup> de 2006 sur la durée des séances des médecins généralistes, la durée moyenne d'une consultation est de 16 minutes. Le temps de consultation en moyenne est de 14,9 minutes pour un diagnostic, de 16,9 minutes pour 2 diagnostics, et de 18,7 minutes pour 3 diagnostics ou plus. Une thèse<sup>116</sup> de 2005 sur les consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne portant sur 630 consultations, a montré que le nombre moyen de motifs par consultation était de 2,18 motifs et que le nombre de motifs augmentait avec l'âge. Il est bien en-dessous dans notre étude, soit 1,1 motifs en moyenne.

Seulement 12 patients, soit 4,3% de l'échantillon, déclaraient venir pour le motif « troubles du sommeil », mais 15% de l'échantillon n'a pas précisé le motif de consultation. On aurait pu s'attendre à un nombre plus élevé puisque 9 médecins avaient déclaré cibler leurs patients. Cela peut s'expliquer par le fait que les troubles du sommeil n'étaient pas le motif principal de la consultation et donc que les patients ne l'ont pas indiqué, mais aussi par le fait que les médecins ciblaient les personnes à qui ils donnaient le questionnaire sur des symptômes proches des troubles du sommeil, comme les céphalées, la fatigue, les ronflements, l'anxiété. Un médecin nous a déclaré avoir ciblé plutôt les personnes dépressives et anxieuses. Cependant, les patients ayant des troubles du sommeil avaient souvent plusieurs motifs de consultation différents (15 patients sur les 18 avec plusieurs motifs), ce qui est

concordant avec les propos des médecins interviewés, c'est-à-dire que les troubles du sommeil viennent souvent en fin de consultation après plusieurs motifs.

Sur les motifs de consultation que nous avons exposés, un motif de consultation revient peu alors qu'il est fréquent, ce sont les infections. En effet, les médecins proposaient probablement moins aux personnes ayant de la fièvre, car elles étaient probablement moins aptes à répondre. Certains patients n'étaient pas à même de répondre aux questionnaires à cause de leurs symptômes, parce qu'ils ne parlaient pas français, ou à cause d'une limite intellectuelle, ce qui est un biais de sélection.

### L'interprétation sur l'existence ou non d'un trouble du sommeil

Les questions ont été généralement bien remplies par les patients, par contre environ la moitié des patients n'ont pas correctement rempli l'agenda du sommeil d'une journée que nous avions mis dans l'outil. Ceci a rendu l'interprétation des données difficile. Certains troubles du sommeil ont probablement été manqués. À l'inverse, des patients ont pu avoir un trouble du sommeil étiqueté comme probable à tort.

De plus, un des points faibles de l'outil était la question 2 du questionnaire qui était trop ouverte et quelques médecins nous l'ont fait remarquer (cf. Annexe 2-5 et 2-6). Il n'existe pas à notre connaissance de définition qui fasse consensus sur les troubles du sommeil. 41,42 De même, la durée du sommeil n'est pas définie avec exactitude car il existe des courts et des longs dormeurs sans que ce soit pathologique.<sup>1,4</sup> Un individu sans trouble dort 8h30<sup>20</sup>, mais selon une enquête INSV/BVA Health Care<sup>63</sup> de 2009 un français dort en moyenne 6h58 par nuit en semaine ce qui est peu. Nous n'avons pas indiqué de notion de durée de sommeil aux médecins. Nous nous étions appuyés sur la définition de l'insomnie de l'HAS<sup>4</sup> et notamment sur les 2 caractéristiques de l'insomnie à savoir une plainte sur le sommeil et un retentissement diurne. On a extrapolé ces caractéristiques à tous les troubles du sommeil, car les grands mécanismes des troubles du sommeil pouvaient répondre à cette définition, l'insomnie étant le mécanisme le plus fréquent des troubles du sommeil. Les définitions du DSM-IV, de l'ICSD-2 sur les différents troubles du sommeil correspondaient également.<sup>24,25</sup> En effet, l'hypersomnie s'accompagne de somnolence dans la journée et le patient peut fréquemment se plaindre de son sommeil. De même pour les troubles du rythme circadien qui ont des phases de sommeil décalées, ce qui entraîne pour quelqu'un qui a des horaires imposées par la société des insuffisances de sommeil et une somnolence. Seulement, nous nous sommes rendus compte, que la définition que nous avions prise pour détecter les troubles du sommeil n'est pas forcément adaptée pour toutes les situations. Les patients souffrant d'apnées du sommeil peuvent avoir des insomnies, ou des hypersomnies mais se plaignent rarement de leur sommeil, ou la somnolence n'est parfois pas avouée. Un autre exemple, est une personne ayant un trouble du rythme circadien mais qui n'a pas de contrainte d'horaires, dans ce cas le trouble existe, mais pas le ressenti du trouble et le traitement n'est parfois pas nécessaire. Il était donc important d'inclure à ces 2 questions, l'interprétation de l'agenda du sommeil et des questions en regardant le contexte, pour pouvoir déceler le trouble. Or l'agenda du sommeil n'était souvent pas bien rempli.

Le deuxième problème soulevé par certains médecins, était le mauvais remplissage du questionnaire par les patients, soit par mauvaise compréhension, soit par déni du trouble ou au contraire par exagération du trouble.

Enfin, nous n'avions pas indiqué clairement dans la fiche d'aide au dépistage étiologique (cf. Annexe 2-7), ce que le médecin devait faire en cas de réponse « non » à la question 1 ou 2 et de réponse « oui » à la question restante. A la lecture des questionnaires (cf. Annexe 2-5), lorsque les 2 premières questions étaient négatives et que l'agenda du sommeil n'indiquait pas une insuffisance ou un excès de sommeil, le patient n'avait a priori pas de trouble du sommeil. La réponse « oui » aux 2 premières questions ainsi qu'un agenda du sommeil perturbé pouvait présager d'un trouble du sommeil existant.

Sur les 257 patients, 104 avaient répondus « oui » aux 2 premières questions, 49 avaient répondus « non » aux 2 premières questions. Le diagnostic était plus compliqué à faire pour les 104 patients restants : 3 n'avaient pas répondu à l'une des 2 questions, 22 avaient répondu « oui » à la première question et « non » à la deuxième question et 79 avaient répondu « non » à la première question et « oui » à la deuxième question. Les 22 patients n'avaient pas de retentissement diurne mais pouvaient se plaindre de leur sommeil (court dormeur ou réelle pathologie). Les 79 autres patients ne se plaignaient pas de leur sommeil mais se trouvaient fatigués dans la journée (simple fatigue ou réelle pathologie). D'autres éléments sont nécessaires pour interpréter l'outil et pas seulement les 2 premières questions. L'outil n'est cependant qu'un outil d'aide au dépistage et au diagnostic, il appelle au sens clinique du médecin. Pour l'analyse finale qui reste critiquable, nous avons classé sur les 104 patients avec un diagnostic incertain : 48 patients avec « possible trouble du sommeil » et 56 patients « sans trouble du sommeil ».

# Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et physiques des patients avec et sans trouble du sommeil

La population des patients de l'étude n'est pas représentative de la population générale française car elle provient de 2 régions de France uniquement. Les médecins généralistes devaient donner le questionnaire à 10 patients volontaires répondant aux critères d'inclusion sur une journée. Or la base du volontariat ne permet pas une sélection aléatoire des patients. Et, plusieurs médecins n'ont pas suivi les consignes de départ et ont fait le recrutement de leurs patients sur plusieurs journées pour des raisons d'organisation pour 21 médecins. Et 9 médecins ont déclaré avoir ciblé les patients dont ils pensaient qu'ils avaient des troubles du sommeil. Il existe donc un biais de sélection et notamment d'échantillonnage, car les personnes asymptomatiques ont été écartées d'emblée par certains médecins. On peut imaginer la situation inverse non avouée par les médecins de cette étude qui serait d'éliminer les personnes ayant des troubles du sommeil de l'étude, afin de ne pas faire le suivi de ces patients. Mais cette situation ne s'est a priori pas rencontrée car tous les médecins avaient au moins 1 patient voire plus avec un possible trouble du sommeil.

152 patients avaient des troubles du sommeil et 105 n'en avaient pas selon notre analyse. Ainsi 59% des patients de l'étude déclaraient avoir des troubles du sommeil, ce qui est plus que dans certaines études. Pour l'INPES<sup>117</sup> en 2005, 46% des français disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours.

Nous n'avons pas comparé statistiquement les caractéristiques sociodémographiques et physiques des patients avec ou sans trouble du sommeil, car ce ne sont pas des diagnostics de certitude et cela ne répondait pas aux objectifs de la thèse. Mais cependant, on peut remarquer que les patients ayant des troubles du sommeil par rapport aux patients n'ayant pas de trouble du sommeil selon notre étude sont : des femmes en majorité, plus âgés, plus en surpoids ou obèses, plus souvent divorcés ou veufs, et ont plutôt un faible niveau d'études. On remarque également que les employés, les artisans ou commerçants, et les chômeurs ont plus de troubles du sommeil. Ceci est concordant avec les études épidémiologiques d'Ohayon et de Pallesen sur les troubles du sommeil. Par contre les retraités ne sont pas plus nombreux dans le groupe avec ou sans trouble du sommeil. De plus, il y a une catégorie socioprofessionnelle qui est pratiquement absente dans notre étude, c'est celle des agriculteurs. L'explication vient du fait que nous n'avons pas beaucoup recruté de médecins en zone rurale. Cependant les catégories « profession », « niveau d'études » et « statut marital » n'étaient pas souvent renseignées par les patients.

#### Autres comparaisons entre les patients avec et sans trouble du sommeil

Les données des agendas du sommeil que nous avons pu analyser, sont concordantes avec les diagnostics que nous avons relevés. La majorité des patients de l'étude souffraient d'insomnie. Il a donc été logique de trouver que les patients avec des troubles du sommeil s'endormaient plus tard et se réveillaient plus tôt et plus souvent dans la nuit avec des durées d'éveils nocturnes plus longs que les patients sans trouble du sommeil. Les patients avec des troubles du sommeil faisaient également plus de siestes dans la journée, avaient un temps de sommeil moins long et un index d'efficacité de sommeil plus bas que les patients sans trouble du sommeil.

Enfin, on a remarqué que les patients avec des troubles du sommeil prenaient plus de médicaments et notamment plus de psychotropes, d'anxiolytiques, d'hypnotiques que les patients sans trouble du sommeil. Cependant, les médicaments n'ont pas toujours été bien renseignés par les patients. Dans une étude épidémiologique d'Ohayon<sup>26</sup>, 9,9% de la population française étudiée prenaient des médicaments pour dormir et 6,7% de la population utilisait des médicaments contre l'anxiété.

#### Diagnostics évoqués par l'outil versus diagnostics retenus par les médecins

#### Mise au point

Les diagnostics certains dans l'étude sont ceux indiqués par les médecins ou évoqués par l'outil mais qui ont été validés ou retenus par le médecin. Alors qu'un diagnostic probable dans notre étude signifiait que nous n'avions pas pu connaître le diagnostic retenu par le médecin et nous avons indiqué le diagnostic évoqué par l'outil. Dans tous les cas, pour les diagnostics certains ou probables dans l'étude, nous ne sommes pas en mesure de vérifier si le diagnostic était réellement vrai. En effet, nous n'avons pas pu avoir de diagnostic de certitude et le « diagnostic certain » ou diagnostic de référence dans l'étude était le diagnostic retenu par le médecin et quand nous n'avions pas de diagnostic certain, nous avons indiqué le diagnostic probable. Nos résultats concernant les diagnostics sont discutables et non

transposables. Certains diagnostics sont cependant plus évidents: les dépressions mieux connus des médecins, le SAOS car souvent un avis du pneumologue venait confirmer le diagnostic par la réalisation d'une polysomnographie. Pour d'autre diagnostic, le diagnostic était moins net, car nous n'avions pas la possibilité de le vérifier. Pour avoir un diagnostic de certitude, il aurait fallu le vérifier avec une troisième personne indépendante (un expert sur la question du sommeil) et un outil validé, ce qui n'était pas aisément réalisable dans le cadre de cette étude.

Au total, 152 patients sur les 257 patients ont été diagnostiqués avec des troubles du sommeil. Les insomnies étaient le trouble le plus fréquent. 90 patients avaient une insomnie sévère et chronique et 23 patients avaient une insomnie légère ou modérée et aiguë. Quelques patients ont reporté avoir eu un impact direct d'un mauvais sommeil comme un accident de voiture ou un accident de travail. Le nombre de patients avec des troubles du sommeil est élevé dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le ciblage de certains médecins, les erreurs d'interprétation ou tout simplement cela révèle que les troubles du sommeil sont sous-diagnostiqués.

## **Diagnostics certains**

Une majorité des diagnostics évoqués par l'outil étaient en adéquation avec les diagnostics des médecins : 98 questionnaires avaient des diagnostics certains et 44 questionnaires avaient des diagnostics probables car nous n'avons pas pu mettre en évidence de diagnostics certains. Enfin 10 questionnaires avaient un diagnostic retenu par le médecin différent du diagnostic évoqué par l'outil. On a intégré à ce moment-là, le diagnostic retenu par le médecin dans le décompte des diagnostics car celui-ci avait plus d'éléments que nous sur son patient et son diagnostic a été considéré comme plus sûr à défaut d'une troisième expertise. L'hypothèse que nous pouvons avancer concernant cette inadéquation entre les diagnostics de l'outil et du médecin est le mauvais remplissage de l'outil par le patient. Certains médecins préconisaient d'ailleurs de remplir l'outil avec le patient pour éviter les erreurs de remplissage et 9 médecins ont même rempli l'outil avec le patient.

Plusieurs diagnostics étaient possibles pour un même patient, ce qui a pu compliquer l'interprétation en l'absence des fiches de suivi. Une majorité de patient (87 patients) ont eu un seul diagnostic retenu.

Au total, on a décomptait dans notre étude 138 diagnostics certains et 101 diagnostics probables (en comptant tous les diagnostics possibles pour un seul patient). Nous avons donc une faible majorité de diagnostics certains. Les diagnostics les plus fréquents dans notre étude étaient la dépression et l'anxiété (avec une majorité de diagnostics certains), suivis par le syndrome d'apnées du sommeil (avec une majorité de diagnostics probables car souvent des examens complémentaires ou un avis pneumologique étaient en attente). Nous avons eu beaucoup de diagnostics de SAOS du fait du ciblage, mais en reportant uniquement les diagnostics certains on arrive à 6%, ce qui équivaut à la prévalence du SAOS dans la population générale. De même, les troubles anxio-dépressifs sont fréquents dans les troubles du sommeil, selon plusieurs études épidémiologiques. 4

Les troubles du sommeil étaient souvent anciens dans notre étude. Cependant, 30 diagnostics ont été découverts lors de notre étude. La moitié de ses diagnostics découverts étaient des SAOS avérés. Notre étude a permis de dépister des troubles du sommeil et de les traiter de façon adéquate. Le SAOS peut avoir des conséquences délétères sur la santé (retentissement cardiovasculaire notamment avec hypertension artérielle et risque d'AVC par exemple). Les résultats de notre étude sont encourageants pour dépister de façon plus systématique les patients. Cela montre aussi que bon nombre de diagnostics ne sont pas faits en France. Selon une étude d'Ohayon<sup>7</sup> en 2007 sur la prévalence et la comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale, moins de 20% des personnes souffrant de troubles du sommeil sont correctement diagnostiquées et traitées.

### 2.2.1.3. Suivi des patients

Les fiches de suivi n'ont pas toujours été bien remplies par les médecins, mais nous avons pu extraire quelques informations sur la prise en charge de certains patients souffrant de troubles du sommeil avec un diagnostic certain (approuvé par les médecins).

Ainsi, 15 médecins ont affirmé avoir fait des examens complémentaires pour leurs patients, majoritairement des polysomnographies pour dépister un SAOS. D'ailleurs, sur les 49 patients qui ont vu un spécialiste, le spécialiste le plus consulté était le pneumologue, suivi du psychiatre et du neurologue. Seuls 14% des patients ont eu un nouveau traitement et 5% des patients étaient réticents à une prise en charge adéquate de leur trouble, probablement par manque de motivation ou déni du trouble. Enfin, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques ont été prescrits le plus souvent par reconduite du traitement antérieur.

#### 2.2.2. Pistes d'amélioration de l'outil

La propre observation des médecins généralistes nous a permis de dégager des pistes d'amélioration de l'outil sur le fond, la forme et sur le type d'utilisation optimal de cet outil.

#### 2.2.2.1. Sur le fond

Les remarques des médecins sur l'outil nous ont permis d'avoir des indications pour retravailler certains points :

- Diminuer le nombre de questions et raccourcir l'outil : une remarque suggérée était d'enlever quelques questions concernant les affections psychiatriques.
- Simplifier l'agenda du sommeil (le faire remplir éventuellement avec le médecin ou le mettre sous forme de questions).
- Reformuler les questions : 1, 2, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 23, 24 (cf. Annexe 2-5).
- Rajouter un score ou une conclusion.
- Rajouter des catégories pour les personnes âgées ou les jeunes : ces 2 catégories avaient été exclues de notre outil. La demande des médecins ici était d'avoir une case pour l'insomnie physiologique et de préciser les questions sur l'hygiène du sommeil.

### 2.2.2.2. *Sur la forme*

Certains médecins trouvaient que les couleurs utilisées dans la « version médecin » de l'outil (cf. Annexe 2-6) apportaient une facilité dans la lecture. Un des médecins (M7) a même utilisé la « version médecin » pour ses patients pour lire plus rapidement l'outil.

- « Je trouve que c'est pas mal et les couleurs c'est sympa » (M36)
- « Mais avec les couleurs et ce que vous m'aviez donné, c'est plutôt claire. » (M40)

Quelques médecins proposaient d'autres présentations possibles de l'outil : feuilles d'interrogation en salle d'attente, questionnaires sur un présentoir avec affiche « parlez-en avec votre médecin », outil facilement à disposition dans une pochette ou sur feuille plastifiée, outil informatisé.

### 2.2.2.3. Sur le type d'utilisation

Plusieurs médecins ont affirmé qu'ils allaient continuer à utiliser l'outil à l'avenir. Deux médecins ont d'ailleurs indiqué qu'ils allaient continuer à utiliser l'outil dans un cadre particulier. Un médecin a affirmé qu'il allait soumettre le questionnaire pour un nouveau thème d'éducation thérapeutique sur le sommeil car les infirmières qui appartiennent à sa maison médicale organisent déjà des séances d'éducation thérapeutique sur d'autres thèmes (asthme, nutrition, diabète, insuffisance cardiaque...). Un autre médecin qui a arrêté son activité libérale au cours de l'étude et qui travaille désormais en médecine préventive dans une université, va diffuser l'outil à ces autres collègues pour aider les médecins pour les consultations sur le sommeil.

La meilleure façon d'utiliser l'outil selon les médecins généralistes était d'utiliser l'outil de façon ciblée.

#### **Utiliser l'outil de façon ciblée :**

27 médecins préféraient utiliser l'outil en ciblant les patients :

- Pour 12 médecins, le questionnaire devrait être rempli avec le patient en consultation (ou se servir de l'outil comme une fiche d'aide à la consultation) : « Pour moi, il trouve de l'intérêt dans la consult'. » (M4) ; « je pense qu'il faut peut-être plus le faire avec le patient en face de nous quoi. En reprenant nous, les questions avec lui pour rien oublier euh hein, des questions qu'on est censé poser pour les gens qui ont des troubles du sommeil, quoi. » (M35)
- Pour 12 médecins, le questionnaire devrait être rempli par le patient avant une consultation dédiée et celui-ci serait analysé pendant la consultation dédiée : « C'est à dire qu'on peut leur donner comme ça, on parle de pathologie chronique, on peut aussi leur donner le papier et leur dire de le rapporter la fois suivante.» (M16)
- Pour 3 médecins, le questionnaire devrait être rempli par le patient avant une consultation dédiée avec en plus un agenda du sommeil et ceux-ci seraient analysés

pendant la consultation dédiée : « Et ben, ça serait bien que je fasse de la même façon en ajoutant simplement l'agenda du sommeil à faire à la maison et puis à revoir les patients pour une consultation juste pour discuter de ça et de voir un petit peu les résultats et aborder le sujet un peu plus en profondeur. » (M40); « je pourrais l'adjoindre, parce que souvent les gens quand ils viennent pour des troubles du sommeil, je leur donne souvent l'agenda du sommeil à faire sur une semaine, dix jours, donc là je pense que je le réutiliserais en association quoi. [...] Parce que l'agenda du sommeil, c'est juste l'agenda et puis il n'y a pas tellement de questions par rapport aux causes » (M41)

### Utiliser l'outil pour du dépistage :

6 médecins pensaient qu'il est utile d'utiliser l'outil pour dépister les gens. La meilleure façon serait de faire remplir le questionnaire au patient en salle d'attente et de le regarder en consultation.

« Euh, alors après euh, je pense que c'est, enfin que ça peut être utile vraiment plutôt dans le repérage précoce que quand ils signalent un problème de sommeil. [...] Mais je pense que ce serait plutôt intéressant de le donner un petit peu à n'importe qui, pour justement voir s'il y a des troubles du sommeil, pour les diagnostiquer quoi. [...] ce serait plus dans ce sens-là qu'il faudrait l'utiliser, que quand ils signalent un trouble du sommeil » (M38)

Ces 6 médecins sont en accord avec les recommandations.<sup>4,12</sup> On peut imaginer faire un dépistage systématique sur une courte durée (par exemple pendant la journée nationale du sommeil) afin de repérer des patients qui ont des troubles du sommeil mais qui n'en parlent pas. L'autre méthode pour un dépistage aléatoire serait de laisser le questionnaire dans la salle d'attente à disposition des patients et les patients pourraient le remplir et le donner à leur médecin. Cette méthode cible déjà les patients qui souhaitent en parler. Enfin, le dépistage peut se faire en consultation en posant la question « pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ? ».

#### Pas d'utilisation d'outil:

2 médecins n'avaient pas d'avis sur la meilleure façon d'utiliser notre outil car ils n'utilisent pas les outils de façon générale.

« je pense que voilà l'intérêt de la médecine, elle reste plutôt sur la clinique. » (M25) « moi, je n'en ai pas besoin dans ma pratique. » (M11)

## 3. L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil final

Beaucoup de remarques ont été recueillies lors des entretiens semi-dirigés. Ces remarques se recoupent, sauf sur quelques points concernant notamment la longueur de l'outil et la présentation de l'agenda du sommeil où les avis ont pu être contradictoires.

Nous avons décidé d'utiliser ces remarques pour modifier notre outil de repérage précoce des troubles du sommeil afin qu'il soit utilisable en pratique quotidienne par un plus grand nombre de médecin. Nous avons décidé de scinder en deux parties l'outil pour une utilisation plus optimale en médecine générale.

Une première partie de l'outil sert à repérer les patients souffrant de troubles du sommeil et peut être utilisée en consultation.

Une deuxième partie de l'outil permet de chercher l'étiologie des troubles du sommeil et peut être rempli avant une prochaine consultation.

Le médecin peut l'utiliser en tant que questionnaire pour son patient, ou en tant qu'aide lors de la consultation. Nous avons tenu compte de toutes les remarques (chapitre 4 « Discussion », paragraphe 2.2.2. Pistes d'amélioration de l'outil) et nous avons gardé la recherche étiologique des diagnostics fréquents et graves.

Nous avons eu un seul cas de narcolepsie dans notre étude et ce cas était un diagnostic probable. La narcolepsie est une pathologie rare mais le temps moyen pour la diagnostiquer est de 8 ans<sup>93</sup> alors que des thérapeutiques existent. Nous avons donc décidé de conserver cet item dans notre outil.

# OUTIL DE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU SOMMEIL : 1ère PARTIE

Date:	
Nom et Prénom du patient :	Date de naissance :
Poids = kg	Taille = m
Statut marital:	
Profession:	Horaires de travail décalées : OUI □ NON □
Pouvez-vous lister vos médicamen	nts actuels :
Douvez vous indiguez si vous s	voz dos molodios nouticuliànos (notomment qui noutumbent
•	vez des maladies particulières (notamment qui perturbent
votre sommeil comme des douleur	rs, des remux gastriques):
Pouvez-vous décrire vos nuits :	
Pensez-vous mal dormir ? Si oui,	pourquoi ?
	ue tous les jours de ressentir de la fatigue, l'envie de vous
	oments inappropriés, d'être de mauvaise humeur, d'avoir du
mal à vous concentrer ou retenir d	les informations ? OUI   NON
*****	
*	d'une journée type de 24 heures. Pouvez-vous hachurer vos
	liquer l'heure habituelle à laquelle vous vous couchez et
l'heure à laquelle vous vous réveil	iez !
12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h	20h 21h 22h 23h 0h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11
Heure du coucher (à indiquer par	une flèche vers le bas sous la frise) :
Heure du lever (à indiquer par une	•
Combien de temps vous faut-il pou	
A quelle heure vous vous éveillez	
Vous réveillez-vous pendant la nu	it ? OUI   NON   Si oui, combien de fois et combien de
temps?	
Faites-vous des siestes pendant la	journée ? OUI □ NON □ Si oui, de quelle heure à quelle
heure?	

# OUTIL DE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU SOMMEIL : 2ème PARTIE

N°	Questions	OUI	NON
1	Dormez-vous mal plus de 3 nuits par semaine ?		
2	Avez-vous des problèmes de sommeil depuis plus d'un mois ?		
3	Avez-vous eu des évènements stressants ou traumatisants ces derniers mois ?		
4	Vous arrive-t-il de repenser à des choses de la journée ou à avoir des angoisses la nuit au		
	lieu de dormir ?		
5	Vous sentez-vous triste en ce moment ?		
6	Avez-vous moins d'intérêt à faire des choses que vous aimiez faire habituellement ?		
7	Est-ce que vous vous interdisez certaines activités (comme sortir, aller faire du sport) parce		
	que vous êtes angoissé(e) ?		
8	Avez-vous des TOCs (c'est-à-dire rangez-vous les choses de façon obsessionnelle,		
	comptez-vous tout et tout le temps des choses, ou vous lavez-vous les mains énormément		
	de fois dans la journée et vous ne pouvez pas vous en empêcher) ?		
9	Avez-vous déjà eu une attaque de panique (situation qui vous a mis dans un état de stress		
	intense) ?		
10	Avez-vous déjà eu des médicaments pour une pathologie psychiatrique ou avez-vous déjà		
	été hospitalisé en soins psychiatriques ?		
11	Avez-vous un travail posté ou de nuit ?		
12	Voyagez-vous souvent avec décalage horaire ?		
13	Faites-vous du sport après 19h?		
14	Faites-vous une ou plusieurs activités (travailler, lire, regarder la télé, manger) autres que		
	dormir dans votre lit ?		
15	Consommez-vous beaucoup et régulièrement des boissons énergisantes après 17h (café,		
	thé) ?		
16	La nuit, est-ce que des bruits, de la lumière, des odeurs particulières, une température		
	chaude ou fraîche de la chambre vous empêche de dormir ?		
17	Buvez-vous plus de 3 verres d'alcool par jour ?		
18	Fumez-vous ?		
19	Consommez-vous des drogues ?		
20	Avez-vous une perte de la force musculaire provoquant une chute suite à une émotion		
	intense (fou rire, surprise, colère, excitation) ?		
21	Vous arrive-t-il de vous endormir n'importe quand dans la journée ?		
22	Est-ce qu'on vous a déjà signalé que vous ronflez fort en dormant et/ou que vous vous		
	arrêtez de respirer en dormant ?		
23	Ressentez-vous le besoin de bouger beaucoup les jambes la nuit à cause de sensations		
	bizarres dans les jambes ?		
24	Vous arrive-t-il de faire des mouvements particuliers en dormant (grincer des dents, parler,		
	marcher) ou des cauchemars ?		

## FICHE D'AIDE AU DÉPISTAGE DES TROUBLES DU SOMMEIL

## 1ère partie de l'outil :

Trouble du sommeil probable si :

- **agenda du sommeil** anormal : durée longue ou courte du sommeil, décalage de phase, difficulté d'endormissement, difficulté de maintien de sommeil ou réveil précoce.
- plainte sur le sommeil.
- retentissement diurne.

Voir si les troubles du sommeil peuvent être expliqués par une maladie particulière ou des médicaments.

## <u>2ème</u> partie de l'outil : A donner si la 1ère partie montre un trouble du sommeil probable

Ν°	Compter 1 point si oui à la question	Score total par zone	
	total du score par zone de couleur.		
	de trouble.		
1	1= insomnie sévère	0= insomnie légère ou modérée	1  à  2 = insomnie
2	1= insomnie chronique	0= insomnie aiguë	
3 4	1= insomnie d'ajustement (si aiguë) ou psychophysiologique (si chronique)	0= voir si autres causes dans les autres zones	2 à 4 = insomnie d'ajustement ou psychophysiologique
5 6	1= dépression	0= pas de dépression	1 à 6 = trouble de l'humeur, anxieux ou
7 8 9	1= trouble anxieux	0= pas de trouble anxieux	psychiatrique
10	1= trouble psychiatrique	0= pas de trouble psychiatrique	
11 12	1= trouble du rythme circadien	0= pas de trouble du rythme circadien	1 à 2 = trouble du rythme circadien
13 14 15	1= mauvaise hygiène du sommeil	0= pas de mauvaise hygiène du sommeil	1 à 3 = mauvaise hygiène du sommeil
16	1= facteur environnemental	0= pas de facteur environnemental	1 = environnement
17 18 19	1= intoxication à une substance	0= pas d'intoxication à une substance	1 à 3 = intoxication à une substance
20 21	1= narcolepsie	0= pas de narcolepsie	1 à 2 = narcolepsie
21 22	1= SAOS	0= pas de SAOS	1 à 2 = SAOS
23	1=SJSR	0= pas de SJSR	1 = SJSR
24	1= parasomnie	0= pas de parasomnie	1 = parasomnie

## CONCLUSION

Les troubles du sommeil sont un problème de santé publique important. Les patients en parlent peu à leur médecin généraliste qui est pourtant leur première voie de recours. Les étiologies sont très nombreuses et peuvent être difficiles à rechercher en pratique avec les contraintes de temps et d'organisation de la médecine générale.

Nous avons réalisé une étude prospective qualitative pour évaluer le ressenti des médecins généralistes de 2 régions de France par rapport à un outil de repérage précoce des troubles du sommeil remis à leurs patients afin d'améliorer le dépistage des troubles du sommeil et leur prise en charge globale. Nous avons donc élaboré l'outil à partir des différents questionnaires existants pour les pathologies des troubles du sommeil, d'une recherche bibliographique de la littérature concernant le sujet, ainsi que des dernières recommandations des sociétés savantes.

L'outil peut être une aide voire un support supplémentaire dans la consultation pour la majorité des médecins de l'étude aussi bien aquitains que franc-comtois. Les résultats de cette étude montrent que ¾ des médecins généralistes jugent l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil utile en pratique et continueront de l'utiliser.

Les médecins de l'étude ont trouvé l'outil utile, aidant, intéressant, complet, simple et rapide à utiliser. Ils trouvaient que l'outil permettait d'être systématique, d'aider pour l'interrogatoire du patient, d'orienter la prise en charge, de faire des échanges constructifs avec le patient et parfois d'éviter une prise en charge médicamenteuse inadaptée. Certains médecins soulignaient cependant, que l'outil pouvait être un peu long et imprécis parfois, ce qui nous a permis d'élaborer des pistes pour améliorer cet outil afin de mieux correspondre à la pratique des médecins généralistes. La plupart des médecins soulignaient par contre, que l'outil devait plutôt être utilisé pour du dépistage ciblé des patients.

