



HAL
open science

La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie de l'adulte par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon

Hélène Thomas

► To cite this version:

Hélène Thomas. La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie de l'adulte par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02862468

HAL Id: dumas-02862468

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02862468>

Submitted on 24 Aug 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Hélène THOMAS

le jeudi 11 avril 2019

LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE
DE L'INSOMNIE DE L'ADULTE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC-ROUSSILLON

Directeur de thèse : Dr BRIANE-FRAYSSE Muriel

Codirecteur de thèse : Pr DAVID Michel

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert

Pr DAVID Michel

Dr BRIANE-FRAYSSE Muriel

Membre invité : Dr BARATEAU Lucie

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Hélène THOMAS

le jeudi 11 avril 2019

LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE
DE L'INSOMNIE DE L'ADULTE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC-ROUSSILLON

Directeur de thèse : Dr BRIANE-FRAYSSE Muriel

Codirecteur de thèse : Pr DAVID Michel

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert

Pr DAVID Michel

Dr BRIANE-FRAYSSE Muriel

Membre invité : Dr BARATEAU Lucie



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORiot Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François- Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A ma Directrice de Thèse, Madame le Docteur Muriel BRIANE-FRAYSSE

Tous mes remerciements pour avoir accepté sans conditions de diriger cette thèse.

Merci de ton soutien, de ta gentillesse et de ta disponibilité, autant pour ce travail que dans mon parcours professionnel. C'est un plaisir de travailler avec toi. Mon stage dans ton cabinet restera un des principaux piliers dans la construction du médecin que je suis aujourd'hui.

A Monsieur le Professeur Michel DAVID

Merci d'avoir accepté avec promptitude de codiriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité et vos conseils.

A Monsieur le Professeur Hubert BLAIN

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Lucie BARATEAU

Merci de m'avoir spontanément proposé de faire partie de mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail.

Aux membres des enseignants du Département de Médecine Générale

Mes remerciements pour la transmission de vos connaissances.

Un remerciement particulier à Monsieur le Professeur Gérard BOURREL pour son enseignement, son soutien et son accompagnement.

A tous les **médecins généralistes** qui se sont portés volontaires pour participer à cette étude en m'accordant leur confiance et leur temps. Un grand merci pour ces moments d'échange.

Merci au **Docteur Karim ALLAOUI** pour son enseignement. Ta pratique de la médecine générale restera pour moi un modèle.

Merci aux **Docteurs Georges THIEBAULT** et **Patrice LEGASAL** pour leur enseignement de la pédiatrie.

Merci à **ma famille** pour leur soutien durant ces longues années d'étude.

Merci **Nicolas** pour ton amour et ton soutien tout au long de ce travail.

Thanks to **Professeur Carol SEMRAD** from the University of Chicago Medicine. I am very touched and honored that you can attend this ceremony.

Thanks to **Susan**, you encouraged me a lot during these studies, you wanted so much to be here the « Big Day », I really miss you.

This thesis is dedicated to you.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
METHODE	15
1. Type d'étude.....	15
2. Définitions	15
a) L'insomnie	15
b) Les Interventions Non Médicamenteuses.....	16
3. Recrutement de la population cible	17
4. Recueil des données	17
a) Guide d'entretien	17
b) Modalités pratiques	20
5. Analyse des données	21
a) La retranscription	21
b) Lecture focalisée	21
c) Thématization progressive	21
d) Construction de l'arbre thématique.....	21
RESULTATS	22
A. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
B. Classification des Interventions Non Médicamenteuses.....	24
C. Arbre thématique	26
1/ Education pour la santé	28
2/ Psychothérapies.....	30
3/ Gestion du stress	31
4/ Les autres INM	32
D. Présentation sous forme de tableaux	34
1. Utilisation de « Modification du comportement ».....	35
2. Utilisation de « l'Agenda du sommeil ».....	36
3. Utilisation des « Centres du sommeil ».....	37
4. Utilisation de « l'Homéopathie ».....	38
DISCUSSION	39
1. LES PRINCIPAUX RESULTATS	39
a) L'éducation pour la santé.....	39
b) Les psychothérapies.....	40
c) La gestion du stress	40
d) Les autres INM	41
e) Points communs et divergences	43
2. FORCES ET LIMITES	43
a) Caractéristiques de la population	43
b) Méthode	43
c) Résultats	44
3. PERSPECTIVES.....	44

CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	50
ENTRETIENS	55
Interview de M1	55
Interview de M2	61
Interview de M3	68
Interview de M4	74
Interview de M5	80
Interview de M6	94
Interview de M7	100
Interview de M8	106
Interview de M9	111
Interview de M10	117
SERMENT	123
PERMIS D'IMPRIMER	124
RESUME	125

GLOSSAIRE

ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy)

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DU : Diplômes d'Université

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD3 : International Classification of Sleep Disorders 3

INM : Intervention Non Médicamenteuse

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

Plateforme CEPS : Plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support

SFRMS : Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

INTRODUCTION

Ce sont principalement les modifications liées à notre mode de vie qui font de l'insomnie un problème de santé publique en France : le baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) 2005 rapporte que 47% des français ont eu des troubles du sommeil les 8 derniers jours et que l'insomnie chronique est évaluée à 15,8% des 15-85 ans (1). Pour près de 10% de la population la forme est grave, c'est-à-dire que l'insomnie est, selon la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS), « chronique, survenant plusieurs fois par semaine, et qu'elle a un retentissement notable sur le bon fonctionnement quotidien » (2).

Par conséquent, en cabinet libéral, les médecins généralistes sont confrontés de façon récurrente à des patients souffrant d'insomnie. Ils sont également concernés par le suivi de la grande majorité des patients insomniaques (3).

Les recommandations actuelles tendent vers la diminution de la prescription médicamenteuse et par conséquent vers l'émergence des pratiques non pharmacologiques en médecine générale.

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) recommande de limiter en nombre et en durée la prescription des hypnotiques (4). Concernant l'insomnie chronique, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la thérapie cognitive et comportementale en première intention (5). Il y a également de plus en plus de patients qui sont demandeurs de thérapies ou interventions non médicamenteuses (5,6).

Les différentes Interventions Non-Médicamenteuses (INM) sont donc d'actualité. Cependant, ces thérapies restent encore peu connues des médecins généralistes et peu accessibles en soins primaires (7).

Si la prescription médicamenteuse des médecins généralistes dans l'insomnie a été bien étudiée, de même que la perception des INM (8), en revanche il n'y a pas d'étude récente sur la pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'insomnie en dehors de la prescription médicamenteuse.

Dans ce contexte, notre question de recherche est la suivante : quelles sont les pratiques des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon concernant la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie de l'adulte ?

Pour en rendre compte, nous avons choisis de traiter de la prise en charge de l'insomnie par les INM que nous définirons plus bas.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon prennent en charge l'insomnie de l'adulte par les INM, en explorant leur pratique par une étude qualitative.

METHODE

1. Type d'étude

Jean-Claude Kaufmann explique dans son livre L'Entretien Compréhensif que « la méthode qualitative a davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer » (9).

Il s'agissait ici d'appréhender les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie dans une logique compréhensive. Pour recueillir ces informations, nous avons utilisé une **méthode qualitative** avec recueil de données à partir d'entretiens individuels semi-directifs, puis nous avons réalisé une analyse de contenu thématique.

2. Définitions

a) L'insomnie

Notre étude portait sur l'insomnie de l'adulte.

L'insomnie est caractérisée par l'ICSD3 (International Classification of Sleep Disorder-3) de 2014 comme « des difficultés répétitives en ce qui concerne soit : l'initiation du sommeil, la durée du sommeil, le maintien du sommeil ou la qualité du sommeil ».

Ces difficultés de sommeil doivent être observées de manière persistante et en dépit d'occasions et de circonstances propices au sommeil.

Enfin, il doit exister un dysfonctionnement diurne associé (10).

L'ICSD3 fait aussi la distinction entre trois types d'insomnies : insomnie de courte durée également appelée insomnie d'ajustement ou insomnie liée au stress, l'insomnie chronique et les autres insomnies (annexe 1) (11).

b) Les Interventions Non Médicamenteuses

Le terme d'Interventions Non Médicamenteuses (INM) a été choisi selon la définition de l'équipe de la Plateforme universitaire Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support, ou Plateforme CEPS, qui est une plateforme universitaire collaborative spécialisée dans l'évaluation des INM (6).

Selon la Plateforme CEPS 2017, une INM « est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques » (12).

Les catégories d'INM présentées par la plateforme CEPS sont au nombre de 5 comprenant 19 sous-catégories comme le montre la figure 1 ci-dessous :

 Interventions psychologiques santé	 Interventions physiques santé	 Interventions nutritionnelles santé	 Interventions numériques santé	 Autres interventions NM santé
Art Thérapie Education pour la santé Psychothérapie Zoothérapie	Activité physique Hortithérapie Physiothérapie Thérapie manuelle Thermalisme	Complément alimentaire Thérapie nutritionnelle	Objet connecté Thérapie par le jeu vidéo Thérapie par la réalité virtuelle	Objet ergonomique Phytothérapie Thérapie cosmétique Thérapie par les ondes Lithothérapie

Figure 1 : les INM par catégories

Source : <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationinm>

Pour notre étude, nous avons utilisé la définition d'INM de la plateforme CEPS en concordance avec les données de la littérature. Ces INM ont toutes fait l'objet d'études scientifiques (3) et étaient le plus susceptibles d'être prescrites par les médecins généralistes interviewés.

3. Recrutement de la population cible

Pour le recrutement de la population étudiée, nous avons utilisé une méthode dite « d'échantillonnage raisonné » afin de recueillir des pratiques diverses en terme de prise en charge de l'insomnie.

Nous avons recruté des médecins généralistes libéraux installés en cabinet dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon, avec pour objectif un recrutement le plus hétérogène possible en matière d'âge, de sexe, d'installation, de pratique quotidienne et de compétences spécifiques liées à l'insomnie ou non.

Le recrutement s'est fait de juillet 2018 à décembre 2018, par différents contacts professionnels et par internet, au fur et à mesure des entretiens. La prise de contact s'est faite par téléphone, où nous avons brièvement donné le thème du sujet et expliqué les modalités de l'entretien avant de savoir si les médecins étaient intéressés par cette étude.

Au total, 10 médecins ont été contactés et les 10 ont accepté d'être interviewés.

4. Recueil des données

a) Guide d'entretien

Nous avons choisi, pour des raisons pratiques et de méthodologie, de faire des entretiens individuels. Ceux-ci ont permis de rendre compte de la diversité individuelle : chaque médecin peut se livrer sur sa pratique personnelle sans redouter de confronter sa pratique à celle de ses confrères, comme cela aurait pu être le cas dans un focus-groupe.

Les INM répertoriées dans la question 4 du guide d'entretien que nous verrons plus bas ont été définies selon le modèle de la plateforme CEPS et à partir des données de la littérature.

Pour ce qui est de la recherche bibliographique, les bases de données interrogées ont été :

- Medline (PubMed)
- Science Direct
- Cairn
- CISMef - Portail terminologique de santé
- Google Scholar

Cependant, les données de départ ne permettaient pas de les catégoriser : c'est leur utilisation par les médecins généralistes qui allait nous permettre de les classer par catégories.

Nous avons élaboré un guide d'entretien, qui comprenait au début de l'étude 6 questions principales ouvertes, avec des « sous-questions » ou « relances » si l'interviewé bloquait sur la question ou si la réponse était trop brève.

Le guide d'entretien a d'abord été testé avec la directrice de thèse et relu avec le codirecteur. Cela a permis d'apporter des modifications significatives, notamment la nécessité de devoir « lister » les INM dans le guide d'entretien (question 4). En effet, malgré les questions ouvertes, les interviewés ne pouvaient pas penser spontanément à toutes les INM qu'ils prescrivaient. Les entretiens l'ont confirmé par la suite.

Ce guide a été modifié une fois après la cinquième interview. La question principale numéro 4 « Pour ce patient, avec le recul, qu'auriez-vous aimé lui proposer ? » a été reclassée en question de « relance » de la question principale précédente, la question numéro 3 : « Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non médicamenteux pour son insomnie : que s'est-il passé ? ». De même, le terme « calendrier du sommeil » a été remplacé par le terme « agenda du sommeil », qui était plus approprié. Le guide d'entretien final comprenait donc 5 questions principales.

