



HAL
open science

Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Ile de France

Alix Billet O'Mahony

► To cite this version:

Alix Billet O'Mahony. Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Ile de France. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01664154

HAL Id: dumas-01664154

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664154>

Submitted on 14 Dec 2017

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

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 282

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques
de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins
généralistes en Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2016

Par

Alix BILLET O'MAHONY

Née le 2 juin 1988 à Montpellier (34)

Dirigée par Mme Le Docteur Hélène Le Petitcorps

Jury :

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud Président

M. Le Professeur Emmanuel Fournier

Mme Le Docteur Kiyoka Kinugawa

M. Le Docteur Jean-Louis Boujenah



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au Professeur RIGAUD, pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

Aux membres du jury, Professeur FOURNIER, Docteur KINUGAWA et Docteur BOUJENAH, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

Au Docteur LE PETITCORPS, de m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à ce travail.

A tous les médecins et personnels paramédicaux qui, au travers des stages et des enseignements, ont contribué à ma formation de médecin.

A ma famille pour leur présence et leur soutien.

A Bertrand.

A Clarisse, Arsène et Zita.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
TABLE D'ABREVIATIONS	5
1 INTRODUCTION	6
1.1 LE SOMMEIL, LES TROUBLES DU SOMMEIL, L'INSOMNIE	6
1.1.1 Définitions	6
1.1.2 Epidémiologie	8
1.2 PRISE EN CHARGE DES INSOMNIES	9
1.2.1 Le rôle du médecin généraliste (MG) selon les recommandations de l' HAS – SFTG de 2006	9
1.2.2 Arsenal diagnostique	9
1.2.3 Les règles hygiéno-diététiques	10
1.2.4 Thérapeutiques médicamenteuses	10
1.2.5 Thérapie cognitivo-comportementale , hypnose et relaxation	13
2 MATERIELS ET METHODES	13
2.1 TYPE D'ETUDE	13
2.2 POPULATION ETUDIEE	14
2.3 GUIDE D'ENTRETIENS ET CONDUITE DE L'ENTRETIEN	14
2.4 RECUEIL DES DONNEES	15
2.5 RETRANSCRIPTION	15
2.6 ANALYSE DES DONNEES	15
2.7 ETHIQUE	15
3 RESULTATS	15
3.1 ANALYSE DE LA POPULATION ETUDIEE	15
3.2 SCHEMA DE SYNTHESE DES RESULTATS	16
3.3 DEFINITION DE L'INSOMNIE	17
3.4 FREQUENCE ET TYPE DE POPULATION ATTEINT D'INSOMNIE	18
3.5 DEPISTAGE DE L'INSOMNIE - DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	18
3.6 OUTILS D'AIDE AU DIAGNOSTIC	20
3.6.1 Connaissance et utilisation de l'agenda du sommeil	20
3.6.2 Recours aux examens complémentaires	21
3.6.3 Consultation du spécialiste	21
3.6.4 Centres du sommeil	22
3.6.5 Recours aux applications et smartphone par le médecin	22
3.7 UTILISATION DES RECOMMANDATIONS PAR LE MEDECIN GENERALISTE	22
3.7.1 Connaissance des recommandations HAS-SFTG de 2006	22
3.7.2 Connaissances estimées sur la prise en charge des insomnies	22
3.8 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	23
3.8.1 Les attentes du patient	23
3.8.2 En fonction du médecin	24
3.8.3 Traitements non-médicamenteux	25
3.8.4 Traitements médicamenteux	27
3.9 SEVRAGE EN BENZODIAZEPINES	32
3.10 MALADIE ALZHEIMER ET BENZODIAZEPINES	34
3.10.1 Connaissance d'un lien entre maladie d'Alzheimer et benzodiazépines	34
3.10.2 Influence sur la pratique	35
3.11 EVOLUTION DE LA PRATIQUE	36
3.11.1 Nombre de consultation et demande du patient	36

3.11.2	<i>Evolution avec l'expérience et connaissances médicales</i>	36
3.11.3	<i>Peu de changements depuis leur installation</i>	37
3.11.4	<i>Formations médicales</i>	37
3.11.5	<i>Changement des molécules thérapeutiques</i>	38
4	DISCUSSION	38
4.1	METHODE	38
4.1.1	<i>Choix de la méthode</i>	38
4.1.2	<i>Forces et limites de l'étude</i>	39
4.2	RESULTATS COMPARES A LA LITTERATURE	40
4.2.1	<i>Définition</i>	40
4.2.2	<i>Fréquence</i>	40
4.2.3	<i>Dépistage</i>	40
4.2.4	<i>Outils d'aide au diagnostic</i>	41
4.2.5	<i>Prise en charge thérapeutique</i>	42
4.2.6	<i>Maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine</i>	46
4.2.7	<i>Evolution de la pratique</i>	46
5	CONCLUSION	46
	ANNEXE 1 : ECHELLE D'EPWORTH	48
	ANNEXE 2 : PLAN DETAILLE DE L'EVALUATION ET L'ENQUETE ETIOLOGIQUE DE L'INSOMNIE SELON L'HAS-SFTG	49
	ANNEXE 3 : AGENDA DU SOMMEIL	51
	ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	52
	ANNEXE 5 : CORPUS	53
	BIBLIOGRAPHIE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Table d'abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECG : Electrocardiogramme

MG : Médecin Généraliste

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD : International Classification of Sleep Disorders

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SAHOS : Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du généraliste

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

1 Introduction

1.1 Le sommeil, les troubles du sommeil, l'insomnie.

1.1.1 Définitions

Le sommeil est constitué de plusieurs stades qui se succèdent au cours d'une nuit. Il se structure en cycles : 4 à 6 par nuit, d'une durée allant de 60 à 90 minutes chacun. Le stade 1 correspond à la phase d'endormissement : transition entre l'éveil et le sommeil. Le stade 2 correspond au sommeil lent léger qui occupe la moitié de la durée totale de sommeil. Le stades 3 correspond au sommeil lent profond plus important en première partie de nuit. Le stade 4 correspond au sommeil paradoxal durant lequel nous rêvons et qui augmente en fin de nuit¹. Dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 20 Novembre 2012², une enquête en population générale comptant plus de 27 653 adultes entre 15 et 85 ans, révèle que le temps de sommeil moyen des adultes est de 7h13.

Les troubles du sommeil sont classés par l'ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders) puis l'ICSD-3³ dans 7 grandes catégories : insomnies, troubles respiratoires liés au sommeil (syndrome d'apnée hypnognée obstructive du sommeil (SAHOS), syndrome d'apnée centrale, hypoventilation, hypoxémie...), hypersomnolence d'origine centrale (narcolepsie,...), parasomnie, mouvement lié au sommeil et troubles du rythme circadien. Nous nous concentrons dans cette étude uniquement sur les insomnies.

L'insomnie n'a pas de définition consensuelle au sein des sociétés savantes.

L'ICSD3 propose comme critères de définition de l'insomnie :

- A. une ou plusieurs des plaintes suivantes rapportées par le patient (ou les proches) : difficulté à s'endormir ; difficulté à rester endormi ; réveil trop précoce ; sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité,
- B. survenue de ces difficultés en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir,
- C. au moins un des symptômes suivants relatifs au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient (ou l'entourage): fatigue, baisse d'attention, de concentration ou de mémoire, dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire, instabilité d'humeur, irritabilité, somnolence diurne, troubles du comportement (agressivité, hyperactivité, impulsivité), baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative, tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile, préoccupations et soucis à propos du sommeil.

Pour définir l'insomnie chronique, il faut rajouter les critères suivants :

- D. les symptômes ne sont pas explicables par un autre trouble du sommeil (SAHOS, etc.),
- E. les troubles du sommeil et les symptômes diurnes surviennent au moins 3 fois par semaine,

F. ...et au moins pendant 3 mois.

Le groupe formé par la Haute Autorité de Santé et de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (HAS-SFTG)⁴ en 2006 propose une définition plus générale. L'insomnie serait le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée au mêmes retentissements diurnes à l'état de veille que les critères de l'ICSD-3. Dans le cadre de l'insomnie chronique, ces troubles surviennent au moins trois fois par semaine, et ce pendant 3 mois, sans être explicables par un autre trouble du sommeil. L'observation du retentissement doit porter sur l'ensemble du cycle sommeil-éveil, conçu comme un tout.

Il existe d'autres classifications comme la CIM (Classification Internationale des Maladies) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que nous n'aborderons pas.

Le diagnostic spécifique de l'insomnie est complexe. En effet, l'insomnie peut être classée en fonction de sa durée, de sa sévérité, de sa quantité ou de sa qualité et de la présence ou non de comorbidités. Cette complexité est illustrée par les diverses définitions des insomnies d'une classification à l'autre, les différences s'avérant difficiles à harmoniser.

1.1.1.1 Le classement des insomnies chroniques selon l'ICSD-3¹

L'intérêt de la révision de 2014 par l'ICSD-3 de l'ICSD-2 est d'effacer la distinction entre insomnie primaire et insomnie secondaire de 2005 pour privilégier le terme « chronique ». Il existe des distinctions physiopathologiques importantes mais leur répercussion sont les mêmes sur le patient. La classification distingue plusieurs entités.

L'insomnie liée à une hygiène du sommeil inadéquate, c'est à dire un mauvais planning de sommeil : heure de coucher et lever variable, temps excessif passé au lit, siestes... Elle peut être liée à un abus d'alcool, nicotine, caféine, théine, à des activités mentales, physiques, ou émotionnelles trop proches de l'heure du coucher. On retrouve aussi une utilisation du lit à d'autres fins que le sommeil : télévision, lecture, repas... Souvent l'environnement de la chambre à coucher est peu propice au sommeil. Elle est présente depuis au moins 1 mois.

L'insomnie psychophysiologique qui débute typiquement durant une période de stress. On identifie un facteur s'opposant à l'endormissement ou induisant un état d'hyperéveil, indépendamment d'une pathologie dépressive : angoisse de performance pour le sommeil, incapacité à s'endormir à une heure planifiée mais sans aucune difficulté au cours de situations monotones. L'environnement du lit est associé à une frustration de ne pas dormir, des craintes et des efforts d'endormissement plutôt que de relaxation. La qualité du sommeil est améliorée en dehors de la maison. L'insomnie est perçue comme la source de stress, les circonstances sont minimisées.

L'insomnie paradoxale retrouve un vrai décalage entre la perception subjective de l'insomnie relatée par le patient et l'examen du sommeil. Le patient dort plus d'heures qu'il ne le perçoit. L'agenda du sommeil met en évidence une insomnie sévère avec des nuits sans sommeil et paradoxalement une absence de sieste. Le patient rapporte un éveil le plus fréquemment induit par des stimuli environnementaux, des pensées intrusives... On peut noter un retentissement diurne plus modéré que ne le voudrait l'importance de la privation de sommeil.

L'insomnie idiopathique débute dans l'enfance, sans facteur causal identifié, sans franche période de rémission. Elle correspond à une inaptitude chronique et sévère à initier et maintenir le sommeil. La latence d'endormissement est longue et on note une altération sévère de l'architecture du sommeil. Les conséquences diurnes sont généralement une fatigue, un manque d'entrain, une irritabilité plutôt qu'une dépression ou anxiété, avec tristesse de l'humeur.

L'insomnie due à une maladie mentale déjà diagnostiquée ou en voie de l'être: états dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.

L'insomnie liée à un médicament ou un psychostimulant: cortisone, dopamine, composant amphétaminique, parfois un hypnotique, alcool, caféine, nicotine, cannabis, cocaïne, etc.

L'insomnie liée à une pathologie organique: douleurs chroniques, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathies, troubles respiratoires, reflux gastro-œsophagien, neurodégénératives, etc.

1.1.1.2 Insomnie aiguë selon l'ICSD-3²

L'insomnie d'ajustement est occasionnelle, transitoire ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liée à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes ou pouvant se chroniciser. Elle diffère des anomalies du rythme circadien qui correspondent aux troubles du sommeil dans les contextes de décalage horaire ou de travail de nuit¹.

1.1.1.3 Somnolence et fatigue

La somnolence est un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. On décrit une tendance irrésistible à l'assoupissement si la personne n'est pas stimulée⁵. En pratique, c'est ce que l'on ressent lorsqu'on a véritablement besoin de dormir.

La somnolence diurne est connue pour être associée à différentes circonstances dont l'insuffisance de temps de sommeil (sans altération de sa qualité comme dans l'insomnie)⁶. Elle est définie au moyen de l'échelle de somnolence d'Epworth [Annexe 1]. Elle repose sur une auto-appréciation de la probabilité de s'endormir dans différentes situations de la vie quotidienne. Un score d'Epworth supérieur à 10 indique une somnolence diurne excessive.

En pratique, les principales causes de la somnolence diurne sont la privation volontaire de sommeil, la consommation de médicaments psychotropes (somnifères ou non) et le ronflement pathologique.

La fatigue se définit comme une sensation d'affaiblissement physique ou moral qui survient à la suite d'un effort soutenu. Seul le repos permet de répondre efficacement à ce besoin en restaurant un bon niveau de forme et de performance.

1.1.2 Epidémiologie

Les troubles du sommeil, au premier rang desquels on retrouve l'insomnie, constituent un important problème de santé publique tant par leur fréquence que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques³.

Dans le cadre d'une enquête en population générale -baromètre santé 2010, 27 653 individus de 15 à 85 ans ont été interrogés sur leur rapport au sommeil : 15,8% des 15-85 ans présentent une insomnie chronique (19,3% des femmes et 11. 9% des hommes). La part d'insomnie chronique est stable avec l'âge parmi les femmes tandis qu'elle augmente chez les hommes pour diminuer après 65ans. Elle est liée à des situations de précarité ou à certains évènements de vie difficiles⁷.

En 2006, le coût direct moyen (consultation, hospitalisation et traitements liés à l'insomnie) d'un patient insomniaque est de 183 euros par an soit 1,6 milliards d'euros pour l'ensemble de la population. On peut ajouter à cela le coût indirect des arrêts de travail qui représente 1472 euros par employé et par an⁸. La consommation médicale n'a pas diminué en dix ans puisqu'une étude française de Léger datant de 1995⁹ a estimée le coût de l'insomnie était de 10,5 milliard de francs, sur une population totale de 4,16 millions d'insomniaques sévères et 4,62 millions d'insomniaques légers.

En 2012, le chiffre d'affaires de consommation des benzodiazépines était de 170 millions d'euros, soit 0,6% du montant total des ventes de médicaments réalisées en France.

1.2 Prise en charge des insomnies

1.2.1 *Le rôle du médecin généraliste (MG) selon les recommandations de l' HAS – SFTG de 2006*

Pour les recommandations de l'HAS-SFTG⁴ sur la prise en charge des insomnies, le MG doit :

- participer à une démarche diagnostique active,
- orienter le patient vers un spécialiste si besoin,
- mettre en place un projet thérapeutique et un suivi.

Nous développerons plus tard un autre rôle du MG qui concerne le sevrage des benzodiazépines.

Il s'agira donc pour le MG d'identifier la nature de la plainte et de préciser les facteurs d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil (activités de fin de journée, rituels, sieste, etc.) et les facteurs d'hyperéveil. Il faudra également rechercher l'existence d'évènements déclencheurs, sources possibles de soucis ou de stress. Il ne faudra pas méconnaître les pathologies associés, dont: apnées, mouvements périodiques, jambes sans repos, états douloureux, troubles somatiques ou maladies mentales. Il faudra aussi détecter l'usage de substances perturbant le sommeil (médicaments, stimulants, alcool, drogues).

1.2.2 *Arsenal diagnostique*

Une fois l'insomnie suspectée par l'interrogatoire plusieurs outils sont validés pour étayer l'investigation clinique.

Un plan détaillé est proposé par l'HAS-SFTG⁴ pour évaluer la plainte d'insomnie, l'enquête étiologique et d'orientation de décisions (ANNEXE 2).

L'agenda du sommeil (ANNEXE 3) est un instrument d'autoévaluation. Il est effectué et rempli par le patient sur une ou plusieurs semaines. Il évalue des données subjectives sur la qualité et la quantité de son sommeil sur le nycthémère. Il se présente sous forme graphique avec dans

le sens vertical les différents jours et dans le sens horizontal les heures de la journée et de la nuit. On y indique les heures de mise au lit et de lever, les heures de sommeil (nocturnes ou diurnes). Il apprécie également la qualité de son sommeil (très bien, bien, mauvais, très mauvais), les traitements pris, ainsi que tout évènement pouvant justifier d'une mauvaise qualité de sommeil (douleur, stress, maladie, etc.).

Le recours au spécialiste dépend de l'enquête diagnostique et étiologique : orientation vers une pathologie spécifique type syndrome d'apnées du sommeil ou syndrome de mouvements périodiques des membres, orientation vers une pathologie psychiatrique.

Le choix des indications de techniques d'exploration relève du spécialiste du sommeil consulté. Certaines techniques permettent d'obtenir des données objectives.

La polysomnographie comporte l'enregistrement de 6 signaux de quantification des stades du sommeil (au minimum 3 électroencéphalogrammes, 2 électro-oculogrammes, 1 électromyogramme mentonnier). On ajoutera l'enregistrement d'autres signaux en fonction de la pathologie connue ou suspectée. Dans un rapport HAS de 2012 sur son indication en cas de troubles du sommeil, elle est considérée comme l'examen de référence pour le diagnostic de SAOHS.

La polygraphie ventilatoire comporte au minimum 5 signaux enregistrés, dont le débit aérien naso-buccal, les mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, l'oxymétrie, la fréquence cardiaque ou l'électrocardiogramme (ECG), et la position corporelle.

Ces méthodes sont à considérer en cas d'insomnies rebelles et d'insomnies inexplicables.

1.2.3 Les règles hygiéno-diététiques

Il s'agit de recommandations simples proposées, entre autre, par le National Centre on Sleep Disorders Research¹⁰ : dormir selon les besoins, mais pas plus, éviter les siestes, adopter un rythme régulier d'éveil et de sommeil, limiter le bruit, la lumière et une température excessive, éviter la caféine, l'alcool et la nicotine, pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h, éviter les repas trop copieux le soir.

1.2.4 Thérapeutiques médicamenteuses

1.2.4.1 Benzodiazépines

Vingt molécules sont disponibles sur le marché en France. Onze sont à visée anxiolytique, six à visée hypnotique, deux à visée antiépileptique.

Substance active	Nom commercial	Classe	Demi-vie(h) Courte < 10h Intermédiaire 10-24h Longue >24h
Anxiolytiques			
Alprazolam	Xanax	Anxiolytique	6-18
Bromazepam	Lexomil	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Urbanyl	Anxiolytique	10-31
Clorzébate potassique	Tranxène	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium	Anxiolytique	15-60
Ethyl loflazépate	Victan	Anxiolytique	73-119
Lorazépam	Temesta	Anxiolytique	9-20
Nordazépam	Nordaz	Anxiolytique	
Oxazépam	Seresta	Anxiolytique	4-11
Prazépam	Lysanxia	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques			
Estazolam	Nuctalon	Hypnotique	10-31
Loprazolam	Havlane	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide	Hypnotique	10
Midazolam	Hypnovel	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	Hypnotique	17-48
Témazepam	Normison	Hypnotique	3-13
Apparentés aux benzodiazépines			
Zolpidem	Stilnox	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane	Hypnotique	5
Anticonvulsivant			
Clonazépam	Rivotril	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	Antiépileptique	1-4

Tableau 1 : Benzodiazépines et apparentés commercialisés en France en 2016, d'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)

Les hypnotiques n'ont pas d'indication, ou du moins très limitée, dans les insomnies chroniques au long court.

Consommation en hypnotiques et anxiolytiques

Jusque dans les années 1990, la consommation d'hypnotiques en France et en Europe est en perpétuelle croissance¹¹. Depuis les années 2000, la consommation stagne. Au cours de l'année 2000, la consommation de psychotropes aura concerné près d'un quart de la population active (24,5 %), soit 31% de femmes et 17% d'hommes¹².

Les MG sont les premiers prescripteurs de benzodiazépines. Au cours de la période 2007-2010, les MG représentent près de 90% des prescripteurs de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques¹³. En 2012, la France est le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques en termes de nombre de doses définies journalières pour

1000 habitants par jour. En 2012 toujours, près de 7 millions de Français ont consommé au moins une fois dans l'année une benzodiazépine anxiolytique et 4,2 millions une benzodiazépine hypnotique dont 64,2 % de femmes. L'âge médian des consommateurs de benzodiazépines (hors Tétrazépam) est de 55 ans pour les hommes et 57 ans pour les femmes. En 2012, l'Alprazolam devient la benzodiazépine la plus consommée, devant le Zolpidem et le Bromazépam (ce classement faisant suite aux modifications de prescriptions du Clonazépam¹⁴).

Dans un rapport de l'ANSM de 2013¹³ la durée d'utilisation par an des benzodiazépines anxiolytiques est proche de 5 mois avec près de 59% des sujets exposés plus de 3 mois consécutifs au cours d'une année. De 2007 à 2012, le nombre moyen de délivrance par sujet et par an est d'environ 5,0 pour les benzodiazépines hypnotiques et de 4,6 pour les anxiolytiques.

Le sevrage en benzodiazépines est un point fort des recommandations HAS-SFTG⁴. Le MG doit instaurer le sevrage en benzodiazépines compte tenu des risques et des conséquences de leur utilisation : démence, chute, conduite automobile et l'usage problématique dont nous reparlerons dans la discussion.

L'utilisation des benzodiazépines chez la personne âgée de plus de 75 ans est fréquente. Le risque iatrogène est principalement lié à la polymédication et au mésusage. Les patients âgés sont particulièrement exposés aux effets secondaires : chute, accident de la voie publique. A long terme, se pose la problématique de l'altération cognitive due à l'utilisation des benzodiazépines. Il est recommandé d'analyser avec chaque patient les avantages et les risques associés à la consommation de benzodiazépines et à son interruption. Un arrêt de traitement alors qu'il est administré depuis plusieurs années modifie le mode de vie auquel ils sont habitués. Dans le cadre du sevrage chez le sujet âgé, l'HAS a édité une « fiche mémo » pour guider les MG¹⁵.

1.2.4.2 Antihistaminiques de type H1 non phénothiaziniques

Les antihistaminiques H1 ont une activité sédatrice. Les principales molécules sont l'alimémazine (Théralène®), la diphenhydramine (Nautamine®), la doxylamine (Donormyl®), l'hydroxyzine (Atarax®). Elles ont une efficacité modérée à court terme sur l'insomnie légère. Elles ont des effets résiduels diurnes à type de vertiges et des troubles psychomoteurs. Leur demi-vie est de 8H. Leurs effets anticholinergiques sont susceptibles de se cumuler avec d'autres psychotropes. Il existe une accoutumance rapide.

1.2.4.3 Phytothérapie

De nombreuses plantes sont disponibles en médecine du sommeil en privilégiant celles connues pour leurs activités hypnotiques (Valériane, Escholtzia) et anxiolytiques (Passiflore, Mélisse). Leur efficacité cependant n'a jamais été démontrée. Un simple effet placebo n'est ni à écarter ni à mépriser, comme le soumet l'HAS-SFTG.

