HAL
open science

Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte : mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006

Hélène Blanchier

To cite this version:

Hélène Blanchier. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte : mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006 . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01676421

HAL Id: dumas-01676421

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676421

Submitted on 5 Jan 2018

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n° 200

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

le 21 décembre 2017

Par **Hélène BLANCHIER**

Née le 08/05/1989 au GABON

Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte. Mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Didier CUGY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe Morlat : président
Monsieur le Docteur Philippe Castera : juge
Monsieur le Docteur Jean-Arthur Micoulaud : juge
Monsieur le Docteur Yves Montariol : rapporteur et juge
Monsieur le Docteur Francesco Salvo : juge

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n° 200

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

le 21 décembre 2017

Par **Hélène BLANCHIER**

Née le 08/05/1989 au GABON

Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte. Mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Didier CUGY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe Morlat : président
Monsieur le Docteur Philippe Castera : juge
Monsieur le Docteur Jean-Arthur Micoulaud : juge
Monsieur le Docteur Yves Montariol : rapporteur et juge
Monsieur le Docteur Francesco Salvo : juge

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Philippe Morlat, je vous remercie de me faire l'immense honneur d'accepter de présider ce jury. Votre disponibilité et l'intérêt dont vous avez fait preuve concernant ma thèse me sont précieux.

A Monsieur le Docteur Didier Cugy, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir conseillée, et accompagnée tout au long de ce travail. Je vous suis reconnaissante pour votre implication, votre engagement et votre soutien durant la préparation de ma thèse. Vous avez su me guider et m'orienter dans cette démarche.

A Messieurs les Docteurs Philippe Castera, Jean-Arthur Micouleaud, Yves Montariol et Francesco Salvo, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Messieurs les Docteurs Castera et Montariol, merci pour vos précieux conseils lors des cours d'aide à la thèse, et pour vos encouragements, qui m'ont aidée à persévérer et à m'engager dans ce thème. Merci de m'avoir orientée vers le Docteur Cugy pour diriger ma thèse. Je vous suis reconnaissante d'avoir apaisé mes nombreux doutes par mail et d'avoir toujours répondu présents quand j'avais des questions pratiques et méthodologiques. Docteur Montariol, je vous remercie également d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse.

A Messieurs les Docteurs Micouleau et Salvo, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ma thèse, et je suis honorée de votre participation à ma soutenance en tant que membres du jury.

Aux personnes m'ayant accompagnée dans ma thèse,

A Milo Villain, doctorant en sociologie à l'université de Pau et à **Philippe Tizon**, enseignant universitaire en sociologie à l'université de Pau, retraité, qui m'ont accompagnée durant mon travail. Sans vous, je n'aurais pas pu mener à bien ma méthodologie. Vous avez été mon soutien de proximité à Pau, n'hésitant pas à prendre du temps pour me rencontrer, échanger et discuter, en étant toujours à l'écoute, attentifs à mes inquiétudes et mes doutes. Vous m'avez apporté de précieux conseils concrets et pratiques, me permettant de réaliser mes entretiens dans les meilleures conditions. Tout au long de ce travail, vous m'avez soutenue, m'incitant à ne pas baisser les bras malgré les difficultés. Milo, tu as su me transmettre ton optimisme, et tes nombreux encouragements m'ont beaucoup touchée. Philippe, tu as toujours pris le temps pour me donner ton avis et tu as répondu à chacune de mes nombreuses sollicitations, avec patience et disponibilité, écoute et sympathie. Sans aucune contrepartie, vous avez fait bien plus que me conseiller, vous

m'avez guidée et soutenue, et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de tout cœur pour votre implication désintéressée et votre soutien sans failles.

A l'ensemble des médecins participants à mon étude, qui ont accepté de prendre une soirée pour les focus groups, alors que leur temps est précieux. Ils se sont montrés motivés et impliqués, participant avec entrain et enthousiasme. Je n'oublie pas de remercier les médecins qui, bien qu'intéressés par le sujet, n'ont pas pu se libérer pour participer. Merci à l'ensemble des praticiens contactés, qui ont pris le temps de me répondre, même par la négative.

Je remercie également le responsable de la location des salles de la mairie de Pau, qui a fait en sorte de m'obtenir une salle pour l'ensemble de mes soirées, en me facilitant les démarches, et qui, par son attitude et son implication, m'a montré son soutien.

Aux médecins croisés dans mon parcours

Je tiens à remercier l'ensemble des médecins qui m'ont formée tout au long de mon cursus, sans qui je ne serais pas le médecin que je suis devenue. En particulier, je remercie le **Docteur Martine Roques**, chef du service où j'ai réalisé mon premier semestre de médecine générale, pour sa gentillesse et sa pédagogie.

Je suis extrêmement reconnaissante au **Docteur Bernard Laterrade**, avec qui j'ai passé quasiment tout mon stage chez le praticien, et qui m'a donné le gout de la médecine générale. Il a été un formateur exceptionnel, m'accompagnant progressivement vers l'autonomie, avec beaucoup d'empathie et d'amitié. Je dois également beaucoup aux médecins qui m'ont formée lors de mon SASPAS à Seignosse, **Thomas et « les Michels »** et qui ont grandement participé à me faire devenir le médecin que je suis.

Enfin, je tiens à remercier **les médecins du cabinet médical de Morlaas**, où j'ai eu le plaisir de remplacer, et qui m'ont soutenue dans ma thèse.

A la famille et aux amis

Je remercie infiniment ma famille, et particulièrement **mes parents**, sans qui je ne serais pas là… Vous m'avez toujours encouragée et votre soutien sans failles m'a portée durant toutes mes études. Vous vous êtes montrés très présents et impliqués dans ma thèse, votre regard extérieur et vos bons conseils m'ayant permis de prendre le recul nécessaire.

A Mémé, toujours bienveillante envers tes petits-enfants, tu es d'un soutien précieux.

Merci également à **Raphaël**, mon frérot, sur qui je peux toujours compter (et qui sait ce que c'est de préparer une thèse !). Tu as accepté de me corriger et de vérifier ma traduction, et tu as toujours répondu à mes demandes et sollicitations.

A mon chéri Damien, pour m'avoir supportée, soutenue et rassurée pendant cette année de préparation, pour t'être montré patient et compréhensif, je te remercie d'être à mes côtés, tout simplement.

Je remercie mes amis d'être toujours là pour moi et de me soutenir en toutes circonstances.

Un merci particulier à **Suzy**, amie fidèle, qui m'a apporté une aide précieuse et indispensable dans la préparation des focus-groups, tout en me rassurant et me soutenant au moment où il le fallait. Sans toi, je n'aurais pas pu réaliser ce travail, et je t'en suis très reconnaissante.

A Maëlle, ma pote de toujours, et **Isabel**, amie « d'antan », pour leur soutien moral et leur compréhension.

A Camille, qui m'a accueillie à Pau et qui s'est montrée d'une gentillesse incroyable.

A Lauriane, médecin remplaçante doctorante, avec qui j'ai pu partager la progression de ma thèse. Tu t'es montrée très à l'écoute et concernée par mon travail.

Un merci particulier à **Elsa**, médecin généraliste récemment thésée, qui m'a beaucoup apporté, par ses conseils pratiques et son expérience. Par ses messages réguliers, elle m'a soutenue, rassurée et nous avons partagé nos ressentis et difficultés tout au long de ce travail.

Je n'oublie pas mes amis de l'externat, avec qui nous avons traversé les années de médecine, et qui ont été d'un soutien indispensable.

Une pensée particulière pour **Diane et Lucile**, mes « co-sous-colleuses » de toujours, avec qui nous avons partagé de grands moments !

A Hélène, mon « homonyme », amie sincère, dont la soutenance de thèse m'a donné un premier aperçu de la future mienne !

A Camille et Julie, toujours prêtes à partager leur expérience de remplaçante.

A Alexandra, dont les nombreux moments partagés me sont chers.

Une énorme pensée également pour mes co-internes, avec qui j'ai traversé les semestres, me formant progressivement et forgeant mon expérience de médecin.

Je remercie en particulier **Lucile** avec qui nous avons partagé de bons moments d'amitié.

A Fanny et Marie, nous nous sommes toujours serrées les coudes, surtout dans les moments difficiles, et je sais que je peux compter sur vous !

Table des matières

- Liste des annexes ……9
- Liste des abréviations ……10

Introduction ……11

1. **Rappels sur le sommeil et l'insomnie** ……13

1.1 Rôle du sommeil ……13

1.2 L'insomnie : épidémiologie et définition ……13

1.3 Recommandations concernant l'insomnie ……14

2. **Matériel et méthodes** ……15

2.1. Méthode de recherche qualitative ……15

2.2. Bibliographie ……16

2.3. Matériels pour les focus-groups ……16

2.3.1. Elaboration du guide d'entretien ……16

2.3.2. Echantillonnage ……17

2.3.3. Codage et analyse thématique des données ……17

3. **Résultats** ……19

3.1 Caractéristiques de la population ……19

3.2 Déroulement des focus-groups ……20

3.3 Résultats des focus groups ……21

3.3.1 Quelle est la représentation et la définition de l'insomnie pour les médecins interrogés ?……21

3.3.1.1 Une ou plusieurs plaintes du patient ……21

3.3.1.2 Plainte parfois physique ……22

3.3.1.3 Problèmes anxio-dépressifs ou stress associés ……22

3.3.1.4 Profil des patients se plaignant d'insomnie en médecine générale ……23

3.3.1.5 Définition de l'insomnie peu détaillée ……23

3.3.1.6 Mécanisme et physiopathologie méconnus ……24

3.3.2 Diagnostic de l'insomnie chronique chez l'adulte 25
3.3.2.1 Rôle essentiel de l'interrogatoire pour caractériser l'insomnie 25
3.3.2.2 Examen clinique général pas toujours réalisé 26
3.3.2.3 Inégale recherche d'étiologies ou de pathologies associées 26
3.3.2.4 Peu de recherche de troubles organiques du sommeil associés 27
3.3.2.5 Outils diagnostiques peu utiles en pratique 27
3.3.2.6 Examens complémentaires : pas systématiquement 27
3.3.2.7 Rôle de l'expérience du médecin 28
3.3.3 Référentiels sur l'insomnie méconnus voire ignorés 28
3.3.4 Prise en charge non médicamenteuse 29
3.3.4.1 Traitement des pathologies associées et des facteurs favorisants 29
3.3.4.2 Conseils, règles d'hygiène de sommeil en première intention 29
3.3.4.3 Différentes thérapeutiques non médicamenteuses 30
3.3.4.4 Les TCC rarement proposées 31
3.3.4.5 Soutien psychologique et aide à la réflexion personnelle 32
3.3.4.6 Décision partagée 32
3.3.4.7 Avis du spécialiste variable 33
3.3.4.8 Suivi variable 34
3.3.5 Prise en charge médicamenteuse 34
3.3.5.1 Prescription d'hypnotiques 34
3.3.5.2 Alternatives aux hypnotiques plus souvent proposées 39
3.3.6 Limites ressenties 40
3.3.6.1 Liées au patient 40
3.3.6.2 Manque de formation : principale limite 41
3.3.6.3 Liées au médecin 41
3.3.6.4 Manque de relais entre professionnels 42
3.3.6.5 Manque de ressources claires 42
3.3.6.6 TCC non prises en charge 42
3.3.7 Leviers, améliorations possibles 42
3.3.7.1 Formation initiale et continue 42
3.3.7.2 Education des patients nécessaire 43
3.3.7.3 Réseau sommeil 43
3.3.7.4 Importance de trouver le temps et de le prendre 43
3.3.7.5 Modification des pratiques 43

3.3.7.6 Importance de la conviction du thérapeute et du patient 43
3.3.7.7 Augmentation de la rémunération du médecin 43
3.3.7.8 Déremboursement des hypnotiques 44
3.4 Résumé des principaux résultats 44

4. **Analyse et discussion** 46
4.1 Discussion de la méthode 46
4.1.1 Choix de la méthode par entretiens collectifs semi-dirigés 46
4.1.2 Echantillonnage et composition des groupes 46
4.1.3 Elaboration du guide d'entretien et choix des questions 47
4.1.4 Déroulement des entretiens et place du modérateur 48
4.1.5 Analyse du contenu 49
4.2 Analyse et discussion des résultats 49
4.2.1 Quelle est la représentation et la définition de l'insomnie par les médecins interrogés ? 49
4.2.1.1 De la plainte du patient à la définition de l'insomnie 49
4.2.1.2 Ignorance des mécanismes et de la physiopathologie de l'insomnie 52
4.2.2 Diagnostic de l'insomnie chronique de l'adulte 54
4.2.2.1 L'interrogatoire : essentiel mais nécessitant d'être approfondi 54
4.2.2.2 L'examen clinique sous-estimé par les médecins généralistes 56
4.2.2.3 Manque d'intérêt des médecins pour les outils diagnostiques, pourtant utiles en pratique 57
4.2.2.4 Des examens complémentaires pas assez orientés et ciblés selon la clinique 58
4.2.3 Des référentiels existants mais inconnus des médecins 58
4.2.4 Prise en charge non médicamenteuse insuffisante 59
4.2.4.1 Des médecins conscients de la nécessité de prendre en charge les comorbidités 59
4.2.4.2 Importance des règles d'hygiène de sommeil bien connue des médecins 59
4.2.4.3 Différentes techniques non médicamenteuses utilisées mais peu évaluées 60
4.2.4.4 Des médecins réticents à la TCC pourtant principal traitement recommandé 61
4.2.4.5 Décision partagée 64
4.2.4.6 Des spécialistes existants mais pas assez visibles pour les médecins 64
4.2.4.7 Suivi non codifié et variable selon les médecins 65
4.2.5 Prise en charge médicamenteuse systématiquement abordée 66
4.2.5.1 Les benzodiazépines et apparentés omniprésents 66

4.2.5.2 Recours aux alternatives médicamenteuses mais intérêt limité 69
4.2.6 Des limites importantes en pratique de médecine générale 70
4.2.6.1 Liées au patient 70
4.2.6.2 Manque de formation : principale limite 71
4.2.6.3 Liées au médecin 71
4.2.7 Leviers et améliorations possibles 73
4.2.7.1 Une meilleure formation initiale et continue indispensable 73
4.2.7.2 Améliorer la visibilité des spécialistes, valoriser la transdisciplinarité et faciliter l'accès aux TCC 75
4.2.7.3 Eduquer les patients et prendre le temps en consultation pour favoriser un changement des pratiques 76
4.2.7.4 Importance de la conviction du thérapeute et du patient 76
4.2.7.5 Revalorisation de la rémunération du médecin généraliste 76
4.2.7.6 Déremboursement des hypnotiques 77
4.3 Mise en perspective avec les recommandations de 2006 77

Conclusion 82

Bibliographie 84

- Annexes 89
- Serment d'hippocrate 94
- Résumé 95
- Abstract 96

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des focus-groups

Annexe 2 : Mécanismes de l'insomnie

Annexe 3 : Cycle vicieux de l'insomnie

Annexe 4 : Démarche diagnostique en cas d'insomnie

Annexe 5 : Agenda du sommeil

Annexe 6 : Plan d'une TCC

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CIM : Classification internationale des maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *traduit en français par* Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FG : Focus-Group

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD : International Classification of Sleep Disorders *traduit en français par* classification international des troubles du sommeil

M : médecin

PSG : polysomnographie

SAOS : syndrome d'apnée du sommeil

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

FMC : Formation Médicale Continue

Introduction

La plainte d'insomnie, motif de consultation fréquent en soins primaires (1), est difficile à identifier pour le médecin généraliste, du fait qu'elle correspond à un ressenti subjectif du patient et qu'elle est souvent complexe et mal individualisée (2). Il est pourtant nécessaire de la caractériser et de la définir, car l'insomnie, véritable enjeu de santé publique, présente des conséquences médico-psycho-sociales importantes (3). Ainsi, il est indispensable que le médecin généraliste réalise une démarche diagnostique rigoureuse afin de caractériser l'insomnie chronique et d'identifier les différents facteurs intervenants (4). La compréhension des mécanismes physiopathologiques (1) permet d'envisager des réponses thérapeutiques adaptées au type d'insomnie et à ses facteurs associés. En effet, les différentes thérapeutiques recommandées et leurs indications dépendent des cibles identifiées comme des leviers d'efficacité.

Des recommandations de la SFTG et de la HAS, publiées en 2006 (5), reprennent d'ailleurs l'ensemble de la démarche diagnostique et thérapeutique, médicamenteuse ou non, de l'insomnie chronique. Néanmoins, elles semblent peu appliquées en pratique de médecine générale (1). En effet, alors que les recommandations privilégient les thérapeutiques non médicamenteuses en première intention, comme les TCC, celles-ci sont rarement proposées voire méconnues des généralistes. On constate que la prise en charge médicamenteuse reste prédominante, par le biais de la prescription d'hypnotiques (6), alors même que leurs indications sont limitées et leur profil d'effets secondaires non négligeable. En effet, la France est un des premiers prescripteurs de benzodiazépines en Europe (6). Pourtant, l'utilisation appropriée de méthodes non médicamenteuses recommandées permettrait de réduire la part des hypnotiques prescrits. Ainsi, on observe un décalage entre les recommandations et les pratiques des généralistes dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

Différentes approches ont été envisagées, afin de faciliter la prise en charge de l'insomnie en médecine générale. Dans sa thèse (7), E Coispeau a mis en place un outil s'adressant aux généralistes pour les accompagner dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'insomnie chronique de l'adulte. Bien qu'elle reprenne la démarche d'identification de l'insomnie, elle aborde principalement l'aspect médicamenteux. Des outils d'aide au sevrage des benzodiazépines et apparentés sont aussi à disposition des généralistes, sans pour autant proposer d'alternatives satisfaisantes et applicables à la prise médicamenteuse. Pourtant, un sevrage en hypnotiques ne peut s'aborder qu'en associant une prise en charge globale du patient. Une thèse, cherchant à comprendre les pratiques de prescriptions des benzodiazépines par les généralistes (8), a analysé certains déterminants de prescription, comme le manque de temps, une pression des patients ou un manque d'alternatives accessibles et abordables pour le patient. Mais d'autres raisons interviennent dans ces décisions thérapeutiques, en lien avec le médecin, le patient ou le contexte. La HAS elle-même (5) reconnaît les limites d'application de ces thérapeutiques non médicamenteuses par les généralistes, du fait notamment de leur manque d'accessibilité.

Cela m'a conduit à m'interroger sur les opinions et perceptions de l'insomnie chronique chez les médecins généralistes, dont découle leur prise en charge. Les pratiques de prescription médicamenteuse ayant déjà été abordées dans des thèses récentes, j'ai axé ma recherche sur la prise en charge diagnostique ainsi que les thérapeutiques non médicamenteuses, négligées au profit des traitements médicamenteux. En questionnant les généralistes sur leurs points de vue et leurs attitudes, j'ai cherché à comprendre ce qui freine l'application des recommandations et la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Cela permettrait d'identifier des leviers afin que les médecins généralistes s'approprient une prise en charge réalisable et adaptée dans le cadre

des consultations de soins primaires. Dans cette étude, je me suis intéressée à l'insomnie chronique de l'adulte, avec et sans comorbidités (10). Les troubles du rythme circadien et les parasomnies, correspondant plutôt à des diagnostics différentiels, ne sont pas abordés. L'insomnie du sujet âgé et de l'enfant est également exclue, du fait des particularités inhérentes à ces deux populations.

L'objectif est de recueillir les points de vue des médecins généralistes face à cette plainte d'insomnie et la démarche médicale qui en découle, afin d'en déterminer ses limites en pratique de premier recours. Partant de ce constat, des solutions peuvent être dégagées afin d'améliorer cette prise en charge. La mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006 permet d'établir les limites de celles-ci et les perspectives d'amélioration.

Quels sont alors les représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte ?

1. Rappels sur le sommeil et l'insomnie

1.1 Rôle du sommeil

Le sommeil s'avère indispensable à notre bon fonctionnement. Il s'agit d'un besoin universel dont le rôle est essentiel et les fonctions multiples. L'étude du sommeil est récente et ses mécanismes ne sont pas encore entièrement compris. Néanmoins, on sait que le sommeil intervient dans des processus complexes neuro-développementaux, dans la préservation des capacités cognitives et motrices, dans la régulation de processus hormonaux et du système immunitaire ainsi que dans le système cardiovasculaire (3). De ce fait, les perturbations du sommeil peuvent altérer ces différents axes et avoir des conséquences diverses pour l'individu.

1.2 L'insomnie : épidémiologie et définition

Parmi les troubles du sommeil, l'insomnie, par sa fréquence élevée et ses conséquences, s'avère être un véritable problème de santé publique (1). En effet, sa prévalence est importante, entre 10 et 20% de la population générale (2,3,9). Elle augmente avec l'âge et est plus fréquente chez la femme (1) bien qu'elle touche toutes les catégories et tous les âges de la population. Elle est responsable d'un retentissement diurne qui peut avoir des conséquences médico-psychologiques et socioprofessionnelles non négligeables (3). Du point de vue de l'individu, elle peut favoriser des pathologies telles que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires ainsi que des troubles de l'humeur et du comportement (3). Elle peut aussi altérer la qualité de vie, et avoir des répercussions sur le travail (3).

L'insomnie représente également un coût majeur pour la société. Celui-ci est principalement dû à la surconsommation de benzodiazépines et apparentés, estimé à plusieurs millions d'euros par an (1). Pourtant, alors que le nombre d'utilisateurs réguliers d'hypnotiques augmente, seulement la moitié des patients présentant des signes évocateurs d'insomnie chronique ont recours à leur généraliste pour ce motif (9). Le coût indirect, difficile à chiffrer, lié aux conséquences de l'insomnie, comprenant l'accidentologie, l'absentéisme au travail et la baisse de productivité, (1,3) majore encore l'impact économique de celle-ci.

De ce fait, c'est un enjeu de taille, notamment pour les médecins généralistes qui représentent le premier recours des patients se plaignant d'insomnie. En effet, il s'agit d'une plainte fréquente en médecine générale et la prescription de benzodiazépines et apparentés est principalement liée à une consultation de soins primaires : près de 90% des prescriptions de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques sont issues de généralistes (6).

De plus en plus, l'insomnie est considérée comme une maladie à part entière, bien qu'elle soit plus souvent un symptôme, pouvant révéler une pathologie ou des comorbidités sous-jacentes. Elle est fréquemment multifactorielle : des facteurs favorisants ou de vulnérabilité, facteurs déclenchants et facteurs d'entretien interviennent dans le processus. Cela rend sa caractérisation compliquée, d'autant plus qu'il est parfois difficile de faire la part des choses entre causes et conséquences, souvent intriquées.

Trois classifications principales définissent l'insomnie : l'ICSD (10), très utilisée en médecine du sommeil, la CIM 10, moins usitée et le DSM (11), plutôt employé en psychiatrie. Bien qu'il n'y ait pas de véritable consensus, les dernières versions de l'ICSD 3 et du DSM 5 tendent à converger. Pour ces deux classifications, l'insomnie est chronique si elle dure plus de 3 mois, et si les symptômes sont présents plus de trois jours par semaine. Selon l'ICSD 3 (10), l'insomnie se définit comme une ou plusieurs plaintes concernant des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou d'éveil précoce associées à un retentissement diurne. Celles-ci surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir. Enfin, elles ne sont pas explicables par un autre trouble du sommeil.

La dernière version de ces deux classifications ne fait plus la distinction entre insomnie primaire et insomnie secondaire (les causes et les conséquences étant souvent intriquées) mais selon la présence ou l'absence d'un trouble comorbide, potentiellement perturbateur du sommeil. Les comorbidités associées (10) comprennent : l'insomnie liée à une pathologie psychiatrique, à une pathologie organique, à un médicament ou la prise d'une substance. L'insomnie sans comorbidités rassemble l'insomnie psychophysiologique, la plus fréquente, l'insomnie par hygiène de sommeil inadéquate, l'insomnie paradoxale et idiopathique.

1.3 Recommandations concernant l'insomnie

La HAS et la SFTG ont publié, en 2006, des recommandations concernant l'insomnie chronique de l'adulte, adressées aux généralistes (5). Elles reprennent l'ensemble de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, médicamenteuse ou non, concernant ce trouble du sommeil. L'essentiel de la démarche diagnostique, qui se doit d'être rigoureuse et active (5), passe par l'interrogatoire. Des outils existent, comme l'agenda du sommeil ou des questionnaires d'évaluation (4) afin de préciser l'insomnie. L'examen clinique joue également un rôle, particulièrement dans la recherche de comorbidités associées. Les examens complémentaires, telle que la polysomnographie (PSG), bien que non systématiques, peuvent avoir leur utilité (10), notamment en cas de suspicion de SAOS (syndrome d'apnées obstructif du sommeil). C'est pourquoi, après avoir porté le diagnostic d'insomnie, rechercher et identifier les comorbidités associées et les traiter est un prérequis indispensable.

Concernant la prise en charge thérapeutique, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) représentent le traitement recommandé en première intention dans l'insomnie chronique de l'adulte (5). Il s'agit du seul traitement ayant fait la preuve de son efficacité dans ce cadre. Les TCC comprennent entre autre les mesures d'hygiène de sommeil, le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil et la thérapie cognitive. D'autres thérapeutiques non médicamenteuses existent également, telle que l'acupuncture par exemple, mais n'ont à ce jour pas fait la preuve de leur efficacité (12).

Parmi les thérapeutiques médicamenteuses, la HAS rappelle l'intérêt limité des traitements hypnotiques, qui ne résolvent pas tous les problèmes d'insomnie, en particulier lorsqu'elle est chronique. D'autres traitements existent également, comme la phytothérapie ou l'homéopathie, avec des effets indésirables moindres mais n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité.

2. Matériel et méthodes

L'objectif principal de l'étude est de recueillir les représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte.

Les objectifs secondaires consistent à comprendre pourquoi les thérapeutiques non médicamenteuses sont peu utilisées en médecine générale et identifier les freins et leviers à l'application des recommandations. Cela permettrait d'élaborer des stratégies à même de favoriser une application de pratiques appropriées à la médecine générale.

2.1. Méthode de recherche qualitative

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du Béarn par entretiens collectifs semi-dirigés appelés « focus-groups » (13). La méthode qualitative permet de faire exprimer les raisons des choix des médecins, leurs opinions, et de faire ressortir les freins et limites ressentis dans leur prise en charge. L'intérêt de cette méthode est d'analyser leurs représentations et pratiques et d'en comprendre les motivations.

La méthode des focus-groups a été privilégiée car elle favorise le recueil des avis, des points de vue et des pratiques diverses grâce à la dynamique de groupe et aux interactions entre participants (13). En effet, elle permet aux personnes interrogées de confronter et partager leurs opinions, afin de faire ressortir le maximum de diversité possible. Dans un cadre convivial et empathique, le focus-group facilite la liberté de parole et sert à aborder des sujets variés. Il laisse la libre expression aux interrogés, sans tabous, et permet de faire ressortir des idées. Ainsi, l'effet de groupe, surtout dans le cas d'une rencontre de pairs, peut potentialiser l'expression des opinions des personnes interrogées.

L'organisation des focus-groups consiste à rassembler des petits groupes de médecins généralistes, idéalement entre trois et quinze personnes, dans un cadre neutre et convivial, afin de recueillir des informations sur des thèmes en rapport avec le sujet étudié. Dans cette étude, des médecins généralistes libéraux installés étaient invités à échanger sur leurs représentations et pratiques déclarées concernant la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte.

Un modérateur propose au groupe des questions ouvertes et non directives sans chercher à faire émerger de consensus. Un observateur est présent afin de relever des attitudes, des expressions non verbales et des réactions utiles à l'analyse (silence, temps de pause, hésitations, crispations…).

Les focus-groups sont réalisés à partir d'un guide d'entretien, réparti en différents thèmes contenant des questions ouvertes qui s'y rapportent avec des questions principales, des questions accessoires et des questions de relance. Ce guide d'entretien représente la trame du sujet mais son

contenu est modulable selon le déroulement des séances. Les entretiens sont ensuite retranscrits en intégralité à partir de l'enregistrement.

Le guide d'entretien et les thématiques sont adaptés au fur à mesure des séances et un travail de réflexion est mené au fil du déroulement des focus-groups. Ainsi, le guide d'entretien évolue, afin de préciser les différents points de vue lors des entretiens successifs. Les focus-groups sont menés jusqu'à obtenir la saturation théorique des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune idée nouvelle majeure n'émerge plus des entretiens et que seules des données déjà entendues sont évoquées.

2.2. Bibliographie

La recherche bibliographique, menée entre septembre et décembre 2016, a été effectuée sur Docdoc pro, Cismef, Pubmed, Cochrane et Sciencedirect, ainsi que sur le site de la HAS (https://www.has-sante.fr/portail/). Les thèses ont été recherchées sur thèses.fr à partir du site de l'université de Bordeaux. L'étude bibliographique des différentes thèses lues, a permis d'obtenir des données supplémentaires pertinentes.

Les principaux mots-clés utilisés étaient « insomnie », « troubles du sommeil », « prise en charge », « médecine générale », « thérapeutique », « thérapie cognitivo-comportementale » et leur traduction en anglais. Cette bibliographie a été réactualisée en août 2017 sur les mêmes sites, permettant de la mettre à jour.

2.3. Matériels pour les focus-groups

2.3.1. Elaboration du guide d'entretien

A partir des premières recherches bibliographiques et des objectifs énoncés, j'ai élaboré un guide d'entretien (cf annexe 1) semi-dirigé réparti en six grands thèmes correspondant aux différents axes d'investigation. Le déroulement des thèmes, et les questions qui en découlent, reprenaient les grands axes des recommandations de la SFTG/HAS de 2006 (5), à savoir, la définition et la caractérisation de l'insomnie, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Les questions se voulaient le plus complètes possibles, en regard des différentes thématiques. Sa conception et la formulation des questions permettaient d'induire un mode d'entretien conversationnel.

Une question de lancement générale servait à amorcer la discussion. Elle se basait sur la notion de « plainte », point de départ de la définition, que l'on peut retrouver dans les recommandations de la HAS (5) ainsi que dans l'ICSD 3 et le DSM V.

Au sein de chaque partie, j'ai alors rédigé des questions ouvertes, de façon la plus neutre et non directive possible, réparties selon un ordre logique. Ces questions cherchaient à développer différents points au sein de chaque thème abordé. Elles correspondaient à différents sous-thèmes

comme la physiopathologie, les étiologies ou les différentes étapes diagnostiques et thérapeutiques, en suivant notamment le plan général des recommandations (5).

Certains points clés, relevés dans les différents articles et travaux référencés, ont également été questionnés. Ainsi, l'utilisation de référentiels (en particulier les recommandations de la HAS), était développée dans certains thèses (30, 31) comme jouant un rôle dans la prise en charge. De plus, la mise en perspective avec ces recommandations de la HAS (5) nécessitait d'aborder cette question comme un thème à part entière.

Les thèmes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique suivaient un axe chronologique, reprenant les différentes étapes de ces démarches, en se basant sur les recommandations (5) et les différents articles référencés.

Le thème sur les freins à la prise en charge permettait de comprendre les difficultés présentées par ces médecins. Le recueil, des suggestions et des solutions proposées, découlait logiquement des autres thèmes, dans une perspective d'amélioration des pratiques, afin de répondre à l'ensemble des objectifs annoncés.

La trame du guide d'entretien était complétée par des questions secondaires ou de relance, toujours ouvertes, afin de préciser les différents points abordés. De plus, il s'agissait d'un support malléable, capable de s'adapter à l'évolution des focus-groups selon l'ordre des différents thèmes abordés. Par ailleurs, le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure du déroulement des focus-groups afin de répondre au mieux aux objectifs, par le biais de questions claires, compréhensives, et objectives.

2.3.2. Echantillonnage

L'échantillonnage était raisonné afin d'obtenir la plus grande diversité de médecins généralistes installés dans le Béarn, en activité, libéraux et toutes classes d'âge confondues. Les médecins généralistes volontaires ont été recrutés soit par connaissance personnelle, soit par contact interposé puis bouche à oreille, soit via l'annuaire. Un mail, résumant le but de l'étude, la méthode utilisée et le déroulement de la soirée, était alors adressé au praticien s'il donnait son accord de principe. Un questionnaire rapide concernant leurs modalités d'exercice était joint. Les médecins intéressés ont ensuite été répartis selon leurs disponibilités sur les différentes dates proposées. Un rappel par mail était réalisé quarante-huit heures avant le focus-group si le médecin le souhaitait.

2.3.3. Codage et analyse thématique des données

Les enregistrements ont été intégralement retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Word® de façon anonyme : pour ce faire, chaque médecin était caractérisé par la lettre M et un

numéro lui correspondant. L'écoute du deuxième enregistrement a permis de corriger les erreurs de retranscription.