Il a été retranscrit ci-dessous :

GUIDE D'ENTRETIEN

1. **Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?**
2. **En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?**
 - Quels sont ceux que vous prescrivez ?
 - Que recommandez-vous à vos patients ?
 - Dans quel contexte ?
3. **Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour son insomnie : que s'est-il passé ?**
 - Qu'avez-vous proposé ?
 - Quels ont été les résultats ?
 - *Positifs ou perdu de vue* : L'avez-vous reproposé ? *Négatifs ou non concluants* : Et donc, qu'avez-vous fait par la suite ?
 - Pour ce patient, avec le recul, qu'auriez-vous aimé lui proposer ?
4. **Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ?**
 - Les mesures d'hygiène de sommeil, l'agenda du sommeil
 - Les interventions psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale, l'hypnose, la sophrologie, la méditation pleine conscience
 - La luminothérapie
 - L'acupuncture
 - Les applications sur téléphone et internet
 - La phytothérapie
 - L'homéopathie
 - La mélatonine
 - Les centres du sommeil
 - Quels sont les points positifs à leur prescription ?
 - Quel sont les obstacles à leur prescription ?
5. **Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?**

Remerciements

b) Modalités pratiques

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des participants, en dehors des horaires de leurs consultations, à une date et un horaire laissés à leur choix.

Chaque interview a été enregistrée sur 2 appareils : un dictaphone et un smartphone via l'application dictaphone.

Avant le déroulement de l'entretien, le consentement éclairé du médecin interviewé était recueilli oralement et par écrit : il était informé verbalement du déroulement de l'entretien, recevait une notice d'information papier avec nos coordonnées et signait un formulaire de consentement en deux exemplaires dont un qu'ils gardaient et un qu'ils me remettaient.

Le médecin était également informé que les entretiens étaient anonymes, qu'il pouvait se rétracter à tout moment de l'étude et qu'il pouvait demander à tout moment que l'enregistrement soit détruit.

Enfin, avant de commencer l'entretien, le médecin remplissait un questionnaire de présentation anonyme pour déterminer son profil, afin de caractériser la population étudiée.

La saturation des données dans l'analyse a été obtenue à la 9^{ème} interview, la dernière interview a permis de le confirmer en n'apportant aucun élément supplémentaire.

5. Analyse des données

a) La retranscription

Chaque interview a été écoutée plusieurs fois et retranscrite de façon progressive et manuellement sur Word®. Cette retranscription s'est faite pour être au plus proche de l'enregistrement audio, mot pour mot. Afin de protéger l'anonymat des médecins interviewés, toutes les données identifiables ont été supprimées.

La lettre « M » a été attribuée aux médecins suivi du numéro de 1 à 10 correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interviewés. Les verbatim retranscrits ont été ainsi nommés M1 à M10. Les entretiens ont été joints à la fin du documents (voir le chapitre « Entretiens »).

b) Lecture focalisée

Après retranscription, chaque interview a été réécoutée pour avoir une vision plus juste du sens global de ce qui avait été dit au cours de l'entretien. Puis les verbatim ont été découpés en unités de sens avec un mode d'inscription en marge dans le logiciel Word®, tout en faisant attention à rester dans la question de recherche.

c) Thématisation progressive

Nous avons ensuite effectué un processus de réduction des données. Les unités de sens ont été thématisées au fur et à mesure en prenant soin d'être au plus proche du texte, sans interprétation, tout en essayant de rendre compte de la teneur du propos (13).

d) Construction de l'arbre thématique

A partir de ces thèmes, de façon progressive, nous avons constitué un arbre thématique selon la méthodologie qualitative avec analyse thématique en suivant la méthode décrite dans le livre « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » de Pierre Paillé et Alex Mucchielli (13).

Un journal de thématisation a été tenu pour les premiers verbatim puis a progressivement été « absorbé » par l'arbre thématique qui permettait une meilleure vue d'ensemble.

L'arbre thématique a été réalisé dans le logiciel MindMup 2.0 For Google Drive.

RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins généralistes qui ont participé à l'étude étaient installés dans l'Hérault, le Gard et l'Aude.

Les entretiens ont commencé début août 2018 et ont fini début décembre 2018.

Les interviews ont duré en moyenne 15 minutes, l'entretien le plus court ayant duré 8min41s et l'entretien le plus long 29min31s.

La population était globalement hétérogène : sur les 10 médecins interrogés il y avait un ratio équivalent homme/femme, les médecins étaient âgés de 33 à 68 ans avec un âge moyen de 49 ans et leur lieu et mode d'exercice étaient variés. Leur patientèle avait également un niveau socio-économique différent.

Il faut noter que 5 médecins sur les 10 avaient eu une formation à des thérapies complémentaires pouvant éventuellement influencer leur prise en charge de l'insomnie. Parmi ces 5 médecins, 2 avaient une formation spécifique sur le sommeil et faisaient des consultations du sommeil en plus des consultations « classiques » de généraliste. Avec cette répartition, notre recrutement a été fait « par variation maximale » entre les formés et les non formés ce qui renforce notre travail.

5 médecins ont déclaré n'avoir jamais eu de formation à l'insomnie, ni au cours du cursus médical commun, ni lors d'une formation médicale continue.

Enfin, 7 médecins avaient une expérience de l'insomnie personnelle ou de leur entourage proche.

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous :

MEDECIN	SEXE	TRANCHE D'AGE	ANCIENNETE D'INSTALLATION	LIEU ET MODE D'EXERCICE	NIVEAU DE VIE MOYEN DE LA PATIENTELE	FORMATION SPECIFIQUE
M1	Masculin	62 ans	34 ans	Semi-rural / seul	Défavorisé	Méditation pleine conscience
M2	Masculin	40 ans	7 ans	Semi-rural / cabinet de groupe	Moyen	Non
M3	Féminin	56 ans	29 ans	Urbain / cabinet de groupe	Mixte	Non
M4	Masculin	59 ans	34 ans	Rural / cabinet de groupe	Moyen à défavorisé	TCC, Entretien motivationnel, ACT, DIU pathologies du sommeil
M5	Féminin	55 ans	27 ans	Urbain / cabinet de groupe	Moyen à élevé	DIU pathologies du sommeil, DU TCC
M6	Masculin	68 ans	42 ans	Urbain / maison de santé	Moyen	Phytothérapie
M7	Féminin	46 ans	16 ans	Urbain / cabinet de groupe	Moyen à défavorisé	Non
M8	Féminin	35 ans	5 ans	Urbain / cabinet de groupe	Moyen	TCC, Homéopathie
M9	Féminin	36 ans	6 ans	Urbain / cabinet de groupe	Moyen	Non
M10	Masculin	33 ans	1 an	Semi-rural / cabinet de groupe	Moyen à défavorisé	Non

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de la population

B. Classification des Interventions Non Médicamenteuses

Nous avons ici choisi de prendre la définition d'INM et la classification de la plateforme CEPS qui a spécifiquement travaillé sur le sujet (14) tout en suivant les termes employés par la HAS pour la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, pour les sous-catégories à cause de leur pertinence dans notre étude (5).

Les sous-catégories qui ont été reprises de la HAS sont :

- « **Modifications de comportements** » a été incluse dans les « interventions psychologiques » et dans la sous-catégorie « éducation pour la santé ». Elle contient :
 - Régulation du cycle éveil-sommeil : adopter des horaires réguliers et adaptés et recourir aux facteurs synchroniseurs (lumière et activité physique)
 - Modification de son environnement (ex. limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher)

- « **Gestion du stress** » a été incluse dans les « interventions psychologiques » en tant que sous-catégorie. Elle contient :
 - Programmes spécialisés organisés par des médecins, professionnels de santé et professionnels spécialisés. Nous avons donc inclus la sophrologie et la méditation dans cette sous-catégorie.

Les mesures hygiéno-diététiques (Régulation du comportement alimentaire : éviter les repas trop copieux le soir, éviter les consommations de caféine, d'alcool et de nicotine) ont été incluses dans la catégorie « éducation pour la santé » et dans la sous-catégorie « modification du comportement ».

En respect de la définition des INM de la plateforme CEPS, c'est l'utilisation que les médecins généralistes faisaient des INM qui a permis leur classement final.

Par conséquent, comme l'activité physique était utilisée par les médecins généralistes comme une mesure d'hygiène et non comme une « intervention physique santé » à part entière, elle a été intégrée dans la catégorie « éducation pour la santé » et dans la sous-catégorie « modification du comportement ».

Il en a été de même pour la luminothérapie : elle ne faisait pas l'objet d'une prescription à part entière mais était intégrée dans l'objectif de modifier le comportement du patient : les médecins prescrivaient une exposition précoce le matin à la lumière du jour et une éviction de la lumière bleue le soir. Nous l'avons donc classée dans la catégorie « modification du comportement ».

Les praticiens n'ont pas évoqué d'autres INM que celles listées dans la question 4 du guide d'entretien.

Le tableau 2 ci-dessous résume notre choix de classement des INM :

 Interventions psychologiques santé	 Interventions physiques santé	 Interventions numériques santé	 Autres interventions NM santé
<p>Education pour la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modification du comportement - Agenda du sommeil - Entretien motivationnel <p>Psychothérapies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thérapies cognitives et comportementales - Hypnose <p>Gestion du stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sophrologie - Méditation 	<ul style="list-style-type: none"> - Activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Applications sur smartphone - Sites internet 	<ul style="list-style-type: none"> - Centres du sommeil - Homéopathie - Phytothérapie - Mélatonine - Acupuncture

Tableau 2 : classification des INM dans l'insomnie de l'adulte

C. Arbre thématique

Avec ce travail nous avons réuni un grand nombre d'INM et de thèmes.

Par soucis de lisibilité des résultats nous avons choisi de représenter celles qui étaient les plus utilisées par les médecins généralistes interrogés, c'est à dire « **Education pour la santé** » (80% d'utilisation dont 60% d'utilisation très fréquente), « **Psychothérapies** » (60%), « **Gestion du stress** » (60%), « **Phytothérapie** » (60%), « **Centres du sommeil** » (70%) et « **Homéopathie** » (70%).

Venait ensuite les INM les moins fréquentes que nous avons choisis de ne pas représenter dans l'arbre thématique :

- « **Mélatonine** » (50%)
- « **Acupuncture** » (40%)
- « **Activité physique** » (30%)
- « **Internet et applications mobiles** » (10%)

Chaque INM comporte des sous-thèmes communs de type « contenu », « facteurs facilitants », « facteurs limitants » et « indications ». Ces sous-thèmes sont inégaux selon les INM car ils ont été créés à partir de l'utilisation des médecins généralistes. Par exemple, l'hypnose n'était utilisée que par 2 médecins qui l'utilisaient rarement, d'où la présence des facteurs limitants et l'absence de facteurs facilitants.