Sur les 19 plantes publiées sur une liste de l'Afssaps en 1998 et mentionnées avec l'indication thérapeutique : «traditionnellement utilisées dans le traitement symptomatique des états neurotoniques des adultes et des enfants, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil », pour la majorité d'entre elles aucune donnée n'est disponible concernant leur efficacité et des soupçons pèsent sur leur innocuité (notamment la ballote, présente dans l'Euphytose®, et l'anémone pulsatile). La valériane a été davantage étudiée, mais trop peu d'études solides ont

été menées pour en tirer des conclusions probantes^{16 17}. Les effets bienfaisants des plantes n'apparaîtraient généralement qu'après plusieurs jours.

1.2.5 *Thérapie cognitivo-comportementale, hypnose et relaxation*

Les référentiels nationaux et internationaux s'accordent sur la place des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la prise en charge des insomnies chroniques^{18 19}.

Leur utilisation dans la prise en charge des insomnies a montré son efficacité dans plusieurs études²⁰. Il a été démontré une amélioration au moins modérée du délai d'endormissement, du maintien du sommeil, des performances diurnes et de la qualité de vie. Elles n'entraînent pas de changement notable du temps total de sommeil sur l'insomnie chronique ni d'aide à la diminution de la consommation de psychotropes, en particulier chez les personnes âgées. Sous réserve de confirmation, elles permettent un meilleur ratio coûts/bénéfices que la pharmacothérapie sur le long terme. Elles nécessitent un entraînement progressif. L'efficacité des TCC est comparable à celle des hypnotiques. Elles ont une durée d'action plus longue²¹ puisqu'elles se maintiennent jusqu'à 6 à 12 mois après leur interruption²².

Elles reposent sur plusieurs axes.

Le contrôle du stimulus rétablit le lien lit/sommeil²³, en réservant le lit uniquement au sommeil et aux activités sexuelles. Elle est démontrée comme la plus efficace, devant la restriction de sommeil.

La restriction du sommeil⁴⁹ diminue le temps passé au lit pour l'aligner sur le nombre d'heures estimées de sommeil effectif. Le but est d'augmenter la pression du sommeil et de faciliter l'endormissement²⁴.

Les techniques de relaxation et l'hypnose peuvent être efficaces sur l'anxiété de ne pas dormir ou de manquer de sommeil. Quelques fois, pour les insomnies dites d'ajustement des techniques d'hypnose ou de relaxation peuvent réduire les symptômes. Elles visent à réduire l'hypervigilance qui peut résulter de conditionnements physiques, cognitifs ou émotionnels.

La thérapie cognitive proprement dite identifie et corrige les cognitions erronées sur l'imaginaire du sommeil, de la fatigue, de l'insomnie. S'y ajoute l'effet thérapeute.

L'objectif de cette étude est de recenser les pratiques quotidiennes concernant la prise en charge des insomnies et les déterminants de prescriptions.

2 Matériels et Méthodes

2.1 *Type d'étude*

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. La méthode qualitative permet d'étudier des phénomènes complexes. Elle met en évidence des données subjectives²⁵.

C'est une méthode inductive permettant de partir de l'observation des pratiques et de l'écoute de la réalité vécue par les MG pour élaborer une analyse théorique. Elle est adaptée en soins

primaires puisqu'elle offre un cadre adapté aux questions que se posent les chercheurs en médecine générale²⁶. Elle cherche à recenser et non quantifier.

La technique utilisée est celle de l'entretien individuel semi-dirigé²⁷ qui permet la production de données verbales. L'entretien semi-dirigé pose des questions ouvertes ou propose simplement des thèmes à aborder. L'entretien fait appel au point de vue des MG et leur donne la place de s'exprimer librement, d'évoquer librement leur pratique. Il recueille le plus directement possible les opinions sur la prise en charge des insomnies sans imposer l'étroitesse des questions fermées. Il permet une approche flexible des pratiques.

2.2 Population étudiée

Les médecins spécialistes en médecine générale installés en Ile de France ont été inclus entre le 16 Mars 2016 et le 20 Mai 2016.

Un échantillonnage en recherche de variation maximale a été défini, indépendamment de la fréquence statistique: sexe, âge, durée d'installation, durée d'exercice, année de thèse, formation continue, autre pratique médicale. C'est à dire que nous avons cherché à obtenir la diversité interne de l'échantillon la plus vaste possible.

Il s'agit d'un échantillonnage par homogénéisation²⁸. Il a été réalisé par tirage au sort dans les pages jaunes puis par effet boule de neige. Les MG ont été contactés par téléphone afin de prendre un rendez-vous pour réaliser une interview. Ils ont été retenus sur la base du volontariat.

2.3 Guide d'entretiens et conduite de l'entretien

Le guide d'entretien était de type semi-dirigé et comportait vingt et une questions correspondant à notre axe de recherche (ANNEXE 4). Il débutait par le cadre de la discussion, par six questions d'informations personnelles permettant de caractériser l'interviewé. Différents thèmes ont été abordés : la définition de l'insomnie pour le médecin et ses connaissances sur le sujet, la démarche suivie aboutissant au diagnostic d'insomnie, la prise en charge thérapeutique de celle-ci, le sevrage des benzodiazépines, le lien entre consommation de benzodiazépines et maladie d'Alzheimer et l'évolution de la pratique depuis l'installation.

Après avoir été testé, le guide d'entretien a évolué en fonction des premières réponses recueillies, en particulier la question « *Avez-vous des notions à rajouter sur le sujet que nous n'aurions pas évoqué ?* » a été ajoutée. Si les MG disaient ne pas connaître les recommandations de l'HAS-SFTG de 2006, la dernière question « *Dans votre pratique, est ce que les recommandations HAS-SFTG vous sont utiles ?* » ne leur était pas posée.

2.4 Recueil des données

Les interviews ont été réalisées par un entretien téléphonique ou directement dans le cabinet du MG. Les entretiens ont été majoritairement téléphoniques, deux en face à face dans le cabinet du médecin. La durée des entretiens allait de 5'24 à 24'26. Les propos de l'investigateur et des interviewés ont été recueillis en direct à l'aide d'un dictaphone présent sur le smartphone Samsung Galaxy SII, puis retranscrits par écrit sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

2.5 Retranscription

Les retranscriptions des interviews (ANNEXE 5) ont été réalisées grâce au logiciel VLC® par l'investigateur. Chaque interview a été examinée directement après l'enregistrement. L'ensemble des données a été sauvegardé. L'anonymat a été respecté. Les interviews ont été retranscrites mot à mot afin de constituer le Verbatim. Un numéro a été attribué à chaque MG, de M1 à M13.

2.6 Analyse des données.

C'est la théorie ancrée « grounded theory » qui a été utilisée^{29 30}.

Il s'agit d'une théorie basée sur la réalité construite à partir des propos des personnes étudiées en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données. Elle permet une comparaison permanente des données établies pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens. Elle permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par les entretiens. Il s'agit de la méthodologie dominante des études qualitatives.

2.7 Ethique

Une information orale a été donnée aux MG volontaires concernant la finalité de l'étude, l'identité de l'investigatrice et le caractère non obligatoire de la participation ainsi que des réponses. Le consentement oral de chaque MG interrogé a été recueilli.

3 Résultats

3.1 Analyse de la population étudiée

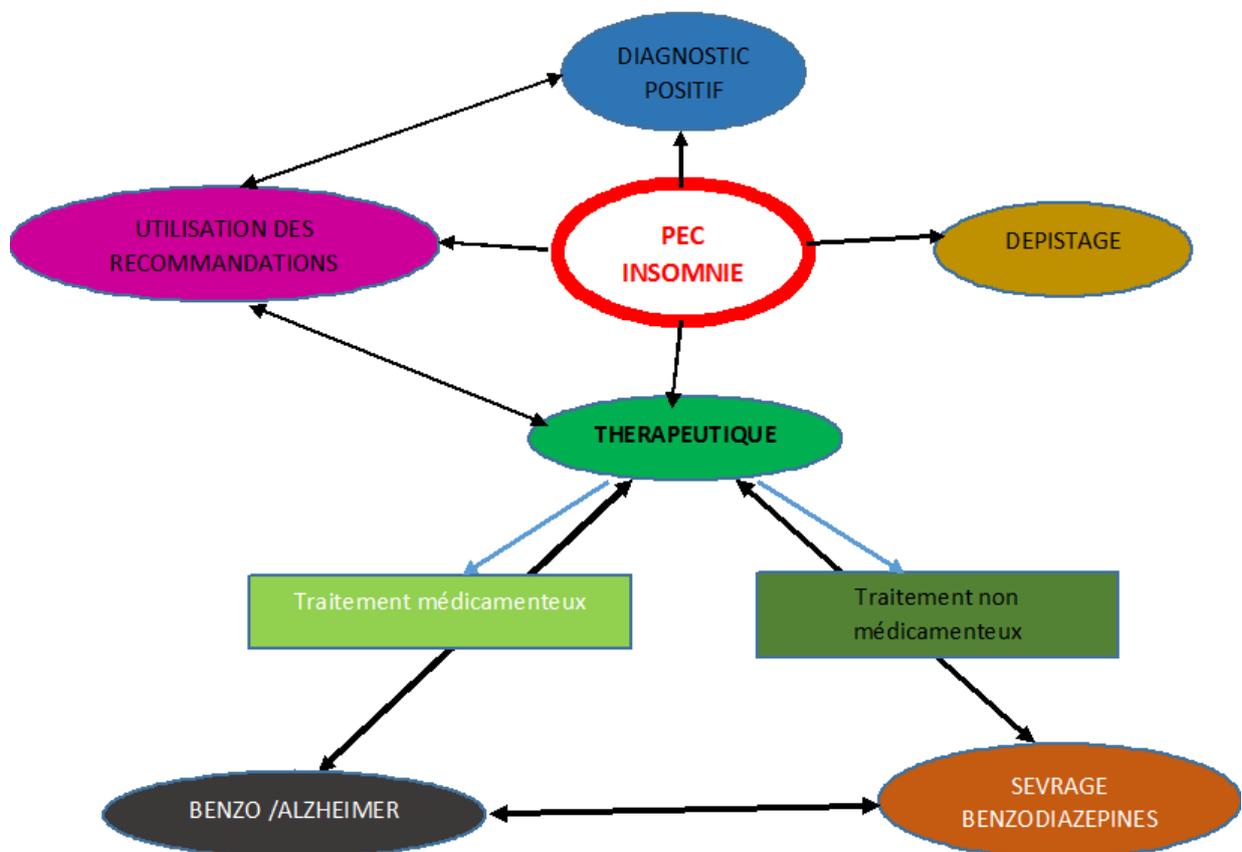
De mars à mai 2016, 157 MG ont été contactés. Treize MG ont répondu au questionnaire.

Numéro	Sexe	Age (ans)	Lieu d'exercice	Durée d'installation (ans)	Formations sur les insomnies
M1	F	30-40	L'Hay les Roses	5	Non
M2	F	41-55	Paris	25	Non
M3	M	>55	Paris	34	Oui
M4	M	>55	Paris	35	Non
M5	M	>55	Paris	40	Non
M6	M	41-55	Paris	25	Non
M7	F	41-55	Paris	23	Non
M8	M	>55	Paris	34	Non
M9	F	41-55	Paris	10	Oui
M10	F	30-40	Paris	5	Non
M11	M	>55	Bagneux	45	Non
M12	M	>55	Paris	45	Non
M13	M	>55	Paris	30	Non

Tableau 2 : Tableau de présentation des médecins interrogés

Dans notre population, deux MG femmes ont entre 30 et 40 ans. Quatre MG ont entre 41 et 55 ans, et sept ont plus de 55 ans, hommes et femmes confondus.

3.2 Schéma de synthèse des résultats



3.3 Définition de l'insomnie

La définition de l'insomnie est pour une majorité des interviewés un trouble du sommeil avec des difficultés d'endormissement, à se rendormir, ou des réveils fréquents.

M1 : « c'est un trouble du sommeil qui concerne l'endormissement, soit l'insomnie du réveil soit du milieu de nuit »

M2 : « c'est une incapacité à s'endormir, soit au contraire, en deuxième partie de nuit, de ne pas parvenir à se rendormir »

M12: « c'est une difficulté de l'endormissement ou des réveils précoces et fréquents pendant le sommeil, avec des difficultés à se ré-endormir »

M10: « c'est des troubles du sommeil, qui pourraient être soit des troubles liés à l'endormissement, soit des réveils au cours de la nuit »

M3 : « c'est un manque de sommeil exprimé par le patient »

M4 : « c'est une personne qui n'arrive pas à dormir »

M7 : « ce sont des troubles de l'endormissement ou des réveils nocturnes fréquents »

M6, M13 : « c'est un trouble du sommeil »

M11 : « une difficulté à dormir »

M5 : « l'insomnie c'est quelqu'un qui met 3 heures à s'endormir ou alors qui dort 3 heures qui se réveille et qui ne se rendort plus »

La différence de concept d'insomnie est importante entre les patients et les médecins :

M5: « en fait y'a des patients pour qui une insomnie c'est ne pas dormir 7 heures d'affilé »

M12 : « quand on leur dit que par exemple on dort 5h pour une personne de plus de 60 ans que ça suffit. Mais j'ai des gens très exigeants qui veulent à tout prix dormir de 10h du soir à 8h du matin sans se réveiller à 80ans »

M10 : « alors j'ai eu, enfin, j'ai remarqué quand même qu'il y avait une augmentation des consultations pour trouble du sommeil suite aux objets connectés, que les gens du coup analysent leur sommeil, et sont inquiets de voir certains chiffres alors qu'ils n'ont pas de plainte fonctionnelle »

Le retentissement de l'insomnie fait parfois partie des critères diagnostic.

M8 : « puis de savoir si ça les gêne dans leur vie quotidienne, ça dépend s'ils sont fatigués ou pas, pour savoir si ça vaut la peine de mettre en place un traitement ou pas »

M9 : « c'est un retentissement sur la vie qui n'est pas facile je trouve. Les gens se sentent fatigués»

M11 : « les gens viennent se plaindre de fatigue »

M12 : « l'essentiel c'est que l'insomnie ne porte pas préjudice à l'activité du lendemain ».

3.4 Fréquence et type de population atteint d'insomnie

La fréquence de ce trouble au sein de leur patientèle est soulignée par les MG interrogés :

M1 : « a vu de nez je dirais 30% »

M2 : « c'est relativement fréquent, je dirai 25% »

M3, M6, M9 : « fréquent, même très fréquent » ; « c'est très fréquent » ; « je trouve que c'est très fréquent »

M7 : « un quart, un tiers, je dirais 30% »

M10, M12, M13 : « je dirais 10 -15% » « heu, 10% » « très fréquent, je dirais peut-être 10% »

M11 : « c'est beaucoup, hein, on pourrait dire 20% »

M8 : « c'est une plainte assez fréquente»

L'âge permet d'axer le dépistage

M2 : « je dirai 25%, ce sont plutôt des retraités »

M2 : « chez les patients actifs c'est plus difficile à quantifier »

M7 : « chez les patients actifs allez un quart, 20% »

M10 : « chez mes patients actifs, je dirais 10-15%, car je suis beaucoup d'enfants»

M8 : « c'est très fréquent chez les personnes âgées, mais dans la population des gens actifs, je dois dire que ce ne sont pas ceux qui s'en plaignent le plus (...) le sommeil c'est quand même quelque chose qui se dégrade avec les années»

Certains MG décrivent une proportion inférieure de patients se plaignant d'insomnie, mais ils le justifient par leur patientèle ou leur pratique.

M4 :« très peu, car je soigne beaucoup d'enfants et d'adolescents »

M10:« 10-15%, car je suis beaucoup d'enfants »

M5 :«très peu, 5%, mais parce que je fais beaucoup d'acupuncture »

3.5 Dépistage de l'insomnie - Démarche diagnostique

La démarche n'est pas initiée spontanément par le médecin

M6 : « pas systématiquement »

M1 : « pas systématiquement mais régulièrement »

M3 : « ça ne fait pas partie de l'interrogatoire systématique de tous les patients, ça non »

M5 : « je ne cherche pas »

M8 : « je ne leur pose pas systématiquement la question, non »

M9 : « je trouve que je ne fais pas assez de dépistage »

M13 : « ha non, faut pas »

L'état général du patient ou le contexte font rechercher des insomnies par 8 MG

M6 : « c'est l'interrogatoire essentiellement, je cherche des maladies associées en fonction du contexte »

M2 : « si je ressens une faiblesse chez le patient, dans ce cas je vais m'inquiéter de son état général et donc de son sommeil »

M5 : « enfin, quand on a des éléments qui nous amènent vers ça, vous voyez »

M7 : « quand ils sont fatigués, qu'ils ne sont pas en forme »

M8 : « ça dépend clairement du contexte oui, je ne leur pose pas la question tout le temps »

M9 : « quand je sens qu'ils vont mal, qu'ils ont des soucis, je leur demande, si, quand même »-
« c'est même parfois le premier motif »- « c'est-à-dire que quand il y a des maladies associées »

M10 : « ça va être dans le cadre d'un bilan de fatigue »

M13 : « avant même de leur en parler, y'a des gens, je sais qu'ils sont fatigués » - « non, mais il y a quand même des trucs à demander, les insomnies ça peut être tout et n'importe quoi »

Les pathologies respiratoires sont un point d'appel pour 5 MG

M3 : « ou aussi quand on recherche un syndrome d'apnée du sommeil, enfin quand on a des éléments qui nous amènent vers ça »

M8 : « et il y a les apnées du sommeil qui sont apparues dans les dernières décennies »

M10 : « et puis, il y a les histoires d'apnées aussi »

M11 : « pour les apnées »

M13 : « ça peut être lié à des maladies respiratoires, nez bouché, apnée du sommeil et autre »

Une affection psychiatrique fait rechercher une insomnie pour 6 MG

M1 : « s'il s'agit d'une consultation axée par exemple sur un motif de dépression je vais systématiquement demander »

M3 : « sauf s'il présente des signes ou des maladies psychiatriques. Je les recherche aussi chez les schizophrènes, les dépressifs »

M4 : « je vais chercher un état dépressif latent, je cherche systématiquement la dépression »

M6 : « ça dépend s'il se plaint d'anxiété »

M8 : « s'il y a des troubles anxieux ou des choses comme ça, je leur demande »

M10 : « dans le cadre de plainte psychologique, burn out, anxiété, dépression... »

Les problèmes rhumatologiques sont cités une fois

M13 : « l'insomnie ça peut être tout et n'importe quoi, les inconforts liés à la rhumatologie ou autre »

Le patient initie parfois la démarche spontanément...

M1 : « pas systématiquement, mais quand un patient se plaint, oui facilement »

M3 : « systématiquement ? Non ! Il faut que le patient m'en parle globalement »

M4 : « je ne leur pose pas la question parce qu'on se connaît suffisamment pour qu'ils puissent m'en parler »

M9 : « et puis c'est eux qui nous disent, parce que c'est insupportable »-« c'est tellement fort, en général ça vient, c'est même quelque fois le premier motif »

M10 : « soit c'est un motif de consultation, directement une plainte du patient » - « il y a une augmentation des consultations pour trouble du sommeil suite aux objets connectés, que les gens du coup analysent leur sommeil, et sont inquiets de voir certains chiffres alors qu'ils n'ont pas de plainte fonctionnelle »

M11 : « les gens parlent facilement de leur sommeil, ce n'est pas un tabou, hein » - « y'en a qui viennent pour ça » - « je les dépiste en fait quand les gens viennent se plaindre de fatigue ou de quelque chose qui n'est pas bien étiqueté »-« ce n'est pas une plainte principale, c'est secondaire »

M12 : « s'ils m'en parlent »

M13 : « les gens, s'ils veulent vous en parler ils vous en parlent »

...En particulier quand le **retentissement pour le patient** est fort et qu'il l'exprime

M7 : « quand ils sont fatigués, qu'ils ne sont pas en forme »

M2 : « s'il s'agit d'une consultation, axée par exemple sur un motif de dépression, ou même limite burn-out, je vais systématiquement demander comment la personne dort »

M10 : « dans le cadre plutôt de plainte psychologique, burn-out, anxiété, dépressif »

M11 : « l'insomnie, c'est un reflet de notre anxiété en fait (...) parce que l'insomnie, pour moi en tous cas, ce n'est pas une maladie en soi, c'est un symptôme, c'est accompagnateur d'un état psychologique un peu fragile (...), l'insomnie c'est quelque chose de psychologique. En tous cas dans les trois quart du temps ».

La grossesse est une situation qui est peu évoquée

M10 : « les insomnies de la grossesse, c'est très fréquent aussi »

3.6 Outils d'aide au diagnostic

3.6.1 Connaissance et utilisation de l'agenda du sommeil

Peu de MG utilisent l'agenda du sommeil comme outil diagnostique, deux seulement déclarent essayer de l'utiliser.

M1 : « l'agenda du sommeil oui, mais pas systématiquement »

M8: « quelque fois j'essaye, mais c'est difficile. Pour les gens jeunes, souvent je leur demande de faire un petit agenda, mais au lieu de mettre ça sur un joli carnet, ils écrivent ça sur des petits bouts de papiers qu'ils perdent et qu'on ne voit jamais. Donc l'idée est très belle, mais en dehors des obsessionnels, ça ne marche pas »

Les autres MG interrogés déclarent ne pas s'en servir.

M2 : « si c'est comme ça que vous appelez le fait que le patient note ses heures d'endormissements et de réveils, non, je ne l'utilise pas »

M3 : « on m'a montré un jour l'agenda du sommeil, mais je ne m'en sers pas »

M4 : « je ne savais même pas que ça existait »

M7 : « on n'a pas le temps, vous verrez »

M9 : « non, jamais (...) j'ai suivi un séminaire, les agendas du sommeil... mais je ne les ai jamais redonnés, je n'ai jamais eu l'occasion »

M10 : « non, je ne sais pas trop comment on fait »

3.6.2 Recours aux examens complémentaires

Deux MG déclarent avoir recours à des examens complémentaires dans certains contextes.

M6 : « chez quelqu'un qui est dépressif, il me paraît utile de faire un examen du sommeil »

M11 « pour les apnées, je les envoie à des spécialistes pour des enregistrements du sommeil »

Les autres disent ne pas y avoir recours.

M2 : « non, non, on n'a pas le temps, c'est trop compliqué, trop long »

M3, M4 : « non, pas du tout »

M7 : « oulala non ! On n'a pas le temps vous verrez »

M9 : « je fais très peu d'examens complémentaires »

M10 : « non, je ne les connais pas »

M12 : « rien de très technique, rien de préétabli »

3.6.3 Consultation du spécialiste

M11 : « pour les apnées, je les envoie à des spécialistes pour des enregistrements du sommeil, et après je vois avec un pneumo »

M8 : « ça m'arrive de faire vérifier sur le plan cardiaque ou s'il n'a pas des apnées du sommeil par des spécialistes »

Un MG s'intéresse à l'état psychiatrique sans qu'aucun n'énonce le mot psychiatre.