Après chaque entretien, l'observateur et le modérateur se sont réunis pour discuter du déroulement de la soirée. Les données non verbales, les intonations et les attitudes, permettant de préciser le contexte d'énonciation des médecins, ont été relevées. Celles-ci ont été retranscrites entre parenthèses dans les verbatims et intégrées aux prises de paroles respectives.

Les retranscriptions ont été chargées sur le logiciel d'analyse qualitative de données, Nvivo® afin d'effectuer l'encodage, par la découpe des verbatims, regroupés par unités de sens puis par thèmes. L'encodage de l'ensemble des données par thèmes a permis d'effectuer l'analyse thématique (13). Suite à l'analyse thématique de chaque focus-group, le guide d'entretien a été adapté en fonction de l'émergence de nouvelles données ou afin de préciser certains sujets abordés.

Tout au long du déroulement des focus-groups, un travail de réflexivité a été mené tant sur le questionnement, la discussion que sur l'analyse.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

Près de cent quarante médecins généralistes ont été contactés, par téléphone ou par mail quelques semaines avant. Treize médecins ont répondu présents aux focus-groups organisés dans le cadre de cette recherche. Il s'agit de médecins généralistes installés dans le Béarn, seuls ou en groupe. Une seule participante était un médecin remplaçante doctorante, recrutée afin de pouvoir réaliser un quatrième focus group en l'absence d'un nombre de médecins installés suffisant.

Les tableaux 1, 2, 3 et 4 ci-dessous reprennent quelques caractéristiques des médecins généralistes présents par focus-group. Il leur était demandé de donner leur durée d'installation libérale, leur type d'installation (seul, en groupe, maison médicale), leur lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), la durée moyenne des consultations, d'éventuelles activités complémentaires dans leur pratique médicale et enfin la réalisation ou non d'une formation continue concernant le sommeil.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins présents au premier focus-group

Médecin	Sexe	Durée d'installation	Type d'installation	Lieu d'exercice	Durée des consultations	Activités complémentaires	Formation continue
1	F	8 ans	Groupe	Semi-rural	15 min	Crèche	Non
2	M	2 ans	Groupe	Semi-rural	15 min	Médecine du sport	Non
3	F	1 an	Groupe	Semi-rural	15 min	Non	Non
4	F	3 ans	Groupe	Semi-rural	15 min	Gynécologie	Non

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins présents au deuxième focus-group

Médecin	Sexe	Durée d'installation	Type d'installation	Lieu d'exercice	Durée des consultations	Activités complémentaires	Formation continue
1	F	18 ans	Groupe	Urbain	15-20 minutes	Régulation médicale	Non
2	F	12 ans	Groupe	Semi-rural	20 min	Médecine du sport, gynécologie	Non
3	M	1 an	Maison médicale	Semi-rural	15 min	Médecine du sport	Non

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins présents au troisième focus-group

Médecin	Sexe	Durée d'installation	Type d'installation	Lieu d'exercice	Durée des consultations	Activités complémentaires	Formation continue
1	M	37 ans	Groupe	Urbain	15 min	Non	Non
2	F	10 ans	Maison mèd	Semi rural	15-20min	Hypnose	Non
3	F	17 ans	Groupe	Semi-rural	Variable	Médecine du sport	Non
4	M	39 ans	Groupe	Urbain	15 min	Non	Non

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins présents au quatrième focus-group

Médecin	Sexe	Durée d'installation	Type d'installation	Lieu d'exercice	Durée des consultations	Activités complémentaires	Formation continue
1*	F					Hypnose	
2	F	5 ans	Groupe	Urbain	20 minutes	Aucune	Non
3	F	Non installée	Groupe	Semi-rural	15 minutes	Non	Non

*Non venu

3.2 Déroulement des focus-groups

Les entretiens collectifs ont été réalisés entre avril et juin 2017 (respectivement le 4 avril, les 2 et 4 mai et le 29 juin). Dans notre cas, la saturation des données était considérée comme atteinte au bout de quatre séances, du fait qu'il n'y avait quasiment plus de nouvelles idées qui ressortaient, que les réponses apportées avaient déjà été abordées, amenant une forme de redondance dans l'expression et que l'ensemble des thèmes amenés avaient pu être évoqués et exploités.

Chaque soirée s'est déroulée dans une salle de réunion, cadre neutre et non médical, louée auprès de la municipalité de Pau. Elle débutait par un apéritif afin de rendre le moment plus convivial et de faire les présentations de façon moins formelle. Puis les médecins s'installaient autour d'une table, pour commencer la séance. Aucun plan de table n'a été réalisé pour laisser les participants libres de choisir leur place selon leur envie et leurs affinités, afin de favoriser la spontanéité et les échanges. Ils connaissaient le thème général de la soirée et l'objectif de l'étude, sans plus de précision sur le type et le contenu des questions posées. Le modérateur, dont j'ai tenu le rôle tout au long des focus-groups, était assis parmi eux. L'observateur, représenté par une personne neutre non-médecin, présente à chaque séance mais ne prenant pas part à la discussion, était assis à distance afin d'avoir une vision globale des différents participants.

En tant que modératrice, une fois les présentations faites, j'ai brièvement décrit le déroulement de la soirée en début de séance, en commençant par mon sujet d'étude puis j'ai lancé la discussion par une première question d'accroche : « Qu'évoque pour vous la plainte d'insomnie en médecine générale ? ». J'ai ensuite abordé les différents thèmes en posant des questions ouvertes selon la trame du guide d'entretien (annexe 1), en l'adaptant au fur à mesure du déroulement de la discussion et des sujets abordés. Afin de maintenir une cohérence dans la discussion, j'ai parfois utilisé des questions complémentaires et des phrases de relance pour préciser certains propos. J'ai distribué la parole afin de la répartir entre les médecins si nécessaire. J'ai également utilisé des phrases de transition pour changer de thème afin d'aborder l'ensemble des sujets prévus.

La discussion, qui durait environ de 45 à 55 minutes selon les groupes, était enregistrée en audio par deux micros (dictaphone et téléphone portable). Les médecins en ont été informés avant le début de l'échange. Les enregistrements étaient confidentiels et l'anonymat était garanti par des numéros placés devant chacun des médecins, pour les identifier.

3.3 Résultats des focus groups

L'ensemble des focus-groups s'est déroulé dans une ambiance chaleureuse, conviviale et confraternelle. Les médecins présents ont tous participé et se sont impliqués dans la discussion. Les prises de paroles ont été variées et intéressantes. Selon les groupes, des sujets ont été plus ou moins approfondis et des idées explorées en fonction du déroulement de la conversation. L'ensemble des thèmes a bien été abordé soit spontanément par les participants soit par le biais des questions posées.

3.3.1 Quelle est la représentation et la définition de l'insomnie pour les médecins interrogés ?

Un seul médecin décrit le sommeil comme un besoin (M3FG3) dont le trouble peut-être pathologique.

3.3.1.1 Une ou plusieurs plaintes du patient

Les médecins évoquent spontanément une plainte émanant du patient « *j'arrive pas à dormir, docteur* » (M1FG1), parfois décrite comme une « *tension* » (M1FG3), mais pas forcément explicitée par le patient sous le terme d'insomnie. Tous les médecins caractérisent cette plainte comme une difficulté à dormir « *je dors pas* » (M4 et M2FG1 ; M1 et M2, FG2 ; M1 et M3FG3, M2 et M3FG4), un manque de sommeil ou un mauvais sommeil, avec ou sans fatigue associée *« une plainte d'asthénie* » (M1FG1). Pour la plupart des médecins, il est nécessaire que le trouble du sommeil soit associé à une plainte de fatigue pour correspondre à un réel problème d'insomnie « *ceux qui sont avec des troubles du sommeil et qui sont crevés* » (M1FG3). Parfois, la plainte de fatigue est même retrouvée au premier plan « *c'est plus la fatigue qui est toujours au premier plan* » (M1FG1). Ainsi,

une plainte concernant le sommeil, sans fatigue associée, n'est pas considérée comme un problème d'insomnie (M2FG2). A l'inverse, pour un médecin seulement, le vrai insomniaque a un cycle de sommeil court et dort peu mais sans fatigue ressentie *« l'insomniaque n'est jamais fatigué mais il veut dormir plus* » (M1FG2).

Les répercussions diurnes sont relevées par deux médecins seulement *« la répercussion dans la journée »* (M2FG2). Pour eux, l'absence de retentissement sur les activités du quotidien ne relève pas forcément d'un trouble du sommeil pathologique *« y a des gens qui disent qu'ils ne dorment pas, qui continuent à avoir toutes leurs activités normalement »* (M1FG3).

La plainte n'est pas au premier plan la plupart du temps *« si c'est pas le sujet premier, le motif de la consultation premier »* (M2FG4), mais plutôt secondaire et abordée en fin de consultation *« y'en a plein qui abordent ça en fin de consultation »* (M4FG1) ou masquée par un ou plusieurs autres motifs *« soit c'est le renouvellement du traitement, il te dit entre deux trucs, entre la tension, le mal au genou, et le mal au cou, il te dit en plus, « je dors pas bien » »* (M2FG2). Les médecins constatent de façon quasi unanime (huit médecins sur treize) qu'il ne s'agit pas d'un motif de consultation à part entière et même souvent que la plainte n'est pas identifiée. Cette plainte n'est même parfois pas spontanée surtout si l'insomnie est ancienne *« insomnie ancienne depuis des années ne vont pas en parler spontanément »* (M2FG1).

3.3.1.2 Plainte parfois physique

Pour certains médecins, c'est la plainte physique qui est au premier plan *« je dors pas bien »* ou *« je suis fatigué »,* ils veulent rarement aller au-delà *« ils veulent rester dans ce truc physique »* (M1FG2). Cette plainte est centrée sur le sommeil, même en cas de problème associé sous-jacent, qui n'est souvent pas verbalisé voire masqué *« y a ceux pour lesquels tu sens qu'il y a une souffrance psychologique dessous et que c'est pas que le trouble du sommeil, c'est le prétexte pour venir consulter mais en fait y a quelque chose de plus »* (M2FG2). Ainsi, pour un médecin la plainte est abordée via un problème physique, une *« tension nerveuse »* (M1FG3), une *« fatigabilité »* voire un problème cardiologique ou digestif. Parfois, la plainte de fatigue domine sans que le patient ne fasse le lien avec son sommeil *« ils savent même pas eux-mêmes, qu'ils dorment pas bien, mais quand ils viennent voir, c'est parce qu'ils sont fatigués »* (M3FG4).

3.3.1.3 Problèmes anxio-dépressifs ou stress associés

Les médecins rapportent souvent la plainte d'insomnie à un problème dépressif. Pour la plupart d'entre eux, ils constatent une association très fréquente à du stress, un mal-être, une souffrance psychologique, des problèmes personnels ou des troubles anxio-dépressifs. Ceux-ci peuvent être soit masqués par la plainte d'insomnie soit au premier plan. Mais la majorité s'accorde à dire que la plainte d'insomnie est rarement *« pure »* ou isolée.

Dans le FG2, un médecin oppose l'insomnie dans un contexte de stress, dont les manifestations sont plutôt physiques, à la psychopathologie du *« névrosé »* dont la plainte de fatigue est permanente et intégrée dans sa maladie psychiatrique.

Les médecins s'accordent sur le fait que l'insomnie est souvent réactionnelle *« souvent, moi j'ai l'impression que c'est très réactionnel »* (M2FG2) à un problème personnel, familial ou professionnel, surtout chez les sujets jeunes « *de problème de couple, de problème de boulot, on a l'impression qu'il y a quand-même un truc derrière »* (M2FG2). Pour certains d'entre eux, l'insomnie

est une manifestation d'un état de stress sous-jacent plus ou moins exprimé *« des stressés, on en a beaucoup »* (M2FG2). Certains vont plus loin en considérant que la plainte sur le sommeil est parfois un prétexte mis en avant en cas de souffrance psychologique *« tu sens qu'il y a une souffrance psychologique dessous et que ce n'est pas que le trouble du sommeil »* (M2FG2). Pour d'autres, le syndrome dépressif et l'anxiété, *« souvent c'est un état anxieux ou anxio-dépressif associé »* (M3FG2) ne sont pas toujours acceptés ni admis par le patient *« ils ont du mal souvent à accepter le syndrome dépressif »* (M3FG3). Un médecin, installé depuis trente-neuf ans, insiste sur ce constat : *« y a des gens qui ont des problèmes dans la famille, beaucoup, beaucoup de gens »* (M4FG3).

3.3.1.4 Profil des patients se plaignant d'insomnie en médecine générale

Trop peu de médecins rappellent que le généraliste est le premier recours pour cette plainte *« quand les gens dorment mal, on est les premiers, ils viennent nous voir à nous »* (M1FG2).

Des médecins différencient deux types de patients selon l'âge et l'ancienneté du trouble. Pour eux, le sommeil s'altère avec l'âge *« y a ceux qui arrivent dans l'âge où on dort de moins en moins bien »* (M2FG2, jeune médecin). Tout comme quelques médecins, ils décrivent des patients jeunes avec une demande concernant une insomnie souvent réactionnelle, d'apparition récente avec une *« espèce d'exigence »* de prise en charge immédiate (M1FG2). Alors que pour les médecins du FG3, la plainte spontanée chez un patient jeune est rare.

D'un autre côté, ils décrivent des patients âgés avec insomnie ancienne souvent traitée, sous hypnotiques, dont le trouble du sommeil n'est pas forcément *« pur »* à la base. Parmi ces patients, les médecins distinguent ceux traités et satisfaits qui ne veulent pas changer leur traitement *« y a ceux qui sont heureux, c'est-à-dire qu'ils ont leur cachet, ça marche, avec ça ils dorment »* (M2FG2) et ceux traités mais avec une plainte persistante *« y a ceux qui sont traités qui dorment pas quand même »* (M2FG2).

A l'inverse, d'autres médecins (FG3) n'expriment pas de différence en fonction de l'âge et de l'ancienneté du trouble.

3.3.1.5 Définition de l'insomnie peu détaillée

Un seul médecin, installé depuis longtemps, explique que l'insomnie *« est un symptôme et que ça peut être une pathologie »* (M1FG3).

Certains connaissent une partie de la définition générale de l'insomnie, caractérisée par *« des troubles de l'endormissement* », des réveils nocturnes ou un réveil matinal trop précoce (M2FG1, M2FG2) bien que dans le FG4, les médecins ne l'abordent pas.

D'autres médecins (FG3) décrivent différents types d'insomnie, sans les détailler. Ils considèrent les troubles du sommeil comme pathologiques en cas de retentissement *« ceux qui sont avec des troubles du sommeil et qui sont crevés »* (M1FG3).

Quelques médecins considèrent que l'insomnie chronique est potentiellement ancienne *« ça dure depuis très longtemps »* (M3FG3), parfois *« depuis l'adolescence »,* sans préciser de durée. Pour l'un d'eux, le patient n'avait jamais abordé la plainte, pour l'autre, il s'agit d'une acceptation du trouble « *chronique, c'est déjà des gens qui ont accepté, qui ont déjà pris des choses »* (M1FG3). Il peut aussi s'agir d'un trouble récent mais qui n'évolue pas *« ça fait peut-être que six mois et finalement, on se rend compte que ça n'évolue pas, que ça s'installe et là, pour moi, ça devient*

chronique » (M3FG3). Ainsi, ces troubles s'installent *« comme une fatalité »* avec une réorganisation pathologique du sommeil qui dure dans le temps (M2FG3).

Des médecins se posent la question de la durée *« c'est plus quelque chose qui dure dans le temps »* (M2FG4) et l'estiment à *« je dirais à peu près six mois »* tout en admettant que cette durée est *« patient-dépendant »* (M2 et M3FG4). Un autre, plus précis, caractérise l'insomnie par une durée et une fréquence, *« au-delà de trois mois, je dirais, pour moi, quand c'est des troubles du sommeil qui sont vraiment toutes les nuits. »* (M3FG3).

Quelques médecins ajoutent la notion d'une rupture avec l'état antérieur de sommeil *« des gens qui ont été avant des bons dormeurs, et qui tout d'un coup deviennent de mauvais dormeurs »* (M3FG3). Pour certains, l'insomnie n'est *« pas circonstancié(e) »*, mais *« c'est quelque chose qui est récurrent et qui, même quand on résout le problème de départ, reste présent »* (M2FG4), ou qui n'est *« pas forcément en réaction à un événement de vie qui est arrivé et qui fait qu'ils n'arrivent pas à dormir »* (M3FG4).

Certains médecins différencient les petits dormeurs du trouble de l'insomnie : pour eux, en l'absence de plainte de fatigue, un patient qui se plaint de dormir peu n'a pas de trouble du sommeil pathologique *« on a très souvent des gens qui dorment cinq heures, qui sont pas fatigués pendant la journée, qui se déclarent insomniaques »* (M1FG2). Il s'agit d'un temps de sommeil court lié à un rythme de sommeil qui lui est propre *« y en a qui ont un rythme de sommeil, c'est leur sommeil, c'est ce que j'essaie de leur faire comprendre souvent. Parce que les gens « Ah oui, mais, je ne dors pas » mais « est ce que vous avez besoin de dormir ? ». Enfin, parce que vous dormez peut-être suffisamment »* (M3FG3).

3.3.1.6 Mécanisme et physiopathologie méconnus

La plupart des médecins ne connaissent que très peu les mécanismes et la physiopathologie de l'insomnie. Certains évoquent tout de même les cycles du sommeil avec *« du sommeil paradoxal et du sommeil lent profond »* (M3FG1), voire la notion d'un *« petit train du sommeil »* (M4FG1). Ils décrivent un temps et un rythme de sommeil propre à chacun, avec une part génétique (M1FG2), sans entrer dans les détails. Un médecin croit se rappeler que *« c'est des cycles d'une heure trente »* (M3FG4). Deux jeunes médecins récemment installés évoquent *« la mélatonine »* (M2 et M3FG1), qui favorise l'endormissement en augmentant le soir mais ne savent pas si elle permet le maintien du sommeil. L'un d'eux pense que l'insomnie est liée à un problème de sécrétion de mélatonine voire un blocage, suppose l'existence d'autres neurotransmetteurs non connus et évoque le rôle du cortisol sans le préciser.

Mais globalement, les médecins reconnaissent ignorer la physiopathologie et les mécanismes de l'insomnie. Leur réponse est unanime, à la question « que connaissez-vous de la physiopathologie et des mécanismes de l'insomnie ? » : *« Rien »* (tous les FG).

3.3.2 Diagnostic de l'insomnie chronique chez l'adulte

La nécessité d'une consultation à part entière, dont l'objectif serait d'identifier s'il s'agit bien d'un trouble du sommeil pathologique, est à peine abordée *« revenir pour faire une nouvelle consultation »* (M3FG3).

3.3.2.1 Rôle essentiel de l'interrogatoire pour caractériser l'insomnie

Il s'agit d'un temps d'écoute de la plainte du patient *« bien écouté leur plainte »* (M3FG2). Un autre insiste sur l'importance d'explorer le sommeil *« j'oriente plus d'abord sur le sommeil »* (M2FG4) afin d'identifier le trouble *« Je pose des questions, je leur demande ce qu'ils en pensent »* (M2FG3). Certains médecins élargissent l'interrogatoire en explorant soit dans un premier temps *« son rythme de vie, comment s'organise sa journée, les repas, l'activité physique »* (M3FG4) soit dans un deuxième temps *« après j'élargis le contexte pour voir un petit peu, connaitre mieux la personne »* (M2FG4). Ces médecins cherchent à comprendre *« pourquoi finalement ce sommeil est si perturbé que ça »* (M2FG4).

Certains essaient d'amener le patient à identifier et à comprendre son trouble du sommeil *« il faut leur faire regarder son trouble du sommeil en face »* (M3FG3) ou encore à comprendre *« pourquoi c'est si important pour eux de dormir »* (M3FG4).

3.3.2.1.1 Identification et caractérisation de la plainte

Quelques médecins reprennent l'historique de l'apparition des troubles, leur ancienneté, leur date d'apparition *« essayer de voir ce qu'il s'est passé sur les mois précédents en leur demandant »* (M3FG1).

Les praticiens recherchent une fatigue associée *« est ce qu'ils sont fatigués ? »* (M4FG1), certains des troubles physiques *« la tension nerveuse, sur le plan digestif, sur le plan cardio, sur le plan…(hésitation) de fatigabilité »* (M1FG3).

Mais pour certains médecins, il peut s'agir d'une perception erronée de mauvais sommeil ou de temps de sommeil insuffisant *« en rediscutant, ils ne dorment pas si mal que ça »* (M2FG2). C'est pourquoi, ils estiment important d'établir le temps de sommeil réel ou estimé *« La quantité et quand est-ce qu'ils dorment dans la nuit »* (M3FG2) et de vérifier la présence de siestes *« ils s'ennuient et ils se font déjà 4 heures de sieste l'après-midi. Donc pour renchaîner sur une nuit de 8 heures ça devient compliqué »* (M3FG1). Pourtant, pour un médecin, bien que la quantité et la durée du sommeil soient abordées, ils ne sont pas déterminants car ils sont subjectifs et plutôt liés au temps de sommeil propre à chacun *« qu'on a écarté des rythmes de sommeil, y a des gens qui dorment très peu aussi »* (M3FG3).

Des médecins évoquent la possibilité d'effectuer un *« calendrier de leur sommeil »* (M2FG4) oral afin d'estimer *« à quelle heure vous vous êtes couchés il y a trois jours, il y a deux jours, il y a un jour »* (M3FG2). Cela permet de *« revoir avec eux comment ça se déroule vraiment leur journée et leur phase de sommeil, pour essayer de comprendre ce qu'il se passe et qui pourrait être responsable avec eux »* (M2FG4) afin de *« travailler avec eux parce que pour ceux qui sont complètement décalés, c'est de les remettre sur un rythme progressivement »*.

3.3.2.1.2 Importance des facteurs environnementaux, des facteurs déclenchants et favorisants

Un médecin essaie *« de voir si c'est un contexte général »* (M2FG4). D'autres évaluent le rythme de vie et de travail *« c'est vrai que le rythme de travail, c'est important. Par exemple, les gens qui font les trois huit (…) le travail de nuit, c'est horrible. »* (M2 et M3FG3).

Quelques médecins disent rechercher des facteurs déclenchants *« rechercher le fait récent »* (M1FG3) comme un événement stressant *« les événements, on s'est disputé, avec son conjoint, avec les enfants, on est énervé par le travail, on est préoccupé aussi par le travail, parce qu'on a du travail à la maison ou des choses comme ça et on ressasse »* (M2FG4) ou traumatique (maladie, deuil…). De même, des médecins explorent les facteurs favorisants comme des siestes prolongées ou trop tardives, une consommation d'hypnotiques, d'alcool, d'excitants, de stupéfiants, de tabac ou encore l'utilisation d'écrans tard le soir *« on regarde son téléphone, on regarde sa tablette, ce qui stimule plutôt qu'autre chose »* (M2FG4).

L'ensemble des médecins s'attachent à rechercher *« des éléments de dépression »* (M2FG4), considérant que l'insomnie est souvent réactionnelle dans un contexte de stress ou de souffrance psychologique.

3.3.2.2 Examen clinique général pas toujours réalisé

Alors que l'interrogatoire est bien développé, seulement quatre médecins évoquent la nécessité d'un examen clinique général. Pour certains, il s'agit simplement d'un *« bilan organique de base »* (M2FG3) sans précision afin de *« déblayer un peu tout ce qui peut être organique »* (M3FG3).

Des médecins le détaillent un peu plus *« une phase d'examen général pour voir s'il y a d'autres symptômes associés qui peuvent orienter sur un problème thyroïdien ou autre, un amaigrissement, une nervosité »* (M3FG4) et le considèrent comme incontournable *« l'examen clinique, je suis d'accord, on ne peut pas y déroger »* (M2FG4). Ainsi, l'examen *« s'oriente en fonction de l'âge du patient et de ce qui est ressorti de la consultation aussi »* (M3FG4). Un médecin précise que *« la tension, c'est la première chose qu'on repère souvent, enfin que moi, je trouve sur les troubles du sommeil »* (M2FG4).

3.3.2.3 Inégale recherche d'étiologies ou de pathologies associées

La recherche d'une étiologie est peu abordée et certains médecins disent ne pas l'évoquer systématiquement. Des jeunes médecins parlent simplement d'une origine *« plurifactorielle »* (M3FG1, M2FG4).

Pourtant, les participants sont convaincus que l'insomnie n'est que *« la partie un peu émergée »*. Quelques médecins recherchent un *« point de départ »* (M1FG3), l'association de l'insomnie à des éléments organiques (M1FG3), ou des *« causes organiques »* (M3FG4) comme *« les problèmes urinaires »*, l'*« hyperthyroïdie »* ou des prises médicamenteuses *« prise de cortisone »*. Un autre évoque la nécessité de poser *« des questions aussi sur d'autres signes cliniques qui pourraient évoquer une pathologie sous-jacente »* (M2FG4).

Enfin, un médecin (remplaçant) insiste sur le fait de rechercher *« des éléments de dépression »* (M2FG4). Il évoque la difficulté à faire la part des choses entre cause ou conséquence en ce qui concerne le syndrome anxio-dépressif *« est-ce que c'est un symptôme ou est -ce que c'est une conséquence de l'anxiété ou de la dépression sous-jacente, c'est délicat de savoir »* (M2FG4).

3.3.2.4 Peu de recherche de troubles organiques du sommeil associés

Le SAOS est le trouble organique du sommeil le plus abordé. Bien que peu le recherchent systématiquement, les médecins estiment que le SAOS est fréquent *« je crois que c'est une cause fréquente, je pense. Plus qu'on ne le croit en fait. Et maintenant on s'y attache un petit peu plus » et mieux dépisté « C'est depuis dix ans qu'on en parle »* (M1FG3). Pour cela, l'un d'eux *« interroge le partenaire »* et recherche des symptômes *« ils ont l'impression de dormir, je crois mais ils sont fatigués »* (M3FG4). Un autre évoque *« les syndromes des jambes sans repos aussi, qui peuvent être aussi perturbants pour le sommeil »* (M3FG3).

Pour certains médecins, le SAOS est une cause d'insomnie, d'autres l'évoquent comme un diagnostic différentiel, pas lié à la plainte d'insomnie *« ils sont pas insomniaques les apnées du sommeil »* (M1FG1). Certains posent la question sans certitude *« je sais pas si c'est pas un trouble du sommeil à part entière »* (M2FG4). Pour un médecin (M1FG2), le SAOS n'est pas associé à l'insomnie et il ne le recherche pas *« l'apnée, pour moi, c'était même pas associé »*, sauf en cas de facteurs de risque évidents.

3.3.2.5 Outils diagnostiques peu utiles en pratique

La plupart des médecins (FG2, 3 et 4) n'utilisent pas d'outils diagnostiques en pratique *« les outils, je ne suis pas très outils »,* que ce soient des questionnaires ou des scores car ils ne sont pas convaincus de leur intérêt. Certains reconnaissent *« J'en connais même pas »* (M2FG4). Parmi eux, certains valorisent les questions, le *« conversationnel »* (M2FG3).

3.3.2.5.1 L'agenda du sommeil connu mais peu utilisé

Concernant l'agenda du sommeil, il n'est abordé que dans un focus group *« on essaie d'établir un agenda du sommeil »* (M3FG1). Seul un médecin récemment installé en décrit son principe : *« noter à quelle heure tu te couches, à quelle heure tu t'es levé, à quelle heure tu t'es réveillé, période réveillée […] sur une période d'un mois »* (M4FG1). Ce médecin précise qu'il permet *« de calculer la moyenne de sommeil nécessaire au patient »* afin d'estimer le temps de sommeil nécessaire et suffisant. L'intérêt pour ce médecin est d'objectiver les troubles du sommeil *« pour savoir est ce que c'est vraiment avéré ou est ce que c'est ressenti »*. Cela leur permet de relativiser les impressions de mauvais sommeil ou de manque de sommeil. Alors même qu'il en décrit le principe théorique, ce médecin déclare *« je sais pas l'utiliser. Je suis pas formée à ça »* (M4FG1), approuvé par ses collègues.

3.3.2.5.2 Les questionnaires peu adaptés en pratique

Tous les participants des FG1 et FG4 critiquent les questionnaires *« rarement utilisables en consultation »* (M1FG1), sans préciser lesquels *« C'est difficile de coller un questionnaire… »* (M3FG4) tout en reconnaissant qu' *« ils ont le mérite d'exister dans le sens où ça te donne une conduite à tenir »*. Mais la plupart n'en n'utilisent pas et ne l'évoquent même pas (FG2 et 3).

3.3.2.6 Examens complémentaires : pas systématiquement

Les médecins sont assez partagés concernant la nécessité d'examens complémentaires. Pour l'ensemble des médecins des FG1 et FG4, il n'y a pas d'examens complémentaires *« en première intention, non, sur un trouble du sommeil, non »* (M1FG1) devant une insomnie chronique de l'adulte.

D'autres nuancent leur propos *« Ca dépend un petit peu du contexte du patient »* (M1FG3) : *« si y a un syndrome dépressif, si y a des signes de dysthyroïdie »* (M1FG1, M3FG4), les examens complémentaires comme *« un bilan biologique »* (TSH) peuvent être indiqués (M1 et M3FG3).

Des médecins recherchent de plus en plus fréquemment le SAOS *« quand ils me parlent de ronflements, de chose comme ça, c'est vrai que je vais avoir plus facilement envie d'aller leur faire un test du sommeil pour les apnées »* (M2FG4) ou plus rarement le syndrome des jambes sans repos *« sur les plus jeunes, les moins de 70 ans, qui ont une plainte de novo sur les troubles du sommeil, je fais quand même assez souvent des explorations du sommeil : recherche d'apnée ou de syndrome des jambes sans repos »* (M2FG2).

La recherche de SAOS se fait par un *« enregistrement du sommeil »*, une polysomnographie, soit en première intention pour de rares médecins soit en cas de signes évocateurs pour les autres voire certains n'y pensent pas. Cet examen forcément réalisé par le spécialiste, nécessite d'adresser le patient.

3.3.2.7 Rôle de l'expérience du médecin

A part dans le quatrième focus-group, beaucoup de médecins, valorisent leur expérience pour identifier et caractériser les troubles du sommeil. Un médecin en particulier, installé de longue date (trente-neuf ans) met en avant *« notre expérience de vieux médecin »* (M4FG3). Pour lui, il est important de connaitre le patient, qu'il suit parfois depuis des années, son histoire et ses problèmes, pour mieux cerner son insomnie. Un autre, installé depuis dix-sept ans, assume une démarche diagnostique *« au feeling »* (M3FG3), convaincu que connaitre son patient est un atout.

3.3.3 Référentiels sur l'insomnie méconnus voire ignorés

L'ensemble des médecins a une méconnaissance des référentiels officiels concernant l'insomnie. Un seul médecin cite les recommandations de la HAS sans en connaître précisément le contenu. Il évoque le fait que *« les recommandations, ça va être thérapeutiques non médicamenteuses »* (M2FG1). Cependant, la plupart ne les connaissent pas *« J'ai jamais lu »* (M3FG1).

Quelques médecins citent des références utiles comme des revues médicales (*Prescrire*, la *Revue du praticien*), ou des outils médicamenteux (Vidal®), en admettant ne pas les avoir consultés sur ce sujet *« j'ai jamais pris le temps de me renseigner plus que ça dessus »* (M2FG4).

Un médecin s'oppose même fermement à la notion de référentiel qui serait trop stéréotypé et aurait tendance à *« faire rentrer les gens dans des cases »* (M2FG2), préférant une prise en charge au cas par cas.

Au total, aucun médecin interrogé n'utilise de référentiel officiel soit par méconnaissance, soit car ils estiment qu'ils ne correspondent pas à leur mode de fonctionnement et préfèrent utiliser leurs *« propres références »* (M1FG3) et leur expérience auprès des patients.

3.3.4 Prise en charge non médicamenteuse

En cas de nouveau problème d'insomnie, certains médecins se sentent démunis dans le prise en charge non médicamenteuse de certains patients *« pour une plainte de novo comme ça - je ne dors pas - chez un mec de 40 ans, j'ai pas grand-chose à lui proposer quand-même »* (M1FG2). Quelques-uns disent ne pas prescrire de traitement médicamenteux d'emblée *« sur un premier problème d'insomnie, c'est vrai que je ne me précipite pas non plus sur le traitement médicamenteux »* (M1FG1). Les règles d'hygiène de sommeil viennent en premier lieu, soit *« à la carte »* (M2FG2) soit dans le cadre d'une démarche *« stéréotypée »* (M3FG2) avec escalade thérapeutique progressive débutant par *« plein de conseils ».*

3.3.4.1 Traitement des pathologies associées et des facteurs favorisants

Il est important d' *« agir plutôt sur la cause que sur la conséquence »* (M1FG1), ce qui est repris par d'autres confrères comme une évidence *« je travaille sur des raisons X ou Y aussi si c'est un contexte particulier »* (M2FG4) : en modifiant les mauvaises habitudes, et en levant les blocages sur l'endormissement ou sur les réveils nocturnes.