L'arbre thématique final est donc représenté ci-dessous (figure 2), peu visible mais permettant de se rendre compte de l'étendue des résultats, puis détaillé pour une meilleure visibilité :

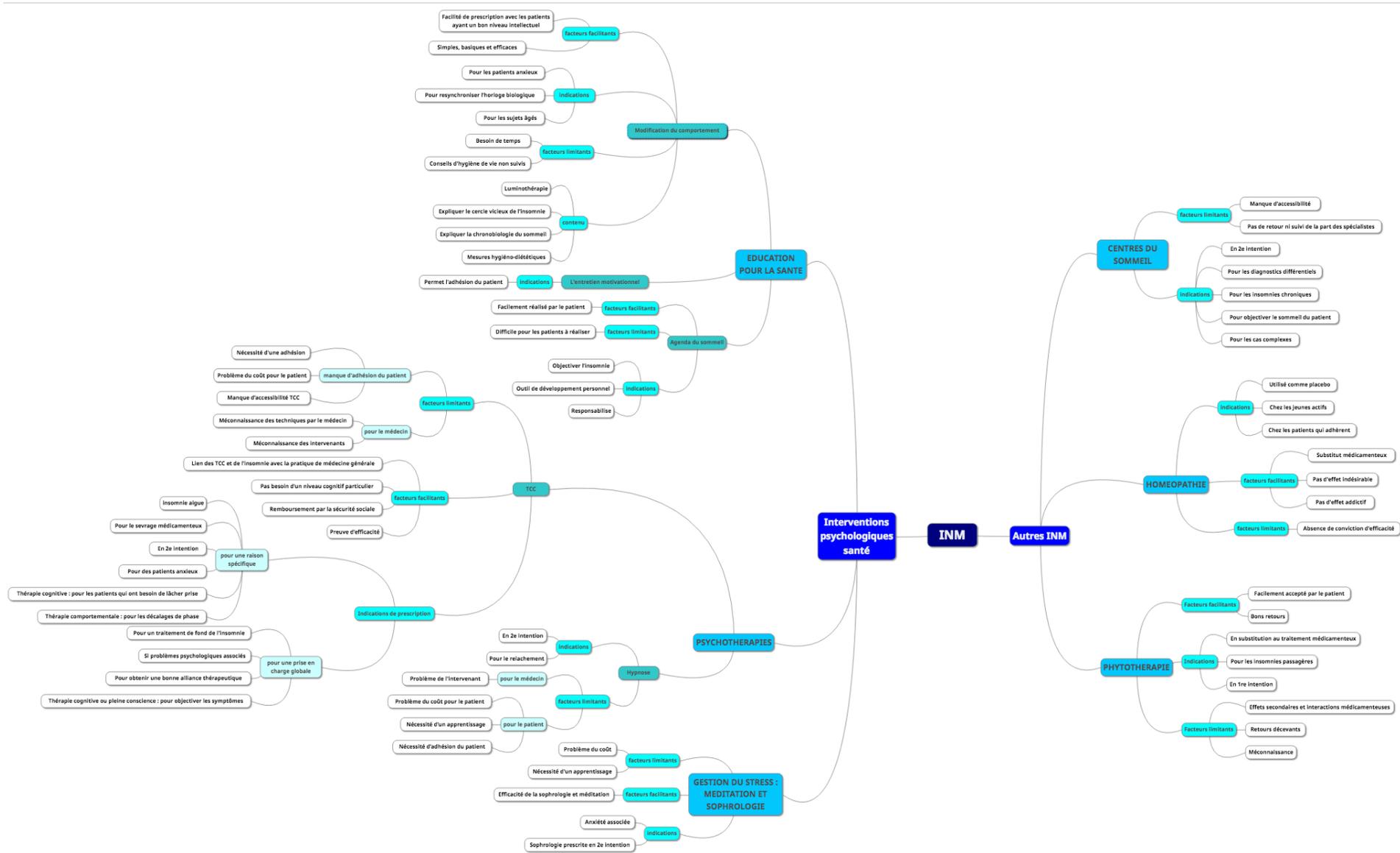


Figure 2 : Arbre thématique complet

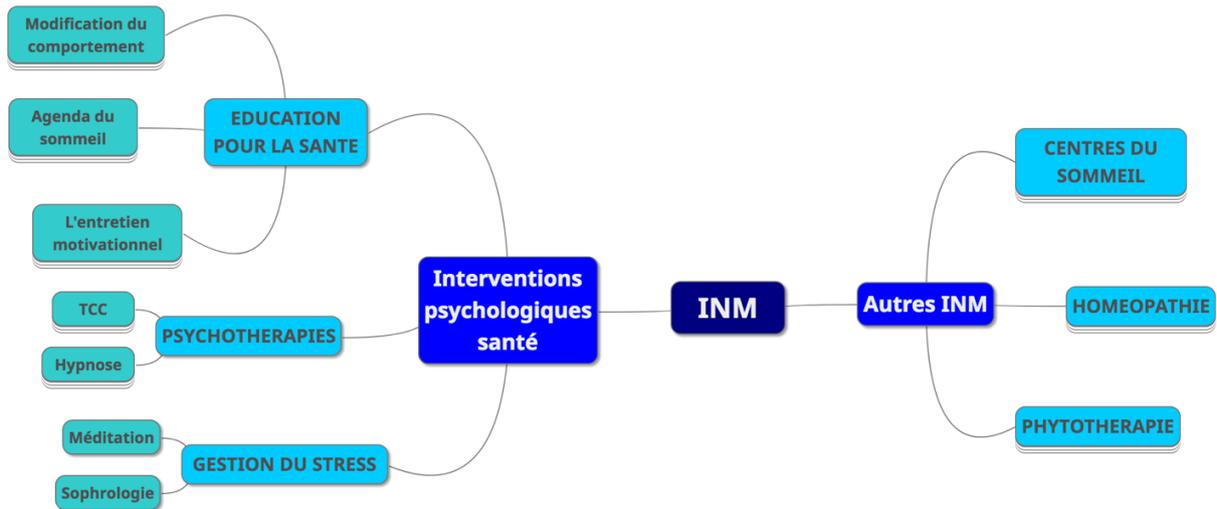


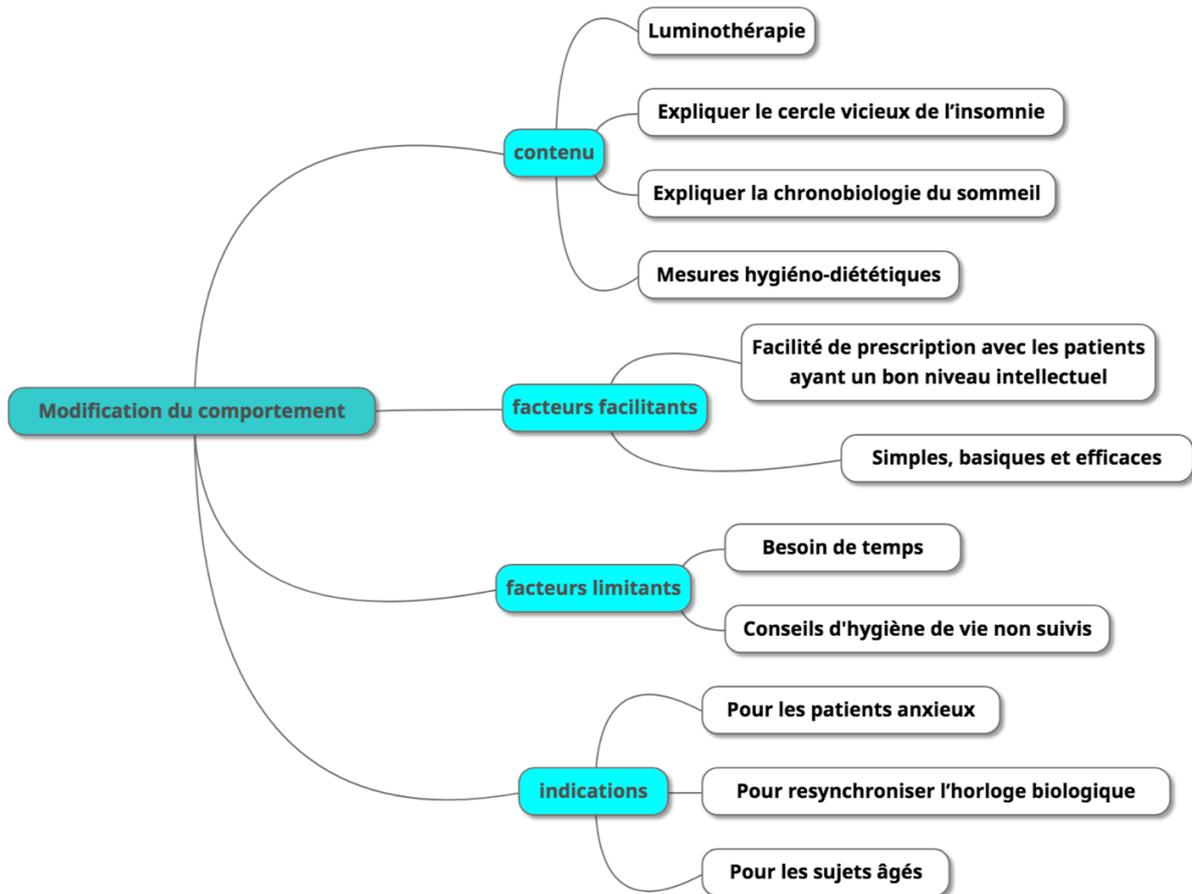
Figure 3 : zoom sur les principales Interventions Non Médicamenteuses

1/ Education pour la santé

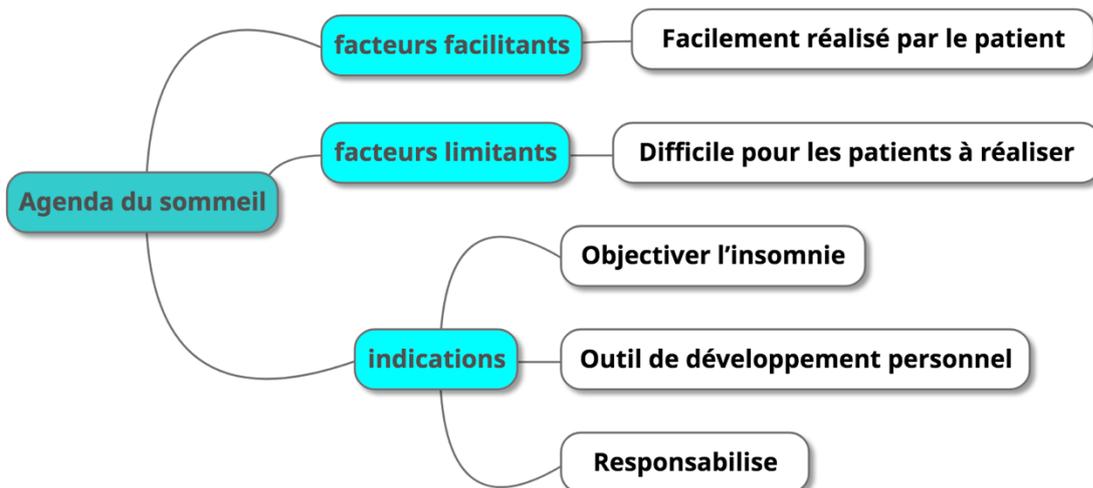
Comprend :

- a) Modification du comportement
- b) Agenda du sommeil
- c) Entretien motivationnel

a) Modification du comportement



b) Agenda du sommeil



c) Entretien motivationnel



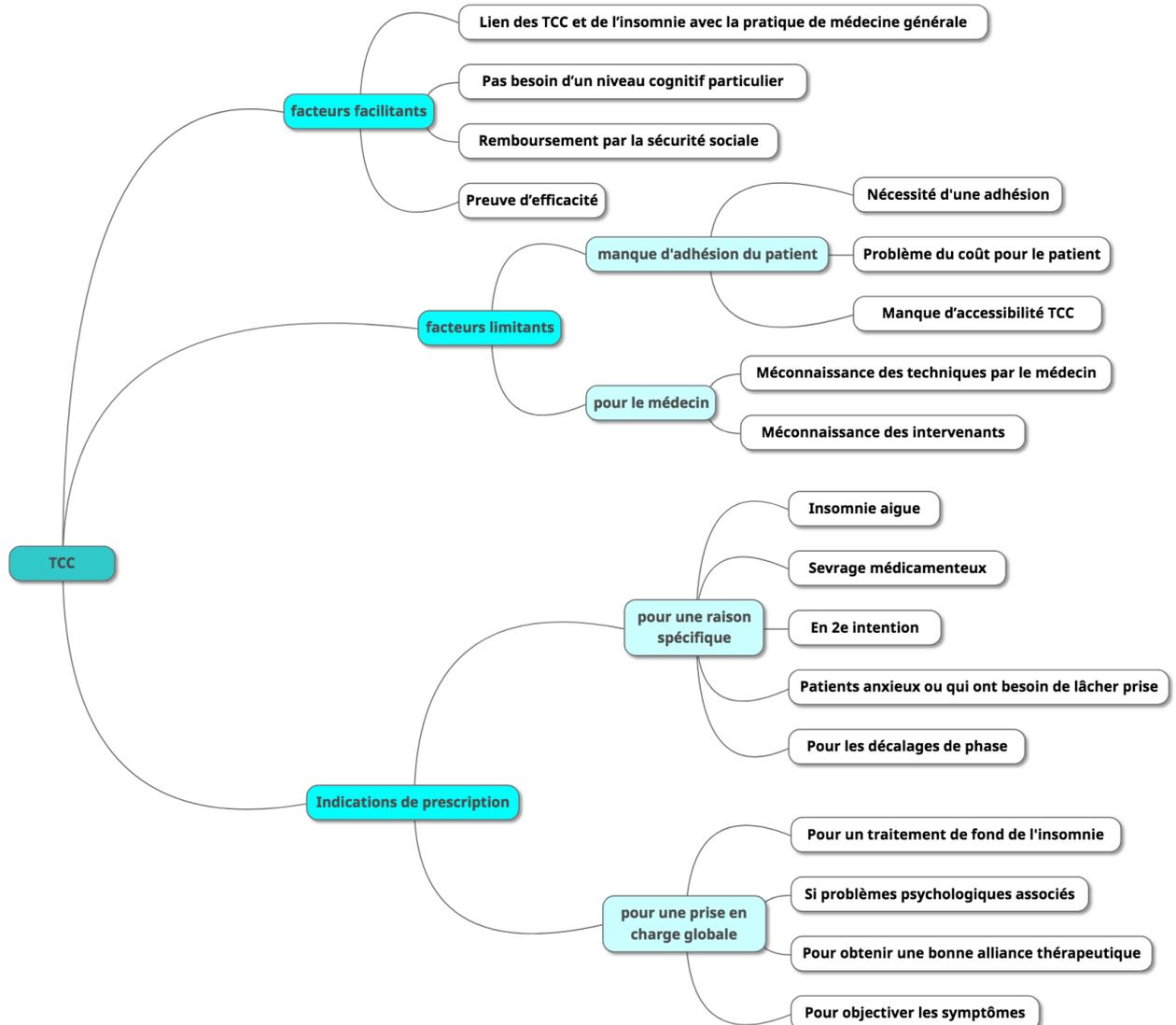
2/ Psychothérapies

Comprend :