Les principales difficultés relevées dans cette étude sont liées principalement à la nature même de la consultation sur le sommeil qui est ressentie comme difficile par le médecin. C'est une consultation complexe qui nécessite du temps. Il faut pouvoir organiser pour certains médecins, des « consultations dédiées » pour pouvoir mener à bien un interrogatoire complet. L'autre aspect difficile de cette consultation est la suite de la prise en charge du patient. Parfois les patients ne sont pas motivés pour faire des examens ou suivre tel traitement. Cependant, le temps passé avec le patient, les outils mis à disposition sont des éléments qui peuvent faciliter ce type de consultation et la participation du patient. Toutes les spécialités utilisent des outils dans leur pratique. Hors la médecine générale est une spécialité à part entière. Elle doit poursuivre l'effort déjà entrepris pour développer la recherche d'outils adaptés pour la médecine générale qui a des contraintes propres.

Un outil est une aide apportée au médecin lors de la consultation et doit le rester. La relation de confiance du médecin avec son patient passera toujours par l'écoute du médecin,

les échanges avec son patient, et l'examen clinique. L'outil permettra des échanges supplémentaires avec le patient et peut être une aide complémentaire à l'interrogatoire et à l'examen clinique du médecin.

Dans notre étude, 30 médecins ont trouvé de l'intérêt à cet outil. Nous avons réalisé une nouvelle version de cet outil d'après les remarques faites par les médecins utilisateurs de l'outil. Les avis convergent vers un outil le plus simple possible et les modes de présentation de cet outil sont variés et doivent être, à notre sens, adaptés à la propre pratique de chaque médecin, c'est-à-dire principalement en version papier ou numérique. On peut ensuite imaginer des études complémentaires, notamment quantitatives, afin d'évaluer et de tester l'efficacité de l'outil à plus grande échelle et savoir s'il existe une amélioration de la prise en charge des patients. On pourrait aussi analyser le ressenti des patients qui utilisent cet outil, pour voir si cela améliore la qualité de la consultation et la satisfaction sur leur prise en charge.

L'utilisation des échelles et autres outils en médecine générale est en plein essor et contribue au développement de la recherche en médecine générale. Les outils doivent faciliter le travail du médecin généraliste et dépister ou mieux diagnostiquer les pathologies afin d'avoir une prise en charge optimale des patients. Cependant, une nouvelle organisation doit être repensée par les médecins généralistes qui sont les garants et les promoteurs de la prévention. La coordination avec d'autres professionnels de santé (infirmières), la reconnaissance du rôle préventif par une revalorisation de la rémunération sont quelques pistes pour développer à l'avenir les actions de dépistage en médecine générale.

Enfin, un travail doit encore être mené pour sensibiliser les médecins généralistes et la population sur l'intérêt de dépister les troubles du sommeil. Les troubles du sommeil sont un véritable enjeu de santé publique. Le repérage précoce de ces troubles du sommeil est important à réaliser et à développer en médecine générale pour mieux prendre en charge des maladies graves ou fréquentes, limiter l'accidentologie, et le coût humain et économique lié à la morbidité et la mortalité engendrées par les troubles du sommeil.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- 1. RAPPORT sur le thème du sommeil Ministère de la santé et de la solidarité Décembre 2006 [Internet]. [consulté le 19 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf
- 2. 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):123-30.
- 3. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. Sleep Medicine Reviews. déc 2010;14(6):379-89.
- 4. Haute Autorité de Santé Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale Décembre 2006 [Internet]. [consulté le 8 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale?xtmc=&xtcr=5
- 5. Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin: exploration des difficultés ressenties [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013, 171 p.
- 6. Pricaz F. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire (ICP): analyse comparative des difficultés ressenties par les médecins et les patients de l'arc alpin [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015, 393 p.
- 7. Ohayon MM. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. Rev Prat. 30 sept 2007;57(14):1521-8.
- 8. BEH n°44-45/2012 / 2012 / Archives / BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [consulté le 5 juill 2014]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire /Archives/2012/BEH-n-44-45-2012
- 9. Sommeil et ses troubles [Internet]. [consulté le 23 avr 2015]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie /dossiers-d-information/sommeil
- 10. Bartlett DJ, Marshall NS, Williams A, Grunstein RR. Predictors of primary medical care consultation for sleep disorders. Sleep Med. déc 2008;9(8):857-64.
- 11. Les troubles du sommeil. Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire [Internet]. [consulté le 21 janv 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB 10624
- 12. SSMG Recommandations de bonne pratique Insomnie : Recommandation en première ligne de soins Juin 2005 [Internet]. [consulté le 24 févr 2015]. Disponible sur: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations\_de\_bonne\_pratique/rbp\_insomnie.pdf

- 13. OMG Top 50 des Résultats de Consultation 2009 [Internet]. [consulté le 24 nov 2015]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php?sid=23b2c5528055d8a580f3 d6d6ab
- 14. Léger D, Massuel M-A, Metlaine A, SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. Sleep. févr 2006;29(2):171-8.
- 15. Guay B, Morin C-M, Comment évaluer un problème d'insomnie. Le Médecin du Québec. Sept 2002;37(9):97-109.
- 16. Duret F, Florio D. Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013, 239 p.
- 17. Questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil » Prise en charge de l'insomnie chronique [Internet]. [consulté le 24 févr 2015]. Disponible sur: http://www.docvadis.fr/nicolas-peraud/document/nicolas-peraud/troubles\_du\_sommeil/fr/metadata/files/0/file /questdiagnosticssommeil.pdf
- 18. Ferron K. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale: étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux II; 2006,114 p.
- 19. Fort P, Jouvet M, Lévy P, Viot-Blanc V. Universalis : SOMMEIL [Internet]. [consulté le 31 mars 2014]. Disponible sur: http://www.universalis-edu.com.docelec.u-bordeaux.fr/encyclopedie/sommeil/#titre22-i\_42094
- 20. Insee Publications Enquête Emploi du temps 2009-2010 [Internet]. [consulté le 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=edt2010
- 21. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France [Internet]. [consulté le 21 janv 2015]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/prevalence-insomnie.pdf
- 22. Guide « Bien dormir, mieux vivre » Le sommeil, c'est la santé! 2007 [Internet]. [consulté le 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf
- 23. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. Sleep. 15 déc 2004;27(8):1567-96.
- 24. Edinger JD. Testing the Reliability and Validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 Insomnia Diagnoses: Results of a Multitrait-Multimethod Analysis. Archives of General Psychiatry. 1 oct 2011;68(10):992.
- 25. Ohayon MM, Reynolds CF. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Sleep Med. oct 2009;10(9):952-60.

- 26. Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in the general population. Sleep. avr 1996;19(3 Suppl):S7-15.
- 27. 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.
- 28. Cugy D, Penide D, Paty J, Balan J, Vinclair J, Cugy S, et al. Prévalence de la plainte relative aux troubles du sommeil : suivi de 205 347 sujets de 1988 à 1998. Encephale. juin 2004;30(3):228-35.
- 29. Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg F, Guilleminault C. Insomnia and use of hypnotics: study of a French population. Sleep. oct 1991;14(5):386-91.
- 30. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? J Psychosom Res. déc 2001;51(6):745-55.
- 31. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH, Havik OE, Kvale G, Johnsen BH, et al. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. Sleep. 1 nov 2001;24(7):771-9.
- 32. Walsh JK, Üstün TB. Prevalence and health consequences of insomnia. Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine. sept 1999;22(Suppl, 3):S427-36.
- 33. WHO (Word Health Organization) | List of Official ICD-10 Updates [Internet]. [consulté le 16 nov 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/
- 34. Classification Statistique Internationale Des Maladies Et Des Problèmes De Santé Connexes, Cim-10 Fr à usage PMSI [Internet]. [consulté le 16 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2015/sts\_20150009\_0001\_p000.pdf
- 35. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
- 36. Granger B. Le DSM-5 en question. Rev Prat. avr 2013;63(4):455-6.
- 37. Guelfi JD, American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR: critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10. Paris: Masson; 2008.
- 38. American Academy of Sleep Medicine, éditeur. The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine; 2005. 297 p.
- 39. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. Neurotherapeutics. oct 2012;9(4):687-701.
- 40. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest. nov 2014;146(5):1387-94.
- 41. Chung K-F, Yeung W-F, Ho FY-Y, Yung K-P, Yu Y-M, Kwok C-W. Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: the Diagnostic and statistical manual (DSM), International classification of diseases (ICD) and International classification of sleep disorders (ICSD). Sleep Med. avr 2015;16(4):477-82.
- 42. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. avr 2002;6(2):97-111.

- 43. Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: results from the America Insomnia Survey. Biol Psychiatry. 15 mars 2011;69(6):592-600.
- 44. Troubles du sommeil de l'enfant et l'adulte. In: Collège des enseignants de neurologie (France). Neurologie. Paris: Masson; 2005:205-27.
- 45. Lechevalier B, Eustache F, Viader F. Traité de neuropsychologie clinique. De Boeck Supérieur; 2008. 1056 p.
- 46. Léger D, Ogrizek P. Troubles du sommeil : pas seulement l'insomnie. Médecine. 1 janv 2009;5(1):20-3.
- 47. Universalis: INSOMNIE [Internet]. [consulté le 31 mars 2014]. Disponible sur: http://www.universalis-edu.com.docelec.u-bordeaux.fr/encyclopedie/insomnie/#titre-i\_42094
- 48. Lemarié É., Valeyre D, Housset B, Godard P. Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte : des recommandations pour la pratique clinique. Revue des Maladies Respiratoires. sept 2010;27(7):804-5. [Internet]. [consulté le 25 févr 2015]. Disponible sur: http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/07/HS3\_reco\_sas2010.pdf
- 49. Haute Autorité de santé Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) Volet 1 : Volet médico-technique et évaluation clinique [Internet]. [consulté le 25 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport\_sahos\_-\_evaluation\_clinique.pdf
- 50. Diagnostic narcolepsie et troubles du sommeil liés aux hypersomnies. [Internet]. [consulté le 17 nov 2015]. Disponible sur: http://www.je-dors-trop.com/diagnostic.asp
- 51. Sommeil et médecine générale Parasomnies [Internet]. [consulté le 17 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sommeil-mg.net/spip/parasomnies-et-genetique
- 52. Karroum E, Konofal E, Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. Rev Neurol (Paris). août 2008;164(8-9):701-21.
- 53. Tison F, Crochard A, Léger D, Bouée S, Lainey E, El Hasnaoui A. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT Study. Neurology. 26 juill 2005;65(2):239-46.
- 54. Ohayon MM, Lemoine P. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. Encephale. juin 2004;30(3):222-7.
- 55. Léger D, Bayon V, Ohayon MM, Philip P, Ement P, Metlaine A, et al. Insomnia and accidents: cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. J Sleep Res. avr 2014;23(2):143-52.
- 56. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. Am J Psychiatry. oct 1997;154(10):1417-23.

- 57. Léger D, Stal V, Guilleminault C, Raffray T, Dib M, Paillard M. Les conséquences diurnes de l'insomnie : impact sur la qualité de vie. Rev Neurol (Paris). oct 2001;157(10):1270-8.
- 58. Schwartz S, McDowell Anderson W, Cole SR, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Blazer D. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. J Psychosom Res. oct 1999;47(4):313-33.
- 59. Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. Sleep. 1 mai 1999;22 Suppl 2:S394-401.
- 60. Poirot I. La prise en charge de l'insomnie est déterminée par l'enquête étiologique. Le Concours médical. 2010:132(7):284-6.
- 61. Haute Autorité de Santé Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire Juin 2015 [Internet]. [consulté le 27 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche\_memo\_rapport\_elaboration\_arret\_benzodiazepines\_\_2015\_06\_17.pdf
- 62. Barateau L. Item 108/Q43. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat. oct 2014;64(8):1169-76.
- 63. Mon sommeil en pratique [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [consulté le 27 févr 2015]. Disponible sur: http://www.institut-sommeil-vigilance.org/mon-sommeil-en-pratique
- 64. Goril S, Shapiro CM. Rating Scales to Assess Sleep Disorders. In: Kushida CA, éditeur. Encyclopedia of sleep. Amsterdam: Elsevier, Acad. Press; 2013:14-9
- 65. Centre du sommeil et de la vigilance Hôtel-Dieu Paris [Internet]. [consulté le 25 janv 2016]. Disponible sur: http://www.sommeil-vigilance.fr/presentation/presentation.html
- 66. Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J. Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. J Clin Sleep Med. 15 févr 2011;7(1):41-8.
- 67. Aubert J-P. Comment identifier la dépression en soins primaires ? Rev Prat Med Gen. avr 2004;18(648/649):510-1.
- 68. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller H-J, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ. 25 janv 2003;326(7382):200-1.
- 69. Colas des Francs C. Avec quels outils évaluer les troubles ? Le concours médical. avr 2010;132(07):287-8.
- 70. Sommeil un carnet pour mieux comprendre [Internet]. [consulté le 25 mars 2015]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil\_un\_carnet\_pour\_mieux\_comprendre.pdf
- 71. Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. Sleep Medicine Reviews. févr 2010;14(1):69-82.

- 72. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. juin 1992;30(6):473-83.
- 73. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. Psychosom Med. févr 2001;63(1):49-55.
- 74. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. Arch Intern Med. 25 mai 1998;158(10):1099-107.
- 75. Hatoum HT, Kong SX, Kania CM, Wong JM, Mendelson WB. Insomnia, health-related quality of life and healthcare resource consumption. A study of managed-care organisation enrollees. Pharmacoeconomics. déc 1998;14(6):629-37.
- 76. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. mai 1989;28(2):193-213.
- 77. Leger D, Scheuermaier K, Raffray T, Metlaine A, Choudat D, Guilleminault C. HD-16: a new quality of life instrument specifically designed for insomnia. Sleep Med. mai 2005;6(3):191-8.
- 78. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine. juil 2001;2(4):297-307.
- 79. Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. J Am Board Fam Med. déc 2013;26(6):701-10.
- 80. Sommeil et médecine générale. Outils de consultation [Internet]. [consulté le 2 févr 2015]. Disponible sur: http://www.sommeil-mg.net/spip/questionnaires
- 81. Horne JA, Östberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. Int J Chronobiol. 1976;4(2):97-110.
- 82. Échelle de Croyances et Attitudes Concernant le Sommeil (CAS) | Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS) [Internet]. [consulté le 2 févr 2015]. Disponible sur: http://www.cets.ulaval.ca/echelle-de-croyances-et-attitudes-concernant-le-sommeil-cas-0
- 83. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr. févr 1960;23:56-62.
- 84. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. sept 2001;16(9):606-13.
- 85. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. déc 1988;56(6):893-7.
- 86. Carney CE, Moss TG, Harris AL, Edinger JD, Krystal AD. Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients? J Psychiatr Res. sept 2011;45(9):1243-9.
- 87. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:29.

- 88. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. déc 1991;14(6):540-5.
- 89. Billiard M. Somnolence diurne excessive. Rev Prat. sept 2007;57(14):1555-64.
- 90. Léger D. Troubles du sommeil. Rueil-Malmaison [France]: Doin; 2001, 191 p.
- 91. Blaquières M-G. Le sommeil en question. Paris: Ellipses Marketing; 1999. 94 p.
- 92. Rabourdin-Frin N. Réalisation et évaluation d'un guide pratique de l'insomnie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2004. 72 p.
- 93. Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [consulté le 15 juill 2015]. Disponible sur: http://reseau-morphee.fr/
- 94. PROSOM Association Nationale de Promotion des Connaissances sur le Sommeil [Internet]. [consulté le 30 juill 2015]. Disponible sur: http://www.prosom.org/
- 95. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
- 96. Haute Autorité de Santé Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [consulté le 15 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
- 97. Giusti M. La consultation spécifique de prévention en médecine générale. Le Concours Médical. nov 2005;127(35):1974-77.
- 98. HCSP. Consultations de prévention [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 mars [consulté le 17 févr 2016]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=70
- 99. ARS Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z. Janvier 2016 [Internet]. [consulté le 17 févr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\_lexique\_vf.pdf
- 100. ANAES La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. septembre 1996 [Internet]. [consulté le 17 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf
- 101. Glenck U, Pewsner D, Bucher HC. Evidence-based Medicine: comment juger une étude sur un test diagnostique? Forum Med Suisse 2001;9:213-20.
- 102. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Hayes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2. Second edition New York, Edinburgh, London, Toronto, Philadelphia, St. Louis, Sidney: Churchill Livingstone; 2000. 261 p.
- 103. Reid MC, Lachs MS, Feinstein AR. Use of methodological standards in diagnostic test research. Getting better but still not good. JAMA. 23 août 1995;274(8):645-51.
- 104. Éditorial : Dépistage éclairé. Prescrire. Juillet 2014;34(369):481.

- 105. Pouchain D, Huas D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G. Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? Rev Prat Med Gen 2002;16 :1299-303.
- 106. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé, IRDES. Juillet 2009. N°144 [Internet]. [consulté le 18 févr 2016]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf
- 107. Breuil-genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Avril 2006. N°481 [Internet]. [consulté le 18 févr 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf
- 108. Ameli.fr Nomenclature générale des actes professionnels NGAP [Internet]. [consulté le 20 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-desante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/ngap.php
- 109. INPES Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. [consulté le 20 févr 2016]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2011/barometre-sante-medecins-generalistes.asp
- 110. Cario C, Levesque JL, Bouche G. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. Étude transversale descriptive menée dans une population de médecins généralistes. Suppl Rev Prat. déc 2010;60:24-8.
- 111. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? Questions d'économie de la santé, IRDES. Mars 2011. N°163 [Internet]. [consulté le 16 févr 2016]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/2011/questions-d-economie-de-la-sante.html#n163
- 112. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. févr 1999;16(1):4-11.
- 113. David M, Gall B. L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007 DREES Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Études et résultats. 2008. N°651 [Internet]. [consulté le 16 févr 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-evolution-des-opinions-des-français-en-matiere-de-sante-et-d-assurance-4302
- 114. Santé Canada, Allium Consulting Group Inc. Outils de communication II: la communication efficace... à votre service. [Ottawa]: Santé Canada; 2001. [Internet]. [consulté le 16 févr 2016]. Disponible sur: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-1F.pdf
- 115. Grall JC, Drahi E, Le Noc Y. Autoquestionnaires médicaux. Une piste d'amélioration des soins ? Rev Prat Med Gen. sept 2008;22(806):715-6.

- 116. Delmas S. Les Consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne: description, modalités de prise en charge, formation initiale et continue dans le domaine [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2005.
- 117. Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale Évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. Med/Sc Février 2009; 25(2):201-6.

# **ANNEXES**

# <u>ANNEXE 1</u>: Questionnaire « Aquitaine Veille Sommeil »

Aquitaine
Veille
Sommeil « Prise en charge de l'insomnie chronique»
http://www.aquivs.com
Initiales Patient année de naissance Sexe MF Med
Cochez s'il vous plait la case correspondant à votre réponse à chacune des questions, si vous ne comprenez pas une question passer à la suivante
1) Vous réveillez vous plus fatigué qu'au coucher Oui  Non
2) Etes vous souvent gêné par une somnolence dans la journée Oui \( \subseteq \text{Non} \subseteq \)
3) Le besoin de dormir vous empêche t-il parfois de conduire ou vous oblige à vous arrêter ?  Oui \( \sum \) Non \( \sum \)
4) Avez-vous eu un accident du à un endormissement : Oui Non
5) Faites vous la sieste quand vous le pouvez ? Oui Non Non
6) Avez-vous été hospitalisé(e) en hôpital psychiatrique ?
Oui Non Non 7  To Evitez-vous les endroits clos d'où l'on ne peut sortir librement?  Oui Non
Avez-vous déjà eu une attaque de panique, c'est-à-dire vous sentir brutalement effrayé très anxieux ou extrêmement mal à l'aise ?
Oui Non Non Avez-vous déjà ressenti de la peur à quitter la maison seul ou bien lorsque vous vous trouviez au milieu de la foule, en attendant dans une file d'attente, ou lors d'un voyage en bus ou en train ?
Oui Non
Oui Non 1  11) Etes-vous angoissés par le regard des autres au point d'éviter certaines activités ?  Oui Non 1
12) Etes-vous envahis par des pensées involontaires qui vous obligent à laver, vérifier, compter?
Oui Non 13) Etes-vous soucieux en permanence depuis 6 mois au point d'être irritable ou d'en perdre le sommeil ?
Oui  Non  14) Vous sentez-vous inhabituellement triste depuis quelques semaines ? Oui  Non  1
15) Ressentez-vous une diminution de l'intérêt pour la plupart des activités ou une incapacité à prendre plaisir aux choses qui habituellement vous intéresse ?  Oui  Non  Non

151, rue du Tondu - 33082 BORDEAUX CEDEX - Tel : 05 56 99 48 78 - Fax : 05 56 99 62 66

Aquitaine Veille Sommeil

« Prise en charge de l'insomnie chronique»

http://www.aquivs.com

April 1	<u>. /</u>
16)	Utiliser-vous régulièrement de la drogue ou de l'alcool ?
	Oui Non
1/)	Abusez-vous parfois de l'alcool ou de la drogue ?
400	Oui Non
18)	Combien de cafés prenait vous dans une journée habituelle ?
19)	Liste de vos médicaments
201	
20)	Avez-vous un travail posté ou un travail de nuit ?
24)	Oui Non
21)	Horaires de coucher habituels en semaine versh, lever versh
22)	Horaires de coucher habituels en vacance versh lever versh
22)	Tiordines de codoner habitaets en vacance 1ers
23)	Vous signale t-on que vous arrêtez de respirer en dormant :
20,	Oui  Non
24)	Vous signale t-on un ronflement gênant
,	Oui Non
25)	Vous réveillez vous en ayant mal à la tête
	Oui Non Non
26)	Urinez vous plusieurs fois par nuit
	Oui Non
27)	Vous réveillez vous avec la bouche très sèche
	Oui Non
28)	Etes vous gêné par le besoin de bouger les jambes :
	Oui Non
29)	Ce besoin de bouger apparaît ou s'aggrave au repos ou à l'inactivité (assis, allongé) :
	Oui Non
30)	Ce besoin diminue ou disparaît si je bouge les jambes ou si je marche
	Oui Non
31)	Ce besoin est pire le so <u>ir</u> ou la <u>nu</u> it, ou n'apparaît qu'à ces moments là :
	Oui Non
	Merci

151, rue du Tondu - 33082 BORDEAUX CEDEX - Tel : 05 56 99 48 78 - Fax : 05 56 99 62 66

## **ANNEXE 2** : Les différents documents de notre thèse

## ANNEXE 2-1: Fiche de présentation de la thèse

## THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MORAND Marion Directeur de thèse : Dr MEILLON Paul

## ÉTUDE D'UN OUTIL DE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ADULTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN AQUITAINE ET EN FRANCHE-COMTÉ

Dans ses recommandations de décembre 2006, la Haute Autorité de Santé préconise une démarche active dans la prise en charge diagnostique des troubles du sommeil. Elles visent à améliorer le diagnostic et à diminuer les prescriptions inappropriées car les troubles du sommeil ont des conséquences néfastes notamment dans la population active (accidents du travail, accidents de la route, co-morbidités...) et constituent donc un enjeu majeur de santé publique. Or, les troubles du sommeil ne font pas souvent l'objet d'un dépistage de la part des médecins généralistes car la prise en charge diagnostique est rendue difficile par l'absence ou la minimisation des plaintes des patients, la multitude de diagnostics possibles ou encore le manque de temps. L'un des enjeux de cette thèse est de créer un outil simple et rapide, en s'appuyant sur un questionnaire pour diagnostiquer les troubles du sommeil de la thèse de Kavita Ferron « Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale : étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV » et sur l'ensemble de la littérature. Ainsi, nous avons opté pour un repérage précoce des patients souffrant de troubles du sommeil à l'aide d'un outil concis à remplir au cabinet médical. L'objectif principal sera d'étudier la satisfaction des médecins à utiliser cet outil. Le but de cette étude est d'évaluer si cet outil peut-être ressenti comme utile et aidant pour dépister les troubles du sommeil par un échantillon de médecins généralistes.

#### Critères d'inclusion:

Tous les patients adultes de 18 à 75 ans se présentant en consultation de médecine générale sur une journée pour un motif étranger ou ayant rapport avec des troubles du sommeil.

#### Critères d'exclusion:

- Patients de moins de 18 ans ou de plus de 75 ans.
- Patients adultes venant en consultation pour une urgence vitale ou relative.

### ANNEXE 2-2 : Explication du recueil des données pour les médecins

(Explications données lors du premier entretien avec les médecins)

Voici comment se présente le recueil de données pour la thèse :

- Tout d'abord, un **entretien semi-dirigé initial** sera effectué pour vous expliquer la thèse et recueillir des informations sur votre prise en charge actuelle des troubles du sommeil en 10 questions.
- Un questionnaire patient d'une page recto-verso (« troubles du sommeil chez l'adulte : outil de repérage précoce ») avec des questions fermées sera à remplir par les patients qui se présenteront à votre cabinet lors d'une journée de consultation dans le courant du mois de avril/mai 2015. Ce questionnaire pourra être déposé et rempli en salle d'attente par les patients adultes (si possible 10 à 15 patients). Ils vous les remettront alors lors de la consultation. Vous pourrez me renvoyer l'ensemble des questionnaires remplis dans l'enveloppe timbrée qui vous est jointe. Avant de les envoyer, vous pourrez repérer pendant ou après la consultation les patients pouvant souffrir de troubles du sommeil (réponse oui aux 2 premières questions du questionnaire). Si des troubles du sommeil peuvent exister, regarder le questionnaire en vous aidant de la fiche complémentaire.
- Une fiche complémentaire d'aide au dépistage étiologique destinée au médecin est fournie. Ce document est juste une aide pour la lecture du questionnaire patient par le médecin. Vous êtes bien sûr libre de votre prise en charge diagnostique et thérapeutique.
- Une **fiche de suivi** vous sera également remise et ne sera à compléter <u>que pour les patients pouvant, selon l'outil, souffrir de troubles du sommeil</u> (c'est-à-dire si le patient a répondu oui aux 2 premières questions du questionnaire patient). Vous pourrez me la remettre lors de l'entretien final. Vous pouvez commencer à la remplir après la consultation avec le patient et pour les questions propres au suivi, avant l'entretien final.
- L'entretien final aura lieu environ 6 mois après la remise du questionnaire au patient soit à partir du mois de septembre/octobre. Il comporte 13 questions. Il porte notamment sur votre expérimentation de cet outil de repérage précoce des troubles du sommeil. Je vous contacterai à ce moment-là pour prendre rendez-vous.

# <u>ANNEXE 2-3</u>: <u>Questionnaire initial des médecins</u>

10) Avez-vous des remarques?

<u>Donné</u>	ses personnelles :		
Adress Lieu d Nombi	Prénom : se mail : 'exercice : re d'années d'installation : pation à une FMC :	Sexe :  Mode d'exe Maître de s	
Questi	ons:		
1)	Vous sentez-vous satisfait de votre démarche de sommeil ? □ pas du tout satisfait □ peu satisfait □ très satisfait	-	
2)	Avez-vous une démarche active (démarche équiproblème de troubles du sommeil ? □ oui □ non,		
3)	Quels outils utilisez-vous pour diagnostiquer un ☐ réseau Morphée ☐ ouvrages de référence ☐ autr		ommeil ? □ aucun □ HAS
4)	Utilisez-vous un agenda du sommeil ? □ oui, sou jamais	ivent □ oui, d	le temps en temps □ non,
5)	Devant un problème de troubles du sommeil che recherches documentaires pour vous aider dans souvent □ oui, de temps en temps □ non, jamais		•
6)	Quelles sont les principales difficultés que vou diagnostique de vos patients souffrant de troubles   aucune difficulté   le manque de temps   le ma  se rappeler des bilans   obtenir des examens co  la pression des patients sur la prescription de mangue	s du sommeil anque de con omplémentain	? naissance sur le sujet res
7)	Vous arrive-t-il de prescrire des hypnotiques en prolongée, mise sous hypnotiques sans diagnostic □ oui, souvent □ oui, de temps en temps □ non, ja	clairement p	
8)	Pensez-vous que votre formation initiale conce satisfaisante ? □ oui □ non	ernant les tro	oubles du sommeil était
9)	Avez-vous reçu des formations complémentaires troubles du sommeil ? □ oui □ non. Si oui, lesque	•	•

### ANNEXE 2-4 : Explication du recueil des données pour les patients

Madame, Monsieur,

Votre médecin généraliste participe à une thèse de médecine sur le repérage des troubles du sommeil chez l'adulte.

Si vous avez entre 18 et 75 ans, et que vous acceptez de participer à cette étude, merci de remplir le questionnaire intitulé : « Troubles de sommeil chez l'adulte : outil de repérage précoce ». Cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes. La participation à cette étude se fait sur la base du volontariat et votre anonymat sera respecté. Par ailleurs, vous pouvez répondre à ce questionnaire même si vous ne semblez pas concerné(e) a priori par des problèmes de sommeil.

Le questionnaire comporte 2 pages (recto et verso) avec une frise à hachurer, des questions numérotées de 1 à 25 où il faut cocher oui ou non, puis une dernière question où il faut renseigner la liste de vos traitements actuels. Votre médecin analysera ensuite vos réponses et si d'éventuels troubles du sommeil peuvent être détectés, il vous indiquera, s'il y a lieu, la conduite à tenir.

En vous remerciant de votre participation,

Marion MORAND (doctorante en médecine générale)

## <u>ANNEXE 2-5</u>: <u>L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil (version « patient »)</u>

Date :		DAT	IENT nº	_		
	<u>IKO</u>	<u>UBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ADULTE : OUTIL DE REPÉRAGE PRE</u>	COCE			
	•	t: Année de naissance : Sexe : Statut marital :				
Poids :		kg Taille: m Motif de consultation:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
Vojoj lo	dároulá	haura non haura d'una jaurnéa trona da 24h (aganda du sammall), nauvag vaya hashurar vas gan	aa da aa	mmail		
		heure par heure d'une journée type de 24h ( <b>agenda du sommeil</b> ), pouvez-vous hachurer vos zon her l'heure habituelle à laquelle vous vous couchez et l'heure à laquelle vous vous réveillez ?	es de soi	mmen		
	· marq					
12h	13h	14h   15h   16h   17h   18h   19h   20h   21h   22h   23h   0h   1h   2h   3h   4h   5h   6h   7h   8h	9h 1	0h   11h		
Exemple :	Je me co	ouche à 23h15, je me lève à 7h30 mais je dors de 0h à 4h, je me réveille une heure de 4 à 5h et me rendors de 5 à 7h. Sies.	te de 14 à .	15h.		
1		13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 0h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h	9h 10h	11h		
,		Heure du coucher				
	7.70	Heure du lever	OTIT	NON		
	N°	Questions Pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ?	OUI	NON		
	1					
	2	Dans la journée, avez-vous déjà ressenti des problèmes de concentration, de la fatigue ou des troubles de l'humeur?				
	3	Avez-vous déjà eu un accident de travail ou de la route causé, selon vous, par le manque de				
		sommeil?				
	4	Dormez-vous mal plus de 3 nuits par semaine ?				
	5	Avez-vous des problèmes de sommeil depuis plus d'un mois ?				
	6	Vous sentez-vous triste en ce moment ?				
	7	Ressentez-vous une perte d'intérêt à faire des choses que vous aimiez faire habituellement ?				
	8	Avez-vous été témoin d'un évènement traumatisant depuis moins d'un an ?				
	9	Êtes-vous angoissé(e) par le regard des autres au point de vous interdire certaines activités ?				
	10	Avez-vous des pensées involontaires qui vous obligent à ranger, compter ou vous laver ?				
	11	Avez-vous déjà eu une attaque de panique (situation qui vous a mis dans un état de stress				
	12	intense)?  Avez-vous déjà eu des soins psychiatriques ?				
	13	Avez-vous un travail posté ou de nuit ?				
	14	Voyagez-vous souvent avec décalage horaire ?				
	15	Faites-vous du sport après 19h?				
	16	Faites-vous une ou plusieurs activités (travailler, lire, regarder la télé, manger) autres que				
		dormir dans votre lit?				
	17	Êtes-vous perturbé(e) par votre environnement (bruit, lumière, odeur, température) quand				
		vous dormez ?				
	18	Consommez-vous des drogues (alcool, tabac, autres) ?				
	19	Consommez-vous régulièrement des boissons énergisantes (café, thé) ?				
	20	Vous arrive-t-il de vous endormir n'importe quand dans la journée ?				
	21	Est-ce qu'on vous a déjà signalé que vous ronflez fort en dormant?				
	22	Est-ce qu'on vous a déjà signalé que vous arrêtez de respirer en dormant?				
	23	Ressentez-vous le besoin de bouger les jambes quand vous êtes au repos ?  Vous agricus til de feire des resumments particuliers en dermont (originament des deuts				
	24	Vous arrive-t-il de faire des mouvements particuliers en dormant (grincement des dents, déambulation) ou des cauchemars ?				