En cas de syndrome dépressif, les médecins insistent sur l'importance de le traiter également et de le faire accepter par le patient *« s'il y a un syndrome dépressif, leur faire toucher du doigt que c'est peut-être leur syndrome dépressif qu'il faut traiter plutôt que leur trouble du sommeil »* (M3FG3). De même, en cas de SAOS, un médecin précise qu'il faut le traiter pour traiter les symptômes d'insomnie.

3.3.4.2 Conseils, règles d'hygiène de sommeil en première intention

Tous les médecins s'accordent sur l'importance de l'hygiène de sommeil, principal traitement non médicamenteux, le plus évoqué et le plus important surtout en cas de stress associé. Pourtant, si les conseils sont systématiquement délivrés lors d'une plainte de novo, certains médecins reconnaissent ne pas les rappeler chez des patients déjà connus insomniaques ou déjà traités (FG2). L'ensemble des conseils sont repris par les médecins *« je fais tous les conseils d'usage »* (M1FG2).

Les différents conseils évoqués sont , de manière plus ou moins détaillée : ne pas rester au lit trop longtemps, adapter l'heure du coucher, se mettre en conditions favorables au sommeil, d'avoir une bonne *« induction du sommeil »* (M1FG2), d'avoir une chambre tempérée et calme, de ne pas faire de sieste trop longue ou trop tardive, d'éviter la télévision et les écrans dans la chambre *« même ne serait-ce que l'écran du portable, ça reste quelque chose de stimulant »* (M2FG4), ne pas faire de repas trop copieux le soir, d'éviter le café et les excitants le soir *« les excitants je leur fais arrêter beaucoup plus tôt »* (M2FG4), d'éviter le tabac, de faire du sport, revoir le rythme de travail, avoir des loisirs… Un médecin ajoute d'éviter une douche chaude le soir (M4FG1), de refroidir la température, de favoriser la pénombre ainsi qu'un « rituel » du coucher (M1FG1). En règle générale, pas d'activité stimulante le soir. Un médecin résume ces mesures par le fait de *« s'occuper de soi »* (M2FG3).

Quelques médecins expliquent qu'il *« faut une certaine tolérance à l'insomnie »* (M1FG1) et faire accepter son trouble au patient *« Faire prendre conscience aux gens »* (M3FG3). Ils insistent sur le fait de relativiser son temps de sommeil (FG2 et 3). Alors que certains minimisent le fait de ne pas bien dormir *« vous dormirez mieux demain »* (M1FG2) ou *« au bout d'un moment, si vous êtes*

fatigué, vous allez dormir quoi » (M3FG2), d'autres (M3FG3) jouent sur la modification de fausses croyances concernant leur sommeil, ce qui s'apparente à la thérapie cognitive sans être nommée en tant que telle.

La plainte du patient est également questionnée *« c'est bizarre quand-même, vous me dites que vous êtes fatigué, mais quand vous arrivez au lit, vous n'arrivez plus à dormir. Et pourquoi vous ne dormez pas ? »* (M1FG2). Il valorise d'ailleurs le gain minime de sommeil *« si vous arrivez à dormir une heure de plus par nuit, à la fin de la semaine, ça fait une nuit de plus »*. Un autre explique au patient que certaines plaintes sont acceptables, que tout trouble du sommeil n'est pas pathologique (M3FG3).

3.3.4.3 Différentes thérapeutiques non médicamenteuses

L'ensemble des médecins évoquent différentes thérapeutiques non médicamenteuses plus ou moins utilisées : la relaxation (M3FG1, M1 et M2FG2, M3FG3) est souvent nommée mais sans précision dans ses modalités d'application. Il est même abordé la notion d'*« autorelaxation »,* non détaillée.

Un seul médecin se montre sceptique sur certaines *« médecines parallèles »* (M4FG3) telles que l'hypnose et la sophrologie. Mais globalement, la sophrologie et la relaxation sont présentées avec de bons retours des patients.

La tisane, par exemple *« nuit tranquille® »* (M2FG4), est mentionnée par quelques médecins comme une possibilité thérapeutique non médicamenteuse.

3.3.4.3.1 L'activité physique recommandée

L'activité physique est recommandée en général *« faire une activité physique en journée, mais pas trop tard »* (M3FG4). Elle est suggérée par de nombreux médecins (FG2, 3 et 4), et très valorisée. Un praticien formé à la médecine du sport explique proposer systématiquement du sport *« la première ligne de l'ordonnance »* (M3FG2) et même le prescrire *« soit pour marcher soit pour bouger »* chez tous les patients sans distinction, *« même avec les réfractaires »* ou les *« non réceptifs »*. Un autre médecin (M2FG3) déclare remettre parfois un certificat de sport pour inciter le patient.

Plus généralement, l'activité physique est proposée au patient de façon quasi systématique, y compris chez le sujet âgé (marche régulière) (M2FG2).

3.3.4.3.2 Sophrologie évoquée mais peu connue

Concernant la sophrologie, bien qu'elle soit systématiquement évoquée, elle n'est pas forcément proposée en consultation. Pour deux médecins, particulièrement convaincus de l'efficacité de la sophrologie sur l'insomnie et qui adressent facilement, il s'agit d'une forme de relaxation, *« qui passe par le corps »*, apparentée à l'hypnose mais dont les objectifs diffèrent (M2 et M3FG3).

3.3.4.3.3 L'hypnose convaincante

Une majorité de médecins est convaincue de son efficacité *« l'hypnose ça se démocratise de plus en plus »* (M2FG4). Seul un médecin se montre réfractaire par méconnaissance. Globalement, l'hypnose est décrite comme une *« super alternative aux thérapeutiques médicamenteuses »* (M3FG1) car elle permet d' *« apprendre aux gens à se gérer »,* de s'autonomiser. Ainsi, l'autohypnose

« pour arriver à t'induire toi-même » peut s'avérer utile. L'hypnose est également proposée chez les plus jeunes car *« ça peut permettre aussi de travailler un peu sur soi »* (M2FG2).

Un médecin, formé à l'hypnose, l'utilise comme un *« outil conversationnel »* (M2FG3), de communication, *« de conviction »,* pratique pour *« suggérer »* et faire passer des idées. Pour ce médecin en particulier, approuvé par ses collègues, l'hypnose permet d'amener le patient à réfléchir sur son insomnie et peut parfois s'avérer pratique pour, par exemple, l'amener à arrêter son hypnotique de lui-même. Il explique le processus : *« on suggère, qu'à un moment donné, leur reflexe un petit peu d'hyper-vigilance a eu besoin d'être là pour une situation donnée, peut-être il y a des années (etc) et que c'est resté à fonctionner comme ça. Que voilà, il faut débrancher le truc »*. Ce médecin précise qu'il est également possible d'utiliser l'hypnose comme une thérapeutique en séance (dans ces cas-là, ce médecin adresse à son confrère également formé). Les autres médecins du groupe se montrent intéressés et convaincus par l'hypnose *« L'hypnose, je serais tenté »* (M4FG3).

Cependant, des médecins relèvent la difficulté pour trouver un professionnel *« je saurais pas à qui adresser »* (M2 et M3FG4).

3.3.4.3.4 L'acupuncture moins connue

Un seul médecin propose l'acupuncture dans la prise en charge de l'insomnie. Pour cela, il adresse à un acupuncteur *« si je sens une demande, c'est ça, c'est vraiment patient-dépendant »*, c'est-à-dire *« si c'est quelqu'un qui cherche une solution, extérieure à elle-même, non médicamenteuse »* (M3FG4). Pour lui, *« Parfois ils attendent une aide extérieure et que ça peut être l'acupuncture, par un biais, je ne sais pas lequel mais qui peut les aider à s'apaiser »*.

3.3.4.4 Les TCC rarement proposées

Les TCC ne sont jamais nommées spontanément par les médecins de ces focus-groups. Lorsqu'on leur pose la question, la plupart des médecins répondent *« quelqu'un qui arrive avec une plainte de sommeil, on arrive rarement à une psychothérapie, très rare »* (M1FG2) surtout *« pas pour un trouble du sommeil isolé »* (M1, M2 et M3FG2) ou lorsque la plainte physique est au premier plan. D'autres ont une opinion négative sur les TCC « *mais je n'ai pas forcément un bon à priori sur les thérapies comportementales (…) Parce que c'est un symptôme, le sommeil. Alors, si tu soignes le symptôme du sommeil, mais que tu ne comprends pas ce qu'il se passe après, le symptôme va se déplacer, ça va être autre chose »* (M3FG4).

Parmi eux, quelques médecins ne connaissent pas les psychothérapies, n'y sont pas formés et ne savent pas à qui adresser *« On n'est pas formé du tout à ça. Je sais pas. Qui c'est qui fait ça ? »* (M4FG3). Ainsi, peu savent que les TCC peuvent être effectuées par *« les psychiatres…M2 : Psychiatres, psychologues… »* (M2, M3FG3) et les médecins méconnaissent cette technique. Ils considèrent également que beaucoup de patients ont une réticence liée au mot *« psy »* (M3FG3).

Néanmoins, dans certains cas ciblés, les TCC peuvent être efficaces *« ça marche bien aussi quand les gens sont motivés et quand ils l'acceptent »* (M3FG3). Un autre va dans le même sens en expliquant que les TCC peuvent avoir un intérêt dans certaines situations *« Si c'est vraiment juste un trouble du sommeil isolé, ça doit quand-même exister quelque part, pourquoi pas »* (M2FG4) et pas utilisé seul *« je pense qu'il faut pas le prendre tout seul, ça c'est sur »* tout en admettant ne jamais avoir pensé à adresser un patient dans ce cadre. Exceptionnellement, un autre médecin dit la proposer chez des patients *« névrosés »* avec psychopathologie (M1FG2).

3.3.4.4.1 Le contrôle du stimulus

Jamais qualifié comme tel, il est pourtant évoqué dans une forme simplifiée par quelques médecins qui l'appliquent de manière intuitive. Il s'avère important d'associer le lit au sommeil *« séparer le moment du lit et le moment de la soirée »* (M2FG4) en expliquant que l'endroit pour dormir doit être associé au sommeil. Certains conseillent ainsi au patient de se coucher et de se réveiller à heure fixe *« essayer de leur dire de se lever quand-même à sept heures »* (M3FG4) et *« pas de grasse mat le weekend »* (M4FG1). Des médecins recommandent également de *« se lever, ne pas rester dans le lit »* (M1 et M3FG2) sans dormir. En l'absence d'endormissement au bout d'une demi-heure, un médecin conseille de se lever *« si tu t'endors pas dans la demi-heure, il faut se relever »* (M4FG1). De même en cas de réveil nocturne, *« essayer de prendre un livre simplement pour lire et essayer de détourner leur attention de ça »* (M3FG4). Ils insistent sur l'importance de ne *« pas rater le moment où tu sens que l'endormissement arrive »* (M3FG1).

Autre conseil proposé par quelques médecins, *« il faut peut-être juste décaler votre heure de coucher »* (M4FG1) en cas de réveil matinal trop précoce (FG1 et 2) afin de *« de les remettre sur un rythme progressivement »* (M2FG4).

3.3.4.5 Soutien psychologique et aide à la réflexion personnelle

Le *« soutien psychologique »* est évoqué par quelques médecins (M1 et M3FG2) qui le réalisent eux-mêmes.

Des médecins, dont l'un est formé à l'hypnose, insistent sur l'importance pour le patient de comprendre son insomnie, de se questionner sur son trouble, et de l'analyser pour mieux l'appréhender selon son fonctionnement propre afin de faire évoluer le patient et de l'amener vers une prise en charge non médicamenteuse, adaptée à ses besoins propres. L'un d'eux insiste sur l'utilité pour le patient de *« faire une autocritique sur sa situation personnelle »* (M2FG3). Pour ce médecin, le patient doit *« prendre conscience »* de son insomnie, accepter la problématique afin de *« se recentrer »* sur lui-même et de pouvoir travailler sur soi. Pour lui, il est important de les faire réfléchir sur leur mode de vie et sur les raisons de leur insomnie en les interrogeant sur le travail, les loisirs et la notion de plaisir. Un autre médecin, formé à l'entretien motivationnel, explique *« essayer de voir avec eux, qu'ils trouvent aussi plus facilement des solutions par eux-mêmes quoi. Et des réponses »* (M2FG4).

Cette notion est qualifiée de *« psychothérapie de soutien »* (M2 et M3FG3), pouvant correspondre à une forme de soutien psychologique et d'accompagnement du patient vers une réflexion sur son insomnie. En cas de syndrome dépressif associé, il est essentiel de *« faire admettre »* au patient celui-ci et de comprendre la nécessité de le traiter quand certains patients ne voient que l'insomnie. Finalement, pour ces médecins, il s'agit en fait d' *« écouter »* et *« de faire parler les gens »* (M2 et M3FG3).

3.3.4.6 Décision partagée

Différentes thérapeutiques non médicamenteuses sont proposées mais le choix est laissé au patient après discussion car les patients ne sont pas tous réceptifs aux mêmes prises en charge *« y a des gens qui sont preneurs et d'autres pas du tout »* (M2FG2). En effet, certains patients adhèrent à certaines techniques non médicamenteuses et pas à d'autres *« tout le monde va pas faire une séance de sophro »* (M1FG2). L'objectif en est de trouver la méthode à laquelle le patient va adhérer, qui lui convienne *« Y a plein d'outils, et en fait, c'est vrai que, le défi, c'est de trouver celui qui va le mieux*

correspondre au patient » (M2FG3). Ainsi, selon *« la conviction intime »* du patient, ce médecin peut proposer des médicaments, de l'homéopathie, de la naturopathie même, de la médecine chinoise… tant que la thérapeutique répond à leurs besoins.

3.3.4.7 Avis du spécialiste variable

Les médecins font peu appel aux spécialistes et de façon très variable.

3.3.4.7.1 Médecin du sommeil peu sollicité

Les modalités pour adresser au médecin du sommeil sont diverses selon les médecins. Certains adressent en cas d'échec des mesures d'hygiène de sommeil *« après tous ces conseils-là, […] ben je leur conseille d'aller voir un médecin du sommeil »* (M4FG1). Cela permet aussi de rechercher des causes pas toujours admises par le patient, comme un syndrome dépressif, car la recherche étiologique est plus complète chez le spécialiste du sommeil : *« c'est intégré dans la recherche de syndrome dépressif aussi […] le message passe un petit peu mieux. Faut que ça chemine un peu des fois. »* (M2FG3).

Mais la plupart relèvent le manque de spécialiste du sommeil de proximité. Un seul médecin du sommeil (Dr Dakar, médecin neurologue, spécialiste du sommeil à Pau) est évoqué à Pau par quelques médecins *« au Dr Dakar, si je veux la totale, c'est-à-dire les apnées plus le syndrome des jambes sans repos »* (M2FG2). Une autre adresse *« ceux qui ronflent »* (M1FG2) seulement pour la recherche de SAOS. Certains se disent même obligés d'adresser au centre du sommeil de Bordeaux car ils n'en connaissent pas sur place (M4FG1).

Un médecin déclare avoir des demandes de patients concernant la clinique du sommeil sans connaitre son rôle ni son intérêt *« je sais même pas ce qu'ils proposent en fait, la clinique du sommeil »* (M2FG4), ce qui le conduit à ne pas adresser. Pour lui, la clinique du sommeil ne concerne que la recherche de SAOS *« ils font que le syndrome d'apnée »*.

La plupart des médecins adressent à d'autres spécialistes en alternative au médecin du sommeil : le plus souvent, pneumologue *« pneumo, pour le syndrome d'apnées »* (M2FG4) ou ORL, et uniquement en cas de symptômes évocateurs de SAOS. Certains citent même le cardiologue, la rééducation fonctionnelle voire le neurologue selon le point d'appel.

3.3.4.7.2 Psychologue, psychiatre et psychothérapeute rarement proposés

Parmi ceux qui l'explicitent, nombre de médecins (cinq participants) n'adressent pas à ces spécialistes *« je dis pas d'aller voir le psychologue »* (M4FG1) surtout en cas d'insomnie isolée *« j'envoie pas juste pour un trouble du sommeil isolé parce qu'on n'a pas d'accessibilité »* (M2FG4).

Ils peuvent adresser en cas de *« problèmes de dépression sous-jacents, j'adresse facilement à un psychologue »* (M1FG1) ou *« si vraiment y a une pathologie psychiatrique, oui, un psychiatre ou un psychologue »* (M3FG4) car *« cette insomnie en plus vient catalyser la dépression ou l'anxiété » ou si « c'est un contexte plus global »* (M2FG4). Un médecin oriente simplement pour soutien psychologique s'il ne le fait pas lui-même (M3FG2) et un autre *«si effectivement y a une porte qui s'ouvre et que moi je me sens pas les compétences pour l'aider au niveau de ses souffrances psychiques, oui »* (M3FG4).

Les médecins se justifient par la réticence des patients au terme « psy », surtout chez ceux qui n'admettent pas leur trouble anxio-dépressif associé *« ça arrive souvent qu'ils disent « non, j'arrive pas à dormir, mais tout va très bien. Donc du coup, là, c'est difficile de les envoyer »* (M3FG4)

et qui refusent cette prise en charge *« ils sont pas du tout prêt à s'entendre dire aller voir un psychologue ou c'est psy »* (M3FG3). Un médecin précise qu'il faut parfois plusieurs années pour convaincre le patient d'aller voir un *« psy »* (M2FG3) et que donc *« ça dépend aussi de la demande du patient »* (M3FG4).

3.3.4.8 Suivi variable

Le suivi n'est pas abordé par tous les médecins (absent du FG1) et pas toujours systématique.

Environ la moitié des participants proposent un suivi régulier *« Je les revois quand-même plusieurs fois pour refaire le point »* (M2FG4). Selon les médecins, le suivi peut s'effectuer tous les sept jours (M3FG2, M4FG3), à sept ou à quinze jours (M3FG3), ou à la demande (M1FG2, M2FG4). Il est parfois nécessaire de revoir le patient avant en fonction du contexte *« Si y a d'autres choses, je les revois parfois la semaine suivante ou quatre jours après »* (M2FG4) mais en général, ces médecins proposent de revoir le patient tous les mois *« je leur dis au maximum, on se laisse un mois »* (M2FG4), une fois stabilisé. Pour certains, il peut s'agir d'une consultation dédiée, d'autant plus qu'il s'agit d'une *« plainte première et qu'ils ont vraiment pointé du doigt d'un problème là-dessus »* (M2FG4).

Le suivi peut permettre un soutien psychologique s'intégrant dans une prise en charge au long cours, non réduite à *« l'espace-temps de la consultation »* (M2FG3) mais abordé plus globalement et au long cours *« travailler sur du long terme »* (M2FG4).

Un autre *« préfère multiplier, au final, les consultations »* (M3FG2) pour repousser la prescription au maximum, en faisant jouer le temps. A défaut, il *« propose des hypnotiques au bout de sept à quinze jours »* (M3FG2) en cas d'échec de la prise en charge non médicamenteuse. A l'opposé, un médecin effectue une prescription d'emblée, parfois prétexte à revoir le patient *« ma prescription, elle est un peu prétexte, quelque part »* (M3FG3).

Un praticien ne prévoit pas de réévaluation systématique, proposant au patient de revenir à quinze jours si pas d'amélioration, en espérant que le patient ira mieux et ne reviendra pas. Par contre, en cas de souffrance psychologique associée, il préfère réévaluer *« ceux pour lesquels tu sens qu'il y a une souffrance psychologique dessous et que c'est pas que le trouble du sommeil, c'est le prétexte pour venir consulter mais en fait y a quelque chose de plus… et ceux-là, tu les revois peut-être à quinze jours »* (M2FG2). Pour les médecins qui proposent un suivi, leurs patients acceptent bien le fait de revenir.

3.3.5 Prise en charge médicamenteuse

3.3.5.1 Prescription d'hypnotiques

La prescription médicamenteuse a été abordée spontanément et systématiquement par les médecins. Tous les médecins, d'une manière ou d'une autre peuvent être amenés à prescrire un traitement médicamenteux, de manière plus ou moins spontanée ou restreinte. Mais les habitudes de prescription peuvent être très variables selon les praticiens.

3.3.5.1.1 Décision de prescrire (ou non) propre à chaque médecin

Prescription restreinte ou limitée

Très peu de médecins déclarent *« je prescris quasiment pas d'hypnotiques »* (M3FG3) ou refusent tout simplement de prescrire une molécule *« c'est interdit, le Lexomil, chez moi »* (M2FG2). En cas de première prescription, certains médecins disent informer le patient sur les risques de troubles mnésiques, ce qui suffit souvent à *« calmer l'instauration des hypnotiques »* (M3FG1). Quelques-uns refusent de prescrire en cas de première plainte d'insomnie *« pour une nouvelle plainte, jamais ils ne vont sortir le premier jour avec des hypnotiques»* (M3FG2) et surtout si le patient a cette exigence de traitement médicamenteux avec efficacité immédiate. Certains explicitent ce qui déclenche leur décision de prescrire ou non : pour un médecin, le choix se fait *« à la carte »* (M1FG2).

Prescription si retentissement important

La prescription est souvent plus facile en cas de retentissement important, *« sur l'impact sur la qualité de vie »* (M2FG2) comme chez un patient irritable, en cas de conflit familial ou au travail, difficultés à décrocher du boulot... Elle est même parfois spontanée en cas de troubles anxio-dépressifs *« je fais une prescription parce que je trouve qu'ils sont pas bien donc c'est un état anxieux, un état anxio-dépressif »* (M1FG2). Parfois, le renouvellement est réalisé par la culpabilisation *« Comme la personne me dit si je le prends pas, je dors pas, je renouvelle, parce que j'ai mauvaise conscience »* (M3FG4).

Prescription en seconde intention

Pour d'autres, la prescription se fait *« en dernier recours »* (M3FG2), après échec des autres prises en charge, seulement en cure courte (sept jours par exemple), parfois après sept à quinze jours d'alternatives thérapeutiques *« si vraiment c'est galère, je leur propose des hypnotiques au bout de sept à quinze jours »* (M3FG2). Mais les médecins déclarent qu'elle doit être ponctuelle et pas au long cours *« je crois qu'il ne faut pas faire de prescription très longue »* (M1FG2).

Prescription spontanée ou d'emblée

Un médecin admet prescrire également quand la demande arrive en fin de consultation sans discuter *« c'est la question qui revient à la fin de la consultation, on rajoute l'hypnotique sans rentrer dans le … »* (M1FG3). Un autre se sent obligé de prescrire si le motif de consultation principal est l'insomnie (M2FG2) même s'il reconnaît qu'il ne devrait peut-être pas.

La prescription survient parfois, en cas de demande explicite du patient, en attente d'un traitement pharmacologique avec effet immédiat : *« exigence »* (M1FG2). Il s'agit parfois de patients qui n'envisagent pas d'autres thérapeutiques non médicamenteuses. Certains refusent d'aborder l'insomnie et *« veulent vraiment le médicament »* (M1FG2). Ce médecin est pourtant le seul à avoir un avis positif sur les hypnotiques, qu'il recommande à ses patients avec ces arguments : *« endormissement dans la demi-heure, amélioration des cycles du sommeil, et diminution des réveils nocturnes »*.

Dans l'ensemble, les médecins reconnaissent une modification des pratiques *« on prescrit quand-même de moins en moins et on sait bien qu'il faut prescrire de moins en moins »* (M2FG2).

3.3.5.1.2 Réévaluation du traitement hypnotique non systématique

La majorité des médecins reconnaissent que le renouvellement d'hypnotiques est systématique, sans réévaluation et sans réaborder le sujet *« je renouvelais les médicaments, les*

hypnotiques notamment, sans trop me poser de questions » (M1FG1). Il s'agit d'une habitude de prescription sans remise en question qui permet une réponse immédiate à la demande du patient. Des médecins admettent parfois renouveler hors consultation *« prescrire sur un coin de comptoir »* (M3FG1). D'autres expliquent que jusqu'à récemment, *« on leur faisait à l'avance l'ordonnance antidatée pour le Zolpidem »* (M3FG2) pour le renouvellement tous les trois mois.

Bien qu'ils admettent que réévaluer serait bénéfique, les médecins ne le font pas *« Moi, je le fais pas tout le temps. J'aurais envie de le faire tout le temps, mais des fois, je bataille pas. »* (M3FG2). Seulement quelques participants déclarent réévaluer plus souvent le traitement chez les nouveaux patients *« Les nouveaux patients qui sont arrivés, j'ai essayé de modifier le traitement »* (M2FG1). Mais la réévaluation du traitement chez des patients anciennement traités est rare *« de consult en consult, je reconduis sans trop réaborder le sujet pour les patients »* (M4FG1). Un peu plus chez les personnes âgées ou quelques médecins disent requestionner la prescription *« y a ceux qui sont traités qui dorment pas quand même donc on finit par dire ben du coup peut-être qu'on peut l'enlever ce cachet puisque ça sert à rien »* (M2FG2).

En cas de prise d'hypnotique ancienne, accorder un seul renouvellement peut permettre d'aborder la discussion afin de préparer un sevrage progressif *« Je renouvelais toujours une fois et puis, pour tout de suite commencer à discuter et voir un petit peu »* (M2FG3). Le patient est ainsi averti qu'il s'agit du dernier renouvellement et qu'il se verra opposer un refus la fois suivante. Dans ce cas, l'insomnie est relativisée voire minimisée *« c'est pas grave de pas dormir »* (M2FG3) surtout si le patient est dans la plainte. Un autre explique qu'il lui arrive *« de refuser de le délivrer, (…) je refuse de leur donner. Ou alors je leur donne que la moitié et je refuse de leur refaire quinze jours après quand ils reviennent. »* (M2FG4).

3.3.5.1.3 Modalités de prescription

L'association d'un hypnotique et d'une benzodiazépine à très petite dose *« la prescription de plusieurs médicaments en demi-dose ou en quart de dose pour arriver à l'effet »* (M1FG2) peut être utilisée pour limiter l'accoutumance. D'autres ont des ordonnances type. Un seul déclare appeler le patient pour réévaluer la tolérance de l'hypnotique après instauration *« Vous téléphonez, vous me dites comment vous êtes, s'il y a des effets secondaires »* (M1FG3).

Concernant les personnes âgées, les médecins ont tendance à réduire la prescription d'hypnotiques *« plus on essaie de diminuer, de substituer, de mettre des trucs moins fort, tout ça mais c'est compliqué »* (M2FG2).

3.3.5.1.4 Dépendance au traitement : principal frein au sevrage des hypnotiques

La moitié des médecins évoquent le problème de la dépendance aux hypnotiques *« une réelle dépendance au traitement »* qui rend difficile le sevrage *« quand on essaie de les supprimer c'est vraiment très difficile »* (M2FG1).

Alors que certains médecins considèrent le sevrage chez les personnes âgées compliqué *« c'est pas possible de leur enlever »* (M2FG2), d'autres, au contraire, estiment que *« les vieux qui prennent ça tout le temps, en fait, ils n'en ont pas besoin »* (M1FG2). Pour les uns, le sevrage est plus facile pour les personnes âgées *« au-delà de 80 ans, c'est beaucoup plus facile d'arrêter un traitement chez les personnes vraiment très âgées qui l'avaient et qui l'ont traîné, c'est beaucoup plus*

facile » (M2FG1). Pour d'autres, *« je trouve que la personne la plus dure pour arrêter les benzodiazépines, c'est les 50-70 ans »* (M2FG1) ou *« tout juste retraités ».*

La dépendance au traitement est d'autant plus marquée que la prise est ancienne *« Si les gens sont accros depuis vingt ans, c'est sûr »* (M3FG3) et satisfaisante *« Le problème c'est ceux qui dorment bien avec leur hypnotique parce que ceux-là, ils ne veulent surtout pas que tu y touches »* (M2FG2) car il n'y a pas de remise en cause. Ainsi, les patients satisfaits refusent catégoriquement de diminuer le traitement dont ils ne voient que les bénéfices, ce qui rend le sevrage très compliqué *« c'est un débat compliqué parce qu'ils sont pas contents »* (M2FG2). Un jeune médecin remplaçant, qui propose à ces patients d'*« essayer de faire le point pour savoir ou diminuer »* trouve que *« c'est vraiment très très délicat et très souvent on se heurte à un mur où on peut pas »* et *« à chaque fois, je trouve que j'ai toujours le même refus, quoi, c'est toujours un non et puis on a déjà tout fait… »* (M2FG4).

De plus, certains médecins constatent que la prise de traitement est rassurante et sécurisante pour le patient *« ils dorment pas mais en même temps quand même ça les rassure de prendre quand-même les cachets »* (M2FG2), avec une dépendance du geste *« une vraie dépendance médicamenteuse et le geste »* (M4FG1) et pas de volonté de changer ses habitudes. Ils expriment la conviction du patient d'avoir besoin du traitement, d'en être tributaire et d'être persuadé de ne pas pouvoir s'en passer *« ils pensent être obligés de le prendre, en fait, ils ne sont pas obligés puisqu'après tout, c'est peut-être une accoutumance »* (M1FG2). Certains patients refusent purement de remettre en question le traitement et les médecins reconnaissent que certains sont perdus de vue *« Je dis : « je renouvelle pas ». Et beh, je l'ai plus revue »* (M2FG3) et vont probablement chercher leur prescription ailleurs.

Pourtant, quelques médecins, tout en reconnaissant la difficulté du sevrage en cas de prise ancienne, considèrent qu'il est toujours possible *« je me suis réattaqué à ce problème là et finalement, j'arrive à les arrêter »* (M1FG1) et refusent tout fatalisme *« Si les gens sont accros depuis vingt ans, c'est sur…enfin en essayant toujours… mais on peut y arriver, hein. Moi, j'ai des patients qui ont arrêté le Stilnox au bout de vingt ans »* (M3FG3).

Un médecin fait remarquer que la dépendance au traitement peut aussi être due au fait qu'elle masque un trouble anxio-dépressif sous-jacent (M2FG1).

3.3.5.1.5 Risques liés aux hypnotiques : arguments avancés par les médecins

Un médecin évoque les études récentes qui montrent que la médecine évolue, que les prescriptions changent, ainsi que les pratiques *« c'est pas toujours les mêmes ordonnances qu'on fait, qu'il faut remettre en question, on change de produit »* (M1FG2).

Les médecins disent maintenant informer le patient sur les risques de dépendance et les effets négatifs *« je lui explique un peu les dangers des hypnotiques, des anxiolytiques, et que quand-même à son âge, ça serait bien qu'on ne fasse pas ça, qu'après, y a de la dépendance »* (M2FG2) avant l'instauration du traitement par hypnotiques. Parmi eux, l'un déclare *« je me sers de ça pour faire peur »* (M3FG2) en présentant ces médicaments comme dangereux.

Quelques médecins expliquent au patient le mode d'action de l'hypnotique *« ça n'endort pas, ça vous anesthésie donc c'est pas un sommeil de bonne qualité. Du coup, c'est pas un sommeil*

récupérateur » (M2FG2). D'autres informent sur la demi-vie très longue de certaines benzodiazépines comme le Lexomil® *« vous voyez, vous en prenez, (j'exagère un peu), dans une semaine, si je vous fais une prise de sang, je vais en retrouver encore »* (M3FG2). Ces médecins mettent en avant l' *« effet contraire »* à long terme, la perte d'efficacité voire les *« effets paradoxaux »* (M1FG2).

Certains médecins expliquent que le risque de survenue de troubles mnésiques est un argument récent, utilisé fréquemment et efficace pour limiter les prescriptions *« sur les dernières études y a avait plus de patients qui avaient des troubles genre maladie d'Alzheimer, ouh, ça c'est un argument…de feu de dieu… »* (M1 et M3FG1). Pour eux, il s'agit d'un argument convaincant qui fait peur : *« grignoter les neurones »* (M2FG2). Un médecin annonce carrément à ces patients le risque *« d'Alzheimer »* (M4FG3).

Par ailleurs, la restriction de prescription du Zolpidem, qui impose un renouvellement sur ordonnance sécurisée, est un bon argument avancé par la majorité des médecins *« ça nous oblige aussi à réidentifier ceux qui sont sous Stilnox »* (M2FG2) pour réévaluer le traitement *« ça t'oblige à te poser un peu plus sur la prescription »* (M2FG2*).* Elle permet de débanaliser la prescription *« je trouve ça très bien que ce soit devenu sur ordonnance sécurisée justement, ça leur fait prendre conscience »* (M3FG4) et de rappeler au patient les risques liés à cet hypnotique et le fait qu'il ne s'agit pas d'un traitement anodin *« les gens du coup, ils se rendent compte que c'est quand même un médicament particulier »* (M2FG2). Un médecin parle même de *« bon de toxique »* (M4FG3) pour faire réagir ses patients. Il s'agit d'une contrainte supplémentaire pour le patient, du fait du renouvellement obligatoire tous les vingt-huit jours, mais les médecins estiment qu'il s'agit d'un *« bon outil »* (M3FG2) pour réaborder la prescription. Aucun médecin ne remet d'ailleurs en cause la mise sous ordonnance sécurisée.