M8 : « il y a aussi tout l'aspect psy, qui nécessite une prise en charge de ce côté-là »

3.6.4 Centres du sommeil

M9 : « après il y a les centres du sommeil. On les envoie quand on est en échec de traitement, ou alors qu'on ne comprend pas vraiment ; quand ça dure ou que c'est vraiment invalidant dans leur vie personnelle ou dans leur vie professionnelle. Dans ce cas là je fais un courrier et je les adresse à un centre du sommeil. Quelque fois ce sont les gens eux même qui disent, « je veux consulter », quand ils sentent que ça les dépasse »

3.6.5 Recours aux applications et smartphone par le médecin

Aucun MG n'utilise ou ne conseille de moyens dits récents pour étayer leur diagnostic ou dans le cadre de la prise en charge. Les réponses sont unanimes.

3.7 Utilisation des recommandations par le médecin généraliste

3.7.1 Connaissance des recommandations HAS-SFTG de 2006

Aucun médecin ne connaît les recommandations. Les réponses sont formelles:

M1, M10 : « non, pas du tout », « pas du tout »

M2, M4, M5, M6 : « non » « non, non »

M7 : « j'en sais rien si je les connais, on va dire non »

M11 : « je ne savais même pas qu'il y avait des recommandations »

M8 : « non, j'en sais rien si je les connais, on ne les reçoit même pas, si on les cherche on les trouve, mais bon »

Trois MG nuancent leur propos. Deux disent les avoir lus mais ne pas connaître le contenu.

M3 : « je sais que ça existe mais je ne m'en rappelle pas »

M13 : « non, mais j'ai dû les lire »

M12 : « j'ai dû peut-être les lire mais je ne m'en souviens plus »

Un troisième MG dit ne pas les avoir lues, mais pense connaître le contenu.

M9 : « je les connais pas forcément, enfin je pense je vais vous dire. Ils nous ont demandé de diminuer les benzo, et de mettre des benzo de courte durée d'action, mais surtout de les mettre sur une courte durée, 2 jours, 4 jours. On nous demande aussi de prévenir les gens que c'est temporaire, ce que je fais. Sur la partie diagnostique, je ne sais pas. Comme je fais très peu d'exams complémentaires, c'est une partie que je ne connais pas ».

3.7.2 Connaissances estimées sur la prise en charge des insomnies

Elle sont parfois **suffisantes** en terme diagnostic...

M2 : « l'insomnie, je sais à peu près la caractériser »

M7, M9 : « je suis plutôt à l'aise avec le sujet », « oui je suis à l'aise »

M10 : « chez la femme enceinte, je ne prescris jamais de somnifère par exemple, ça dépend complètement du patient »

...mais souvent **faibles**, en terme étiologique et thérapeutique :

M1 : « plutôt faibles, elles datent de l'internat »

M3, M6 : « moyennes si on peut dire ça comme ça », « moyennes je dirais »

M10 : « je ne suis pas hyper à l'aise, c'est quelque chose dont on n'a pas beaucoup de formation là-dessus »

M12 : « je pose quelques questions, mais rien de très technique ni de préétabli »

M5 : « nulles ! »

M11 : « je pense que le diagnostic n'est pas très difficile à faire, mais le pourquoi est plus difficile à trouver »

M9 : « quand il y a des pathologies psychiatriques, c'est plus difficile à prendre en charge »

M2 : « les thérapeutiques adaptées à chaque type d'insomnie, c'est plus compliqué »

M13 : « en thérapeutique je ne suis pas vraiment à l'aise »

3.8 Prise en charge thérapeutique

Les MG de notre étude expliquent qu'ils prescrivent un traitement, qu'il soit médicamenteux ou non, selon différents critères. Cela peut-être en fonction des demandes du patient, du terrain (femme enceinte, pathologie psychiatrique, âge), du retentissement de l'insomnie, de sa durée ou de sa caractérisation, des antécédents de prescription ou de ses croyances.

3.8.1 Les attentes du patient

Le désir du patient de traitement pharmacologie ou non pharmacologie est un élément pris en compte

M9 : « y'en a beaucoup qui me disent « je ne veux pas de médicament », alors dans ce cas-là je ne prononce plus aucun nom de molécule »

M10 : « pour les traitements pharmacologiques, ça dépend vraiment du patient en fait, c'est compliqué. Il y en a qui sont totalement contre, y'en a qui ont besoin de quelque chose de plus fort et puis qui n'en veulent plus »

Le contexte psychologique et l'anxiété du patient motivent la prise en charge thérapeutique

M4 : « je prescris un traitement médicamenteux après avoir discuté avec le patient »

M7 : « (...) si c'est en rapport avec un problème psychologique »

M11 : « je prescris un traitement médicamenteux quand je sens que les gens sont à une certaine limite »

M12 : « dans les insomnies liées au stress (...) »

L'âge est un facteur qui rentre en compte dans la décision de traiter, en particulier quand il s'agit d'un traitement médicamenteux

M12 : « c'est vraiment chez les personnes d'âges mûres que les insomnies sont gênantes »

M6 : « pour les jeunes, si je prescris un traitement médicamenteux, c'est pour une courte durée »

M8 : « en fait chez les gens jeunes c'est souvent réactionnel (...)S'il y a un drame dans leur vie, j'essaie de donner des produits plus actifs, plus efficaces que si c'est simplement un mal-être général ou on peut utiliser une phytothérapie ou autre chose de plus léger »

M9 : « y'a beaucoup de jeunes étudiants en médecine qui en prennent aussi, c'est surtout pendant les concours »

M12 : «chez les jeunes, je ne donne jamais d'hypnotiques, ou alors de manière vraiment très ponctuelle »

Le retentissement est cité par 3 médecins comme déterminant de la prise en charge

M1 : « je prescris un traitement médicamenteux quand les insomnies sont handicapantes pour la vie quotidienne »

M8 : « après ça, savoir si c'est un symptôme qui les gêne ou pas, on en parle aussi »

M12 : « l'essentiel c'est que l'insomnie ne porte pas préjudice à la journée du lendemain »

L'évolution et la chronicité de l'insomnie sont également des critères pour les choix thérapeutiques qui vont être proposés

M1 : « je prescris un traitement médicamenteux quand les insomnies sont régulières »

M4 : « tout dépend si c'est occasionnel ou pas »

M7: « je prescris un traitement médicamenteux quand c'est un accident de parcours, isolé, ou alors qu'on a tout essayé et que rien ne marche »

M8 : « on ne va pas commencer par un traitement au long cours pour des insomnies qui sont présentes pour la première fois »

M2 : « je prescris un traitement médicamenteux si l'insomnie me paraît caractérisée avec une certaine durée, qu'elle est installée, je vais répondre tout de suite, mais pas forcément quelque chose de très lourd, plutôt léger»

La grossesse détermine aussi les choix de prescription

M10 : « pour tout ce qui est traitement non pharmacologique, je les prescris à la femme enceinte »

3.8.2 En fonction du médecin

La pratique quotidienne, l'expérience et les rencontres modifient le mode de prise en charge

M2 : « je peux conseiller des traitements non pharmacologiques, mais ce n'est pas forcément moi qui les prescris »

M2 : « j'ai recours plus facilement à l'Atarax® aujourd'hui, d'autant que je me suis rendue compte qu'en psychiatrie ils l'utilisaient *larga manu* »

M3 : « je n'ai pas de condition formelle, ça dépend des situations en fait »

M5 : « je les soigne par l'acupuncture, je ne fais que ça »

M13 : « je ne prescris pas du tout de traitement non pharmacologique »

L'adhésion du MG à sa propre prescription permet aussi de comprendre les modalités de prise en charge

M9 : « pour les traitements non pharmacologiques, il faut rester ouvert. Je leur dis d'aller sur internet ! Y'a des gens qui disent « si le médecin le dit, alors ça me rassure », si ça ne marche pas, je ne suis pas têtue »

M10 : « après, moi, je n'aime pas trop les somnifères »

M11 : « en fait, les traitements non pharmacologiques, je pense que c'est un problème d'effet placebo, et de la manière dont tu les prescris »

La connaissance du patient, de son parcours et de ses antécédents est citée une fois

M7 : « c'est surtout quand on connaît ses patients qu'on fait attention à ce qu'on donne »

3.8.3 Traitements non-médicamenteux

Les différents moyens non médicamenteux cités par les MG interrogés, par ordre de fréquence sont la phytothérapie, la psychothérapie, l'acupuncture, la sophrologie-relaxation et l'homéopathie.

La phytothérapie et son rôle placebo sont volontiers utilisés par 9 MG.

M1 : « phytothérapie, heu, parfois » - « si le patient n'a pas déjà de traitement, je vais plutôt cibler sur Euphytose® »

M2 : « si l'insomnie me paraît caractérisée avec une certaine durée, je vais répondre tout de suite mais pas forcément quelque chose de très lourd, plutôt léger [...] assez classiquement je prescris des oligoéléments, généralement sur un mois »

M3 : « la phytothérapie, oui, ça m'arrive de la conseiller »

M4 : « plutôt un peu de phytothérapie d'abord, à base de plante, de Valériane »

M6 : « oui, en général je commence par la phytothérapie Euphytose®, j'essaie 15 jours »

M7 : « je préfère la phytothérapie, je prescris pas régulièrement de traitement médicamenteux »

M8 : « la phytothérapie éventuellement, pourquoi pas » ; « si c'est simplement un mal-être général on peut utiliser une phytothérapie ou autre chose de plus léger »

M9 : « d'abord, je commence toujours par non médicamenteux, de la phytothérapie parfois »

M10 : « j'essaie d'abord la phytothérapie »

M11 : « oui bien sûr, j'utilise la phytothérapie » ; « j'utilise la phytothérapie, des choses comme ça. Ben c'est parce que je pense, en fait, je pense, que c'est un problème d'effet placebo. Et de la manière dont tu prescribes ces médicaments-là. Je n'y crois pas une seconde sur leur efficacité véritable (rire). »

M12 : « je donne en principe un peu d'Euphytose® ou de Stresam®, dans les insomnies plus ou moins liées au stress »-« au niveau thérapeutique, j'essaie d'autres moyens, des plantes »

Différents moyens de psychothérapie sont cités

M11 : « il y a une prise en charge psychologique importante (par le médecin), parce que pour moi, l'insomnie c'est quelque chose de psychologique, les trois quart du temps »

Thérapie cognitivo-comportementale : M8 : « les thérapies comportementales c'est surtout s'il y a un contexte psychologique associé »-« il y a plus de thérapies comportementales aujourd'hui »

Psychothérapie de soutien : M1 : « psychothérapie c'est surtout quand l'insomnie est associée à autre chose, type angoisse, dépression, burn-out..., ce qui est le plus fréquent en fait »

M2 : « et bien sûr de la psychothérapie, oui »

M7 : « psychologue, ça peut arriver si c'est en rapport avec un problème psychologique »

L'acupuncture est une méthode citée

M5 : « acupuncture, je ne fais que ça, en 4 ou 5 séances qui durent 20 minutes, pour n'importe quel type d'insomnie »

M2 : « éventuellement un peu d'acupuncture, mais encore il faut que j'y pense »

M7 : « l'acupuncture je ne sais pas, en tous cas, si les gens m'en parlent je contre-indique pas''

M9 : « l'acupuncture oui, après je ne sais pas, mais selon le contexte »

Les règles hygiéno-diététiques sont rappelées par 2MG

M8 : « J'essaie de voir comment ils peuvent améliorer leur sommeil, leur environnement, leur activité physique »

M12 : « au niveau thérapeutique, j'essaie d'autres moyens, des règles hygiéno-diététiques »

La relaxation et la sophrologie sont évoquées

M9 : « y'a un livre sur la relaxation qui marche bien »

M2 : « de la sophrologie, voilà, ça m'arrive »

L'homéopathie est une alternative pour 2 médecins

M9 : « [...] sinon, je leur dis, est ce que ça vous va si je vous donne de l'homéopathie, et là ils me disent « oui, oui », alors dans ce cas-là, je fonce ! Si ça ne marche pas, je ne suis pas têtue »

M9 : « d'abord, je commence toujours par non médicamenteux, de l'homéopathie »-« j'ai sevré quelqu'un avec de l'homéopathie y'a deux ans »

Internet est peu cité

M9 : « je leur conseille aussi d'aller sur internet, y'a des sites qui marchent bien. Y'en a qui disent « si le médecin le dit, alors ça me rassure »

L' hypnose n'est pas vraiment utilisée

M1 : « heu, parfois hypnose »

3.8.4 Traitements médicamenteux

3.8.4.1 Prescription des benzodiazépines

- Dénomination

M3 : « si je donne un somnifère, c'est Stilnox® ou Imovane® »

M9 : « je lui ai prescrit un Lexomil® »

M10 : « j'ai quelques personnes âgées qui ont de l'Imovane® depuis 20ans »

M12 : « le Stilnox®, c'est ce que j'utilise »

M4 : « si j'ai besoin, je lui prescris plutôt un anxiolytique »

M13 : « je reste hyper banal, je tourne autour du Stilnox® et de l'Imovane® »

- Modalité de prescription

- **Primo prescription**

Détresse

M1 : « (je prescris un traitement médicamenteux) quand les insomnies sont régulières et handicapantes »

M2 : « (je prescris un traitement médicamenteux) si l'insomnie me paraît caractérisée, avec une certaine durée, qu'elle est installée, je vais répondre tout de suite »-« pour passer une crise aiguë, que le patient a rapidement besoin de se séparer de ses symptômes parce que ça risquerait de s'installer, là oui, mais en quantité limitée »

M4 : « quelque fois, quand on est devant un patient, et avec sa demande, et qu'il y a un grand mal-être, il faut l'aider à passer un cap. Tout dépend du patient »

M7 : « je prescris un traitement médicamenteux quand c'est un accident de parcours isolé »

M11 : « quand je sens que les gens sont à une certaine limite (...) et là, il faut faire quelque chose sinon ils vont exploser»

Pas de condition formelle

M3 : « ça dépend des situations, je n'ai pas de condition formelle »

M6 : « ça dépend du contexte»

M5 : «c'est compliqué parce que ça dépend vraiment du patient en fait »

Banalisation

M8 : « puis de savoir s'ils ont passé une ou deux mauvaises nuits, ils prennent un traitement pour la nuit d'après, pour qu'ils arrivent à se reposer au moins une fois de temps en temps »

Age

M7 : « ça dépend de s'ils sont âgés ou pas, des habitudes qu'ils ont. S'ils sont jeunes, je les prescris pour une courte durée »

M8 : « chez les gens jeunes c'est souvent réactionnel. Et la question c'est réactionnel à quoi ? S'il y a un drame dans leur vie, j'essaie de donner des produits plus actifs, plus efficaces que si c'est simplement un mal être général. Si c'est une première prescription, je ne leur propose pas de prendre un traitement systématique déjà »

M10 : « quand les gens sont à une certaine limite »

M12 : « je donne jamais d'hypnotiques chez les jeunes, ou alors de manière très ponctuelle, vraiment très ponctuelle. C'est surtout chez les personnes d'âge mûr que l'insomnie est gênante, et ce sont ces gens-là qui ne veulent pas manquer de leur petit comprimé le soir »

- **Reconduction** : Cinq MG décrivent plutôt une volonté du patient à demander une prescription médicamenteuse.

M2 : « je les prescris en fait quand ils sont déjà en traitement, pas forcément de mon fait. Mais de ma prescription, de mon fait à moi, c'est vraiment rarement des hypnotiques »

M2 : « quand ce sont des hypnotiques qui font partie de la vie des patients »

M7 : « ils sont demandeurs, ils ne peuvent pas s'en passer »

M11 : « souvent les gens s'y habituent. On diminue la dose, j'essaie de faire arrêter... Mais tu vois, les gens sont mieux (...) tu sais les benzodiazépines, tellement de gens y sont accrochés »

M12 : « malheureusement, les gens me redemandent des renouvellements continus »

- **Echec ou mauvaise tolérance des essais antérieurs**

M1 : « les benzodiazépines, pas en première intention, ça c'est sûr »

M2 : « la benzodiazépine vient vraiment en troisième intention, quand les gens ne supportent pas l'Atarax®, la benzodiazépine vient se substituer à l'Atarax ® »

M2 : « les benzodiazépines, j'évite d'en prescrire, de plus en plus. La benzodiazépine doit être épisodique, c'est vraiment en troisième intention (...) de ma prescription, de mon fait à moi, c'est vraiment rarement des hypnotiques »

M7 : « je prescris un traitement médicamenteux si ce qu'on a essayé ne marche pas, quand il n'y a rien qui marche »

M8 : « donc je commence, déjà, ma première prescription ce n'est pas un traitement »

M9 : « d'abord, je commence toujours par non médicamenteux, de l'homéopathie ou de la phytothérapie parfois. Et y'en a, ça marche pas, alors je leur donne Zolpidem »

M9 : « si ça ne marche pas (l'homéopathie), je ne suis pas têtue (...), mais c'est sûr, je ne commence jamais par une benzodiazépine »

M12 : « (la phytothérapie) ça ne suffit pas toujours, ça m'arrive d'en arriver aux hypnotiques vrais. Dans ce cas-là, je prescris surtout du Stilnox®, c'est ce que j'utilise le plus souvent et le moins possible »

M 12 : « j'essaie (des traitements non pharmacologiques), si ça ne marche pas, je leur donne des hypnotiques »

M13 : « malheureusement, trop souvent parce qu'on n'a pas d'autre réponse »

- **Surveillance des effets secondaires et réévaluation des traitements**

M1 : « pas en première intention, ça c'est sûr »-« de toutes manières, je fais attention de ne plus en prescrire »

M2 : « la tendance est à la prudence aujourd'hui »

M2 : « et bien évidemment je demande au patient de venir me voir pour qu'on fasse le point »

M3 : « si c'est moi qui instaure la prescription, je fais beaucoup plus attention, et j'explique dès le début »

M3 : « si je prescris des benzo, je suis beaucoup, beaucoup plus attentif que depuis mon installation (34ans) »

M3 : « je réévalue en cours de traitement, ça dépend si les patients veulent bien, parfois ouais »

M6 : « quand je me suis installée, on prescrivait des anxiolytique à gogo »

M7 : « je fais beaucoup plus attention avec le temps, je suis beaucoup plus prudente dans mes prescriptions, j'essaie au maximum d'éviter d'en donner »

M7 : « c'est surtout quand on connaît ses patients qu'on fait attention à ce qu'on donne »

M7 : « je les revois en général à 2 ou 4 semaines »

M8 : « et puis après ça, de les revoir régulièrement s'ils en ont besoin »

M9 : « j'ai eu deux formations sur les alternatives aux benzodiazépines, ça m'a dit que les benzo ce n'est pas automatique »

M9 : « je ne refixe pas de rendez-vous, je leur dis de revenir me voir si ça ne va pas, mais je ne veux pas prendre le risque qu'ils m'en redemandent »

M11 : « mais on ne connaissait pas trop les effets secondaires, qu'il fallait connaître. Et puis avec le temps, avec les études, la prévention tout ça, on a changé de pratique quand même »

M12 : « contrairement à ce qu'on préconise, ce ne sont pas des traitements de courte durée »-
« je me méfie des effets secondaires (des benzodiazépines) »

- **Résignation ou combativité**

M1 : « mais vraiment j'essaie d'éviter d'avoir recours à ces types de traitements(...) pas forcément de mon fait »

M4 : « vous savez, de toute manière, j'essaie de ne pas trop en prescrire, mais c'est parfois très difficile (...) ce n'est pas pour ça que je suis un fan des neuroleptiques et des somnifères. Ce n'est en tous cas pas une prescription de facilité»

M9 : « vous savez, les ROSP (rémunérations sur objectif de santé publique), ça m'a aidé moralement et professionnellement quand ils nous ont demandé de baisser nos prescriptions de Lexomil® »

M9 : « vous savez, au fond de moi, le Lexomil®, je pense que ce n'est pas un bon médicament (...) mais je dis aux gens, il faut qu'on me paye ! Et même si on me paye je les prends pas »

M10 : « tu ne peux pas leur refuser, y'a tellement de gens qui y sont accrochés »

M12 : « malheureusement, les gens me redemandent des renouvellements continus»

M13 : « je prescris des benzodiazépines, malheureusement trop souvent »

- Cause de refus de prescription de benzodiazépine

M2 : « de mon fait à moi, c'est vraiment rarement des hypnotiques »

M10 : « chez la femme enceinte, c'est clair, je n'en prescris pas »

M9 : « il y en a beaucoup, c'est drôle, qui me disent « je ne veux pas de médicament » »

M10 : «ça dépend complètement du patient, y'en a qui sont totalement pour, et d'autres qui sont totalement contre. Y'en a qui veulent quelque chose de fort et puis qui n'en veulent plus. Ca dépend des souhaits du patient »

M8 : «on ne va pas commencer par un traitement au long cours pour des insomnies qui sont présentes pour la première fois ; enfin, je ne trouve pas que ce soit une bonne idée »

M9 : « vous savez au fond de moi, le Lexomil®, je pense que ce n'est pas un bon médicament (...) J'ai eu une formation, c'était sur les alternatives aux benzodiazépines. Ca m'a dit que ce n'est pas automatique les benzo. (...) parce que c'est très mauvais ces médicaments »

M10 : « après, moi, je n'aime pas trop les somnifères (...) ben je vous dis, je n'en prescris pas trop des benzodiazépines»

M12 : « je ne donne jamais d'hypnotiques chez les jeunes, ou alors vraiment de manière très ponctuelle »

3.8.4.2 Prescription des anti-histaminiques

- Modalité de prescription

M1 : « si le patient n'a pas déjà de traitement, je vais plutôt cibler sur l'Atarax® (voire Euphytose®) »

M2 : « assez classiquement j'ai recours à l'Atarax® (et éventuellement à l'Oligosol®) »

M10 : « je n'aime pas trop les somnifères, après, si je prescris quelque chose, c'est plutôt de l'Atarax® »

- Justification de la prescription :
 - Utilisation par les spécialistes

M2 : « j'ai recours beaucoup plus facilement aujourd'hui à l'Atarax®, d'autant que je me suis rendue compte qu'en psychiatrie ils l'utilisaient largua manu »

- Alternative aux benzodiazépines

M2 : « c'est donc pour moi aujourd'hui une alternative très intéressante aux benzodiazépines, parce qu'il n'y a ni dépendance ni accoutumance »

3.8.4.3 Prescription des antidépresseurs

M2 : « je préfère à la limite traiter le patient pour une dépression, alors dans ce cas-là, je vais mettre le patient sous antidépresseurs, mais pas de lui prescrire systématiquement des hypnotiques »

M3 : « après avoir discuté avec le patient, savoir s'il est angoissé ou pas »

M6 : « s'il y a un état dépressif, des antidépresseurs. S'il y a de l'anxiété, des anxiolytiques »

M9 : « il est un peu dépressif, j'ai proposé de lui prescrire de la Miansérine® »

M11 : « quand je considère qu'ils vont rentrer dans une dépression »

3.8.4.4 Autres alternatives

M9 : « le PARALYOC®, ça marche sur tout, c'est super en sublingual »

3.8.4.5 Durée de prescription des psychotropes

Onze des MG interrogés, quand ils prescrivent un traitement médicamenteux, le prescrivent pour une courte durée, entre quinze jours et un mois, ou du moins pour une durée bien limitée initialement, conformément aux recommandations de la HAS³.