Avez-vous un problème de santé qui pourrait expliquer, selon vous, vos troubles du sommeil (exemple : maladie générale, douleur, hyperthyroïdie...) ? Si oui, merci de le préciser dans les

commentaires libres.

Page 1/2

TSVP

s médicaments actuels :	

# <u>ANNEXE 2-6</u>: <u>L'outil de repérage précoce des troubles du sommeil (version « médecin »)</u>

Date :		PAT	IENT n	
	TRO	<u>UBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ADULTE : OUTIL DE REPÉRAGE PRÉ</u>	COCI	2
Initialec	nation	at :		
	•	Niveau d'études :		
Poids :		kg Taille: Motif de consultation:		
Voici le	déroulé	heure par heure d'une journée type de 24h (agenda du sommeil), pouvez-vous hachurer vos zon	es de so	ommeil
effectif e	t indiqı	uer l'heure habituelle à laquelle vous vous couchez et l'heure à laquelle vous vous réveillez ?		
121	121	14h   15h   16h   17h   18h   19h   20h   21h   22h   23h   0h   1h   2h   3h   4h   5h   6h   7h   8h	9h	10h   11h
12h	13h	14h   15h   16h   17h   18h   19h   20h   21h   22h   23h   0h   1h   2h   3h   4h   5h   6h   7h   8h	911	10h   11h
Exemple :		ouche à 23h15, je me lève à 7h30 mais je dors de 0h à 4h, je me réveille une heure de 4 à 5h et me rendors de 5 à 7h. Sies. 13h   14h   15h   16h   17h   18h   19h   20h   21h   22h   23h   0h   1h   2h   3h   4h   5h   6h   7h   8h	te de 14 d 9h   10	
	1211	1311 1411 1311 1011 1711 1011 1711 2011 2111 2211 2311 011 111 211 311 411 311 011	3H 10	1 1111
		Heure du coucher Heure du lever		
	N°	Questions	OUI	NON
	1	Pensez-vous souffrir de troubles du sommeil ?		
	2	Dans la journée, avez-vous déjà ressenti des problèmes de concentration, de la fatigue ou des		
		troubles de l'humeur ?		
	3	Avez-vous déjà eu un accident de travail ou de la route causé, selon vous, par le manque de sommeil?		
	4	Dormez-vous mal plus de 3 nuits par semaine ?		
	5	Avez-vous des problèmes de sommeil depuis plus d'un mois ?		
	6	Vous sentez-vous triste en ce moment ?		
	7	Ressentez-vous une perte d'intérêt à faire des choses que vous aimiez faire habituellement ?		
	8	Avez-vous été témoin d'un évènement traumatisant depuis moins d'un an ?		
	9	Êtes-vous angoissé(e) par le regard des autres au point de vous interdire certaines activités ?		
	10	Avez-vous des pensées involontaires qui vous obligent à ranger, compter ou vous laver ?		
	11	Avez-vous déjà eu une attaque de panique (situation qui vous a mis dans un état de stress		
		intense)?		
	12	Avez-vous déjà eu des soins psychiatriques ?		
	13	Avez-vous un travail posté ou de nuit ?		
	14	Voyagez-vous souvent avec décalage horaire ?		
	15	Faites-vous du sport après 19h?  Faites-vous une ou plusieurs activités (travailler, lire, regarder la télé, manger) autres que		
	16	dormir dans votre lit?		
	17	Êtes-vous perturbé(e) par votre environnement (bruit, lumière, odeur, température) quand		
		vous dormez ?		
	18	Consommez-vous des drogues (alcool, tabac, autres) ?		
	19	Consommez-vous régulièrement des boissons énergisantes (café, thé) ?		
	20	Vous arrive-t-il de vous endormir n'importe quand dans la journée ?		
	21	Est-ce qu'on vous a déjà signalé que vous ronflez fort en dormant ?		
	22	Est-ce qu'on vous a déjà signalé que vous arrêtez de respirer en dormant ?		
	23	Ressentez-vous le besoin de bouger les jambes quand vous êtes au repos ?		
	24	Vous arrive-t-il de faire des mouvements particuliers en dormant (grincement des dents, déambulation) ou des cauchemars ?		
	25	Avez-vous un problème de santé qui pourrait expliquer, selon vous, vos troubles du sommeil		+
	23	(exemple : maladie générale, douleur, hyperthyroïdie) ? Si oui, merci de le préciser dans les		
		commentaires libres.		

Pouvez-vous lister vos medicaments actuels :	
Commentaires libres :	

# <u>ANNEXE 2-7</u>: <u>Fiche d'aide au dépistage étiologique des troubles du sommeil (pour les médecins)</u>

Ceci est une **fiche complémentaire** à l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil afin de vous orienter vers les principales pistes étiologiques évoquées dans les questions de l'outil. Ceci est une aide pour utiliser l'outil.

#### Agenda du sommeil condensé:

Troubles du sommeil réels ou supposés ? Décalage de phase ?

→ Calcul de l'IES : Si l'IES < 85 % : insomnie probable

Index efficacité du sommeil (IES) = 
$$\frac{\text{Temps (en minutes) total de sommeil}}{\text{Temps (en minutes) passé au lit}} \times 100$$

Avec Temps total de sommeil = Temps passé au lit – temps total d'éveil nocturne

→ Définition de l'insomnie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : l'insomnie est une plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes, telles que : fatigue, somnolence, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration et diminution des prestations.

#### **Questions:**

La réponse OUI à la 1ère et 2ème question peut faire suspecter un trouble du sommeil chez le patient. Il faut alors regarder les réponses positives aux autres questions pour orienter le diagnostic. Les questions ont été réparties en 6 zones pour diriger vers des pistes diagnostiques qu'il faudra éventuellement compléter par d'autres moyens pour parvenir au diagnostic selon votre jugement.

ZONES	Orientations	Diagnostics probables en	Explorations
ZONE 1 ( )	diagnostiques	fonction des questions	complémentaires
ZONE 1 (grise)	Troubles du sommeil	1 : trouble du sommeil	
	probablement existant :	existant	
	insomnie primaire si les	2,3 : retentissement diurne	
	réponses suivantes sont	et éventuellement	
	toutes négatives	conséquences néfastes	
		4 : insomnie sévère	
		5 : insomnie chronique si elle dure plus d'un mois	
ZONE 2 (jaune)	Troubles du sommeil	<b>6,7</b> : troubles de l'humeur	Adresser à un
ZONE 2 (Jaune)	liés à une affection	8,9,10,11 : troubles	spécialiste
	psychiatrique	anxieux	(psychiatre)
	psychiatrique	12: (autres) troubles	(psychiatre)
		psychiatriques	Echelles de dépression
ZONE 3 (verte)	Troubles du sommeil	13,14 : troubles du rythme	Préciser les erreurs sur
231123 (1010)	liés à l'hygiène du	circadien (retard de phase,	l'hygiène du sommeil
	sommeil ou à	jet-lag) + regarder si	pour les corriger
	l'environnement	décalage des horaires de	L
		sommeil dans l'agenda	Action sur
		du sommeil	l'environnement si
		15,16 : mauvaise hygiène	possible
		du sommeil, mauvais	
		conditionnement au	
		sommeil	
		17 : environnement non	
		favorable au sommeil	
ZONE 4 (violette)	Troubles du sommeil	<b>18,19</b> : intoxication par	Identifier la substance
	liés à une cause	une substance	ou le médicament en
	iatrogène ou à une	Liste des médicaments :	question
	intoxication par une	cause iatrogène	
70NF 5 (11	substance	20 1 : 54.05	D \
ZONE 5 (bleue)	Troubles du sommeil	20 : narcolepsie, SAOS	Recours à un
	liés à une pathologie	21,22 : Syndrome	spécialiste (spécialiste
	spécifique	d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)	du sommeil,
	potentiellement sévère ou traitable	23 : Syndrome des jambes	neurologue, pneumologue)
	ou traitable	sans repos, ou	pheumologue)
		mouvements périodiques	Polysomnographie
		des membres	1 orysonmograpine
		24 : parasomnie	Echelle d'Epworth
		(cauchemars, terreurs	(pour le SAOS)
		nocturnes,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		somnambulisme)	
ZONE 6 (rouge)	Troubles du sommeil	25 : affections somatiques	Examen clinique
	liés à une pathologie	(cancer, affection	<b>^</b>
	médicale identifiée	respiratoire, cardiaque,	Recours à un
		RGO)	spécialiste

## ANNEXE 2-8 : Fiche de suivi du patient remplie par les médecins

## FICHE DE SUIVI DU PATIENT N°

A remplir uniquement si l'outil a détecté des troubles du sommeil chez votre patient (indiquer le numéro du questionnaire patient correspondant).
Initiales patient : Année de naissance : Sexe :
■ Motif de la consultation :
■ Signes cliniques ou pathologies connus dans les antécédents pouvant orienter le diagnostic étiologique :
■ Est-ce que le questionnaire patient de repérage précoce des troubles du sommeil vous a orienté vers un diagnostic ? Si oui, le(s)quel(s) ?
<ul> <li>■ Examens complémentaires réalisés (inclure aussi, si des échelles ou autres questionnaires ont été réalisés, exemple questionnaire d'Epworth si syndrome d'apnée du sommeil) : oui □ non □</li> <li>• Si oui, le(s)quel(s) et leurs résultats?</li> </ul>
■ Avis spécialiste(s) demandé(s) : oui □ non □ ■ Si oui, le(s)quel(s) et leurs commentaires?
■ Diagnostic(s) retenu(s):
■ Traitement(s) réalisé(s) :
■ Commentaires éventuels sur l'outil de repérage :

## ANNEXE 2-9: Guide d'entretien

Questions posées au médecin généraliste dans un entretien semi-dirigé après 6 mois avec recueil des fiches de suivi des patients souffrant de troubles du sommeil.

- 1) Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ?
- 2) Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?
- 3) Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients ou rempli les fiches de suivi (si non fait)?
- 4) L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?
- 5) Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ?
- 6) Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?
- 7) Allez-vous continuer à l'utiliser ? Pourquoi ?
- 8) Cela va-t-il changer votre pratique?
- 9) Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ?
- 10) Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ?
- 11) Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?
- 12) Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? (si non quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?)
- 13) Avez-vous d'autres commentaires ?

# <u>ANNEXE 2-10</u>: <u>Guide d'entretien réécrit après la réalisation des premiers entretiens</u> pour les médecins ayant rempli des « questionnaires patient »

- 1) Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion?
- 2) Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?
- 3) Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients ou bien rempli les fiches de suivi (si non fait)?
- 4) L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?
  - Si non pourquoi? Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous?
- 5) Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ? Comment avez-vous utilisé l'outil (sur une journée, en salle d'attente ou pendant la consultation) ?
- 6) Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?
- 7) Allez-vous continuer à l'utiliser ? Pourquoi ?
- 8) Cela va-t-il changer votre pratique?
- 9) Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ?
- 10) Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ?

- 11) Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?
- 12) Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?
- 13) Avez-vous d'autres commentaires ?

# <u>ANNEXE 2-11</u>: <u>Guide d'entretien réécrit après la réalisation des premiers entretiens pour les médecins n'ayant pas rempli de « questionnaires patient »</u>

- 1) Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients?
- 2) Quelles ont été les freins à l'utilisation de cet outil?
- 3) Que pensez-vous de cet outil?
- 4) Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ?
- 5) Pensez-vous utiliser cet outil un jour prochain?
- 6) Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ?
- 7) Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?
- 8) Avez-vous d'autres commentaires ?

# <u>ANNEXE 3</u>: Schémas de lecture du « questionnaire patient » pour le recueil des données

## Schéma 1 : Insomnie primaire ou secondaire ?

(Q = question)

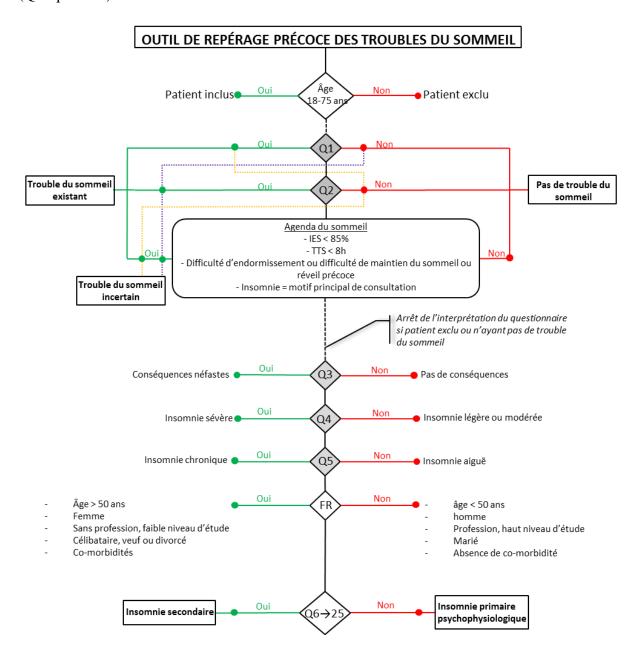
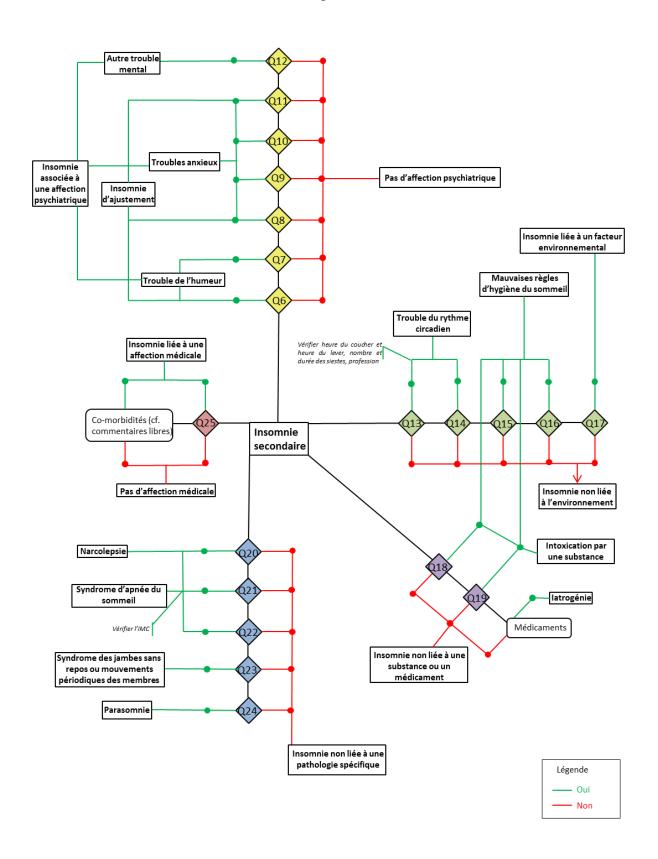


Schéma 2 : Insomnies secondaires, les causes possibles



#### ANNEXE 4 : Entretien avec un pneumologue spécialiste du sommeil

#### **SPÉCIALISTE**

### Est-ce que le diagnostic est clairement posé quand un médecin généraliste vous envoie un patient ?

En général, non ce n'est pas clair. Pff, c'est difficile, ça dépend, euh, il y a beaucoup de gens qui sont adressés pour un syndrome, euh pour une suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil, ça c'est une chose. Et puis après, il y a des gens qui sont adressés pour troubles du sommeil. En général, c'est des gens qui ont d'autres pathologies, la plupart du temps c'est des insomnies quoi. C'est vrai que dans l'apnée du sommeil souvent c'est euh, assez ciblé. Les gens, ils nous envoient au pneumologue. Après moi j'ai une étiquette un peu euh, moi je suis pneumologue et en fait je, je m'occupe de tous les troubles du sommeil : syndrome des jambes sans repos, narcolepsie et tout ça. Donc en fait, soit ils m'envoient pour syndrome d'apnées du sommeil, soit pour un trouble du sommeil plus flou quoi.

Les patients qui sont envoyés par les médecins généralistes ont-ils eu une consultation dédiée ou ont-ils déjà rempli un agenda du sommeil comme le préconise l'HAS? Non, jamais. D'accord.

#### Vos patients ont-ils déjà reçu des hypnotiques ou autres traitements médicamenteux ? Ont-ils testé des traitements non médicamenteux ?

Ah oui souvent, et même chez les apnéiques des fois, des fois chez des apnéiques qui dorment pas bien car à peu près 12% des apnéiques se plaignent d'insomnies, donc ils ont souvent eu des traitements. Parce qu'on n'a pas fait le diagnostic avant ? Est-ce que les traitements non médicamenteux comme les thérapies cognitivo-comportementales... ? C'est rare, c'est difficile d'accès. L'accès est mauvais en France. Oui, c'est sûr enfin c'est un peu préconisé dans l'HAS mais... Ah beh c'est ce qui a de mieux, dans l'insomnie c'est ce qu'il y a de mieux, c'est super efficace.

### Que pensez-vous de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? (que pensez-vous d'un outil de repérage à faire par les médecins généralistes ?)

Ah non, ben je pense que c'est une excellente idée [rires]. Enfin moi, mon point de vue c'est que les généralistes, ils connaissent bien l'apnée du sommeil, maintenant ils sont assez bien formés. Après c'est pour les autres pathologies donc euh, c'est vrai que là euh, il y a peu d'items qui concernent l'apnée du sommeil et je crois que c'est pas, c'est pas grave après. Je sais pas si t'as vu mon questionnaire. **Oui en fait, c'est tous...** C'est ça parce que moi, je vais aller, enfin en fonction de la réponse des questions, cela va m'orienter parce que j'ai pas le temps d'aller explorer en fait toutes les pathologies donc ça va être un élément d'orientation qui va me permettre de gagner du temps quoi.

Pensez-vous que cela peut-être utile aux médecins généralistes et les aider à mieux orienter les patients vers les spécialistes ? Pensez-vous que voilà ça peut orienter euh, aider les médecins à orienter vers les spécialistes, un outil comme ça ?

Oui, euh pff, oui enfin je suis pas forcément LE spécialiste du sommeil mais euh à mon avis ça, oui, ça peut. En plus, les codes couleurs, je n'avais pas pensé à ça, je trouve que dans mon questionnaire ça serait peut-être pas mal et je trouve que euh, que ça peut aider à orienter. Non c'est bien, je pense que, enfin, tous les outils qui vont un peu en fait, euh faciliter le travail et puis aussi, si tu veux aller plus rapidement vers les choses essentielles, c'est utile parce qu'on a on, ben j'sais pas tu verras [rire], ben on est submergé de travail quoi.

# Y-a-t-il selon vous des modifications à apporter à l'outil ? Donc après est-ce qu'il y aurait des modifications, est-ce qu'éventuellement il y aurait des questions que vous développeriez plus ou d'autres un peu moins ou une autre forme ?

Non sur la forme je trouve ça bien. Après j'ai du mal à me faire une idée de la façon dont tu veux, en fait euh utiliser ça. En fait, nous on va le tester sous la forme d'un dépistage, cela peut aussi s'adresser à des patients qui pourraient se plaindre mais pour lequel on voudrait faire du repérage précoce, cibler un peu plus les patients et après comme ça de cibler une consultation sur le problème, en fait c'est de faire un peu le diagnostic plus rapidement, pour éviter une consultation trop longue et de faire du repérage précoce. Comme ça j'ai du mal à dire, après l'agenda du sommeil, c'est pas facile à remplir, pour un patient. Après c'est euh faire remplir un agenda sur 3 semaines sans avoir expliquer, même si t'as vu on donne une notice mais c'est pas évident quand même. Parce que tu tombes sur un obsessionnel euh lui chaque fois qu'il va se réveiller la nuit, il va marquer donc en soi c'est quelque chose qui va perturber son sommeil. Donc il faut vraiment faire attention à l'agenda. Nous on le donne avant mais des fois les gens soit ils l'ont pas rempli, on leur dit c'est pas grave ne vous inquiétez pas, c'est pas grave ou alors ils l'ont mal rempli et donc à ce momentlà, on, moi je leur réexplique et surtout ce que je fais, je prends l'agenda et je leur dis bon la nuit dernière vous avez euh, vous vous êtes couché à quelle heure, donc vous mettez une flèche vers le bas ensuite vous hachurez donc vous avez dormi jusqu'à quelle heure donc je leur dis c'est vraiment approximatif. C'est pour ça que moi je les vois 2 fois les insomniaques, avant de les orienter vers les TCC. C'est-à-dire que moi je les vois une fois, on part sur du comportemental, on revoit l'agenda du sommeil au bout de, de 15 jours à 3 semaines et ensuite en fonction de ça, on va vers les TCC ou pas et si jamais c'est vraiment un problème d'organisation du sommeil, rien qu'avec la restriction du temps passé au lit, ils y arrivent et on s'arrête là. Si vraiment y a euh une anxiété très forte, enfin de, de fausses idées, et caetera, donc là on va vers... mais c'est pour ça l'agenda du sommeil, c'est pas facile à manier quand même. Il faut, c'est difficile de donner aux gens un truc comme ça avec une notice souvent, c'est pas évident pour les gens.

# Pensez-vous à d'autres pistes pour rechercher les troubles du sommeil (internet, journées de formation...) ? Sur internet de nouvelles applications ou rester plutôt sur les consultations médecins.

Non les applications, oui, oui c'est sûrement euh, tout le monde maintenant a des smartphones, je pense sûrement que, qu'il faut aller vers ça hein. Bon après moi je suis pas spécialiste de l'informatique [rires] je ne suis pas un pro, j'ai un vieux téléphone tout pourri et euh [sourire] je pense que c'est un outil qui est sûrement, on le voit bien, il y a plein de gens qui arrivent avec des applications sur euh pour enregistrer leur ronflement, alors je ne sais pas si c'est très fiable mais en matière d'insomnie je pense que, il y a sûrement des petits questionnaires avec euh des genres de questionnaires comme ça à faire remplir en oui ou non avec à la fin une orientation.

**Avez-vous des commentaires ?** Non.

#### ANNEXE 5 : Entretiens semi-dirigés des médecins généralistes

#### **MÉDECIN 1**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Ben oui, hein, dix... D'accord.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Beh oui, non? Oui c'est ça [rire], oui.

On saute la question 3, puisque c'était bon euh ...

### L'outil de repérage précoce vous a- t- il aidé à trouver un ou des diagnostic(s) pour chaque patient inclus ?

Beh, j'en avais pas besoin en fait. C'est les gens qui ont rempli finalement. Peut-être que ça m'aurait aidé, si j'étais tombée sur quelqu'un qui en avait vraiment besoin, hein. **D'accord.** 

#### Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous (pour les 2 fiches heu...)?

Ben oui, enfin après de toute façon, oui, oui, de toute façon, ils ont tous les 2 visiblement des troubles du sommeil.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne (peut-être pour les gens qui ont vraiment des troubles du sommeil) ?

Pourquoi pas hein, pour des gens qui viennent consulter juste pour ça, cela peut-être un point de départ. Après, on ne sait pas trop par quel bout le prendre [rire]. Non c'est vrai, on ne sait pas trop par quel point le prendre. Pourquoi pas, ça pourrait être un point de départ qui nous aide à partir sur autre chose et les gens ça les cadre aussi un peu. **Hum.** 

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ? Pourquoi ?

Pourquoi pas, faut me laisser des... Oui je vais vous l'envoyer. Y a pas de soucis, s'ils viennent rien que pour ça oui, pourquoi pas. D'accord.

#### Cela va t- il changer votre pratique?

Ben laquelle, la pratique de quoi ? En fait, est-ce que vous changez, en gros, est-ce que vous allez l'utiliser, est-ce que ça change votre pratique ? Ah ça change pas forcément beaucoup la pratique entière à mon avis, mais par contre ça peut peut-être aider à cerner le problème [sourire] et d'avoir un truc un peu objectif .Ok.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non [sourire]. Enfin, comme ça, je ne vois pas, je me suis pas posée beaucoup la question en même temps.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (par exemple Epworth, ISI pour index de sévérité du sommeil...) et les échelles de dépistage en général ?

Ben pour l'apnée du sommeil, elle n'est pas si mal. L'échelle de dépistage en général, je ne sais pas, je les connais pas forcément. Par exemple, il y a le MMS, ah oui, le GDS, l'échelle

de dépression... Ben je les trouve trop longues [rire] pour une consultation de médecine générale, c'est super long, ou alors il faut changer nos tarifs de consultation et nos durées [rire] et dans ce cas-là peut-être que ça sera utile, mais c'est vrai, c'est souvent beaucoup trop long on n'a pas le temps, sur une consultation, c'est super compliqué. Puis c'est souvent le genre de problème qui arrive en fin de consultation hein, en plus quoi.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse (par exemple : soit on fait un interrogatoire classique ou alors des sites internet, des applications, leur faire remplir des questionnaires ...)?

Euh, je sais pas, j'en sais rien des sites internet ou des trucs, il faudra toujours les aider de toute façon, donc autant faire nous, non, tu crois pas ? Plutôt l'interrogatoire classique ? Ouais, ouais. Ok.

### **Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? (si non, quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?)**

Ben en fait je ne l'ai pas forcément utilisé puisque les gens l'ont rempli comme ça. En fait là, le questionnaire ils l'ont rempli avant ou après la consultation, seul. **Ok**. Après il y en a qui m'ont posé quelques petites questions, mais c'était plutôt seul. Donc, du coup, euh... eux ils l'ont rempli après, euh... c'est vrai que l'échelle, non c'est lequel euh..., les frises, c'est pas évident, mais ça c'est pas évident partout, dans ma thèse c'était pareil [sourire]. Les frises par définition, euh... ou les échelles visuelles, ils ont quand même beaucoup de mal... à les remplir ? Oui et il y en a qu'ont du mal à les comprendre.

#### Avez-vous d'autres commentaires (justement sur l'utilisation de l'outil) ?

Non après le plus court et le plus simple, c'est toujours le mieux à mon avis en consultation parce que soit on n'a pas le temps, soit les gens ne comprennent pas, on met dix ans à leur expliquer. A mon avis le plus simple, le plus court, c'est le mieux mais après il faut quand même arriver à diagnostiquer quelque chose de toute façon. Puis après sur Besançon, le truc aussi c'est qu'on a quand même un centre du sommeil et qu'on a facilement tendance à envoyer ou alors les gens y vont d'eux-mêmes avant de nous poser la question. Il y a déjà des gens qui m'ont dit « oh j'ai consulté dans un centre du sommeil, je savais même pas qu'ils avaient un problème de sommeil ». Ils ont déjà tout fait.

# Je vous repose juste la question : Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne, est-ce que en gros vous l'utiliseriez en consultation et peut-être avec l'aide du patient ou est-ce que c'est mieux avec l'aide du patient ou alors le patient fait seul et après vous voyez ?

A mon avis il faut faire avec lui. **D'accord**. Mais après sur une consultation au quotidien pourquoi pas, s'il vient consulter pour ça. **D'accord**, ok. Si c'est pour ce motif de consultation ça peut-être une aide de base, on commence par ça pour un peu débrouiller les choses. Après le faire en dépistage, pour quelqu'un qui ne vient pas consulter pour ça, ça devient plus délicat en terme de temps de consultation. Je suis toujours sur le temps de consultation mais c'est vrai que... Autant il y a des gens qui remplissent très vite, là les quelques dames qui avaient pas de problèmes d'ailleurs hein puisque voilà. Elles ont rempli ça très bien très vite, autant il y en a... [Silence avec une petite moue].

#### **MÉDECIN 2**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Non.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Oui.

Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients ou rempli les fiches de suivi (si non fait) ? C'était suite à l'arrêt de votre activité libérale ? Oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Le diagnostic était posé alors, euh...

Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Oui.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ? Est-ce que ça peut aider ?

Oui, je trouve que ça peut aider parce qu'il est, il est ... synthétique, il est [temps de réflexion] simple entre guillemets mais plus dans le sens synthèse en fait, et moi j'ai apprécié ça. C'est vraiment... ouais, par rapport à d'autres outils qui sont plus euh... fastidieux, on va dire, hein.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ? Et pourquoi ?

Ben, OUI [sourire]. **D'ailleurs si vous voulez je pourrai vous en repassez**, ah oui je veux bien, **par internet**. Bien volontiers, bien volontiers !

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Ici oui [rire].

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non je le trouvais bien, moi je le trouvais ..., voilà il tient, il y a un petit peu tout... Tout est évoqué pour moi. Je le trouvais très, très bien.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ?

Quelques-uns sont un peu fastidieux pour moi. En pratique, on n'a pas, on n'a pas toujours le temps non plus de les utiliser, en tout cas ici hein bien sûr, hum.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse comme des sites internet...)?

Je suis pas sûre. Pour les étudiants oui, ça peut être intéressant parce que... mais pff, on se rend compte quand même qu'ils y vont pas, même s'ils ont une adresse euh, ben ils y vont pas. On, on met des infos, des trucs euh, on a aussi une foire aux questions mais ils n'y vont pas donc j'suis pas sûre. Ça peut être euh une piste ça peut être dans l'avenir. Après euh, non je trouve que ça c'est, parce qu'on a le patient, **oui avec le médecin**. Oui et c'est quand même différent, parce que quand on est en virtuel, on peut un peu mettre ce qu'on veut et c'est...

Bon... On peut faire la part des choses. Absolument, ça permet oui. Ça permet de discuter aussi [sourire puis rire]. C'est vrai [rire].

#### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil?

Oui. Et vous n'avez pas rencontré de difficultés dans... [me coupe] Non aucune, non, non vraiment il est vraiment facile d'utilisation, vraiment j'ai apprécié parce qu'au cabinet on a un temps de consultation qui est réduit comme vous le savez [sourire], hum. Et ça permettait de passer, dans la consult' et ça j'ai, moi j'ai apprécié. Parce que c'est vrai qu'il prend les patients, enfin, le questionnaire patient, ça va tout seul, hum, enfin et puis, puis nous aussi. D'accord c'est facile à lire? Tout à fait. Après c'est vrai que moi je le remplissais après la consult' pour la mémorisation il me semble, c'était après la consult' et pas en même temps que le patient, je suis en train de penser, c'était comme ça en fait. Ok. Je confonds avec un autre truc [rire] que je devais faire en même temps.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non, non, moi je vous souhaite une belle continuité. Merci.