Quelques médecins rappellent l'importance de l'éducation des patients *« en expliquant aux gens »* (M3FG1), afin de les motiver à arrêter voire d'inciter certains à entamer un sevrage d'eux-mêmes *« ça a naturellement motivé les gens à diminuer »* (M3FG1). La réussite d'un sevrage est d'ailleurs une satisfaction pour le médecin *« Je suis vachement contente quand il y en a qui en ont depuis longtemps qui vont arrêter »* (M2FG3).

3.3.5.1.6 Différentes modalités de sevrage selon les médecins

Le sevrage semble plus aisé en cas d'inefficacité du traitement, de persistance de la plainte ou d'effet contraire *« ceux qui sont encore dans la plainte, à la limite, c'est un peu plus facile parce ce qui te disent « ben oui, je prends ça », là tu peux leur dire ben oui, ça fait plus d'effet »* (M2FG2).

La discussion et l'argumentation, *« Il faut beaucoup blablater par contre…faut y aller quoi »* (M1FG2) qui passent par l'information des risques liés aux hypnotiques et la prescription sécurisée, sont nécessaires. Parfois, relativiser la plainte *« vous dormirez pas ce soir mais demain vous allez dormir »* est une aide utile au médecin (M4FG3).

Une partie des médecins proposent une diminution progressive, *« le but étant de diminuer sur de longues durées »* (M1FG2), *« en leur laissant le temps de le faire »*. La réduction peut s'accompagner d'une éventuelle substitution par un autre traitement *« je substitue par autre chose »* (M1FG1), souvent médicamenteux, non hypnotique ou moins dosé *« on le change, ou on en met un autre moins dosé »* (M2FG2) mais adaptée à la tolérance du patient *« on peut quand même essayer*

de dévier, de changer de produits pour éviter l'accoutumance » (M1FG2). Un médecin déclare *« Je les oblige à essayer »* (M1FG2) en expliquant la démarche au patient.

D'après leur expérience, bien que le recul soit insuffisant, l'expérience est encourageante : les médecins ne rapportent pas de majoration de la plainte d'insomnie lors du sevrage progressif *« la plainte au niveau du sommeil n'augmente pas »* (M3FG1).

3.3.5.2 Alternatives aux hypnotiques plus souvent proposées

Certains médecins n'abordent aucune alternative médicamenteuse aux hypnotiques ou l'évoquent peu. Pour les uns, elles ont des indications limitées notamment quand il s'agit d'une plainte ponctuelle quand pour d'autres, elles peuvent être une prescription utile de première intention. Selon ces médecins, différentes alternatives sont proposées.

3.3.5.2.1 Phytothérapie souvent proposée par les médecins

La phytothérapie est très prescrite, parfois dès la première consultation *« je peux donner assez vite des plantes »* (M3FG2), en première intention pour éviter au patient de partir sans prescription *« dès la première donner des plantes parce que c'est pas tellement facile de laisser partir des gens avec rien »* (M2FG2) ou pour les patients réticents aux hypnotiques qui *« veulent les choses pour dormir mais pas les choses trop… pas d'hypnotique, pas de benzodiazépine »* (M3FG4).

Différents traitements sont cités : Omezelis®, Euphytose®, Plenesia® *« en phytothérapie, je sais pas trop ce qu'il y a exactement, c'est un truc qui s'appelle Plenesia®, je pense qu'il y a de l'aubépine, de la valériane »* (M3FG4). Ces spécialités sont considérées comme plus ou moins efficaces *« L'Euphytose® aussi, mais c'est rare que ce soit efficace »* (M3FG4) et parfois contraignantes au niveau des prises *« l'Euphytose® quand on lit, faut en prendre six par jour »* (M2FG4). De plus, la phytothérapie n'est pas remboursée *« Ca a un coût »* (M3FG4). Pour ces médecins, l'intérêt de la phytothérapie réside dans son action associée sur l'anxiété et le stress *« phytothérapie pour essayer de diminuer un peu le niveau de stress »* (M2FG2).

A l'inverse, un médecin, sûr de lui, n'en prescrit jamais car il ne croit pas en son *efficacité « je ne donne pas de plantes, j'y crois pas du tout donc je donne jamais de plantes, jamais, jamais, donc je suis quand même assez chimique »* (M1FG2). Un autre, qui n'y croit pas non plus (M2FG4), mais qui reconnaît ne pas bien connaitre la phytothérapie, n'en prescrit pas *« sauf s'ils ont déjà eu une prescription de faite par une personne qui fait (…) la phytothérapie et qui s'y connait vraiment et ça marche, alors je re-prescris »* et renvoie le patient vers le pharmacien *« Je leur propose de voir avec le pharmacien »*.

3.3.5.2.2 Autres thérapeutiques parfois évoquées

Des médecins évoquent la mélatonine, méconnue de la plupart. Aucun ne la prescrit car elle n'est pas considérée comme efficace dans l'indication de l'insomnie chronique *« j'utilise pas la mélatonine, jamais »* (M2FG2), sauf dans le cas très particulier du décalage horaire pour resynchroniser l'horloge circadienne. De même, un médecin du sport aborde la photothérapie dans cette même indication particulière.

L'homéopathie est peu évoquée : deux médecins (M1FG1 et M4FG3) la mentionnent sans détailler (L72 par exemple), un autre admet manquer de connaissances *« Sur l'homéopathie, je connais pas du tout »* (M2FG4) et seul un médecin en prescrit *« je prescris Ignatia®, Passiflore, des trucs comme ça en homéopathie, quand je sens qu'il y a une demande d'homéopathie, c'est la seule*

chose que je connais » (M3FG4) en cas de demande du patient. Quelques médecins prescrivent le Stresam®, un anxiolytique « léger » (M2 et M3FG2).

A titre anecdotique, un médecin expérimenté cite même les placebos comme le magnésium ou le Paracétamol qui peuvent parfois fonctionner (M4FG3).

Peu de médecins déclarent utiliser des *« antidépresseurs sédatifs »* (comme le Norset®, Athymil®, Mianserine®) en cas de syndrome dépressif associé pour leur effet sur le sommeil (M3 et M4FG3).

3.3.6 Limites ressenties

Les médecins relèvent surtout une difficulté d'application des grands principes de prise en charge de l'insomnie. Mais la principale limite est liée à un manque de connaissance pratique. Un seul médecin affirme ne pas avoir de difficultés dans la prise en charge *« j'ai pas de problème »* (M4FG3).

3.3.6.1 Liées au patient

Bien que cet aspect ne soit pas systématiquement abordé, les médecins relèvent pour la plupart, une opposition de la part de certains patients réfractaires, un manque de volonté avec un refus de la prise en charge proposée *« Quand les gens veulent pas changer. C'est la seule limite. »* (M2FG3). Les praticiens estiment qu'il y a une attente de prescription médicamenteuse *« Des personnes qui sont très demandeuses aussi d'une prescription »* (M2FG4) de la part de certains patients qui voient le médecin comme un distributeur de médicaments, qui veulent leur substance *« ils imaginent pas (…) qu'un médecin généraliste puisse offrir autre chose qu'une thérapeutique médicamenteuse »* (M3FG1). Ces patients attendent une solution de facilité, rapide et sans efforts, *instantanée « souvent les gens veulent une solution immédiate »* (M3FG4). Ils manquent de motivation *« Faut arriver à les motiver, et ça, c'est compliqué »* (M3FG1) pour se prendre en charge activement. Les médecins en ressentent des difficultés « *une forme d'impuissance »* (M3FG4) pour les faire adhérer à un projet thérapeutique *« le plus difficile, c'est de leur faire pointer du doigt que c'est pas ça qui va les aider »* (M2FG4).

Ainsi, en cas de patient s'opposant à toute modification ou adaptation de prise en charge, refusant de changer, *« c'est difficile de faire comprendre au patient que ça vient de quelque part dans leur façon d'être, dans leur façon de vivre et parfois, ils ont du mal à vouloir le voir »* (M2FG4), les médecins expriment une rupture de dialogue avec une incompréhension réciproque rendant compliquée l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent *« je cherche plus à agir (…) je décroche totalement de leur demande, je les laisse se plaindre »* (M2FG3). Quelques médecins décrivent certains patients toujours dans la plainte *« C'est leur mode de fonctionnement. Tu leur enlèves la plainte, ils n'existent plus »* (M2 et M3FG3) et qui mettent en échec toutes les solutions proposées *« Ils te mettent en échec systématiquement. Ils sont trop contents de te mettre en échec. »* (M2FG3), et donc en échec le médecin lui-même *« C'est un peu les patients qui nous mettent en échec aussi »* (M3FG1).

A l'inverse, de rares médecins se sentent en difficulté dans le cas de patients dans *« le déni »* (M2FG4) qui refusent la prise en charge *« il y a une grosse souffrance derrière et si derrière il demande juste des trucs non médicamenteux »* (M3FG4).

3.3.6.2 Manque de formation : principale limite

Systématiquement abordé et approuvé, la grande majorité des médecins reconnaît un manque de formation comme principal frein à la prise en charge de l'insomnie *« On n'est pas formé du tout à ça »* (M2FG3). Concernant les TCC, la plupart des médecins estiment qu'ils ne connaissent pas et ne savent pas en quoi cela consiste *« le comportemental, moi, j'estime que je suis pas formée à ça »* (M4FG1).

Ils précisent qu'il s'agit d'un manque *« deux ou trois heures sur le sommeil quand-même »* (M1FG1) voire d'une absence de formation initiale *« j'ai même pas le souvenir que ça ait été abordé pendant les études »* (M3FG1) ou encore que *« la formation médicale n'est pas adaptée à la médecine générale »* (M1, M3 et M4FG1). Ces médecins regrettent que la formation continue soit insuffisante et peu présente « *Dans les programmes de formation, ça y est pas »* (M2, M3 et M4FG3).

Ils reconnaissent eux-mêmes leur manque de connaissance *« je suis nul »* (M3FG2) notamment en physiopathologie *« ce qu'il nous manque, c'est les nouvelles connaissances au niveau physiopathologie »* (M1FG2) et sur la classification et les différents types d'insomnie (M1, M2 et M3FG2).

Des médecins de toutes les générations relèvent que leur formation initiale était, d'une part très centrée sur l'hôpital *« notre internat, il est vachement centré sur l'hôpital »* (M2FG4, médecin récemment formé) et d'autre part très axée sur la pharmacologie et la prescription médicamenteuse *« on était éduqué à faire des ordonnances chargées »* (M2FG3, médecin dont la formation initiale remonte à plus de dix ans) surtout à une époque où les effets secondaires n'étaient pas connus ou reconnus *« Il y a quarante ans, quand on s'est installé, personne ne parlait des effets secondaires de ces produits-là »* (M1FG3, médecin depuis une quarantaine d'années).

3.3.6.3 Liées au médecin

3.3.6.3.1 Manque de temps

Des médecins abordent également le problème du manque de temps à consacrer à cette prise en charge, perçu comme une limite importante *« On n'a pas souvent le temps de rentrer dans la recherche »* (M1FG3). Certains estiment qu'une consultation dédiée est difficile à mettre en place car la plainte d'insomnie n'est pas un motif de consultation en soi et reste une plainte secondaire et abordée en fin de consultation *« en général, ils viennent pas que pour ça »* (M1FG1). Il s'avère alors difficile d'aborder cette problématique sur un temps de consultation limité et insuffisant *« Pas en 15 minutes sur une consultation »* (M1FG1). Ce manque de temps limite l'exploration de l'insomnie.

Ainsi, il est plus facile et plus rapide de prescrire *« C'est plus facile de marquer (…), de prescrire… »* (M1FG3). Par ailleurs, un médecin regrette la banalisation des médicaments et certains blocages des patients liés à des pratiques médicales de « sur médication ». Ce médecin relève les différences de pratiques entre confrères *« c'est dur parce qu'on n'a pas tous les mêmes pratiques »* (M2FG4) qui peuvent favoriser l'opportunisme des patients *« ils savent très bien que si nous on leur dit non, ils vont aller voir un autre qui va leur dire oui ».*

Pour un seul médecin aux quarante années d'exercice, le manque de temps est lié à une trop grosse patientèle *« On a trop de patients à voir »* (M4FG3).

Un autre relève que le manque de temps concerne aussi le temps de formation continue *« on n'a plus trop le temps de se former »* (M3FG3).

3.3.6.3.2 Difficultés d'application des mesures non médicamenteuses

Peu de médecins reconnaissent un manque de pratique *« je sais pas le faire appliquer réellement »* (M4FG1).

3.3.6.4 Manque de relais entre professionnels

Presque la moitié des médecins déplorent un manque de spécialiste du sommeil de proximité *« sur Pau, y a pas de médecin du sommeil »* (M1FG1), un manque de relais et de *« réseau visible »* (M1, M2 et M4FG1). Ils ne citent qu'un seul médecin du sommeil connu et déclarent *« on se débrouille un peu tout seul »* (M2FG3). Un médecin relève également le manque d'accessibilité des psychologues et psychiatres *« Les psychiatres sont très compliqués en libéral et puis les CMP sont surchargés »* (M2FG4).

3.3.6.5 Manque de ressources claires

Un médecin estime que les ressources auxquelles il a eu accès *« le peu d'articles que tu peux lire sur le sommeil, c'est jamais clair »* (M3FG2).

3.3.6.6 TCC non prises en charge

Enfin, le non remboursement des TCC peut être perçu comme une limite *« les TCC, ça reste des prises en charge qui sont dans le privé, donc non remboursées »* (M2FG1).

3.3.7 Leviers, améliorations possibles

3.3.7.1 Formation initiale et continue

L'ensemble des médecins reconnaît l'intérêt d'une formation continue appliquée et applicable en médecine générale *« des journées, comme ils font les organismes de formation médicale continue »* (M4FG1). Seuls deux médecins rappellent également la nécessité d'améliorer la formation initiale (M2 et M3FG4). Cela leur permettrait de mieux relayer l'information auprès des patients *« parce que nous, après, on peut relayer quand-même »* (M1FG2) Certains souhaiteraient un format type DU ou FMC comme une *« une journée sur les troubles du sommeil »* (M4FG1).

Ces médecins se disent réellement intéressés et motivés par une perspective de formation *« les troubles du sommeil sur une journée (…) pour les médecins généralistes »* (M4FG1) et sont en demande de ce type de formation *« Ce serait intéressant qu'on nous forme un peu plus »* (M3FG3). Un médecin propose un support papier envoyé par la CPAM « focus sur une page recto-verso » (M2FG4) afin d'être sensibilisé pour pouvoir se former de lui-même *« des choses pour faire de la formation personnelle quand on a le temps sans que ça soit très formalisé. Je pense que tous les moyens sont bons »*.

3.3.7.2 Education des patients nécessaire

Les médecins relèvent la nécessité d'éduquer les patients pour qu'ils soient moins axés sur les thérapeutiques médicamenteuses. Certains évoquent aussi l'importance de leur motivation *« De voir aussi l'envie du changement. Et l'investissement qu'ils vont mettre »* (M2FG3).

Les mentalités semblent évoluer dans le bon sens : la jeune génération de patients est moins demandeuse, plus consciente des risques liés aux médicaments*, « les patients jeunes sont de plus en plus réticents quand-même à tous ces traitements »* (M1FG1), mieux informée des progrès *« maintenant, on a évolué donc les gens en entendent parler, lisent internet »* (M1FG3) et parfois même méfiante *« Maintenant y a beaucoup de méfiance, voilà. Même parfois c'est de la défiance… »* (M2FG3).

Pour cela, certains évoquent la possibilité d'une information *« Des formations pour le grand public, oui, ou des infos »* (M3FG2) sous forme d'affiche pour le grand public ou *d'une « campagne de prévention nationale »* (M2 et M3FG4) afin de sensibiliser la population générale à *« qu'est ce qui est nécessaire pour avoir un bon sommeil »* et de communiquer sur ce thème.

3.3.7.3 Réseau sommeil

Si la notion d'un *« réseau sommeil »* (M3FG1) est à peine abordée, elle est approuvée par différents médecins. D'autres souhaiteraient un élargissement du rôle de la clinique du sommeil ainsi que *« plus de lien avec eux »* (M2 et M3FG4).

3.3.7.4 Importance de trouver le temps et de le prendre

Seulement quelques médecins (FG3) abordent l'importance de prendre du temps *« il faut du temps »* (M3FG3), de *« trouver des créneaux »* (M1FG3) voire de faire une consultation dédiée et de réévaluer lors d'une consultation ultérieure *« ce serait bien de revenir, c'est important. Ce serait bien de revenir que pour ça, c'est pas mal »* (M2FG3).

Un médecin formé à l'hypnose estime que cette technique peut être un bon moyen de gestion du temps en consultation *« L'hypnose c'est très bien. Moi, ça m'a libéré du temps. Ca m'a permis de maitriser mon temps en consultation.»* (M2FG3).

3.3.7.5 Modification des pratiques

Quelques médecins (FG3) constatent une évolution des pratiques liée à l'apport de connaissances sur les médicaments *« on s'est rendu compte des effets secondaires des produits »* (M1FG3), sur les risques potentiels *« ça a mis le doigt quand-même sur la dangerosité des médicaments. Il y a eu une époque où c'était pas dangereux les médicaments. Malheureusement. »* (M3FG3) et une meilleure information des médecins et des patients.

3.3.7.6 Importance de la conviction du thérapeute et du patient

Des médecins rappellent l'importance de *« la conviction du thérapeute »* (M3FG3) et du patient avec nécessité de trouver la thérapeutique adaptée aux besoins du patient sans l'imposer : *« quel que soit la technique utilisée, c'était la conviction du thérapeute, […] et c'était aussi la conviction qu'avait le patient »* (M2FG3). Ils insistent sur l'importance de la décision partagée.

3.3.7.7 Augmentation de la rémunération du médecin

Une majoration des honoraires *« à cinquante euros »* (M4FG3) pour ce type de consultation est même réclamée *« j'aurais envie de parler un peu plus si c'était un peu plus, mieux payé »* (M4FG3 exerçant depuis une quarantaine d'années), alors même qu'il reconnaît surtout manquer de temps.

3.3.7.8 Déremboursement des hypnotiques

Ce médecin déclare aussi, le ton un peu provocateur : *« je prescrirais moins de ces médicaments s'ils n'étaient pas remboursés »* (M4FG3). Il propose qu'ils ne soient plus prescriptibles par des généralistes *« On devrait nous interdire de prescrire ces médicaments »* mais seulement accessibles en psychiatrie pour des cas précis.

3.4 Résumé des principaux résultats

La plainte d'insomnie est perçue par les médecins comme un ressenti subjectif du patient, de manque ou de mauvais sommeil, dont l'aspect physique est parfois mis en avant. Pourtant, ils considèrent que l'insomnie est souvent réactionnelle et rapportent la plainte d'insomnie à des problèmes anxio-dépressifs, une souffrance psychique ou un stress associés.

Bien qu'évoquant peu leur rôle de premier recours, ils reconnaissent que l'insomnie chronique est une problématique complexe, parfois difficile à identifier et à individualiser car fréquemment abordée en fin de consultation. Conscients de l'importance de la caractériser, ils détaillent pourtant insuffisamment la définition de l'insomnie chronique : ils ne s'accordent pas tous sur sa durée, et évoquent peu son retentissement diurne. Quant à la physiopathologie, les médecins admettent leur méconnaissance voire leur ignorance des mécanismes de l'insomnie.

Concernant le diagnostic de l'insomnie chronique, rares sont ceux qui proposent une consultation dédiée. Ils reconnaissent pourtant le rôle essentiel de l'interrogatoire pour caractériser l'insomnie. Selon les médecins, l'interrogatoire est plus ou moins détaillé : objectiver la plainte, décrire le sommeil, rechercher des facteurs environnementaux, déclenchants et favorisants. Les médecins ne croient pas beaucoup aux outils diagnostiques, qu'ils trouvent peu utiles en pratique. L'agenda du sommeil, dont l'intérêt est reconnu par certains n'est jamais réalisé et les questionnaires sont considérés comme peu adaptés en pratique.

L'examen clinique n'est quant à lui pas systématique selon les médecins, certains s'attachant tout de même à rechercher une pathologie somatique associée. La recherche de trouble organique du sommeil n'est pas toujours réalisée, et concerne surtout le SAOS, le syndrome des jambes sans repos étant peu évoqué. Les examens complémentaires ne sont pas systématiques, soit en cas d'orientation clinique soit afin de rechercher un SAOS par une polysomnographie.

Les référentiels concernant l'insomnie sont méconnus voire ignorés. Un seul médecin cite les recommandations de la HAS mais aucun ne s'y réfère, préférant valoriser leur expérience auprès des patients.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, les médecins participants proposent spontanément des conseils d'hygiène du sommeil en première intention, bien qu'ils ne les rappellent pas systématiquement chez des patients déjà traités. Parmi les alternatives thérapeutiques utilisées,

la sophrologie est évoquée mais reste peu connue, l'acupuncture encore moins, mais l'hypnose se montre plus convaincante. Par contre, les TCC sont rarement proposées ou seulement dans certaines situations particulières. Par ailleurs, certains effectuent un soutien psychologique et une aide à la réflexion personnelle.

Le recours au spécialiste est variable selon les praticiens, qui reconnaissent ignorer le rôle précis des médecins du sommeil. De plus, leur accessibilité étant limitée, les médecins adressent plutôt à d'autres spécialistes comme les pneumologues ou les ORL en cas de suspicion de SAOS. Concernant les psychologues, psychothérapeutes et psychiatres, ils sont rarement proposés, du fait notamment d'une réticence au mot « psy » de la part de certains patients, et seulement dans certains cas particuliers ou à la demande du patient.

Selon les médecins, le suivi est variable, certains revoyant les patients systématiquement ou de manière régulière afin d'amorcer une prise en charge au long cours.

Alors qu'il n'était pas prévu de l'aborder, la prise en charge médicamenteuse reste omniprésente et les médecins reconnaissent y avoir trop souvent recours. S'ils admettent renouveler systématiquement et rarement réévaluer leurs ordonnances, certains tentent de limiter leurs prescriptions d'hypnotiques. Conscients des risques liés aux benzodiazépines et apparentés, ils cherchent à informer et pour certains à sevrer progressivement les patients, malgré les freins liés à la dépendance ou à l'opposition de certains patients. Les médecins peuvent également proposer d'autres thérapeutiques médicamenteuses, comme la phytothérapie, souvent évoquée. Des alternatives comme l'homéopathie sont parfois mentionnées mais rarement employées.

Face à cette plainte d'insomnie, l'ensemble des généralistes ressentent des difficultés dans leur pratique. Ainsi, des médecins perçoivent parfois une opposition de la part de certains patients. Mais la principale limite ressentie par l'ensemble des médecins concerne le manque de formation, initiale comme continue, responsable d'un manque de connaissances, que ce soit dans la physiopathologie, la démarche diagnostique ou les thérapeutiques dont les TCC. Par ailleurs, certains médecins estiment manquer de temps, reconnaissant que prescrire permet un gain de temps même s'il s'agit d'une solution de facilité. L'insuffisance de relais entre professionnels représente aussi un frein pour certains médecins, qui regrettent le manque de spécialistes du sommeil. Le fait que les TCC ne soient pas prises en charge se révèle aussi une limite pour quelques médecins.

Partant de ce constat, les médecins proposent des pistes afin d'améliorer la prise en charge. Ainsi, ils sont en demande de formations continues adaptées à la pratique de médecine générale. En parallèle, des médecins rappellent la nécessité d'éduquer les patients et de les informer. Pour cela, certains praticiens estiment qu'il est important de trouver du temps. Une modification des pratiques, moins axée vers les traitements médicamenteux, notamment en lien avec une meilleure formation et information apparait aussi comme un levier possible.

Faisant écho au manque de visibilité des professionnels du sommeil, mais à peine évoqué, un réseau sommeil est présenté comme une voie d'amélioration possible. Des médecins rappellent également l'importance de la conviction du thérapeute et du patient dans la prise en charge thérapeutique. Un seul médecin mentionne une augmentation de la rémunération des généralistes, sans que cette proposition ne soit relayée par ses collègues. Enfin, le déremboursement des hypnotiques est aussi une piste proposée par un médecin pour limiter leur prescription.

4. Analyse et discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Choix de la méthode par entretiens collectifs semi-dirigés

Le choix des focus-groups, méthode de recherche qualitative de groupe issue de la sociologie, a toute sa place en médecine générale pour de nombreuses problématiques (13) comme l'étude des représentations et des pratiques d'un groupe homogène de médecins généralistes dans le cas présent. Cette technique d'entretiens collectifs semi-dirigés s'est imposée du fait de sa capacité à faire émerger des opinions et des points de vue via les échanges et les interactions entre participants. En effet, la dynamique de groupe a permis de recueillir des avis variés et de faire ressortir des idées nouvelles ou inattendues. Par ce biais, les médecins ont été en situation de s'exprimer librement et de partager leurs pratiques, leurs expériences et leurs connaissances. Ainsi, toute idée, même minoritaire a pris de la valeur. Cette méthode rendait également possible le recueil des besoins ou des attentes.

De plus, le contexte confraternel, par une écoute attentive et dépourvue de toute hiérarchie, a permis d'amener une forme de bienveillance et de mise en confiance réciproques. Les médecins pouvaient ainsi parler sans crainte du regard des autres ou d'un jugement sur leurs pratiques. Les praticiens présents ont fait preuve d'une grande ouverture d'esprit, favorable à l'expression d'opinions diverses et parfois contradictoires. On a même pu ressentir la volonté d'un partage des pratiques, presque comparable à un groupe de pairs, de l'avis même de certains participants.

L'avantage de cette méthode est qu'elle peut faire émerger des perspectives d'amélioration et des pistes afin de faire évoluer les pratiques. Cependant, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés, de par l'échantillonnage non représentatif de la population source et son faible effectif.

4.1.2 Echantillonnage et composition des groupes

L'échantillon, qui n'avait pas besoin d'être représentatif du fait de la méthodologie, a rassemblé des médecins généralistes installés (sauf un médecin remplaçant), exerçant dans le Béarn. Les participants n'ont pas été sélectionnés sur d'autres critères que leur participation. Si de nombreux médecins contactés ont montré leur intérêt sur le sujet, la plupart n'étaient pas disponibles pour ce type de méthodologie, plus contraignante en terme de temps qu'un simple questionnaire. La répartition par focus-group s'est faite en fonction des disponibilités des médecins selon les dates proposées. Il s'est avéré très compliqué de rassembler un nombre de médecins suffisants en un lieu et un horaire communs du fait des occupations propres à chacun (en terme de

temps, de disponibilité, d'horaire, de déplacement, d'imprévus…). Tous les focus-groups ont eu lieu dans un endroit identique et neutre.

On peut remarquer que les participants étaient plus souvent des femmes (neuf sur treize participants), exerçaient plus souvent en semi-rural (neuf sur treize). Par contre, aucun médecin n'était issu d'un exercice rural et ne pratiquait seul. Les participants étaient tous en groupe ou en maison médicale. La durée d'installation était variable, tout comme l'âge. Les durées de consultations allaient de quinze à vingt minutes. Si quelques médecins pratiquaient des activités complémentaires, comme la médecine du sport ou l'hypnose par exemple, aucun n'avait de formation continue sur le sommeil. L'échantillon était donc diversifié mais non raisonné.

De plus, vu le mode de recrutement, les médecins présents étaient pour presque la moitié d'entre eux (six sur treize participants) des connaissances professionnelles. Le fait que certains médecins se connaissent entre eux a pu également favoriser la dynamique de groupe mais limiter la diversité des expériences partagées. De même, cela a pu freiner l'expression des autres participants. Par exemple, dans le FG1, M1, M3 et M4 se connaissant, M2 s'est retrouvé un peu en retrait avec des prises de parole moins fréquentes, mais toujours écoutées.

Alors que le nombre de participants recommandé est compris entre quatre et huit médecins, seulement deux focus-groups sur quatre (les FG1 et 3) ont pu rassembler quatre médecins, les autres n'étant que de trois médecins (FG2) et deux médecins (FG4), soit treize médecins au total. A noter que, par manque de participants, un médecin remplaçant a été convié à participer à un focus-group, afin de compléter l'échantillon. Ainsi, le dernier focus-group réalisé avec seulement deux médecins, dont un remplaçant, pose le problème de l'absence de dynamique de groupe bien que les deux participants se soient montrés très engagés et motivés dans la discussion. Finalement, le fait de recruter un médecin remplaçant a amené une plus grande diversité parmi les participants avec des idées nouvelles et inattendues.

Se pose alors le problème de l'obtention de la saturation des données, qui détermine le nombre de focus-groups à réaliser. Bien que cette notion soit très théorique, il est difficile dans ce cas d'affirmer qu'elle a été obtenue. En effet, les focus-groups ont été menés non pas jusqu'à saturation des données, mais jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de médecins volontaires et disponibles pour participer. Un recrutement de médecins insuffisant se révèle une limite majeure de notre démarche.

4.1.3 Elaboration du guide d'entretien et choix des questions

Une des erreurs possibles (14) dans la réalisation du guide d'entretien était la formulation ambigüe ou orientée des questions en fonction des idées préconçues, des convictions et de l'expérience du modérateur. Pour limiter cet effet, j'ai élaboré mon guide d'entretien d'après mes recherches bibliographiques, en essayant de maintenir une objectivité maximale.

En effet, selon le contexte d'énonciation, le vocabulaire et la tournure employés, les questions pouvaient influencer les réponses des participants (14). La rédaction du conducteur d'entretien pouvait être réalisée de telle sorte qu'elle induise des réponses en fonction des attentes du modérateur. Par exemple, l'emploi dans une question du terme d' « étiologie » et non de

« pathologie associée », a pu influencer les réponses des médecins. Ainsi, la manière de poser les questions et le moment choisi durant la discussion pouvait modifier ou influer sur les paroles des interlocuteurs. De même, certaines questions pouvaient être sujettes à interprétation de la part des participants, au risque d'adapter leurs réponses ou de ne pas évoquer le sujet attendu. C'est pourquoi, il était important de pouvoir reformuler les questions et les laisser les plus neutres et ouvertes possibles afin de permettre au maximum une liberté d'expression et de parole aux médecins interrogés. Par exemple, dans le FG3, j'ai reformulé la question d'accroche « qu'évoque pour vous la plainte d'insomnie en médecine générale ? », laissant les participants silencieux, en reprenant « En pratique, comment vous percevez l'insomnie, voilà, dans votre quotidien ? ».

De plus, l'observateur, neutre et extérieur au milieu médical, m'a permis de mener un travail de réflexivité entre les séances afin de corriger et d'adapter le guide d'entretien pour le déroulement des focus-groups suivants. J'ai ainsi été amenée à reformuler des questions trop fermées, ou à expliciter certains thèmes.

4.1.4 Déroulement des entretiens et place du modérateur

L'ensemble des médecins a été informé de la même façon, du thème de la thèse sans plus de précision, ce qui fait qu'aucun médecin ne connaissait le contenu du guide d'entretien à l'avance. Le cadre se voulait convivial et chaleureux afin de permettre aux participants de discuter le plus sereinement possible. Les questions étaient ouvertes afin de laisser l'expression la plus libre possible.

Cependant, un sentiment de domination ou la présence d'un « leader d'opinion » a pu influer sur les dires des médecins. Par exemple, dans le FG3, M2 avait une facilité d'expression qui prenait parfois le pas sur d'autres médecins comme M1, plus discret et à la voix moins porteuse, interrompu à certains moments par les autres participants. Les prises de parole de M4, médecin le plus expérimenté, étaient quant à elles très écoutées et non interrompues. Un des rôles du modérateur était alors de limiter les inégalités de répartition de parole, en la redistribuant afin de laisser à chacun la place de s'exprimer. Dans certains cas, pourtant, des médecins ont pu avoir des réticences à exprimer des idées personnelles, parfois en contradiction avec leurs confrères afin de ne pas déroger à une idée dominante. Cette attitude peut être source de blocage à la liberté de parole, ce qui a pu masquer l'opinion réelle du médecin.

En tant que modérateur, je me devais de garder un comportement le plus neutre possible. En effet, le risque était d'influencer les participants de par mon attitude, mes réactions aux réponses ou mes commentaires effectués hors du contexte du focus-group. Cette position de neutralité était d'autant plus difficile à tenir que je connaissais certains participants.