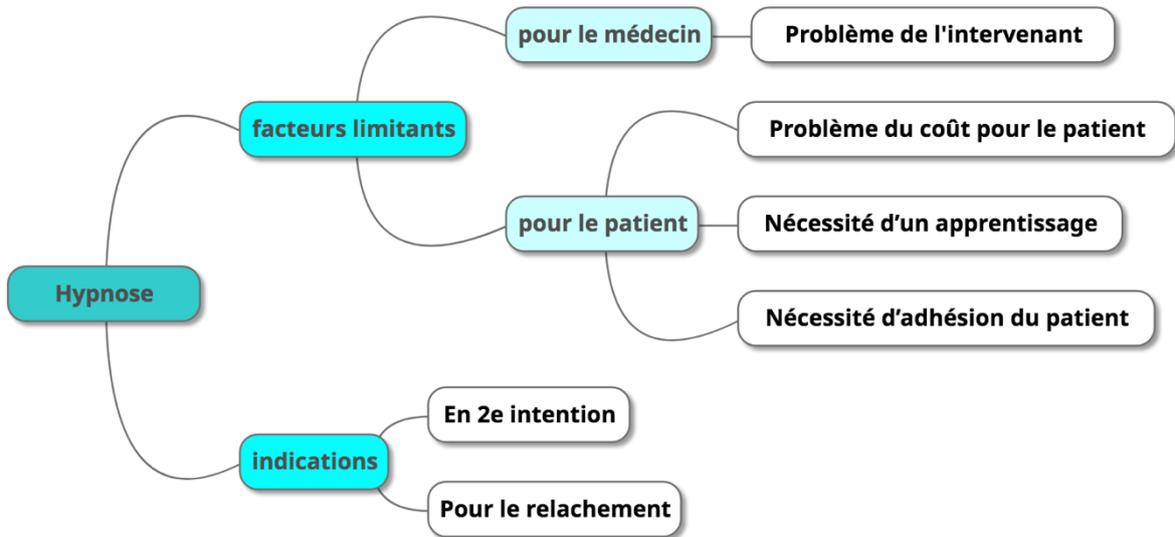
a) TCC

b) Hypnose

a) Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

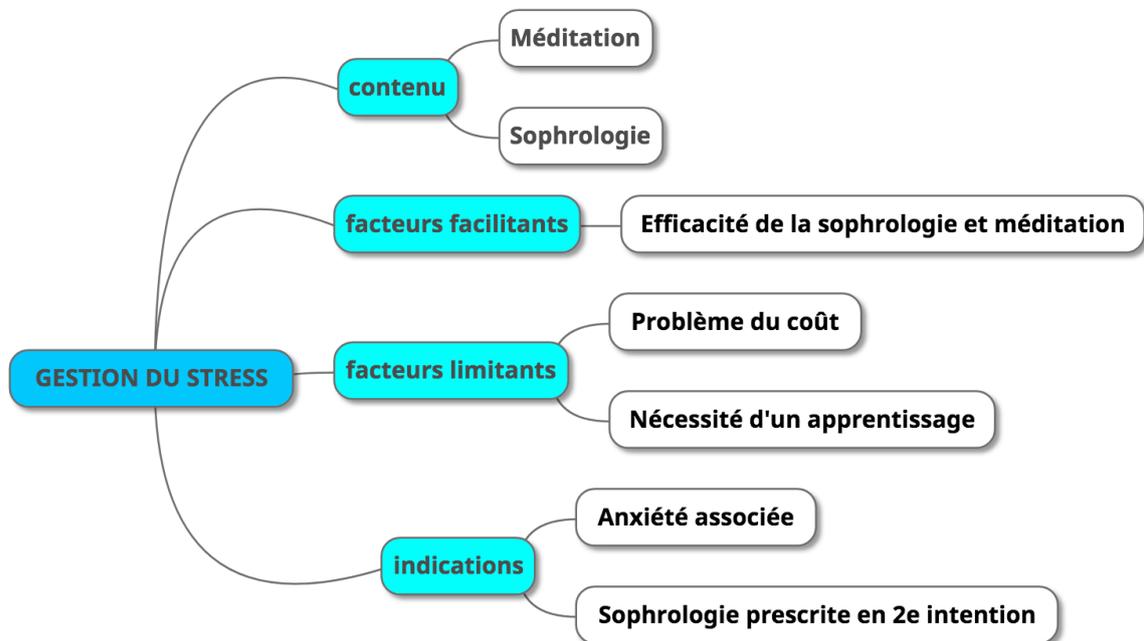


b) Hypnose



3/ Gestion du stress

Comprend la méditation et la sophrologie :

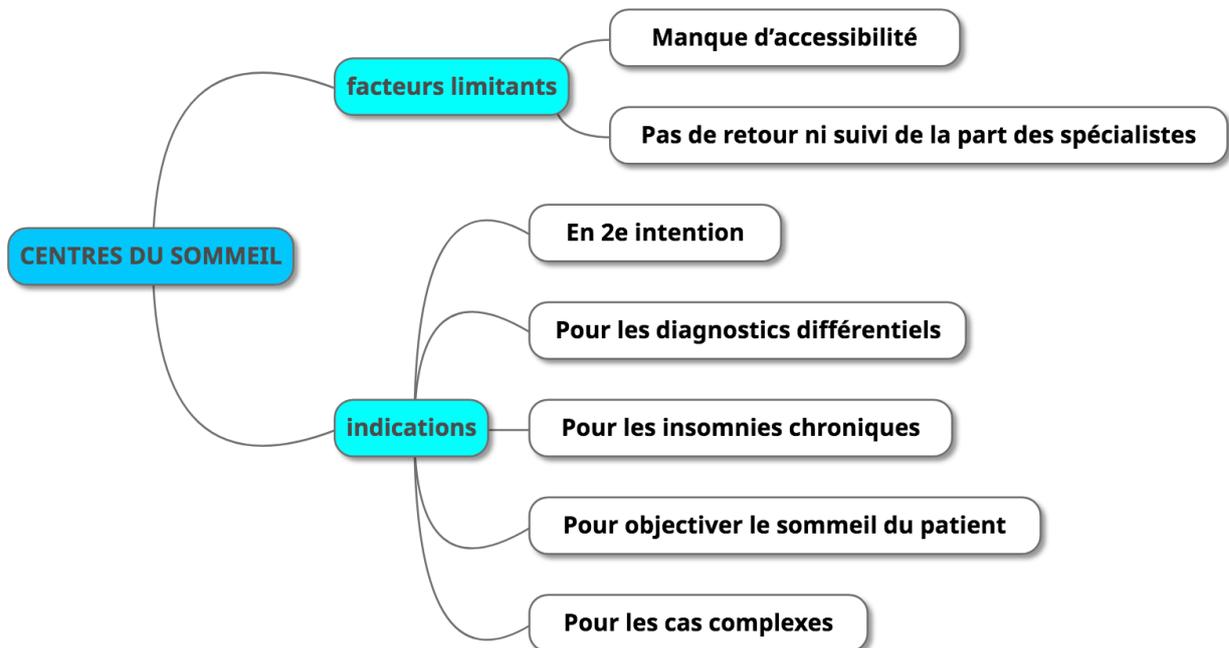


4/ Les autres INM

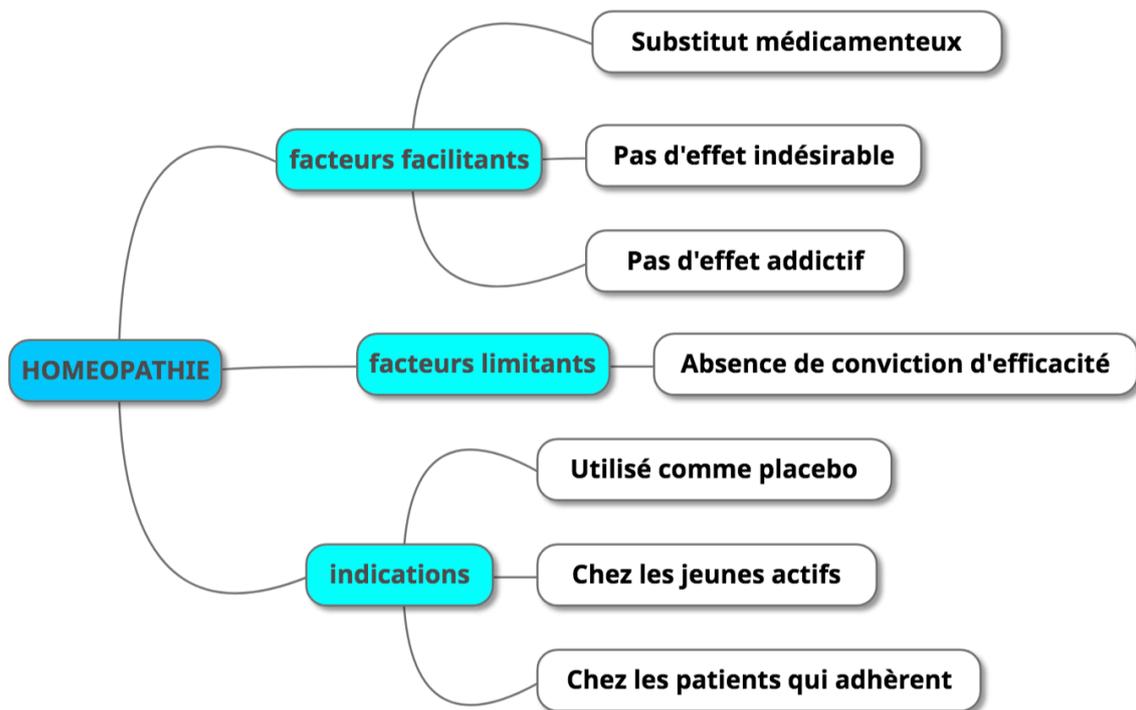
Comprend :