[Le médecin a changé d'activité 2 mois après son recrutement dans l'étude. Après l'arrêt de l'enregistrement, le docteur m'a demandé l'autorisation d'utiliser notre questionnaire pour les patients de sa structure. Elle travaille désormais pour la médecine préventive sur un campus d'université. Elle va aussi le communiquer aux autres médecins avec qui elle travaille pour qu'ils puissent l'utiliser pour les étudiants.]

#### **MÉDECIN 3**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Euh oui. D'accord.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh pas pour chaque patient, sur quelques patients, oui. **D'accord, il y a eu de nouveaux diagnostics ?** Pas depuis, pas depuis. **Les diagnostics vous ont-ils parus exacts selon l'outil ?** Oui, tout à fait, oui.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh par rapport aux patients ? Voilà par rapport aux patients, par rapport aux conditions pour donner le questionnaire. Le questionnaire, aucune difficulté. Je l'ai fait pendant les consultations en plus. Vous avez fait pendant les consultations du coup, vous avez fait un ciblage ou c'était du tout-venant ? Euh du tout-venant. D'accord.

#### Oue pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Ça permet de dépister certains troubles du sommeil qui ont nécessité d'être bilantés après dans un deuxième temps. **D'accord.** 

#### Si vous continuez à l'utiliser, comment allez-vous continuer à l'utiliser ?

Sous la même forme que celui où je viens de le présenter là. Tel quel. **Plutôt en consultation ?** Comment pardon ? **Plutôt en consultation ?** Ah oui en consultation et si oui, certaines personnes viennent me consulter pour un problème de sommeil, oui. Pas en systématique à chaque consultation, mais pour quelqu'un qui vient pour des problèmes de sommeil.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Euh, oui probablement oui. Oui pour poser des questions plus ciblées oui.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Ben je le trouvais pas trop mal hein l'outil, je vois pas trop ce qu'on pourrait apporter de plus. Non, moi je le laisserais tel quel, ouais. **D'accord.** 

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Je ne les utilise pas régulièrement. **D'accord, c'est compliqué pour les utiliser ?** Oui, c'est un peu ça oui.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Pardon? La question c'était: Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse? Donc, est-ce qu'il faut rester en gros à une consultation classique, utiliser d'autres moyens de communication par internet par exemple un questionnaire qu'ils rempliraient par mail, voilà ça c'est des idées mais euh... pour vous c'est quoi la meilleure méthode? Oui, c'est cette méthode oui et qu'ils le fassent en consult' et pas eux seuls à la maison. D'accord plutôt en consultation? Oui, plutôt en consultation. D'accord.

Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ? C'est la dernière question.

Non, là c'est bon pas d'autres commentaires. Si quand même euh, les patients étaient ravis un petit peu de, de travailler quelque chose avec eux avec votre outil, parce qu'ils avaient l'impression qu'on prenait bien en compte leur trouble du sommeil et pas juste de traiter comme ça, en donnant un somnifère en suivant. D'être plus attentif. **Oui, d'accord. Voilà c'était la fin des questions.** 

[Le médecin fonctionne sans rendez-vous. L'entretien a été réalisé par téléphone.]

#### **MÉDECIN 4**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui, je pense.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui, je pense que je l'ai fait oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Alors, qu'est-ce que vous appelez « l'outil de repérage précoce » ?

#### En fait, c'est l'outil en question, le questionnaire voilà que les patients remplissaient. Oui. Est-ce que ça vous a aidé, orienté vers un diagnostic en fait ?

Oui, ça aide. Mais bon en fait euh, c'est vraiment le genre de questions qu'on pose quoi en fait. La seule chose, c'est au cas où on est face à des personnes qui comment dire euh, qui ne vont pas vous en parler ou si on n'est pas orienté vers des troubles du sommeil dès le début quoi, et que les patients se présentent, donc là ça peut être utile effectivement.

D'accord, pensez-vous que ce soit une méthode adéquate pour le dépistage des troubles du sommeil ? Ah oui, oui tout à fait, hum.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Je n'ai rencontré AUCUNE DIFFICULTÉ. Tous les patients ont été euh coopérants, enfin non vraiment aucune difficulté. La seule peut-être difficulté, je vais vous la dire après, c'est que ça nous prend encore 1 ou 2 minutes de plus sur notre consult' qui dure déjà longtemps [rires], je parle beaucoup avec mes patients, je les interroge donc euh voilà. C'est peut-être la seule chose en fait, c'est toujours pareil, c'est comme tous les tests hein. On peut faire tous les tests qu'on veut, à chaque fois ça rajoute du temps dans les consult' quoi.

D'accord, donc en fait il le remplissait en salle d'attente et après vous en reparliez pendant la consult'? Ben oui, on est bien obligé ou alors on fait rien je veux dire. Pour moi, il trouve de l'intérêt dans la consult'. D'accord. Comme tous les tests, si vous faites un test pour le tabac, vous l'intégrez dans votre consult' quoi. Ok.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, je crois que j'ai tout dit [rires], oui, oui c'est positif oui. C'est positif, la seule chose, c'est juste une question de temps quoi. **D'accord, donc plutôt l'intégrer dans une consultation dédiée?** Ça serait bien, mais comme vous le savez, nous, on n'a pas du tout euh, comment dire, on n'a pas de consultation sur rendez-vous. Donc de toute façon, on est obligé de faire avec quoi. **Oui.** Vous avez des consult' qui durent dix minutes quand c'est vraiment quelque chose de bénin, et puis à côté de ça, vous pouvez dépasser, voilà. **C'est variable.** Ouais. **Ok.** 

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

[Silence]. Euh là oui, comme on vous a tout rendu, on l'a pas [rires]. Oui, tout à fait. Ok.

#### Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil ?

Euh, changer ma pratique ? Oui, ça va surtout me permettre de mieux dépister quoi à ce moment-là, si on le donne systématiquement à tous les patients, ça permet de mieux dépister. Après, je sais pas si on peut en fait euh... Ou alors il faudrait le laisser sur la table dans la salle d'attente et ils le prennent s'ils le veulent, euh mais autrement euh, autrement c'est difficile quoi de demander à tous les patients « tenez un questionnaire, remplissez-le ». S'ils viennent pas pour ça, s'ils viennent pour une angine ou n'importe quoi, ils vont pas vous

parler de ça. **Oui, plutôt un dépistage ciblé quoi ?** Oui, je pense. **Ok.** Surtout en plus le fait que nous, la façon dont on fonctionne, c'est notre fonctionnement au cabinet aussi, c'est que si on veut l'utiliser, ce sera intégré à la consultation donc euh, il va falloir qu'il fasse leur questionnaire euh pendant la consultation. Ce que moi je fais faire par exemple euh, j'ai un questionnaire là pour les rugbymen, les certificats de sport, moi je leur fais faire un questionnaire et c'est obligé de l'intégrer à la consultation. Mais tout ça, ça prend du temps quoi. C'est une question de temps, hum. **Oui.** Voilà [rire soupir].

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Ah, je suis incapable de vous dire là. Peut-être par rapport à la longueur des questions, par rapport à l'agenda du sommeil, est-ce qu'il y aurait des modifications, des questions à simplifier ? Là, non je suis incapable de vous dire de mémoire euh, non.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil ou les échelles de dépistage en général ?

Je vous dis c'est très bien, je vous dis euh pour les syndromes anxieux, dépressif, là le sportif, le tabac, enfin tout ce que moi je peux utiliser de temps en temps, j'utilise pas tout le temps hein, mais de temps en temps quand j'ai des doutes par exemple entre un syndrome anxieux et une dépression, euh, mais tout ça, c'est toujours une question de temps quand on demande au patient. **Oui.** Le problème, c'est que ça c'est très bien en milieu hospitalier, mais nous, on n'est pas en milieu hospitalier. Derrière, vous avez tous les gens qui sont en train de râler, parce que c'est trop long quoi. Si on leur fait à eux, ils sont très contents. Mais nous dans notre euh, la façon dont on travaille, les gens sont très contents aussi hein d'avoir un médecin disponible. Mais à côté de ça, il faut vider la salle d'attente, si on veut vraiment faire les choses correctement quoi. Enfin, moi c'est comme ça que je vois les choses.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse? En fait, ça veut dire, est-ce qu'il y aurait d'autres méthodes ou juste l'interrogatoire classique ou peut-être sur internet?

[Silence]. D'autres méthodes euh, pff non ou alors il faudrait pff, enfin je sais pas comment il faudrait faire. Intégrer peut-être au logiciel? Je peux réfléchir. Si nous on était sur consultation, on pourrait éventuellement faire comme font les centres du sommeil, dire aux patients, ben voilà, vous allez sur tel site internet, vous remplissez un questionnaire, le questionnaire quand les gens le font hein, parce que bien sûr euh tout le monde ne va pas le faire. Et pourquoi pas, parce que tout ce qui est télémédecine et autre, informatique et autre euh, ça va être de plus en plus le cas, enfin voilà quoi. On pourrait se faire aider de ça mais nous dans notre façon de fonctionner, c'est pas possible. D'accord. Les gens ne nous préviennent pas quand ils viennent, on sait pas pourquoi ils viennent. Dans d'autres cabinets, où ils prennent rendez-vous, la secrétaire leur dit euh « et c'est pour quoi ? » des fois, pour orienter la durée de la consultation, et là vous pouvez éventuellement euh voilà. S'organiser? Ouais. C'est une différence hein, c'est vraiment une autre organisation. Moi je trouve. Vous vous devez plus vous en rendre compte par rapport à d'autres médecins non ? Je sais pas. Oui, oui quand c'est sur rendez-vous, mais il y a un problème toujours de temps effectivement.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Ben oui, oui, ça va.

#### Est-ce que vous avez éventuellement d'autres commentaires ?

Non [rires], c'est bon pour moi.

[Le médecin fonctionne sans rendez-vous. L'entretien a été réalisé par téléphone.]

#### **MÉDECIN 6**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Pardon ? Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Non euh, non.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Non.

### Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas inclus 10 patients ou bien rempli les fiches de suivi ?

Euh, pour quelles raisons ? J'entends pas bien. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas inclus 10 patients ? Euh, par manque de temps et ouais par manque de temps. Pendant la consultation, tu vois, j'étais trop prise, déjà connaître les patients, savoir pourquoi ils venaient. Au début, à l'époque où je l'ai rempli, je passais une demi-heure par patient rien qu'à les connaître et tout ça donc euh... Donc j'avais pas le temps de rajouter ça. Ok.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

[Silence] Est-ce que ça vous a aidé à trouver une orientation diagnostique? Ben oui. D'accord. Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, du coup? Euh, oui.

#### Ouelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, qu'il est long. Comment vous l'avez utilisé sur une journée, en salle d'attente ou pendant la consultation ? Alors pendant la consultation et sur une journée ou deux journées, je sais plus [rires]. C'était plutôt un ciblage des patients ? Non. D'accord c'était sur du toutvenant. Enfin, en fait si, je ciblais les gens à qui je pouvais le faire. En gros, c'était des gens que je suivais pas trop, c'était pas les petits vieux qui étaient un peu en train de me juger parce que j'étais toute nouvelle tu vois. Et sinon, la difficulté par rapport à l'outil, c'est qu'il était long et y avait d'autres choses peut-être ? Il était long et les questions n'étaient pas toujours euh je n'ai plus le truc devant les yeux. [Silence] Euh voilà, il est long.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, je pense que ça peut être utile euh sur quelqu'un pour qui on pense qu'il a des troubles du sommeil, qui se sent fatigué, voilà, mais pas au tout-venant.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et comment sinon ?

Hum, ben sûrement après, euh avoir lu ta thèse.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Euh, sûrement je sais pas.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Euh, j'aurais dû le relire. Il y avait un agenda et les 25 questions. L'agenda, c'était pas mal, ça c'est bien pour se rendre vraiment compte combien de temps dorment les gens et ça c'était très simple. Après c'était long et des fois je comprenais pas complètement [Parasites dans le téléphone]. Est-ce que vous pouvez répéter s'il vous plaît ça a fait des parasites. Ouais, je trouvais l'agenda vachement bien et tu te rendais compte enfin vraiment du temps où les gens dormaient, finalement 2 fois plus ou 2 fois moins que ce que tu pensais. Et après, les questions, je les ai trouvées un peu longues. Il y avait beaucoup de questions, trop de questions et euh je suis pas sûre d'avoir compris le sens de toutes les questions. Mais c'est dommage que j'ai pas revu le questionnaire. D'accord, il y avait des questions qui n'étaient peut-être pas claires, c'est ça ? Oui.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil ou les échelles de dépistage en général ?

[Silence] euh, alors en général, je trouve que ça peut pallier à un manque d'expérience. C'est pas mal. Euh, et sur le trouble du sommeil aussi c'est bien, à condition que ce soit un peu orienté quoi.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Pardon? Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse, autre que l'outil en consultation? Non je trouve que c'est bien.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Ouais.

Avez-vous d'autres commentaires ? Là non.

[L'entretien a été réalisé par téléphone.]

#### **MÉDECIN 7**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui, donc j'ai inclus 10 patients, tout juste.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Euh, pas encore.

#### Pourquoi n'avez-vous pas rempli les fiches de suivi?

Ouais, parce que j'attendais d'avoir inclus tous mes patients, pour pouvoir remplir, avoir un laps de temps suffisant entre le moment où j'avais dépisté et le moment de la prise en charge et des consultations spécialisées et caetera.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, alors pour chaque patient pas forcément, mais une bonne partie. Essentiellement ça m'a aidé à diagnostiquer euh, les syndromes d'apnées du sommeil et les troubles du sommeil en

rapport avec une mauvaise hygiène du sommeil. Euh, pour le reste, c'était un peu plus flou, euh peut-être par manque de précision de certains critères, notamment concernant le syndrome des jambes sans repos qui est très difficile à faire caractériser par les patients.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontré dans l'utilisation de cet outil ?

Alors euh, donc je l'ai utilisé pour des raisons d'organisation essentiellement du cabinet, donc pendant la consultation. Donc c'est vrai que euh, c'est assez long pour une consultation donc euh, qui est somme toute pour un autre motif, donc rajouter un questionnaire de dépistage pour les troubles du sommeil, c'était un peu plus long donc moi j'ai essayé de cibler vraiment, de m'en servir plus pour cette raison-là essentiellement comme un outil diagnostique que comme un outil de dépistage. Euh, donc le temps, le temps qu'on prend pour ce questionnaire est peut-être un facteur limitant. Euh après les autres difficultés, c'étaient essentiellement les questions à faire repréciser aux patients pour avoir une réponse qui soit euh dans les clous. Euh, qu'est-ce que je pourrais dire d'autres [sourire]. Donc vous l'avez utilisé voilà euh... Plus comme un outil diagnostique. Ça me paressait aussi plus utile de l'utiliser comme ça parce que comme on n'a pas de secrétaire euh, le laisser en salle d'attente pour moi, ça aurait entraîné un biais de sélection parce que tous les patients n'auraient pas forcément eu l'envie euh de remplir ce questionnaire donc ça sélectionne vraiment une partie des patients et euh sans doute que le questionnaire aurait été mal rempli ou peut-être mal utilisé avec des patients qui étaient, qui rentraient plus dans les critères d'exclusion comme les personnes âgées qui auraient peut-être plus eu envie de répondre à ce type de questionnaire que les gens lambda qui venaient pour un rhume ou un autre motif de consultation, euh de médecine générale lambda.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Alors voilà, moi je pense que ça peut être un outil très utile mais pas en terme de dépistage, plus en terme d'outil diagnostique étiologique des troubles du sommeil euh, parce que ça permet de, d'être systématique comme la plupart des scores finalement ou d'autres échelles. Euh, ça permet voilà de, de, de balayer les principales étiologies des troubles du sommeil. Euh donc, je pense que ça peut être vraiment intéressant dans cette optique-là, même si on aurait envie que ça soit un peu plus précis, mais qu'on ne peut pas rajouter [sourire] de multiples questions à ce questionnaire puisque déjà euh, ça prend beaucoup de temps, donc ça demande déjà de consacrer la consultation euh, à ce motif-là.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Alors euh, sincèrement oui mais toujours comme un outil diagnostique, pas comme un outil de dépistage, euh encore une fois parce que ça permet vraiment d'être, d'être systématique et d'essayer de, de penser à tout.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Alors [rires], euh changer ma pratique peut-être pas, parce que euh, j'avais quand même une vision un peu globale des troubles du sommeil. Je posais déjà essentiellement les questions de, concernant les règles d'hygiène de sommeil, le syndrome d'apnées en ce qui concerne surtout la somnolence, les céphalées matinales, les ronflements, les apnées. C'est des questions que j'avais déjà dans mon bagage, mais voilà il peut m'arriver d'oublier des choses et donc c'est en ça que je pense que ça peut être utile. Maintenant, changer vraiment ma pratique non, je pense pas.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Alors là, c'est une très bonne question. Euh, je me suis rendue compte en faisant, en remplissant le questionnaire avec les patients, puisque c'est comme ça que je l'ai utilisé que c'était difficile de leur faire vraiment préciser l'heure du coucher, l'heure du lever, les réveils, la durée, parce que c'était quand même assez variable, euh, même si on essaye de moyenner les choses. C'est ce qui est demandé d'ailleurs, donc d'où l'intérêt là d'un, d'un calendrier du sommeil. Mais voilà, c'est difficile de mettre vraiment le doigt sur des modifications à apporter parce que finalement si on veut plus euh, ben on dépasse le cadre de l'outil de dépistage et il faut vraiment faire autre chose que, que juste un outil de dépistage ou de diagnostic. Euh, donc là comme ça j'aurais pas de... **Peut-être d'utiliser, c'est ça une autre échelle pour diagnostiquer la pathologie?** C'est ça, exactement, préciser avec éventuellement un autre outil. Là rajouter des questions, des précisions, on aurait envie de le faire pour certaines, certaines étiologies mais bon là on dépasse vraiment le cadre de l'outil, enfin je pense. Par contre peut-être, on pourrait enlever quelques questions de psychiatrie pour faire plus court.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Alors c'est vrai qu'en tout cas, l'Epworth ça peut être très utile, mais finalement c'est difficile de les réaliser en médecine générale parce que c'est des choses qui prennent du temps. Euh, que le temps d'en arriver déjà à suspecter un syndrome d'apnée du sommeil dans une consultation, ben ça prend déjà quelques minutes et que finalement euh après l'examen du patient, ben il nous reste pas beaucoup de temps et que rapidement finalement on adresse au spécialiste quand on a déjà une suspicion de base avec les premiers éléments, donc on ne cherche pas spécialement à préciser avec d'autres échelles ou d'autres scores puisque de toute façon ça changera pas forcément notre conduite à tenir concernant la suite de la prise en charge du patient. Donc c'est vrai que, d'un point de vue purement médical, ça peut être très intéressant pour nous à titre individuel, mais que finalement ça changera pas forcément, enfin j'ai l'impression que ça changera pas forcément la conduite à tenir euh, à partir du moment où on suspecte un trouble du sommeil en rapport par exemple avec un syndrome d'apnées du sommeil, euh sur « l'adressage » du patient.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

[Réfléchit] Pff, ben déjà y penser et poser la question au patient, ça me paraît déjà être une bonne méthode [sourire]. Euh, simplement une question simple pour lui demander si euh, s'il dort bien, ça peut être un bon début. Après euh, pff, est-ce qu'il faut aller jusqu'aux campagnes d'information et caetera, je suis pas sûre. Moi, je pense que c'est un peu comme le conseil minimal pour le tabac, peut-être y penser et poser la question d'emblée, ça permet de déjà, de mettre un pied dans le plat.

#### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Euh, oui, oui, oui. Mais toujours dans, dans l'optique du diagnostic.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

[Réfléchit] Ah oui, si euh une chose aussi que j'aurais voulu rajouter c'est que en ciblant justement ma population, en ciblant les patients du coup, en utilisant ce questionnaire que

chez les patients qui potentiellement pouvaient avoir des troubles du sommeil, ceux qui venaient pour des céphalées, une fatigue ou des insomnies directement, je me suis rendue compte que certains euh, certains patients qui vraiment consultaient pour insomnie, étaient amenés à consulter tard. C'est-à-dire qu'ils avaient laissés euh, presque 1 mois de... laisser courir cette insomnie presqu'un mois et que souvent, ben le problème de ça, c'est que le problème se chronicise et qu'on a du mal à, à résoudre ce problème parce qu'il devient de plus en plus complexe, il y a pas de choses qui se surajoutent. Et que donc euh, ça peut être en somme un certains biais entre guillemets euh, de sélection de mes patients. Donc là c'est un peu le point négatif de l'utilisation de ce questionnaire dans ce sens-là en terme d'outil diagnostique, c'est que là on n'est plus dans le repérage précoce, justement on est déjà un peu loin. Euh, maintenant d'autres commentaires, on pourrait s'interroger sur l'intérêt de la réalisation d'un score, est-ce que euh, est-ce que ça aurait été bien de, d'utiliser un score en, en outil de dépistage euh pourquoi pas, maintenant c'est vrai que les scores, la plupart des scores ont été réalisés dans le cadre d'études pour essayer de lisser les patients. Euh, faire en sorte que ce soit moins subjectif, plus objectif et donc plus reproductible. Là étant donné l'étude qualitative, à mon sens ça n'a pas d'intérêt. [Temps de réflexion] Je pense aussi que les patients qui auraient remplis tout seul, ils ont probablement peut-être pas interprété toutes les questions, de la même façon que si on les avait aidé à y répondre et je pense qu'il vaut mieux le remplir avec le patient, plutôt qu'ils remplissent indépendamment son questionnaire. Mais bon, c'est juste une petite remarque.

#### **MÉDECIN 8**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion? En bien non puisqu'il y en a un qui était hors heu hors, un heu hors critères oui, voilà hors critères. Donc que 9. Ok.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil ? Oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Oui [rire], parce que sinon c'était beaucoup plus vague, ce que j'avais, voilà, donc c'est vrai que oui. **Ok.** 

Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Oui. D'accord.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Le manque d'habitude de l'utilisation. Voilà, il faut se roder un peu et ça sera plus pratique après.

#### D'accord et vous l'avez utilisé donc sur euh une journée, sur ...

Quand j'ai inclus les 10 patients, et après c'est vrai qu'il retournait dans le tiroir, il faudrait que je le ressorte [rire].

D'accord et donc c'était en salle d'attente, qu'ils le remplissaient ? Oui. D'accord.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Beh, c'est pas mal [sourire]. C'est pas mal parce que ça permet de classifier ou de classer des troubles du sommeil qu'on n'a pas l'habitude de classer aussi strictement.

Allez-vous continuer à l'utiliser ? Oui je pense.

Cela va-t-il changer votre pratique? Sûrement, du coup.

Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ? Non. Non, non. Non.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ?

Alors, elles sont sûrement très intéressantes et ça prend sûrement beaucoup de temps et c'est pour ça que c'est pas utilisé, enfin que je les utilise pas aussi fréquemment.

Elles ne sont peut-être pas adaptées à la médecine générale ? Ouais, peut-être pas. Sur une consultation spécialisée oui, après nous, c'est vrai que ça va peut-être heu trop vite. Donc c'est trop long pour nous. Ok.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ? Il y a des exemples, mais il peut y avoir d'autres choses.

Pff, des sites internet non, interrogatoire à l'ancienne, je ne sais pas. Interrogatoire peut-être, enfin sur des heu des, des feuilles d'interrogation que l'on laisserait avant, qu'ils rempliraient chez eux calmement, oui ce serait pas mal. **D'accord pour gagner du temps lors de la consultation?** Voilà, oui.

**Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui, beh oui.

D'autres commentaires ? Non

#### **MÉDECIN 11**

#### Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ?

Un ou deux. Moi dès lors que j'ai un nouveau patient avec un hypnotique ou une benzodiazépine, je vais lui demander pourquoi, depuis combien de temps et mon objectif premier sera d'arrêter et je vais lui signaler. Je vais lui signaler que s'il vient me voir pour lui renouveler tous les mois son truc, je le ferai pas. Donc, après j'en ai une en particulier qui est là pour qui au départ ça s'est mal passé, je me suis dit que j'allais peut-être la perdre mais que c'était pas grave. Et j'ai diminué progressivement, j'ai changé les choses, elle a fini par tout arrêter et elle est finalement très contente. Donc c'est ça et après voilà, donc moi je fais attention à mes prescriptions. Donc à partir de là je n'ai pas forcément besoin de référencer les choses sur une grille et de me dire donc la conclusion de ça, c'est que je dois faire ça, ça ou ça. Parce que c'est pas que je sois hyper forte ou meilleure que les autres mais je sais pas... Et ça c'était des découvertes ou pas des découvertes? C'était pas des découvertes, ça je l'ai proposé à des personnes qui avaient déjà des troubles du sommeil. Il aurait fallu que je le propose à des gens qui n'avaient pas de troubles ou juste en attendant que je leur donne dans la salle d'attente? Ben je l'ai pas fait.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

J'ai fait les deux, c'est ça? Oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Je pense pas, ça ne m'a pas apporté un plus par rapport à ma pratique. **D'accord. Si non pourquoi ?** Parce que je le fais déjà, je pense.

#### Ouelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil?

Après comme je vous ai dit, le refus de certains patients de répondre à des questions. Pas avoir envie de le faire dans la salle d'attente, de répondre, de lire, je sais pas. J'ai été étonnée.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Ben, moi il ne m'est pas indispensable, si c'est ça la question, je suis désolée de dire ça, ce n'est pas très... **Non, c'est bon**. Voilà.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Non parce que il y a trop de choses à faire. Si vous voulez en médecine générale, vous vous avez peut-être pas encore l'expérience de ça, il y a tellement de choses à gérer, vous pouvez pas vous dire, la consult' d'aujourd'hui je vais la cibler sur le sommeil. Bon, poser dix mille questions, vous allez essayer de cadrer, en disant on peut tout faire à la fois, et aussi de gérer un peu les choses, mais euh...voilà.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Moi non, sincèrement non.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Ben non, puisque j'en ai pas besoin, je ne suis pas la bonne interlocutrice.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Je ne m'en sers pas.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Beh c'est-à-dire que moi, je pense vraiment que c'est l'interrogatoire et le temps qu'on passe avec les gens, qui nous permet d'avoir toutes les données, toutes les informations, si on a envie de truc pour gérer un trouble du sommeil, il faut que nous-mêmes, on ait envie de le faire. **D'accord.** Parce que si on veut gérer un trouble du sommeil, ça va prendre du temps. Donc si on est capable de prendre ce temps-là avec ou sans outil, on va le faire, vous croyez pas ? **Hum.** Enfin, je pense comme ça, en tout cas. C'est juste je veux dire, le médecin qui a pas envie de batailler, qui va renouveler sa « benzo » ou son « rohypnol » , enfin pas celui-là, n'importe lequel, il va pas avoir envie d'un outil, et moi, tel que je pratique, je vais avoir envie d'alléger mon ordonnance et donc je vais prendre les moyens de l'alléger, et ça va me prendre du temps, mais il suffit juste de prendre du temps, je crois.

#### Donc a priori vous n'êtes pas satisfaite de l'outil?

Je veux pas vous dire ça, parce que c'est pas sympa, et j'ai pas envie d'être désagréable. Mais moi, je n'en ai pas besoin dans ma pratique. **D'accord.** 

Avez-vous d'autres commentaires ? Non.

#### **MÉDECIN 12**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui, j'en ai mis 10, oui, oui.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Non, ça j'ai pas fait.

#### Pourquoi vous n'avez pas fait (les fiches de suivi)?

Parce que je les ai pas revus.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Alors, euh, honnêtement, euh, je dirais que non parce que moi je pose toujours la question, voilà. Maintenant après, euh, sur le trouble du sommeil, est-ce que vous dormez bien, après pour caractériser le, le questionnaire est bien. Voilà. Mais c'est vrai que pour lancer la discussion, non. Mais après, je pense que c'est un questionnaire qui est intéressant pour euh, sur tout ce que tu précises, « ronflez-vous », « arrêtez-vous de respirer en dormant », « bougez-vous les jambes », oh les boissons énergisantes, on y pense, le café, drogues, tout ça, on y pense. Tout ce qui est environnement, tout ça on va y penser. Après, il y a peut-être des choses auxquelles on ne pense pas toujours. Posez des questions « est-ce que vous ronflez », « est-ce... », c'est pas systématique. Ça permet d'être systématique ? Voilà. Et, et ça c'est vrai que c'est pas mal, parce que maintenant je le fais. Voilà, j'ai rajouté des questions. Ok. J'ai rajouté des questions, mais c'est vrai, c'est bien, ça donne des points de repère [interruption téléphonique].

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, [hésitation] après, c'est peut-être long. C'est peut-être un peu long. Donc après il faudrait peut-être dédier, euh, et qu'ils reviennent. Après, j'ai peur aussi, euh, comme, si on le fait vite comme ça, ou dans la salle d'attente, je me suis dit, euh, peut-être qu'ils l'ont rempli très vite et que, euh, après il faut peut-être le faire avec eux. Parce que moi je leur ai dit, voilà, il y a une fiche à remplir, ceux qui veulent le font, euh, il n'y a aucune obligation, après c'est une jeune étudiante, c'est une patiente, tout ça, je la connais très bien, euh, donc ils se sont tous jetés dessus, et j'ai dit non il y en a que 10 [rires]. Après, ce qui était embêtant, parce que y avait quand même des critères d'âge qu'il fallait euh, donc y a quand même une partie de la clientèle quand même assez âgée, donc, je, je, quand je voyais je les retirais, enfin je les mettais pas quand y avait des gens âgés. Je remettais quand y avait des gens jeunes. Ou je disais à une patiente qui était là, qui attendait, voilà vous le donnez euh, enfin bon. Donc c'est peut-être la manière de donner aussi qui fait que, les questions sont des fois peut-être un peu

euh, je sais pas s'ils ont tous répondu euh... [hésitations] **Honnêtement ?** Voilà, tout à fait. Ou s'ils ont minoré ou aggravé certaines choses.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Ah ben je crois que ça remet les choses, enfin ça reprécise oui, oui. Après quand je dis que c'est long pour le patient à lire, mais nous, c'est pas long à dire. C'est, c'est, c'est pas long à dire. Parce que c'est vrai que oui, oui « travail posté ». Après, il y a des choses auxquelles on va penser puis d'autres pas forcément et après c'est vrai que « plusieurs activités dans le lit », alors ça, ça les étonne toujours, quand on leur dit « faut pas manger dans le lit » alors ça les, euh... Ça permet de cibler? Exactement, oui, oui. Après c'est vrai que ça... Alors « vous endormir n'importe quand dans la journée », on va y penser avec des gens âgés, mais avec des gens jeunes je ne vais pas forcément poser la question. Ça va pas me venir. Et ça c'est vrai que, que ça permet de poser les mêmes questions à tout le monde. De pas se dire, bon allez les gens âgés, je vais faire un peu plus attention, est-ce qu'ils dorment après les repas, est-ce qu'ils s'endorment... Un jeune qui dort pas, effectivement euh... Il faut que je lui pose toutes ces questions, effectivement.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ? Oui.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Beh de poser toutes ces questions. Oui, voilà, de faire... bien sûr.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Après, euh peut-être qui soit, enfin c'est surtout là-dessus [me montre l'agenda du sommeil sur le questionnaire]. Enfin ça, peut-être que tu me parles que des questions, ou tu me parles aussi euh de l'échelle... Pour tout l'outil. Ça peut-être que c'est pas très claire, moi qui suis pas très douée, plutôt des questions directement, c'est plus simple? Oui, voilà parce qu'après ils savaient plus, s'il fallait flécher et moi, c'est pareil, je me suis posé la question, est-ce qu'il faut flécher un peu avant, un peu après, euh... Ça les a un peu perturbés l'échelle, oui dans ce sens-là. Il y avait d'autres choses, sinon? Non, non, après c'est, non, non, après euh... Après, je pense qu'il y a des gens qui l'ont rempli très facilement, et puis d'autres qui ont pas voulu parce que par crainte de répondre à des questions qui les dérangent aussi peut-être hein, c'est... Parce que y a des gens qui répondent pas aux questions que tu leur poses. Enfin, ou ils te disent non tout va bien, puis rien ne va, tout compte fait. Oui. Enfin, ça arrive hein.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Après, euh, pff, moi je les utilise pas tellement. Mais c'est sûrement un tort. C'est parce que je ne les ai pas sous la main ou quand j'y pense, je sais pas où elles sont. **Est-ce qu'elles sont adaptées à la médecine générale**? Est-ce qu'elles sont adaptées à la médecine générale, c'est vrai que c'est voilà. C'est, c'est, c'est des fois... Enfin, quand on commence, c'est un peu quand on fait les MMS, il faut vraiment faire euh, avoir du temps, que le téléphone sonne pas, euh... Nous, on fait le choix de garder le téléphone aussi pour être en lien avec les patients, bon, peut-être qu'on arrêtera cette pratique. Donc des fois, au milieu d'un test, d'une échelle, c'est un peu, euh... Et pis, c'est vrai que les gens n'aiment pas trop. Non ils aiment

pas hein, ils préfèrent décrire avec leurs mots et parce que les échelles ça les obligent à réfléchir à des questions qui veulent pas se poser aussi, je pense que c'est ça oui.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (sites internet, interrogatoire à l'ancienne) ?