C'est pourquoi, l'observateur m'a aidée à adapter mon attitude, ma communication non verbale et mes questions de façon la plus neutre possible. Ainsi, j'ai appris à repérer les médecins les plus expressifs afin de me placer auprès d'eux pour réguler leur prise de parole en me tournant vers les autres participants. J'ai fait attention à orienter mon regard vers les médecins dont les prises de parole étaient plus rares, lorsque je posais une question. Je les ai incités à reformuler ou à préciser leurs dires afin de leur faire une place dans la discussion. J'ai travaillé mes reformulations afin

d'éviter les questions trop fermées comme « est-ce que ça vous arrive d'envoyer pour une psychothérapie ? » (FG2). De plus, l'expérience acquise au fur et à mesure des focus-groups a permis de laisser plus de place à l'expression des participants et de limiter les questions trop restreintes ou ambiguës comme par exemple « Tu dirais qu'il y a un manque de références, de choses comme ça ? » (FG2) au profit de question du type « Quelles références connaissez-vous et qu'en pensez-vous ? ».

4.1.5 Analyse du contenu

L'analyse des verbatims a respecté la méthode énoncée et a permis de garantir une bonne lisibilité des résultats en restant cohérent avec le sens des échanges. Cependant, j'ai pu faire des erreurs de lecture des réponses, ou celles-ci ont pu être mal comprises. De même, j'ai pu être tentée, involontairement, d'interpréter les réponses des participants selon mes propres attentes et convictions (14). C'est pourquoi, une relecture parallèle a permis de conforter les résultats et de limiter le biais d'interprétation. De même, le travail de réflexivité, mené tout au long des focus-groups et de l'analyse a permis d'atténuer ces risques.

4.2 Analyse et discussion des résultats

4.2.1 Quelle est la représentation et la définition de l'insomnie par les médecins interrogés ?

4.2.1.1 De la plainte du patient à la définition de l'insomnie

4.2.1.1.1 Une plainte complexe difficile à caractériser

D'après les médecins interrogés, l'insomnie est le plus souvent présentée par le patient comme une plainte, plus ou moins identifiée, de manque ou de mauvais sommeil, ce qui correspond bien à la définition selon le DSM V d'une insatisfaction liée à un trouble de la qualité et/ou de la quantité de sommeil (11). Mais il est important de distinguer la plainte d'insomnie, qui peut être une perception erronée du patient et le diagnostic d'insomnie qui répond à une définition reconnue. Pour les médecins interrogés, la plainte est parfois difficile à individualiser du fait qu'elle est souvent noyée parmi d'autres motifs de consultation ou qu'elle n'est pas toujours exprimée comme telle. Ainsi, à peine la moitié des insomniaques sévères disent consulter un médecin pour ce motif (9) et moins d'un tiers (27,5%) des insomnies chroniques avec perturbations diurnes (ICPD) ont déjà consulté pour leur problème de sommeil (15) alors qu'un état des lieux sur l'épidémiologie de l'insomnie de 2011 rapporte que les insomniaques consultent plus fréquemment leur médecin généraliste (16). Un article de la revue *Exercer* reconnaît que les plaintes d'insomnies chroniques auxquelles le médecin généraliste est confronté sont souvent complexes (4). Dans une étude sur la perception de l'insomnie en médecine générale (17), plus de la moitié de médecins interrogés reconnaissent que cette plainte est sous-estimée par leurs confrères.

4.2.1.1.2 Des répercussions diurnes sous-estimées

La fatigue est souvent relevée par les médecins comme « LE » signe devant être associé à la difficulté de sommeil afin de parler d'insomnie bien qu'un médecin évoque aussi le terme de « tension ». Selon l'ICSD 3, la fatigue fait effectivement partie des symptômes diurnes que le patient peut présenter mais n'est ni nécessaire ni suffisante pour poser le diagnostic. Parmi la liste de symptômes diurnes établie par l'ICSD, le patient doit en présenter au moins un (18) :

- fatigue,
- somnolence,
- baisse d'attention, de concentration ou de mémoire,
- dysfonctionnement social, professionnel ou scolaire,
- irritabilité, instabilité de l'humeur,
- troubles du comportement (agressivité, hyperactivité, impulsivité),
- baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative,
- tendance aux erreurs, accidents au travail ou de conduite,
- préoccupations et soucis à propos du sommeil.

Alors que les répercussions diurnes font partie intégrante de la définition (9), elles semblent sous-estimées par les médecins de l'étude qui n'en mesurent pas l'impact en terme notamment d'altération de la qualité de vie (5). Pourtant, parmi eux, certains reconnaissent que des patients mettent parfois en avant le côté physique de la plainte. Ils touchent ainsi du doigt la complexité de l'insomnie, qui peut se manifester par différents symptômes y compris organiques, du fait d'un retentissement global du trouble du sommeil, qui majore les risques de maladies physiques (11). Un article de la revue *Exercer* (4) rappelle que l'insomnie est un facteur de risque de maladies organiques et psychiatriques. La difficulté pour ces médecins est de repérer la plainte présentée par le biais d'un problème physique.

4.2.1.1.3 Le temps de sommeil non déterminant dans l'insomnie

A part un médecin de l'étude qui caractérise l'insomniaque par un cycle de sommeil court, les autres ne considèrent pas la durée de sommeil comme un critère, ce qui correspond à la nouvelle définition où il n'est plus fait mention d'une durée minimale de sommeil ni de sommeil non réparateur (11). D'ailleurs, une étude de prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (3) confirme un décalage parfois important entre le temps de sommeil dont les individus estiment avoir besoin et leur temps de sommeil réel.

Quelques médecins distinguent les « petits dormeurs » de l'insomnie, qui ont une durée courte de sommeil, physiologique, sans retentissement diurne, comme le rappelle un article de La Revue de la Médecine Générale de 2015 (19).

4.2.1.1.4 La plainte d'insomnie souvent rapportée à des problèmes psychologiques

Pour les médecins de l'étude, l'insomnie est souvent réactionnelle à un événement de vie stressant ou à des problèmes personnels, professionnels ou familiaux. Ainsi, l'ICSD 3 parle de sensation globale de mal-être ou troubles cognitifs, et d'éventuelle altération des activités sociales ou professionnelles et de la qualité de vie (10). Les généralistes ont tout à fait conscience du lien étroit entre l'insomnie et les troubles psychologiques ou psychiatriques. Ils les associent très fréquemment sans clairement déterminer s'il s'agit de cause, conséquence ou facteur favorisant. Dans le rapport Giordanella (1), on estime que 30 à 50% des insomnies sont associées à des troubles

anxio-dépressifs. D'ailleurs, l'ICSD 3 s'attache à rechercher des comorbidités psychiatriques comme des troubles de l'humeur type syndrome dépressif et les troubles anxieux (18,20). En effet, ces symptômes sont souvent intriqués et il est difficile en pratique de faire la part des choses.

4.2.1.1.5 Rôle du généraliste sous-estimé face à une plainte concernant tous types de patients

Alors que la HAS (5) rappelle que l'insomnie est un motif typique de soins primaires, seulement un médecin évoque spontanément l'importance des généralistes en premier recours face à cette plainte. Les participants semblent sous-estimer leur rôle essentiel alors même que les généralistes sont responsables de la prise en charge de la majorité des patients insomniaques (17) et qu'ils sont reconnus comme les principaux prescripteurs d'hypnotiques avec près de 80% des prescriptions (10). Le rapport Giordanella (1) rappelle d'ailleurs que le médecin traitant est l'interlocuteur premier.

Certains médecins identifient des catégories de patients insomniaques selon l'âge et l'ancienneté du trouble : soit des patients jeunes avec plainte récente et souvent réactionnelle, soit des patients âgés avec plainte ancienne et souvent déjà traités. Pour eux, le sommeil s'altère avec l'âge. A l'inverse, d'autres médecins constatent que la plainte du patient jeune est rare et ne constatent pas de profil particulier de patient. En réalité, l'insomnie touche tous types de patients, de tous les âges, bien qu'elle augmente avec l'âge (21). De plus, une étude de prévalence (3) a identifié des facteurs de risque comme des événements de vie difficile et la précarité mais l'insomnie touche toutes les catégories socioprofessionnelles (9). Elle concerne également plus souvent les femmes, ce qu'aucun médecin n'a relevé dans sa pratique.

4.2.1.1.6 Une méconnaissance de la définition de l'insomnie par les médecins

Aucun médecin de l'étude ne mentionne l'ancienne classification de l'insomnie répartie en primaire et secondaire mais personne ne semble connaitre non plus les nouvelles versions de l'ICSD3 et du DSM V, pourtant convergentes, qui distinguent l'insomnie avec ou sans comorbidités (10,11).

Néanmoins, cette nouvelle classification, plus globale, se rapproche davantage de la pratique des médecins, qui la décrivent sans réussir à déterminer le degré d'intrication et d'implication de ces symptômes associés (10,11). La question de l'insomnie, si elle est cause ou symptôme n'est relevée que par un seul médecin alors que le débat n'est pas tranché. Une étude rapporte que pour 62,4% des médecins, l'insomnie correspond plutôt à un symptôme qu'à un syndrome à part entière (17).

Si les médecins de l'étude énoncent facilement des pathologies organiques ou psychiatriques associées, correspondant à l'insomnie avec comorbidités, ils sont très rares à considérer l'insomnie sans comorbidités, qui rassemble : l'insomnie paradoxale, l'insomnie idiopathique, l'insomnie par hygiène de sommeil inadéquate et enfin, l'insomnie psychophysiologique, c'est-à-dire résultant d'un conditionnement physique et mental, la plus fréquente (4). Seule l'insomnie par hygiène de sommeil inadéquate est mentionnée sous le terme d'insomnie « isolée » mais les médecins n'ont pas connaissance des autres types d'insomnie.

La plupart des médecins caractérisent l'insomnie par des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes ou un réveil trop précoce, mais ne savent pas précisément que l'insomnie d'endormissement correspond à un temps de plus de trente minutes pour s'endormir ; le trouble de maintien du sommeil est défini par un temps d'éveil intra-sommeil d'au moins trente minutes ou

minimum deux réveils par nuit avec difficultés à se rendormir. Quant à l'insomnie par réveil précoce, elle correspond à un réveil au moins une heure avant l'heure choisie (9).

L'ICSD 3 et le DSM V précisent que ces troubles surviennent « malgré des conditions de sommeil adéquates » (10,11). De plus, les médecins ne connaissent pas la durée et la fréquence qui caractérisent l'insomnie chronique. Un seul médecin sait qu'elle est de trois mois et aucun ne sait qu'elle doit survenir plus de trois jours par semaine (10,11). La plupart croient que la durée dépend des circonstances, ou doit être minimum de six mois voire bien plus ancienne, ce qui pose le problème du diagnostic des patients qui serait alors sous-estimé.

4.2.1.2 Ignorance des mécanismes et de la physiopathologie de l'insomnie

La physiopathologie de l'insomnie est globalement méconnue voire totalement ignorée des praticiens de l'étude. Cela montre les lacunes des médecins généralistes concernant les mécanismes des troubles du sommeil bien que ceux-ci soient complexes et pas encore entièrement élucidés. Aucun médecin participant ne semble savoir que l'insomnie serait en fait liée à un excès de vigilance responsable d'une insuffisance de sommeil (4) : l'horloge biologique est déréglée et le cycle veille-sommeil perturbé.

De rares médecins ont des notions sur les cycles du sommeil, avec sommeil lent et paradoxal et évoquent la mélatonine, comme un inducteur de sommeil dont le manque ou le blocage empêcherait l'endormissement. En effet, il s'agit de l'hormone principale du sommeil, qui est sécrétée par l'épiphyse selon un rythme circadien (sécrétion majorée la nuit), contrôlé par l'horloge biologique interne via une voie multi synaptique (1). Ainsi, une baisse de la sécrétion de mélatonine interviendrait dans le mécanisme de l'insomnie (4).

En fait, l'horloge biologique interne se situe dans l'hypothalamus, au sein du noyau suprachiasmatique (NSC) dont les neurones ont une activité rythmique d'origine moléculaire. Elle est synchronisée par la lumière sur une journée de 24 heures, selon un rythme circadien. La lumière est véhiculée par le tractus rétino-hypothalamique (RTH) de la rétine vers le NSC (1). La régulation du cycle veille-sommeil dépend de deux processus : le processus homéostatique (processus S) et circadien (processus C) qui impliquent de nombreuses molécules, dont des neurotransmetteurs via des circuits neuronaux complexes (4). Des mécanismes cellulaires entrent également en jeu en permettant une synchronisation neuronale, manifestée par des ondes lentes pendant le sommeil profond.

Un médecin de l'étude cite de façon appropriée le cortisol sans préciser son rôle. Il est vrai que la régulation veille-sommeil est également modulée par des éléments émotionnels, cognitifs mais aussi hormonaux comme le cortisol, ou encore la température corporelle, la fréquence cardiaque... Ainsi, une perturbation de ces éléments peut entrainer des manifestations d'insomnie.

L'insomnie résulterait de la dérégulation de ces différents mécanismes (système veille-sommeil, cycle circadien) mais également d'une hyperactivation du système nerveux central (SNC), selon certaines hypothèses. Il se crée alors un déséquilibre entre le système global d'activation et celui d'inhibition du SNC (22). S'y associe une hyperactivation du système nerveux autonome, du métabolisme (consommation d'oxygène) et de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Ainsi, l'insomnie se manifeste par un hyperéveil cortical qui se traduit par une augmentation de l'activité haute fréquence (proche de l'éveil) au moment de l'endormissement et même pendant les phases de sommeil profond, et une baisse de l'activité basse fréquence (normalement présente lors du sommeil profond) ce qui crée une instabilité du sommeil profond avec une fragmentation et une diminution de la durée de sommeil paradoxal (23). On constate des éveils et micro-éveils plus fréquents et des changements plus nombreux de cycle pendant le sommeil.

Une part génétique est évoquée par les médecins sans précision. En effet, on décrit des gènes responsables d'avances ou de retards de phase du sommeil. Des lésions du NSC peuvent également intervenir dans les troubles du sommeil du fait de son rôle dans la régulation de l'horloge biologique interne.

C'est probablement l'interaction de ces différents facteurs associés à une suractivation cognitive et émotionnelle qui favoriserait la survenue de l'insomnie (annexe 2).

Le modèle de Spielman, décrit des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien qui interviendraient dans le mécanisme de l'insomnie. Les facteurs prédisposants correspondent à des facteurs de vulnérabilité environnementale, génétique ou liés aux caractéristiques de l'individu. S'y ajoutent la survenue d'événements stressants ou précipitants. Les facteurs perpétuants correspondent aux mécanismes psychologiques, cognitifs et comportementaux d'entretien de l'insomnie, qui constituent la base des thérapeutiques non médicamenteuses. Sans connaitre ce modèle, les médecins décrivent bien l'association de ces différents facteurs : un environnement et des caractéristiques propres au patient, des événements stressants ou déclenchants, et des facteurs d'entretien ou de chronicisation.

Alors que les médecins n'hésitent pas à aborder les mauvaises habitudes des patients qui entretiennent les troubles du sommeil, ils ne savent pas qu'elles sont en partie causées par des croyances et attitudes erronées concernant leur sommeil, ce qui aboutit parfois à une incompréhension de la part du médecin entre la plainte du patient et son attitude. En effet, des processus cognitifs (à type de préoccupations excessives) et inconscients (conditionnements) vont maintenir l'insomnie. Ces facteurs d'entretien peuvent également être psychologiques, sociaux et liés à l'environnement. Cela majore le retentissement physiologique, psychologique et cognitif dont la suractivation va encore plus déstabiliser le sommeil. L'individu rentre dans un cercle vicieux d'entretien de ses troubles du sommeil (annexe 3) dont il est difficile de se sortir. Les médecins de l'étude n'en sont pas toujours conscients et peuvent parfois avoir une attitude de minimisation de la plainte ou de culpabilisation du patient lié à une mauvaise volonté supposée de la part de celui-ci alors qu'il est prisonnier d'un cercle vicieux qu'il est compliqué de rompre. L'insomnie est alors responsable d'un retentissement diurne avec des conséquences pour la santé qui vont encore majorer le processus délétère.

Ces différents modèles cognitif, psychobiologique et physiopathologique se complètent pour expliquer les mécanismes de l'insomnie. Les médecins de l'étude n'en ont qu'une perception partielle et incomplète qui limite leur vision d'ensemble et leur compréhension de ce trouble.

Pourtant, la physiopathologie de l'insomnie permet d'envisager différentes thérapeutiques qui vont pouvoir agir sur les cibles identifiées. Ainsi, un article de *La Revue de Médecine générale* (19) explique qu'il existe de véritables « portes » pour entrer ou sortir du sommeil et qu'intervenir sur ces

mécanismes permet d'induire des modifications du cycle veille-sommeil. C'est pourquoi, méconnaitre les mécanismes de l'insomnie restreint les propositions thérapeutiques du médecin qui n'en voit que la partie émergée. En effet, le fait que les généralistes ne maitrisent pas ce cheminement limite l'information du patient, la compréhension des mécanismes en jeu, l'approche diagnostique et donc la prise en charge adaptée à chaque rouage. Ainsi, les médecins, sans une vision globale de la complexité des mécanismes de l'insomnie, ne peuvent élaborer un projet thérapeutique complet et englobant le patient dans son ensemble.

4.2.2 Diagnostic de l'insomnie chronique de l'adulte

Trop peu de médecins abordent la nécessité d'une consultation dédiée pour l'insomnie (4) alors qu'elle est conseillée du fait de sa complexité (1), afin d'effectuer une démarche diagnostique globale (annexe 4).

4.2.2.1 L'interrogatoire : essentiel mais nécessitant d'être approfondi

L'ensemble des médecins de l'étude reconnaît le rôle essentiel de l'interrogatoire, mais sous-estime la nécessité d'une démarche active (5). Ainsi, certains médecins savent qu'une écoute attentive est importante comme le rappelle la HAS (20) pour qui l'entretien doit se dérouler de manière méticuleuse et précise. L'interrogatoire doit être approfondi et global, à la fois somatique, psychologique et environnemental.

Quelques médecins cherchent à préciser le trouble, notamment son type, son ancienneté, l'historique d'apparition, les circonstances de survenue, le contexte, les comorbidités associées, mais l'interrogatoire reste incomplet et trop peu détaillé.

Dans ses recommandations, la HAS (5) reprend les éléments de l'interrogatoire nécessaires à la caractérisation de l'insomnie :

- identifier la plainte : type, ancienneté, fréquence, répercussions diurnes, traitements déjà entrepris, temps passé au lit, temps de sommeil…
- préciser les facteurs environnementaux, le rythme de vie, de travail, les habitudes liées au sommeil, rechercher des facteurs stimulants l'éveil, des événements déclenchants, des facteurs de stress
- rechercher des symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés (apnées dans le SAOS, syndrome des jambes sans repos)
- Rechercher une pathologie associée
- Détecter la prise de substances, drogues, médicaments perturbant le sommeil
- Identifier des croyances, pensées erronées, représentations défavorables au sommeil

Aucun médecin de l'étude n'aborde l'évaluation de la sévérité des symptômes d'insomnie et son retentissement diurne alors qu'il fait partie de la démarche diagnostique incontournable.

4.2.2.1.1 Nécessité de mieux caractériser l'insomnie pour l'identifier

Insuffisamment de médecins participants tiennent compte de l'environnement global du patient et de son contexte de vie (5).

Certains médecins détaillent bien les facteurs environnementaux, en questionnant les patients sur leur mode de vie, leur travail et leurs habitudes. Ils recherchent les facteurs déclenchants ou un contexte favorisant, et des éléments de stress de façon plus ou moins exhaustive. Quelques-uns relèvent l'importance de dépister les mauvaises habitudes afin de les corriger. Mais cette attitude n'est pas assez systématique chez les médecins dont un certain nombre néglige ces éléments de l'interrogatoire voire ne les recherchent pas. Le rapport Giordanella (1) relève d'ailleurs cette insuffisance d'investigation de la part des médecins généralistes, du fait notamment que la plainte est abordée en fin de consultation et considérée comme une plainte banale.

De plus, trop peu de médecins cherchent à identifier des croyances et des perceptions erronées des patients sur leur sommeil par l'interrogatoire, alors qu'il s'agit d'une cible thérapeutique essentielle.

4.2.2.1.2 Recherche de pathologies associées incomplète

La recherche de pathologies associées, de comorbidités n'est pas réalisée de manière systématique, pas assez questionnée. Si quelques médecins de l'étude pensent à rechercher des pathologies organiques, ils ne sont pas exhaustifs et ne questionnent pas suffisamment les patients. Pourtant, un article sur la prévalence et les comorbidités des troubles du sommeil rapporte que de nombreuses pathologies peuvent engendrer une plainte d'insomnie (24). La plupart pensent à rechercher par l'interrogatoire des pathologies psychiatriques comme un syndrome dépressif ou des troubles anxieux associés à l'insomnie.

Ils sont par contre beaucoup moins nombreux à dépister les troubles somatiques comme les problèmes thyroïdiens ou urinaires, seuls à être évoquer. Il faudrait compléter la démarche diagnostique par la recherche de pathologies respiratoires, cardiopathies, RGO, neuropathies périphériques, neurologiques, rhumatismales mais aussi douloureuses… (24) Alors qu'aucun participant ne l'aborde, il est bien établi que troubles du sommeil et douleur sont intriqués et que cette association est fréquente : la prévalence des troubles du sommeil chez les patients présentant des douleurs chroniques oscille entre 50 et 70% (25). Ainsi, une recrudescence des douleurs est un facteur de mauvais sommeil avec augmentation de la latence d'endormissement et diminution de l'efficacité du sommeil. Inversement, un mauvais sommeil va augmenter la douleur (26) et abaisse le seuil de la douleur à la fois subjectivement et objectivement. L'interrogatoire doit donc systématiquement la dépister. L'insomnie avec comorbidités organiques, responsable de douleur chronique, ne doit pas être négligée et la douleur doit être prise en charge de façon concomitante à l'insomnie afin de rompre ce cercle vicieux.

La majorité des pathologies organiques associées ne sont même pas évoquées par les médecins interrogés alors que toutes les pathologies chroniques peuvent être associées à une plainte d'insomnie.

De même, la prise de substances, médicaments ou drogues n'est pas systématiquement recherchée (18,20), alors qu'il s'agit d'un facteur favorisant réversible.

4.2.2.1.3 Recherche des troubles du sommeil associés inconstante

La recherche d'un trouble du sommeil associé comme le SAOS ou le syndrome des jambes sans repos n'est que peu traitée. Le SAOS est le trouble respiratoire du sommeil le mieux connu des

médecins interrogés bien qu'il ne soit parfois même pas évoqué ni dépisté devant des symptômes d'insomnie. En effet, certains médecins ne l'associent pas à l'insomnie et ne le recherchent pas alors qu'il représente 2 à 4% de la population générale (27) dont 30 à 60% parmi les insomniaques (index apnée-hypopnée IAH > 5) (9). Quant au syndrome des jambes sans repos, dont la prévalence est pourtant estimée entre 5 et 10% dans la population générale (27), plus fréquent que le SAOS, il est à peine évoqué et trop peu recherché.

Le SAOS est souvent abordé, soit comme étiologie soit comme diagnostic différentiel selon les médecins, qui le dépistent plus ou moins systématiquement. Ce manque de clarté se retrouve dans les classifications qui le situent soit comme une comorbidité de l'insomnie soit comme une pathologie intrinsèque du sommeil à part entière. La définition de l'ICSD 3 rappelle que l'insomnie n'est pas explicable par un autre trouble du sommeil comme le SAOS par exemple (18). Alors que d'autres auteurs expliquent qu'il faut évoquer les pathologies intrinsèques du sommeil comme le SAOS et le syndrome des jambes sans repos parmi les comorbidités organiques (4). Il peut être à la fois diagnostic différentiel, diagnostic associé ou s'intégrer dans une plainte d'insomnie chronique.

Rappelons également que la recherche du SAOS est d'abord clinique, basée sur des éléments d'interrogatoire précis et des facteurs de risque.

4.2.2.2 L'examen clinique sous-estimé par les médecins généralistes

Trop de médecins de l'étude négligent l'examen clinique dans l'insomnie, pourtant utile dans la recherche de comorbidités somatiques. Ceux qui le font de façon systématique décrivent bien, comme recommandé (5) qu'il permet de compléter la démarche étiologique notamment concernant les pathologies organiques associées. Ainsi, certains généralistes pensent à dépister un problème thyroïdien et à mesurer la tension artérielle (28) mais l'examen clinique reste général. Les autres pathologies somatiques ne sont pas spécifiquement recherchées. Concernant les troubles organiques liés au sommeil, tels que le SAOS et le syndrome des jambes sans repos, parfois dépistés à l'interrogatoire, ils ne le sont jamais sur l'examen clinique.

Pourtant, certains auteurs affirment qu'un examen physique peut déjà apporter des éléments d'orientation. Un examen de la pallesthésie au diapason, réalisable en médecine générale, permet de dépister des troubles sensitifs de façon simple et rapide. Bien que le diagnostic du SAOS soit avéré par la polysomnographie, et sans être spécialiste, un médecin généraliste peut effectuer un examen des voies aériennes supérieures de base, ce qui n'est, dans les faits, jamais réalisé. Aucun matériel spécifique n'est nécessaire. Explicité dans un article de *Médecine du Sommeil* (29), il se décompose en trois temps : l'observation de la respiration du patient, la recherche de modifications dento-squelettiques et l'examen endo-buccal. Le premier temps permet de dépister une respiration buccale par la simple observation (inocclusion labiale au repos, lèvres gercées, hypersialorrhée, inflammation gingivale), de questionner sur une obstruction nasale et de rechercher une déviation de la cloison nasale ou une hypotonie des ailes narinaires à l'inspiration forcée (pinching nose). Le second temps va s'attacher à rechercher des modifications dento-squelettiques. L'examen de face va explorer une diminution ou une étroitesse du maxillaire et un palais ogival. De profil, on va dépister une ouverture de l'angle goniaque, une rétrognatie, et un tour de cou augmenté (supérieur à 45 centimètres chez l'homme et 41 centimètres chez la femme). Enfin, l'exploration endo-buccale va se diviser en deux parties : d'abord une évaluation de l'encombrement pharyngé via la recherche d'une

luette longue, d'une macroglossie et le score de Friedman qui associe le volume amygdalien et le score de Mallempati modifié. Puis un examen de l'état dentaire (signes de bruxisme, caries).

Cet examen physique simple et rapide, au caractère transversal, inspiré par différentes spécialités (ORL pour le score de Friedman par exemple) permet ainsi de rechercher différentes causes organiques à l'insomnie, et semble applicable en médecine générale. Cet article (29) s'adresse néanmoins à des médecins du sommeil et non aux généralistes. Ainsi, bien qu'il ne soit pas très chronophage ni difficile à réaliser, il requiert une formation des généralistes et un temps dédié pour s'y consacrer. Sa pratique n'est donc pas si évidente, et l'applicabilité de cet examen physique nécessiterait d'être approfondie en médecine générale.

4.2.2.3 Manque d'intérêt des médecins pour les outils diagnostiques, pourtant utiles en pratique

La plupart des médecins de l'étude n'utilisent pas d'outils diagnostiques dans l'insomnie soit par méconnaissance, soit par désintérêt ou parce qu'ils jugent certains outils peu pratiques et difficile à appliquer en consultation de médecine générale. Ils se montrent réticents à ces outils alors même qu'ils sont validés (1). Ainsi, un article (17) relève que seulement 7,1 % des médecins interrogés utilisent l'agenda du sommeil ou le questionnaire d'Epworth tant en reconnaissant un manque d'outils diagnostiques en médecine générale. De plus, les médecins participants valorisent le conversationnel et l'échange avec le patient par rapport à des outils standardisés.

L'ensemble des médecins questionnés méconnaissent l'existence et l'intérêt de l'agenda du sommeil (annexe 5) et aucun ne l'utilise alors qu'il s'agit d'un outil essentiel dans le diagnostic mais aussi pour l'adaptation thérapeutique et le suivi (12) de l'insomnie. Recommandé par la HAS (5) en médecine générale, il permet de mieux cerner les caractéristiques de l'insomnie et d'objectiver les troubles, par une autoévaluation sur au moins quinze jours. Le seul médecin qui l'évoque n'en connaît que quelques grands principes sans savoir l'appliquer. Il a pourtant été adopté par l'ensemble des centres spécialisés sur le sommeil (4). On peut nuancer ces propos du fait que certains médecins participants disent réaliser un calendrier oral afin d'identifier et d'objectiver le temps de sommeil, le temps passé au lit, les heures de coucher, de réveil et de lever. Cela leur permet de recueillir des informations, comme recommandé par la HAS (5) : l'identification de la plainte doit préciser la latence d'endormissement, le nombre d'éveils nocturnes et leur durée, l'heure de réveil, le temps de sommeil, son efficacité et l'état diurne. Bien qu'ils ne le fassent que sur quelques jours, il s'agit déjà d'une ébauche d'outil permettant de mieux caractériser l'insomnie.

Par ailleurs, des questionnaires recommandés, dont voici une liste non exhaustive, permettent de préciser les troubles :

- l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) permet d'évaluer la qualité du sommeil et ses troubles via un score
- le test d'Epworth permet de mettre en évidence une somnolence diurne évocatrice d'un SAOS
- l'échelle de sévérité de l'insomnie
- l'échelle de fatigue de Pichot
- le questionnaire de Berlin

On peut également utiliser des échelles pour les troubles psychopathologiques tels que l'échelle de dépression de Beck, l'auto-questionnaire QD2A de Pichot et l'échelle HAD pour l'évaluation de la sévérité de l'anxiété et de la dépression (5).

4.2.2.4 Des examens complémentaires pas assez orientés et ciblés selon la clinique

L'ensemble des médecins de l'étude sait qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer des explorations systématiques dans le cadre de l'insomnie. En effet, la HAS rappelle dans ses recommandations (5) que le diagnostic d'insomnie est essentiellement clinique et que des investigations complémentaires ne sont indiquées que dans certains cas particuliers. Certains médecins les adaptent en fonction de l'orientation clinique quand d'autres ne les mentionnent pas du tout ou n'en réalisent pas devant toute insomnie.

Le bilan biologique comprenant la TSH est cité le plus souvent par quelques médecins participants, effectivement recommandé en fonction des points d'appel. La ferritine n'est jamais évoquée alors qu'elle doit être vérifiée en cas de suspicion de syndrome des jambes sans repos (ou mouvements périodiques nocturnes), à la recherche d'une carence martiale, après avoir éliminé un problème neurologique. Dans ce cas, une polysomnographie est également recommandée (20).

La polysomnographie, à la recherche d'un SAOS, est fréquemment citée, sans que ses indications ne soient clairement décrites par les médecins présents. Si pour certains, elle n'est proposée qu'en cas de ronflements ou de facteurs de risque, d'autres la réalisent plus largement. Effectivement, elle est recommandée en cas d'insomnie avec : des ronflements, des apnées constatées par l'entourage, une somnolence diurne ou parfois une obésité (20). L'actimétrie peut aussi avoir un rôle dans le diagnostic mais son indication relève du spécialiste.

4.2.3 Des référentiels existants mais inconnus des médecins

Les médecins participants ont une méconnaissance complète des référentiels et principalement des recommandations de la HAS de 2006. Un seul praticien les cite, sans en connaitre le contenu, si ce n'est qu'elles valorisent les thérapeutiques non médicamenteuses. D'après une thèse sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale (30), seulement 1/3 des médecins déclaraient avoir lu les recommandations. Un travail de thèse sur l'impact de ces recommandations sur les pratiques des médecins généralistes (31) retrouve que seule la moitié des généralistes de l'étude ont lu les recommandations, après avoir été informé de leur publication. Parmi eux, la moitié n'a pas changé ses pratiques : ils ne faisaient pas plus de consultation dédiée, n'utilisaient pas plus la TCC et ne demandaient pas plus d'avis aux spécialistes, ce qui montre le manque total d'impact des recommandations en médecine générale. Par contre, ceux qui avaient lu les recommandations réalisaient plus d'agenda du sommeil.

Les médecins de l'étude n'utilisent aucun support scientifique ni document dans la prise en charge de l'insomnie voire les rejettent. Les seules références citées sont des bases de données pharmacologiques, ce qui reflète bien l'orientation médicale axée sur la prescription.

4.2.4 Prise en charge non médicamenteuse insuffisante

La prise en charge non médicamenteuse est très « médecin-dépendant » : on peut distinguer des médecins très prescripteurs, plus ou moins assumés, des médecins qui valorisent les techniques non médicamenteuses et d'autres qui panachent et qui tentent de s'adapter au patient. Pourtant, les méthodes non pharmacologiques seules sont recommandées en première intention par la plupart des études et par les recommandations de la HAS de façon consensuelle (21). Trop peu de médecins participants proposent une prise en charge non médicamenteuse : une étude publiée dans la revue *Exercer* (32) montre que les médecins généralistes interrogés proposent une thérapeutique non médicamenteuse auprès de seulement 14,4% de patients.