- a) les centres du sommeil
- b) l'homéopathie
- c) la phytothérapie

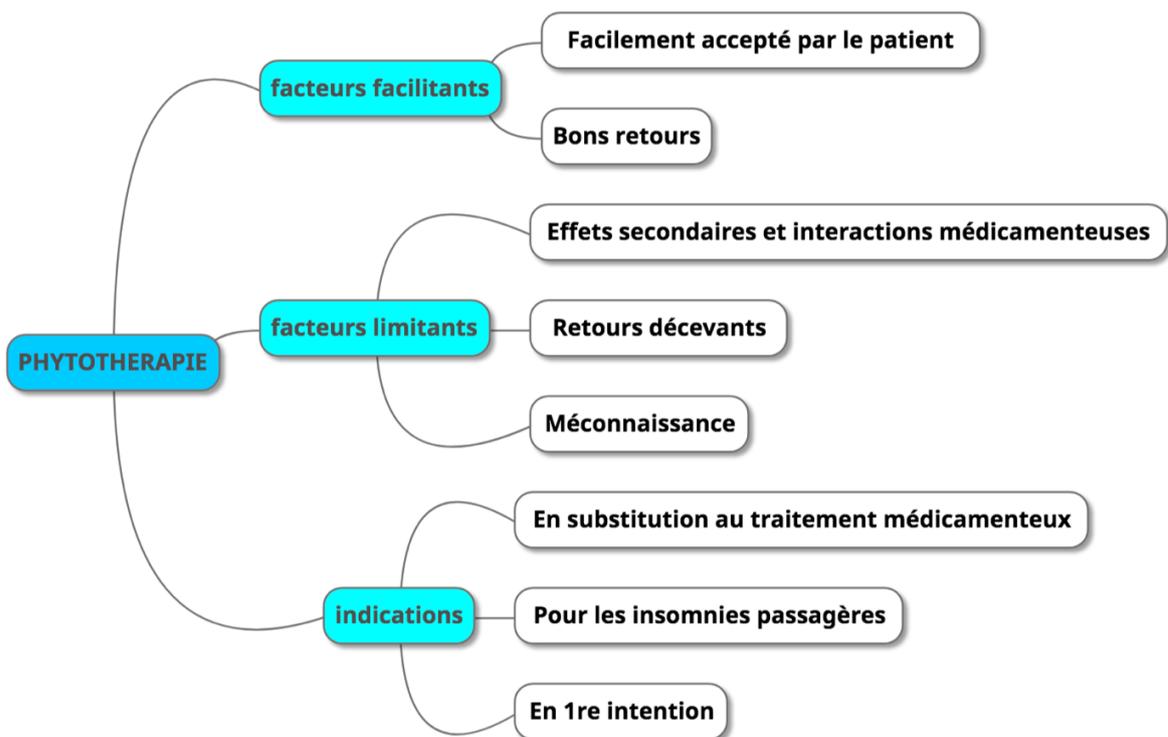
a) Centres du sommeil



b) Homéopathie



c) Phytothérapie



D. Présentation sous forme de tableaux

L'arbre thématique a été construit à partir de tableaux d'analyse thématique.

En raison du grand nombre de résultats et par soucis de lisibilité, nous avons choisi de représenter ici les principaux résultats avec les extraits de verbatim correspondants.

1. Utilisation de « Modification du comportement »

Sous-rubrique	Modification du comportement						
Sous-thèmes	Facteurs facilitants		Facteurs limitants		Indications		
Thèmes	INM simple, basique et efficace	Les patients qui ont un bon niveau intellectuel	Besoin de temps	Conseils d'hygiène de vie non suivis	Patients anxieux	Resynchroniser l'horloge biologique	Sujets âgés
Extraits de verbatim	<i>M5 : « c'est des règles basiques [...], et qu'on peut mettre en place de façon extrêmement simple », « comment par des stratégies comportementales basiques extrêmement simples que tout le monde connaît on peut régler une bonne partie du problème »</i>	<i>M2 : « il y a des personnes qui sont plus... informées en tout cas, qui lisent, etc. Plus intellectuelles entre guillemets. Voilà, et c'est plus facile d'aborder les sujets avec eux à ce moment-là »</i>	<i>M2 : « J'essaye de le faire fréquemment, quasiment, enfin pas tout le temps ça dépend du temps qui est réparti à la consultation pour ce problème. »</i> <i>M2 : « Il faut avoir le temps de leur expliquer que c'est pas forcément comme ça que ça fonctionne. »</i>	<i>M1 : « Mais... c'est très peu suivi quoi. Oui, il faut être clair. C'est très très peu suivi. C'est même décourageant. »</i> <i>M10 : « Dans la pratique, les difficultés c'est que les patients ils l'entendent mais ils le font pas forcément quoi.[...] Donc les obstacles c'est plus la compliance du patient quoi. »</i>	<i>M2 : « C'était une insomnie un peu aigue quoi mais dans un contexte anxieux. Et donc... j'avais donné aucun traitement pour le moment.[...] Les mesures d'hygiène. »</i>	<i>M5 : « Si j'ai besoin de resynchroniser l'horloge biologique, c'est à dire que par exemple... Quelqu'un qui a du mal à se lever le matin qui est en retard de phase qui va se coucher tardivement [...] on va lui dire expose-toi très tôt à la lumière. »</i>	<i>M5 « chez les gens âgés aussi d'ailleurs, vous avez des gens âgés qui de plus en plus se décalent. »</i>

2. Utilisation de « l'Agenda du sommeil »

Sous-rubrique	Agenda du sommeil				
Sous-thèmes	Facteurs facilitants	Facteurs limitants	Indications		
Thèmes	Facilement réalisé par le patient	Difficile à réaliser par le patient	Objectiver l'insomnie	Outil de développement personnel	Responsabilise
Extraits de verbatim	<p>M5 : « moi en général ils le font assez facilement »</p>	<p>M3 : « Alors, je pense que c'est fastidieux je ne suis pas sûre que les gens le... Parce que les gens sont déjà fatigués et énervés de pas dormir en général et si en plus on leur demande de faire ça »</p> <p>M6 : « C'est pas facile à faire. Parce que c'est difficile de noter avec précision la date d'endormissement. »</p> <p>M9 : « Difficile à appliquer. Je trouve. »</p>	<p>M5 « mais au moins qu'ils se rendent compte [...] ça permet de bien repérer tous les problèmes notamment de manque de sommeil ou d'avance de phase ou de retard de phase »</p> <p>M7 : « c'est intéressant parce que ça permet de leur faire toucher du doigt si vraiment ils dorment pas et s'il y a un rythme particulier et comment c'est »</p>	<p>M3 : « c'est une forme de psychothérapie le calendrier... »</p> <p>M5 : « Et puis c'est un bon outil, je trouve, je dirais de développement personnel... de connaissance de soi. »</p>	<p>M4 : « le premier avantage que je vois c'est de rendre la personne responsable de, donc c'est de lui renvoyer l'expertise. C'est à dire que lui c'est l'expert de son sommeil et à moi de lui donner quelques indications sur la façon de pouvoir prendre en charge son sommeil »</p>

3. Utilisation des « Centres du sommeil »

Sous-rubrique	Centres du sommeil						
Sous-thèmes	Facteurs limitants		Indications				
Thèmes	Manque d'accessibilité	Pas de retour ni suivi des spécialistes	En 2 ^e intention	Pour les diagnostics différentiels	Pour les insomnies chroniques	Pour objectiver le sommeil du patient	Pour les cas complexes
Extraits de verbatim	<p>M4 : « c'est très difficile d'avoir accès à eux »</p> <p>M6 : « Mais il n'y a pas assez de place. Résultats des courses on a des temps d'attente qui sont très longs pour obtenir des rendez-vous et les gens ils sont un peu dans l'immédiateté. »</p> <p>M8 : « c'est pas accessible, c'est des rendez-vous hyper longs, si on essaie de les avoir au téléphone c'est infaisable »</p>	<p>M8 : « Mais je n'ai jamais eu de nouvelles, de retour sur ce patient. »</p> <p>M9 : « c'est vrai que quand j'oriente à chaque fois au CHU des patients qui ont des problèmes de sommeil, ça s'arrête là. »</p>	<p>M3 : « En deuxième intention »</p>	<p>M5 : « Je pense même aussi qu'il faut aussi qu'on fasse des polygraphies, polysomnographies pour être sûrs que derrière un problème de sommeil, d'insomnie ou d'hypersomnie... [...] on a toujours ça derrière la tête [qu'il peut y avoir] de temps de temps quand même un vrai problème de pathologie à proprement parler du sommeil. »</p>	<p>M3 : « Mais quand c'est des insomnies vraiment chroniques... »</p>	<p>M4 : « Et puis ça permet aussi aux gens de valider un certain nombre de choses sur la qualité réelle de leur sommeil. »</p> <p>M6 : D'ailleurs souvent c'est très utile parce que on leur prouve aussi par là qu'ils n'ont besoin de rien et qu'en réalité ils dorment et qu'ils croient ne pas dormir et qu'en réalité ils dorment bien. »</p>	<p>M4 : « mais sur des cas extrêmement complexes où j'ai à tout prix besoin d'un enregistrement du sommeil fait dans les règles de l'art »</p>

4. Utilisation de « l'Homéopathie »

Sous-rubrique	Homéopathie						
Sous-thèmes	Indications			Facteurs facilitants			Facteurs limitants
Thèmes	Utilisé comme placebo	Chez les jeunes actifs	Chez les patients qui adhèrent	Substitut médicamenteux	Pas d'effets indésirables	Pas d'effet addictif	Absence de conviction d'efficacité
Extraits de verbatim	<p>M5 : « je pense que c'est l'effet placebo je suis désolée, mais ils ont besoin d'avoir quelque chose »</p> <p>M6 : « la part placebo de l'homéo est monstrueuse donc c'est pas mal. »</p>	<p>M8 : « chez certains patients, ça dépend pour qui, plutôt les jeunes et plutôt des insomnies qui sont un peu plus réactionnelles parce qu'il y a beaucoup de boulot, parce qu'il y a beaucoup de choses à penser etcetera, ça peut avoir une efficacité. »</p>	<p>M7 : « j'ai des patients qui sont encore branchés homéopathie donc ceux-là oui. »</p>	<p>M4 : Alors il m'arrive de me servir de Passiflora Compose® comme intermédiaire symbolique pour l'associer... »</p> <p>M5 : « Ça veut dire que si on peut gérer leur problème médicamenteux en passant à l'homéopathie, ça me va très bien à moi. »</p>	<p>M5 : « Primum non nocere, au moins on est sûr qu'on esquinte pas les gens, ils prennent une granule de sucre le soir... »</p> <p>M7 : « Pour le coup, pas d'effets secondaires pas d'interaction... de l'eau et du sucre... »</p>	<p>M8 : « Les avantages c'est que c'est de l'homéopathie donc c'est pas mal, il n'y a pas d'addiction surtout à ça, donc l'accoutumance tout ça et autre... »</p>	<p>M4 : « Alors l'homéopathie là aussi je mets toujours le point d'interrogation sur la validité de la recherche. »</p> <p>M6 : « Mais j'en ai pas du tout la conviction. »</p>

DISCUSSION

L'insomnie est un motif classique de consultation en médecine générale. Pourtant, sa prise en charge n'est pas toujours aisée pour les médecins.

Cette étude nous a aidé à mieux comprendre les pratiques des médecins généralistes concernant l'insomnie : quelles sont les Interventions Non Médicamenteuses (INM) utilisées, comment elles sont utilisées et quels sont les facteurs facilitant et limitant leur prescription.

1. LES PRINCIPAUX RESULTATS

a) L'éducation pour la santé

Dans notre étude, les médecins généralistes utilisaient principalement les méthodes regroupées dans « l'éducation pour la santé », en particulier celles conduisant à une **modification des comportements**, pour prendre en charge leurs patients insomniaques en raison de la facilité de prescription même s'ils rapportaient que ces conseils prennent du temps et ne sont pas toujours suivis. Certains médecins l'utilisaient pour tous les patients insomniaques et d'autres pour certains patients ou dans certains cas bien spécifiques.

Concernant les **mesures d'hygiène du sommeil** (annexe 2), elles ont un bon niveau de preuve surtout dans l'insomnie aiguë chez les personnes âgées (15,16). Bien qu'elles soient insuffisantes dans l'insomnie sévère (17), elles sont un prérequis indispensable pour le traitement de l'insomnie (18). La majorité des médecins interviewés prescrivaient ces mesures.

La **luminothérapie** a un faible niveau de preuve dans l'insomnie (15). Cependant, les médecins ne prescrivaient pas de « séances » de luminothérapie en tant que tel, avec de la lumière bleue délivrée par un appareil, mais une exposition à la lumière naturelle.

Nous avons classé l'**agenda du sommeil** (annexe 3) comme INM à part entière, car au-delà d'un outils diagnostique, c'est un outil thérapeutique qui permet au patient de comprendre son problème et de renforcer son implication (19,20). Il était d'ailleurs utilisé comme tel par les médecins généralistes qui s'en servaient. Cependant, peu de généralistes le prescrivaient, ce qui allait dans le sens des études sur le sujet (21). Le facteur limitant sa prescription que nous avons retrouvé est l'idée que c'est difficile à réaliser pour les patients et donc qu'ils ne le feront pas.