[lit la question] Des sites internet ? Bon alors « interrogatoire à l'ancienne », moi je vais te dire que oui parce que je suis une ancienne [rires], donc effectivement, c'est pas très objectif. Internet, je ne crois pas. Les sites, je crois pas... **Sur le logiciel peut-être ?** Ah pour nous, tu veux dire. Après à force de nous charger les logiciels, ils vont, ils vont marcher à 3 à l'heure, hein. Parce qu'on a après c'est vrai, des échelles pour les grossesses, le suivi pédiatrique qui sont très pratique. De montrer la courbe de poids à une maman qui dit ah non, non je vous assure mon enfant n'est pas en surpoids, ben regardez, je vous montre. Peut-être que si c'était inclus dans le logiciel, peut-être. Tout à fait.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Beh, je crois qu'il est bien fait, oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Euh, c'est après comment on fait parce que une fois qu'on a dit tout ça euh... [sourire]. On ne prescrit plus? C'est comment on fait quoi, c'est ça pour que les gens... leur faire changer leurs habitudes. C'est ça qui est difficile, c'est quand même très, très fréquent. Alors moi, je suis pas beaucoup prescriptrice d'hypnotiques chez des gens jeunes, mais c'est sûr qu'en maison de retraite quand on les couche à 19 heures, et que le petit déj' il est à 9 heures du matin, c'est long hein. Donc je sais que ça marche pas toujours, ça marche pas bien, mais au moins ils ont une petite partie où ils dorment bien. Après on voit de plus en plus des gamins qui ont des troubles du sommeil. Alors ça, on n'a pas évoqué chez l'adolescent. Qui c'est vrai qu'on a limité pour des raisons de compréhension et ... Oui, oui, oui, oui, non, non mais c'est vrai que des jeunes qui passent la nuit sur les smartphones et tout ça on en voit de plus en plus hein. On en voit de plus en plus, et après c'est comment faire pour régler tout ça. Après voilà qu'est-ce qu'on fait, euh, parce qu'après, on a beau leur dire voilà il faut aller... Il nous ricane un peu au nez quand on leur dit par exemple de pas rester dans le lit et de se lever de changer d'endroit. Alors j'ai vu un patient, c'était un vacancier, alors lui il a des troubles du sommeil et il est suivi euh, dans un centre du sommeil en région parisienne et alors lui c'est des réveils précoces. Donc actuellement il essaie, donc on lui a dit il faut faire baisser la température corporelle. Donc il prend un demi comprimé de doliprane et il s'asperge d'eau froide [rires]. C'est un grand professeur qui a dit. Je lui ai dit « et ça marche », il m'a dit ben ça fait que quelques jours mais pas encore. Ça j'avais jamais entendu. Après on a vu des, des EPU avec des, euh, le centre du sommeil à Bordeaux, ils te disent tous les mêmes choses, hein. Après ce qui est compliqué, c'est sur le travail posté, la luminosité, on leur explique tout ça mais alors l'histoire de faire baisser la température corporelle euh... J'ai pas vu non plus. Non j'ai dit un demi doliprane 500, c'est sûr ça peut pas vous faire de mal [sourire]. Voilà. Non mais c'est intéressant, hein. Après c'est ça comment on fait, parce que c'est des plaintes quasiment quotidiennes. Après on peut adresser aux spécialistes... Après c'est compliqué parce qu'ici c'est difficile. Et puis les gens ils veulent euh, quand ils dorment pas 3, 4, 5 nuits. Ils veulent une réponse parce qu'il faut aller au boulot, parce qu'il faut voilà, c'est, c'est vraiment difficile. Maintenant, il faut dormir 12 heures par jour, c'est obligatoire. C'est ça aussi, ils ont une idée du sommeil euh, ils s'imaginent pas que dans la vie, on a des phases et que finalement on dort moins que. Il faudrait peut-être des campagnes de pub comme pour les antibiotiques, enfin de dire que... C'est ça oui et que le sommeil se modifie et que voilà, on peut pas tout attendre. Puisqu'après il y en a, évidemment il y en a, ils se couchent de neuf heures jusqu'à trois heures du matin, ils ont dormi hein. Mais pour eux, c'est pas forcément au bon moment. Il place pas le sommeil, enfin pour eux, c'est pas comme ils aimeraient que ça soit. C'est ça qui est difficile.

#### **MÉDECIN 14**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Huit.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui.

#### Pourquoi vous n'avez pas inclus tous les patients?

Enfants ou adolescents donc étant, n'étant pas dans ce jour de consultation dans l'inclusion possible. **D'accord.** 

L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Oui.

Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Oui.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Je pense que peut-être le plus complexe, c'est de le faire remplir par les patients comme ça en très peu de temps, dans la salle d'attente ou de leur faire passer l'importance du message, hein. Bon l'outil est parfait au niveau de l'étude des troubles du sommeil et au niveau statistique, voilà. Mais peut-être que ça aurait mérité ou un accompagnement avec le médecin, ou peut être que ça pourra faire voilà l'objet de travaux supplémentaires, euh... avec une évaluation diagnostique, voilà. Vous avez pu les voir [les questionnaires] après avec eux ou non? Ou ils vous le donnaient, et vous l'avez regardé peut-être après? Je l'ai regardé après en fait, voilà. D'accord, ça marche. Euh, vous l'avez utilisé sur une journée, en salle d'attente comme c'était indiqué. Voilà.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

En fait, c'est vrai que pour pas mal d'items, on les a en mémoire, et donc on les repère très vite sur une plainte d'un patient, hein, quel soit euh, au niveau d'un trouble anxieux, d'un état de panique déclenché par un évènement douloureux, de troubles du sommeil qui se chronicisent et qui gênent le patient, après quand même elle a euh, un intérêt majeur, hein, de bien reprendre les critères qui peuvent relever de l'anxiété, de la perte d'intérêt, de la perte d'élan vital qui relèverait plus d'une humeur dépressive. Donc le catalogue est très intéressant, et je pense qu'il doit voilà, pouvoir être exploité et euh, ou développé. **Ok.** 

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Il faudrait le simplifier un peu.

Cela va-t-il changer votre pratique? Oui.

#### Apporteriez-vous des modifications justement pour améliorer l'outil?

En fait, je n'y ai pas réfléchi [rires]. Mais on peut... le simplifier. Alors quand même le mérite essentiel, c'est de nous pencher, cet outil, il nous permet de nous pencher sur les troubles du sommeil décrits par nos patients, mais en même temps de nous limiter dans la prescription, hein, parce que c'est vrai, voilà. Alors ça permet d'argumenter et nous-mêmes de nous faire faire un travail sur nous-mêmes, de réflexion pour ne pas céder à la facilité de la prescription. **D'accord, faire la démarche diagnostique avant ?** Tout à fait, tout à fait, et ça quand même c'est un avantage majeur dans un pays qui consomme beaucoup, beaucoup d'hypnotiques et de psychotropes [sourire].

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

[Temps de réflexion] Pas assez simples à manier, pas adaptées à la médecine générale, très chronophages, parfaites dans un centre de dépistage des troubles du sommeil ou de prise en charge des troubles du sommeil, mais trop lourdes en médecine générale.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Non, moi je trouve que les grilles comme ça, c'est une bonne méthodologie, et puis de laisser le patient seul face à sa grille, automatiquement c'est différent parce que l'interrogatoire à l'ancienne, on peut très facilement induire une réponse ou un comportement, que... on l'a pas quand le patient est seul face à la grille. **Et après peut-être avec une relecture avec le patient?** Ah ouais, ouais tout à fait, la relecture oui.

Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? Oui.

Avez-vous d'autres commentaires ? Pas pour le moment [sourire].

#### **MÉDECIN 16**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Ben non, il y en a que sept.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Euh, oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Non, je ne m'en suis pas beaucoup servi finalement.

Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Oui, oui, oui.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, oui, euh... je pense que c'est, c'est bien, c'est très bien, euh, c'est moi qui l'ai mal exploité, parce que je m'en suis pas occupée tout de suite.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Oui, mais il faut que je m'en serve différemment, là c'est vrai que je l'ai, je l'ai rempli sur le moment, j'ai complètement mis de côté après, il faudrait l'avoir sous la main, pour euh... et le

traiter tout de suite. Les patients l'ont rempli en salle d'attente ? OUI, oui, oui, on l'a regardé sur le moment, mais c'est vrai que après, BOUP! Je l'ai classé, et puis voilà [rires]!

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Euh... oui, ça peut être tout à fait intéressant, je pense qu'effectivement il y a des choses... par exemple, là on en parle. Rien que d'en parler, je pense, j'ai des choses à rechercher que je n'ai pas, pas cherchées, l'apnée du sommeil, en particulier. **D'accord.** 

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

J'ai pas de réponse, euh... pff [fait la moue]! Euh... non. En terme de temps, tout ça, ça va? C'est à dire qu'on peut leur donner comme ça, on parle de pathologie chronique, on peut aussi leur donner le papier et leur dire de le rapporter la fois suivante. Voilà. Effectivement, on ne peut pas faire ça en consultation, quoique c'est pas très long, mais... En fait, ce que j'avais fait, je l'avais donné à la secrétaire qui leur faisait remplir en salle d'attente.

Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ? Je ne m'en sers pas.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Euh... [Euh prolongé] Je ne sais pas, c'est vrai que je traite ça plutôt à l'ancienne, interrogatoire à l'ancienne, mais euh, certainement, il doit y avoir des méthodes meilleures que ça.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui, oui, oui.

#### Est-ce que vous avez rencontré des difficultés dans l'utilisation de l'outil ?

Non, après la fiche de suivi, c'était effectivement, ça c'était long, long à remplir, si on prend tous les items, voilà, mais on est toujours en train de courir après le temps, en consultation, c'est vrai que trois minutes par ci, trois minutes par là, ça va vite [rire], après c'est juste une grille que l'on fait remplir, on leur demande de la ramener, je pense qu'avec l'habitude en plus, on les lit très vite, vous, j'imagine que vous les lisez vite. **Oui**.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non, je pense que l'idée des grilles c'est toujours bien, je pense que c'est une lecture rapide. Voilà.

#### **MÉDECIN 17**

#### Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ?

Je suppose que oui, non, ah oui, oui [rires]. J'ai oublié moi depuis [rires].

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Je pense que oui aussi. D'accord.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ? Non.

#### Du coup, les diagnostics vous ont-ils paru exacts?

[Rires] Justement pourquoi les diagnostics n'étaient pas clairement identifiés? Essentiellement parce que c'étaient des patients dont le trouble du sommeil était déjà connu. Il y avait un diagnostic qui avait déjà été posé. En plus maintenant, bon, les, les troubles du sommeil sont abordés de manière très, très différente qu'il y a vingt ans [sonnerie de téléphone].

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Je ne m'en suis pas servi depuis que j'ai fini l'enquête pour la thèse [rires].

#### Du coup, allez-vous continuer à l'utiliser ?

Alors pour l'instant j'ai pas continué, pourquoi, parce que euh, essentiellement parce qu'on a des... Bon moi j'ai d'autres grilles dont je me sers là-dedans [montre un cahier sur son bureau], et l'autre chose aussi, c'est qu'il y a beaucoup, beaucoup de tests et de grilles pour le tabac, pour tout ce que vous voulez, ça devient difficile dans une consultation d'utiliser chaque grille pour chaque patient, à chaque problème, donc voilà.

#### Vous utilisez quoi par exemple pour le sommeil?

Alors moi la première chose que je regarde, c'est s'ils ont un état dépressif ou pas, et je me sers du DSM-IV encore, c'est pas le DSM-5. Je me sers du DSM-IV, je me suis fait des petites fiches que j'ai extraites du DSM-IV et je regarde comment je peux utiliser ou qualifier ce trouble du sommeil et, euh... une fois que je l'ai qualifié ou pas qualifié, j'oriente la pratique en fonction de ça.

#### Vous avez réalisé votre outil, en fait ?

On peut dire ça, voilà, non parce que à force de poser une question que je me suis extraite du DSM-IV, je les pose quasiment automatiquement [rires].

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Moi, a priori, non.

#### Est-ce que vous apporteriez des modifications pour améliorer l'outil ?

Non, quand je faisais le questionnaire avec les patients, je trouvais ça intéressant, non, je n'apporterais pas de modifications, non. **D'accord.** 

#### Que pensez-vous des échelles de dépistage [me coupe]?

C'est pareil, il y en a tellement d'échelles de dépistage, même des dépistages des douleurs et tout ça, qu'on a un peu de mal à les utiliser toutes au cabinet médical. Si on avait, par exemple un auxiliaire de santé comme en Suisse, ou comme en Angleterre où ils ont une infirmière spécialisée, on pourrait faire passer, demander à cet auxiliaire de santé de préparer la consultation en faisant passer un certain nombre de questionnaires, ça nous aiderait sur les... Ca irait plus vite effectivement. Bien sûr.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse ? Vous en avez évoquez une effectivement.

Alors pff non. Alors moi, je ne fais plus « interrogatoire à l'ancienne » puisque j'adapte mes interrogatoires à ce que je lis et à ce que je prépare, mais, euh..., dans l'état actuel de la

pratique médicale en France, je pense que l'on, que les médecins majoritairement vont en rester à une pratique qui repose sur l'interrogatoire. Alors à l'ancienne ou modernisée, je pense que ça va rester comme ça, tant que les médecins n'auront pas la possibilité de déléguer une partie des tâches de recueils des données à des auxiliaires de santé ou à des personnes formées euh, formées à ça. Les médecins auront du mal à tout faire au cabinet médical. **D'accord.** Enfin à mon avis.

#### Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Euh... sur le repérage précoce, je peux pas trop dire, puisque les personnes avaient déjà des troubles du sommeil, euh... J'ai pas rencontré de difficultés particulières. **D'accord.** Tout seul, l'outil seul ne présente pas de difficultés particulières, c'est le cumul des outils, parce que comme la consultation de médecine générale est une consultation pluri-pathologique, puisque le patient quand il vient, il a plusieurs plaintes. Il est difficile, d'abord il faut hiérarchiser les plaintes, ensuite il est difficile d'utiliser systématiquement pour chaque plainte, chaque outil, quand les outils existent, parce qu'il n'existe pas des outils pour tout.

#### Avez-vous des commentaires à faire?

Mais bon, non, je n'ai pas de commentaires particuliers. J'ai pas rencontré de difficultés pour cet outil. **Ok.** 

#### **MÉDECIN 18**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui, oui, voilà ça oui.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Alors tu me dis que oui [rires].

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, alors, je ne l'ai pas, euh... Si, comme je te disais à l'instant, je trouvais que c'était pertinent quand même hein, parce que c'est vrai que ça te mets sur des points, tu sais on a l'impression de..., quand ils ont des troubles du sommeil, de leur dire « et à quelle heure ils se couchent, et à quelle heure hein voilà », et tout ça, mais c'est vrai que ça m'a permis de, de mettre, tu vois des questions que je posais peut-être pas, et, que maintenant je vais poser. Alors après on oublie, il faut le relire régulièrement hein, parce que, on va l'oublier. Et... moi après j'ai euh, bon maintenant puisqu'on a la clinique du sommeil et tout ça, c'est vrai que j'en ai adressé euh, tu vois depuis avril que c'était, j'en ai bien adressé 4 ou 5, tu vois vraiment. Après, à voir après avec eux quoi, mais de leur expliquer un peu euh, de faire le... Et je voulais pas trop leur expliquer comment ça marchait, puisque quand on y avait été [à la journée nationale du sommeil], ils nous expliquaient, parce qu'après je me suis dit, ouais ils vont dire oui, oui, on... Tu sais le fait de se dire euh, ben les gens qui ont un trouble du sommeil, de se réveiller vraiment 1 heure et de faire qu'ils aient une nuit, de se réveiller à la même heure systématiquement, qu'ils se soient couchés à minuit ou à 3 h du matin, parce qu'ils pouvaient pas dormir [parle de la méthode de restriction du temps passé au lit] et je voulais pas parce que ça s'accompagne de tout le reste à côté, et je préfère les envoyer là-bas [à la clinique du sommeil]. Mais je le trouve assez pertinent dans le sens bon, tu vois, le sport on le sait euh, « est-ce que vous avez la télé dans la chambre ? », ça il y a des choses qu'on sait. Mais il y a d'autres trucs euh, bon, le ronflement, en général, on fait, mais tu vois le syndrome des jambes sans repos, j'en ai adressé une, parce que pour moi je me dis voilà c'est, c'est, comment on peut savoir si on bouge tout voilà, tout le temps, mais il y a des choses aussi, et euh... ouais, ouais, non, moi je trouve que c'était ouais, pertinent, voilà. **Vous avez pu l'utiliser après, en fait ?** Exactement, voilà, voilà. Mais il faut le relire régulièrement parce que quand j'avais fait l'étude, je me suis dit, ah, ouais, ouais, je les ai bien mais après il faut le voilà...**C'est l'habitude.** Voilà exactement.

#### Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts?

A priori oui, sauf que voilà, ces deux premières questions, c'est vrai, tu vois, il y avait beaucoup..., autant tu vois, les gens ils te disaient souvent, pas de trouble du sommeil, mais par contre on a les troubles de la concentration ou des choses comme ça, même chez des jeunes, euh mais moi je pense que c'était à mettre dans un contexte aussi un peu particulier, euh... Si, combien de temps ils dorment aussi, quoi hein, parce que voilà, quand on a vingt ans, on peut faire plusieurs nuits à 5, 6 heures, mais au bout d'un moment euh, dans la journée, on le paye quoi.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Aucune, non. Voilà, à cette question-là, parce que, après, non, non, rien euh, ni par rapport à aller demander aux gens, ni voilà.

#### Donc vous l'avez utilisé donc c'était en salle d'attente ?

Exactement, avant ou après la consultation, parce que parfois euh j'avais le temps mais sinon, « ah vous voulez pas répondre, vous restez là ? », et puis voilà je les reprenais après.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Et ben comme je te dis, moi je pense que, sur des questions euh, c'est bien de, ça fait, ça permet de balayer bien un peu toutes les causes un peu de trouble de sommeil quoi. Tu vois là j'ai une patiente, elle est venue cette semaine, et beh je l'ai ressorti, c'est une institutrice, alors qui fait pas mal de kilomètres, elle a une heure et quart d'aller-retour, elle a soixante ans, donc elle est bon euh, et ben elle me dit je dors pas quoi, alors bon. Elle est venue lundi, tu vois, et ben j'ai ressorti pour savoir un peu, et euh elle voilà, c'était vraiment, je pense, une accumulation, et je pense qu'elle se couche, tellement l'accumulation du travail, qu'elle se couche de plus en plus tôt, tu vois en disant c'est le moment où je vais..., elle est célibataire, c'est le moment où je vais euh, être tranquille, et je pense que je lui ai dit « oui, mais enfin, vous vous couchez à neuf heures, vous vous dîtes bien qu'en bouquinant, si vous vous couchez à dix heures moins le quart euh, vous vous endormez à dix heures moins le quart, et trois heures du matin euh, vous pouvez vous réveiller quoi ». Voilà. Tu vois mais c'est pas mal en faisant un peu tout, de savoir ouais.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Ben voilà, on va essayer.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Oui, oui, peut-être pour expliquer un peu plus. Tu sais ma pratique, pour moi, pour euh faire plus le déblayage, mais pour expliquer aux gens voilà quels sont un peu les euh... voilà plutôt que de rester à « est-ce que vous êtes angoissé ? ». Tu sais les questions qu'on pose habituellement « est-ce que vous êtes angoissé en voyant arriver la nuit ? », ça on va le poser, mais euh... voilà et puis c'est un outil où on peut leur dire, voilà il y a peut-être cette ou cette raison actuellement qui fait que vous dormez pas quoi.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Euh... difficile ça, difficile à répondre [rires]. On l'a un peu évoqué, voilà la question 2 doit être pondérée. Oui, voilà.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Alors moi voilà, la pratique fait qu'on ne les utilise pas beaucoup, donc on a quelques... Tu sais, on les a un peu dans la tête, certaines échelles, on les sort pas et en leur disant comme ça, mais je trouve qu'on devrait. Moi je trouve que je devrais les sortir plus, parce que tu sais c'est vraiment très, voilà très euh, c'est systématique et souvent peut-être par notre pratique ou notre ressenti nous, tu vois on se dit euh, ah par exemple pour les échelles même de la respiration, on va se dire euh, ah il y a certains trucs que nous on ressent, alors on va poser des questions et puis il y en a d'autres on les ressent pas et puis, donc ouais il faudrait ouais, hum, hum.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister ou diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse ? Il y a des exemples mais ça peut-être d'autres choses.

Ouais, d'être... Non, non. Parce que moi je pense que l'interrogatoire est déjà quand même un bon, bon interrogatoire à l'ancienne. Mais ça, ça nous permet de faire un balayage plus complet, moi, je trouve. Site internet... Ça, ça dépend de chacun, de moi comme du patient je veux dire [rires].

#### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Ouais, ouais moi je trouve ouais, hum, hum. Parce que c'est vraiment un motif de consultation. Alors bien sûr les gens qui te disent : « Ah! Moi je dors comme un papillon » et tout ça ou des gens qui, ne dorment pas bien mais qui, ils savent quoi avec l'âge, ils vont moins bien dormir et puis s'ils dorment pas bien pendant deux nuits, ben ils dorment bien à la troisième nuit. Mais quand même c'est un motif de consultation assez important hein, quand même les, les troubles du sommeil.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non, non. Contente d'avoir participé à ça [ton joyeux]. Tu vois, parce que ça m'a mis le point sur des, des choses qu'on pensait pas et voilà et qui peuvent plutôt que de sortir le somnifère ou le machin, voilà, ouais, ouais.

[Le médecin et moi avons participé à la journée nationale du sommeil mais je l'avais recruté avant cette journée.]

#### **MÉDECIN 19**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion? Non.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Euh, oui j'ai rempli la fiche de suivi du patient finalement d'accord, mais pas la fiche de suivi après la consultation du médecin, ultérieure.

#### Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients ou bien rempli les fiches de suivi ?

Parce que je n'y ai pas pensé, parce que les troubles du sommeil sont, euh sont surtout dépistés ou parlés au cours d'une consultation et c'est souvent un deuxième, troisième ou

quatrième motif de consultation, d'accord. Et comme c'est très chronophage euh souvent on repousse, on repropose au patient de revenir spécialement pour ça, mais ils reviennent pas. C'est assez, assez... enfin je ne les ai pas vus euh... Hors de cette étude-là, on a tendance à dire comme pour le sevrage du tabac, bon on n'en parle pas en fin de consultation, moi je vous propose, on se revoit dans 15 jours ou 3 semaines pour essayer de mettre en place une stratégie du sommeil ou du tabac, et souvent les patients euh ne reviennent pas, d'accord. Donc finalement c'est quelque chose qui est pour eux, c'est assez étonnant parce que pour eux c'est une plainte qui est quand même importante, mais ils ne prennent pas la conscience de la, la nécessité de le prendre en charge en totalité et uniquement ça. Ils ont un peu l'impression de dire bon ben voilà, est-ce que vous pouvez pas me donner quelque chose. D'accord. Et la prise en charge globale du sommeil est très difficile à comprendre pour eux et ça nécessite du travail de longue haleine au cours des consultations. Je pense que c'est pour ça.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh oui. Oui, oui tout à fait. **C'était des nouveaux cas ?** C'était des nouvelles situations. C'était des cas ou on n'avait pas obligatoirement abordé le problème du sommeil. Donc c'est pas des patients anciens déjà suivis. **Ok.** 

Les diagnostics vous ont-ils parus exacts, ce que vous avez pu détecter grâce à l'outil ? Oui. Oui, oui, la seule chose euh. La seule chose c'est euh enfin pas l'obligation, le conseil d'un avis spécialisé en cas de trouble psychiatrique en général, je suis pas tout à fait d'accord. Parce que c'est toujours la notion de coordination, coordonner en tant que médecin généraliste, médecin traitant, c'est pas quand y a, quand y a une spécialité d'organe, envoyer directement chez le spécialiste d'organe. Et le psychiatre, oui il peut être utile, sauf que nous on peut aussi prendre en charge les pathologies dépressives ou autres responsables de troubles du sommeil. Ok. Enfin je pense [sourire].

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, la difficulté c'est... Ben la difficulté, c'est justement de consacrer une consultation entière et totale au trouble du sommeil. C'est long, ça prend au moins une demi-heure à mon avis pour prendre en charge ça. Alors on le fait sur du tabac, on le fait sur le reste. Donc ça prend du temps, mais ça apporte quelque chose. D'accord, et ce temps-là est répétitif, c'est-à-dire qu'on va avoir une première consultation d'aide au dépistage, de prise en charge, de mise en place d'un schéma thérapeutique, et les autres consultations qui suivront ultérieurement sont à mon avis tout aussi longue. **Donc vous avez utilisé l'outil plutôt en consultation avec le patient ?** Oui, oui, oui avec le patient.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Il a un intérêt cet outil-là, il a un intérêt pour plus facilement euh mener des consultations uniquement sur le sommeil. De manière que avec cet outil-là, c'est un élément supplémentaire pour dire au patient, voilà nous avons un outil ou nous avons des outils qui nous permettent de faire des diagnostics, une approche thérapeutique, une prise en charge globale, donc on va consacrer une consultation entière à ça, d'accord. Et d'avoir ce support-là, à mon avis, aide le patient à euh, à être plus observant et à venir en consultation. **C'est une source de motivation aussi.** Tout à fait.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Probablement, oui.

#### Cela va changer votre pratique actuelle ou pas?

Euh, ben changer enfin si je l'utilise et que je l'utilisais pas avant, ça la change, d'accord. Mais ça sera une aide ouais.

#### **Apporteriez-vous des modifications sur cet outil?**

C'est la modification dont je te parlais tout-à l'heure sur le, sur l'avis obligatoirement psychiatrique, enfin je dis obligatoirement, qui m'embête un peu voilà. D'accord. La place d'un médecin généraliste, comme je le dis et je le redis, voilà c'est pas adressé à un spécialiste dans le cadre de la zone 2, d'accord [montre le document donné du dossier thèse avec le tableau]. Oui, ça m'embête un peu ouais, parce que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, au contraire on s'en occupe facilement. Et ce dont j'ai peur, si on adresse directement au psychiatre, au spécialiste, on perd le patient dans la notion de prise en charge du sommeil, c'est mon avis, d'accord [sourire]. **Pas d'autres modifications?** Non, non, qu'est-ce que j'avais, je ne me souviens plus, je regarde hein [regarde l'outil]. Euh, non, non, non.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Euh, c'est intéressant, c'est une aide supplémentaire. Bon toutes n'ont pas de valeurs importantes, mais c'est une aide hein ouais, ouais c'est une aide. C'est une aide justement pour pouvoir placer le patient dans une zone, d'accord. Et les mots, les consultations, l'échange qu'on a avec le patient, parfois il est un peu perdu dans la notion de dire « mais où je me situe », d'accord. Et une échelle permet justement pour lui de bien le situer, d'accord. Et d'avoir un outil comparatif au fil des mois dessus.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (il y a des exemples : site internet, interrogatoire classique, des conseils minimaux...) ?

Non, je pense qu'il faut rester sur quelque chose d'unique, enfin d'unique ouais. Faut pas multiplier les choses parce que dans le cadre du sommeil, comme dans le cadre euh d'autres domaines comme les régimes, les problèmes de nutrition, euh le patient s'il a plusieurs choses à aller voir de lui-même, euh ça risque de le perdre un peu dedans, comme pour le tabac ou autre, je pense. Il faut rester euh, il faut rester sur un seul outil [sourire]. **D'accord.** 

### **Étes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires... Sur l'étude...?

Non, non, non. Sur l'étude en tant que telle non. Non, non, c'est intéressant, c'est lourd comme étude, mais c'est toujours ça. Euh, voilà, j'espère que ça apportera quelque chose dans les résultats, mais bon c'est une étude qui n'est pas facile à mener, d'accord. J'espère que les médecins vont adhérer plus que moi [sourire], enfin pas adhérer mais enfin travailler plus que moi quoi.

#### **MÉDECIN 20**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? C'est oui.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

C'est oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Pour chaque patient inclus, ben oui ça aide. Cet outil est aidant oui.

Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ?

Oui. Oui. oui. Oui.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, ben le temps. Le temps. **Et comment avez-vous utilisé l'outil ?** Sur une journée, en salle d'attente. **D'accord.** 

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

J'en pense du bien si à la limite euh, c'est ciblé. Sinon en dépistage général, je vais tomber sur des troubles du sommeil dont les gens ne se plaignent pas quoi. C'est-à-dire que ça dépiste des troubles dont les gens ne se plaignent pas. Voilà, ça c'est ce qui me gêne le plus, c'est que ça dépiste des choses effectivement, mais les gens ne s'en plaignent pas. Alors pourquoi intervenir si les gens ne s'en plaignent pas ? Problème éthique hein, c'est... Voilà. **Ok.** 

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Oui ça m'arrive de l'utiliser, oui.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Ah beh si je l'utilise oui.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non. Ben non.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Je ne les utilise pas. **Pourquoi ?** Non, parce que je ne les euh... D'une part, il y en a certaines que je ne connais pas. Et d'autre, je ne les trouve pas pratiques, pas adaptées à ma pratique.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Ah non, site internet non euh... Plus judicieuse que ça ah non. Plus judicieuse pour dépister les troubles du sommeil, non. C'est l'idéal pour dépister. Dans une démarche de dépistage, c'est parfait. La question, c'est « est-ce qu'on veut dépister ou pas ». Mais si on veut dépister, oui. C'est très bien. C'est un outil de dépistage, la preuve c'est que ceux que j'ai pris il n'y en

avait aucun qui se plaignait de troubles du sommeil. Et ils en avaient selon l'outil, hein. Donc on dépiste un trouble du sommeil. Est-ce qu'il faut le dépister ça c'est autre chose [sourire].

#### Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Ah beh oui, oui, oui. Bien sûr, oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires éventuellement ?