4.2.4.1 Des médecins conscients de la nécessité de prendre en charge les comorbidités

La prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte dépend de ses étiologies et cofacteurs associés mais reste principalement non médicamenteuse (5). Les médecins de l'étude connaissent l'importance de traiter les causes (5) et les comorbidités associées afin de prendre en charge l'insomnie dans sa globalité, qu'elle soit associée à un trouble somatique, à un trouble psychologique ou psychiatrique. Ainsi, comme le rappelle un article québécois (21), les médecins participants savent qu'il faut traiter un trouble anxieux ou un syndrome dépressif, par antidépresseur si nécessaire, en tenant compte de l'effet iatrogène de ceux-ci.

Parmi les comorbidités organiques, les médecins questionnés négligent les pathologies douloureuses qu'il est nécessaire de soulager par une approche multimodale (25) combinant plusieurs méthodes thérapeutiques (médicamenteuses, comportementales et d'hygiène de sommeil) via une approche pluridisciplinaire. De même, les pathologies chroniques doivent être prises en compte (23). En cas de SAOS, les omnipraticiens rappellent qu'il doit être traité, mais qu'il requiert l'avis d'un spécialiste (33).

Ainsi, la prise en charge spécifique des comorbidités, qu'elle soit médicamenteuse ou non, selon les indications, est essentielle dans le traitement de l'insomnie et aura un impact positif sur celle-ci mais ne doit pas faire négliger la prise en charge de l'insomnie elle-même, également nécessaire (23).

4.2.4.2 Importance des règles d'hygiène de sommeil bien connue des médecins

L'ensemble des médecins de l'étude semble bien informé de l'importance des mesures d'hygiène de sommeil quel que soit le type d'insomnie. D'après la thèse de Sandy Moreau sur l'insomnie chronique en médecine générale (34), 92% des médecins y ont recours et privilégient en grande partie ces mesures. Ils savent qu'elles constituent la base de la thérapeutique non médicamenteuse de l'insomnie chronique, qui s'avère indispensable mais insuffisante si appliquée isolément.

Les médecins résument avec justesse qu'il s'agit de règles de bon sens, qui correspondent en réalité à des mesures psycho-éducatives reprenant les bases de la physiologie du sommeil et des mécanismes responsables de l'insomnie. L'éducation du patient est donc nécessaire, comme le rappelle un article de la revue *Exercer* (12). Ainsi, les conseils suivants (5) sont bien repris par l'ensemble des praticiens de l'étude :

- Dormir selon ses besoins et éviter les siestes longues et trop tardives (moins d'une heure et avant 15 heures)
- Se lever et se coucher à des horaires réguliers.
- Privilégier un environnement favorable à l'endormissement en limitant le bruit, la lumière et la température de la chambre
- Avoir une bonne literie, un matelas confortable
- Eviter la caféine quatre à six heures avant le coucher, l'alcool et la nicotine
- Faire une activité physique dans la journée mais pas après 17 heures
- Eviter les repas trop copieux le soir
- Eviter les écrans le soir

Il est particulièrement important de corriger les erreurs d'hygiène de sommeil dès le début de la prise en charge, ce qui peut suffire dans un premier temps, bien que ces mesures nécessitent d'être appliquées conjointement avec d'autres techniques (12). Il est également utile d'éviter les attitudes négatives comme regarder l'heure pendant la nuit, rester longtemps au lit éveillé ou ne pas respecter son rythme circadien (22). Les praticiens participants encouragent particulièrement l'activité physique, certes recommandée par la HAS mais dont les rares études ne suffisent pas à apporter de preuve formelle d'efficacité (5).

Le rôle de la lumière n'est mentionné que par un médecin participant, alors qu'elle est le principal facteur synchroniseur de sommeil et favorise le contraste veille-sommeil, principalement utile dans l'insomnie psychophysiologique. Il est ainsi recommandé par la SFTG qu'en cas de difficultés d'endormissement, il faut marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) et éviter la lumière forte et l'activité physique le soir ; et inversement en cas de réveil matinal trop précoce (5). Mais, en l'absence d'études suffisamment concluantes, la photothérapie en tant que telle n'est pas validée, hormis dans certaines situations particulières (comme les troubles du rythme circadien, non abordés dans cette étude).

Ces règles d'hygiène de sommeil doivent être rappelées tout au long de la prise en charge (22), ce que négligent les médecins de l'étude.

4.2.4.3 Différentes techniques non médicamenteuses utilisées mais peu évaluées

Si les tisanes sont abordées, elles n'ont pas été étudiées et il n'est donc pas possible de conclure.

4.2.4.3.1 Sophrologie et hypnose intéressantes mais non recommandées

La sophrologie, forme de relaxation, se révèle plus populaire et convaincante auprès des médecins de l'étude que la relaxation musculaire progressive. Alors qu'elle est fréquemment évoquée et considérée comme une méthode non médicamenteuse utile et potentiellement efficace, la sophrologie n'est pas recommandée dans les troubles du sommeil. En effet, elle n'a pas été évaluée dans le traitement de l'insomnie chronique à ce jour et n'a donc pas fait la preuve de son efficacité. Pourtant une étude (35), sans pouvoir conclure, reconnaît qu'elle améliore la perception par le patient de la qualité de son sommeil et ses activités en journée. De plus, elle l'aide à percevoir plus positivement son insomnie bien que ces résultats nécessitent d'être confirmés.

Les médecins interrogés se montrent également très convaincus par l'hypnose alors qu'aucune donnée de la littérature n'a, à ce jour, tranché quant à son efficacité dans le traitement de

l'insomnie chronique (36). Les études ne permettent pas de conclure du fait de leur faible niveau de preuve et de leur caractère hétérogène.

4.2.4.3.2 L'acupuncture peu connue et anecdotique

Là encore, il n'existe pas d'étude avec niveau de preuve suffisant permettant de conclure à l'efficacité de l'acupuncture bien qu'elle puisse avoir un effet positif sur la qualité du sommeil (12). Elle est de toute façon rarement proposée par les praticiens présents, sauf à la demande du patient et à condition d'orienter vers un acupuncteur qualifié.

4.2.4.4 Des médecins réticents à la TCC pourtant principal traitement recommandé

Si nombre de thérapeutiques non médicamenteuses sont évoquées, la principale recommandée en première intention, la TCC (5), est la moins abordée et la plus ignorée par l'ensemble des médecins de l'étude. Aucun ne l'utilise en pratique. Dans une étude auprès de médecins généralistes en Midi-Pyrénées (32), la TCC était proposée dans à peine 5,3% des cas. Tous ne savent pas qu'elle peut être réalisée par un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute.

Les médecins de l'étude pensent que les TCC ne sont indiquées que dans les insomnies avec comorbidités psychiatriques et en cas de demande du patient. Ils ne l'envisagent pas en cas d'insomnie sans comorbidités comme l'insomnie psycho-physiologique alors même qu'elle est validée en première intention dans cette indication (12). Seul un médecin connait l'intérêt des TCC. Il s'agit pourtant du seul traitement ayant fait la preuve de son efficacité à long terme dans l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités, seul ou en association avec d'autres traitements (5). En effet, même dans les cas de comorbidités organiques ou psychiatriques, les TCC peuvent intervenir pour une part (12).

Elle comprend un versant comportemental, qui englobe le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil, un versant cognitif et une part de relaxation musculaire progressive ou biofeedback qui seront détaillées ci-dessous (annexe 6). Il n'est pas montré de supériorité selon l'utilisation combinée ou seule de ces techniques (5).

Les praticiens interrogés ignorent que le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil sont des méthodes applicables en soins primaires. Elles ont toutes deux fait la preuve de leur efficacité à court et moyen terme (12). Le but de ces techniques est d'améliorer le délai d'endormissement et le maintien du sommeil, les performances diurnes et la qualité de vie. Par contre, elles n'augmentent pas très significativement le temps de sommeil mais le rendent plus efficace et réparateur (5).

4.2.4.4.1 Le contrôle du stimulus applicable en médecine générale

Quelques médecins de l'étude conseillent aux patients des techniques qui se rapprochent du contrôle du stimulus sans le nommer ni savoir qu'il s'agit d'une partie de la thérapie comportementale recommandée et s'intégrant dans les TCC. Le contrôle du stimulus est d'ailleurs validé en soins primaires (12). Deux thèses de médecine générale (34,37) ont évalué l'applicabilité du contrôle du stimulus en médecine générale. Il en ressort qu'après information et formation appropriées, les praticiens semblent prêts à utiliser cette méthode, qui s'avère réalisable en pratique, sans être trop chronophage. Une étude de Baillargeon (38) démontre d'ailleurs que le recours au contrôle du stimulus par des généralistes est bénéfique pour le patient et facile à utiliser pour le

médecin, après formation adaptée, ne serait-ce que de quelques heures. De plus, elle peut être utilisée seule ou combinée aux autres (5).

Le contrôle du stimulus permet de recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil. Pour cela, le patient doit réduire le temps passé au lit sans dormir afin que le lit soit associé au sommeil (39). Cette technique permet de diminuer la fragmentation du sommeil et de favoriser le sommeil profond :

- prévoir un période de transition entre l'éveil et le sommeil > se détendre une heure avant le coucher, éviter les activités stimulant l'éveil ou angoissantes, se relaxer
- se coucher seulement quand on ressent de la somnolence
- se lever si impossibilité de s'endormir ou de se rendormir après 20 minutes, aller dans une autre pièce et faire une activité calme et non stimulante en attendant que le sommeil se fasse sentir de nouveau, autant de fois que nécessaire
- se lever à heure fixe tous les jours quel que soit le temps de sommeil
- réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle, ne pas travailler ou regarder la TV au lit
- éviter les siestes

Quelques médecins questionnés proposent ces conseils, qui relèvent du bon sens, sans savoir qu'ils font de la thérapie comportementale, alors même qu'ils se déclarent réticents à ces techniques.

Ces consignes sont données au patient dès la première séance et sont à rappeler régulièrement afin de l'encourager à persévérer. Le patient doit les poursuivre jusqu'à obtenir un temps d'endormissement inférieur à trente minutes pendant quatre semaines.

4.2.4.4.2 La restriction du temps de sommeil plus contraignante mais efficace

Absente des thérapeutiques proposées par les médecins interrogés, la restriction du sommeil a pourtant montré son efficacité à long terme dans l'insomnie chronique tant sur la qualité du sommeil que sur la réduction de la consommation d'hypnotiques (12). La restriction du temps de sommeil (39) provoque un état de privation afin que le patient ressente de la somnolence au moment du coucher pour faciliter l'endormissement. L'intérêt pour le patient est de restaurer les performances diurnes et la qualité de vie en améliorant le délai d'endormissement et le maintien du sommeil (5).

Cette technique nécessite une certaine connaissance de la part du médecin, une maitrise de l'agenda du sommeil et une adhésion du patient du fait de son caractère contraignant. Pourtant, des études (40) montrent que la restriction de sommeil en soins primaires est une intervention courte et efficace, applicable en médecine générale. Dans sa thèse (34), S. Moreau est plus réservée et constate que les médecins ont moins l'intention d'utiliser la restriction du sommeil, même après information sur cette méthode. Cette mesure semble difficile à appliquer en médecine de ville, à cause du suivi hebdomadaire qu'elle implique, de l'agenda du sommeil qui doit être rempli régulièrement et du fait qu'il peut y avoir une somnolence diurne excessive en début de traitement pouvant nécessiter un arrêt de travail pour le patient.

Le principe consiste à obtenir un coefficient d'efficacité du sommeil supérieur ou égal à 85%. Celui-ci se calcule par ([temps total de sommeil /temps passé au lit] x 100) à partir de l'agenda du sommeil réalisé durant une semaine. L'objectif est de rapprocher le plus possible le temps passé au lit du temps de sommeil déclaré par le patient. Le praticien détermine avec le patient une heure de coucher et une heure de lever se rapprochant au maximum du temps de sommeil estimé qui correspond à une fenêtre de sommeil c'est-à-dire la période ou le patient peut être au lit pour dormir. Pour cela, on retarde l'heure du coucher par tranches de 15 minutes en maintenant constante l'heure du lever jusqu'à se rapprocher du temps moyen de sommeil du patient. Si l'efficacité de sommeil est inférieure à 80%, le patient doit diminuer son temps passé au lit de quinze minutes. Si l'efficacité de sommeil est comprise entre 80 et 85%, il ne doit pas changer son temps passé au lit (41). Pour déterminer l'efficacité de sommeil, il est nécessaire de tenir un agenda du sommeil régulier afin d'adapter le temps passé au lit au fur et à mesure.

Il est important de respecter quelques règles : le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à 5 heures ; l'heure de coucher ne doit pas dépasser 2h et celle de lever ne doit pas précéder 5h30 ; les siestes sont interdites. Cette technique est difficile car elle peut induire une somnolence importante nécessitant parfois un arrêt de travail (41).

Ensuite, selon l'amélioration obtenue, le temps de sommeil peut être ré-augmenté progressivement de 15 minutes en 15 minutes tant que l'efficacité de sommeil est supérieure à 85%.

4.2.4.4.3 Relaxation méconnue et pourtant s'intégrant dans la TCC

Les médecins de l'étude citent spontanément la relaxation comme méthode thérapeutique non médicamenteuse, sans savoir la mettre en pratique et en ignorant qu'elle s'intègre dans les TCC. Ils savent qu'il s'agit d'une bonne technique mais manquent de connaissances pour l'utiliser. Elle est recommandée sous forme de relaxation musculaire progressive ou biofeedback par la HAS (5) suite à la publication de plusieurs études de bon niveau de preuve démontrant son efficacité.

La relaxation, de type musculaire progressive permet de réduire l'hypervigilance, de faciliter l'endormissement, le maintien du sommeil et d'atténuer une éventuelle anxiété associée (5). Le biofeedback agit sur les interactions entre les émotions et les pensées qui ont un impact sur les fonctions de l'organisme (19). Ces techniques de relaxation s'intègrent dans une prise en charge globale de TCC et peuvent s'associer mais elles nécessitent une bonne maitrise pour être efficaces.

4.2.4.4.4 Du soutien psychologique à la thérapie cognitive

Les médecins semblent sous-estimer voire méconnaitre la composante cognitive alors qu'elle joue une part importante dans les mécanismes de l'insomnie. Pourtant, un patient informé et conscient du cercle vicieux dans lequel il s'enferme (annexe 3), va être ouvert au dialogue sur les différents aspects de l'insomnie, notamment cognitif (19).

De rares médecins interrogés proposent une « aide à la réflexion personnelle » pour amener le patient à repérer ses croyances sur le sommeil et à les modifier. Elle se rapproche de la thérapie cognitive alors qu'ils ne la citent pas et semblent ignorer cette technique. Pourtant, il est possible d'appliquer les bases de cette méthode en médecine générale.

La thérapie cognitive consiste à identifier les croyances erronées, les distorsions cognitives et les pensées dysfonctionnelles liées au sommeil telles que des ruminations excessives ou des associations négatives pour travailler sur la restructuration cognitive, développer des pensées

alternatives plus fonctionnelles et changer les attitudes qui nuisent au sommeil (19). Elle permet de dédramatiser les conséquences de l'insomnie en atténuant les attentes exagérées face au sommeil et en réattribuant correctement les causes.

Quelques médecins de l'étude insistent plutôt sur ce qu'ils qualifient de « psychothérapie de soutien » qui consiste en une écoute active et empathique du patient, cet aspect étant peu développé dans les recommandations.

Certains auteurs mentionnent la méditation pleine conscience, qui a également fait ses preuves dans la gestion de la composante cognitive dans l'insomnie chronique (12) mais elle n'est pas abordée par la HAS.

4.2.4.5 Décision partagée

Bien que cette notion ne soit pas abordée dans les recommandations, elle répond à une évidence et à du bon sens dont les médecins de l'étude font preuve en insistant sur le fait de choisir une thérapeutique adaptée au patient et à laquelle il va adhérer. Ainsi, certains praticiens interrogés disent proposer un traitement en fonction du choix du patient, de sa volonté et de ses convictions. S. Moreau rappelle ainsi dans sa thèse (34) que la thérapeutique proposée doit tenir compte des attentes du patient. C'est pourquoi, dans le cas des TCC, même si le médecin souhaite recourir à ces mesures qu'il croit efficace, le manque d'adhésion des patients au traitement peut limiter la réponse thérapeutique.

D'autres thèses abondent dans ce sens : d'après F. Pricaz (42), les médecins cherchent à obtenir l'adhésion du patient et s'adaptent à ses préférences quant à la thérapeutique choisie. Pour E. Amar (43), le médecin tient compte dans sa décision de ses caractéristiques propres, de celles du patient et du contexte. Le rapport qu'il entretient avec son patient pourrait d'ailleurs influencer les prescriptions médicamenteuses, qui seront plus importantes en cas de patient régulier.

La relation médecin-patient joue alors un rôle important dans le choix de la prise en charge, sur son impact et sur son efficacité. Les médecins questionnés, dans une thèse récente sur le même sujet (44), évoquent d'ailleurs de façon récurrente l'importance de la relation de confiance entre eux et leurs patients, valorisant une prise en charge centrée sur le patient. C'est ce que rapportent également certains médecins de l'étude, qui mettent en avant l'écoute et valorisent le fait de connaitre les patients et leurs attentes afin de répondre aux mieux à ce que les médecins croient être leurs besoins. Pour certains d'entre eux, la réussite de la prise en charge dépend de la croyance qu'a le patient et le praticien dans la méthode envisagée : la conviction du thérapeute et du patient semble participer à l'efficacité de la méthode employée. Il n'est donc pas inutile d'en tenir compte et les médecins l'ont bien compris.

4.2.4.6 Des spécialistes existants mais pas assez visibles pour les médecins

4.2.4.6.1 Peu de recours au médecin du sommeil dont le rôle reste flou

Alors que la plupart des praticiens de l'étude connaissent les médecins du sommeil, certains en ont une notion floue et beaucoup adressent finalement assez peu.

Quelques-uns envoient leurs patients à Bordeaux, regrettant le manque de spécialistes de proximité. Certains participants, convaincus que c'est leur seule fonction, n'orientent vers un médecin du sommeil ou la clinique du sommeil qu'en cas de suspicion de SAOS, pour la réalisation

d'examens complémentaires. La HAS précise que le choix des explorations, comme la polysomnographie ou l'actimétrie, relève du spécialiste du sommeil consulté.

Les médecins participants privilégient le pneumologue ou l'ORL, plus accessibles certes, mais qui se limitent à l'exploration du SAOS et n'explorent pas l'insomnie dans sa globalité. D'ailleurs, comme trop peu de médecins interrogés le rappellent, les motifs de recours au spécialiste du sommeil sont plus larges, à savoir en cas d'échec des thérapeutiques entreprises ou en cas d'insomnie inexpliquée afin d'élargir la recherche étiologique (5).

4.2.4.6.2 Des préjugés sur les « psys » qui limitent leur recours par les médecins

Beaucoup de médecins ont des à priori par rapport au «psy » et limitent leur orientation en cas de pathologie psychiatrique associée (syndrome dépressif ou anxieux), de souffrance psychologique marquée, ou à la demande du patient, mais jamais pour la réalisation de TCC. L'étude d'Ouhayoun (32) relève pourtant qu'en cas de prise en charge non médicamenteuse, le recours au spécialiste est important (centre du sommeil 54%, psychologue 47% et psychiatre 43%). Assez peu le proposent spontanément, et seulement s'ils sentent le patient réceptif à ce type de spécialistes ou pour réaliser un soutien psychologique s'ils ne le font pas eux-mêmes. Une étude québécoise (41) rappelle que le médecin généraliste ne doit pas hésiter à solliciter un psychologue d'orientation cognitivo-comportementale ou un psychothérapeute pour réaliser la TCC en cas de manque de temps, de manque de connaissances ou d'insomnie sévère. Cependant, la HAS (5) reconnaît que la TCC, méconnue, prend du temps et est pratiquée par des thérapeutes spécialisés encore trop rares, ce qui la rend peu accessible.

Par ailleurs, elle recommande un avis psychiatrique pour une évaluation clinique et ou psychométrique avant le recours au médecin du sommeil en cas d'insomnie rebelle ou inexpliquée, ce qui ne semble pas réalisé par les médecins interrogés.

4.2.4.7 Suivi non codifié et variable selon les médecins

Selon les médecins interrogés, le suivi est variable et hétérogène, soit absent soit systématique. Le rapport Giordanella (1) rappelle que tout trouble du sommeil doit conduire le généraliste à revoir le patient si nécessaire, sans plus de précisions, ce qui n'incite pas à une attitude claire et rigoureuse de la part des généralistes. Peu d'études détaillent le suivi et la réévaluation clinique du patient : plusieurs consultations sont nécessaires mais leur rythme de répartition n'est pas indiqué, laissant le médecin à sa propre appréciation (41). Les recommandations (5) sont également assez vagues sur ce point, ne précisant pas de fréquence de consultations ni de délai de réévaluation des thérapeutiques proposées. Quelques médecins de l'étude réalisent pourtant un suivi rigoureux : certains précisent même qu'il s'agit d'une prise en charge globale et à long terme qui dépasse l'espace-temps de la consultation. Pour la plupart, une réévaluation à sept ou quinze jours puis à un mois est effectuée, avec une adaptation en fonction du patient.

Par ailleurs, l'agenda du sommeil, rarement utilisé en pratique, permet de suivre et d'adapter les thérapeutiques du patient.

4.2.5 Prise en charge médicamenteuse systématiquement abordée

Bien que ce ne soit pas le sujet de l'étude, tous les médecins présents évoquent spontanément les thérapeutiques médicamenteuses dans l'insomnie chronique de l'adulte. Celles-ci sont incontournables dans la pratique, qu'elles concernent les hypnotiques ou les alternatives médicamenteuses. Ils y sont forcément confrontés en tant que prescripteurs, du fait de la demande des patients et des traitements déjà entrepris. D'ailleurs, certains auteurs rappellent que les thérapeutiques médicamenteuses, efficaces à court terme, peuvent être associées aux non médicamenteuses, plus durables (23). Pour eux, ces deux approches combinées permettre d'optimiser la réponse thérapeutique. Mais la HAS insiste sur le fait qu'aucun médicament n'est indiqué dans l'insomnie chronique (45), ce que certains médecins semblent ignorer.

4.2.5.1 Les benzodiazépines et apparentés omniprésents

L'utilisation d'hypnotiques reste incontournable pour les médecins de l'étude dès qu'on aborde la prise en charge de l'insomnie chronique, que ce soit par le biais de la prescription, des renouvellements d'ordonnance, des risques et effets secondaires des hypnotiques, du sevrage, ou via la demande du patient.

4.2.5.1.1 Des traitements encore trop prescrits malgré une prise de conscience

Les médecins de l'étude sont très partagés sur l'emploi des hypnotiques : certains les évitant au maximum, d'autres les utilisant de façon très restreinte ou dans certaines situations particulières, d'autres encore les prescrivant plus largement. La prescription peut être spontanée ou sur demande, soit d'emblée soit en seconde intention, parfois presque contrainte, mais toujours existante. La HAS (45) rappelle que la prescription d'hypnotiques, bien que facilitant le sommeil, ne doit pas être banalisée : d'une part ces médicaments ne traitent pas les causes de l'insomnie, et d'autre part, ils présentent des effets indésirables potentiels parfois graves, sans oublier qu'ils sont un facteur d'entretien de l'insomnie du fait de l'effet rebond à l'arrêt.

Certains médecins questionnés évitent de prescrire dès la première plainte. Une enquête de 2005 auprès de médecins généralistes va dans ce sens avec 60,2% de médecins qui déclarent ne pas prescrire de médicaments dès la première plainte (17). D'autres ne le font qu'en cas de retentissement important ou de troubles anxio-dépressifs associés. Une thèse de F. Pricaz (42) rapporte qu'une souffrance exprimée par le patient est un facteur majeur influençant le médecin vers une prescription d'hypnotiques alors qu'il ne s'agit pas forcément de l'attente du patient. Dans le cas d'un retentissement important, les praticiens interrogés se sentent impuissants et pensent que la prescription médicamenteuse est la seule thérapeutique utile. Les hypnotiques leur semblent représenter la seule réponse possible à la souffrance induite par l'insomnie. Quelques médecins de l'étude mettent des hypnotiques après échec d'autres prises en charge, mais seulement en cure courte. Pour la HAS (45), les hypnotiques, qui ne sont indiqués que pour les troubles sévères dans l'insomnie transitoire et occasionnelle et non dans l'insomnie chronique, ont un service médical rendu faible et ne doivent s'inscrire que dans une stratégie à court terme. Dès l'instauration, le médecin doit d'ailleurs informer le patient de la durée de prescription, des modalités d'arrêt du traitement, du risque d'effets indésirables et du risque d'effet rebond lors du sevrage, ce qui en pratique n'est pas toujours réalisé.

Le fait que certains médecins de l'étude reconnaissent donner des hypnotiques quand la demande arrive en fin de consultation montre que la prescription reste la facilité. Les thèses de S. Moreau (34) et F. Pricaz (42) retrouvent des pratiques similaires chez certains praticiens qui estiment que la prescription médicamenteuse permet un gain de temps et d'énergie plutôt que d'éduquer le patient et de proposer des TCC, plus chronophages, ce qui n'incite pas à un changement des pratiques. Dans ce cas, ces médecins oublient qu'il est important de vérifier que l'ensemble des règles de mise en condition pour le sommeil sont réunies avant toute intervention thérapeutique (45).

De même, quand il s'agit d'une demande explicite du patient, d'une forme d'exigence de prescription, certains médecins de l'étude admettent qu'il n'est pas toujours évident de refuser. Une étude anglo-saxonne de 2010 auprès des médecins de famille (46) confirme que les généralistes se sentent parfois pressés par les patients sur la prescription médicamenteuse. D'après une étude, en cas de prescription d'hypnotique, les patients sont le plus souvent demandeurs à 68,3 % (17).

Cependant, les médecins questionnés semblent prendre conscience de ces pratiques et constatent un changement progressif de celles-ci. L'évolution des habitudes de prescription n'est pas aussi évidente lorsqu'il s'agit de renouvellement d'hypnotiques chez des insomniaques chroniques de longue date. Une étude de pratique de 2016 en Midi Pyrénées (32) retrouve qu'en cas de renouvellement, 85,1% des patients recevaient des benzodiazépines. En effet, une majorité de médecins questionnés déclarent ne pas réévaluer le traitement et renouveler l'hypnotique de façon quasi automatique, ce qui conforte les patients dans leur consommation. Le rapport Giordanella relève ainsi des pratiques de renouvellements systématiques sans envisager la possibilité d'alternatives thérapeutiques (1). Certains renouvellent même hors consultation ou réalisent des ordonnances anticipées alors même que la HAS (45) stipule que la prescription doit être limitée à vingt-huit jours, que la dose minimale efficace doit être recherchée, qu'il faut programmer la réévaluation de la situation et anticiper les modalités d'arrêt.

Concernant les modalités de prescription, un médecin de l'étude associe des petites doses de benzodiazépines et d'apparentés, pensant limiter l'effet de dépendance, alors qu'à l'inverse, ce genre d'association, quel que soit l'indication, majore le risque de pharmacodépendance (6).

4.2.5.1.2 Une réévaluation des prescriptions nécessaire mais encore limitée en pratique

Les médecins de l'étude admettent que réévaluer la prise d'hypnotiques est nécessaire et serait bénéfique au patient. Quelques praticiens questionnent la prescription lorsqu'il s'agit de nouveaux patients ou chez les personnes âgées mais cela reste une attitude rare. D'après une étude sur la prise en charge de l'insomnie par les généralistes (46), des patients signalent des prescriptions prolongées inappropriées de benzodiazépines et apparentés, souvent initiées par les omnipraticiens, parfois en doses excessives et au-delà des durées recommandées, en particulier chez les sujets âgés.

Trop peu de médecins interrogés, conscients de la problématique, tentent tout de même de réévaluer le traitement en refusant toute fatalité. Ils abordent la perspective d'un sevrage progressif lors du renouvellement. Certains tentent de négocier avec le patient et l'informent de la nécessité à long terme d'envisager une réduction de la prise de ce traitement en diminuant les doses. Un premier pas, certes insuffisant mais qui peut amorcer la perspective d'un sevrage, comme l'encourage la HAS (45).

La plupart des médecins de l'étude évoquent le problème de la dépendance au traitement (6), qui limite l'adaptation des prescriptions et l'orientation vers des alternatives thérapeutiques. En effet, les patients dépendants aux hypnotiques présentent de grandes difficultés à s'en détacher et sont souvent réticents à une modification du traitement. Les généralistes le ressentent comme un véritable frein au sevrage.

Selon les médecins interrogés, le sevrage est plus difficile chez les personnes âgées, quand d'autres trouvent que la difficulté se trouve surtout du côté des 50-60 ans, ce qui n'est pas vérifié. Ils constatent que la dépendance est d'autant plus marquée que la prise est ancienne (6) et qu'elle est satisfaisante pour le patient, qui ne ressent alors aucune raison de modifier le traitement. Certains médecins questionnés se trouvent démunis devant le refus catégorique de ces patients qui ne voient que les bénéfices de leur traitement et sont persuadés qu'ils ne pourraient pas s'en passer. L'association entre la prise du médicament et le sommeil, la dépendance au geste, mettent le patient dans l'impossibilité d'envisager un changement de traitement qui conduirait pour lui automatiquement à la détérioration de son sommeil (21). De plus, certains patients se sentent rassurés et considèrent la prise médicamenteuse comme sécurisante. Pour les praticiens de l'étude, certains patients refusant toute réévaluation du traitement peuvent aller jusqu'à changer de médecin afin de poursuivre leur traitement sans remise en cause. Cette attitude n'est pas toujours bien acceptée par certains praticiens, qui craignent de perdre leur patientèle, comme le relève une thèse sur le sujet (42).

Cependant, les médecins de l'étude, conscients de la nécessité d'amorcer un changement des pratiques, s'appuient sur des arguments concernant les risques liés aux benzodiazépines et apparentés (6). Ainsi, par l'information sur les effets secondaires potentiels du médicament, ils tentent de sensibiliser le patient. Certains vont même jusqu'à leur faire peur, espérant déclencher une prise de conscience, n'hésitant pas à exagérer les dangers du traitement. Le principal argument avancé, le plus « impressionnant », concerne les troubles de la mémoire. Une étude récente (47), reprise par l'ANSM montre effectivement une augmentation du risque de démence chez les patients nouvellement traités par benzodiazépines durant le suivi. Mais ces données doivent être confirmées par d'autres recherches afin de vérifier si ces molécules peuvent être responsables de la maladie d'Alzheimer. D'autres médecins se veulent plus pédagogues en expliquant au patient le mécanisme d'action du médicament et sa durée d'élimination.

Enfin, la mise du Zolpidem sur ordonnance sécurisée par l'ANSM (48) a permis aux médecins de limiter la prescription, d'aborder les risques de cet hypnotique et de sensibiliser le patient. Tous les médecins de l'étude y sont favorables et reconnaissent que ce mode de prescription oblige le patient et eux-mêmes à se questionner. L'ensemble des praticiens interrogés y voient un bon argument pour débanaliser la prescription.

Ainsi, lorsqu'un patient entame un sevrage, c'est une source de satisfaction pour le médecin. Les praticiens de l'étude savent qu'il doit être progressif, sur une durée de quelques semaines à quelques mois (45). Certains médecins vont substituer par une autre thérapeutique, souvent médicamenteuse mais moins dosée alors qu'il n'y a pas d'argument pour proposer un autre traitement médicamenteux (45). Par contre, il est conseillé d'associer au sevrage des mesures non médicamenteuses, si nécessaire prolongées comme la TCC sur l'insomnie (41), ce qu'aucun médecin participant ne propose. Et même si le sevrage échoue, il est recommandé d'inciter le patient à

renouveler sa tentative après avoir identifié les facteurs d'échec (45). Les quelques médecins de l'étude qui s'investissent dans cette démarche trouvent l'expérience encourageante, ne constatant pas de majoration de la plainte du patient concernant son sommeil, ce qui les incite à poursuivre.

Cependant, la problématique qui persiste, pour les médecins de l'étude comme pour leurs patients, est de proposer une alternative thérapeutique à l'insomnie. En effet, un sevrage en hypnotique, aussi bénéfique qu'il soit, ne traitera pas le trouble du sommeil. Et les médecins se sentent souvent démunis dans les propositions thérapeutiques de substitution. Une étude anglo-saxonne (46) retrouve les mêmes difficultés des généralistes qui déclarent manquer d'outils d'aide au sevrage et d'options thérapeutiques alternatives. Finalement, les médecins de l'étude restent souvent sur des stratégies médicamenteuses : soit d'autres molécules hypnotiques, comme les benzodiazépines pures soit des antihistaminiques H1, qui posent également des problèmes d'accoutumance et d'effet résiduel et ne sont indiqués que dans l'insomnie transitoire et occasionnelle (5). Très peu orientent le patient vers les thérapeutiques non médicamenteuses et aucun vers les TCC. Ils vont rester dans la prise de substance pour améliorer le sommeil et ne vont pas considérer les techniques non pharmacologiques, pourtant reconnues. L'étude évoquée ci-dessus (46) constate les mêmes limites, avec des généralistes peu orientés vers des alternatives non médicamenteuses.