L'**entretien motivationnel** est un outil dont l'efficacité est reconnue dans les maladies psychologiques en général (22) et pour la prise en charge de l'insomnie en médecine générale, notamment pour le sevrage des hypnotiques (18). Nous avons choisi de le mettre dans la catégorie de l'éducation pour la santé car certains des médecins généralistes de l'étude avaient eu une formation spécifique à l'entretien motivationnel et l'utilisaient en dehors des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Cependant, il aurait pu être classé dans les TCC.

b) Les psychothérapies

Les **TCC** sont l'INM ayant le meilleur niveau de preuve dans le traitement de l'insomnie (18,23) avec une efficacité prouvée sur au moins 2 ans (24). « Plus efficaces que les traitements pharmacologiques », les TCC sont à privilégier « si une prise en charge médicale est nécessaire » d'après le rapport de l'Inserm 2017 (25).

Dans notre étude, l'utilisation des TCC était très hétérogène et ces disparités d'utilisation étaient difficiles à faire apparaître sur l'arbre thématique. On pouvait cependant remarquer 2 utilisations distinctes :

- Celle des 2 médecins généralistes spécialistes du sommeil qui prescrivent et pratiquent les TCC eux-mêmes.
- La pratique des autres médecins généralistes qui prescrivait peu la TCC, essentiellement à cause de leur manque d'accessibilité : dans la majorité des cas ils n'avaient pas d'intervenant à proposer à leur patient.

Concernant l'**hypnose**, les études suggèrent une bonne efficacité mais avec des échantillons trop faibles pour conclure (26,27). De plus, dans les études cliniques, l'hypnose est souvent associée aux TCC. Dans notre étude, cette INM était peu prescrites en raison majoritairement de l'absence de praticien auquel adresser le patient et de freins venant du patient (manque d'adhésion, coût...).

c) La gestion du stress

La **sophrologie** est une technique reconnue par la HAS dans l'insomnie (recommandations HAS 2007 (3)) si elle est intégrée dans les TCC : elle pourrait être une piste pour améliorer le sommeil mais n'a pas prouvée son efficacité sur le retentissement diurne (28). Les facteurs limitant sa

prescription étaient le coût et l'idée que la nécessité d'apprendre une technique allait décourager les patients.

Concernant la **méditation pleine conscience**, les études retrouvent des résultats prometteurs notamment avec les personnes âgées (29,30).

La sophrologie et la méditation pleine conscience étaient peu prescrites par les médecins généralistes en raison du manque d'adhésion du patient à cause coût et de la nécessité de devoir apprendre une technique.

d) Les autres INM

Les **centres du sommeil** sont reconnus pour jouer « un rôle important dans la prise en charge de proximité de nombreux patients » d'après la HAS, qui liste les centres (3). Cependant, les médecins avaient peu recours à eux à cause de leur manque de disponibilité et d'accessibilité, les réservant pour les cas particuliers : insomnie sévère, chronique, diagnostic différentiel...

L'**homéopathie** n'a pas fait la preuve de son efficacité (31). Cependant la plupart des praticiens de cette étude ont rapporté une utilisation en tant que placebo, qui a une part importante dans le traitement de l'insomnie : l'étude de Yeung et al. retrouvait une efficacité sur l'insomnie d'un traitement par acupuncture placebo chez plus de 20% des patients (32).

La **phytothérapie** a peu fait l'objet d'études bien conduites. Cependant, la valériane aurait un effet sur le sommeil avec un faible niveau de preuve (15), ainsi que la camomille chez les personnes âgées (33). Dans notre étude, la prescription était hétérogène : certains généralistes la prescrivaient beaucoup, en substitution des hypnotiques ou en première intention, avec de très bons retours. D'autres étaient plus méfiants en raison de la méconnaissance de la phytothérapie et la peur d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses.

Concernant la **mélatonine**, elle a été incluse dans les INM car elle ne fait pas partie des médicaments, excepté pour le Circadin® qui est la seule spécialité à base de mélatonine ayant le statut de médicament (34). Elle a pour l'instant un faible niveau de preuve dans le traitement de l'insomnie (15).

Les praticiens interrogés l'utilisaient rarement, dans des indications très spécifiques, comme chez la personne autiste, les sujets âgés ou dans les décalages de phase. Les freins à sa prescription étaient nombreux : méconnaissance de son utilisation ou d'une efficacité prouvée, la crainte d'effets secondaires ou des retours décevants.

Les études faites sur l'**acupuncture** dans l'insomnie retrouvent un faible niveau de preuve (15) avec un effet placebo probablement significatif, comme nous venons de le dire (32). Dans notre étude, la majorité des médecins n'en prescrivaient pas mais quelques-uns ont rapporté des résultats excellents qui motivaient leur prescription.

L'effet de l'**activité physique** sur les rythmes circadiens est prouvé (35). Bien que certaines études soient très positives (36,37) en particulier chez les personnes âgées (38), les preuves d'efficacité de l'activité physique utilisée seule dans l'insomnie sont faibles (15). Cependant, les perspectives sont prometteuses. Une expertise de l'Inserm réalisée en 2008 rapporte que l'exercice physique permettrait « une meilleure transition de l'état de sommeil vers l'éveil, une motivation et une envie d'être actif tout au long de la journée, donc de renforcer les rythmes biologiques, de prévenir les accidents et d'augmenter la durée du sommeil et sa qualité » (39).

Si la thématique de l'activité physique a été largement abordée dans notre étude, la plupart des généralistes en ont parlé dans les règles d'hygiène de vie : à éviter avant d'aller dormir. Cependant, 3 praticiens ont évoqué le sport à faire dans la journée pour agir de manière bénéfique sur le sommeil.

Concernant les **applications mobiles et internet**, des études récentes montrent des résultats prometteurs concernant la TCC via internet (40,41) ou via une application sur smartphone (42) pour traiter l'insomnie. Une méta-analyse publiée en 2016 dans Plos One retrouve une bonne efficacité de la TCC délivrée par internet dans l'insomnie de l'adulte (43).

Dans notre étude, aucun médecin généraliste n'utilisait d'application mobile pour l'insomnie et un seul utilisait internet pour que les patients puissent faire de la relaxation à domicile. Les freins retrouvés étaient la méconnaissance de ces outils et l'idée d'une incohérence avec la prise en charge. En effet, les écrans étaient vus comme incompatibles avec les mesures d'hygiène du sommeil et ils prescrivaient plutôt une éviction de la stimulation lumineuse. De plus, nous avons retrouvé une crainte de dépendance vis à vis de ces outils, ce qui n'a pas été évalué dans les études faites sur le sujet.

e) Points communs et divergences

Si la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie était hétérogène dans notre étude, nous avons pu remarquer deux types de pratiques : celle des médecins généralistes spécialistes du sommeil qui utilisaient les INM avec facilité et celle des médecins généralistes non spécialistes du sommeil pour qui l'utilisation des INM était plus délicate. Parmi ces difficultés plus générales, nous avons noté le manque de temps, le problème d'éducation des patients qui sont parfois demandeurs de médicaments ou qui sont dépendants aux hypnotiques. Cependant, plusieurs médecins ont noté un changement dans leur pratique, en faveur d'une augmentation des prescriptions des INM en général et d'une diminution des traitements pharmacologiques.

2. FORCES ET LIMITES

a) Caractéristiques de la population

Une des forces de cette étude est le recrutement de la population : nous n'avons pas eu de refus lors du recrutement et avons obtenu un échantillon correspondant à l'hétérogénéité de la population des médecins généralistes français.

Malgré le soin apporté à recueillir un échantillon hétérogène des médecins du Languedoc-Roussillon, la majorité exerçait à Montpellier et ses alentours et un seul exerçait en milieu rural. Nous avons interviewé des médecins exerçant dans l'Hérault, le Gard et l'Aude, mais aucun n'exerçant dans les Pyrénées-Orientales et la Lozère, ce qui aurait pu apporter d'autres éléments à l'analyse.

Enfin, nous n'avons pas interrogé de médecin ayant une activité en EHPAD.

Il est donc probable que toutes les pratiques n'aient pas pu être représentées.

b) Méthode

Le choix d'une étude qualitative, par rapport à une enquête de pratique comme il y a pu en avoir concernant les INM dans l'insomnie (44), n'a pas permis de faire un état des lieux des prescriptions des INM à grande échelle. En revanche, grâce à cette méthode, nous avons pu être au plus proche de la pratique quotidienne des médecins généralistes. Le choix d'entretiens individuels a permis de recueillir des témoignages plus justes par rapport à un focus-groupe. En effet, le focus-groupe auraient pu freiner certains médecins ne voulant pas confronter leur

pratique à celles de leurs confrères. Par contre, le focus-groupe aurait pu stimuler la discussion et suggérer de nouvelles pratiques.

La saturation des données semblait être obtenue à partir du dixième entretien mais nous aurions pu faire 2 ou 3 entretiens supplémentaires pour confirmer la saturation.

Enfin, il n'y a pas eu de triangulation des données car l'analyse a été faite par un seul chercheur.

c) Résultats

Les résultats étant très denses, seuls les résultats principaux ont été détaillés, et malgré cela il a été difficile de représenter l'arbre thématique dans son ensemble.

Ces résultats suggèrent qu'il serait intéressant d'étudier une INM en particulier comme cela a été fait pour l'agenda du sommeil (45). En revanche, ce travail nous a permis de dresser un tableau d'ensemble de la pratique des médecins généralistes.

3. PERSPECTIVES

La pratique des médecins généralistes est en perpétuelle évolution et ces dernières années sont marquées par l'émergence des INM. Notre étude a permis de mieux comprendre la pratique des médecins généralistes.

Nous avons remarqué lors de nos entretiens que les praticiens partageaient volontiers leur expérience et que celle-ci était très riche : il serait intéressant de reprendre ce sujet pour rendre compte de l'expérience des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'insomnie.

CONCLUSION

Auparavant, aucun travail n'avait rendu compte des pratiques des médecins généralistes concernant les Interventions Non Médicamenteuses (INM) dans l'insomnie avec une méthode qualitative.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre sur quels critères s'appuient les médecins pour prendre en charge l'insomnie via les INM.

Elle montre que le principal outil des médecins généralistes dans l'insomnie de l'adulte est l'éducation thérapeutique, car c'est un outil simple, efficace et plus accessible que les autres INM. Les autres INM les plus prescrites sont les psychothérapies, la gestion du stress, la phytothérapie, les centres du sommeil et l'homéopathie.

Les facteurs facilitant leur prescription sont essentiellement la connaissance de l'INM, l'idée de la correspondance au patient avec une adaptation selon le type de patient, ses préférences, ses autres pathologies.

A l'inverse, les principaux freins de la prescription des autres INM sont leur méconnaissance, une expérience décevante, leur manque d'accessibilité et l'idée que le coût sera un obstacle pour le patient.

Il y avait deux tendances qui se dégagent dans les pratiques : celle des médecins généralistes spécialisés dans l'insomnie qui prescrivaient et pratiquaient essentiellement l'éducation thérapeutique et la TCC ; et celle des autres généralistes qui ont majoritairement rapporté que l'insomnie était un problème compliqué à gérer.