Sur euh... Non, mon commentaire essentiel c'est ça. C'est utile et même très utile dans le dépistage mais je me rends compte que ce sont des gens qui sont dépistés ayant des troubles du sommeil mais ne s'en plaignant pas. La question, c'est est-ce que je vais leur proposer de prendre en charge ces troubles, et ça je suis pas trop dans cette optique-là. Par contre, si on suspecte des troubles du sommeil et qu'on sait pas si c'est vrai et caetera, ça c'est très bien. Moi je l'utiliserai de manière ciblée, quelqu'un se plaint de troubles du sommeil, bon ben voyons voir. Et j'utilise ça oui, en cas de plaintes. Mais donc ce n'est pas du dépistage, c'est du repérage. En cas de plaintes, c'est un bon outil pour moi. Euh, tu peux le laisser en salle d'attente, tu peux le remplir avec les gens s'ils ne l'ont pas bien rempli si tu sens qu'ils n'ont pas le niveau adéquat, faut quand même avoir un niveau intellectuel, comprendre les choses, hein. Donc la remarque elle est là. Vous avez demandé le niveau d'étude. Certains il faut leur tenir la main pour le remplir. Ce qui n'empêche que pour dépister, oui, c'est un bon outil.

#### **MÉDECIN 21**

#### Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients?

Par négligence, je veux dire la négligence de... J'ai eu un patient qui m'a donné le questionnaire avec beaucoup de réticence, et je pense que ce premier questionnaire amené avec beaucoup de réticence, bloque un petit peu après.

#### Quelles ont été les freins à l'utilisation de cet outil ?

Voilà, ce premier patient qui, qui n'a pas adhéré à l'outil je pense.

#### **Que pensez-vous justement de cet outil?**

Alors, l'outil me semble bien, je dirais plus pour des médecins, dans le sens médical. C'est-àdire que, à moi il me parle, j'ai beaucoup de mal à transposer les questions, pour un questionnement du patient. Un petit peu trop complexe pour que tout le monde comprenne en fait, c'est ça? Oui et non, c'est pff. La difficulté comme toujours, c'est la médicalisation d'un trouble qui quelque fois peut être non pathologique. D'accord. C'est ce que je pense, il peut avoir des troubles du sommeil et ne pas être malade. Et pour moi il est intéressant parce que, il me rappelle euh tous les items auxquels je dois penser face à un trouble du sommeil, mais euh je pense qu'il est un petit peu trop long. D'accord. Je pense. Je pense que Epworth est un peu trop, j'sais pas comment on dit, est un peu trop court, peut faire plus de questions, et là 25, c'est peut-être trop. Il y en a combien dans Epworth, il y en a six [8 questions]. A peu près et il y a un score en plus. Et il y a un score, oui.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Je raccourcirais oui, euh sinon, pour nous il est bien, j'apporterai des, j'apporterai une communication au médecin en terme de diagnostic.

#### Pensez-vous utiliser cet outil un jour prochain?

Pourquoi pas! Oui, oui, oui, oui. Mais il faudrait que je l'apprenne par cœur. En fait c'est le

genre de test qu'on doit savoir par cœur, c'est ça, en fait c'est peut-être pour ça que je l'ai pas utilisé. J'aurais dû l'apprendre et le faire après, de mémorisation et non pas avec la grille euh, voilà.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Je ne connais qu'Epworth qui est trop court à mon avis, qui donne des excès, des diagnostics par excès.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

L'interrogatoire.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Je regrette de ne pas vous avoir fait ce travail [sourire].

[Le médecin n'avait pas rendu de questionnaires.]

#### **MÉDECIN 22**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Aidé ? Est-ce que ça a aidé à pouvoir trouver le diagnostic, ou est-ce que vous en faisant le diagnostic, est-ce que c'était concordant avec l'outil ? Alors il y a des gens, dont je savais qu'ils avaient déjà des troubles du sommeil, donc c'était euh, un diagnostic d'exclusion un peu, enfin, par rapport à l'outil quoi, et puis après des gens dont on a, donc dépisté des choses, et comme je te disais, c'était surtout après euh... plutôt porteur par rapport aux ronflements quoi nocturnes. Pour le syndrome d'apnée du sommeil ? Oui. D'accord.

### Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Plus pour les symptômes d'apnée du sommeil, en fait ?

Ouais. **D'accord.** Après il y avait eu aussi, des... Ça nous a permis surtout par rapport à ton, en haut de ta grille [montre l'agenda du sommeil sur une journée de l'outil], tu sais le, le, le côté ça... Ça, c'est vachement bien ça, parce que ça permet déjà, sur juste une seule et pas le refaire sur une semaine ou sur quinze jours ou sur na, na, na... un long moment, mais déjà eux, au temps T zéro, ils te remplissent ça, et tu peux déjà leur expliquer que finalement par rapport à leur âge, ils ont assez d'heures de sommeil, même si eux te rapportent qu'ils ont un mauvais sommeil. Parce que tous les gens a priori, qui, qui ont rempli la grille euh, se plaignaient tous d'un trouble du sommeil, plus ou moins, même s'ils le verbalisent pas sur le plan des croix machin, ils disent « ouais, mais de toute façon dans tous les cas, je dors mal, je dors mal », même si voilà... Et après quand on rediscute avec certains notamment avec cette grille-là de, de, de fractionnement du temps de sommeil, ça permet beh de discuter, ça c'est vachement bien, ça permet beh de rassurer les gens, et de leur dire que finalement, même si

eux ils ont pas l'impression de bien dormir, ils ont un sommeil récupérateur par rapport à leur âge. Donc c'est vrai, c'est... ça permet de verbaliser le truc, de faire verbaliser bien sûr le patient, et nous de revenir après derrière, pour eh beh, dédramatiser les choses et sortir notamment de la prescription systématique... **D'hypnotiques ?** Voilà.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Aucune. Non, non. Le remplissage, enfin l'adaptation, enfin l'acceptation du patient, elle a été 100% positive, c'est rapide, concis et puis finalement la grille, elle est plutôt bien faite et ça nous permet de, de rapidement aborder certaines choses qu'on n'a pas l'habitude d'aborder non plus parce que bon, c'est peut-être pas la préoccupation, à ce moment-là, première.

Vous l'avez utilisé sur une journée, en salle d'attente? Alors j'avoue que ça n'a pas été sur une journée, ça a été sur deux, trois jours, hein. D'accord, et ils remplissaient en salle d'attente? Ils remplissaient en salle d'attente, tout seul, et puis après, nous, on re-débriefait, voilà.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh... que du bon ! Que du bon, parce que je te dis, facilité de remplissage, rapidité de remplissage, et après au niveau débrief, analyse des choses euh, participation, échange avec le patient, euh... C'est, c'est aussi plutôt performant, ouais.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Oui [sourire]. Je vais faire des photocops.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Oui, oui, oui, oui, après c'est vrai qu'il faut s'y astreindre, il fait y penser, il faut... voilà, c'est comme tout bon outil si tu t'en sers, et beh l'outil bien sûr est performant, ça on le sait dès le départ si il a été testé, et nous on est d'autant plus performant qu'on se sert de l'outil, voilà c'est toujours pareil.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Je pense pas non, après c'est vrai que j'y ai pas... Techniquement je suis pas... Je n'ai pas passé des heures derrière la chose pour pouvoir voir comment est-ce qu'on pourrait améliorer les choses, mais euh... Voilà.

### Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Euh pff, c'est toujours un peu, c'est toujours pareil, il faut avoir l'outil à disposition rapidement et puis, et puis c'est pas toujours très pratique, quoi !

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister ou diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Tu vois ça, c'est pas mal moi je dis. Après le côté en plus prérequis, enfin, remplissage, préremplissage tu vois dans la salle d'attente, et après on débriefe, c'est bien. C'est... peut-être, il vaut mieux peut-être d'ailleurs que les patients, je pense hein, le remplissent tout seuls, plutôt qu'avec nous. Parce que nous, on a toujours une certaine influence quoi, tu vois. Je veux dire, il est là, il est pas là, machin, qu'est-ce que..., tu vois. Alors que là c'est vrai que c'était plutôt sympa, et puis à un moment y en a un ou deux peut-être, tu vois, qui... Y a deux ou trois patients qui ont dû le remplir en même temps, donc c'était rigolo, parce que ça a permis d'échanger des choses, et tout ça. « Ah ben moi c'est plutôt ça, moi c'est plutôt ça », et puis voilà, y en a un qui avait 55 ans, l'autre qui avait 65 ans, enfin chacun dit « ah ben ouais, tu

verras à mon âge », enfin c'était plutôt rigolo, c'était plutôt interactif et au niveau de l'échange, c'est plutôt porteur.

**Étes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Euh... Pas spécialement, non. Après c'est vrai que je te dis, comme tout bon outil, il faut s'en servir quoi. Le maîtriser, il est hyper simple à maîtriser, il est... et on voit bien, toutes les... Cases? Voilà, avec les orientations particulières par rapport aux troubles du sommeil. C'est plutôt psyché machin, l'anxiété, l'angoisse, plutôt après le trouble du sommeil, le euh syndrome d'apnées du sommeil, tu vois, voilà. Et puis c'est vrai qu'avec le, le quadrillage euh comme ça, horaire, ça c'est tout simple et finalement c'est vachement bien ouais.

[Le médecin a dans son cabinet de groupe, des infirmières qui font de l'éducation thérapeutique sur différents thèmes comme l'asthme, le diabète. Il va leur proposer un thème supplémentaire sur le sommeil et leur proposer notre outil.]

#### **MÉDECIN 23**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui.

### Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Et beh non du coup [rire], les fiches de suivi non.

#### Pourquoi vous n'avez pas rempli les fiches de suivi?

Oui, parce que j'arrête mon activité, donc pas de suivi possible.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh [prolongé], alors je réfléchis. Il y en avait à peu près 5 ou 6 qui étaient positifs. Euh, oui, oui, oui, oui, globalement oui, oui, ouais. Ça vous a un peu orientée ? Oui orientée sur en gros si on était plus sur euh des apnées du sommeil, de la dépression, enfin de la psychiatrie euh voilà ou autre. Ça vous a fait gagner un petit peu de temps ? Oui un petit peu de temps, après euh. Ok.

#### Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ?

Ouais, à peu près ouais, hum hum.

#### Et que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Alors, je dirais juste que ça prend trop de temps. Parce que pour chaque patient en fait quand on leur pose les questions, enfin y avait beaucoup de questions et euh à chaque fois hop du coup, ils rebondissaient ou bien les gens, ils ne comprenaient pas très bien donc il fallait réexpliquer certaines questions et c'est vrai que ça prenait beaucoup de temps. Donc en pratique quotidienne, trop, trop chronophage, je pense. Pour tous, je trouve que ça prenait trop de temps, ça veut que j'ai... jamais les gens me répondaient oui, non alors que c'était que oui et non à chaque fois. C'était ah beh je sais pas, mais c'est-à-dire qu'est-ce que... Alors j'étais

obligée de reformuler. Ah d'accord. Voilà, donc euh. Parce qu'ils le remplissaient avec vous en fait ? Oui, absolument oui. Ok. Heu, donc ils l'ont pas rempli tout seul en fait. Non, en salle d'attente, je l'avais pas mis, je leur donnais ici et puis je leur lisais la question et voilà donc du coup ça prenait un petit peu de temps.

#### Donc allez-vous continuer à l'utiliser ?

Bon ben là non puisque mon activité s'arrête [rire].

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Non pas particulièrement, non.

### Est-ce que vous apporteriez justement des modifications pour améliorer l'outil ou l'utilisation de l'outil ?

Peut-être des phrases plus courtes, ou bien quelque chose où on n'est pas obligé de reformuler en fait la question. Y avait... Oui y avait plusieurs fois, y avait des questions où on n'était obligé de les reformuler euh, voilà c'est, c'est... Comme quelle question par exemple? Alors comme ça de tête, euh on va regarder sur le truc. On va regarder juste pour euh, oui oui bien sûr [cherche]. Alors, par exemple, c'était euh...[silence]. Voilà ça : « Êtes-vous angoissé par le regard des autres au point de vous interdire certaines activités ? » alors ça, ils comprenaient pas les gens, d'accord, ça c'est voilà. Après ce qu'ils ne comprenaient pas « Avez-vous déjà eu des soins psychiatriques ? » alors eux, soins psychiatriques euh, pour eux, c'est être interné en hôpital psychiatrique, c'est pas juste être triste ou être sous antidépresseur. Voilà euh, après qu'est-ce qui avait d'autre « Êtes-vous perturbé par votre environnement? » alors ça aussi euh, « ah ben non, enfin non, les bruits non, mais les odeurs, ah je sais pas oui », voilà ça c'était quelque chose [sourire] où euh c'est difficile de répondre oui ou non voilà. Oui d'accord. En gros quoi. Hum, c'était des questions à reformuler. Ouais, à reformuler de façon plus synthétique ou plus [hésitation] enfin je sais pas euh qui comprennent mieux, plus simple peut-être finalement. D'accord. Et s'ils l'avaient eu peutêtre à la maison ou...? Peut-être ouais, peut-être aussi que s'ils les avaient remplis en salle d'attente, ils auraient pris le temps, là ils découvraient euh la question. D'accord.

# Que pensez-vous justement d'autres échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil (par exemple il y a Epworth, ISI...) et les échelles de dépistage en général ? Est-ce que vous pensez que c'est une bonne méthode ?

Ben moi je m'en passe en fait, c'est-à-dire que je sais que ça existe et que souvent on parle, c'est des normes en fait, des normes validées mais c'est vrai qu'en gros quelqu'un qui ronfle, qui a de l'hypertension, qui est en surpoids euh je vais l'adresser, ou bien quelqu'un qui me dit qu'il ne dort pas la nuit ou bien dans la journée je m'endors, même s'il est pas gros, même si...Voilà. Je pense qu'il y a aussi le sens clinique et le fait de connaître son patient quoi, de savoir. C'est pas vraiment adapté à la médecine générale? Non pas toujours, pas toujours. C'est pas toujours aussi euh claire et net quoi.

### Pensez-vous qu'une autre méthode pour diagnostiquer les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?

Ouais, par des sites internet, je pense comme ça, ça se développe beaucoup, les gens, une petite appli euh, voilà souffrez-vous de... et puis troubles du sommeil, voilà sur une appli un peu générique ça pourrait être sympa ça.

#### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Alors, moi je dirais oui, mais la compréhension pour les gens n'étaient pas toujours claire donc euh, voilà. Donc la difficulté, voilà c'était de reformuler? Oui, de reformuler et puis le temps que ça prenait, c'est-à-dire que moi je le faisais en fin de consultation donc ils avaient déjà eu tout leur truc, et alors du coup je m'en rajoutais... [parle plus fort, rire], donc en fait c'est pour ça que je ne l'ai pas fait en une journée, je les fais sur plusieurs. Je l'ai fait depuis avril parce que du coup je me suis dit, j'en ai dix mais je ne vais pas m'en sortir [rire], donc non c'est pas grave [sourire]. Non, non, mais bon ça fait partie du truc aussi. C'est vrai qu'il aurait fallu que je les convoque les gens juste pour ça et là on avait le temps de se dire en quinze minutes on fait le questionnaire et euh vous me dites ce que vous avez voilà à dire là-dessus. C'est vrai, la première fois, on avait dit plutôt de les faire en salle d'attente mais c'est pas toujours évident? En salle d'attente, il y a les gamins qui prennent les feuilles, c'est compliqué.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non, non, je crois que j'ai tout dit [rire].

#### **MÉDECIN 24**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Euh... Il y en avait huit. Huit, ouais, donc non [rires].

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Non. On l'a un petit peu fait là.

#### Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients ou bien rempli les fiches de suivi?

Alors inclus tous les patients du cabinet tu veux dire ? **Oui.** Euh, là ça été le... Puisqu'en fait on a donné les questionnaires à la secrétaire et puis, qui l'a donné par contre à tous ceux qui acceptaient de le faire, et donc du coup euh, je sais pas pourquoi il y en n'a pas eu 10. Il y a peut-être des gens qui ont gardé aussi les questionnaires et qui ne me l'ont pas rendu, j'imagine que sur les deux, ça a dû être ça.

### L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, quand c'était pas identifié oui.

Les diagnostics vous ont-ils paru exacts ? Oui.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Le suivi [sourire avec petit bruit sourd].

Et vous avez utilisé l'outil sur une journée ou plusieurs ? Sur plusieurs journées, oui. Et ils le remplissaient en salle d'attente? Oui, oui, ils le remplissaient en salle d'attente.

Et après vous faisiez un débriefing ou pas forcément? Oui.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Pour la prévention et le dépistage, oui, c'est très bien.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser?

Non là, je l'ai pas utilisé [sourire].

### Cela va-t-il changer votre pratique?

[Soupir] Euh... ça devrait! Il faudrait que ça change ma pratique par rapport à ce dépistagelà, oui. Après plus sur une consultation dédiée, parce que c'est vrai que, on a tendance à poser ces questions-là dans le, dans la consultation courante, notamment pour les renouvellements, on profite pour justement poser des questions sur les troubles du sommeil, ou quand on sent un état un peu anxieux, ou de fatigue, quand ils viennent pour la fatigue vraiment spécifique. Et après c'est vrai que ce serait pas mal que ça change, dans le sens où ça devrait être un peu plus automatique et une question vraiment sur chaque consultation.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non, c'était pas mal. Franchement.

## Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Alors l'Epworth, elle est assez facile à utiliser, après les autres, je les connais pas trop.

Alors il y a l'Epworth, l'ISI ou index de sévérité de l'insomnie, d'autres qui peuvent faire deux pages. Peut-être pas adaptées à la médecine générale? C'est comme beaucoup d'échelles. Après les échelles de dépistage en général, comme le MMS, voilà ce sont des consultations dédiées à ce moment-là. Ben, voilà, c'est l'avantage et l'inconvénient de ces consultations, c'est qu'il faut que ce soit dédié. Donc il faudrait que ce soit aussi... Très ciblé, puis repérer, alors par exemple, comme outil de repérage, ce test était très bien, et puis après voilà, arriver à s'organiser pour faire des consultations dédiées, euh...ce serait très bien.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

A part de la consultation, tu veux dire ? Oui, voilà, est-ce qu'il peut y avoir d'autre chose qui pourrait aider ? Ouais parce que bon, à part le fait de nous, poser les questions, d'avoir un outil comme celui que tu as fait, et qu'on puisse mettre dans les cabinets de consultation, et dire voilà, trouble du sommeil, remplissez cette feuille, ou vous pensez que en cas de fatigue, remplissez, voilà, quelque chose de très générique, pour qu'on puisse le dépister, euh... Après sur internet, ou les campagnes de dépistage, quelque chose comme ça, oui ça peut avoir un intérêt mais comme pour toute campagne de dépistage.

**Étes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

Avez-vous d'autres commentaires ?

Non.

#### **MÉDECIN 25**

#### Pourquoi vous n'avez pas inclus des patients?

Pas le temps, la flemme. D'accord.

Quelles ont été les freins à l'utilisation de cet outil ? C'est le temps essentiellement ? Ouais, ouais... Après voilà...

### **Que pensez-vous de cet outil?**

[Soupir] Après je pense que c'était pas un sujet qui me passionnait, mais, euh... Vous n'utilisez pas d'outil en général, de toute façon? Je suis pas très «règle», «cadre», «score», voilà, pour moi la médecine, c'est pas des échelles ou des outils, plutôt, voilà, une sensation. Je sais que c'est de plus en plus comme ça mais, le cadre c'est toujours un peu compliqué, je trouve. Parce que quand on sort du cadre, justement c'est ça qui est intéressant. On peut pas tous avoir le même avis, sinon on fait la même chose, c'est pas forcément le bon truc. D'accord.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non, j'en sais rien, c'est un outil qui est correct, après voilà... C'est une question de s'en servir ou pas.

### Pensez-vous utiliser cet outil un jour?

A priori non.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Voilà, ces échelles, moi c'est compliqué. Moi je trouve ça très compliqué. Je sais que maintenant tous les « spé » ne parlent que du score de machin, de l'échelle du truc de bidule de hein, hein, bon. Parce que pour moi, l'échelle de machin, de bidule, à ce moment-là, on fait un questionnaire informatique aux gens qu'ils remplissent... D'accord. Et la machine nous sort le résultat, en disant, vous avez un score de ci, un score de ça, ça, ça, ça... donc on vous donne tel traitement. Donc pourquoi pas, hein, mais ce qui m'embête, c'est que voilà, c'est que c'est pas forcément ça. D'accord, c'est vrai que nous dans l'outil qu'on avait fait, il n'y avait pas de score justement. Enfin, je parle pas que du truc, la thèse machin, après c'est un truc général, donc sous prétexte qu'on a un score de ci, un score de ça, na, na, na, na, na, na... On sort ça. Effectivement, on n'a plus besoin d'être médecin pour faire ça. C'est des QCM, on demande un truc bien fait sur l'ordi, on fait un gros formulaire pour tous les gens, ils cochent ce qu'ils ont, voilà, j'ai machin na, na, na, na, voilà... et on se retrouve sur un score x, y, z, donc on estime que ce monsieur doit prendre ça, ça, ça et ça. C'est ça qui m'embête moi [interruption téléphonique]. Donc voilà, c'est ça moi qui me gêne, si tu veux. C'est ça, c'est ce côté maintenant effectivement très administratif, voilà, un questionnaire dans la salle d'attente, les gens remplissent, ils arrivent et après donc voilà...

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Je sais pas, je sais pas, je pense que voilà l'intérêt de la médecine, elle reste plutôt sur la clinique. Alors, ce sont des aides, bien sûr à mettre, mais à force de mettre des scores partout, enfin nous, en tant que généraliste et toi en tant que généraliste aussi derrière, tu fais comment ? Parce que t'as ton score juste pour le petit trouble du sommeil, t'as ton score pour l'apnée du sommeil, et t'as ton score pour la BPCO, t'as ton score pour le gastro, t'as ton score pour le cardio, tu fais comment en vrai, tu fais comment dans la, la consultation, on fait comment ? Parce que les gens viennent pour plusieurs pathologies, tu fais comment ? Tu dis, vous reviendrez demain pour que je vous fasse le score de trucmuche, puis après-demain on fera le score de truc... Tu peux pas. Dans la consultation, ils vont te dire en plus j'ai du mal à dormir machin la nuit. Toi tu le fais spontanément en posant deux, trois questions rapidement, tu te fais ton idée, puis tu connais les gens, donc tu sais si c'est voilà, un côté autre... Le score brut

veut dire quoi pff. D'accord, après c'était un outil pour une aide, c'était pas... Oui, oui, non, mais je suis d'accord, mais le problème c'est que ça prend du temps de faire un truc, si tu fais vraiment le truc et après alors t'as ton score, et le score, il va influer sur autre chose. Ok. Pour moi, c'est ça qui me gêne, c'est que effectivement, c'est pas juste cette histoire de sommeil ou de machin. C'est que, ce sont toutes les tranches maintenant de la médecine, où on nous met des scores donc euh... [Soupir]. C'est lourd hein. Non, non [sourire] mais au quotidien, c'est intéressant intellectuellement, parce que tu as une échelle, un machin, un bidule. C'est vachement lourd, vachement, vachement lourd à faire. Je connais pas un mec en médecine qui fasse euh, en médecine générale je parle, des mecs qui font des scores pendant leur consultation. Il fait comment ? Il faut tout avoir imprimé, donné aux gens, faire faire dans la salle d'attente. Pour le MMS, c'est une consultation dédiée et puis une revalorisation différente. Des généralistes, t'en a très peu qui font des MMS. Parce que tu viens pas que pour ça, les gens y viennent pour avant tout autre chose et en plus ils vont te dire mais en plus j'ai un truc. Alors oui le « spé », il fait parce que tu lui dis euh, consultation mémoire, il va faire son truc, son machin. Donc c'est plus un outil spécialiste, parce que lui, il va voir qu'une chose et le gars il vient uniquement pour ça, il prendra pas la tension, il va pas le regarder, il va pas lui poser le sthéto, machin. Toi, si tu fais une consultation, ou tu discutes, ou tu fais ton travail un moment et que t'as pas pris la tension et que t'as pas fait ci, les gens vont te dire « vous prenez pas la tension aujourd'hui ? Vous me faîtes pas ci? » Et tu veux dire quoi ? Non, vous êtes pas là aujourd'hui pour ça, on va faire juste, euh... Moi j'avoue que, c'est compliqué.

#### **Vous avez d'autres commentaires ?**

Non, mais c'est ce que je te dis, voilà, c'est, c'est ça. Après je trouve que c'est intéressant intellectuellement, mais moi je peux pas.

[Le médecin a été recruté lors de la journée nationale du sommeil.]

### **MÉDECIN 26**

Je trouve la question numéro 2, est-ce que les gens ont déjà ressenti des problèmes de concentration, la fatigue ou les troubles de l'humeur. Soit tout le monde répond oui, soit il y en a qui vont, ben c'est trop facile de répondre oui, qui vont répondre non, enfin c'est... En gros tout le monde peut répondre oui. Il y en a, ils vont pas savoir s'ils doivent répondre oui ou non. Quand moi je leur pose la question : avez-vous déjà ressenti des problèmes de..., avez-vous déjà été fatigué?... Bon je sais pas comment on peut leur euh, peut-être : ressentez-vous presque de façon quotidienne la fatigue? Avec une sévérité? Mettre un niveau de sévérité « Pensez-vous souffrir de troubles du sommeil? », c'est vrai que là c'est pas mal. D'accord, on va commencer.

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Je crois que j'ai oublié la fiche de suivi! En fait, on l'a fait là. On vient de le faire. Oui.

L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient

#### inclus?

Donc l'outil de repérage précoce, c'est ce qu'on a rempli. C'est ça. Il m'a aidé à établir un diagnostic, ben pour les deux, enfin au moins une s'en plaignait régulièrement, l'autre, euh... l'autre, non c'était pas, c'était pas, pour moi, c'était pas évident, un sur deux a été... Le souci du trouble du sommeil a été mis en exergue grâce au questionnaire. **D'accord.** 

Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ? Oui.

### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Alors, je viens de vous parler de cette deuxième question qui est trop ouverte, la deuxième question évidemment : « êtes-vous... vous arrive-t-il... vous est-il déjà arrivé d'être fatigué, ou d'avoir des troubles de la concentration ? » Tout le monde peut répondre oui, et on vient de se dire qu'il faudrait sans doute préciser et avoir des éléments, pour saisir le degré de sévérité pour savoir lequel on garde ou pas, hein.

## Et comment avez-vous utilisé l'outil, vous avez fait comme le protocole, sur une journée, en salle d'attente ?

Voilà de façon pratique, j'ai trouvé trop lourd de le faire sur une semaine, voilà, avec toutes nos contraintes de timing, et caetera... peut-être de salle d'attente, pas facile d'aller parler dans la salle d'attente, pour euh... c'était du temps à prendre en plus pour aller dans la salle d'attente, parler à chaque patient, je voulais que ce soit moi, euh ne pas déléguer à la secrétaire, bon donc du coup ça s'est fait sur plusieurs jours. **Et pendant la consult'?** Et ça s'est fait à l'intérieur du cabinet, et il m'est arrivé de les aider. Voilà. Donc ça a pris un peu de temps sur la consultation.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Je euh... donc je me dis, l'outil a une efficacité, après savoir comment l'utiliser, parce qu'on va peut-être pas le donner à tout... j'ai une patiente pour lequel on se pose un petit peu de questions pour essayer d'aiguiller, voilà nous aider à mener l'interrogatoire comme on fait tous les jours de façon un peu empirique, au milieu de tout le reste, donc je pense que peut-être pour des patients, pour lequel on se pose un peu de questions, essayer de leur faire, leur faire confirmer, et puis en même temps essayer d'établir un peu la..., approcher un peu la cause ou le mécanisme de ce trouble du sommeil. **Plutôt sur des suspicions ?** Et cibler quand même, sinon, on voudrait faire... enfin je peux pas imaginer proposer à tous les patients, tous les adultes, c'est difficile, peut-être ça serait peut-être bien, mais c'est difficile. Avec tout ce qu'on a regardé. Ça devient un bilan de santé général ? Ben... Oui un bilan de santé général. C'est se poser des questions plus larges, disons que pourquoi ça, plutôt que tout le reste, c'est au milieu de tout le reste. Il y a d'autres domaines. Mais tout ce qui est effectivement psychisme, on peut passer à côté si on n'est pas un peu plus systématique. Dans le cadre de soucis psychique aussi, cibler, en ciblant certaines...certains patients quand même.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Ben... Pourquoi pas, pourquoi pas. Oui, volontiers, oui je pense, je peux l'avoir sous la main, comme on a, on a des questionnaires pour certains..., des scores, des tests. Si vous voulez je peux vous en repasser? D'accord.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Et beh... du coup si je m'en sers, ça changera un petit peu ma pratique. Voilà, surtout arriver à déterminer un mécanisme et évidemment pas seulement donner le somnifère, voilà. Il y a des mécanismes différents, j'ai découvert quand même certains mécanismes différents dans la

liste de votre euh... Je l'ai lu quelque part. Vous avez un panel des différents mécanismes. **Oui.** 

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Euh... là je me suis pas assez suffisamment posé la question, là peut-être [interruption téléphonique].

## Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil ou les échelles de dépistage en général ?

Alors, je ne connais qu'Epworth a priori, et ça me paraît, enfin, même le, j'ai un correspondant pneumologue qui s'occupe pas mal euh, beaucoup de troubles du sommeil et au départ des SAS et tout ça. Bon lui-même dit, c'est pas très, c'est pas très valable cette échelle d'Epworth, voilà on en est à, à trouver des SAS sur des symptômes beaucoup plus, sur des scores plus bas que ceux qui sont censés faire, aller imposer, chercher un SAS, voilà. C'est le seul que je connais Epworth, et les échelles de dépistage en général, alors c'est une bonne question, euh... Finalement, on pourrait..., on a l'impression, qu'on n'a pas forcément les résultats... ça serait prétentieux de dire qu'on est plus fiable avec l'empirisme, ou en connaissant les gens. Peut-être que ça s'adresse plus à des consultations où on ne connaît pas les gens avant, une consultation de spécialiste, souvent utilise des scores, moi à chaque fois que j'ai essayé un peu, j'ai l'impression de savoir davantage de choses sur les gens en les connaissant, à force de les connaître, qu'en utilisant le score.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Euh... non je n'ai pas d'avis sur la question, internet, ah, ben, oui, un jour, avant de venir à la consultation, ils auront fait un interrogatoire de santé une fois par an, après on peut imaginer plein de choses avec internet, je ne me suis pas penché sur la question encore.

### Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Euh... ben voilà, j'ai dit qu'il pouvait y avoir des motifs de satisfaction, je pense que, moi ça m'a montré un sur deux, des choses plus précises auxquelles je ne pensais pas, donc, voilà, il peut être... Il paraît présenter des intérêts.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Euh non, j'en vois pas.

[Le médecin a été recruté lors de la journée nationale du sommeil.]

#### **MÉDECIN 27**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui [sourire].

## Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Ben non, puisqu'on l'a fait ensemble [rires].

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, pour chaque patient, je ne serais pas certaine à 100%. Hum [silence].

Est-ce que le diagnostic que vous aviez posé, vous aviez pu le retrouver dans l'outil en fait ? Pas, pas pour tous parce que des fois, c'est pas forcément des troubles du sommeil, des fois y a un syndrome dépressif aussi sous-jacent, enfin c'est euh... D'accord.

#### Ouelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, ben moi personnellement pas. Après, non c'était juste voilà penser à le livrer au patient. Des fois, c'est vrai quand je voyais qu'il y avait un peu de monde en salle d'attente, j'en donnais euh 2, 3 d'un coup, mais moi personnellement pas de difficultés. Après, j'ai pas eu de retour des patients négatifs non. Et vous l'avez utilisé donc en salle d'attente? Ouais, surtout, ouais, oui, oui. C'était sur un dépistage, il n'y avait pas de ciblage des patients? Oui. Ben après, enfin si moi je sentais enfin, j'orientais aussi un peu quand euh c'était des patients que j'avais déjà vu quelquefois, quand je sentais qu'il y avait un trouble du sommeil sous-jacent. C'était un peu orienté du coup, ouais. Ok, et vous l'avez fait sur plusieurs journées? Alors je l'ai fait, oui, oui, oui.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Euh, alors un bon outil, après il faut penser à l'utiliser. Il faut essayer d'avoir le réflexe systématique. Euh, après c'est vrai que les troubles du sommeil souvent, ça vient aussi en fin de consultation. Quand vous leur refaites leur ordonnance, « je viens pour mon traitement hypertenseur, ah au fait euh je vais vous demander quelque chose pour dormir ». C'est vrai que du coup, ben on a plus forcément le temps. Il faudrait qu'ils viennent en consultation rien que pour ça quoi, hein. Que ce soit UN motif et pas une demande qui vient en fin de consult' quand on est en train de signer l'ordonnance quoi. **D'accord.** 

Justement si vous continuez à l'utiliser, comment allez-vous continuer à l'utiliser? Le donner en fin de consultation et le faire revenir plus tard? Oui, oui, oui, oui, ou les faire revenir du coup spécialement pour ça.

#### Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil?

Et ben oui du coup, parce que, enfin les troubles du sommeil c'est pas quelque chose, enfin c'est pas quelque chose qu'on connaît. Souvent voilà, ils vous demandent un truc pour dormir en fin de consultation. Donc souvent, on balance un médicament ou comme ça, donc oui, oui du coup je pense que ça peut nous aider au quotidien. C'est juste que voilà, il faut y penser. Ok. Il faut l'avoir sous la main [sourire]. Comment ? Il faut l'avoir sous la main ? Oui, non puis avoir le réflexe de le sortir, enfin c'est comme toutes les échelles, tous les référentiels. Oui, voilà [sourire]. D'accord.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non, enfin j'ai rien qui me vient.

## Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil ou les échelles de dépistage en général ?

Alors, euh, donc déjà oui il faut... Après c'est souvent long, chronophage [rire court]. Donc euh, il faut quelque chose d'assez euh court. Ben souvent, déjà nos consultations, généralement c'est un quart d'heure, 20 minutes, donc c'est déjà très, très court et s'ils viennent pour un ou plusieurs motifs, on n'a pas le temps quoi, hein. Donc oui, il faut vraiment dédier la consultation à ça quoi. Un motif, une consultation quoi.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?

[Soupir] Bon, interrogatoire oui, après une fois qu'on les connaît bien, du coup on est à même de savoir s'il y a pas un trouble sous-jacent ou pas. Euh, site internet, ce serait quoi, un questionnaire? **Voilà sur internet, à faire remplir par les patients.** D'accord, bon du coup ça reviendrait aussi au même. Oui, alors après des affiches, flyers en salle d'attente, quoi. Oui, c'est vrai que maintenant on vit à l'heure d'internet quoi. Mais après souvent c'est aussi des patients d'un certain âge. Enfin, c'est pas des patients de 20 ans généralement qui ont des troubles du sommeil, ou alors ça peut-être passager souvent quand c'est des jeunes, au moment des examens ou des choses comme ça. Donc après est-ce que les personnes âgées sont à même d'utiliser internet euh, c'est moins sûr [sourire].

### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Ben oui parce que du coup, ça permet aussi de dépister euh, je pense à une patiente qui avait un syndrome dépressif sous-jacent qui du coup est prise en charge voilà. Les troubles du sommeil étaient euh... l'un des symptômes ? Voilà.

### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non [sourire].

#### **MÉDECIN 28**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui, je crois hein.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Ouais.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Ben, euh oui et non. Diagnostic d'insomnie mais euh... Ça vous a orienté ? Ouais, ça oriente un petit peu sur le... [Je lui donne un questionnaire]. Merci. Donc plus ou moins ? Ouais, plus ou moins.

#### Ouelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Ah, ben aucune hein. Vous avez pu le faire sur une journée, en salle d'attente ? Ouais, 3 jours à peu près. Du coup, c'est les patients qui le remplissaient et vous le donnaient en salle d'attente ou...? Moitié, moitié. Et ils commençaient à remplir et puis après... Vous débriefiez directement ? Oui, c'est ça. D'accord, et du coup c'était en mode dépistage, ceux qui étaient volontaires ? Oui, c'est ça.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Ben c'est bien, mais le problème [sourire], c'est que ça surcharge la consult' quoi. **D'accord.** Faudrait faire une consultation dédiée à ça et pas en plus de ce pour quoi ils viennent initialement.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et si oui comment ?

Pourquoi pas, après c'est euh, ça peut être un outil et puis on réévalue 3 mois après et on voit un peu les résultats. Plutôt dans du suivi finalement. **Ok.** 

### Cela va-t-il changer votre pratique?

Non, quand même.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non, c'est bien, c'est pas trop long.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Ben, on utilise beaucoup le MMS et puis le Hamilton. Je trouve que c'est bien, ça objective un petit peu des troubles euh, subjectifs. Surtout avant l'instauration d'un traitement et puis de réévaluer un petit peu après. Non, j'en utilise souvent.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Pff [pause], non ben je ne saurais pas quoi dire, non. Le mieux ce serait que les patients en parlent mais pour une consultation dédiée puisqu'en fait euh, il y a trop de choses à gérer dans la consultation et ça, ça nécessite du temps. Donc euh non pas d'autre outil.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

Avez-vous d'autres commentaires ?

Non.

#### **MÉDECIN 29**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Non.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui.

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas inclus 10 patients ? Beh, pas assez d'effectif. D'accord. C'était sur du ciblage en fait ? Oui. D'accord.

L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Oui.

Si oui, Les diagnostics vous ont-ils paru exacts ? Attends je t'entends pas là. Les diagnostics que vous avez trouvés grâce à l'outil vous ont-ils paru exacts ? Oui.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Aucune. D'accord, donc vous avez utilisé l'outil sur plusieurs journées ? Oui. Est-ce que les patients remplissaient bien en salle d'attente ou pendant la consultation ? Pendant la consultation. D'accord.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Je pense que c'est un outil qui peut servir, euh, à l'orientation d'une consultation, et d'un interrogatoire. Euh, mais que, en médecine générale pour faire compléter cet interrogatoire par le fait direct des patients, par la volonté directe des patients en salle d'attente, euh, c'est euh, ben c'est compliqué. Ça dépend de l'éducation des patients, mais moi c'est vrai que j'ai eu un faible effectif aussi hein. Peut-être le donner en fin de consultation et qu'il le ramène ? Ouais, mais ça ils ne le feront pas. D'accord.

#### Si vous voulez continuer à l'utiliser, comment allez-vous continuer à l'utiliser ?

Ben de la même façon, c'est-à-dire en faisant un interrogatoire ciblé quand j'ai un doute diagnostique.

## Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil ?

Euh. ben non.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

[Silence] Euh, non. D'accord.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

[Silence] Euh, ben non, elles sont assez, elles sont assez intuitives, non elles sont bien.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Non, non parce qu'après il y a l'examen clinique aussi, donc non.

## **Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?**

Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Non.

### **MÉDECIN 30**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Donc ça oui.

## Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Alors non, je n'avais pas rempli la fiche de suivi. On l'a fait ensemble après [sourire]. Ok.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, beh du coup on a, malheureusement les 10 patients qu'on a pu inclure, ça a été un peu compliqué parce qu'on n'est pas allé plus loin avec eux en fait, il y avait souvent des, des choses annexes qui étaient peut-être plus importantes pour ces patients donc euh, ce qui a été un peu compliqué, on n'a pas axé, on n'a pas axé le diagnostic et la thérapeutique sur les troubles du sommeil. Donc eux, malheureusement pas trop quoi [sourire].

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, pff je n'ai pas rencontré de difficultés particulières. Sinon, non si ce n'est que des fois les gens n'avaient pas eu le temps de le remplir totalement et que du coup ils ont fini de le remplir devant moi, mais euh, c'était plutôt simple, je pense que pour les patients c'était simple aussi donc euh, non, c'était, c'était facile, hum. Justement comment vous l'avez utilisé? Vous l'avez mis en salle d'attente et les patients le remplissaient? Oui, voilà les secrétaires le donnaient aux patients en les prévenant et les gens l'ont rempli dans la salle d'attente ou alors voilà quand c'était pas fait, juste avec moi. Du coup, c'était sur du dépistage, c'était des gens volontaires qui répondaient? Oui, s'ils acceptaient voilà, oui.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Euh, ben je pense que c'est quelque chose qui peut être très intéressant. Parce que c'est simple et que ça peut nous aider à repérer des choses basiques quoi, des grandes choses, des grandes lignes et puis après pouvoir orienter les examens et les thérapeutiques en fonction de ce qu'on a pu mettre en évidence. Donc c'est quelque chose, enfin les troubles du sommeil, c'est quelque chose qu'on voit beaucoup et comme ben là vous avez pu le voir, les gens nous mettent ça au milieu d'une consultation assez complexe souvent et puis du coup on se focalise pas dessus et ça, ça nous permet, effectivement de se poser plus dessus et de voir après comment on peut avancer.

## Justement, si vous continuez à l'utiliser, comment allez-vous continuer à l'utiliser ? De la même manière ou en ciblant ?

Oui, c'est sûr que là, ce sera en ciblant les patients, parce que quand on avait fait, je me rappelle plus quand on s'était vu, vous c'était du dépistage, on donnait à 10 patients, c'est ça hein. **Oui.** Donc là ce serait plus en ciblant si les gens me parlent de ça, parce que sinon euh c'est un peu compliqué je crois. Enfin, c'est, c'est pas que c'est compliqué mais ça fait beaucoup de choses et malheureusement en médecine générale on a déjà [sourire]... Souvent les gens, ils nous disent une chose et après on a encore des, des motifs qui viennent à la fin de la consultation.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Ben, ça peut changer, oui ça peut me faire évoluer parce que voilà peut-être plus me focaliser dessus, faire remplir ce questionnaire et dire aux gens de revenir me voir spécifiquement pour ça et que ce soit moins au milieu de tout quoi. Donc oui, pourquoi pas, ça peut engager une autre consultation et se focaliser là-dessus. Et puis les gens aussi, de remplir ça, ça leur permet de prendre conscience aussi de certaines choses. Et ils se disent « oh ben tiens mon médecin, il s'intéresse à ça et il est pas là à me dire oh ben, je vais vous donner un petit médicament et puis c'est tout », voilà. Nous, ça nous permet de nous focaliser là-dessus et les patients je pense que ça, c'est intéressant pour eux aussi pour la prise en charge.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Ben, pff à mon niveau non, enfin je trouve que c'est... Enfin, il a été étudié donc après, j'ai pas spécialement là de choses à dire là-dessus. C'est pas mal fait, peut-être qu'en y réfléchissant plus pourquoi pas mais pour l'instant non. Enfin, pas là au bout de 10 patients [sourire].

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Ben, pour les troubles du sommeil, je les utilise peu hein. Après pour d'autres choses, ça peut être utile. Il faut pas que ce soit trop lourd à faire en consultation, parce que des fois en fait, ça peut être chronophage, ça peut être lourd et on se fie plus un peu à notre instinct, à notre ressenti vis-à-vis du patient. Euh, il faut faire attention parce qu'effectivement on a une personne devant nous et pas, pas non plus tout systématiser mais c'est une aide, quoi. Je pense que c'est une aide et c'est important de savoir que ça existe et qu'on peut les utiliser.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse (exemple : site internet, interrogatoire à l'ancienne...) ?

Oui, euh, pff qui serait plus judicieux euh, ça je trouve que c'est quand même bien de faire ça. Après effectivement, les campagnes, ça sensibilise toujours les gens, mettre une affiche en salle d'attente en disant « parlez-en à votre médecin », qu'ils commencent à nous en parler et puis qu'on se focalise là-dessus lors d'une prochaine consultation, oui c'est quelque chose qui peut être intéressant. Après d'autres choses euh pff, oui peut-être alors un test à faire sur internet, quoi un peu interactif avec des cases à cocher, un score qui est calculé, oui ça peut être intéressant pour les patients, ils aiment bien ce genre de choses, ou des applications smartphone, voilà des choses comme ça. Mais euh hum.

### Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

De cet outil-là ? **Oui.** Oui, je trouve que c'est bien. Oui, oui, c'est quelque chose qui peut être utile. Et ce serait bien de le mettre en pratique de façon plus générale.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Euh, non, je réfléchis. Pas particulièrement non, j'ai déjà tout dit.

#### MÉDECIN 32 – MÉDECIN 33 – MÉDECIN 34

Bonjour, à tous, donc je vais recueillir vos opinions sur l'outil. Je commence par la première question :

### Pensez-vous que l'outil de repérage précoce aide à trouver un ou des diagnostic(s)?

Médecin 33 : [Relit la question] Moi, en l'occurrence j'en ai pas trouvé, mais après euh...

Médecin 32 : Moi, non plus mais ça pourrait, ça pourrait.

### C'était concordant avec vos diagnostics?

Médecins 32, 33, 34 : Oui (tous les 3). D'accord. [Discussion privée]

## Pensez-vous que ce soit une méthode adéquate pour le dépistage des troubles du sommeil ?

Médecin 33 : Oui. Oui, oui.

*Médecin 32, 34* : Oui.

### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Médecin 33 : C'était compliqué, il est long.

Médecin 32 : Ouais c'est ça, quand ils viennent pour autre chose, c'est surtout ça.

Médecin 34 : Ouais, c'est surtout l'utilisation dans le cadre d'une consultation.

*Médecin 32* : Faudrait avoir une consultation dédiée déjà, moi je trouve, qu'à ça. Et c'était les questions qui étaient derrière.

Médecin 33: Ah oui, c'était long, tu relis trois fois les questions pour pouvoir comprendre.

### C'était par rapport à quelles questions ?

Médecin 34 : Les fiches de suivi, non ? C'est ça.

Médecin 32 : Euh ben oui. Voilà les fiches de suivi, c'était ça.

Médecin 33 : C'était plus la fiche de suivi qui était compliquée à remplir.

Médecin 34 : Oui, c'était plus la fiche de suivi, parce que le questionnaire, c'était les gens qui le remplissaient.

Médecin 32 : Oui, le questionnaire, c'est eux qui le faisaient donc ça va.

*Médecin 33*: Non, non, non je parle des questions ça [montre la fiche de suivi]. Je comprenais pas du premier coup, ce qu'il fallait dire.

### Pour la fiche de suivi, c'est ça?

Médecin 33 : Oui [le médecin 33 se lève pour aller chercher quelque chose au fond de la pièce].

# Quelles autres difficultés avez-vous rencontrées par exemple dans l'utilisation de l'outil ? Vous l'avez fait comme le protocole, sur une journée ou sur plusieurs... ?

Médecin 34 : Oui, sur plusieurs jours.

#### En salle d'attente?

Médecin 34 : Oui, en salle d'attente.

### C'était pas en consultation avec le patient ?

Médecin 34 : Non.

### Et vous n'avez pas fait de ciblage, c'était du dépistage?

Médecin 32 : C'est ca.

Médecin 34 : Ouais.

# Pour vous, quelle serait finalement la meilleure manière d'utiliser l'outil ? Plutôt en consultation dédiée ou euh... ?

Médecin 32, 33, 34 : Oui.

Médecin 33 : C'est éventuellement donné à un patient qui nous en parle, qui revient pour ça, lui donner le questionnaire. Et après le faire revenir pour une consultation dédiée.

[Ils se parlent entre eux de la manière dont il gère notamment les consultations d'asthme, avec la gestion de la crise et la prise de ventoline].

Médecin 34 : Comme on fait pour la ventoline, on leur donne le test.

Médecin 33 : Pas pendant la consult'.

### Plutôt la consult' d'après ?

Médecin 32 : Voilà, on en parle après.

Médecin 33 : Et qu'ils viennent que pour ça pas pour autre chose.

*Médecin 34* : On pourrait le mettre aussi, je pensais au, au présentoir là. « Si vous pensez avoir des troubles du sommeil, vous prenez un truc, vous le remplissez ».

Médecin 32 : Oui complètement.

Médecin 33 : Ah oui, oui [le médecin 2 revient se rasseoir à sa place].

Médecin 32 : « Parlez-en à votre médecin lors d'une consultation dédiée ».

Médecin 34 : On a installé des présentoirs, il y a un mois. On peut mettre ces tests-là, pour l'alcool, des scores...

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ? Pensez-vous l'utiliser ?

Médecin 33 : Oui.

Médecin 32 : Mais de manière plus organisée.

D'accord.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

[Silence].

Médecin 34: Ben après, si on trouve une façon de le distribuer plus euh... Le problème, c'est de les avoir à disposition. Parce que c'est pareil, si on en a besoin avec le patient en consultation et qu'on l'a pas sous la main euh, on va pas le faire.

*Médecin 32* : Il y avait pas eu un moment où vous aviez le truc avec les agendas du sommeil, il y avait pas ce genre de questionnaire ?

Médecin 34 : Si, si, si, si. Il était un peu trop long ouais. Il y avait un truc sur 2 pages avec un agenda du sommeil qu'on donnait aux gens, on avait déjà fait, on faisait ça déjà avec les gens du labo du sommeil là.

[Le cabinet avait participé, il y a quelques années à une action pilotée par la FéMaSaC (Fédération des Maisons de Santé Comtoises) et d'autres partenaires comme l'UFC (Université de Franche-Comté), la MSA (Mutualité Sociale Agricole), l'assurance maladie. Il s'agissait de distribuer un agenda du sommeil pendant un mois, et un questionnaire, puis revoir les patients pour une consultation dédiée. Une formation d'une soirée avait été délivrée par un docteur du laboratoire d'exploration du sommeil.]

### Cela va-t-il changer votre pratique?

Médecin 34: Ben, nous, on utilisait déjà un peu cet outil-là, l'autre avant. Celui-là au moins il tient sur une page donc c'est rapide, ça va un peu plus vite.

### Êtes-vous satisfaits de l'outil de manière générale?

*Médecin 32*: Oui. Après, c'est les questions. Le questionnaire comme ça, le tableau il est bien. C'est vraiment le reste, moi je trouve [parle des fiches de suivi].

Médecin 33 : Je suis d'accord avec « Médecin 32 ». C'est un coup à ce que si on a pas le temps ou si c'est trop compliqué, on le fera pas. **Qui.** 

Médecin 32 : Oui.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ? Sur la longueur...?

Médecin 34 : Du tableau lui-même, ben non on peut pas trop le raccourcir.

Médecin 32 : Non, ça aborde un peu tout, le côté psychosociologique euh.

Et votre avis après sur l'agenda qu'on a condensé, mais après qui peut aussi donner lieu à un agenda sur 15 jours ?

[Silence].

# Pour repérer les gens qui n'ont pas de troubles. C'était assez compréhensible pour les patients ?

Médecin 34 : Ben, j'ai l'impression.

Médecin 33 : Ben oui.

Médecin 32 : Oui, hum. Je pense qu'il est facile hein, oui, hum.

### Est-ce qu'il y aurait d'autres modifications peut-être sur la forme ou le fond ?

Médecin 32, 33, 34 : Non [à l'unisson].

### Peut-être sur l'existence d'un score, on n'a pas fait de score ?

Médecin 33 : Oui un score, ça serait bien.

Médecin 32 : Oui, il y a rien de dit, une fois qu'on a tout rempli.

Médecin 34 : Ouais, il y a pas la conclusion.

D'accord.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

[Je leur montre quelques échelles sur le sommeil : ISI, Epworth, Beck, PSQI].

Médecin 34 : Je ne sais pas s'il y a des professionnels des échelles, mais en pratique on les consulte mais euh ...

Médecin 33: Moi, l'échelle des SAS, l'Epworth là, celle-là je m'en sers. Voilà, sinon les autres euh... C'est pas qu'on s'en, enfin...

Médecin 34 : On a du mal à les intégrer.

Médecin 33: On a du mal, et puis même de toute façon tu poses toujours les... enfin en général tu poses les questions au sein de la consultation. **Hum.** La plupart du temps, làdedans, on va en poser au moins 8 [parle de l'échelle de Beck], si quelqu'un vient en abordant le sujet. Mais moi personnellement, j'utilise pas le score, mais tu regardes les questions tu les poses.

Médecin 34 : Ben oui, mais pour le sommeil aussi mais ça prend du temps.

Médecin 33 : Après, par contre le score du SAS là, celui-là je m'en sers.

Médecin 34 : Intégrer 4, 5 questions, ça va vite.

D'accord.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ? Par internet, plutôt la consultation, multiplier les méthodes... ?

Médecin 32 : Je pense que c'est bien d'avoir un outil quand même pour fixer les choses. Après, peut-être pas faire 40 questionnaires différents mais ça, ça permet quand même d'orienter un petit peu vers quel type de trouble du sommeil : SAS, plutôt de l'anxiété, plutôt des choses comme ça, puis après c'est de la consultation, je pense euh...

#### Spécialisée ?

Médecin 34 : Oui spécifique, voilà on peut pas tout faire en même temps.

Médecin 32 : Mais pas forcément d'autres méthodes que ça, c'est bien.

D'accord.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

[Silence].

Médecin 33 : Non. Oui, moi y a juste la fiche d'après moi ça m'a gonflée [petit rire]. La fiche de suivi ? Oui, mais sinon ça allait.

Médecin 34 : C'est vrai qu'avec les oui et les non, c'est vrai que ça passait vite, c'est vrai qu'on gagne du temps en le faisant faire aux patients.

Médecin 33: Ben oui, oui, oui.

### Peut-être les couleurs j'aurais dû les rajouter sur tous les questionnaires ?

Médecin 34 : Non. Peut-être blanc-gris-blanc pour différencier les paquets, mais bon...

Ok, merci.

#### **MÉDECIN 35**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui [rires], j'ai eu un moment un petit doute.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, alors pour trouver un diagnostic peut-être pas mais nous aider à orienter oui, hum. **D'accord.** 

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Euh, en fait c'était quelque fois compliqué de le donner euh, dans la salle d'attente pour des gens qui ne venaient pas forcément pour ce motif-là. C'est vrai qu'ils ont eu 2, 3 questions en se demandant pourquoi est-ce que je les choisissais eux pour leur donner ce truc-là, enfin ils se sont posés quelques questions là-dessus, ouais. Ils étaient un petit peu réticents? Ben, c'était pas réticent, une fois qu'on leur expliquait euh voilà, après c'est vrai que expliquer parmi toute la patientèle, où il y a la collègue qui est aussi à côté euh. Il y en a qui ont senti, qui ont cru que je les avais choisi eux pour trouble du sommeil parce que euh en particulier la patiente dont on parlait tout à l'heure, là, la dame enceinte, elle s'est sentie visée quand je lui ai donné la feuille. Ok. Après, on remet les choses au clair quand ils arrivent dans le bureau mais euh hum. Du coup, vous l'avez utilisé comment euh sur une journée, plutôt en salle d'attente? Je l'ai fait sur une journée donc euh le premier patient, je lui ai pas donné, j'ai donné à celui qui attendait et puis j'ai fait comme ça toute la journée. D'accord, donc c'était du dépistage? Ouais. Quand j'ai eu du retard, j'ai reporté sur l'après-midi [rire court].

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Et ben, il est bien, après je pense qu'il faut peut-être plus le faire avec le patient en face de nous quoi. En reprenant nous, les questions avec lui pour rien oublier euh hein, des questions qu'on est censé poser pour les gens qui ont des troubles du sommeil, quoi. **Plutôt du ciblage ?** Voilà, ouais.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et comment ?

Oui, si vous me donnez une feuille plastifiée avec les questions [rires].

### Cela va-t-il changer votre pratique?

Ben forcément, si on a les réponses dans ce sens-là euh [quelqu'un frappe à la porte, interruption de l'enregistrement environ 2 minutes].

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Non, pas forcément. Non, c'est assez pratique. Bon, après c'est vrai qu'il y a beaucoup de questions, c'est assez exhaustif mais euh, on arrive à lister celles qui sont peut-être plus intéressantes, et puis à ce moment-là quand elles sont positives, on peut, on peut essayer de développer plus loin, de pousser plus loin ouais.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil ou les échelles de dépistage en général ?

Et bien euh, bon elles sont pas mal, après je les connais pas là les euh [sous-entendu l'ISI]. Bon là il y a l'Epworth, l'ISI enfin c'est pour la sévérité de l'insomnie qui fait une page, il y a l'échelle pour le syndrome des jambes sans repos, il y a aussi l'échelle de Beck pour les dépressions. Ouais alors après, moi je les utilise quand même pas mal les échelles hein, surtout pour la dépression et il y a une cotation qui est spéciale que tu connais probablement voilà, au niveau du temps de consultation. Donc c'est vrai que quand on commence à évoquer la chose euh, on peut redonner un rendez-vous au patient puis prendre un petit peu plus le temps. Après sur une consultation à 23 euros, faut pas rêver hein, on va pas faire une échelle de Beck, ou un truc hyper compliqué.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Euh, ben pff non.

**Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires éventuels ?

Non, écoute, c'est très bien.

#### **MÉDECIN 36**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? Oui.

L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ? Oui.

#### Si oui, les diagnostics vous ont-ils paru exacts, selon vous ?

Euh, le plus souvent oui, oui, dans les grandes catégories finalement permettent euh, ben d'inclure le, le trouble du sommeil dans un contexte particulier. Le bon exemple, c'est la dépression par exemple, c'est sûr que là ça colle bien. Le deuxième exemple qui saute un peu aux yeux et qui est assez évident, euh c'est la mauvaise hygiène de sommeil. Ça, c'est des

choses qui sont relativement faciles à repérer. C'est les plus fréquents? Tout à fait. D'accord.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

C'est pas spécialement lié à l'outil, mais quelque fois, c'était un peu MIXTE. Euh, on n'a du mal à faire rentrer euh forcément l'insomnie dans un cadre comme ça. Euh, l'exemple tout récent, ben d'hier ou d'avant-hier, c'est quelqu'un qui euh, alors attendez, qui se couche euh, alors il est très perturbé quand même au niveau psychologique, mais qui se couche vers minuit, minuit et demi, voire une heure du matin et puis qui se réveille à cinq heures euh, cinq heures et demi, 6 heures et puis euh, et puis c'est tout. Il n'y a pas de sieste durant la journée, et donc euh il est fatigué, alors on sait pas bien. On peut pas le mettre en dette de sommeil, parce qu'il se couche déjà très tard. Euh mauvais de sommeil, coucher, lever sont quand même toujours à peu près à la même heure. Euh et il est fatigué effectivement et on voit pas de point d'attaque au niveau de son insomnie hein. Il n'a pas de dépression avérée ? Alors euh, il y a quand même un problème actuellement, c'est pas franc, mais un problème de conflit au travail, il a un arrêt de travail depuis longtemps. Euh, oui il y a quand même quelque chose de psychologique derrière. Euh un problème d'alcool, voilà. Dépression franche non, mais c'est quand même, pas terrible. C'est vrai que quand ça rentre pas dans la case ça peut-être aussi une insomnie psychophysiologique quand il y a pas vraiment d'explications et que c'est un peu chronique, c'est vrai que ça, cela ressort peut-être moins dans le questionnaire. Hum, ouais. C'est difficile plus de savoir cibler les diagnostics quand c'est pas très évident et qui coche oui ou non sur toutes les questions. Exactement, voilà. Comment avez-vous utilisé l'outil, on l'a dit toute à l'heure donc sur une journée, en salle d'attente, sur du dépistage ? Exactement.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Il reflète bien les grandes catégories d'insomnie, euh qu'on retrouve. Moi, j'avais fait 2 séminaires avec notamment M. B., euh on retrouvait les grandes catégories dans les fiches euh vous les connaissez, vertes là. Non, c'est utile, c'est bien, c'est bien fait. Je trouve que c'est pas mal et les couleurs c'est sympa [sourire].

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et si oui, comment ?

Euh, ben oui, il est dans ma petite pochette insomnie, ou j'ai plein d'articles. Donc il est en premier, c'est le plus rapide et c'est vite fait. Donc oui, oui je vais l'utiliser, je vais continuer. Bon, il y a des choses qu'on sait par cœur à force hein, bon l'hygiène du sommeil, dépression, c'est 2 exemples. Après, le travail posté, ben effectivement là on n'a pas de solution quasiment. Voilà, hum. **D'accord.** 

### Cela va-t-il changer votre pratique?

Non, ça synthétise un peu. Ça permet de gagner du temps et puis d'expliquer aux gens où ils sont et que c'est pas un vague trouble ou on dit et ben j'ai une insomnie, donnez-moi un somnifère. Ça permet de faire prendre conscience, je pense là encore notamment à la mauvaise hygiène de sommeil.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Alors euh [regarde l'outil], ce que vous avait pas trop ressorti, [sonnerie de téléphone] excusez-moi [répond au téléphone, interruption de l'enregistrement environ 2 minutes]. Oui,

ça revient souvent, et là c'était pas dans votre, votre euh catégorie, c'est les PERSONNES ÂGÉES. Oui, c'est vrai qu'on les avait euh... Ah oui, parce qu'il y avait une limite d'âge. Oui, c'était 75 ans, c'était pour du dépistage, donc c'est pour ça qu'on les avait volontairement éliminés et puis pour la compréhension du questionnaire aussi, c'était plus simple de limiter. Ah oui, mais autrement je veux dire, l'insomnie liée à l'âge. C'est-àdire qu'on voit, et ça c'est pas rare des personnes âgées qui se plaignent d'insomnie, d'abord c'est l'insomnie ressentie, alors eux c'est encore plus nette que chez les adultes plus jeunes, c'est ressenti. Puisqu'en maison de retraite « je ne dors rien », on va interroger les infirmières et les veilleurs de nuit avec le tableau de transmission, il a non seulement dormi, mais ronflé et gêné les voisins. Donc ça y est on a compris. Donc il y a ça pour les personnes âgées et puis il y a le fait qu'elles ont besoin de 6 heures. Alors si elles se couchent tôt, je veux dire par là 21h30, et puisqu'elles dorment une demi-heure l'après-midi, puisqu'en général elles dorment, évidemment qu'à 4 heures du matin leur nuit est terminée. Et puis là, leur dire que c'est normal, leur nuit est terminée à 4 heures, c'est vrai que ça fait bizarre mais effectivement elles ont eu leur quota, voire à 3 heures. D'accord. Donc c'est peut-être une catégorie, finalement l'insomnie PHYSIOLOGIQUE, liée à l'âge, hein, euh voilà.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Alors ISI, je connais pas. C'est celle-là [je lui montre]. C'est une échelle pour détecter s'il y a une insomnie, ça catégorise si c'est une insomnie d'endormissement, de maintien du sommeil ou de réveils précoces et sa sévérité. Donc ça vient surtout confirmer s'il y a bien une insomnie. Exactement. Ça c'est l'échelle de Beck sur la dépression, là l'Epworth, l'échelle de Pittsburgh sur la qualité du sommeil. D'accord. Bon alors, ISI, je connaissais pas. Bon Epworth oui, moi je m'en sers euh, notamment quand on a ses suspicions de SAOS. Alors moi je pose 4 questions surtout [rires]. Euh, premièrement « est-ce que vous ronflez ? ». Ça va avec également avec la morphologie, le cou court, type un peu obèse du haut et caetera. Deuxièmement, « est-ce que votre conjoint a remarqué des pauses ? », ça, ça devrait être en premier ensuite « est-ce que vous piquez de nez facilement la journée ? » et là, c'est là que j'ai le questionnaire d'Epworth. Et s'il y a ses 4 trucs positifs, il est vraiment excessivement suspect de SAOS quoi. C'est vrai qu'on était parti [dans notre outil] avec l'IMC, le ronflement, les apnées, et la somnolence, on avait synthétisé. C'était où ? Dans la partie bleue. Ah oui, eh ben voilà, ils y sont presque tous.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Non, moi je pense qu'elle est bien. Non elle est bien, hein, parce qu'elle est déjà très complète. Souvent, les médecins, vous verrez, en médecine générale sont pressés et caetera, et puis, ils posent 3, 4 questions C'EST TOUT. Alors, déjà ça, c'est beaucoup. Après plus on complique et puis moins c'est fait. **Oui.** 

### Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ? Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Euh, alors c'est intéressant euh notamment, je le fais un peu moins ces temps-ci, mais quand on a quelqu'un qui vient pour ça qui vous en a déjà parlé et puis qui a l'air vraiment perturbé

par son problème de sommeil, c'est intéressant de faire l'agenda. Euh, parce que ça fait déjà un premier tri entre les gens qui en parlent comme ça, « je dors rien » et puis qui ne donne pas suite. Ceux qui ne remplissent pas l'agenda, ils ne sont pas motivés et on met en doute la réalité du problème de sommeil. Ceux qui le remplissent, qui viennent un mois plus tard, euh ou 3 semaines avec le truc complètement rempli, ceux-là il faut s'en occuper, hein c'est vraiment qu'ils sont demandeurs. Et moi, ça peut aller, si je ne comprends pas ce qui se passe, à la consultation de sommeil quoi. C'est ces gens-là, que j'ai envoyé [aux spécialistes du sommeil du CHU]. Donc, l'agenda du sommeil, ça permet un peu de botter en touche, on en reparlera quand vous aurez fait l'agenda, et puis c'est vrai que ça saute aux yeux, notamment la réelle quantité de sommeil, quand c'est que 4 heures ou 5 heures, les dimanches avec les levers à 11h00, donc on repère tout ça c'est pas mal.