M1 : « la benzodiazépine doit être épisodique »

M2 : « l'Atarax®, généralement sur un mois »

M2 : « (les hypnotiques), en tous les cas, c'est pour une durée limitée »

M3 : « ça dépend, plutôt 2 semaines, parfois 4 »

M4 : « tout dépend si c'est occasionnel ou pas »

M5 : « c'est au cas par cas pour la durée »

M6 : « pour la durée, ça dépend du contexte, au cas par cas pour la durée. Je n'ai pas de limitation de durée (...) mais j'essaie de prescrire pour des durées courtes »

M7 : « c'est court quand même si je dois prescrire une benzo. Je les revois en général 2 à 4 semaines après. Pour la durée ça dépend de s'ils sont âgés ou pas, des habitudes qu'ils ont. S'ils sont jeunes, je les prescris pour une courte durée »

M8 : « donc c'est ça, je le prescris d'abord de façon ponctuelle. On ne va pas commencer par un traitement au long cours pour des insomnies qui sont présentes pour la première fois »

M9 : « je leur dis bien que c'est temporaire (...) pour une durée brève, 15 jours. (...) Ce n'est pas la même chose pour la dépression, je leur fixe un rendez-vous, sinon je leur dis de revenir dans un mois »

M10 : « si c'est moi qui initie une prescription, c'est en général pour une dizaine de jours si je ne les revois pas après, j'imagine que ça va mieux »

M11 : « je peux prescrire pour 15 jours, mais c'est vrai que les gens s'y habituent »

M12 : « et contrairement à ce qu'on préconise, ce ne sont pas des traitements de courte durée (...) et j'essaie de recommander aux gens d'essayer d'oublier le plus souvent d'en prendre »

M13 : « c'est facilement pour un ou deux mois »

M7 : « chez les jeunes je prescris pour une courte durée »

3.9 Sevrage en benzodiazépines

Tous les MG expriment des difficultés et un certain défaitisme pour le sevrage des benzodiazépines.

M2 : « s'ils font partie de la vie des patients, je ne me vois pas leur demander de s'en sevrer »

M3 : « ceux qui en prennent depuis 30 ans, il ne faut pas se leurrer, c'est difficile, je ne sais même pas si on essaie »

M4 : « j'ai beaucoup de difficultés à les arrêter »

M7 : « oui c'est dur »

M12 : « oui, j'ai beaucoup de mal »

M8 : « le problème des benzodiazépines au long cours, c'est que c'est très difficile de convaincre les patients d'arrêter (...) on peut toujours en parler, mais c'est voué à l'échec dans à peu près 100% des cas ! (rires !). Qu'est-ce que vous voulez, on ne va pas se battre hein »

- Difficultés dues à la volonté et aux croyances du patient

M12 : « les gens exagèrent, ils voudraient à 80ans dormir comme des bébés »

M9 : « quand les gens sont convaincus que c'est efficace, on n'y peut plus rien (...) les gens, leur argument c'est « oui, mais moi je connais ma grande tante qui en a pris toute sa vie, et elle va très bien ». Ou alors, la femme de 48 ans « moi, ça fait longtemps que j'en prends, mais je suis bien »

M13 : « comment voulez-vous faire ?

- Identification des populations à risque de dépendance

M6 : « surtout chez les personnes âgées »

M8 : « les principaux sevrages difficiles sont chez les patients âgés qui prennent leur petit comprimé le soir depuis plus de 20ans » - « le problème des benzodiazépines au long cours, c'est que c'est très difficile de convaincre les patients d'arrêter, parce que ce sont souvent des gens âgés »

M10 : « j'ai quelques personnes âgées qui ont de l'Imovane® depuis 20ans et c'est compliqué de leur arrêter »

M12 : « c'est difficile surtout chez les sujets âgés, c'est souvent ces gens-là qui ne veulent pas manquer leur médicament du soir »

M13 : « Ils vous disent « quand j'arrête, je ne suis pas bien »»

- Population compliant

Quatre MG interrogés disent ne pas avoir trop de difficultés chez les jeunes.

M7 : « pour les jeunes, je prescris pour une durée courte »

M8 : «chez les jeunes (...) quand on prend une prescription qui au départ est ponctuelle, ça permet d'arrêter plus facilement »

M10 : « non, je n'ai pas trop de difficultés avec les jeunes actifs »

M12 : « les jeunes jamais puisque je ne leur donne pas d'hypnotiques »

- Addiction et consommation chronique

M1 : « il y a une certaine dépendance quand même »

M4 : « tout simplement parce que les patients ne veulent pas les arrêter »

M7 : « j'essaye, mais ils sont demandeurs, ils ne peuvent pas s'en passer »

M8 : «mais je ne peux pas m'en passer docteur, j'en prends depuis je ne sais pas combien de temps... »

M9 : « quand les gens sont convaincus que c'est efficace, on n'y peut plus rien »

M11 : « après, ce n'est plus la pathologie de l'insomnie, mais c'est la pathologie de la drogue tu vois ! (rires). Voilà, c'est une addiction, c'est autre chose encore (...) tu sais les benzodiazépines, y'a tellement de gens qui y sont accrochés »

M12 : « malheureusement, les gens me redemandent des renouvellements continus »- « les gens ne veulent pas entendre parler du sevrage »

M13 : « j'essaie de dire aux gens qu'il faut qu'ils acceptent de ne pas dormir de temps en temps pour ne pas être adepte ni dépendant aux médicaments, mais c'est quelque chose qui est difficile. C'est un peu comme la toxicomanie ».

- Anxiété du patient quant à l'arrêt

M1 : « parce que les patients sont habitués, ont peur de ne plus en prendre à cause de récurrences d'insomnie »

M6 : « ça dépend de la personne, le temps qu'elle fasse le point qu'elle décide (...) surtout chez les personnes âgées parce qu'il y a un retentissement autre que sur le sommeil, sur le quotidien... »

M12 : « j'ai des gens très exigeants qui veulent à tout prix dormir de 22h à 8h sans se réveiller, à 80ans »

- Stratégie pour limiter la consommation :

M5 : « ça je les aide, j'y arrive, progressivement sur un mois. Je n'utilise pas d'autre argument que l'acupuncture, mais c'est vrai que les gens qui viennent me voir sont motivés »

M8 : « il faut vraiment y revenir souvent, leur expliquer des petits trucs, on y arrive quelque fois. Donc on en parle mais voilà »

M9 : « vous n'allez pas me croire, mais j'ai sevré quelqu'un avec de l'homéopathie »

M11 : « tu ne peux pas refuser de leur donner, mais ce que tu peux faire en revanche, c'est de diminuer les doses, et d'essayer d'arrêter tu vois (...) avec le temps, les études, la prévention, tout ça, on a changé de pratique quand même »

M12 : « je conseille aux gens de prendre le moins de somnifère possible, pour ne pas qu'il y ait d'accoutumance »

M13 : « j'essaie de dire aux gens qu'il faut qu'ils acceptent de ne pas dormir de temps en temps pour ne pas être adepte ni dépendant aux médicaments »

M6 : « c'est pour ça que les gens nous en parlent et veulent revoir leur situation »

3.10 Maladie Alzheimer et Benzodiazépines

3.10.1 Connaissance d'un lien entre maladie d'Alzheimer et benzodiazépines

Quand on pose la question aux MG de notre étude « Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? », il y a ceux qui connaissent et ceux qui ne connaissent pas.

- Ceux qui connaissent le lien

Neuf des MG interrogés disent avoir entendu parler du lien entre la consommation de benzodiazépines et la maladie d'Alzheimer.

M3 : « oui, c'est intéressant »

M1 : « oui mais je ne me souviens plus où »

M2 : « oui, j'en ai entendu parler, mais je ne sais plus trop où »

M6 : « oui, les gens sont au courant, c'est passé aux infos »

M7 : « oui, j'en ai entendu parler »

M8 : « oh ça, c'est des sujets dont on entend parler depuis longtemps »

M9 : « ha ben oui, je leur dis (...) j'avais vu un article où ils parlaient du lien avec la maladie d'Alzheimer »

M11 : « oui »

M13 : « mouais »

- Ceux qui ne connaissent pas le lien

Trois MG répondent ne pas connaître

M4 : « non, je n'étais pas au courant »

M12 : « j'ai entendu parler des troubles de la mémoire causés par les benzodiazépines, mais pas de maladie d'Alzheimer vraie »

M10 : « ben, je vous dis que je ne prescris pas de benzodiazépines, donc bon »

3.10.2 Influence sur la pratique

Puis quand on leur demande si cette notion de lien entre la consommation de benzodiazépines et l'apparition d'une maladie d'Alzheimer influence leur pratique, il en ressort deux groupes. Il y a ceux qui pensent que c'est un argument supplémentaire pour limiter leurs prescriptions et ceux qui pensent que ça ne modifie ou ne modifiera pas leur prise en charge. Huit MG disent que leur pratique a changé avec l'expérience, les avancées médicales, et le temps. Cinq MG en revanche pensent qu'il y a peu de changement.

Deux MG évoquent les formations qu'ils ont eues sur le sujet, et deux mentionnent le changement des molécules avec le retrait d'indication ou du marché de certaines molécules.

- Argument supplémentaire pour limiter les prescriptions

Sept MG pensent que cette notion a ou va modifier leur pratique, et que c'est un argument supplémentaire pour limiter leurs prescriptions ou motiver un sevrage des benzodiazépines.

M2 : « c'est sûr que c'est un argument de plus pour les patients, mais les gens le savent, ils lisent les médias. Donc oui, c'est un bon argument pour arrêter (...) ça ne m'étonne pas, parce que je sens que qu'on endort certains centres nerveux, donc ça ne m'étonne pas que ces fameuses molécules empêchent la conduction des informations aux centres intéressés, et donc tout ça me paraît très logique »

M8 : « c'est vrai que ces informations, ça permet un peu de diminuer les traitements en leur expliquant qu'ils risquent une maladie d'Alzheimer, mais quand on voit un patient, ce n'est pas une statistique »

M12 : « alors oui bien sûr, je me méfie de ce genre d'effet secondaire »

M3 : « c'est sûr que c'est un argument en plus pour les patients »

M1 : « en fait, j'en ai entendu parler, mais il est vrai que de toute manière, je fais attention à ne plus en prescrire »

M7 : « oui, mais de toutes façons, j'essaie au maximum de ne pas en donner »

M9 : « ha ben oui, il m'a semblé qu'il y avait une pression de plus en plus importante la dessus »

- Peu d'impact sur la pratique

Quatre MG pensent que ça n'influence pas forcément leur prise en charge.

M13 : « mouais, mais je pense que c'est plutôt une hypothèse. Des hypothèses comme ça, y'en a eu plusieurs dans ma vie. Ca influence votre prise en charge vous pensez ? Non, pas du tout »

M4 : « mais vous savez, de toutes manières, j'essaie de ne pas trop en prescrire (...) mais il y a des gens qui ont une maladie d'Alzheimer et qui n'ont jamais pris de benzodiazépines... »

M10 : « ben, je vous dis, je n'en prescris pas trop des benzodiazépines »

M11 : « mais il y'en a qui disent que c'est complètement faux, et d'autres qui disent que c'est vrai, mais ce que je pense aussi, c'est que ce n'est pas si simple que ça »

3.11 Evolution de la pratique

3.11.1 Nombre de consultation et demande du patient

Deux MG évoquent le fait que le nombre de consultation pour insomnie a augmenté depuis leur installation.

M6 : « j'ai de plus en plus de consultations pour ça »

M10 : « il y a une augmentation des consultations pour trouble du sommeil suite aux objets connectés »

3.11.2 Evolution avec l'expérience et connaissances médicales

Neuf MG, évoquent l'aspect du temps, de l'expérience ou de l'évolution des connaissances médicales qui ont fait évoluer leur pratique. Sept MG abordent leurs prescriptions de benzodiazépines. Ils s'estiment plus prudents sur leurs prescriptions, disent en prescrire moins. Soit par une prise de conscience personnelle, soit par les moyens mis en place par les autorités pour limiter la prescription (prévention, recommandations, formations, évolution des pratiques professionnelles, ROSP...)

M11 : « oui, parce que ça fait longtemps que je travaille (...) Et puis avec le temps, avec les études, la prévention tout ça, on a changé de pratique quand même »

M10 : « ça ne fait pas très longtemps que je suis installée, mais après c'est mon expérience personnelle qui fait que ça change un peu »

M12 : « peut être avec l'expérience et la maturité, oui »

M7 : « je fais peut être beaucoup plus attention avec le temps. On est un peu plus inconscient au départ, (rire !) et un peu moins à l'arrivée. Je suis beaucoup plus prudente dans mes prescriptions oui. C'est le recul et l'expérience, et la connaissance de chaque patient qui fait que petit à petit, on arrive à faire attention à ce qu'on donne, je suis beaucoup plus prudente dans mes prescriptions »

M8 : « on parle beaucoup plus d'apnée du sommeil que quand je me suis installé, ou c'était des notions qui n'existaient pas »

M2 : « j'ai recours plus facilement aujourd'hui à l'Atarax®, d'autant que je me suis rendue compte qu'en psychiatrie ils l'utilisaient largua manu, c'est donc pour moi aujourd'hui une alternative très intéressante aux benzodiazépines, parce qu'il n'y a ni dépendance ni accoutumance » - « la tendance est à la prudence aujourd'hui »

M3 : « si je prescris des benzo, je suis beaucoup, beaucoup plus attentif que depuis mon installation (34ans) »

M6 : « quand je me suis installée, on prescrivait des anxiolytiques à gogo, la phytothérapie n'existait pas »

M9 : « vous savez, les ROSP, ça m'a aidé moralement et professionnellement quand ils nous ont demandé de baisser nos prescriptions de Lexomil® »

3.11.3 Peu de changements depuis leur installation

Cinq MG répondent que leur pratique n'a pas ou peu changée. Cependant, il est important de préciser qu'il y a parmi ceux-là, deux MG qui ont moins de 5 ans d'installation en libéral et que donc leur recul est moindre.

M1 : « non, pas vraiment »

M4 : « non, elle n'a pas changé non »

M7 : « mais d'abord ça évolue très progressivement tout ça et les moyens n'ont pas beaucoup évolués. Tous les somnifères qui existent maintenant ils existaient déjà pratiquement il y a 30 ans. Ils ont peut être changé de nom mais bon... Mais y'a plus de thérapie comportementale »

M8 : « ça évolue très progressivement tout ça, et les moyens n'ont pas beaucoup évolué »

3.11.4 Formations médicales

Deux MG précisent avoir eu des formations sur les insomnies.

M9 : « j'ai fait deux formations, deux jours sur l'insomnie, et j'ai aussi fait une formation avec le réseau Morphée, c'était sur les alternatives aux benzodiazépines »

M4 : « j'ai eu une formation il y a quelques années, on en avait parlé »

L'un d'eux aborde les leçons tirées de ses formations, et analyse les bénéfices de ces formations sur sa pratique au quotidien, sur l'utilisation d'alternatives aux benzodiazépines

M9 : «ça m'a dit que ce n'est pas automatique les benzo. Je le savais déjà, mais j'avais besoin de me conforter dans mes positions. Le Doliprane® aussi c'est bien ! (rire). Ça marche pour tout ! Je le prescris en Paralyoc®, c'est super, en sublingual, ils n'ont même pas besoin de se lever, ça marche vraiment bien. Cette formation en fait m'a ouvert et m'a conforté dans ma palette. Et puis, ça m'a donné de la force pour refuser»

3.11.5 Changement des molécules thérapeutiques

Deux MG précisent qu'au moment de leur installation, les traitements étaient plus forts, que les molécules ont changées.

M13 : «oui, effectivement, on a beaucoup moins de produits. D'ailleurs ça se sent, les gens sont beaucoup moins contents des traitements. Y'a quand même moins d'efficacité. C'est-à-dire que tout ce qui a une courte durée d'action c'est moins puissant. Vous avez tous les Rohypnol®, tous ces trucs-là, la Mepronizine®, ça a été interdit »

M11 : « oui, bien sûr. Parce que moi, ça fait longtemps que je travaille. Et que à l'époque, il y avait des traitements qui étaient bien plus lourds que ça, le Rohypnol® et tout ça, et on donnait pour le côté miracle. Mais on ne connaissait pas trop les effets secondaires. Et puis avec le temps, avec les études, la prévention tout ça, on a changé de pratique quand même »

4 Discussion

4.1 Méthode

4.1.1 Choix de la méthode^{31 32}

L'intérêt de l'étude qualitative est principalement de pouvoir retranscrire la réalité vécue par les MG à partir de l'observation de ses pratiques. C'est une méthode inductive. Le MG étant vu en entretien individuel et semi-dirigé, il peut s'exprimer librement. Elle permet en outre d'aborder l'expérience personnelle et d'observer les émotions du médecin.

Nous nous sommes fixés comme seuil arbitraire d'obtenir deux entretiens consécutifs sans nouvelle donnée pour achever l'étude. L'étude qualitative n'est pas représentative statistiquement. Notre échantillon est faible. On ne peut être certains d'avoir véritablement obtenu la saturation des données.

Par l'attitude ou le comportement de l'investigateur, il a pu y avoir suggestion ou induction de réponses lors des entretiens. D'autre part, étant novice dans l'exercice des entretiens, il est probable que l'investigateur ait manqué d'à propos dans ses relances.

Dans le cadre des études de pratiques, les interviewés peuvent se sentir jugés par l'interviewer.

L'analyse thématique est critiquable car reposant sur le jugement de l'investigateur. Cela s'est fait via le recoupement de thèmes et sous-thèmes récurrents définis à partir des extraits de dialogue (ou verbatim) et leur organisation formelle. La comparaison à d'autres études pourra redonner du crédit à ces critères ou théories.

4.1.2 *Forces et limites de l'étude*

4.1.2.1 Liées au recrutement

Une des principales limites du recrutement est l'absence de randomisation, puisque certains MG contactés font partis de notre cercle professionnel. Le recrutement de proche en proche, également utilisé, permet d'obtenir une plus grande diversité d'échantillonnage. Cent quarante sept MG contactés ont refusé de participer par manque de temps. Les autres hypothèses qui permettraient d'expliquer ce chiffre élevé sont le manque d'implication ou de connaissance du sujet ou le trop grand nombre de sollicitation par les internes de médecine générale. La recherche a été limitée à la région parisienne par soucis géographique en cas d'entretien au sein du cabinet.

Au final, 11 MG médecins ont répondu par téléphone et 2 entretiens ont eu lieu au cabinet. Les retranscriptions via le téléphone font perdre le langage corporel, c'est à dire non verbal. On perd également la forme du dialogue. Il peut en résulter des transcriptions ou interprétations erronées car amputées d'une partie de leur sens. Nous n'avons pas retrouvé de différence dans le recueil de la quantité d'information entre les MG interviewés par téléphone et ceux en face à face.

Enfin, l'entretien semi-dirigé peut entraîner une perte de spontanéité mais permet de conserver un cadre lorsqu'il s'agit d'un sujet aussi vaste que l'insomnie. Les mêmes questions sont posées à tous les participants.

4.1.2.2 Liées à l'information

Lors de la présentation du sujet aux MG potentiels de l'étude, nous nous sommes efforcés de ne pas donner trop d'informations concernant l'objectif du travail. En effet, certains auraient pu être tentés de se documenter sur le sujet afin d'apparaître plus à l'aise ou « performants ». Cependant, devant l'insistance de certains MG, nous avons évoqué le thème : médecine du sommeil. Dans la majorité des cas l'entretien a eu lieu dès le premier contact avec le MG, ou dans la même journée.

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle pour faciliter les révélations, l'expression des ressentis intimes au sujet des difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insomnie sans risquer le jugement des confrères, comme cela aurait pu avoir lieu dans un focus groupe.

4.1.2.3 Liées au guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré de façon semi-structurée pour favoriser le dialogue et l'émergence des ressentis des interviewés.

Il a été amélioré au fil des entretiens en fonction de la compréhension des questions par les praticiens et l'émergence d'idées pertinentes. Par exemple, puisque les MG répondaient ne pas connaître les recommandations de la HAS-SFTG de 2006 sur la prise en charge des insomnies, nous avons supprimé la question « est-ce que ces recommandations vous aident dans votre pratique ? ». Nous avons ajouté des questions sur le dépistage des maladies associées. Cette progression du questionnaire a permis de mieux cibler les questions posées.

4.2 Résultats comparés à la littérature

Grace aux entretiens semi-structurés, nous avons pu réaliser un schéma de synthèse permettant d'articuler les différents thèmes abordés par les médecins généralistes. Ce schéma n'est bien sûr pas exhaustif, mais il correspond aux données de notre étude.

4.2.1 Définition

Un des premiers déterminants expliquant la complexité de prise en charge des insomnies est l'absence d'harmonisation des définitions et des classifications. La définition n'est pas bien connue des MG, en tous cas dans sa globalité. Les critères diagnostiques de l'ICSD-3³ cités par les MG sont la difficulté à s'endormir ou à rester endormi. Les réponses sont souvent succinctes. Certains critères de la définition n'ont pas été cités: le ressenti ou les impressions de l'entourage, le retentissement diurne de l'insomnie. Certains les intègrent tout de même dans les éléments de prise en charge. Les conditions de sommeil ne sont jamais abordées alors qu'elles sont un point capital à prendre en compte. Le caractère chronique ou aigu n'est pas non plus cité.

Pour les MG, les patients ont une perception différente de l'insomnie. Les patients se plaignent du faible nombre d'heures consécutives de sommeil. Cela ne rentre pas en compte dans la définition. En effet, le patient peut surestimer sa latence d'endormissement, sous-estimer sa durée de sommeil mais aussi sa durée d'éveil. Cela entraîne une difficulté de prise en charge pour le MG puisque le patient a une altération de la perception de son sommeil³³.

4.2.2 Fréquence

L'insomnie est fréquente pour les MG interrogés. Cette estimation est en accord avec le rapport annuel de l'Institut National du sommeil et de la vigilance de Mars 2015³⁴ qui estime que 22 % des femmes souffriraient d'insomnie chronique, contre 13% des hommes, surtout entre 25 et 65 ans.

4.2.3 Dépistage

Presque tous les MG indiquent ne pas réaliser de dépistage systématique au cours de leur consultation, faute de temps et en absence de point d'appel. Les déterminants d'une recherche

active sont l'état général du patient, un bilan de comorbidités, notamment respiratoire avec les apnées du sommeil, psychiatriques avec les dépressions, anxiété et autre stress. L'insomnie devrait être abordée pour elle-même³⁵ au cours de consultations spécifiques. Un dépistage précoce de l'insomnie permettrait une prévention de ses conséquences. L' HAS-SFTG recommande une approche « active » sur la question du sommeil. Même si les étapes de cette approche sont synthétisées par l' HAS-SFTG⁴, la mise en application semble difficile, faute de temps. On se figure qu'une consultation isolée de 15 minutes ne suffise pas à aborder l'ensemble de ces problématiques surtout quand l'insomnie est un sujet de fin de consultation. Comme le précise le rapport de synthèse de l'Institut de Veille Sanitaire sur les troubles du sommeil, moins d'un tiers des personnes sujettes aux insomnies chroniques avec retentissement diurne a consulté son MG³⁶. Il n'est pas apporté d'hypothèse quant à l'explication de ce chiffre. Certains médecins précisent que l'insomnie n'est, en général, présente que chez les personnes âgées. Les jeunes actifs en parleraient plus facilement et seraient moins sujets aux insomnies. Aussi en attendant que la démarche soit initiée par le patient, c'est deux tiers d'insomniaques chroniques qui ne sont pas dépistés par leur MG. Une plus large diffusion des recommandations permettrait assurément de sensibiliser les MG.