Nous espérons que cette étude apportera de nouvelles pistes de recherche, notamment pour répondre aux demandes de soutien des médecins concernant la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. :p.5.
2. SFRMS. Communiqué : hyperéveil, une approche personnalisée [Internet]. SFRMS. Disponible sur: <http://www.sfrms-sommeil.org/recherche/actualite-scientifique/communiquedehyperveil/>
3. HAS - SFTG. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.
4. ANSM benzodiazepines [Internet]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf
5. HAS : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
6. Ninot G. Plateforme CEPS [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr>
7. Blanchier H, Cugy D. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte. [cité 17 févr 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1198727/resultatrecherche/1>
8. Metge M. Perception des thérapeutiques non pharmacologiques dans le traitement de l'insomnie par les médecins généralistes. 2017.
9. Kauffman J-C, Singly F. L'entretien compréhensif. 2e édition. Paris : Armand Colin; 2007. 127p.
10. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. 2014;146(5):1387-94.
11. Bruch Y, Bruch M, Cloos J-M, Pierger M, Rolland-Portal I. Prise en charge des insomnies primaires en médecine générale [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <http://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/psychotropes/insomnies.html>
12. Ninot G. Plateforme CEPS : classification INM [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible

sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/nos-services/classificationim>

13. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
14. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des interventions non médicamenteuses à leur ontologie. HEGEL - Hepato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2018 [cité 12 févr 2019];(1). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/65114>
15. Baker S, Bhatta S, Bowden E. AHRQ 2014 Clinical guideline for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. 2014.
16. Woodward M. Sleep in older people. *Rev Clin Gerontol*. mai 2012;22(2):130-49.
17. Ringdahl EN, Pereira SL, Delzell JE. Treatment of Primary Insomnia. *J Am Board Fam Pr*. 1 mai 2004;17(3):212-9.
18. Chambe J, Kilic-Huck U, Rougerie F, Dumas C. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2015;26(122):256.
19. Poirot I. Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00034487v170i3S0003448712000789* [Internet]. 27 avr 2012 [cité 23 févr 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/709657/resultatrecherche/2>
20. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Prise en charge des problèmes de sommeil et de l'insomnie chez l'adulte en première ligne. 2018.
21. Bernardini C. L'insomnie en médecine générale: état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2010.
22. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 1 avr 2005;55(513):305-12.
23. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 4 août 2015;163(3):191.
24. Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician*. 15 déc 2015;92(12):1058-64.
25. Inserm I national de la santé et de la recherche. Insomnie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en>

sante/dossiers-information/insomnie

26. Becker PM. Hypnosis in the Management of Sleep Disorders. *Sleep Med Clin*. 1 mars 2015;10(1):85-92.
27. 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*. 1 oct 2015;23(5):719-32.
28. Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson CT. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther*. 1 juill 2000;38(7):665-78.
29. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Chronic Insomnia. *Sleep*. 1 sept 2014;37(9):1553-63.
30. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness Meditation and Improvement in Sleep Quality and Daytime Impairment Among Older Adults With Sleep Disturbances. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2015;175(4):494-501.
31. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: A systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev*. 1 oct 2010;14(5):329-37.
32. Yeung W-F, Chung K-F, Yu BY-M, Lao L. Response to placebo acupuncture in insomnia: a secondary analysis of three randomized controlled trials. *Sleep Med*. 1 nov 2015;16(11):1372-6.
33. Adib-Hajbaghery M, Mousavi SN. The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complement Ther Med*. 1 déc 2017;35:109-14.
34. Haute Autorité de Santé - Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie ? [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439922/fr/quelle-place-pour-la-melatonine-circadin-dans-le-traitement-de-l-insomnie
35. Davenne D. Activités physiques, sommeil et qualité de vie. *Sommeil Vigil*. 2006;(15):8.
36. Passos GS, Poyares D, Santana MG, Teixeira AA de S, Lira FS, Youngstedt SD, et al. Exercise Improves Immune Function, Antidepressive Response, and Sleep Quality in Patients with Chronic Primary Insomnia [Internet]. *BioMed Research International*. 2014 [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/498961/>
37. Hartescu I, Morgan K, Stevinson CD. Increased physical activity improves sleep and mood outcomes in inactive people with insomnia: a randomized controlled trial. *J Sleep Res*. 24(5):526-34.
38. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-Intensity Exercise

and Self-rated Quality of Sleep in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1 janv 1997;277(1):32-7.

39. Inserm I national de la santé et de la recherche. *Activité physique : Contextes et effets sur la santé* [Internet]. Les éditions Inserm; 2008 [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/97>

40. Blom K, Tarkian Tillgren H, Wiklund T, Danlycke E, Forssén M, Söderström A, et al. Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behav Res Ther*. 1 juill 2015;70:47-55.

41. Kaldo V, Jernelöv S, Blom K, Ljótsson B, Brodin M, Jörgensen M, et al. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment – A randomized trial. *Behav Res Ther*. 1 août 2015;71:90-100.

42. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Anderson A, Miller ME. The effects of telephone-delivered cognitive-behavioral therapy and nondirective supportive therapy on sleep, health-related quality of life, and disability. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. oct 2016;24(10):846-54.

43. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 11 févr 2016 [cité 19 juin 2018];11(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750912/>

44. 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* [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1028/>

45. Journal A. *Perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes qui connaissent cet outil: étude qualitative* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Définition des insomnies selon les critères diagnostiques de l'ICSD3 :

- Tableau 1 : Insomnie chronique
- Tableau 2 : insomnie aigue

Table 1. Chronic insomnia disorder (ICSD-3)

Diagnostic Criteria
<p><i>Criteria A-F must be met</i></p> <p>A. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Difficulty initiating sleep.2. Difficulty maintaining sleep.3. Waking up earlier than desired.4. Resistance to going to bed on appropriate schedule.5. Difficulty sleeping without parent or caregiver intervention. <p>B. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following related to the night-time sleep difficulty:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fatigue/malaise.2. Attention, concentration or memory impairment.3. Impaired social, family, occupational or academic performance.4. Mood disturbance/irritability.5. Daytime sleepiness.6. Behavioral problems (<i>e.g.</i>, hyperactivity, impulsivity, aggression).7. Reduced motivation/energy/initiative.8. Proneness for errors/accidents.9. Concerns about or dissatisfaction with sleep. <p>C. The reported sleep/wake complaints cannot be explained purely by inadequate opportunity (<i>i.e.</i>, enough time is allotted for sleep) or inadequate circumstances (<i>i.e.</i>, the environment is safe, dark, quiet and comfortable) for sleep.</p> <p>D. The sleep disturbance and associated daytime symptoms occur at least three times per week.</p> <p>E. The sleep disturbance and associated daytime symptoms have been present for at least three months.</p> <p>F. The sleep/wake difficulty is not better explained by another sleep disorder.</p>

[source : http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2015/v51n3/a5129.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2015/v51n3/a5129.pdf)

Table 2. Short-term insomnia disorder (ICSD-3)

Diagnostic Criteria
<p><i>Criteria A-E must be met</i></p> <p>A. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Difficulty initiating sleep.2. Difficulty maintaining sleep.3. Waking up earlier than desired.4. Resistance to going to bed on appropriate schedule.5. Difficulty sleeping without parent or caregiver intervention. <p>B. The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following related to the night-time sleep difficulty:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fatigue/malaise.2. Attention, concentration or memory impairment.3. Impaired social, family, vocational or academic performance.4. Mood disturbance/irritability.5. Daytime sleepiness.6. Behavioral problems (<i>e.g.</i>, hyperactivity, impulsivity, aggression).7. Reduced motivation/energy/initiative.8. Proneness for errors/accidents.9. Concerns about or dissatisfaction with sleep. <p>C. The reported sleep/wake complaints cannot be explained purely by inadequate opportunity (<i>i.e.</i>, enough time is allotted for sleep) or inadequate circumstances (<i>i.e.</i>, the environment is safe, dark, quiet and comfortable) for sleep.</p> <p>D. The sleep disturbance and associated daytime symptoms have been present for less than three months.</p> <p>E. The sleep/wake difficulty is not better explained by another sleep disorder.</p>

Source : <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2015/v51n3/a5129.pdf>

Annexe 2 : Mesures d'hygiène du sommeil :



Fiche 1 : L'hygiène du sommeil

Certaines habitudes de vie, au cours de la journée ou de la soirée, peuvent perturber le sommeil. La modification de ces facteurs peut vous aider à retrouver un meilleur sommeil.

- ◆ **Ne consommez pas de boissons caféinées (thé, café, soda, coca-cola) dans les quatre à six heures qui précèdent le coucher.** Par contre, la prise d'une boisson chaude non caféinée (Par exemple une tisane) peut être favorable à l'endormissement.
- ◆ **Évitez de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes.**
La nicotine est un stimulant. Fumer au moment des éveils nocturnes majore ces éveils.
- ◆ **Évitez l'alcool au repas du soir.** L'alcool est un dépresseur qui peut favoriser l'endormissement, mais il fragmente le sommeil et favorise ainsi les éveils nocturnes.
- ◆ **Gardez votre chambre à coucher calme et obscure.** Votre lit et votre chambre doivent être confortables pour favoriser le sommeil.
- ◆ **Évitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher.**
Le corps humain régule en permanence sa température à un niveau stable (37°C). Si la température externe est trop chaude ou trop froide, les réactions physiologiques nécessaires au maintien de cette température peuvent perturber le sommeil.
La température idéale de la chambre est de 18-19°C.
- ◆ **Mettez de côté les problèmes de la journée passée et ceux qui restent à régler, bien avant l'heure du coucher.**
La rumination des pensées, au moment du coucher, entraîne une activation cérébrale et parfois des angoisses, qui empêchent de s'endormir. Notez sur un carnet vos préoccupations, les choses qu'il vous reste à régler et planifier ce que vous devez faire pour le lendemain.
- ◆ **Préférez un dîner léger, mais ne vous couchez pas en ayant faim.**
Une alimentation riche en glucides lents favorise le sommeil.
- ◆ **Pratiquez une activité physique régulière en fin d'après-midi ou en début de soirée.**
Le sport favorise l'endormissement, diminue les éveils nocturnes et augmente le sommeil à ondes lentes (le plus réparateur). Toutefois attention, il ne doit pas être pratiqué dans les 4 heures qui précèdent le coucher.
- ◆ **Placez votre réveil de manière à ne pas le voir.**
L'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration, lesquels constituent des obstacles à l'endormissement.
- ◆ **Favorisez les activités relaxantes au moins 1 heure avant le coucher pour préparer le sommeil.** La détente physique et morale favorise l'endormissement. À l'inverse, les activités cérébrales qui stimulent le cerveau, le retardent.

Source : http://www.bichat-larib.com/source/docs/fiche_patient_hygiene_sommeil.pdf

Annexe 3 : Agenda du sommeil

Agenda sommeil – éveil

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

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

Mode d'utilisation

- | | | | | | |
|------|--|---|---------------------|---|---------------|
| ↓ | Heure d'extinction de la lumière | ○ | Fatigue | Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case | Exemple : 8 |
| //// | Périodes de sommeil (griser) | ★ | Envie de dormir | Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case | Exemple : 5 |
| | Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc) | ● | Sieste involontaire | (état dans la journée : en forme ou non) | |
| ↑ | Heure du lever | ■ | Sieste volontaire | 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.

Source : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fm - agenda_sommeil-eveil_2015-06-12_09-40-51_769.pdf

ENTRETIENS

Interview de M1

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M1 : Une demande de médicaments pour dormir. Qui ne sont pas forcément des insomnies, qui ne correspondent pas toujours à des insomnies peut-être. Voilà, ça m'évoque ça.

I : La demande du patient ?

M1 : Oui. La demande du patient.

I : En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ? Est-ce que vous prescrivez autre chose et quoi ?

M1 : Peu ou pas du tout.

I : Est-ce que vous recommandez à vos patients certaines choses ?

M1 : Oui bien sûr, faire attention aux excitants... voilà. Bien entendu, avoir de l'activité physique, avoir de la détente, avoir des techniques de méditation, voilà, qui peuvent... de la sophrologie, etc. Mais, euh, c'est très peu suivi quoi. Oui, il faut être clair. C'est très très peu suivi. C'est même décourageant.

I : Et, est-ce qu'il y a des contextes particuliers ?... Dans lesquels c'est plus facile ?

M1 : Et bien oui, il y a des personnes qui sont plus... informées en tout cas, qui lisent, etc. Plus « intellectuelles » entre guillemets. Voilà, et c'est plus facile d'aborder les sujets avec eux à ce moment-là, d'autant plus que ça correspond aussi à un peu plus de moyens financiers. Qui est un gros souci quand même. Parce que on nous dit souvent qu'on prescrit trop de médicaments pour dormir, d'anxiolytiques etc. mais comment on fait sans ? On laisse les gens se débrouiller

avec leurs angoisses ? Voilà, on leur dit d'aller voir un psychologue à 40 € la séance par semaine ? Voilà, 80 % de ma patientèle ne peut pas se le permettre.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour son insomnie : que s'est-il passé ? Des mesures hygiéno-diététiques par exemple ? Une situation où on ne pouvait pas mettre de médicament... ou alors où le patient ne voulait pas de médicament ?