Ensuite, un autre commentaire, au niveau de la prise en charge et des médicaments. Purement les médicaments, évidemment on vise toujours des demi-vies courtes, en privilégiant le zolpidem qui a l'inconvénient quelque fois de s'arrêter d'agir de façon brutale à 2-3 heures du matin et de créer un réveil assez subi. Mais ce n'est pas la solution, on est tous d'accord. Hélas, c'est épouvantable le nombre de renouvellements, c'est EFFROYABLE. Et là, un premier commentaire au niveau de la CPAM, je pense que la CPAM devrait euh à la fois au niveau des patients et des médecins faire des avertissements. Euh ben euh, aux patients de dire que c'est trop que ça va pas, que les remboursements, alors les remboursements et tout ça, c'est un autre problème. Et puis aux médecins de dire que là-aussi ça va pas. Euh, on a besoin d'être stimulé hein, tous autant qu'on est. Et une façon des fois de s'en sortir, je voyais ça dans la revue « Prescrire », c'est la prescription de Donormyl. Ils mettaient Donormyl et Noctamide hein les 2 et moi je le fais de temps en temps. C'est en général, bien toléré, pas très puissant, mais on n'est pas dans une benzo [pour Donormyl]. Voilà, par contre, j'ai quelqu'un qui en a pris un et qui était complètement ensuqué pendant je ne sais pas combien de temps. Mais c'est quand même un peu exceptionnel, en général, c'est bien toléré et c'est en vente libre et c'est pas toxique quoi, on donne ça aux femmes enceintes. Voilà ce que j'avais à dire sur les médicaments, car ils sont demandeurs de médicaments.

#### **MÉDECIN 37**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude et rempli les fiche de suivi ? Pour les 10 patients oui, puis j'ai pas rempli les fiches de suivi. Parce que le délai était un peu court ? Hum.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, pour chaque euh non. **D'accord. Et c'était pas clair des fois ?** Ouais, souvent y avait plusieurs causes quoi. **C'est difficile de faire la part des choses ?** Surtout ceux qui ont répondu en fait [sourire].

#### Ouelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Et ben, euh les difficultés, ben c'est juste en fait euh, qu'il faut reconvoquer les patients en fait. **Oui.** Parce que souvent, ils ne viennent pas pour ça. Et euh, c'était une période en plus, c'était au mois d'octobre ou il y a eu beaucoup de travail. Donc, c'est vrai que ça permet de découvrir des choses sur des personnes sans qu'ils le déclarent, qu'ils le manifestent spontanément quoi en consultation. Mais c'est vrai qu'on a l'impression que par ce mode, ils

affirment, ou en tout cas ils déclarent des choses qu'ils n'auraient peut-être pas déclarées. Après des difficultés, c'est juste euh, oui c'était surtout l'intégrer à une consultation prévue pour un autre motif en fait. D'accord. En fait vous le donniez en salle d'attente et ils vous le donnaient en consultation et vous leur dites de revenir pour une consultation dédiée on va dire ? Voilà. D'accord.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Et ben, euh [temps de réflexion], c'est pas mal. Oui, non, non [sourire], c'est bien pour euh, c'est bien pour faire la part des choses quoi. Sur un trouble du sommeil, c'est vrai, ça permet de, d'orienter un peu la prise en charge, hein. C'est pas mal. Après c'est juste euh le temps en fait qu'il faut se réserver pour ça quoi.

### Allez-vous continuer à l'utiliser et si oui, comment ?

Et ben, je sais pas. Et ben oui quoi, j'aimerais bien continuer à l'utiliser et puis euh après, c'est comment l'utiliser, c'est ça euh... Le mettre en salle d'attente c'est toujours compliqué. [sonnerie du téléphone retentit, il répond, interruption de l'enregistrement environ 2 minutes].

### Cela va-t-il changer votre pratique?

Euh [hésitation] oui, faut juste prendre le temps.

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

[Soupir]. Par rapport à la longueur, si c'était facile à remplir pour les patients ? Il y en a qui ont pas tout compris. Mais bon après, on arrive à comprendre le raisonnement quoi. Mais j'ai pas d'idées particulières pour changer l'outil en lui-même.

## Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Et ben, c'est bien, il faut juste les utiliser quoi.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Euh, non. Enfin, non j'ai pas d'idées là-dessus.

# **Étes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Hum [positif].

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Ben non, non, non.

#### **MÉDECIN 38**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion? Ben, oui je crois qu'il y en avait 10.

## Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui [sourire].

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Euh, ben chaque patient inclus non, parce qu'après il y en a, ou il n'y avait pas de trouble du sommeil. J'ai pas trouvé de diagnostic, parce qu'il y en a pas, enfin, ça confirme qu'il n'y a pas de trouble du sommeil. Euh, puis après les autres, ça vient plus confirmer ce qu'on pensait, plutôt qu'une découverte. Mais peut-être que j'ai mal choisi les patients auxquels j'ai donné le questionnaire. **Ok.** Je me suis rendu compte après que le titre de votre thèse était plutôt « repérage précoce », et en fait c'était peut-être à donner aux personnes neutres qui ne signalent pas des troubles du sommeil, plutôt qu'à celles qui les signalent, peut-être oui. **D'accord.** 

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Bon après il est assez simple hein. J'ai pas eu trop de difficultés. Non, il est assez simple. Vous l'avez fait sur plusieurs journées ? Oui, moi j'ai étalé sur plusieurs journées. Pour les conditions, c'est le patient qu'il le remplissait en salle d'attente ? Non, c'était moi qui leur donnais en consultation, parce que ma salle d'attente est commune avec le dentiste et j'avais peur de pas pouvoir récupérer les questionnaires s'ils allaient chez le dentiste. Alors, je les donnais au début ou des fois, sans qu'ils viennent forcément pour eux, quand je m'occupais de l'enfant. L'accompagnant ? L'accompagnant, oui. Donc c'était du ciblage plus ou moins ? Oui, c'est vrai que c'était un petit peu..., c'est vrai. Enfin, voilà des fois c'est en fonction du temps aussi que j'avais [rires]. D'accord.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, alors après euh, je pense que c'est, enfin que ça peut être utile vraiment plutôt dans le repérage précoce que quand ils signalent un problème de sommeil. Parce que, en fait on pose un peu ces questions-là indirectement sans avoir la même chronologie mais, on retrouve un petit peu les questions qu'on pose habituellement dans les troubles du sommeil. Alors, c'est vrai que je l'ai pas trop utilisé moi dans les, dans les troubles du sommeil quand les gens s'en plaignaient parce que eux-mêmes savent un peu signaler quelle est la cause du trouble du sommeil. Mais je pense que ce serait plutôt intéressant de le donner un petit peu à n'importe qui, pour justement voir s'il y a des troubles du sommeil, pour les diagnostiquer quoi. Il faudrait qu'ils se servent en salle d'attente? Oui, voilà ce serait plus dans ce sens-là qu'il faudrait l'utiliser, que quand ils signalent un trouble du sommeil, oui. D'accord.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser ?

Ben, il faudrait, il faudrait [rires]. C'est pas toujours très pratique, mais oui il faudrait.

#### Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil ?

Euh, ben après oui ce serait plus à rechercher, poser plus facilement la question et puis peutêtre donner le questionnaire justement quand, quand on a un doute.

#### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Ben moi, enfin c'est peut-être juste l'agenda du sommeil ou j'ai peut-être eu pas mal de fautes dans les questionnaires, parce que je me suis rendu compte après que les gens remplissaient pas, pas forcément l'agenda du sommeil. Il doit y avoir des trous [sourire]. Je m'en suis rendu compte après, j'ai pas vérifié, à cette partie-là, je pense qu'il doit y avoir des manques. **Et** 

après au niveau des questions? Au niveau des questions non. Euh, peut-être plus la précision des questions, notamment la consommation de toxiques des fois, c'est un petit peu trop ouvert et pas assez centré. Peut-être des questions plus courtes? Oui plus courtes et plus... Parce que bon café, la plupart ils en boivent, du coup ça ressort tout le temps. Enfin, c'est des choses qui euh... Peut-être un manque de précisions là-dessus ouais voilà. Autrement non, c'était bon. D'accord.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

[Je lui montre certaines échelles : l'ISI, l'Epworth, Beck, PQSI].

Oui, l'Epworth, c'est le plus utilisé, oui. J'ai jamais trop utilisé [les autres échelles], j'ai plutôt utilisé Epworth pour l'apnée du sommeil mais autrement les autres pas trop. Après on arrive un petit peu avec des questions habituelles, on arrive à peu près à savoir assez facilement au final où se trouve le problème, mais on n'a pas toujours la réponse [petit soupir] pour traiter. **Peut-être des échelles plus courtes ?** Oui, bon après celle-là, elle est plutôt correcte. Enfin, voilà elle est pas très longue à remplir.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Après moi, je pense que voilà dans le diagnostic précoce des troubles du sommeil, je pense qu'elle est bien. Mais après c'est vrai quand les gens signalent un trouble du sommeil, enfin on se sert pas forcément de cette échelle à mes yeux. On arrive à orienter un petit peu avec nos questions, mais bon c'est à peu près les mêmes au final, c'est à peu près les mêmes questions. C'est pour un petit rappel ? Voilà [rires].

**Étes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui, oui c'est pratique.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Ben non. Après moi j'ai dit à peu près les choses que j'aurai modifiées dans le questionnaire, mais après... Voilà un tout petit peu un manque de précision mais voilà c'est pas... après on aiguille nous avec notre interrogatoire. Pareil pour les prises médicamenteuses, c'est sûr, c'est une question large mais après vous pouvez pas tout préciser, mais c'est à nous de compléter avec l'interrogatoire après.

#### **MÉDECIN 39**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion? Il me semble qu'il y en avait 10 oui.

Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ? On vient de le faire.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Oh beh, c'est vrai que ça donne des éléments de réflexion, hein. Et puis le fait qu'ils peuvent le remplir avant c'est vrai que c'est pas mal, parce que pendant une consultation, on prend pas

forcément le temps de poser, enfin de chercher toutes ses questions-là, parce qu'ils viennent souvent pour autre chose. On balaye 2-3 causes mais euh. On sait que le fait d'avoir un questionnaire standardisé qu'ils peuvent remplir avant ou même qu'on puisse faire pendant la consult', c'est peut-être plus rapide que se remémorer toutes les questions et ouais je trouve que c'est intéressant ouais. Après est-ce qu'il y a vraiment besoin des 25 POINTS, je sais pas. C'est peut-être beaucoup quand même quoi. Mais bon sinon oui pourquoi pas, ça peut être intéressant.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Ben, c'est peut-être un peu long quoi. Comment avez-vous utilisé l'outil en salle d'attente ? Ouais, en fait, les secrétaires les donnaient quand les gens arrivaient, ils les remplissaient en salle d'attente avant la consult' et puis je les regardais après. Vous les regardiez sur le moment ou plus tard ? Ouais, non je les regardais avec eux. Euh, du coup, c'était en dépistage, il n'y a pas eu de ciblage ? Non, on a vraiment pris les gens dans une matinée, on les a pris à la suite. Il n'y a pas eu de difficultés avec les patients, ils ont bien accepté ? Ah oui, c'est cool.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, oui je pense que ça peut aider, ça peut aider à avoir une orientation diagnostique euh et puis voilà le fait que ce soit vraiment standardisé, enfin avec des questions assez précises. Enfin, on gagne du temps quoi. Enfin c'est sûr. **D'accord.** 

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et si oui comment ?

Ouais, ben après ce serait plus ciblé quoi, enfin sur certaines impressions quoi, pas les filer à tout le monde, ouais.

#### Cela va-t-il changer votre pratique?

Ben, sur la pratique oui, probablement oui. Quand les gens viennent en consultation déjà, ils ont plusieurs choses, donc souvent on pose la question « votre sommeil machin », enfin on prend peut-être pas forcément le temps, donc euh c'est vrai que si les gens, ils nous disent oui euh, le coup d'après on leur donne le questionnaire, ça va peut-être changer ça quoi. On va peut-être se pencher un peu plus, approfondir la question alors que d'habitude c'est peut-être un peu survolé, quoi. **D'accord.** 

#### Apporteriez-vous justement des modifications pour améliorer l'outil ?

Moi, non [rires]. Moi je pense que ce serait déjà enfin... Parce que même les gens au bout d'un moment, ils cochent pas un peu de façon..., tu vois les dernières, elles sont pas remplies par exemple, enfin je pense qu'à la fin c'est un peu long. **Et euh, par rapport à l'agenda du sommeil?** Ouais, ça a été plutôt pas mal fait je trouve, enfin pour ceux qui l'ont fait, c'était plutôt pas mal hein.

## Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Ben pff. [je lui montre quelques échelles]. Ouais ben voilà, c'est vrai qu'en pratique, ça fait beaucoup, beaucoup de choses, c'est peut-être pas forcément adapté à la personne. Il faut essayer de trouver quelque chose d'assez simple, pas trop de questions et puis vraiment utilisable au quotidien. Enfin un truc qui fait 10 pages, il faut le remplir sur une demi-heure.

## Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Oh ben non, je pense que c'est une bonne méthode, hein.

### Êtes-vous satisfait de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

Ouais, plutôt ouais. Je trouve ça vraiment intéressant ouais. C'est un outil qui pourrait être utilisé vraiment en pratique euh s'il était un peu plus court [sourire]. **Condensé ?** Ouais voilà.

Avez-vous d'autres commentaires ? Non.

### **MÉDECIN 40**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion ? Oui.

## Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Absolument pas. **Mais on l'a fait secondairement.** Ah oui, on l'a fait secondairement tout à fait. [Sourire].

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

[Silence] Alors, il est utile, mais je ne l'ai pas utilisé en tant que tel. Alors, euh, comment l'avez-vous utilisé? Alors pour l'instant je l'ai scanné dans les dossiers de chaque patient pour pouvoir l'utiliser si jamais on était amené à reparler de ces troubles du sommeil, parce qu'en fait ils n'étaient pas venus pour des troubles du sommeil, donc le questionnaire était distribué un peu au hasard. Donc voilà, c'est gardé dans les dossiers si jamais on a besoin de ré-aborder le sujet. Donc il n'est pas utilisé pour l'instant. Donc vous l'avez utilisé plutôt avec le patient en consultation? Non, distribué en fin de consultation, questionnaire à faire à la maison et qu'ils me redéposaient dans la boîte aux lettres. D'accord, donc c'était plutôt du ciblage de patients? Alors il y a peut-être eu un ciblage intentionnel, euh, mais j'essayais de distribuer, peut-être un peu plus au hasard à la fin, parce que je voyais le temps qui passait qu'il fallait que je distribue mes 10 questionnaires. Peut-être qu'au départ j'ai un peu plus ciblé effectivement sur les, les patients qui m'interpellaient au niveau du sommeil et de la dépression et voilà, un petit peu ces critères-là.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Ben, la difficulté c'est le temps au niveau de la consultation. Donc c'est pour ça que je les ai distribués pour les faire à domicile et, euh... voilà. Après l'interprétation, j'ai pas pris le temps en fait. Mais avec les couleurs et ce que vous m'aviez donné, c'est plutôt claire. Mais après voilà, c'est un manque de temps en fait pour moi. Hum.

#### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Euh, hum, j'ai pas assez de recul pour dire complètement mais, ça me paraît bien utile, euh pour voilà dans le dépistage c'est vrai que les troubles du sommeil, c'est quelque chose de complexe. On a beaucoup de choses à aborder. Donc déjà je donne toujours un, un agenda du sommeil à faire et là effectivement ça peut nous orienter plus rapidement et de façon plus

carrée dans chaque diagnostic, déjà pour ne rien oublier, penser à tout et puis nous aider à peaufiner aussi euh, un petit peu tout ça.

#### Comment allez-vous continuer à l'utiliser, si vous continuez à l'utiliser ?

Et ben, ça serait bien que je fasse de la même façon en ajoutant simplement l'agenda du sommeil à faire à la maison et puis à revoir les patients pour une consultation juste pour discuter de ça et de voir un petit peu les résultats et aborder le sujet un peu plus en profondeur. **D'accord, donc ça aiderait pour une consultation dédiée ?** Oui, ouais, ah oui je pense.

### Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil ?

Je pense que ça va affiner effectivement plus les consultations dédiées au sommeil, en plus de, de l'agenda quoi. Tout à fait. **Ok.** 

### Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil?

Euh hum, un truc qui pourrait être super bien [rires], ce serait un questionnaire en ligne où on remplit avec le patient en direct le questionnaire et en cliquant sur le total, ça nous donne tout de suite le résultat [sourire]. Ça c'est sûr que ça ferait gagner du temps, il y aurait le côté aussi un peu peut-être plus avec les couleurs pour euh, montrer au patient. Ça pourrait être euh, ça pourrait être quelque chose d'intéressant.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

Euh, je les utilise euh, certainement pas assez. Epworth, c'est bien pour le syndrome d'apnées du sommeil hein, voilà. Celle-ci je l'utilise quoi que euh pff, c'est assez simple du coup, on a souvent en tête quand même les questions sans utiliser vraiment l'échelle à lire. C'est pas mal. Moi, je les utilise beaucoup pour tout ce qui est tabac. Pour que les gens se rendent compte, où est-ce qu'ils en sont au niveau de la dépendance, au niveau euh, de leur capacité à arrêter et caetera... Pour les mettre bien en confrontation avec le problème. Voilà, pour le trouble du sommeil, ben j'en avais pas mais pourquoi pas. Ça peut, je pense peut-être aussi aider euh certaines personnes qui se focalisent un peu trop sur leur trouble du sommeil, qui sont des fois demandeurs de somnifères, ou de choses comme ça. Peut-être leur montrer qu'il peut y avoir une autre prise en charge et un autre motif de consultation, ouais. D'accord, pour **dédramatiser un petit peu ?** Oui aussi. Oui ou dire ben là euh, il y en a beaucoup je trouve qui sont dans la facilité quand ils viennent « trouble du sommeil », ils en parlent en fin de consultation, ils voudraient qu'on leur prescrive euh un somnif..., quelque chose de miraculeux pour stopper. Et euh ben non, parce que déjà bon voilà il y a des risques de dépendance et caetera. Et puis voilà il peut y avoir d'autres diagnostics que l'insomnie aiguë. Donc euh, donc euh, voilà je pense que ça peut les aider à prendre conscience de ça. D'accord. Des fois il faut aller faire peut-être un dépistage d'un syndrome d'apnées du sommeil ou d'autres choses, ouais.

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ? On l'a un peu évoqué.

Ben site internet, je trouve que ce serait pas mal, hum. Qu'est-ce que vous appelez interrogatoire à l'ancienne ? Ah ben, c'est un peu l'interrogatoire classique, ceux qui préfèrent l'interrogatoire à ceux qui auraient d'autres méthodes euh... D'accord.

**Étes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?** Oui.

#### Avez-vous d'autres commentaires ?

Beh non, pas particulièrement.

#### **MÉDECIN 41**

Avez-vous inclus au moins 10 patients pour l'étude hors critères d'exclusion? Euh oui, je dois en avoir sûr neuf, après je crois que j'ai le dixième aussi mais voilà.

# Avez-vous rempli la fiche de suivi pour tous les patients souffrant de troubles du sommeil selon l'outil ?

Oui, ça je l'ai rempli avec ceux qui avaient un problème.

## L'outil de repérage précoce vous a-t-il aidé à trouver un diagnostic pour chaque patient inclus ?

Alors euh [temps de réflexion], oui. Après pour moi oui, mais par contre les patients, ils ont eu du mal à remplir. Il y a des questions, ou il a fallu que je reprenne avec eux. Parce qu'on leur avait donné en salle d'attente hein, puis ils revenaient. Et en particulier, bon l'agenda du sommeil, pourtant je pensais que c'était assez simple parce qu'on l'utilise en temps normal. Et ben, il a fallu que je le reprenne au moins sur presque la moitié de mes patients. Et puis, il y avait une question sur les gestes répétés, tous les tocs et tout ça, alors ils voyaient pas trop la finalité, donc du coup, il y en avait qui m'avait répondu ça donc j'étais étonnée et puis je me suis dit bon, j'ai réinterrogé et non c'était pas ça. Je sais plus combien il y avait de questions, mais c'était les 2 trucs ou vraiment c'était, ou chaque fois j'ai dû refaire [regarde le questionnaire]. Euh, [silence]. Ça répond un peu à la prochaine question.

#### Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'utilisation de cet outil ?

Donc voilà, la compréhension de certains patients pour certaines questions. Voilà [cherche la question sur les tocs]. Ah oui, « ranger, compter » et ben du coup, les gens étaient perdus sur celle-là. Plutôt parler de gestes un peu répétitifs exécutés de façon anxieuse ou obligatoire. Oui. Je pense que c'était plutôt « pensées involontaires » qui les ont perturbées, c'est trop abstrait peut-être, même s'il y a l'exemple après. Euh, il y a une dame « oui mais moi je compte souvent, puisque c'est mon métier. Non mais d'accord mais... » [rires]. Plutôt mettre gestes répétitifs avec éventuellement tocs entre parenthèses. Ou obliger de contrôler alors que vous venez de le faire. Plus détailler. Oui. Il y avait d'autres questions ? Non je pense pas. D'accord, donc c'était l'agenda et des questions à reformuler de façon plus claires. Oui, l'agenda, pourtant c'est le même que celui qu'on utilise, nous. Ou alors, il aurait fallu l'expliquer avant, en donnant la feuille, l'expliquer et puis là, ça allait. Mais tout seul, quoi même avec l'exemple pff, c'était même pas la peine. Justement comment avezvous utilisé l'outil sur une journée ou plusieurs? Euh, j'ai dû faire ça sur 2 ou 3 journées, enfin oui j'ai dû faire 2 journées, puis il me manquait 2. C'est pour ça que j'ai dit que j'ai dû faire les 2 autres comme ça. Et c'était en salle d'attente qu'ils le remplissaient? Oui en salle d'attente. C'est la secrétaire qui le donnait en arrivant. D'accord et donc en dépistage. Hum.

### Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne?

Ben après, l'avantage c'est que c'est systématique. Voilà, après du coup, nous euh, c'est bien si c'est la première fois que je vois une personne, qu'elle n'est pas dans mes patients quoi. Euh, ça c'est intéressant. Après si c'est des gens qu'on connaît, alors après des fois y a eu un, juste une fois où j'ai dû rectifier ou je pensais pas que c'était comme ça, parce que voilà j'avais pas posé, en effet, toutes les questions. Mais autrement globalement euh, oui la perception, je l'avais correcte quoi.

#### Allez-vous continuer à l'utiliser et si oui comment ?

Ben après, je pense que je pourrais l'utiliser mais pas, dans, dans la consultation parce que je trouve que ça prend du temps par contre. Parce que les gens, ils mettent énormément de temps à répondre, enfin parce que, il faut qu'ils s'y reprennent 3 fois pour répondre à une question. Donc, euh par contre, en effet, euh je pourrais l'adjoindre, parce que souvent les gens quand ils viennent pour des troubles du sommeil, je leur donne souvent l'agenda du sommeil à faire sur une semaine, dix jours, donc là je pense que je le réutiliserais en association quoi. **Oui.** Parce que l'agenda du sommeil, c'est juste l'agenda et puis il n'y a pas tellement de questions par rapport aux causes ou voilà de repérage autre, hein. Donc euh là oui. **D'accord.** 

### Cela va-t-il changer votre pratique sur les troubles du sommeil ?

Euh pff, ben en dehors de ça, je pense pas parce que j'adresse assez facilement au centre du sommeil, quand euh ça traîne ouais ou quand il y a un doute. Et puis après, si je vois qu'il y a des zones plutôt psy et tout, j'envoie aussi chez le psychiatre donc euh. Je pense que ça va modifier de façon euh [sourire]... Mais par contre, c'est intéressant pour les patients, parce que du coup, ils se rendent compte que le sommeil, c'est pas que le sommeil quoi, voilà.

Apporteriez-vous des modifications pour améliorer l'outil ? On en a déjà parlé tout à l'heure, mais sinon est-ce que vous voyez d'autres choses, sur la longueur euh... NON, oh non, parce que je trouve que ça cible à peu près tout donc euh, je pense que c'est pas trop mal. Euh, c'est juste oui en effet pour la compréhension, je pense que, on aurait dû rajouter une colonne sur [pause], oui sur la compréhension de l'outil par la personne, pour vous enfin voilà. Puis après, nous on les a autocorrigés avec les patients puisqu'on les revoit après donc euh voilà. C'est en interaction avec le patient. C'est pour ça qu'on a mis les fiches de suivi, c'est ça qui nous permettait un petit peu de... Voir. Oui, de voir si ça correspondait.

# Que pensez-vous des échelles de dépistage concernant les différents troubles du sommeil et les échelles de dépistage en général ?

[Silence], [je lui montre quelques échelles : ISI pour l'insomnie, Beck pour la dépression, Epworth pour le SAOS, PQSI pour l'insomnie]. Moi, c'est vrai que globalement, j'aime bien les échelles parce que ça permet de quantifier puis de suivre. Après dans la pratique, on se rend compte qu'on ne les utilise pas tant que ça, parce que ça prend énormément de temps, et puis dès que vous faîtes une échelle, vous dépassez le quart d'heure de consultation [rires]. Si vous l'avez pas prévu, après il faudrait reconvoquer les gens pour faire ça spécifiquement. Et puis, c'est pas toujours bien vécu, voilà par le patient de faire ça en plusieurs étapes quoi. Mais, mais je pense qu'en effet, c'est des outils intéressants parce que du coup, ça permet de quantifier et puis de suivre et de pas être sur un peu une sensation, voilà. **D'accord.** 

# Pensez-vous qu'une autre méthode pour dépister les troubles du sommeil serait plus judicieuse ?

Non, non c'est bien.

## Êtes-vous satisfaite de l'outil de repérage précoce des troubles du sommeil ?

[Silence] Ben oui. Non, oui, je pense que, non c'est bien.

### Avez-vous d'autres commentaires ?

[Silence] Euh, non je vois pas trop. Non je pense que c'est vrai, c'est la longueur et puis euh la simplicité quelque fois des questions sur 2 points en particulier mais après euh je sais pas si c'est les mêmes choses qui ressortent ? **Oui à peu près.** 

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

<u>RÉSUMÉ</u>: Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale : Expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil

Introduction: Les troubles du sommeil sont un véritable enjeu de santé publique, mais leur repérage est complexe en médecine générale. Ils sont fréquents mais sous-diagnostiqués alors qu'ils entraînent des conséquences graves pour la santé, la qualité de vie, et des coûts pour la société. L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur l'utilisation d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil élaboré à partir de la littérature pour savoir s'il pouvait être utile pour dépister des troubles du sommeil en médecine générale. L'objectif secondaire était d'observer comment les médecins généralistes utilisaient l'outil afin de l'améliorer.

**Méthodes**: Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes aquitains et franccomtois de juillet à décembre 2015. Les médecins devaient tester 6 mois auparavant l'outil en incluant sur une journée les 10 premiers patients volontaires, entre 18 et 75 ans.

**Résultats**: 41 médecins généralistes ont été inclus, 35 ont été interrogés au final. 33 médecins avaient réellement testé l'outil 6 mois auparavant. Trente nouveaux diagnostics ont été dépistés en majorité des syndromes d'apnées obstructives du sommeil grâce à l'outil sur les 257 patients volontaires et inclus dans l'étude. Les médecins généralistes avaient un avis positif sur l'outil pour la majorité. Ils trouvaient l'outil aidant et utile en pratique quotidienne à condition de dédier la consultation au problème du sommeil. Les différentes critiques émises ont permis d'améliorer l'outil que nous avons partiellement modifié.

Conclusion : Des efforts sont encore à faire pour encourager le repérage précoce auprès des médecins généralistes et limiter l'impact individuel et sociétal négatif des troubles du sommeil. Une étude d'évaluation permettrait de diffuser plus largement un tel outil.

<u>Mots-clés</u> : Médecine générale, troubles du sommeil, outil, repérage précoce, dépistage, adultes.

<u>ABSTRACT</u>: Relevance of a tool for adults sleep disorders early spotting in the field of general medicine: Experimentation of the tool by 41 general practitioners in Aquitaine and Franche-Comté and collection of their opinion on the tool.

**Background:** Sleep disorders are an important issue for public health, but their spotting is a complex task in the field of general medicine. They are common but under-treated even though they lead to both severe consequences for health and life quality and important costs for society. The main goal of this study was to collect the opinion of general practitioners on the use of a tool for adults sleep disorders early spotting elaborated thanks to the literature in order to know whether it could be useful to screen sleep disorders in general medicine. The secondary goal was to observe the way general practitioners used the tool to improve it.

**Methods:** A qualitative study based on semi-guided interviews has been lead among general practitioners in Aquitaine and Franche-Comté from July 2015 to December 2015. The practitioners had to test the tool 6 months prior to the interview during a single day with the 10 first voluntary patients, between 18 and 75 years old.

**Results:** 41 practitioners have been included amongst which 35 have been interviewed. 33 of them had actually tested the tool 6 month before the interview. Thanks to the tool used with 257 volunteers, all of them being included in the study, 30 new diagnosis have been spotted which are mainly obstructive sleep apneas syndromes. The majority of the practitioners had a positive opinion on the tool. They found it helpful and useful for day-to-day practice provided that the consultation was dedicated to the sleep disorder. The different critics that have been made have allowed us to improve the tool by slightly modifying it.

**Conclusion:** Efforts still have to be made in order to encourage sleep disorders early spotting by general practitioners and to limit both their individual and societal impacts. An evaluation study would allow us to circulate such a tool more widely.

**Key Words**: General medicine, sleep disorders, tool, early spotting, screening, adults.

DISCIPLINE : Médecine Générale

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Département de Médecine Générale - Université de Bordeaux Ségalen

Case 148, 146 rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX CEDEX

scolarite.medecine-generale@u-bordeaux.fr