4.2.4 Outils d'aide au diagnostic

Les MG sont mal à l'aise devant un patient se plaignant d'insomnie. Les résultats de ces entretiens sont en accord avec les chiffres d'une étude de Léger réalisée en 2005 auprès des MG : 62% s'estiment insuffisamment formés sur la prise en charge des patients insomniaques³⁷.

Les recommandations de l'HAS-SFTG de 2006 ne sont pas connues par les MG de notre étude. Étonnamment, certains pensent connaître leur contenu sans les avoir lues. Ainsi, on peut se figurer que l'absence de diffusion de ces recommandations est le principal obstacle à leur utilisation. Elles sont pourtant accessibles en ligne. Paradoxalement, alors que tous s'accordent pour dire que les insomnies sont fréquentes dans leur pratique quotidienne, aucun MG ne peut développer le contenu de ces recommandations. L'agenda du sommeil n'est pas utilisé par les MG de notre étude. Lorsque celui-ci est utilisé, les résultats ne leur semblent pas très concluants. Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer ce résultat : le manque d'explication par le MG auprès du patient sur la façon de remplir l'agenda, l'absence d'habitude d'utilisation, la nécessité d'organiser des consultations itératives pour identifier le diagnostic d'insomnie puis pour réévaluer l'efficacité des mesures proposées. Ce mode d'évaluation, subjectif, est celui régulièrement utilisé dans les études sur les insomnies pour comparer l'efficacité des mesures mises en place. Aussi sa reproductibilité pour un même patient n'est pas contestée même si le niveau de preuve de l'agenda du sommeil n'est pas précisé par l'HAS.

Les examens complémentaires et le recours au spécialiste sont rares dans notre étude. Ils sont peu connus. Ils sont utilisés dans le cadre d'un « bilan » plutôt que dans l'exploration spécifique de l'insomnie. Sont cités : un enregistrement du sommeil, un bilan cardiologique, une consultation avec un pneumologue, une exploration psychologique et le centre du sommeil. Les mots « polysomnographie » ou « polygraphie ventilatoire » ne sont pas cités dans les entretiens. L'HAS indique pourtant les situations qui requièrent l'avis du spécialiste ou la réalisation d'exams complémentaires. Notons que les termes de « rebelles » et « inexplicables » pour parler des insomnies ne sont pas définis dans les recommandations, ce

qui en pratique quotidienne ne favorise pas leur compréhension. Ces situations rebelles ou inexplicables nécessitent des explorations complémentaires.

4.2.5 *Prise en charge thérapeutique*

4.2.5.1 Traitements non médicamenteux

La tendance générale constatée dans notre étude est à une augmentation des prescriptions non médicamenteuses.

Les règles hygiéno-diététiques n'ont pas été citées. On suppose qu'elles ne font pas partie des habitudes des cliniciens. Ces précautions méritent d'être réunies avant toute autre initiative. Dès 1997, Baillargeon les introduit comme alternative à tout type de traitement médicamenteux. Ces règles sont à considérer comme la base d'une démarche d'éducation thérapeutique. Il est vrai qu'elles suffisent rarement à soulager le patient, mais elles sont une condition à l'efficacité d'une autre thérapeutique³⁸. Cette notion est validée par des essais comparant TCC et règles d'hygiène seules^{39 40}.

La TCC est directement abordée dans le questionnaire. Une prise en charge psychologique au sens large n'est citée que par une minorité des MG. L'HAS stipule que la TCC devrait être mise en place fréquemment pour les insomnies chroniques. Il est probable que la TCC ne soit conseillée que si l'insomnie est associée à une souffrance psychologique. Les MG doivent en sous-estimer l'efficacité. D'ailleurs, divers auteurs occidentaux^{41 42} ont souligné la sous-utilisation de ces techniques en soins primaires. En France en particulier, elles sont peu développées, voire méconnues, et lorsqu'elles sont pratiquées, elles sont le fait de spécialistes des TCC. Une des limites de leur utilisation est leur non prise en charge par l'assurance maladie. L'appropriation de certaines de ces techniques par les MG pourrait être recommandée dans le cadre de la formation continue, à condition qu'ils puissent dégager le temps nécessaire. Parfois, pour la même situation (anxiété) certains vont s'orienter vers une TCC et d'autres introduire un traitement médicamenteux. Ce choix est fait en fonction de leur expérience personnelle et de leur appréhension des effets secondaires des traitements médicamenteux.

L'acupuncture semble être une alternative aux traitements médicamenteux pour les MG. Aucune étude validée n'a démontré l'efficacité de l'acupuncture comme thérapie des insomnies.

La relaxation et l'hypnose sont peu évoquées par les MG de notre étude même si elles sont reconnues pour faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil⁴³.

La phytothérapie est volontiers prescrite en première intention comme une alternative aux benzodiazépines dans les troubles mineurs du sommeil⁴⁴. Certains MG semblent soulagés de son émergence. La phytothérapie est considérée comme une thérapeutique médicamenteuse par l'HAS-SFTG. Nous avons l'impression que pour les MG, la phytothérapie est à cheval entre les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses (parallèle entre l'Atarax® ou Euphytose®). Une des limites de son utilisation est son non-remboursement. Elle connaît actuellement un renouveau dans notre société, lié à un mode de vie recherchant une consommation de produits naturels et biologiques. Elle ne provoquerait ni accoutumance ni effets secondaires, mais nécessite un peu de patience.

4.2.5.2 Traitements médicamenteux

Les déterminants de prescription par les MG sont : le désir du patient d'un traitement pharmacologique ou non, son état psychologique, son âge, le retentissement de l'insomnie ou son mode évolutif. Nous constatons que les prescriptions médicamenteuses varient aussi en fonction du MG, de sa pratique personnelle et de son expérience, de l'adhésion du MG à sa propre prescription, ou encore de la connaissance de ses patients et de leur pathologie.

Les prescriptions de benzodiazépines (en particuliers hypnotiques) sont volontiers évitées ou limitées à une durée courte: entre 15 jours et un mois. Ceci est conforme aux recommandations de la HAS-SFTG, qui préconise que les hypnotiques soient prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord strict avec les indications autorisées : de quelques jours à 4 semaines maximum.

La prescription de benzodiazépine est faite en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance. Ils expriment dans leurs réponses, un sentiment de mal-être voire de culpabilité quand ils prescrivent une benzodiazépine. Le choix de l'hypnotique semble aléatoire. La demi-vie et la classe de la molécule ne rentrent pas en compte dans la prescription. Les MG ne semblent pas connaître les différentes classes de benzodiazépines et leurs indications. Par exemple, le Clonazépam a longtemps été prescrit comme un hypnotique alors qu'il avait une indication antiépileptique.

La reconduction médicamenteuse est généralement demandée par le patient. Le rationnel de la prescription initiale faite par un autre confrère leur semble difficile à réévaluer. Cette impression est en accord avec les chiffres de 2013 de l'ANSM¹³ qui montrent que 65 % des utilisateurs de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques ont plusieurs délivrances de traitement en pharmacie. L'HAS recommande aux MG de réévaluer les prescriptions notamment chez les patients venant d'effectuer un séjour en institution (hôpital, maisons de personnes âgées) et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer. On comprend les difficultés que présentent les MG. L'HAS ne donne pas de critères de réévaluation : elle doit être « adaptée et régulière».

Le principal obstacle à l'arrêt est le manque de temps et l'attachement du patient à sa prescription. Il est rare que le patient soit à l'origine du refus de la prescription. Les sujets âgés seraient les patients les plus réfractaires à l'arrêt. La prescription d'hypnotique arrive souvent en fin de consultation. Les MG sont résignés. Il nous semble que les MG ont peu d'arguments pour expliquer à leur patient l'intérêt de l'arrêt. Devant une augmentation accrue de la consommation de benzodiazépines en France, les autorités sanitaires ont mis en place dans les années 2000 quelques campagnes pour en favoriser le bon usage et en limiter l'abus. Ces campagnes n'ont pas eu l'impact de celles pour la limitation des antibiotiques dans les années 90. On citera en particulier des points d'informations professionnels et patients, pictogramme sur les boites pour limiter la conduite, recommandations de bon usage, évaluation des pratiques professionnelles, formations médicales continues, explication des risques, limitation des durées de prescription, rémunération sur objectifs de santé public⁴⁵...

Les ROSP sont une aide supplémentaire pour les MG. Elles permettent de limiter la prescription de benzodiazépines⁴⁶. Ces objectifs concernent la part de patients de 65ans et plus traités par des benzodiazépines de demi-vie longue dans l'année (objectif <5%), et la part des patient nouvellement traités par benzodiazépines pendant plus de 12 semaines (objectif<12%). Ces

mesures sont efficaces. Depuis 2000, la consommation est passée de 90,2 à 82,9 dose définie journalière pour 1000 habitants par jour.

Le risque automobile est un risque réel et quotidien. Il doit être abordé avant la prescription de benzodiazépine. Aucun MG de notre étude n'évoque ce risque. Le lien entre la consommation de benzodiazépines et la survenue d'accidents de la route a été largement investigué lors de diverses études internationales⁴⁷. L'augmentation du risque d'accidents par les benzodiazépines est démontrée aussi bien chez le sujet âgé que chez des conducteurs plus jeunes^{48 49}. Environ 1,03 % des accidents de la route survenant en France serait imputable aux benzodiazépines.

Quelques MG abordent la notion de dépendance et les risques liés à l'âge dans la consommation de benzodiazépine. L'usage détourné est un effet indésirable qui est craint par les MG. Depuis 1991, la durée maximale de prescription est limitée à 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques. On notera en particulier les conditions de prescription et de délivrance du Clonazépam : la prescription sur ordonnance sécurisée depuis septembre 2011, et la prescription initiale réservée aux neurologues et pédiatres exerçant en établissement de soins rendue obligatoire depuis mars 2012.

Les antihistaminiques sont prescrits largement par les MG de notre étude lorsqu'ils choisissent un traitement médicamenteux. Ils sont à tort comparés à la phytothérapie. Ils sont souvent considérés comme à faible risque de dépendance et sans effet secondaires notables. Les études concernant ce type de produit à usage hypnotique sont anciennes et concernent la diphénhydramine (Nautamine®) et la doxylamine (Donormyl®), pas l'Atarax®. Les résultats de ces études^{50 51 52} s'accordent sur une efficacité modérée démontrée à court terme sur l'insomnie légère. En revanche, il existe des effets résiduels diurnes à type de vertiges et de troubles psychomoteurs méconnus des MG de notre étude. Des effets anticholinergiques sont susceptibles de se cumuler avec ceux d'éventuels autres produits psychotropes. Le risque d'hospitalisation chez les sujets plus âgés augmente (rétention urinaire et confusion). Il existe une accoutumance rapide de l'ordre de 3 à 7 jours.

Pour Hauri⁵³, le rapport bénéfices/risques est défavorable. La diphénhydramine n'est pas commercialisée en France dans cette indication, mais pour le mal des transports. La doxylamine possède l'indication « Insomnie occasionnelle ou transitoire chez l'adulte ». Elle est utilisable chez la femme enceinte, malgré les effets indésirables signalés ci-dessus. Les effets résiduels constituent une réelle difficulté des anti-histaminiques.

Les MG de l'étude ne rappellent pas que ces spécialités sont des médicaments de deuxième intention après échec des mesures comportementales ou dans des cas particuliers (notamment en cas de pharmacodépendance aux benzodiazépines ou de contre-indication de celles-ci en cas d'insomnie). Ces médicaments n'ont pas l'AMM dans la prise en charge des insomnies chroniques car le service médical rendu n'est pas suffisant. Leur prescription dans le cadre d'insomnie d'ajustement est tolérée.

Tous les MG de notre étude expriment des difficultés et un défaitisme pour le sevrage en benzodiazépines. Ces difficultés peuvent être liées à la volonté du patient ou à ses croyances. Les patients ne mesurent pas les effets secondaires. Ils sont souvent rappelés par les MG. Les MG se sentent désemparés pour deux raisons principales : le manque de temps et le manque de moyens à disposition pour éduquer un patient non convaincu. L'HAS considère que si l'objectif de la démarche est l'arrêt d'une benzodiazépine, toute diminution de posologie sera considérée comme un résultat favorable. Afin d'obtenir un arrêt définitif, il faut évaluer la

dépendance du patient dans un premier lieu, ainsi que sa motivation pour arrêter. C'est une démarche qui doit être acceptée et motivée par le patient. Il faut rassurer le patient sur le caractère progressif du processus, et sur la présence d'un accompagnement avec un suivi régulier. En cas de refus ou incapacité du patient, il est nécessaire d'avoir recours à des interventions brèves et répétées. Ces mesures sont peu concrètes pour les MG⁵⁴.

Grâce à la technique des entretiens semi-dirigés, le problème des insomnies chez le sujet âgé a pu être abordé même s'il ne faisait pas partie des questions. Les personnes âgées sont une population qui reste consommatrice de benzodiazépines et donc plus à risque de dépendance. Le sevrage est plus difficile après 65ans pour les MG de notre étude. C'est pourtant dans cette population que les risques sont importants (chute⁵⁵, confusion⁵⁶...) et les MG de notre étude en sont conscients. Une alternative intéressante est la Mélatonine. La mélatonine est une hormone sécrétée par la glande pinéale, qui participe au contrôle du rythme circadien et favorise le sommeil. Certaines préparations comme le Circadin® sont utilisés en France hors AMM⁵⁷. Il est indiqué chez le patient de plus de 55 ans, en monothérapie, pour une courte durée, dans le cadre d'insomnie d'ajustement. Cependant, le service médical rendu est faible. La mélatonine, dénuée d'effets indésirables majeurs connus, pourrait être une alternative aux hypnotiques classiques dans le traitement de l'insomnie du sujet âgé. Cependant, les résultats des essais cliniques évaluant les effets de la mélatonine dans l'insomnie du sujet âgé sont divergents⁵⁸. La mélatonine présente une utilité dans le sevrage des benzodiazépines.

Chez les sujets jeunes, les MG expriment plus de facilité à stopper un traitement par benzodiazépine. Ce sont les MG qui instaurent le traitement. Les règles sont bien définies en début de prescription. Les patients jeunes sont plutôt compliants car sensibilisés aux risques d'addiction ou de dépendance.... C'est dans cette population que mentionner le risque de démence peut avoir un intérêt pour le sevrage.

Nous constatons aussi, que plus la consommation est ancienne, plus il est difficile de parler d'arrêt à un patient. Cela est vérifié dans la littérature⁵⁹.

Ce qui est certain c'est que les MG se sentent impuissants. Seule la motivation du patient permet d'instaurer un arrêt progressif. Ainsi, le MG doit proposer des stratégies régulières, répétées.

Dans le cadre du sevrage, l'HAS a édité une « fiche mémo » pour guider les MG¹³. Le sevrage devra se faire sur plusieurs semaines ou mois. Il n'existe pas de protocole préétabli car la décroissance se fait de façon personnalisée. Elle est à moduler en fonction de chaque situation. Avant l'instauration d'un traitement par benzodiazépine, dans une recommandation de bon usage de l'HAS⁶⁰, il est demandé au MG, d'expliquer au patient le motif, la durée du traitement, et les modalités d'arrêt. L'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non médicamenteuses.

Il est fortement recommander de ne pas reconduire un traitement de façon systématique (effets désirables et indésirables, durée de traitement, amélioration des symptômes, durée de traitement...).

4.2.6 *Maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine*

Neuf des MG interrogés disent avoir entendu parler du lien entre la consommation de benzodiazépines et la maladie d'Alzheimer et quatre seulement n'en ont pas entendu parler. Sept MG estiment que ce lien a une influence sur leur pratique. Il s'agit d'un argument supplémentaire pour eux comme pour leur patient afin de limiter la consommation de benzodiazépine. Quatre autres MG sont plutôt dubitatifs et pensent que cette notion a peu d'impact sur leur pratique.

L'association entre l'exposition aux benzodiazépines et le risque de démence a été explorée dans plusieurs travaux depuis les années 2000. Plusieurs études observationnelles entre 2002 et 2012 ont montré une association positive⁶¹, se traduisant par un risque de démence multiplié par 1,2 à 4,7 chez les sujets exposés. Parmi les principales limites méthodologiques de ces études, il ressort que le biais protopathique est souvent imparfaitement maîtrisé. Cela pourrait modérer les résultats. Pour mémoire, le biais protopathique signifie que l'on ne sait pas si les benzodiazépines sont prescrites car la maladie est déjà là et entraîne des insomnies, ou si ce sont les benzodiazépines qui induisent l'entrée dans la maladie d'Alzheimer.

En 2014, une étude canadienne cas-contrôle⁶² portant sur près de 10 000 patients, a réussi à démontrer le lien entre maladie d'Alzheimer et une exposition dose/effet de benzodiazépine avant les 5 ans précédant le diagnostic d'Alzheimer (parce qu'en effet, la consommation de benzodiazépine dans les 5 ans précédant le diagnostic peut être liée aux prodromes à type d'anxiété, de dépression accompagnant la maladie d'Alzheimer. La dose cumulative de consommation de benzodiazépines sur les 20 années précédant (excluant les 5 dernières) le diagnostic. Ils ont démontré que plus la dose cumulative était importante, plus l'incidence de la maladie d'Alzheimer augmentait. Cette étude est fondamentale pour insister sur l'importance de la diminution de consommation de benzodiazépines dans les insomnies. Cette donnée est un argument supplémentaire pour convaincre les patients d'initier un sevrage en benzodiazépine, d'autant plus s'ils en consomment de manière régulière.

A cela s'ajoute le SAHOS qui est un facteur indépendant d'apparition de trouble cognitif et qu'il s'agira donc de prendre en charge en tant que tel⁶³.

4.2.7 *Evolution de la pratique*

Une grande majorité des MG interrogés pour notre étude sont installés depuis plus de 25ans. Ils ont du recul sur l'évolution de leur pratique concernant les insomnies.

Deux MG disent que le nombre de consultations pour ce motif croit. Un rapport de l'ANSM¹³ montre que l'augmentation des consultations est responsable de l'augmentation de prescription et donc de consommation de benzodiazépines.

5 Conclusion

La prise en charge des insomnies est une situation complexe en pratique courante pour les MG. Ils y répondent de façon variée. Les médecins savent en grande partie identifier les patients souffrant d'insomnie. Le dépistage est fait pas l'interrogatoire. Ils utilisent peu les moyens mis à leur disposition par les sociétés savantes et ne recourent pas aux examens complémentaires et aux spécialistes. Les principaux obstacles perçus par les MG sont le manque de diffusion des recommandations, le manque de formation continue dans le domaine et le manque de temps.

Il existe d'autres difficultés, en particulier, en terme thérapeutique lorsque le patient souffre d'insomnie chronique et qu'il consomme des benzodiazépines au long cours. Le médecin doit lutter contre la dépendance psychologique. il doit recourir à des interventions répétées pour instaurer et consolider l'arrêt, suivant la motivation du patient. Il doit lutter contre le découragement.

Un des points forts mis en évidence dans cette étude est la volonté de prise en charge des insomnies par les moyens non médicamenteux. C'est le cas chez les patients actifs qui se plaignent d'insomnie pour la première fois. Les TCC sont encore trop peu proposées. Alors que la phytothérapie est peu recommandée, elle est souvent prescrite par les MG, comme alternative aux benzodiazépines.

Pour limiter les prescriptions médicamenteuses, les MG utilisent certains leviers auprès des patients, comme les connaissances scientifiques entre benzodiazépines et démence, les ROSP et les effets indésirables immédiats qui les incitent à la prudence.

Au total, les déterminants de prise en charge révélés par l'étude sont le manque de temps, d'utilisation de moyens codifiés et la faible diffusion des recommandations sur l'insomnie. Même si une prise en charge standardisée n'est pas envisageable, les recommandations restent vagues sur les réponses concrètes à proposer en pratique quotidienne.

Il est donc important de poursuivre la sensibilisation auprès des médecins et du grand public. Les MG plaident volontiers pour une prise en charge non médicamenteuse.

ANNEXE 1 : Echelle d'Epworth

Choisissez dans l'échelle suivante le nombre le plus approprié à chaque situation :

0 = ne somnolerait jamais

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance modérée de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif, dans un endroit public (au théâtre, en réunion)	0	1	2	3
Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
Assis calmement après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une auto immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3

Score =

Score : On admet en général qu'un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.

ANNEXE 2 : Plan détaillé de l'évaluation et l'enquête étiologique de l'insomnie selon l'HAS-SFTG

1. CARACTÉRISER LA PLAINTÉ DU PATIENT			
SON TYPE	La plainte concerne le sommeil	Difficulté à s'endormir	Difficulté d'initiation
		Réveil en cours de nuit Réveil matinal trop précoce	Difficulté de maintien du sommeil
SON ANCIENNETÉ	La plainte concerne le réveil ou la journée, alors qu'il pense avoir bien dormi	Fatigue Sensation de tension Somnolence	Sommeil non réparateur
		Moins de 1 mois	Insomnie d'ajustement ?
SA SÉVÉRITÉ	Fréquence : nombre de mauvaises nuits par semaine	Plus de 1 mois : nb. de mois ou années <input type="checkbox"/>	Insomnie chronique ?
		1 ou moins	Insomnie légère
		2 ou 3	Insomnie modérée
		4 ou plus	Insomnie sévère
		Aucun retentissement	Pas de véritable insomnie
LES TRAITEMENTS POUR DORMIR ÉVENTUELLEMENT UTILISÉS	Retentissement diurne après les mauvaises nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité	Insomnie légère, modérée ou sévère
		Somnolence	Autre trouble du sommeil (cf. page suivante)
		Nature, fréquence et durée d'utilisation des produits Traitements anciens ou en cours	
ÉVALUER LE TEMPS PASSÉ AU LIT ET LE TEMPS DE SOMMEIL	Agenda du sommeil sur 1 ou 2 semaines	Horaires du coucher et du lever (temps A, passé au lit)	A > B = trop de temps passé au lit
		Estimation du temps de sommeil nécessaire (temps B) : ≥ 9 h = gros dormeur 6 à 9 h = moyen dormeur < 6 h = court dormeur	B > A = temps de sommeil insuffisant
			Pas d'insomnie vraie

II. RECHERCHER LES CAUSES			DÉCIDER
ENVIRONNEMENT NOCTURNE	Bruit, lumière, température	Défaut d'hygiène du sommeil	Conseiller
MODIFICATION DES REPÈRES	Variabilité des horaires de lever et coucher Siestes trop prolongées Activité physique insuffisante Horaires de travail irréguliers Travail de nuit Voyages trans-méridiens fréquents	Troubles circadiens et/ou défaut d'hygiène du sommeil	Conseiller
CAUSES D'HYPERÉVEIL	Surmenage, hyperactivité en fin de journée	Défaut d'hygiène du sommeil	Conseiller et/ou traiter
	Événement inhabituel récent ou imminent	Insomnie d'ajustement	
	Soucis, stress	Insomnie d'ajustement	
AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL ASSOCIÉS (recueillir l'avis du conjoint)	Ronflements, excès de poids, somnolence diurne	Syndrome d'apnées du sommeil	Avis et/ou exploration complémentaire (polysomnographie)
	Mouvements brusques des membres pendant le sommeil	Mouvements périodiques des membres	
	Compulsion à bouger les jambes, souvent avec dysesthésies, survenant au repos, le soir et momentanément soulagées par le mouvement	Syndrome des jambes sans repos	
MALADIE ASSOCIÉE	État douloureux Trouble dépressif Trouble anxieux caractérisé Neuropathie dégénérative Migraine Asthme, bronchopathie obstructive Reflux gastro-œsophagien Hyperthyroïdie	Insomnie liée à une comorbidité	Traiter ou adapter un traitement de la maladie associée
SUBSTANCE PERTURBANT LE SOMMEIL	Médicaments : amphétamines, antidépresseurs stimulants, bêta-bloquants, corticoïdes, hormones thyroïdiennes, théophylline, etc. Hypnotiques pris au long cours	Insomnie liée à une comorbidité	Adapter le traitement de la maladie associée
	Café, thé, soda caféiné		Conseiller
	Alcool, tabac, drogue		Traiter l'addiction et l'insomnie
CONDITIONNEMENT PSYCHO-PHYSIOLOGIQUE	Associations mentales défavorables au sommeil, efforts excessifs pour dormir, tension somatisée, rumination	Insomnie sans comorbidité	Traiter l'insomnie
MAUVAISE PERCEPTION DU SOMMEIL	Manque de conscience ou impression d'absence du sommeil		PSG ? Psychothérapie ?