La réévaluation du traitement hypnotique et la volonté de sevrer les patients commencent à apparaitre dans leurs pratiques, mais l'orientation vers des alternatives non médicamenteuses, pourtant recommandées ne fait pas encore partie des habitudes des médecins généralistes.

4.2.5.2 Recours aux alternatives médicamenteuses mais intérêt limité

Certains médecins de l'étude ne prescrivent pas d'autres médicaments que les benzodiazépines et apparentés quand d'autres privilégient des alternatives médicamenteuses, notamment lors d'une première plainte d'insomnie. Dans une étude de pratique (32), il apparait que les médecins recourent plus fréquemment à la prescription d'alternatives médicamenteuses chez des patients consultant pour la première fois pour un problème d'insomnie.

Pourtant, la plupart des alternatives médicamenteuses n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Globalement, les médecins les perçoivent plutôt comme des traitements d'appoint et pas comme des solutions au long cours.

4.2.5.2.1 La phytothérapie, bonne alternative pour les médecins

La phytothérapie est très prescrite par les médecins présents, parfois en première intention et afin de laisser le patient repartir avec une ordonnance. Les médecins nomment différentes spécialités mais ils n'en connaissent pas toujours la composition. Evoquée par certains, la valériane, la plus évaluée, a montré des effets positifs mais encore discutés dans l'insomnie chronique (12). Pour ces médecins, l'intérêt supplémentaire de la phytothérapie est son rôle dans l'anxiété et le stress, ce qui n'est pas prouvé.

Si la phytothérapie parait efficace aux yeux de la plupart d'entre eux, elle n'est pas remboursée et son coût incombe au patient.

Tous les médecins n'en prescrivent pas, soit par méconnaissance soit parce qu'ils pensent qu'elle n'est pas efficace mais ces spécialités sont en vente libre et certains médecins n'hésitent pas à orienter le patient vers le pharmacien pour conseil.

4.2.5.2.2 D'autres thérapeutiques évoquées mais peu utilisées et non validées

Si les médecins interrogés citent d'autres thérapeutiques médicamenteuses, ils les utilisent en fait peu et la plupart les méconnaît.

La mélatonine n'est pas employée car les médecins ne sont pas convaincus de son efficacité, sauf dans certains cas particuliers. Les études existantes l'évaluant sont divergentes et elle n'est de toute façon pas indiquée dans l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités (5).

Concernant l'homéopathie, elle n'est finalement pas très utilisée et les médecins de l'étude déclarent manquer de connaissance pour la prescrire. En l'absence de données bibliographiques, elle n'est pas recommandée dans l'insomnie (5).

Un médecin évoque le Paracétamol, parfois employé comme hypnotique, bien qu'il ne soit pas reconnu dans cette indication. Il peut se révéler dans certains cas, une thérapeutique cohérente, du fait que la douleur peut être impliquée dans le mécanisme de l'insomnie, et que sa prise en charge peut avoir un impact, même minime sur le sommeil.

Enfin, les antidépresseurs sédatifs peuvent avoir un rôle dans l'insomnie avec syndrome dépressif. Souvent utilisés pour l'insomnie chronique, ces molécules n'ont pas montré de supériorité d'efficacité par rapport aux hypnotiques en l'absence de comorbidités psychiatriques associées et ne sont donc pas recommandés dans les cas généraux (5). Assez peu de médecins questionnés les emploient régulièrement.

4.2.6 Des limites importantes en pratique de médecine générale

Quasiment tous les médecins de l'étude ressentent des difficultés qui limitent leur prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte. Un article (9) déplore d'ailleurs que la prise en charge des médecins généralistes ne soit pas acquise malgré les conséquences, sévères et reconnues par les médecins, de l'insomnie chronique. Les principaux déterminants de ces freins peuvent être soit liés au patient, au médecin, soit liés à un manque de formation. Le rapport Giordanella (1) constate, lui, que la complexité de l'insomnie est souvent peu prise en compte par le médecin traitant.

4.2.6.1 Liées au patient

Une des limites relevées par les médecins vient des patients eux-mêmes qui attendent une prise en charge différente que celle que le médecin juge la plus adaptée et justifiée.

Certains sont perçus par les médecins de l'étude comme des patients exigeants, dans l'attente d'une réponse immédiate et sans effort, les poussant à la prescription d'hypnotiques. C'est également ce que relève une thèse sur les déterminants de prescription des benzodiazépines chez les généralistes (49).

D'autres patients semblent manquer de motivation, d'autonomie ou restent très passifs concernant leur prise en charge. Quelques-uns paraissent avoir un fonctionnement de mise en échec systématique et de plainte permanente. D'autres encore sont en demande de traitement pharmacologique et attendent du médecin une prescription médicamenteuse. En effet, la perception

du médecin généraliste par certains patients est celle d'un prescripteur, dont le rôle est de fournir une ordonnance avec traitement médicamenteux. Ces patients ne conçoivent pas le rôle du médecin autrement que comme un prescripteur. A l'inverse, certains patients dans le déni peuvent se montrer réticents à la prise en charge proposée par le médecin.

Dans tous les cas, il s'agit d'une inadéquation entre l'attente du patient et la conviction du médecin qui ne peuvent se rejoindre. Cela crée un décalage entre le patient et le médecin qui déstabilise la relation médecin-patient, complique la prise de décision du praticien et freine l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent. Cela peut engendrer chez le médecin une frustration, une incompréhension voire un renoncement et un sentiment d'échec.

4.2.6.2 Manque de formation : principale limite

La majorité des médecins regrette un manque de formation qui les limite dans la prise en charge de l'insomnie. Ainsi, tous décrivent une formation initiale limitée voire quasi-inexistante, en tout cas insuffisante. C'est également ce que mentionne le rapport Giordanella (1) qui constate un faible niveau de connaissances du fait de l'insuffisance de l'enseignement universitaire, estimé au mieux à quelques heures voire absent du cursus médical de base, et inégal d'une faculté à l'autre. Il nuance son propos en exposant la mise en place récente d'un item spécifique sur les pathologies du sommeil dans les études médicales, correspondant à deux heures théoriques. Cependant, en pratique, une voire aucune heure n'est enseignée, ce qui maintient la carence actuelle de connaissances chez les médecins traitants.

De plus, certains relèvent que leur enseignement universitaire était axé sur des prises en charge hospitalières et non sur des problématiques de médecine générale. Pour certains, leur formation était orientée vers la prescription médicamenteuse, valorisée, surtout à une époque où les benzodiazépines ont fait leur apparition sur le marché des médicaments et où les effets secondaires des traitements n'étaient pas bien évalués. Concernant les TCC, la plupart des praticiens admet n'avoir aucune formation. C'est ce que constate S. Moreau dans sa thèse (34), qui déplore le manque de connaissance du corps médical sur le « pouvoir et le potentiel » des TCC dans l'insomnie.

Les médecins regrettent aussi un manque de formation continue et constatent que le thème de l'insomnie chronique en médecine générale est rarement proposé dans les programmes.

4.2.6.3 Liées au médecin

4.2.6.3.1 Un manque de temps dédié à l'insomnie et à sa prise en charge

Certains médecins de l'étude déplorent le manque de temps qui restreint le moment dédié à la prise en charge de l'insomnie, comme le relève certains auteurs (21). De plus, il peut être difficile de l'aborder lors d'une consultation dédiée du fait qu'il s'agit d'un motif souvent secondaire et abordé en fin de consultation. Un médecin interrogé reconnaît qu'il est plus facile et rapide de prescrire, surtout en cas de manque de disponibilité du fait d'une patientèle importante. C'est ce que rapporte également A-C Schouler-Bourjal dans sa thèse (49) qui constate que la prescription médicamenteuse peut être un moyen d'abréger une consultation.

Par ailleurs, un article sur la restriction de sommeil appliquée en médecine générale, reconnaît que le manque de temps fait partie des principales limites de cette méthode (40). Plus généralement, la HAS rappelle que les TCC nécessitent du temps (5), ce dont manquent souvent les médecins.

Un seul médecin de l'étude relève que ce manque de temps dédié à la prise en charge de l'insomnie vient d'une rémunération insuffisante : il estime que pour accorder plus de temps à son patient, il faudrait une revalorisation financière de la consultation. F. Pricaz retrouve ce facteur déterminant dans sa thèse exprimant les difficultés ressenties par les médecins généralistes (42).

Enfin, un médecin décrit le manque de disponibilité à consacrer à la formation continue qui peut être un facteur limitant. Un article rappelle pourtant la nécessité d'une formation pour les médecins afin de ne pas restreindre l'application de la restriction de sommeil en pratique de premier recours (40).

Certains médecins de l'étude ressentent ce manque de temps comme un frein important qu'ils n'arrivent pas à contourner quand d'autres estiment que prendre le temps est indispensable, ce que recommande la HAS (5) et qu'il faut faire en sorte de le trouver.

4.2.6.3.2 Des spécialistes indispensables mais peu accessibles

L'accès limité aux spécialistes freine les médecins dans leur prise en charge de l'insomnie chronique.

Ils déplorent le manque de médecins du sommeil de proximité, dont le nombre s'avère insuffisant à l'heure actuelle pour prendre en charge l'insomnie, vu sa forte prévalence. Les participants admettent méconnaitre le rôle des médecins du sommeil et les modalités pour adresser, qu'ils limitent souvent à l'exploration du SAOS. Ainsi, très peu orientent vers un médecin du sommeil. Ces praticiens se sentent isolés dans leur prise en charge et souvent démunis quand il y a nécessité d'orienter le patient.

D'autre part, les praticiens de psychothérapie sont trop peu nombreux, comme le relève le rapport Giordanella (1). Ce document précise qu'en l'absence d'augmentation significative de thérapeutes, ces alternatives ne peuvent être réalisées. Les médecins méconnaissent ces techniques qui sont encore peu développées en France (5). Ils ne savent pas toujours où adresser ce qui les rend peu accessibles. La HAS reconnaît qu'elle reste une alternative très théorique alors même qu'elle la recommande en première intention dans l'insomnie chronique (5).

De plus, ces thérapeutes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, ce qui implique que le coût reste à la charge du patient. Dans sa thèse, E. Coispeau (7) constate également que le non-remboursement apparait pour les médecins comme un frein à l'acceptation par le patient des TCC.

Cela s'avère d'autant plus problématique qu'il s'agit de prise en charge à moyen et long terme qui nécessite un suivi régulier et un temps à y consacrer important pour le patient. Cependant, une étude anglo-saxonne (50) considère que les effets soutenus de le TCC peuvent la rendre plus rentable que la pharmacothérapie à long terme.

4.2.6.3.3 Un manque de ressources, de connaissances ou des pratiques de prescription bien ancrées ?

Un médecin de l'étude, tout comme un article d'une revue médicale québécoise (21), regrette le manque de ressources claires sur les troubles du sommeil. D'autres auteurs mentionnent surtout le manque d'outils permettant de faire le diagnostic d'insomnie en médecine générale (17) alors qu'il ne s'agit pas d'une limite pour les médecins questionnés qui méconnaissent les outils

diagnostiques déjà existants (51). Le rapport Giordanella (1) considère qu'il s'agit surtout d'un manque de connaissances « les capacités d'alerte et de repérage par les professionnels de santé sont en général encore assez faibles et les éléments d'information, d'éducation, d'orientation, d'exploration ou de prise en charge qu'ils détiennent restent insuffisants ». Certains médecins interrogés ressentent d'ailleurs des difficultés à appliquer leurs connaissances en pratique.

Une autre limite, qui n'est pas exprimée comme telle par les médecins de l'étude, vient des pratiques de prescription des généralistes. En effet, pour quelques praticiens interrogés, il est difficilement concevable de laisser repartir un patient sans prescription. Ainsi, il persiste la croyance parmi les médecins que les patients doivent sortir du cabinet avec une ordonnance (52). Cette vision du médecin généraliste comme prescripteur, du point de vue des praticiens eux-mêmes, se retrouve dans différentes études (46,53). Ces médecins sortent difficilement de ce schéma, ce qui peut les conduire à prescrire à tout prix afin de satisfaire ce qu'ils croient être une attente des patients. La socio-anthropologue A. Vega, dans son ouvrage sur les pratiques des soignants (54), souligne également la vision positive du médicament par les patients, qui occulte ses limites et ses effets indésirables.

4.2.7 Leviers et améliorations possibles

Les médecins présents se montrent très concernés par les troubles du sommeil. Une enquête de 2005 sur la perception de l'insomnie en médecine générale, réalisée à partir d'un grand échantillon national (17), constate qu'il existe effectivement un véritable intérêt des praticiens pour l'insomnie et ses conséquences. D'ailleurs, les médecins de l'étude manifestent une réelle volonté d'améliorer leur prise en charge. Conscients des limites auxquelles ils sont exposés, ils proposent des solutions qui leur paraissent utiles, accessibles et surtout applicables dans leur pratique quotidienne. Leurs suggestions sont cohérentes avec les propositions de différents articles, dont les recommandations de la HAS.

4.2.7.1 Une meilleure formation initiale et continue indispensable

L'ensemble des médecins de l'étude se montre très favorable à une formation continue sur l'insomnie, comme relevé dans un article de la revue *Le Médecin du Québec* (51) qui constate que la demande de formation concernant les moyens diagnostiques et les explorations spécialisées est forte. Des auteurs estiment même dans leur étude que 62,2% des médecins déclaraient une nécessité d'information au sujet des outils (17).

Dans son rapport sur le sommeil, J-P. Giordanella (1) exprime également la nécessité d'une formation sur les troubles du sommeil les plus fréquents. Dans une thèse, étudiant l'impact d'une formation continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale (30), les généralistes ayant bénéficié de la FMC déclarent une attitude plus conforme au référentiel, un recours plus fréquent aux outils diagnostiques comme l'agenda du sommeil et une utilisation de méthodes non médicamenteuses comme les TCC, plus importante. Ainsi, il est proposé de développer des programmes sur le thème de l'insomnie en particulier, et des troubles du sommeil en général.

Contrairement à l'avis des médecins de l'étude qui trouvent que la formation continue est trop rare sur ce thème, le rapport Giordanella estime que les troubles du sommeil sont « largement développés voire priorisés dans les programmes de formation médicale continue actuellement mis en place ». Une autre thèse (37) rappelle d'ailleurs qu'il existe des ateliers de formation continue, organisés par le réseau Morphée en Ile-de-France, alliant éducation thérapeutique et approche sur les TCC, qui ont montré leur utilité. Aucun des médecins de l'étude ne semble informé de l'existence de ces formations, qui gagneraient à être plus visibles. Cependant, peu de formations existent dans le Sud-Ouest et il n'y a pas d'équivalent local au réseau Morphée.

Le rapport de la commission de transparence de la HAS sur le Stilnox® (55) recommande également de renforcer la formation initiale et continue concernant le bon usage des benzodiazépines et leurs modalités d'arrêt. Une thèse bordelaise (7) a d'ailleurs mis au point un outil de formation en ligne pour les généralistes afin d'optimiser les prescriptions des benzodiazépines. Elle constate une amélioration des pratiques de prescription chez les médecins ayant bénéficié d'une FMC.

Les recommandations de la HAS (5), quant à elles, abordent l'intérêt de la formation initiale et continue pour les TCC afin de permettre au médecin de s'approprier certaines de ces techniques, à condition d'y consacrer le temps nécessaire et des consultations dédiées. Une enquête auprès de médecins généralistes retrouve d'ailleurs une efficacité de l'information et la formation sur les troubles du sommeil dispensés aux généralistes (17).

Les formats suggérés diffèrent selon les médecins questionnés. Le rapport Giordanella (1) propose de diffuser un document synthétique dans un format type « *Repères pour votre pratique* » apportant les connaissances essentielles dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'insomnie. C'est d'ailleurs ce que suggère un médecin présent, qui se montre intéressé par une information papier brève.

Partant du même constat de manque de formation continue des médecins, S. Moreau (34) a développé pour sa thèse un outil sur l'insomnie chronique adressé aux généralistes en Ile-de-France. Ce guide, orienté sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique non médicamenteuse, a pour objectif de favoriser le recours aux outils d'évaluation et aux TCC. Il cherchait à transmettre l'information auprès des praticiens pour permettre de développer ces mesures en soins primaires. Après diffusion auprès d'un échantillon de médecins généralistes, S. Moreau a constaté que ce guide permettait d'améliorer la prise en charge des patients insomniaques chez les praticiens informés sur ces thérapeutiques et convaincus de leur efficacité. Cette expérience encourageante permet d'envisager de distribuer un document de ce genre lors d'une formation médicale continue afin de laisser aux praticiens un outil pratique et concret réutilisable à distance. Les médecins présents aux focus-groups s'accordent d'ailleurs sur le fait que la formation doit être appliquée à la médecine générale et adaptée à leur pratique. Cela montre que les médecins sont réceptifs à ce type de documents et que des outils axés sur la pratique de médecine générale peuvent améliorer la prise en charge. Ainsi, une généralisation des formations aux TCC, adaptée à la médecine générale, pourrait permettre de diffuser leur utilisation.

La problématique est similaire concernant le SAOS, encore trop méconnu des médecins généralistes. Dans son rapport (1), J-P Giordanella propose également des journées de formation

continue avec diffusion du questionnaire d'Epworth afin de sensibiliser les praticiens. Ce type d'atelier existe près de chez nous : les ateliers d'Arcachon, qui proposent des formations sur le SAOS.

Beaucoup moins abordent l'importance de la formation initiale, alors même qu'ils l'ont relevée comme une limite majeure et qu'elle représente la base des connaissances de tout médecin généraliste. Seul le rapport Giordanella (1) insiste sur son importance en proposant un enseignement plus complet avec de la physiologie dès le premier cycle puis un module complet sur les pathologies du sommeil et la médecine du sommeil en deuxième cycle.

4.2.7.2 Améliorer la visibilité des spécialistes, valoriser la transdisciplinarité et faciliter l'accès aux TCC

Les médecins de l'étude ont davantage recours aux pneumologues ou aux ORL notamment, plus nombreux et d'accès facilité par rapport aux médecins du sommeil. Ces différentes spécialités semblent avoir bien compris l'intérêt du sommeil et son impact puisqu'ils s'en préoccupent dans leur pratique, mais ils se limitent à l'exploration du SAOS et n'ont pas les autres champs de compétence des médecins du sommeil.

Les praticiens de l'étude souhaiteraient d'ailleurs plus de lien avec les centres et médecins du sommeil, afin de mieux orienter les patients. Le rapport Giordanella (1) rappelle la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et le caractère transversal de la médecine du sommeil. Il insiste d'ailleurs sur l'importance de la rendre plus accessible. En effet, au vu de la complexité des troubles du sommeil, la médecine du sommeil, discipline à part entière, transversale, ne se limite pas à une vision d'organes, mais prend en compte le sommeil dans sa globalité. Si le SAOS représente bien une partie de leur activité, leur rôle se révèle beaucoup plus vaste, notamment concernant l'exploration des troubles organiques du sommeil, dont les troubles moteurs comme le syndrome des jambes sans repos (plus fréquent que le SAOS, mais moins connu). Le rapport Giordanella (1) rappelle d'ailleurs que la collaboration entre médecins (généralistes, spécialistes et médecins du sommeil) doit être améliorée et optimisée, entre autre dans la prise en charge du SAOS.

Mais rares sont les praticiens qui suggèrent la mise en place d'un « réseau sommeil » alors que certains y sont favorables. C'est pourtant ce que propose le rapport Giordanella (1) afin de faciliter les contacts et les échanges.

Une voie d'amélioration possible, non évoquée par les médecins présents, serait de favoriser des maisons de santé pluridisciplinaires afin de rendre plus accessible certaines thérapeutiques et de faciliter le suivi régulier (37).

Un autre levier envisageable, non abordé par les médecins de l'étude, mais repris dans une thèse de E. Meltem (37), serait de rembourser certaines thérapeutiques non médicamenteuses. En effet, quelques praticiens interrogés ont relevé le non-remboursement des TCC comme une limite. Il serait d'ailleurs plus cohérent de rembourser ces techniques non médicamenteuses reconnues et recommandées, alors que des méthodes comme l'homéopathie, pourtant non validées sont prise en charge par l'assurance maladie.

4.2.7.3 Eduquer les patients et prendre le temps en consultation pour favoriser un changement des pratiques

Quelques praticiens interrogés constatent une modification des pratiques allant dans le bon sens, avec une meilleure connaissance des traitements pharmacologiques et de leurs risques ainsi qu'une meilleure information des médecins et des patients. Dans ses recommandations de 2006 (5), la HAS insiste sur la nécessité d'adapter les modalités de pratiques des médecins généralistes afin de développer les alternatives aux traitements médicamenteux, à travers l'intervention de l'assurance maladie et des professionnels concernés.

Certains médecins de l'étude insistent sur l'importance d'éduquer les patients aux prises en charge autre que médicamenteuses. C'est ce que propose également un article d'une revue médicale francophone belge (19) qui suggère d'informer le patient concernant la physiologie du sommeil afin qu'il comprenne l'intérêt des thérapeutiques proposées via l'apprentissage des mécanismes de régulation des rythmes veille-sommeil. Cela implique bien sur une connaissance de la physiopathologie de l'insomnie par le médecin en amont, ce qui nous ramène encore une fois à l'importance de la formation professionnelle, déjà abordée.

Si certains médecins justifient leur prescription par le manque de temps, pour quelques praticiens de l'étude, il est essentiel de dégager du temps pour la prise en charge des patients. En effet, la thèse de S. Moreau (34) montre que pour les médecins qui arrivent à trouver ce temps, il est possible d'utiliser les outils d'évaluation de l'insomnie.

Quelques rares médecins de l'étude suggèrent également la mise en place d'une consultation dédiée, comme proposé dans la thèse de S. Moreau (34), afin de dégager un temps suffisant et nécessaire à la prise en charge. Cela implique que patients et médecins acceptent de prendre ce temps pour l'insomnie, comme ils le feraient pour d'autres pathologies. Un plus grand investissement en écoute et en temps permettrait alors de renforcer la confiance réciproque, d'améliorer la communication et la relation médecin-patient, afin d'obtenir une meilleure adhésion aux thérapeutiques proposées (42).

4.2.7.4 Importance de la conviction du thérapeute et du patient

Quelques rares médecins insistent sur l'importance de la décision partagée avec le patient afin de trouver la thérapeutique qui conviendra le plus au patient. En effet, ils mettent en avant le rôle de la motivation du patient et son implication dans sa prise en charge. Ainsi, pour ces médecins, la thérapeutique proposée sera d'autant plus efficace qu'elle est acceptée par le patient et qu'il est convaincu de son efficacité.

4.2.7.5 Revalorisation de la rémunération du médecin généraliste

Un seul médecin estime qu'une meilleure rémunération serait un levier d'amélioration de sa prise en charge. Pour lui, une revalorisation de la consultation l'inciterait à prendre plus de temps et donc à s'investir davantage dans la prise en charge de l'insomnie. Pourtant, les autres médecins ne s'accordent pas avec cette suggestion. De plus, en cas de manque de temps du fait d'un patientèle importante, une augmentation de rémunération n'aurait pas forcément d'impact sur le temps dédié au patient en consultation. Cela semble plutôt une revendication de principe qu'un réel levier d'amélioration de la prise en charge de l'insomnie.

4.2.7.6 Déremboursement des hypnotiques

Seul un médecin de l'étude propose le déremboursement des hypnotiques comme piste d'amélioration de la prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale. Pour lui, ces médicaments ne devraient pas être prescriptibles par les généralistes mais réservés aux psychiatres. Aucun autre médecin ne semble approuver cette solution, qui a pourtant le mérite de se poser et qui est tout de même évoquée dans une thèse de médecine générale (37).

4.3 Mise en perspective avec les recommandations de 2006

Plus de dix ans après leur sortie, il apparait que la plupart des médecins généralistes de l'étude méconnaissent le contenu des recommandations de la SFTG/HAS de décembre 2006 (5), voire ignorent jusqu'à leur existence même. Le manque de connaissance de ce référentiel sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient adulte se plaignant d'insomnie, pourtant adressé aux généralistes, entraine des pratiques déclarées pas toujours cohérentes avec les « bonnes pratiques ». Que ce soit sur la prise en charge diagnostique ou thérapeutique, l'application des recommandations par les médecins est très restreinte, et leur impact limité. Les médecins n'utilisent d'ailleurs aucun support scientifique ni document dans la prise en charge de l'insomnie voire les rejettent. Ils effectuent cette approche de l'insomnie sur la base de leur expérience, de leur vécu propre, de leurs convictions personnelles et de données empiriques, à l'heure ou la médecine générale se veut basée sur l'EBM (Evidence Based Medicine). Les médecins valorisent leur expérience et leur relation avec le patient comme un outil d'aide au diagnostic à part entière mais manquent de connaissances sur l'insomnie, ce qui limite par là-même leur compétence à prendre en charge ce trouble du sommeil.

Concernant leur représentation de l'insomnie, les médecins de l'étude semblent prendre conscience de la complexité de cette pathologie à part entière, qui mérite qu'on s'y attarde. Cependant, s'ils réalisent l'importance de prendre au sérieux la plainte d'insomnie, ils sous-estiment encore leur rôle et les conséquences de ce trouble du sommeil, véritable problème de santé publique aux répercussions non négligeables. Leur méconnaissance de la définition de l'insomnie et de la physiopathologie, reconnue et déplorée par certains médecins de l'étude, altère la qualité de la prise en charge diagnostique. En effet, la caractérisation de l'insomnie et la compréhension de ses mécanismes conditionne la démarche diagnostique et thérapeutique.

On peut regretter qu'aucun médecin de l'étude ne connaisse la classification de l'insomnie, même s'ils la décrivent de façon relativement cohérente et s'ils en ont quelques notions. Bien que la mise à jour de l'ICSD 3 et du DSM 5 soit récente (2013) et que ces changements n'apparaissent pas dans les recommandations, la distinction entre insomnie avec ou sans comorbidités était déjà présentée par la HAS, basée sur l'ICSD 2. Ces modifications n'ont pas encore fait l'objet de supports documentés adressés aux médecins généralistes, ce qui peut expliquer le manque d'information des praticiens sur ces versions actualisées. La diffusion de la mise à jour de ces classifications, auprès de l'ensemble des médecins généralistes, semble indispensable afin de les tenir informés.

Par ailleurs, une démarche diagnostique « active », rigoureuse et approfondie est indispensable à l'identification du type d'insomnie, qui conditionne alors la prise en charge thérapeutique. Quelques médecins de l'étude semblent l'avoir compris et insistent sur

l'interrogatoire, qu'ils savent nécessaire à la caractérisation du trouble. Si celui-ci est finalement assez bien connu des praticiens, il reste encore incomplet, notamment dans la recherche de comorbidités et des troubles du sommeil associés. Sur ce dernier point, il faut reconnaître que les études ne s'accordent pas toutes entre comorbidités, diagnostic différentiel ou diagnostic associé, ce qui ne facilite pas l'identification du trouble. Pour la HAS, le syndrome d'apnées du sommeil et les mouvements périodiques des membres sont des troubles du sommeil pouvant être associés à l'insomnie ou parfois masqués par celle-ci. Il est difficile de distinguer les causes ou conséquences, les facteurs associés, déclenchants, favorisants ou d'entretien, qui sont souvent intriqués. Ils sont pourtant à rechercher systématiquement, ce qui en pratique n'est pas toujours fait par les médecins.

L'examen clinique est quant à lui souvent négligé ou reste général et non spécifique alors qu'il permet de préciser certaines caractéristiques de l'insomnie, bien que les recommandations ne le développent que très peu. Un examen approfondi est proposé dans des articles axés sur la recherche du SAOS mais cet examen, plus long et spécialisé, semble peu applicable en médecine générale et nécessiterait d'être adapté en soins primaires. En l'état, il relèverait plutôt des spécialistes du sommeil.

Alors que la HAS recommande des outils, utiles dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique, comme l'agenda du sommeil, à disposition des généralistes, ces derniers ne les emploient pas et ignorent parfois jusqu'à leur existence. Ils nient leur intérêt pourtant démontré, assumant de ne pas les employer et préférant se baser sur du conversationnel. Pourtant, ces outils existent pour faciliter le travail du généraliste et assurer une meilleure systématisation du trouble. Ils permettent, de par leur fonctionnalité, un gain de temps et plus de clarté, contrairement à l'idée préconçue qu'ils sont chronophages et peu pratiques. Une thèse (30) a d'ailleurs montré qu'une meilleure information sur ces outils permet de diffuser leur usage auprès des généralistes qui en reconnaissent l'utilité. Là encore, une formation adaptée à la pratique de médecine générale peut permettre d'améliorer les prises en charge des médecins.

Si les examens complémentaires, notamment la polysomnographie, sont du ressort du spécialiste, tous les généralistes n'en connaissent pas les indications, pourtant clairement établies dans les recommandations. Le recours aux spécialistes est, quant à lui, largement sous-estimé par les médecins, qui ne maitrisent pas toujours les motifs pour adresser, les types de spécialistes concernés et leur rôle, que ce soit pour le diagnostic ou pour la prise en charge. Cependant, les praticiens sont en demande de plus de visibilité et regrettent le manque de médecins du sommeil, dont ils souhaiteraient un accès facilité. Certes, d'autres spécialités évaluent le SAOS, mais le médecin du sommeil reste le spécialiste de référence des troubles du sommeil dont l'insomnie, l'explorant dans sa globalité, de façon transdisciplinaire et sans se limiter à un organe. Son rôle, essentiel et bien plus large que le seul dépistage du SAOS, reste trop peu valorisé alors qu'il fait écho au caractère également transversal de la médecine générale.

Concernant la prise en charge thérapeutique, les conseils d'hygiène de sommeil sont maitrisés par l'ensemble des médecins. Parmi eux, certains s'investissent dans la prise en charge à long terme et le suivi, de manière parfois plus rigoureuse que les recommandations elles-mêmes, trop vagues sur ce point.

Cependant, l'approche thérapeutique reste encore trop axée sur la prise en charge médicamenteuse. Elle s'avère, pour ces médecins, une option thérapeutique simple et accessible qui

permet une réponse rapide et satisfaisante pour les patients. Les seules références citées sont d'ailleurs des bases de données pharmacologiques, ce qui reflète bien l'orientation médicale axée sur les prescriptions. Alors que la HAS rappelle que le choix des traitements, qu'il soit médicamenteux ou non, dépend du type de l'insomnie et doit répondre à des indications précises et connues. Pourtant, les généralistes portent un regard critique sur leurs propres prescriptions et leurs choix thérapeutiques. Ils prennent conscience de la perte d'efficacité des hypnotiques à long terme, associée à des effets indésirables non négligeables. Les données d'actualité sur les risques des hypnotiques amènent certains médecins à se questionner un peu plus sur leur prescription, et parfois à envisager un sevrage. Bien qu'il s'avère souvent difficile et contraignant, ces praticiens constatent des résultats encourageants, ce qui les incite à poursuivre leurs efforts. Mais ils se retrouvent parfois confrontés à un manque de solution de substitution, soit parce qu'ils les méconnaissent, soit parce qu'elles sont peu accessibles, ou parce que les patients n'y sont pas réceptifs, ce qui freine leur volonté de modifier leurs habitudes.

Pourtant, des solutions thérapeutiques non médicamenteuses existent, principalement les TCC, seules thérapeutiques validées et indiquées dans l'insomnie chronique, et qui ont fait la preuve de leur efficacité à moyen et long terme. Mais les TCC sont largement méconnues des médecins, qui ignorent encore trop leurs indications dans l'insomnie, et leur place centrale. On constate une défiance persistante à l'encontre de ces thérapeutiques, réalisées par des « psys », dont le terme est encore connoté chez les patients, mais également auprès de certains médecins. Cette méconnaissance des thérapeutiques non médicamenteuses, comme les TCC, entraine ainsi une forme d'immobilisme chez des médecins qui restent sur leurs modes de prescription. On peut nuancer ces propos en constatant que certains médecins appliquent en réalité des bases de TCC, comme le contrôle du stimulus, sans savoir qu'il s'intègre dans celles-ci.

De plus, l'accès aux TCC est encore trop restreint du fait du manque de spécialistes formés à la psychothérapie, du non-remboursement de ces thérapeutiques et de son aspect chronophage. La HAS elle-même, tout en recommandant les TCC, en reconnaît les limites d'application, sans fournir de solutions concrètes pour les médecins généralistes, qui se retrouvent alors isolés et parfois démunis. Certains praticiens proposent d'autres alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, comme l'hypnose plus « populaires » et mieux acceptées mais elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et nécessiteraient des études complémentaires pour être validées.

Cette prise de conscience sur la démarche thérapeutique de l'insomnie chronique reste ainsi limitée dans les actes, avec encore trop de médecins persistant dans leurs pratiques de prescription, persuadés qu'il n'existe pas d'autre solution, acceptable et accessible, que médicamenteuse.