ANNEXE 3 : Agenda du sommeil

Agenda sommeil – éveil

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

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

- Mode d'utilisation**
- ↘ Heure d'extinction de la lumière
 - //// Périodes de sommeil (griser)
 - ☐ Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
 - ↘ Heure du lever
- Fatigue
 - ★ Evénement de dormir
 - Sieste involontaire
 - Sieste volontaire
- Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : [8]
- Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : [5]
- (état dans la journée : en forme ou non)
- Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : [X]

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

ANNEXE 4 : Guide d'entretien

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge : 30-40 / 41-55/ >55ans :
 - b. Sexe :
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire :
 - d. Lieu(x) d'exercice :
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale :
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) :

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?
25 -30 ans %, 31 -50 ans....%, 50 – 65ans....%*

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?
(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

15. *Dans votre pratique, est ce que les recommandations HAS-SFTG vous sont utiles?*

16. *Avez-vous des notions à rajouter sur le sujet que nous n'aurions pas évoqué ?*

ANNEXE 5 : Corpus

INTERVIEW 1 – 5min 44

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge : 30-40 ans
 - b. Sexe : Féminin
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 5 ans
 - d. Lieu(x) d'exercice : l'Hay les Roses
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : pédiatrie
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*
Alors, heu c'est un trouble du sommeil qui concerne soit l'endormissement ; soit l'insomnie du réveil soit du milieu de la nuit.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*
Plutôt Faibles. *Elles datent de quand ?* De l'internat je dirai.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non, pas du tout

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients actifs se plaignant d'insomnie ?*
Heu, c'est difficile à quantifier, mais à vue de nez, je dirai 30%. *Ce sont des plaintes qui sont spontanées ou il faut que vous posiez la question ?* Les deux.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
Pas en systématique, mais régulièrement, oui.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Un agenda du sommeil, oui. Pas systématiquement, mais quand un patient se plaint, oui, facilement.

8. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*
Heuuuuuu... oui. *Lesquels ?* Psychothérapie ; heu..., parfois hypnose, heu..., voir acupuncture.
Des idées ou situations particulières ? Quand est-ce que vous les prescrivez ?
C'est surtout quand l'insomnie est associée à autre chose, type angoisse, dépression, burn out, heu... ce qui est le plus fréquent en fait.

9. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*
Quand les insomnies sont régulières et handicapantes pour la vie au quotidien.

10. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*
Si le patient n'a pas déjà de traitement, je vais plutôt cibler sur l'ATARAX®, voire EUPHYTOSE®.
Et vous ne prescrivez pas de benzodiazépine ? Pas en première intention, ça c'est sûr.

11. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Oui, en fait oui s'ils ont déjà des benzo. Parce que les patients sont habitués, ont peur de plus en prendre à cause de récurrence d'insomnie, et il y a une certaine dépendance quand même.

12. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Non, pas vraiment.

13. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Oui..., mais je ne me souviens plus !! (rire). En fait j'en ai entendu parler, mais il est vrai que de toute manière je fais attention à ne plus en prescrire.

14. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Non, pas du tout.

INTERVIEW 2 – 12min 24

1. Caractéristiques de l'interviewé :

- a. Tranche d'âge : 41-55 ans
- b. Sexe : féminin
- c. Durée de l'exercice en ambulatoire, en libérale : 25 ans
- d. Lieu(x) d'exercice : Paris
- e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non
- f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : je suis des formations médicales continues, pas forcément en rapport avec les insomnies, mais ça pourrait.

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

C'est une incapacité à s'endormir, soit au contraire en deuxième partie de nuit de ne pas parvenir à se rendormir.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies, que ce soit dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique ?*

Alors, heuu, l'insomnie je sais à peu près la caractériser. En revanche, les thérapeutiques adaptées à chaque type d'insomnies – parce qu'il y a plusieurs types d'insomnies -, c'est plus compliqué.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

Non

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

C'est relativement fréquent, je dirai 25%. Ce sont plutôt des gens retraités. Chez les patients actifs, c'est plus difficile à quantifier.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

S'il s'agit d'une consultation, axée par exemple sur un motif de dépression, ou même limite burn-out, je vais systématiquement demander comment la personne dort.

Et sinon, quand quelqu'un se présente avec un motif plus commun et moins en rapport avec l'insomnie (angine, hypertension artérielle) ?

Non, mais sauf s'il s'agit d'infections à répétition, ou si je ressens une faiblesse chez le patient, dans ce cas-là je vais m'inquiéter de son état général et donc de son sommeil.

7. Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?

Non, non, on n'a pas le temps, non. C'est trop compliqué et trop long.

L'agenda du sommeil est ce que ça vous parle ?

Si c'est comme ça vous appelez le fait que le patient note ses heures d'endormissement, et de réveil, non, je ne l'utilise pas.

8. Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?

(rires !), non, pas du tout du tout !

9. Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?

(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)

Ça peut, oui ! Ce n'est pas forcément moi qui les prescrit. Eventuellement un peu d'acupuncture, mais encore il faut que j'y pense. Pas nécessairement. De la sophrologie, voilà ça m'arrive. Et bien sur des psychothérapies oui.

10. Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?

Si l'insomnie me paraît caractérisée avec une certaine durée, qu'elle est installée. Je vais répondre tout de suite, mais pas forcément quelque chose de très lourd, plutôt léger. Et bien évidemment je demande au patient de revenir me voir pour qu'on fasse le point.

11. Quand vous dites léger, à quel type de prescription vous pensez ?

Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?

Assez classiquement je prescris de l'ATARAX®, et éventuellement des OLIGOSOL®, des oligoéléments. Et sinon des benzodiazépines, mais vraiment j'essaie d'éviter d'avoir recours à ces types de traitements en tous les cas

L'Oligothérapie et l'ATARAX®, généralement c'est sur un mois. Je les revois ensuite à la fin de la prescription si la demande est toujours là, mais en générale, il n'y en a plus.

12. Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?

J'évite de prescrire, de plus en plus. La benzodiazépine doit être épisodique. C'est vraiment en troisième intention, je dois dire, après l'oligothérapie et l'ATARAX®. Quand les gens ne supportent pas l'ATARAX®, la benzodiazépine vient un peu se substituer à l'ATARAX®. Je les prescris en fait quand ils sont déjà en traitement, mais pas forcément de mon fait. Quand ce sont des hypnotiques qui font partie de la vie des patients, je ne me vois pas leur demander de s'en sevrer. Mais bon, je leur dis toujours, il vaut mieux ça, il vaut mieux éviter ... Mais de ma prescription, de mon fait à moi, c'est vraiment rarement des hypnotiques. Ou en tous les cas pour une durée limitée.

13. Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?

J'ai recours plus facilement aujourd'hui à l'ATARAX®, d'autant que je me suis rendue compte qu'en psychiatrie ils l'utilisaient *larga manu*, c'est donc pour moi aujourd'hui une alternative très intéressante aux benzodiazépines, parce qu'il n'y a ni dépendance ni accoutumance.

Je préfère à la limite traiter le patient pour une dépression, alors dans ce cas-là, je vais mettre le patient sous antidépresseurs, mais pas de lui prescrire systématiquement des hypnotiques.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Oui, alors j'en ai entendu parler, ou j'ai lu je ne sais plus trop où. Qu'effectivement, on s'apercevait que sur une fraction de 30% je crois, c'est assez élevé il me semble. Ce ne m'étonne pas, parce que je sens qu'on endort certains centres nerveux. Et j'ai entendu dire récemment que sur la maladie d'Alzheimer, qu'en réalité la mémoire était trainante et qu'on n'y avait plus accès. Donc ça ne m'étonne pas que ces fameuses molécules empêchent la conduction des informations aux centres intéressés, et donc ça me paraît en tous les cas très logique. Ce n'est pas forcément à cause de ça que je ne prescris pas de benzodiazépines, mais, parce que je m'en suis toujours méfiée.

Pour passer une crise aigüe, dans le cadre d'un burn out, ou autre, que le patient a rapidement besoin de se séparer de ses symptômes parce que ça risquerait de s'installer, là oui, mais en quantité limitée.

Vous arrivez à dire à vos patients que c'est pour une courte durée ? A ne pas le reconduire trop facilement ?

Alors, ça oui, ce n'est pas un problème, si on l'explique au patient, il comprend !

Enfin, la tendance est aujourd'hui à la prudence, enfin, j'ai l'impression.

INTERVIEW 3 – 7min 30

1. Caractéristiques de l'interviewé :

- a. Tranche d'âge : >55ans
- b. Sexe : masculin
- c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 34 ans
- d. Lieu(x) d'exercice : Paris
- e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non
- f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : y'en a eu oui.

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

C'est un trouble du sommeil, médical....C'est un manque de sommeil, exprimé par le patient.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*

Moyenne, si on peut dire comme ça.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

Je sais que ça existe. Mais je m'en rappelle plus. Comme je vous le disais, j'ai eu une formation il y a quelques années, on en avait parlé. Mais je ne les regarde pas tous les jours.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

Olala, c'est fréquent, c'est même très fréquent.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Systématiquement ? Non ! Il faut que le patient m'en parle globalement. Sauf s'il présente des signes ou des maladies psychiatriques. Je les recherches aussi chez les schizophrènes, les dépressifs. Ou aussi quand on recherche un syndrome d'apnée du sommeil. Enfin, quand on a des éléments qui nous amènent vers ça, vous voyez. Ça ne fait pas partie de l'interrogatoire systématique de tous les patients que je vois, ça non !

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

Non, pas du tout.

L'agenda du sommeil, on m'a déjà montré ça, mais je ne m'en sers pas

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Non, pas du tout.

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*

On peut les conseiller, oui.

A quel type de patient, dans quelle circonstance ?

La phytothérapie oui, ça m'arrive de le conseiller.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

Ca dépend des situations en fait. Je n'ai pas de conditions formelles.

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

Si je donne un somnifère, c'est STILNOX® ou IMOVANE®. Ce sont les plus fréquemment prescrits.

En général, ça dépend, plutôt 2 semaines parfois 4. Je réévalue en cours de traitement, ça dépend si les patients veulent bien, parfois ouais.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Pour le sevrage des benzodiazépines, en général. Ceux qui en prennent depuis 30 ans, il ne faut pas se leurrer, c'est difficile, je sais même pas si on essaie.

Si c'est moi qui instaure la prescription, c'est différent, je fais plus attention, et j'explique dès le début.

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Non, je ne pense pas qu'il y a quelque chose de fondamentalement différent, non. A part que, si je prescris des benzo, je suis beaucoup, beaucoup plus attentif.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Heu, oui. C'est un intéressant. C'est sûr que c'est un argument en plus pour les patients, mais les gens le savent. Ils lisent les médias, ils ont entendu parler de tout ça, Alzheimer, les traitements... Donc oui, c'est un bon argument pour arrêter.

INTERVIEW 4 – 7min 54

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge :>55ans
 - b. Sexe : Masculin
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 35 ans
 - d. Lieu(x) d'exercice : Paris
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : oui et non

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*
C'est une personne qui n'arrive pas à dormir.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques sur les insomnies ?*
Peut-être, je ne sais pas...

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*
Très peu, car je suis beaucoup d'enfants et d'adolescent, et quelques personnes âgées.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
J'aime bien parler avec les patients. Mais je ne leur pose pas la question parce qu'on se connaît suffisamment pour qu'ils puissent m'en parler.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Non, pas du tout

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
Non, non

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*
Plutôt, un peu de phytothérapie d'abord.
Et quel type de phytothérapie ? C'est à base de plante, de la Valériane.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*
Après avoir discuté avec le patient, savoir s'il est angoissé ou pas.

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*
Après avoir parlé avec lui et discuté avec lui, pour savoir ce qu'il se passe. Et si besoin je lui prescris plutôt un anxiolytique. *Lequel en général ? Et pour quelle durée ?* Tout dépend de si c'est occasionnel ou pas.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

D'abord je n'en prescris pas beaucoup, et ensuite j'ai beaucoup de difficulté à les arrêter. *Pourquoi ?*
Tout simplement parce que les patients ne veulent pas les arrêter.

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Non, elle n'a pas changé, non.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Mais à partir de quel âge ? N'importe quel âge ? Non, je n'étais pas au courant. Mais il y a des gens qui ont une maladie d'Alzheimer qui n'ont jamais pris de benzodiazépines...

Oui, bien sûr, ce n'est pas la seule de maladie d'Alzheimer, mais est-ce que vous pensez du coup, que cela va changer votre pratique ? Vous savez, de toute manière, j'essaie de ne pas trop en prescrire, mais c'est parfois très difficile. C'est facile d'en parler mais quelque fois quand on est devant un patient, et avec sa demande, et qu'il y a un grand mal-être, il faut l'aider à passer un cap. Et voilà, Chacun est très différent. C'est en en discutant, et avec la pratique. Tout dépend de la pratique et tout dépend du patient. C'est ça la vraie pratique. Ce n'est pas pour ça que je suis un fan des neuroleptiques ou des somnifères. Ce n'est en tous cas pas une prescription de facilité.

15. *Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter, notion que je ne vous aurais pas posée à propos des insomnies ?*

Je pense qu'il faut rechercher parfois un état d'anxiété ou un dépressif latent. Alors vous me parlez de maladie d'Alzheimer, d'accord, mais avant d'aller voir ça, moi je vais chercher un état dépressif latent. La maladie d'Alzheimer arrive parfois des années après, alors que la dépression elle est là, elle est présente et on ne la voit pas si on ne la cherche pas. C'est pour ça que je recherche systématiquement la dépression. Pas forcément dans le cadre d'insomnie occasionnelle, mais dans le cadre d'une insomnie chronique qui s'installe oui, j'y pense toujours.

INTERVIEW 5 – 7min 41

1. Caractéristiques de l'interviewé :

- a. Tranche d'âge : >55ans
- b. Sexe : Masculin
- c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 40 ans
- d. Lieu(x) d'exercice : Paris
- e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : Acupuncture
- f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : en acupuncture oui, en congrès

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

Alors, l'insomnie, c'est en fait...Y'a beaucoup de gens qui vous disent, « je suis insomniaque », mais en fait ils dorment 6 ou 7 heures, mais je me réveille 3 ou 4 fois par nuit. Mais alors je pense qu'il y a beaucoup de patients qui prennent des somnifères alors qu'ils n'ont pas d'insomnies. Alors pour moi, ça ce n'est pas l'insomnie. L'insomnie c'est quelqu'un qui met 3 heures à s'endormir ou alors qui dort 3 heures qui se réveille et qui ne se rendort plus. En fait y'a des patients pour qui une

insomnie c'est ne pas dormir 7heures d'affilés. Y'a au moins un somnifère sur deux qui est prescrit pour rien.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*
Nulle ! Ben pour moi ça ne veut pas dire grand-chose. Mais oui, ça je sais les traiter, mais avec mes aiguilles, c'est tout ! Alors, oui, ça je les fais dormir !
4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non, non, oh non.
5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*
Très peu, je dirais 5%, pas plus. Mais c'est parce que je fais de l'acupuncture.
6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
Je ne cherche pas, j'en sais rien en fait, je ne cherche pas.
7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Oula non, je ne sais même pas que ça existe.
8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
Non, non.
9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*
Acupuncture, je ne fais que ça. Ça se fait en 4 -5 séances. De séances qui durent 20 minutes, pour n'importe quel type d'insomnie, c'est tout.
10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*
Je ne suis pas du tout concerné par les hypnotiques.
11. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*
HA ben oui, ça je les aide, j'y arrive. Je fais ça souvent en plusieurs séances, et progressivement sur un mois. Je n'utilise pas d'autres arguments que l'acupuncture, mais c'est vrai que les gens qui viennent me voir sont motivés.

INTERVIEW 6 – 12min05

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge : 41-55ans
 - b. Sexe : Masculin
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 25 ans
 - d. Lieu(x) d'exercice : Paris
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : globales plutôt.
2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*
C'est un trouble du sommeil.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances diagnostiques ou thérapeutiques sur les insomnies ?*
Moyenne je dirais.
4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non
5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*
C'est très fréquent.
6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
Pas systématiquement. Ca dépend e la demande du patient, ou s'il se plaint d'anxiété.
7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Ca dépend. L'interrogatoire essentiellement. Ca dépend si l'interrogatoire orient plutôt vers un stress. *Est-ce que vous cherchez des maladies associées ?* Ca dépend du contexte, s'il n'y a pas une cause physiologique ? Oui, pourquoi pas. Chez un quelqu'un qui est dépressif, il me paraît utile de faire un examen du sommeil, ou quelqu'un qui est harcelé au travail. *Vous faites quoi du coup dans ce cas-là comme examen ?* Dans ce cas-là, je ne fais pas d'examen complémentaire...
8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
Non, pas du tout
9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*
Oui, en général je commence par la phytothérapie. EUPHYTOSE®. J'essai en général 15 jours
10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*
Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?
S'il y a un état dépressif, des antidépresseurs. S'il y a de l'anxiété, des anxiolytiques. Des somnifères, pareils.... Pour la durée, ça dépend du contexte. S'il s'agit d'une insomnie réactionnelle, ça dépend de la durée du souci. C'est plutôt au cas par cas pour la durée. Je n'ai pas de limitation de durée.
11. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*
Ca dépend de la personne. Le temps que la personne fasse le point, le décide. En général, je fais le point sur la situation. Mais j'essaie de prescrire pour des durées courtes. Mais non j'ai peu de difficultés, enfin, surtout chez les personnes âgées, parce qu'il y a un retentissement autre que sur le sommeil, sur le quotidien....
12. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*
J'ai de plus en plus de consultation pour ça. Quand je me suis installée, on prescrivait des anxiolytiques à gogo, la phytothérapie ça n'existait pas. Mais globalement j'ai de plus en plus de consultation pour ça, oui.

13. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Oui. Les gens sont au courant, beaucoup de gens connaissent, c'est passé aux infos. C'est une bonne chose. C'est pour ça que les gens nous en parlent et veulent revoir leur situation.

14. *Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez rajouter ?*

Heu, non, c'est bien.

INTERVIEW 7 – 7min18

1. *Caractéristiques de l'interviewé :*

- a. *Tranche d'âge : 41-55 ans*
- b. *Sexe : Féminin*
- c. *Durée de l'exercice en ambulatoire : 23 ans*
- d. *Lieu(x) d'exercice : Paris*
- e. *Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non*
- f. *Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non*

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

Ce sont des troubles de l'endormissement ou des réveils nocturnes fréquents.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*

Oui, je suis plutôt à l'aise avec le sujet

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

Je n'en sais rien si je les connais... ! On va dire non !

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

Un quart, un tiers, on va dire 30%. Ha oui, c'est beaucoup, c'est sûr. Et *chez vos patients actifs, les 20-65 ans ?* Un quart, 20 % allez.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Je pose la question en général. Quand ils sont fatigués, qu'ils ne sont pas en forme. Je ne dépiste pas systématiquement de maladie associée.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

Non, oulala non !! (rires). Vous verrez, on n'a pas le temps vous savez. Vous verrez !

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Non.

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?*

(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)

Je ne sais pas. Psychologue ça peut arriver si c'est en rapport avec un problème psychologique. L'acupuncture, je ne sais pas. En tous cas je ne contre-indique pas. Quand ils m'en parlent je les suis.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

Je ne prescris pas régulièrement. Je préfère la phytothérapie. Je prescris un traitement médicamenteux quand c'est un accident de parcours isolés ou alors si ce qu'on a essayé ne marche pas, quand il n'y a rien qui marche

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

Ha oui, c'est court quand même si je dois prescrire une benzo. Je les revois en général à 2 ou 4 semaines après. Pour la durée ça dépend s'ils sont âgés ou pas, des habitudes qu'ils ont. Chez les jeunes oui, je prescris pour une durée courte.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

En première prescription non, je n'ai pas de difficultés. Par contre ceux qui en ont au long cours, ..., oui, c'est dure. J'essaie, mais, ils sont demandeurs, ils ne peuvent pas s'en passer.

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Je fais peut être beaucoup plus attention avec le temps. On est un peu plus inconscient au départ, (rire !) et un peu moins à l'arrivée. Je suis beaucoup plus prudente dans mes prescriptions oui.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Oui, j'en ai entendu parler. Mais, je vous dis, de toutes façons, comme j'essaie au maximum d'éviter d'en donner.

15. *Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?*

Non, enfin, c'est globalement. Le recul et l'expérience, et la connaissance de chaque patient qui fait que petit à petit, qu'on arrive à faire attention à ce qu'on donne. Surtout quand on connaît ses patients qu'on fait attention à ce qu'on donne.

INTERVIEW 8 – 13min18

1. *Caractéristiques de l'interviewé :*

- a. *Tranche d'âge : >55ans*
- b. *Sexe : Masculin*
- c. *Durée de l'exercice en ambulatoire : 34 ans*
- d. *Lieu(x) d'exercice : Paris*
- e. *Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non*
- f. *Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non*

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

Plainte assez fréquente avec des gens qui en souffrent et d'autres qui s'en fichent. Puis de savoir si ça ne les gêne dans leur vie quotidienne, ça dépend s'ils sont fatigués ou pas, pour savoir si ça vaut la peine de mettre en place un traitement ou pas, pas forcément médicamenteux d'ailleurs. Voir un peu ce qu'on peut faire pour les aider.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances diagnostiques ou thérapeutiques sur les insomnies ?*

Ce qui me pose des problèmes c'est qu'il y a des gens qui se plaignent d'insomnie depuis longtemps, et pour ceux-là c'est un peu difficile de trouver une solution. Ça m'arrive de faire vérifier sur le plan cardiaque ou s'il n'a pas des apnées du sommeil par des spécialistes, ou des choses comme ça. Il y a aussi tout l'aspect psy, qui nécessite une prise en charge de ce côté-là. C'est vrai que dans ce cas-là, ce sont des insomnies-symptômes ou quelque chose du genre. Et dans ce cas-là, il faut s'occuper de quelque chose.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
J'en sais rien si je les connais, j'y fais pas très attention. Et puis, on ne les reçoit pas quand même. Si on les cherche on les trouve. Ils en pondent régulièrement, mais on ne sait pas très bien qui fait quoi la dedans, et s'ils pouvaient en faire part ce serait plus utile.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

Alors il y a des gens qui sont insomniaques depuis toujours, et qui prennent des petits traitements qu'ils ne veulent surtout pas arrêter, et qui sont persuadés que ça ne sert à rien mais qu'on ne peut pas arrêter quand même. Pffffff, proportion, je ne pourrais pas dire. J'ai l'impression que c'est très fréquent chez les personnes âgées, mais que chez les plus jeunes c'est plus souvent des insomnies de type réactionnelles, parce qu'ils ont des soucis, ou une période de stress, une séparation ou je ne sais quoi. Dans la population des gens actifs, je dois dire que ce ne sont pas ceux qui s'en plaignent le plus. Le sommeil c'est quand même quelque chose qui se dégrade avec les années. Vous verrez, ça ne s'arrange pas ! (rire) Les nuits sont moins réparatrices, plus entrecoupées de réveils, et du coup c'est moins confortable.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Je ne leur pose pas systématiquement la question, non. Enfin, ça dépend pourquoi ils viennent me voir. S'il y a des troubles anxieux ou des choses comme ça, je leur demande. S'ils viennent me voir parce qu'ils se sont fait une entorse de cheville, non. Ça dépend clairement du contexte oui, je ne leur pose pas la question tout le temps.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

Quelque fois j'essaye, mais c'est difficile. Pour les gens jeunes, souvent je leur demande de faire un petit agenda, mais au lieu de mettre ça sur un joli carnet, ils écrivent ça sur des petits bouts de papiers qu'ils perdent et qu'on ne voit jamais. Donc l'idée est très belle, mais en dehors des obsessionnels, ça ne marche pas.

Est-ce que vous dépistez des maladies associées ?

C'est-à-dire que quand il y a des maladies associées..., ça dépend si les gens viennent me voir parce qu'ils sont fatigués, de savoir quelle est la qualité de leur sommeil peut être des questions sur lesquelles on enquête ; après ça savoir c'est un symptôme qui le gêne ou pas, on en parle aussi.

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Non

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*

Oh oui, ça arrive. J'essaie de voir comment ils peuvent améliorer leur sommeil, leur environnement, leur activité physique....Un peu de phytothérapie éventuellement ; pourquoi pas. L'acupuncture, non, pas tellement. Et après ça, les thérapies comportementales, c'est surtout quand il y a un contexte psychologique associé.

10. Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?

Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?

Ca dépend du contexte. En fait chez les gens jeunes c'est souvent réactionnel. Et la question 'est réactionnel à quoi ? S'il y a un drame dans leur vie, j'essaie de donner des produits plus actifs, plus efficaces que si c'est simplement un mal être général ou on peut utiliser une phytothérapie ou autre chose de plus léger.

Si c'est une première prescription, je ne leur propose pas de prendre un traitement systématique déjà. Donc je commence, déjà, ma première prescription ce n'est pas un traitement. Puis de savoir s'ils ont passé une ou deux mauvaises nuits, qu'ils prennent un traitement pour la nuit d'après, pour qu'ils arrivent à se reposer au moins une fois de temps en temps. Et puis après ça, de les revoir pour savoir s'ils en ont besoin régulièrement pour voir comment on gère ça. Donc c'est ça, je le prescris d'abord de façon ponctuelle. On ne va pas commencer par un traitement au long cours pour des insomnies qui sont présentes pour la première fois ; enfin, je ne trouve pas que ce soit une bonne idée.

11. Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?

Quand on prend une prescription qui au départ est ponctuelle, ça permet de s'arrêter plus facilement. Les principaux sevrages difficiles sont surtout les patients âgés qui prennent leur petit comprimé le soir depuis 20 ans. On peut toujours en parler, mais c'est voué à l'échec dans à peu près 100% des cas ! (rires !). Donc on en parle mais voilà, ce n'est pas bon pour la mémoire, ce n'est pas bon pour l'équilibre, ce serait bien d'essayer de diminuer un peu..., « mais je peux pas m'en passer docteur, j'en prend depuis je ne sais pas combien de temps... » Et puis voilà ! Qu'est-ce que vous voulez, on ne va pas se battre hein !

12. Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?

Surement, mais je ne sais pas. On en parle souvent, mais d'abord ça évolue très progressivement tout et les moyens n'ont pas beaucoup évolués. On parle beaucoup plus d'apnées du sommeil que quand je ne me suis installé, où c'était des notions qui n'existaient pas. Mais en dehors de ça, tous les somnifères qui existent maintenant ils existaient déjà pratiquement il y a 30 ans. Ils ont peut être changé de nom mais bon... Mais y'a plus de thérapie comportementales, y'a les apnées du sommeil qui sont apparues dans les dernières décennies. Y'a des évolutions par exemple, mais bon. D'un point de vue médicaments, y'a pas des trucs... heu...

13. Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?

Oh ça, c'est des sujets dont on entend parler depuis longtemps.... Le problème des benzodiazépines au long cours, c'est que c'est très difficile de convaincre les patients de les arrêter, parce que souvent, ce sont des gens âgés. Quand on voit un patient, ce n'est pas des statistiques... C'est vrai que ces informations, ça permet un peu de diminuer les traitements en leur expliquant qu'ils risquent une maladie d'Alzheimer.

14. *Est-ce que vous avez des idées à rajouter?*

Il faut revenir, pour les insomnies chroniques ou les mauvaises qualités de sommeil chronique, il faut vraiment y revenir souvent, leur expliquer des petits trucs. On arrive quelque fois.

Donc vous le mettriez dans la case des maladies chroniques ? Oh oui, les insomnies non chroniques ce n'est pas un problème, vous prenez un somnifère vous dormez une bonne nuit, et l'affaire est réglée, on n'en parle plus ! Ce n'est pas ça le problème, ce sont les insomnies chroniques et la dégradation du sommeil avec le temps.

INTERVIEW 9 – 24 min26

1. *Caractéristiques de l'interviewé :*

- a. *Tranche d'âge : 41-55ans*
- b. *Sexe : Féminin*
- c. *Durée de l'exercice en ambulatoire : 10 ans*
- d. *Lieu(x) d'exercice : Paris*
- e. *Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : médecine du sport, gériatrie, Urgence, acupuncture*
- f. *Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : oui, surement.*

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

C'est un retentissement sur la vie qui n'est pas facile je trouve. Les gens se sentent fatigués. Sinon, c'est un reflet de notre anxiété en fait. C'est un reflet de tous nos soucis.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*

Oui, je suis à l'aise. Sauf quand il y a des pathologies psychiatriques, là c'est plus difficile. Y'a des gens pour qui ça s'est dégradé. C'est souvent des gens qu'on ne connaît pas, ce ne sont pas forcément nos patients, ce sont des nouveaux patients et on l'a pas senti venir. C'est difficile à prendre en charge.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

Je les connais pas forcément, enfin je pense je vais vous dire. Ils nous ont demandé de diminuer les benzo, et de mettre des benzo de courte durée d'action, mais surtout de les mettre sur une courte durée, 2 jours, 4 jours. On ne demande aussi de prévenir les gens que c'est temporaire, ce que je fais. Sur la partie diagnostique, je ne sais pas. Comme je fais très peu d'examens complémentaires, c'est une partie que je ne connais pas. Une fois j'ai vu un jeune qui faisait de l'épilepsie, mais c'est rare.

Après, il y a les centres du sommeil. On les envoie quand on est en échec de traitement, ou alors qu'on ne comprend pas vraiment ; quand ça dure ou que c'est vraiment invalidant dans leur vie personnelle ou dans leur vie professionnelle. Dans ce cas-là je leur fais un courrier et je les adresse à un centre du sommeil. Quelque fois ce sont les gens eux même qui disent, « je veux consulter », quand ils sentent que ça les dépasse. Les autres en général ils sentent que ça va s'arrêter, que ça ne va pas durer.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

Je trouve que c'est très fréquent. On doit souvent faire face à refuser des somnifères, des anxiolytiques. Vous voyez ce que j'en pense ?!

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Je trouve que je ne fais pas souvent de dépistage. Si par contre, quand je sens qu'ils vont mal, qu'ils ont des soucis, je leur demande, si, quand même. Mais parfois on oublie, et puis c'est eux qui nous disent parce que c'est insupportable. Quelque fois, on pose la question, et ils nous répondent « alors là, avec tous les soucis dont je vous parle, je ne comprends pas, je dors super bien », et d'autres qui vous disent, « ha non, vraiment, je dors très mal ». On pose la question quand même. En même temps, c'est normal, c'est tellement fort, en général ça vient. C'est même parfois le premier motif.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

Non, jamais !

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Pas du tout.

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*

La phytothérapie, les livres, la relaxation aussi y'a un livre qui marche bien. Je leur dis d'aller sur internet aussi, y'a des sites qui marchent bien. *Y'a des patients pour qui ça suffit de faire un peu de relaxation sur internet ?* Y'en a qui disent « si le médecin le dit, alors ça me rassure ». C'est vrai, je trouve que ça les rassure. Je leur dis d'aller sur internet alors que normalement je leur dis de ne pas y aller ! En vrai ce sont des patients qui m'ont dit que ça marchait. Qu'il y avait des trucs sympas. Y'a aussi des professionnels qui distribuent des plaquettes. Y'a pas longtemps, il y en a une pas loin du cabinet qui m'a donné une plaquette sympa, je l'ai gardé et je l'ai donné à quelques patients. Il faut rester ouvert !

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?

D'abord, je commence toujours pas non médicamenteux, de l'homéopathie ou de la phytothérapie parfois. Et y'en a, ça marche pas, alors je leur donne ZOLPIDEM. La plupart du temps je leur propose, et il y en a beaucoup, c'est drôle qui me disent « je ne veux pas de médicament ». Alors là, dans ce cas-là, je ne prononce plus aucun nom de molécule. Sinon, je leur dis bien que c'est temporaire, et tout ça. Sinon, je leur dis, est ce que ça vous va si je vous donne de l'homéopathie, et là ils me disent « oui, oui », alors dans ce cas-là, je fonce ! Si ça ne marche pas, je ne suis pas têtue. Y'a un monsieur e 47 ans, il avait des soucis d'amour, et pour lui, ça a pas marché ! Il est revenu me voir en me disant que ça ne marchait pas, alors là, je suis passée à du ZOLPIDEM, mas je lui ai bien dit, ½ comprimé. Et puis là, je ne l'ai pas revu.

Et vous prescrivez pour quelle durée dans ce cas-là ? Bref, pour une durée brève. Pour 15 jours. Mais je ne refixe pas un rendez-vous. Je leur dis de revenir me voir si ça ne va pas. Je ne veux pas prendre le risque qu'ils me redemandent ! (rire). Ce n'est pas la même chose pour la dépression. Dans ce cas-là, je fixe le rendez-vous. Et si je vois qu'ils sont un peu opposés, alors je leur dis, dans un mois. Mais pour les troubles du sommeil, s'il n'y a pas d'anxiété ou de dépression, je leur donne, et je leur dis que si ça ne va pas, ils reviennent me voir.

Mais c'est sûr, je ne commence jamais par la benzodiazépine. J'ai suivi un séminaire y'a deux-trois ans, d'une journée, c'était intéressant, avec les feuilles là, les emplois du temps, les agendas du sommeil. Mais je ne les ai jamais redonnés. Je n'ai jamais eu l'occasion. Parce qu'en fait, je n'ai jamais eu d'insomnie qui dure, qui dure. Ha j'en ai un tient, il faudrait que je lui propose.

11. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Vous n'allez pas me croire, mais j'ai sevré quelqu'un avec de l'homéopathie y'a deux ans. Bon, maintenant j'y crois. J'en ai un autre, un monsieur, j'ai arrêté de lui prescrire son LEXOMIL®. Mais bon, il prend celui de sa femme. Mais j'ai refusé de le lui prescrire. Je m'en fou. Mais lui, il est un peu dépressif avec une femme hyper anxieuse, je l'ai revu la semaine. Alors j'ai proposé de lui prescrire de la MIANSERINE®. Et pour la première fois, il ne m'a pas dit non. Mais vous savez au fond de mois, le LEXOMIL®, je pense que ce n'est pas un bon médicament, alors je ne veux plus lui prescrire. J'ai décidé qu'il se démerde. Mais au moins il a accepté autre chose.

12. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Oui, parce que j'ai eu des formations. J'ai fait deux formations, deux jours sur l'insomnie, et j'ai aussi fait une formation avec le réseau Morphée, c'était sur les alternatives aux benzodiazépines. Ça m'a dit que ce n'est pas automatique les benzo. Je le savais déjà, mais j'avais besoin de me conforter dans mes positions. Le DOLIPRANE® aussi c'est bien ! (rire). Ça marche pour tout ! Ça marche sur tout. Je le prescris en PARALYOC®, c'est super, en sublingual, ils n'ont même pas besoin de se lever, ça marche vraiment bien. Cette formation en fait m'a ouvert et m'a conforté dans ma palette. Et puis, ça m'a donné de la force pour refuser. Et puis, quand on est passé au ROSP, là. Ils nous ont demandé de baisser la prescription de LEXOMIL®, ça m'a aidé moralement et professionnellement. Ça donnait presque une injonction en quelque sorte. Et moi je m'en fou, je leur dis, la sécu elle veut plus qu'on en donne. En fait, il faut reconnaître que ces trucs nous ont aidés quand même. Ça m'a donné un argument en plus oui. Pour moi-même. Et pour refuser aussi. Je ne m'en sers pas comme une punition, je m'en sers comme un levier, vous voyez ? Comme un truc positif, pour moi c'est positif. Parce que c'est très mauvais ces médicaments. Moi je dis aux gens, « il faut qu'on me paye ! Et même si on me paye, je ne les prends pas ! » Ils me regardent avec des grands yeux, c'est étonnant. On me les offre je ne les prends pas, on me paye, je ne les prends pas non plus. Parce que mon patient qui est très très accro, la dernière fois que j'ai dû lui en prescrire, il m'a dit « mais maintenant, j'en prends deux ». Je lui dis que ça ne sert à rien, mais il me dit « mais si ça me sert ! ». Quand les gens sont convaincus que c'est efficace, on n'y peut plus rien.

13. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Ha ben oui, je leur dis . Mais ils n'y croient pas les gens. *Il y a une étude canadienne qui en parle.* Ha ben oui, il m'a semblé qu'il y avait une pression de plus en plus importante là-dessus. Oui, j'avais vu un article où ils parlaient du lien avec la maladie d'Alzheimer.

Alors, les gens, leur argument c'est « oui, mais moi je connais ma grande tante qui en a pris toute sa vie, et elle va très bien ». Ou alors, la femme de 48 ans « moi, ça fait longtemps que j'en prends, mais je suis bien ». Alors moi je leur dit, « vous prenez un truc qui agit sur votre sommeil, mais vous pensez vraiment qu'il n'agit pas sur votre cerveau ? »

J'ai fait la comparaison avec l'alcool. Ça rend ivre, mais ça abîme le cervelet... Ha bon ? Les gens sont très surpris ! Y'a beaucoup de jeunes étudiants en médecine qui en prennent aussi, mais je pense que c'est surtout pendant les concours, enfin j'espère ! (rire !)
Ça ne sert à rien de manger des légumes si c'est pour prendre des benzodiazépines.

INTERVIEW 10 – 9min00

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge : 30-40 ans
 - b. Sexe : Féminin
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 5 ans
 - d. Lieu d'exercice : Paris
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : Gynécologie et Pédiatrie
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*
C'est des troubles du sommeil, qui pourraient être soit des troubles liés à l'endormissement, soit des réveils au cours de la nuit.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*
Je ne suis pas hyper à l'aise. C'est quelque chose dont on n'a pas beaucoup de formation là-dessus, donc, non, je ne suis pas hyper à l'aise.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Pas du tout

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*
C'est un biais parce que j'ai quand même pas mal d'enfants. Chez mes patients, actifs, heu, je dirais plutôt 10-15%.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
Soit c'est un motif de consultation, directement une plainte du patient. Ou alors après ça va être dans le cadre d'un bilan de fatigue. Dans le cadre plutôt de plainte psychologique, burn out, anxiété, dépressif, etc. Ha oui, et puis, il y a les histoires d'apnées aussi.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Non, non, je ne les connais pas. *Et même l'agenda du sommeil, pour le suivi ou la prise en charge ?*
Heu, non, je ne sais pas trop comment on fait.

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
Alors j'ai eu, enfin, j'ai remarqué quand même qu'il y avait une augmentation des consultations pour trouble du sommeil suite aux objets connectés, que les gens du coup analysent leur sommeil, et sont inquiets de voir certains chiffres alors qu'ils n'ont pas de plainte fonctionnelle. Ce sont des chiffres

donnés par les objets connectés, les montres etc. *Ha oui, je ne savais pas ?!* Enfin, ça, c'est pour le coup, le cadre actif du 15^{ème} arrondissement. Du coup, ils regardent les données qu'analysent leurs montres là, et après ils comparent avec leur femme souvent. Et ils me disent « ben, on n'a pas pareil, et moi j'ai remarqué que moi, je dormais moins, j'avais moins de sommeil profond machin... Et ce n'est pas normal, alors qu'au départ, je n'avais aucun symptôme, aucune plainte. »

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?*

(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)

Oui, oui. Parce j'avais oublié de vous en parler de ça aussi. Les insomnies de la grossesse, c'est très fréquent aussi.

Pour tout ce qui est traitement non pharmacologique du coup, je le prescris chez la femme enceinte, l'acupuncture oui. Après, je ne sais pas, mais selon le contexte, j'essaie d'abord la phytothérapie. Voilà.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

C'est compliqué parce que ça dépend vraiment du patient en fait. Chez la femme enceinte, c'est clair que je n'en prescris pas. Mais après, ça dépend complètement du patient. Il y en a qui sont totalement contre, y'en a qui ont aussi besoin de quelque chose de plus fort, et puis qui n'en veulent plus. Ça dépend des souhaits du patient. Après, moi je n'aime pas trop les somnifères.

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

Après, si je prescris quelque chose, c'est plutôt de l'ATARAX®. Si c'est moi qui initie une prescription, c'est en général pour une dizaine de jours. *Vous revoyez les patients après ?* C'est pareil, ça dépend un peu du contexte. Si je ne les revois pas après, j'imagine que ça va mieux ! Après quand c'est un burn-out, je les revois.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Alors, je n'ai pas beaucoup de personnes âgées, mais j'en ai quand même un petit peu, et qui ont de l'IMOVANE® depuis 20ans, et c'est compliqué de leur arrêter, hein. *Et chez vos patients actifs qui en prennent depuis un mois ou deux et qui trouvent ça bien ?* Non, je n'ai pas trop de difficultés c'est vraiment plutôt avec les personnes âgées.

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Ça ne fait pas très longtemps que je suis installée, mais après, c'est mon expérience personnelle qui fait que ça change un petit peu.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela influence votre pratique ?*

Ben, je vous dis je n'en prescris pas trop des benzodiazépines, donc bon.

15. *Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter, que je n'aurai pas évoquées dans mon questionnaire ?*

Non, non, ça va.

1. Caractéristiques de l'interviewé :
 - a. Tranche d'âge : >55ans
 - b. Sexe : masculin
 - c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 45 ans
 - d. Lieu(x) d'exercice : Bagneux
 - e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : hépatologie
 - f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*
Une définition simple, c'est des difficultés à dormir.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*
Non, je suis très mal à l'aise sur le diagnostic, par ce que je pense que le diagnostic n'est pas très difficile à faire. Mais le pourquoi est plus difficile à trouver, et les traitements encore plus. Et je le pense, d'autant plus que les traitements qu'on peut utiliser dans l'insomnie, sont des traitements auxquels on s'accroche et ça peut poser d'autres problèmes après.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non, je ne sais pas. Je ne savais même pas qu'il y avait des recommandations.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*
C'est beaucoup hein. On pourrait dire 20%. Mais c'est souvent une pathologie associée. Souvent c'est des gens qui viennent, qui disent « je suis malade », et en plus qui ne dorment pas. Ce n'est pas une plainte principale, c'est secondaire. Après il y en qui viennent pour ça.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*
Je les dépiste en fait quand les gens viennent se plaindre de fatigue ou de quelque chose qui n'est pas bien étiqueté, qui sont anxieux ou autre. Je dois dire que dans ce cas-là, c'est relativement facile, j'y pense tout de suite, voilà. Et puis le gens, parlent facilement du sommeil aussi. Ce n'est pas un tabou, hein, pas du tout.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
Non, pas du tout.
Est-ce que vous dépistez des maladies associées ? Des apnées, des trucs comme ça ? Oui, bien sûr. Pour les apnées, je les envoie à des spécialistes pour des enregistrements du sommeil, et après je vois avec un pneumo, ou alors ça peut être psy aussi, des dépressions. Parce que l'insomnie, pour moi en tous cas, ce n'est pas une maladie en soi, c'est un symptôme. Je pense que tu vois, c'est accompagnateur d'un état psychologique un peu fragile. Parce que le sommeil c'est très particulier. Y'a des gens en revanche qui dorment beaucoup pour fuir un peu la situation, et qui dorment bien, ce n'est pas pour autant qu'ils sont... tu vois ? Il faut aussi faire attention, mais dans l'autre sens.

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
Non, pas du tout.

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?*

(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)

Oui, bien sûr. [pause] Oui, j'utilise la phytothérapie, des choses comme ça. *Et dans quelles circonstances ?* Ben c'est parce que je pense, en fait, je pense, que c'est un problème d'effet placebo. Et de la manière dont tu prescrites ces médicaments-là. Je n'y crois pas une seconde sur leur efficacité véritable (rire). L'efficacité, c'est la prise en charge par le toubib, et comment il prescrit ça tu vois. Quel est le contexte ? La demande du patient ? *Donc, il y a une prise en charge psychologique importante ?* Oui, parce que pour moi l'insomnie c'est quelque chose de psychologique. En tous cas dans les trois quart du temps.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

Quand je sens que les gens sont à une certaine limite, tu vois. Quand je considère qu'ils vont rentrer dans des dépressions un peu particulières, c'est-à-dire que... En fait c'est souvent, les gens viennent te voir avec un vrai problème, soit un début d'état dépressif, soit un burn out, avec quelque chose si tu veux, où l'insomnie va s'associer. Et l'insomnie est un facteur aggravant de ces situations-là. C'est purement personnel comme avis. Je pense que en les faisant dormir de temps en temps, tu vois, ben, je pense qu'ils récupèrent. Ou alors les gens sont extrêmement fatigués parce qu'ils n'ont pas dormi pendant un mois, et là, il faut faire quelque chose sinon, ils vont exploser.