De plus, les médecins perçoivent parfois des freins de la part des patients, qui refusent d'envisager d'autres prises en charge, ce qui déstabilise la relation médecin-patient et crée une incompréhension réciproque voire un sentiment d'échec. Cette impuissance ressentie et le manque de solution alternative, les conduisent souvent à poursuivre le même traitement, alors même qu'ils ont pris conscience des limites de cette prise en charge. Cependant, et les médecins eux-mêmes le réclament, une meilleure information des patients sur l'insomnie et ses mécanismes serait bénéfice à l'acceptation des thérapeutiques recommandées. En effet, l'éducation des patients est essentielle afin qu'ils comprennent l'enjeu de ce trouble du sommeil, se responsabilisent et deviennent des acteurs de leur prise en charge. Mais pour les convaincre, les médecins doivent les informer de

manière éclairée et donc doivent eux-mêmes posséder les connaissances pour leurs transmettre. Cela permettrait aussi d'améliorer la relation médecin-patients par une écoute réciproque et une décision partagée et éclairée.

Alors que le rapport Giordanella (1) misait sur les recommandations de la HAS de 2006 pour promouvoir le thème du sommeil, le manque de connaissance et d'information des généralistes est palpable dans cette étude. Ces derniers le reconnaissent eux-mêmes et regrettent l'insuffisance de formation, universitaire comme continue, qu'ils jugent quasi absente, alors même qu'ils sont en demande. Le fait qu'ils ignorent largement le contenu des recommandations de la HAS, et jusqu'à leur existence, est d'ailleurs un élément majeur de la carence de diffusion des informations auprès des généralistes. Ceux-ci seraient pourtant très favorables à la mise en place de formation continue sous forme de FMC ou de document écrit de synthèse. Différentes expériences rapportées dans des thèses (7,30,31,34) montrent d'ailleurs l'impact positif d'une formation continue auprès des médecins généralistes qui en bénéficient. Ces formations existent en réalité déjà (ateliers d'Arcachon, réseau Morphée…) mais gagneraient à être généralisées et diffusées. De plus, elles nécessitent d'être adaptées aux soins primaires afin que les généralistes puissent les appliquer en pratique. Développer la formation initiale apparait également comme une base incontournable, défendue par le rapport Giordanella (1), afin de préparer les futurs médecins à de bonnes pratiques, fondées sur des connaissances solides et sur la compréhension des mécanismes de l'insomnie.

Une autre limite, le manque de temps avancé par certains médecins, parait plus difficile à atténuer, du fait de la durée des consultations de médecine générale et du poids de la patientèle. C'est aux médecins de trouver le temps et de le prendre, en fonction de leur motivation et de leur implication propre. Certains praticiens, tout comme les recommandations, proposent une consultation dédiée à ce trouble du sommeil afin de prendre le temps nécessaire pour la démarche diagnostique et thérapeutique, n'hésitant pas à re-convoquer le patient ultérieurement. Cette approche, plus contraignante, peut être comprise par le patient si elle est bien expliquée. A condition que le médecin soit convaincu de l'intérêt de prendre le temps, ce qui peut demander de changer sa perception sur l'insomnie. En effet, en considérant ce trouble comme une pathologie à part entière, on pourrait envisager des consultations centrées sur ce motif comme un généraliste le ferait pour des pathologies chroniques (le diabète par exemple). Il resterait encore à sensibiliser le patient pour amorcer une modification de la perception de l'insomnie en médecine générale. En considérant l'insomnie comme une problématique complexe, on pourrait alors donner toute sa place au spécialiste du sommeil. Cela nécessiterait cependant des médecins du sommeil plus accessibles et visibles ainsi que des consultations de psychothérapie remboursées. La mise en place d'un réseau sommeil permettrait également de favoriser la transdisciplinarité.

Depuis 2006, les habitudes des médecins généralistes ont en fait peu changé, et les freins actuellement évoqués par les médecins sont les mêmes que ceux décrits dans les recommandations. Rares sont les évolutions visibles et on constate un immobilisme des habitudes de prise en charge. C'est donc un constat d'échec partiel de l'impact des recommandations sur les pratiques des médecins généralistes bien que l'on note quelques avancées. En effet, les médecins, intéressés par ce sujet, et reconnaissant les limites de leur prise en charge, sont en demande de solutions afin de faire évoluer leurs pratiques. Ils proposent ainsi des leviers pour améliorer leur prise en charge de l'insomnie chronique.

Même s'il reste un long chemin à parcourir, un changement de pratiques progressif peut s'amorcer avec la volonté conjointe des médecins généralistes et spécialistes du sommeil, des patients et des instances de formation. L'insomnie, de par sa complexité et son impact global, pourrait tout à fait s'intégrer au caractère transdisciplinaire que la médecine générale défend, retrouvant ainsi la place qu'elle mérite en soins primaires.

5. Conclusion

Cette étude qualitative avait pour objectif de recueillir les représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes concernant l'insomnie chronique de l'adulte. Dans ce but, j'ai réalisé des focus-groups, auprès de treize médecins généralistes installés dans le Béarn. Les praticiens étaient invités à s'exprimer sur leur perception de l'insomnie, ainsi que sur sa prise en charge diagnostique et thérapeutique non médicamenteuse. Concernés par cette problématique, les médecins participants ont exprimé leurs points de vue, attitudes et pratiques. La mise en perspective par rapport aux recommandations de 2006 sur ce thème, a révélé leur manque de connaissance générale sur l'insomnie, les carences de prise en charge et les limites d'application des thérapeutiques recommandées. Face à ces freins exprimés ou constatés, ils ont évoqué des solutions permettant d'envisager une meilleure approche de l'insomnie.

Les médecins de l'étude ont bien compris que l'insomnie était une plainte complexe et fréquente mais sous-estimaient leur rôle de premier recours. Bien qu'ils cherchent à la caractériser, les médecins avaient une connaissance incomplète de la définition de l'insomnie. De même, les mécanismes et la physiopathologie de ce trouble étaient méconnus des médecins interrogés qui le reconnaissaient et le regrettaient.

Concernant les référentiels, les médecins de l'étude n'en utilisaient pas et la plupart ignorait même l'existence des recommandations de la HAS de 2006 sur l'insomnie chronique, pourtant adressées aux généralistes. Ils préféraient se baser sur leur expérience et le relationnel avec le patient. Mais la complexité de l'insomnie chronique, avec ou sans comorbidités, implique une démarche diagnostique active et rigoureuse afin de proposer au patient une prise en charge thérapeutique adaptée à son type d'insomnie.

Pour la démarche diagnostique, les médecins reconnaissaient le rôle essentiel de l'interrogatoire, mais il nécessitait d'être approfondi. L'examen clinique, quant à lui, n'était pas abordé systématiquement. La plupart des médecins manquaient d'intérêt pour les outils diagnostiques, pourtant utiles en pratique. De plus, certains médecins valorisaient le conversationnel et considéraient les outils comme peu fonctionnels (tout en ignorant leur contenu) et non adaptés à la pratique de médecine générale. Si la majorité des médecins savait que le diagnostic de l'insomnie était essentiellement clinique, les indications de la polysomnographie étaient mal connues. Les praticiens recouraient au médecin du sommeil en cas de suspicion de SAOS mais leur rôle restait flou et leur accès insuffisant. Pour eux, les spécialistes étaient trop rares et peu visibles, et ils se sentaient parfois isolés dans leur prise en charge.

Concernant la prise en charge thérapeutique, des médecins de l'étude étaient conscients de la nécessité de traiter les comorbidités et de proposer des mesures d'hygiène de sommeil. En terme de traitement non médicamenteux, l'hypnose ou la sophrologie pouvaient être proposées, rarement l'acupuncture, mais ces thérapeutiques ne sont pas validées dans l'insomnie chronique à l'heure actuelle. Des études complémentaires sur ces thérapeutiques permettraient d'évaluer ces pratiques déjà existantes parmi les généralistes. Par contre, ils se montraient réticents à la TCC, pourtant principal traitement non médicamenteux recommandé, et ignoraient leur indication dans l'insomnie.

Ayant fait la preuve de leur efficacité, les TCC mériteraient pourtant d'être plus accessibles, par le remboursement de celles-ci et par de plus nombreux praticiens de psychothérapie formés.

Alors que l'étude se voulait consacrée à la prise en charge non médicamenteuse, les médecins ont systématiquement évoqué les traitements médicamenteux, omniprésents dans la pratique. Tous ont mis en avant les difficultés à réévaluer et à modifier certaines prescriptions, voire à sevrer les patients en hypnotiques. De plus, ils estimaient difficile la transition d'une prise en charge médicamenteuse vers d'autres thérapeutiques, évoquant un manque d'alternatives connues, applicables et accessibles. Là encore, les médecins restaient très axés sur des prescriptions médicamenteuses et sous-estimaient les possibilités non pharmacologiques comme les TCC, voire les ignoraient totalement. Ainsi, malgré une prise de conscience des limites de la prise en charge médicamenteuse, ces traitements restaient encore trop présents.

Le frein principal à la prise en charge de l'insomnie, relevé unanimement par les médecins de l'étude, restait le manque de formation, initiale comme continue. C'est pourquoi, l'un des leviers majeurs serait de proposer des FMC sur le thème de l'insomnie. Les praticiens se déclaraient d'ailleurs motivés et intéressés par des formations continues, adaptées à la médecine générale et applicables en pratique. Les médecins pourraient également apprendre des bases de TCC afin de permettre leur application en médecine générale s'ils souhaitaient s'impliquer plus en avant dans la prise en charge de leur patient. Des outils de formation existent déjà mais gagneraient à être plus visibles auprès des généralistes. La formation initiale nécessiterait également d'être renforcée afin de compléter les connaissances des médecins. Celles-ci leur permettraient d'informer les patients et de les éduquer à d'autres formes de thérapeutiques que médicamenteuses. Les médecins de l'étude souhaiteraient également bénéficier d'un accès facilité aux spécialistes du sommeil, ce qui favoriserait la pluridisciplinarité et diminuerait le sentiment d'isolement parfois ressenti. La perspective d'un réseau sommeil pourrait alors être une piste en ce sens.

Le manque de temps était également un frein avancé par certains médecins de l'étude. C'est pourquoi, ce trouble du sommeil justifierait une consultation dédiée, permettant de dégager le temps nécessaire à sa prise en charge. L'insomnie mériterait d'être reconnue, par les médecins et les patients, comme une problématique complexe et une entité à part entière, afin de bénéficier d'une prise en considération plus globale et à long terme, dépassant l'échelle d'une simple consultation et du symptôme banal. Cela impliquerait une évolution de la représentation de l'insomnie par les généralistes, mais aussi par les patients et par les instances de formation, afin d'inciter à un changement des habitudes, qui permettrait d'améliorer la prise en charge de l'insomnie.

Si l'évolution des pratiques est longue à s'amorcer, cette étude met tout de même en avant la volonté de ces généralistes de s'impliquer dans la démarche diagnostique et thérapeutique et d'améliorer leur prise en charge de l'insomnie. Ainsi, une meilleure prise en considération de l'insomnie et une connaissance élargie de ses mécanismes, reflétant toute sa complexité, permettrait de faire évoluer les modalités de prise en charge. S'il reste beaucoup de progrès à faire pour se rapprocher des recommandations, il est essentiel d'impliquer et de sensibiliser les patients et les médecins généralistes. C'est donc par eux, et dans l'intérêt des patients qu'il faut agir afin de faire bouger les lignes car ils sont le premier maillon de la prise en charge de l'insomnie.

6. Bibliographie

1. Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006. 401 p.

2. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, et al. Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. Canadian Family Physician. 2001;47(4):759-767.

3. 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). [Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey]. Rev Neurol (Paris) 2013 dec;169(12):956-64.

4. Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale Première partie : démarche diagnostique et évaluation. Exercer 2015;121:217-26.

5. Société de formation thérapeutique et généraliste, Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis : HAS ; 2006 dec. 41 p.

6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [rapport].Saint Denis (France): ANSM; Décembre 2013. 81p.

7. Coispeau E. Elaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brêve) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux ;2016.

8. Faurie A. Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et apparentées au-delà de trois mois: une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014

9. Léger D, Ohayon M. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique. Médecine Sommeil. 2010 oct;7(4):139-45.

10. Léger D. Les nouveautés de l'ICSD-3. Médecine du Sommeil 2014 oct-dec ;11(4):209-212.

11. Guay B, Morin C.L'insomnie Quoi de neuf dans le DSM-5 ? Le Médecin du Québec 2014;49(9):33-37.

12. Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale Deuxième partie : démarche thérapeutique. Exercer 2015;122:256-66.

13. Moreau A, Dedianne M.C, et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien en médecine générale 2004 mars:15;tome18(645):382–4.

14. Régnier JC. L'enquête par entretien et quelques biais possibles. Méthodes qualitatives. Master 1 de sciences de l'éducation. [En ligne]Lyon :Université Lumière Lyon2. (consulté le 28 août 2017)Disponibilité sur internet : http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf

15. Gourier Fréry C, Chan Chee C, Léger D. Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclaré par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Bull Epidemiol hebd. 2012;44-45:502-09.)

16. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Rev Epidémiol Santé Publique. 2011;59(6):409-22.

17. Léger D, Allaert FA, Massuel MA. La perception de l'insomnie en médecine générale. Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. Presse Med. 2005;34:1358-62.

18. Liistro G. Introduction : classification ICSD 2014, prévalence, moyens diagnostiques - indications de la polysomnographie.2014.

19. Massant V, Frognier R. Approche clinique et prise en charge de l'insomnie. La Revue de la Médecine Générale. 2015 Nov ; 327:6-15.

20. Declercq T, Rogiers R. Insomnie : recommandation en première ligne de soins. Recommandations de Bonne Pratique:SSMG ; 2006 [Version du 11 juin 2005].32 p.

21. Guay B, Morin CM. Le traitement pharmacologique de l'insomnie controverses et réalité. Le médecin du Quebec 2010;45(3):67-71.

22. Cambron L, Bruwier G, De Bock I. Le médecin généraliste face à une plainte d'insomnie. Rev Med Liege 2006;61:5-6:448-458.

23. Belanger L, Morin CM. « Insomnie chez l'adulte ». [auteur du livre] M.DAUVILLIERS Y.BILLIARD. [éd.] 2ème édition. Elsevier Masson. Les troubles du sommeil. 2012 ;13:155-175.

24. Ohayon M. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. Revue du Praticien. 2007, 57, pp. 1521-1528.

25. Perrig S, Espa-Cervena K, Pépin JL. Troubles du sommeil et douleur : le bon hypnotique ? Rev Med Suisse 2011;7:1414-20.

26. O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison DO, et al.Intraindividual variability in daily sleep and pain ratings among chronic pain patients : Bidirectional association and the role of negative mood. Clin J Pain 2011, in press.

27. Ohayon M. Epidémiologie des troubles du sommeil et de la veille. [auteur du livre] M.DAUVILLIERS, Y. BILLIARD. [éd.] Elsevier Masson. 2ème édition. Les troubles du sommeil. 2012, 11,131-140.

28. Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE, et al. Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. Sleep. 2006 Aug;29(8):1009–14.

29. Guichard K, Micoulaud Franchi JA, Philip P, Monteyrol PJ. Examen clinique par le non-spécialiste ORL des voies aériennes supérieures du SAHOS de l'adulte. Médecine du sommeil 2016 ;13 :83-88

30. Volcler N. Etude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. [Thèse pour le Doctorat en médecine]. Université de Grenoble;2010.

31. 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 médecine. Lyon. 2009

32. Ouhayoun S, Dupouy J. Étude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Exercer 2016;124:62-3.

33. Société de pneumologie de langue française. Recommandations pour la Pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. Texte court:SPLF. [Internet].2010p.76. Disponibilité sur Internet : http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/07/reco_courtes_sas.pdf

34. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte : développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France. [Thèse d'exercice]. Paris :Université Paris 7 – Denis Diderot;2010.

35. Stal V, Meyer A, Houlette G, Watsubo Y et al. Efficacité de la sophrologie dans le traitement de l'insomnie chronique. Centre du sommeil, Hôpital Hôtel-Dieu, et S.C.M.T Hôtel-Dieu, Paris, France.

36. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2015 Oct;23(5):719–32.

37. Meltem E. Prise en charge de l'insomnie chronique par les généralistes quand ils choisissent de ne pas prescrire d'hypnotiques. Etude qualitative en Indre et Loire. [Thèse d'exercice]. Tours:Faculté de médecine de Tours Université Francois Rabelais;2015.

38. Baillargeon L, Demers M. Enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens. Can Fam Phys. 1996; 42:426-432

39. Royant-Parola S. Que faire devant une insomnie ? 1998 ; in Léger D, 2001.Troubles du sommeil. Paris. Doin.

40. Falloon K, Elley CR, Fernando A et al. Forme simplifiée de restriction de sommeil comme traitement de l'insomnie en première ligne de soins ? [Simplified sleep restriction for insomnia in general practice]. Br J Gen Pract 2015;65:e508-15.Minerva 2016; Volume 15; Numéro 6:136-139.

41. Vallières A, Guay B, Morin C. L'ABC du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie primaire. Le Médecin du Québec 2004;39(10):85-96.

42. Pricaz F. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire (ICP) : analyse comparative des difficultés ressenties par les médecins et les patients de l'arc alpin. [Thèse d'exercice]. Grenoble:Université Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble;2015.

43. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Paris : Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; 2005.

44. Metge M. Perception des thérapeutiques non pharmacologiques dans le traitement de l'insomnie par le médecin généraliste. [Thèse d'exercice de médecine].Lyon :Université Claude Bernard Lyon 1 UFR de Médecine Lyon est ;2017.

45. Haute autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Bon usage du médicament]. Saint Denis (France): HAS; février 2015. 4 p.

46. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M. General practitioners'preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing: GPs'preferences for managing insomnia. J Eval Clin Pract 2010 juin 10;16(4):731−7.

47. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk of dementia:prospective population based study. BMJ. 2012 Sep 27 ;345:e6231.

48. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Zolpidem (Edluar®, Stilnox® et génériques : nouvelles conditions de prescription et délivrance. Information transmise sous l'autorité de l'ANSM.Lettre aux professionnels de santé. [En ligne]. Février 2017. Disponibilité sur internet :ansm.sante.fr/content/download/102337/1297921/version/1/file/DHPC-170302-zolpidem.pdf

49. Schouler Bourjal AC. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines: Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.

50. Harsora P,Kessmann J. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. American Family Physician. 2009 jan;79(2):125-130.Disponibilité sur Internet : www.aafp.org/afp

51. Guay B, Morin CM. Comment évaluer un problème d'insomnie ? Le Médecin du Québec 2002;37(9):97-109.

52. Ouhayoun S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Toulouse;2015.

53. Morin A K, Jarvis C I, Lynch A M. Therapeutic Options for Sleep-Maintenance and Sleep-Onset Insomnia. Pharmacotherapy 2007;27(1):89–110.

54. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine, une approche socio-anthropologique des pratiques soignants.Rapport final. Août 2011 200 p.

55. Haute autorité de santé.Commission de transparence. Avis Stilnox. HAS. [En ligne] 25 juin 2014. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/stilnox_reeval_ri_avis1_ct11444_ct13218.pdf

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des focus-groups

1/ Thème sur les représentations/ la définition de l'insomnie selon les MG

Question de lancement > **Qu'évoque pour vous la plainte d'insomnie en médecine générale ?**
Comment la percevez-vous ?
Quelle expérience en avez-vous ?
Comment définiriez-vous l'insomnie chronique ?
Quelles causes à l'insomnie chronique connaissez-vous ?
Que connaissez-vous de la physiopathologie, des mécanismes, des différentes étiologies ?

2/ Thème concernant le diagnostic de l'insomnie

Comment faites-vous le diagnostic de l'insomnie ? (positif et étiologique) > interro, exam clinique, diagnostic différentiel
Comment cela se passe en pratique en consultation ?
Quels outils diagnostiques connaissez-vous, utilisez-vous ?
Quels examens complémentaires éventuels faites-vous ?

3/ Thème concernant les référentiels sur l'insomnie

Quels ressources ou référentiels utilisez-vous ?
Connaissez-vous les recommandations de la HAS 2006 et que pouvez-vous nous en dire?
Que vous apportent-elles ?

4/ Thème concernant la prise en charge thérapeutique non médicamenteuse

Comment cela se passe en pratique pour la thérapeutique (médicamenteuse ou non) ? *Quelles thérapeutiques utilisez-vous personnellement ?*
Quelles thérapeutiques non médicamenteuses connaissez-vous ? Qu'en pensez-vous ?
Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, lesquelles proposez-vous ? Dans quelles circonstances ?
Quels conseils dispensez-vous ?
Que pensez-vous des TCC ?
Suivi ? Traitement étiologique ?

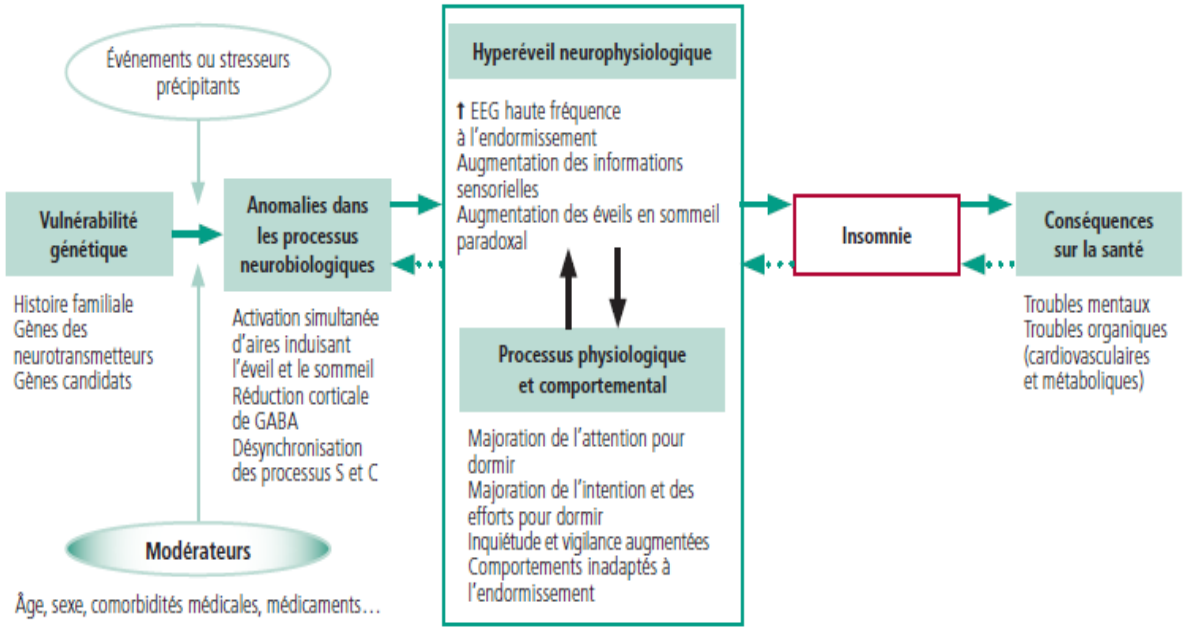
5/ Thème concernant les freins, limites et difficultés dans la prise en charge

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge thérapeutique non médicamenteuse ?
> liées au patient, au médecin, au contexte
Quelles freins/limites ressentez-vous dans votre pratique par rapport aux référentiels/recommandations ?

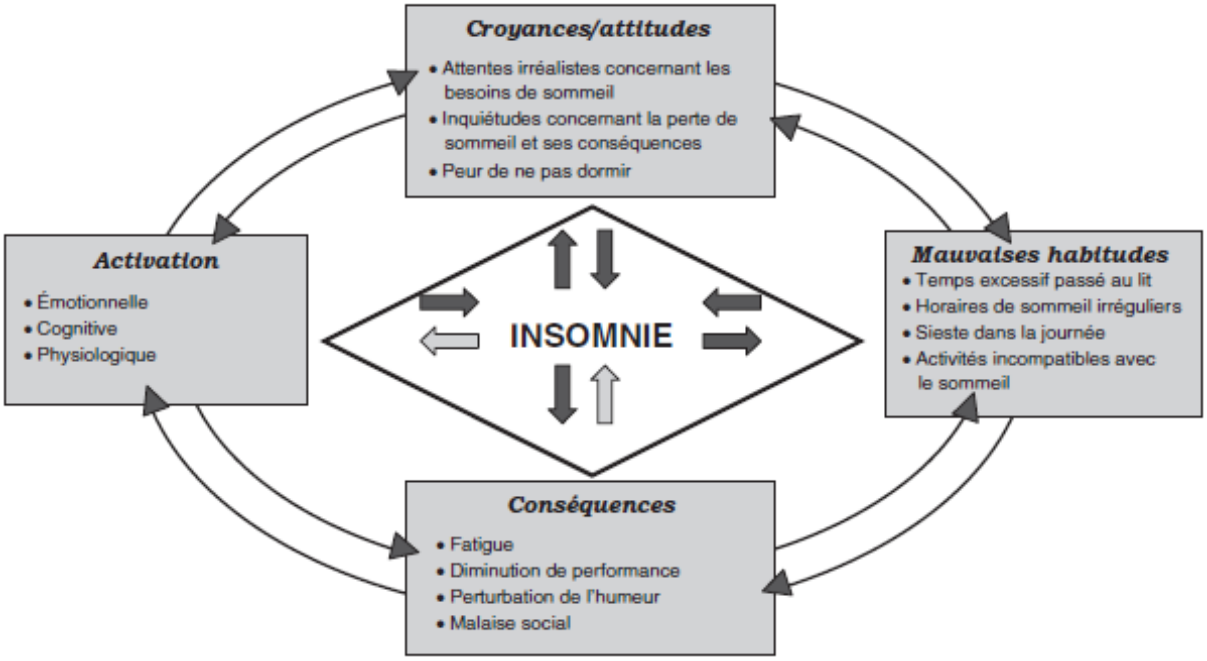
6/ Thème concernant les leviers, perspectives d'amélioration

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de l'insomnie en médecine générale ?
Que pourrait-on proposer ? Quelles solutions apporter ?
Comment trouvez-vous votre formation sur le sujet ? Quels seraient vos besoins en matière de formation sur ce thème ?
Par rapport aux recommandations de la HAS, quelles améliorations suggérez-vous pour permettre leur application en médecine générale ?
Par rapport à l'utilisation des TCC, comment peut-on les rendre applicables ?

Annexe 2 : Mécanismes de l'insomnie (8)



Annexe 3 : Cycle vicieux de l'insomnie (23)



Annexe 4 : Démarche diagnostique en cas d'insomnie (9)

1. Identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures :
   - type ; ancienneté et fréquence ; sévérité ;
   - répercussions diurnes : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, rarement, somnolence excessive ;
   - traitements déjà utilisés pour dormir et éventuellement en cours ;
   - temps passé au lit ; temps de sommeil ; besoin de sommeil habituel.

2. Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil (activités vespérales, rituels, siestes, etc.), les facteurs d'hyperstimulation (activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, etc.), l'existence d'événements déclenchants, sources possibles de soucis ou de stress.

3. Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés, dont apnées (notamment chez les personnes âgées), mouvements périodiques des membres, jambes sans repos, en recueillant si besoin l'avis du conjoint.

4. Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique :
   - état douloureux ;
   - troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs ;
   - troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.).

5. Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.

6. Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par ex. : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

Annexe 5 : Agenda du sommeil

Agenda sommeil – éveil

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

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

Mode d'utilisation

→ Heure d'extinction de la lumière
//// Périodes de sommeil (griser)
|_| Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
← Heure du lever

○ Fatigue
★ Envie de dormir
● Sieste involontaire
■ Sieste volontaire

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

Consignes au patient :

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

Annexe 6 : Plan d'une TCC (41)

1. Plan d'un traitement cognitivo-comportemental

(d'après Vallières A, Guay B et Morin C, Le Médecin du Québec, 2004, 39 (10) : 85-96)

Séances	Activités
1	▪ Survol du programme ▪ Renseignements sur le sommeil (stades) ▪ Qu'est-ce que l'insomnie ▪ Histoire naturelle de l'insomnie ▪ Auto-enregistrement et principes d'autogestion ▪ Restriction du temps passé au lit
2	▪ Révision des modèles d'insomnie ▪ Modèle conceptuel de l'insomnie ▪ Explication du traitement comportemental ▪ Méthodes comportementales ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
3	▪ Révision des explications du traitement comportemental, des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Travail sur le respect des procédures ▪ Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ; attitudes et croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
4	▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie cognitive et sur les consignes de « contrôle par le stimulus » ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
5	▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Consignes d'hygiène du sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
6	▪ Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie comportementale ▪ Évaluation des progrès ▪ Maintien des gains

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé :

Objectif : L'insomnie chronique de l'adulte est fréquente et pose souvent le problème de sa prise en charge en soins primaires. L'objectif de cette étude était de décrire les représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette plainte d'insomnie, pour comprendre ce qui freine l'application des recommandations de 2006 et la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, afin d'en dégager des leviers et perspectives d'amélioration.

Méthode : Nous avons réalisé des focus-groups, méthode qualitative d'entretiens collectifs semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes du Béarn afin de recueillir leurs opinions et pratiques, par le biais d'un guide d'entretien, élaboré autour de questions ouvertes permettant l'échange entre praticiens et le partage d'opinions.

Résultats : Les médecins généralistes savent l'importance de caractériser la plainte d'insomnie, souvent complexe, mais des lacunes persistent dans la démarche diagnostique du fait de manque de connaissances sur les mécanismes de l'insomnie et de l'absence de référentiels utilisés. Concernant la prise en charge thérapeutique, les médecins décrivent la nécessité de restreindre la prescription d'hypnotiques mais restent limités dans les alternatives non médicamenteuses à proposer. Ils méconnaissent les TCC, pourtant indiquées en première intention dans le traitement de l'insomnie chronique de l'adulte. Ils ignorent largement les recommandations de la HAS sur l'insomnie, ce qui limite grandement leur application. Ils décrivent bien les limites de leur prise en charge, reconnaissant un manque de formation. Face à ces freins, ils proposent des leviers afin d'améliorer la prise en charge de l'insomnie chez l'adulte, comme une meilleure formation et un accès facilité aux spécialistes du sommeil.

Conclusion : Les médecins généralistes ont conscience de l'importance de prendre en compte la plainte d'insomnie en soins primaires, mais reconnaissent des limites dans la démarche diagnostique et thérapeutique, du fait notamment d'un manque de connaissances et de formation. Les recommandations, méconnues des praticiens, sont peu suivies et appliquées. Des solutions existent pourtant afin d'améliorer la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, telles que des formations initiales ou continues ou la valorisation du caractère transversal de ce trouble du sommeil.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : insomnie, thérapeutique, TCC, recommandations HAS, médecine générale

U.F.R : Université de Bordeaux – UFR des Sciences médicales

Blanchier Hélène **Année 2017**

General practitioner's representations and declared practices in non-pharmacological medical care in adult's chronic insomnia. Put into perspective with HAS recommendations of 2006

Aims : Adult's chronic insomnia is frequent and problematic in medical primary care. The aim of this study is to describe general practitioner's representations and declared practices in diagnostic and therapeutic care in complaint of insomnia, to understand what curbs the application of recommendations of 2006 and in prescription of non-pharmacological therapeutics, in order to highlight levers and prospects of amelioration.

Méthod : I realized four focus-groups, a qualitative method of collective semi-directed interviews with thirteen general practitioners in Bearn, to collect opinions and practices, with a interview's guideline, constituted of open questions facilitating exchange and opinion' sharing between practitioners.

Results : General practitioners know the importance and complexity of characterizing the insomnia' complaint, but lacunas remain in diagnostic procedure, due to lack of knowledge about the mechanisms of insomnia and absence of referenced procedures. Concerning therapeutic care, practitioners describe the necessity to restrict the prescription of hypnotics but rarely propose non-pharmacological alternatives. They show insufficient knowledge of TCC, although these are recommended in first intention in the treatment of chronic insomnia in adults. They have insufficient knowledge of the HAS recommendations about insomnia, which hinders sorely their application. They are able to formulate clearly the limits of their medical care, incriminating a lack of formation. Yet, to compensate these restraints, they are able to suggest levers that may improve the medical care of the insomnia in adults, such as improve the general practitioner's formation and the access to sleep' specialists.

Conclusion : General practitioners are aware of the importance to take into account the insomnia's complaint in primary care, but acknowledge the limits in the diagnostic and therapeutic procedure, mostly due to a lack of knowledge and formation. Practitioners, who lack good mastery of the existing recommendations, tend thus not to follow or apply them. However solutions, involving the improvement of initial formation, training or valorization of the transversal characteristic of this sleeping trouble, can be pointed out.

Discipline : Médecine générale

Keywords : insomnia, therapeutic, TCC, general practice

U.F.R : Université de Bordeaux – UFR des Sciences médicales