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

Alors, je peux le prescrire pour 15 jours. Mais c'est vrai que souvent les gens s'y habituent. ET, et, et à une époque, on en prescrivait tout le temps, c'était vraiment prescrit tout le temps. Et là, on revient sur ces décisions, on prescrit, on essaie de limiter. On diminue la dose, j'essaie de faire arrêter... Mais tu vois, les gens sont mieux. On fait ça quand les gens vont mieux, quand ils sont capables d'arrêter, parce que très souvent..., tu sais les benzodiazépines, y'a tellement de gens qui y sont accrochés. Et que justement, tu ne peux pas leur refuser de leur donner, mais ce que tu peux faire en revanche, c'est commencer à essayer de faire en sorte, de, de, de diminuer les doses, et d'essayer d'arrêter tu vois. Après, c'est plus la pathologie de l'insomnie, mais c'est la pathologie de la drogue tu vois ! (rires). Voilà, c'est une addiction, c'est autre chose encore.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Quand c'est moi qui initie une prescription... j'avais du mal à une certaine époque. Mais maintenant j'ai plus de bouteille, j'y arrive un petit peu plus. Tu vois, j'ai ce sentiment de maîtriser un peu. Mais après, des grands addicts, ils iront chez un autre toubib tu vois.

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Ha oui, bien sûr. Parce que moi, ça fait longtemps que je travaille. Et que à l'époque, il y avait des traitements qui étaient bien plus lourds que ça, le ROHYPNOL® et tout ça, et on donnait pour le côté miracle. Y'avait un peu ce côté miraculeux qui faisait dormir. Mais on ne connaissait pas trop les effets secondaires, qu'il fallait connaître. Et puis avec le temps, avec les études, la prévention tout ça, on a changé de pratique quand même.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ?*

Oui. *Et qu'est-ce que tu en penses ?* Ben, je ne sais pas... Y'en a qui disent que c'est complètement faux... Et y'a des gens qui disent que c'est vrai. Mais ce que je pense, mais aussi qu'il n'y a aucune, aucune étude qui a été faite là-dessus. En fait, je ne pense pas que ce soit si simple que ça. Le problème en fait, c'est que, c'est très difficile... comment dire... Il ne peut pas ne pas y avoir de biais là-dedans, parce que c'est quelque chose de très, très subjectif le sommeil. Ce n'est pas un symptôme comme un bouton qui apparaît tu vois. *Après, la prise et la consommation de benzodiazépines, c'est quelque chose qui est quantifiable quand même ?* Non, non, je ne suis pas d'accord, tu ne peux pas savoir, il y a quand même un gros facteur psy. Et le côté psy, y'a tellement de choses qui interviennent, tellement de choses. Donc, c'est très difficile tout ça, sans avoir de biais dans, dans les évaluations quoi. Ca dépend de quel côté tu abordes le problème. Mais c'est dur à faire une étude. Une étude sans biais, c'est vachement dur.

15. *Est-ce qu'il y a autre chose à rajouter ?*

Heuuu, non c'est bon.

INTERVIEW 12 – 10 min 09

1. *Caractéristiques de l'interviewé :*

- a. *Tranche d'âge : >55ans*
- b. *Sexe : Masculin*
- c. *Durée de l'exercice en ambulatoire : 45 ans*
- d. *Lieu(x) d'exercice : Paris*
- e. *Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : Non*
- f. *Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : Oui, mais sans lien avec l'insomnie*

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

C'est une difficulté de l'endormissement ou des réveils précoces et fréquents pendant le sommeil, avec des difficultés à se ré-endormir.

3. *Comment estimez-vous vos connaissances diagnostique et thérapeutique sur les insomnies ?*

En terme de thérapeutique, je conseille aux gens de prendre le moins de somnifères possible, pour ne pas qu'il y ait accoutumance. *Oui*. Mais malheureusement le gens en redemandent et préfèrent être accoutumés. (Rires). Voila. J'essaie aussi au niveau thérapeutique, j'essaie d'autres moyens, des plantes, des choses comme ça... des règles hygiéno-diététiques. J'essaie, et à ce moment-là, si ça ne marche pas, je leur donne des hypnotiques. *Donc, c'est un sujet avec le lequel vous êtes à l'aise, ça ne vous pose pas vraiment de soucis ?* Ha non, non, non.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*

Heuu, j'ai dû peut-être le lire mais je ne m'en souviens plus.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

Heuu, mmhhh, on va dire, heu, 10%.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Non, je ne les dépiste pas. S'ils m'en parlent.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*
 Non, je pose quelques questions, mais rien de très technique ou de préétablie si vous voulez.
Et est-ce que vous recherchez des pathologies associées à l'insomnie ? Non, je ne pense pas. Enfin, ça dépend s'il y a autre chose, mais pas pour des insomnies isolées.
8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*
 Jamais, non.
9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ?*
(Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)
 Je donne en principe, un peu d'EUPHYTOSE®, un peu de STRESAM®, dans les insomnies plus ou moins liées au stress. Voilà. *Et globalement ça suffit ?* Non, ça ne suffit pas toujours, des fois je vous dis, ça m'arrive d'en arriver aux hypnotiques vrais.
10. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*
 Dans ce cas-là, je prescris surtout du STILNOX®. C'est ce que j'utilise le plus souvent. Voilà. Et puis..., le moins possible. Et j'essaie de recommander aux gens d'essayer d'oublier le plus souvent d'en prendre (rires). Ben, malheureusement, les gens me redemandent des renouvellements continus hein. Et contrairement à ce qu'on préconise, ce ne sont pas des traitements de courtes durées.
11. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*
 Ha oui, j'ai beaucoup de mal... ! Les gens ne veulent pas entendre parler de sevrage. *Même chez les jeunes ?* Les jeunes, jamais. Je ne donne jamais d'hypnotiques chez les jeunes. Ou alors de manière ponctuelle, vraiment très ponctuelle chez les jeunes. Mais c'est surtout chez les personnes d'âge mûr que l'insomnie est, heu, heu..., gênante. Et..., c'est souvent ces gens-là qui ne veulent pas manquer de leur médicament le soir.
12. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*
 Pffff, ..., Peut-être avec l'expérience et la maturité, oui. J'ai réalisé que l'insomnie ne devait pas être prise trop au sérieux, parce que quelque fois les gens, heu, exagèrent sur heu... , ils voudraient à 80 ans dormir comme des bébés. Et là, il faut leur expliquer que plus on prend de l'âge, moins on dort. L'essentiel c'est que l'insomnie ne porte pas préjudice à l'activité du lendemain. Bon, et surtout si c'est des retraités et qu'ils n'ont pas à aller travailler le lendemain, je leur dis que c'est une insomnie qui est supportable. *Et ça, ils arrivent à l'entendre ?* Oui, bien souvent. Parfois, ils ont du mal, mais ils finissent quand même par l'admettre. Quand on leur dit que par exemple on dort 5h pour une personne de plus de 60 ans que ça suffit. Au début ils ont du mal à l'admettre, mais ils finissent par l'accepter. Mais j'ai des gens très exigeants qui veulent à tout prix dormir de 10h du soir à 8h du matin sans se réveiller à 80ans ; à ceux-là je leur dis que je suis pas tout puissant. Il faut qu'ils s'adaptent à un autre rythme de vie.
13. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Heuu,..., j'ai entendu parler des troubles de la mémoire causés par les benzodiazépines, mais pas de maladie d'Alzheimer vraie. *Il y a une étude en 2014 sur un important échantillon de population qui a démontré qu'il y avait un lien entre les deux. Est-ce que vous pensez que de le savoir ça peut modifier votre pratique ?* Alors oui, bien sûr. Je me méfie de ce genre d'effet secondaire. Même plus qu'un effet secondaire, c'est une maladie surajoutée on va dire. Mais à condition que les gens prennent trop de benzodiazépines, parce que vous avez des gens vraiment qui carburent aux benzodiazépines, qui en prennent trois fois par jour pendant des années. Par contre, un petit quart de LEXOMIL par jour, bon...

14. *On arrive à la fin de l'entretien, est ce qu'il y a des notions que nous n'aurions pas évoquées que vous voudriez rajouter ?*

Non, je ne vois pas... En fait, ce qu'il faudrait, c'est d'essayer à tous prix une mini psychothérapie aux gens pour qu'ils en prennent le moins possible. *Et vous le faites vous-même en cabinet ou vous faites appel à un intervenant extérieur ?* Non, pas toujours. On arrive à dissuader les gens, à les faire admettre, si vous voulez, que les jours du temps peuvent être responsables d'une insomnie, comme ça l'est de l'arthrose ou autre... quelque fois on a du mal, quelque fois on y arrive. Tout dépend des gens à qui on a à faire.

INTERVIEW 13 – 8 min 19

1. Caractéristiques de l'interviewé :

- a. Tranche d'âge :>55ans
- b. Sexe : masculin
- c. Durée de l'exercice en ambulatoire : 30ans
- d. Lieu(x) d'exercice : Paris
- e. Spécialisation(s) éventuelle(s) au sein de la médecine générale : non
- f. Formations continues suivies (dont celles en rapport avec le sujet) : non

2. *Qu'est-ce que pour vous l'insomnie ?*

Vaste question ! C'est un trouble du sommeil que je dirais allégué. Voilà, je pense que c'est ça ?

3. *Comment estimez-vous vos connaissances sur les insomnies ?*

Non, je ne suis pas vraiment à l'aise. Parce que pour être à l'aise il faut vraiment à l'aise avec les gens. Ils nous racontent vite fait qu'ils n'arrivent pas à s'endormir, mais ça dépend de leur âge. Avec les insomnies d'endormissement et les insomnies de réveil. Et c'est pareil en thérapeutique, il y a beaucoup de traitements qui ont des effets secondaires, en thérapeutique, je pense qu'on n'est pas très large en ce moment. On prescrit quand même beaucoup en posologie supérieures aux posologies du VIDAL®.

4. *Connaissez-vous les recommandations de l'HAS-SFGG de 2006 sur la prise en charge des insomnies ?*
Non, mis j'ai dû les lire.

5. *Quelle est la proportion estimée de vos patients se plaignant d'insomnie ?*

C'est très fréquent, je ne sais pas, je dirais peut-être 10%.

6. *Dépistez-vous chez vos patients actifs (20-65ans) les troubles du sommeil ?*

Ha non, faut pas. Les gens s'ils veulent vous en parler ils vous en parlent. Pour moi, je n'insiste pas là-dessus. Y'a tellement de gens fatigués. Avant même de leur parler, y'a des gens je sais qu'ils sont fatigués.

7. *Quand vous prenez en charge un insomniaque, utilisez-vous des outils pour étayer votre diagnostic (grilles ? questionnaires ? examens complémentaires ? agenda du sommeil) ? Si oui, lesquels ?*

Non, non. Y'a quand même quelques trucs à demander. L'insomnie ça peut être tout et n'importe quoi. Les inconforts liés à la rhumatologie ou autre, ça peut être lié à des maladies respiratoires, nez bouché, apnée du sommeil et autre. Voilà des choses qu'il faut trouver. Quand les gens viennent pour une entorse de cheville, je ne vais pas leur demander s'ils ne dorment pas bien.

Vous voyez tout le problème, c'est une médecine de réponse à une question.

8. *Avez-vous recours à des moyens récents tels que les applications smartphones, internet ou des plateformes pour étayer votre diagnostic ou dans le cadre d'une prise en charge ?*

Non, non.

9. *Prescrivez-vous des traitements non pharmacologiques ? lesquels et quand ? (Acupuncture – phytothérapie- TCC – hygiène du sommeil...)*

Non, pas du tout.

10. *Quand prescrivez-vous un traitement médicamenteux ? pourquoi ?*

Malheureusement souvent, parce qu'on n'a pas beaucoup d'autres réponses. C'est le problème, la médecine est souvent au carrefour de d'autres problématiques. Vous voyez, quand quelqu'un ne dort pas parce que c'est le voisin qui ronfle..., c'est ça la vie, hein ! Y'a qu'à prescrire au voisin d'arrêter de ronfler ! Et puis y'a aussi les gens qui ont trop froid, et trop chaud...

11. *Quelle est la prescription pharmacologique que vous faites le plus souvent ? Pour quelle durée ?*

Je reste hyper banal. Je tourne autour du STILNOX® et de l'IMOVANE®. Sauf situation particulière comme les décalages horaires ou autre, c'est pour une courte durée. Sinon, c'est facilement pour un ou deux mois.

12. *Présentez-vous des difficultés pour le sevrage des hypnotiques ? pourquoi ?*

Comment voulez-vous faire ?... J'essaie de dire aux gens qu'il faut qu'ils acceptent de ne pas dormir de temps en temps pour ne pas être adeptes ni dépendants aux médicaments, mais c'est quelque chose qui est difficile. C'est un peu comme la toxicomanie, quand vous dites à un toxico qu'il faut qu'il arrête. C'est pareil. Il vous dit « quand j'arrête, je ne suis pas bien ».

13. *Votre pratique de prise en charge des troubles du sommeil a-t-elle changée depuis votre installation ? Pourquoi ?*

Peut-être. Oui, effectivement, on a beaucoup moins de produits. D'ailleurs ça se sent, les gens sont beaucoup moins contents des traitements. Y'a quand même moins d'efficacité. *Vous pensez à quels traitements par exemple ?* C'est-à-dire que tout ce qui a une courte durée d'action c'est moins puissant. Vous avez tous les ROHYPNOL®, tous ces trucs-là, la MEPRONIZINE®, ça a été interdit.

14. *Avez-vous entendu parler du lien, avec une relation dose-effet, entre maladie d'Alzheimer et Benzodiazépine ? Pensez-vous que cela va modifier votre pratique ?*

Mouais, mais je pense que c'est plutôt une hypothèse. Des hypothèses comme ça, y'en a eu plusieurs dans ma vie. *Ca influe votre prise en charge vous pensez ?* Non, pas du tout.

15. *Avez-vous des notions à rajouter sur le sujet que nous n'aurions pas évoqué ?*
Pas spécialement, non.

Bibliographie

- ¹ Guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte à l'usage du MG. P4. Disponible : http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf
- ² BEH n°44-45/2012. Disponible sur:<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologiquehebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-44-45-2012>
- ³ « Icsd-3 Online Version - American Academy of Sleep Medicine (aasm) ».
- ⁴ SFTG-HAS. Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_recommandations.pdf
- ⁵ Louise BÉRUBÉ, Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Les Éditions de la Chenelière Inc.,1991, 176 p., p. 87
- ⁶ Gourier-Fréry C. et Fuhrman C. – InVs – Mars 2012 - Les troubles du sommeil - Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire
- ⁷ Beck F, Richard J-B, Léger D - 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
- ⁸ Barbier ML. Prise en charge de l'insomnie en médecine Générale : évaluation des pratiques professionnelles avant et après publication d'une recommandation de pratique clinique - Thèse de doctorat en médecine - UFR Lyon Sud ; 2009
- ⁹ Léger D, Lévy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. Sleep 1999 May 1; 22 Suppl 2: S394
- ¹⁰ Walsh James K., National Commission on Sleep Disorders Research (NCSDR). Insomnia: assessment and management in primary care. Sleep 1999; 22 (Suppl2): S402-408
- ¹¹ Legrain M., Lecomte T. Psychotropic drug consumption in France and several European countries. Bull Acad Natl Med 1997, 181: 1073-1084
- ¹² Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2003 n°2.
- ¹³Rapport sur l'état des lieux de la prescription de benzodiazépines en France en 2013 – ANSM. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
- ¹⁴Nouvelles conditions de prescription et de délivrance des formes orales du clonazépam- ANSM Disponible:http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3de3f45af94fd63d325939f129f018f1.pdf
- ¹⁵ Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparenté : démarche du médecin traitant en ambulatoire – HAS Juin 2015 – Fiche mémo – Disponible sur : <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf

¹⁶ Stevinson C., Ernst E. Valerian for insomnia : a systematic review of randomized clinical trials. *Sleep Med* 2000 Apr 1; 1 (2) : 91- 99

¹⁷ Pallesen S, Bjotvatn B, Nordhus IH, Skjerve A. Valerian as a sleeping aid ? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002 Dec; 122 (30): 2857-9

¹⁸ Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-1414

¹⁹ Hartley S, Quera-Salva T, Insomnie : hypnotiques ou non ? *Médecine*, 208-201 , Mai 2009

²⁰ Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003 (1): CD003161.

²¹ Hood HK, Rogojanski J, Moss TG. Cognitive-behavioral therapy for chronic insomnia. *Curr Treat Options Neurol*. 2014 Dec;16(12):321

²² Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug;151(8):1172-80.

²³ Bootzin RR, Perlis ML. Non pharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1992;53 Suppl:37-41

²⁴ Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*. 1987;10(1):45-56.

²⁵ Turgeon. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine générale. *Pédagogie médicale* 2002.

²⁶ Hudelson. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue médicale suisse* 503. 2004.

²⁷ Blanchet. Gotman. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Armand colli. 2005 Page 127 Collection/ 28 numéro 19

²⁸ Gaëtan Menu. Recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques Page 113 points 169.

²⁹ Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, « La production de la théorie à partir des données », *Enquête*, 1 | 1995

³⁰ Glaser, B.G., & Strauss, A.L.. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1967. Chicago, IL : Aldine.

³¹ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.

³² Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32(2):117-21.

³³ Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of chronic insomnia. *Sleep* 2000; 23(2) 243-308

³⁴ Sommeil et Nutrition – rapport 2015 – Institut Sommeil et Vigilance. Disponible sur : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil / Document 2015 ->

-
- ³⁵ Guay B, Morin CM. Comment évaluer un problème d'insomnie ? *Le Médecin du Québec*, 2002 ; 37 (9) : 97-109
- ³⁶ Blais FC, Morin CM, Boisclair A, Grenier V, Guay B. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. *Can Fam Physician*. avr 2001;47:759-767.
- ³⁷ Leger D. La perception de l'insomnie en médecine générale. Enquête auprès de 6043 MG. *Presse Med*. 2005 Nov ; 34 (19) ; 1358-1362)
- ³⁸ Baillargeon L. Behavior and cognitive treatments for insomnia. An alternative to pharmacotherapy. *Can Fam Physician*. 1997 Feb; 43:290-6.
- ³⁹ Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug;151(8):1172-80.
- ⁴⁰ Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Feb; 63(1):79-89.
- ⁴¹ Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. *Can Fam Physician* 1998 Jan; 44:73-9.
- ⁴² Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. 2001 Jan; 39(1):45-60
- ⁴³ Perlis M, Aloia M, Millikan A, Boehmler J. Behavioral treatment of insomnia: a clinical case series study. *J Behav Med*. 2000 Apr; 23(2):149-6
- ⁴⁴ Prescrire Rédaction. Phytothérapie en France: utilisation fréquente. *Revue Prescrire* 2008(2976);28:508
- ⁴⁵ La rémunération des médecins sur objectifs de santé publique : premiers résultats et avancées de la convention médicale. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_Ulmann.pdf
- ⁴⁶ Rémunération sur objectif de santé publique concernant les benzodiazépines – Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fiches_ROPS_dec_2014_BZD.pdf
- ⁴⁷ Bramness JG, Skurtveit S, Neutel CI et al. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics: zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med* 2008 ;9:818-22.
- ⁴⁸ Movig KL, Mathijssen MP, Nagel PH et al. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev* 2004 ;36:631-6
- ⁴⁹ Barbone F, McMahon AD, Davey PG et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998 ;352:1331-6.
- ⁵⁰ Walsh JK, Benca RM, Bonnet M, Buysse DJ & al. (National working group on insomnia). Insomnia: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician*. 1999 Jun; 59(11):3029-38.
- ⁵¹ Roth T, Hajak G, Ustun TB. Consensus for the pharmacological management of insomnia in the new millennium. *Int J Clin Pract*. 2001 Jan-Feb; 55(1):42-52
- ⁵² Lippmann S, Mazour I, Shahab H. Insomnia: therapeutic approach. *South Med J*. 2001 Sep; 94(9):866-73
- ⁵³ Hauri PJ Insomnia. *Clin Chest Med* 1998 Mar; 19 (1) : 157-68

-
- ⁵⁴ Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, Breteler MH, et al. Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Fam Pract* 2006;23(1):65-72
- ⁵⁵ Caramel VMB, Remarque EJ, Knook DL, Lagaay AM, Van den Brande KJ. Benzodiazepine users aged 85 and older fall more often. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(9):1178-9.
- ⁵⁶ Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2003;51(3):317-26
- ⁵⁷ Quelle place pour la mélatonine dans le traitement des insomnies ? HAS - Bon usage du médicament- Novembre 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/bat_web_fbum_circadin_cv_101109.pdf
- ⁵⁸ Haimov I, Lavie P, Laudon M, Herer P et al. Melatonin replacement therapy of elderly insomniacs. *Sleep*. 1995 Sep;18(7):598-603
- ⁵⁹ Oude Voshaar RC, Gorgels W, Mol A, van Balkom A, Breteler M, van de Lisdonk EH, et al. Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study. *Fam Pract* 2003;20(4):370-2
- ⁶⁰ Recommandation de bon usage d'un médicament – Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? – Février 2015 – Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
- ⁶¹ Wu CS, Chang SC, The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Jul;17(7):614
- ⁶² Billoti de Gage S, Moride Y, Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* Septembre 2014
- ⁶³ Kinugawa K, Nguyen-Michel VH, Obstructive sleep apnea syndrome: a cause of cognitive disorders in the elderly? *Rev Med Interne*. 2014 Oct;35(10):664-9

Titre : Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Ile de France

Contexte: L'insomnie est une pathologie fréquente en médecine générale. Elle est associée à des complications médicales et un retentissement économique important. Son appréhension par les médecins généralistes a été peu étudiée.

Objectif: Recenser les déterminants des difficultés de la prise en charge des insomnies en médecine générale.

Méthode: Etude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de 13 médecins généralistes (MG) d'Ile de France entre mars et mai 2016 jusqu'à saturation des données. Un échantillon aléatoire en recherche de variation maximale a été défini. Après retranscription des verbatims, une analyse thématique a été réalisée.

Résultats: Les MG sont peu à l'aise pour la prise en charge de l'insomnie. En dépit de sa fréquence, ils ont des difficultés pour la définir et pour l'appréhender. Ils n'utilisent ni les recommandations ni les moyens à leur disposition pour la caractériser et font peu appel à d'autres intervenants. Ils sont peu enclins à prescrire des benzodiazépines et préfèrent la phytothérapie, ceci dans un souci de prudence. Ils utilisent les mesures non médicamenteuses quand cela est possible. Ils sont résignés quant au sevrage en benzodiazépine. Les effets à long terme des psychotropes sur le risque cognitif, la dépendance et les ROSP sont une aide au sevrage auprès des patients réticents.

Conclusion: Les déterminants de prise en charge révélés par l'étude sont le manque de temps, d'utilisation de moyens codifiés et la faible diffusion des recommandations sur l'insomnie. Même si une prise en charge standardisée n'est pas envisageable, les recommandations restent vagues sur les réponses concrètes à proposer en pratique quotidienne.

Mots clés : Etude qualitative, Médecins généralistes, Insomnie, Benzodiazépines,

Mesh : Qualitative Research, General Practitioners, Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Benzodiazepines