M1 : J'ai pas trop en tête... ça me dit, ça me parle quand même, comme question, j'ai déjà vu ces situations là... Mais là, comme ça, pour me remémorer... Remettre un visage... Je vais avoir du mal. Oui, bon, il m'est arrivé de, comme ça, de parler de techniques, comme ça, différentes, pour essayer de palier à des refus de prendre des médicaments. Moi je leur dis toujours que c'est très bien, qu'ils ont raison, de pas en vouloir. Bon. Qui est une situation quand même rare... Oui. En général, la chimie c'est assez magique. C'est vrai. On prend un petit comprimé, c'est comme si on éteignait la lumière, et « pof ». Quand on se réveille le matin, on a peut-être oublié des choses, mais... on est bien. C'est quand même hyper efficace, la chimie. Même trop, trop, hein, avec des effets indésirables, etc. Mais pour la sensation première du patient... c'est vachement bien. Alors que les autres techniques, ce sont des apprentissages... Les techniques de relaxation comme ça, il faut les apprendre. Donc c'est tout un travail.

I : Et ça vous arrive d'expliquer...

M1 : oui, oui, bien sûr ça m'arrive, j'essaie d'en parler un petit peu...

I : Quels ont été les résultats ? Avez-vous eu du retour ?

M1 : Je n'ai peut-être pas marqué le fait que c'était une prescription médicale, vous savez. Donc ils ne sont pas revenus m'en parler. Ou bien ils me disent, « je dors pas », voilà, et il faut que je fasse quelque chose. Bon, cela dit, je dirais aussi, que, là actuellement, je suis vachement dans le renouvellement des médicaments. Et très peu dans de nouvelles problématiques d'insomnies. Beaucoup moins souvent. Ou moins souvent qu'avant, j'en sais rien. On dirait que la demande diminue un peu. Pour de *nouveaux* traitements. Après les gens qui sont sous

benzodiazépines depuis 20 ans, voilà, qui réclament, c'est de la dépendance évidemment. Plus que de l'insomnie réelle.

I : Qu'est-ce vous aimeriez avoir à proposer justement, comme alternative ?

M1 : Des techniques de relaxation essentiellement, d'autosuggestion... Et après, évidemment, il y a l'activité physique mais voilà, on le dit tous les jours à plein de gens mais ça ne marche jamais, pratiquement quoi. La marche à pied est tellement bien pour tout et en particulier pour dormir, voilà, qu'on pourrait le conseiller, mais... voilà quoi. Il y a ça, les techniques autre que les médicaments, et il y a les médicaments qui n'ont pas la problématique de dépendance, quand même aussi, ce qui peut être intéressant, car ponctuellement ça peut aussi démarrer sur des périodes de la vie qui sont relativement courtes où on a un peu des insomnies et puis ça s'arrange tout seul, je veux dire, ça peut s'arranger par la suite. Donc comment passer aussi ces périodes là sans passer par des benzodiazépines qui vont entraîner une dépendance etc. pendant les années quoi.

I : Comme quoi ?

M1 : Il y a la phytothérapie. Le Donormyl®, je ne sais pas si ça fait partie de la phytothérapie, mais par exemple quoi. Ou l'Euphytose®. Des choses comme ça. Maintenant... Il y a après la Miansérine® que je mets à part des benzodiazépines, qui est un médicament à part entière, hein, évidemment. Qui a moins de côté dépendance... moins marqué. Mais par contre il y a plus de somnolence dans la journée. Il y a plus d'effets indésirables parfois qu'avec les benzodiazépines. Les benzodiazépines en première intention j'en prescris plus maintenant pour dormir. C'est vraiment... ou des situations très très particulières. Il y a aussi le fait de dire parfois aux gens, j'ai pas eu de retour là-dessus, mais de dire aux gens ben l'insomnie ça passera, vous allez peut-être surmonter ça. Ouai.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Pour les mesures d'hygiène du sommeil et le calendrier du sommeil ?

M1 : Non, je ne connais pas. Pas bien. Enfin, je ne le pratique pas.

I : Les interventions psychologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, l'hypnose, la relaxation, la pleine conscience...

M1 : C'est très bien. Bien entendu, c'est bien. Le gros inconvénient comme je dis, c'est le coût, pour le patient. Le coût de prise en charge.

I : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent être un inconvénient ?

M1 : Bon ça, il y a ça, et puis la représentation des personnes, voilà. S'il faut aller voir un psychologue, voilà. Mais bon. C'est vrai qu'il pourrait y avoir des sièges... Si on appelait ça un centre du sommeil ça serait très bien. Les gens ils iraient volontiers.

I : Justement il y a des centres du sommeil...

M1 : Oui, mais dans le secteur il n'y en a pas.

I : Et pour tout ce qui est phytothérapie, l'homéopathie et la mélatonine ?

M1 : La mélatonine je n'ai jamais eu de bons retours franchement, ça n'a jamais été... c'était rare. La phytothérapie peut-être un petit peu... L'homéopathie, n'étant pas croyant... Peut-être que je n'ai pas assez de conviction pour le faire, mais je sais très bien, la placebothérapie c'est bien, il faut le reconnaître. Voilà, il faut le faire dans cette intention-là, et c'est vrai que je n'ai pas la pratique, peut-être qu'il faudrait que je connaisse les indications d'homéopathie pour pouvoir le prescrire... On pourrait marquer n'importe quoi, évidemment, mais... ça marcherait tout autant, mais si les patients apprennent ce que c'est et que ça ne correspond pas ça va pas le faire. On ne peut pas les troubler.

I : Il existe aussi l'acupuncture...

M1 : Oui... j'adresse peu là-dessus. J'y pense pas. J'y pense pas.

I : Avez-vous l'expérience de patients qui en font ?

M1 : Oui, il y en a. Ça, des acupuncteurs il y en a, et ça il y a une pris en charge pour l'instant donc ça ne pose pas de problème.

I : Les obstacles ?

M1 : Les obstacles à ça ? non... Je crois que ce n'est pas assez... peut-être pas assez diffusé. On en parle pas assez. On ne se forme pas assez peut-être à ça... Prendre le temps... Ah, il y a un gros obstacle, je suis désolé, je mélange un peu tout, mais... Les insomnies ne font que très rarement l'objet d'une consultation en soit. C'est toujours le truc qu'on rajoute après autre chose. Et ça c'est difficile quoi, c'est difficile de prendre du temps après, d'en parler réellement, c'est un écueil aussi.

I : Pour les personnes c'est accessoire ?

M1 : Et bien oui, peut-être, oui : « donnez-moi un petit quelque chose pour dormir ! », voilà. Pour eux c'est voilà quoi, pour eux on prend un truc pour dormir ça suffit.

I : Il existe aussi les applications sur téléphone.

M1 : Je ne connais pas.

I : Et la luminothérapie ?

M1 : Non.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M1 : Avoir une consultation dédiée. On vient d'en parler. Dédiée à ça. Pour que les gens ne viennent que pour ça. Que je puisse consacrer un quart d'heure, vingt minutes pour *que* cette situation-là. L'accessibilité... je dis dans le vague, sans mettre de barrières... à toutes les

thérapies cognitivo-comportementales. Et puis la diffusion, c'est vrai, de l'activité physique sur le sommeil, sur la santé en général et sur le sommeil en particulier. Mais une vraie diffusion, qu'on fasse une vraie publicité tout ça quoi. Par ce qu'on parle du sport que dans le sport-spectacle, qui est une vaste promenade, quoi, écouter les valeurs du sport et tout ça, c'est des imbécillités quoi. Et parler des activités sportives pour inciter réellement les gens à en faire. A avoir un minimum d'activité physique. Mais il faut des campagnes nationales. De publicité. Ils devraient. Alors est-ce qu'il y a des freins occultes à ça ? Par exemple le lobbying des laboratoires pharmaceutiques ? Et puis qui payerait ça ? Mais bon, ça devrait être les chaînes publiques devrait avoir à mon avis l'obligation de diffuser gracieusement des spots sur la santé. Bon. On n'y est pas. Quoi d'autre ? L'information sur les méfaits des benzodiazépines c'est pas mal ça. Ça va voir le jour. Je recommence à être informé un peu de ça. Voilà. Peut-être plus de formation tout simplement car c'est aussi le fait de ne pas en parler.

I : Des médecins ?

M : Oui. Plus de formation des médecins. C'est vrai. Il y a un déficit de formation. On le sait. Alors comment le faire ? Je ne sais pas. Je pense par internet, mais il faudrait le faire. Mais je ne sais pas comment encore. Ouai. Ça serait peut-être bien d'avoir une page Facebook dédiée à ça ou un site. Où, chaque semaine, on nous envoie des trucs. Parce que c'est des rappels aussi, parce que là si on en parle, si j'ai quelqu'un cette après-midi qui a un problème de sommeil, voilà, je vais être plus sensibilisé et je faire quelque chose. Si c'est dans trois mois, ou quatre mois, ou un an, j'aurai oublié. Hé oui, il n'y a jamais eu de délégués médicaux à la santé publique, c'est une aberration. On les paye pour les médicaments, on les paye pas pour la santé publique. On les paye tous, tout le monde paye de toute façon. C'est aberrant. Mais ils ne me demandent pas mon avis le ministère de la santé. Ils devraient me demander. J'aurais des idées.

Interview de M2

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M2 : Des troubles du sommeil. Un problème compliqué à gérer en médecine générale. Voilà.

I : En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ? Quels sont ceux que vous prescrivez ?

M2 : Les mesures d'hygiène, comme, toutes les méthodes... quand on veut aller dormir justement, le fait de, par exemple, pas consommer d'écrans dans les heures qui précèdent. Le fait d'aller se coucher, d'éteindre la lumière et se mettre dans le lit pour dormir, pas regarder la télé ou lire dans son lit. Eviter les consommations d'excitants avant d'aller au lit... Je ne sais pas, les gens qui font, par exemple... pas dormir la nuit, dormir la journée. On leur demande justement de ne pas dormir la journée pour que ce soit plus facile pour la nuit. Oui, ça j'essaye de le faire fréquemment, quasiment, enfin pas tout le temps ça dépend du temps qui est réparti à la consultation pour ce problème. Voilà, mais sinon oui.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour son insomnie : que s'est-il passé ?

M2 : En particulier ? Pas en particulier parce que ça arrive assez souvent. Surtout sur les jeunes. Où je prescris... pas de traitements. Aucun.

I : Est-ce que vous pouvez vous souvenir d'une situation particulière ?

M2 : Je sais qu'il y a pas longtemps j'ai vu quelqu'un... Un patient en particulier... Je me souviens de ce que j'avais fait mais je me souviens plus qui c'est...

I : Qu'est-ce que vous avez... ?

M2 : J'avais fait uniquement justement toutes ces... Bon, c'était une insomnie un peu aigue quoi mais dans un contexte anxieux. Et donc... j'avais donné aucun traitement pour le moment.

I : Est-ce que vous avez donné des conseils particuliers ?

M2 : Bah, le genre de conseil que j'ai donné... Qu'on a évoqué tout à l'heure. Tout ça...

I : Oui ? Les mesures d'hygiène ?

M2 : Oui. Les mesures d'hygiène...

I : Et autre chose ?

M2 : Oui, bah là par exemple comme il y avait le contexte d'anxiété, c'était plus sur la gestion de tout ça dans la journée. Sur la pratique sportive ou d'avoir du temps pour lui pour essayer d'évacuer le stress, ce genre de choses.

I : Est-ce que vous avez eu un retour ?

M2 : Là-dessus ? Non, pas encore. Non.

I : Est-ce que vous l'avez reproposé à une autre personne par la suite ?

M2 : Par la suite... Non. Non c'était il y a pas très longtemps, ça doit être il y a une semaine ou deux.

I : D'accord. Pour ce patient, qu'est-ce que vous auriez aimé lui proposer ?

M2 : Bah, ce que je lui ai proposé.

I : Est-ce que vous auriez aimé lui proposer autre chose ? Avec le recul ?

M2 : Non.

5. Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Pour ce qui est des mesures d'hygiène et le calendrier du sommeil ? Vous les prescrivez ?

M2 : Euh... pour le calendrier si par calendrier on veut dire un agenda où on marque le nombre d'heures et tout ça, ça je le fais pas. Je le fais pas ça. Et... ça peut être... C'est vrai que c'est un outil que j'ai pas l'habitude d'utiliser, donc oui ça peut être intéressant de l'utiliser. Et des freins pas vraiment. Je pense que c'est un outil intéressant justement pour comptabiliser parce que ça arrive régulièrement « oh docteur, je dors pas du tout », puis après en interrogeant on se rend compte que oui, s'il y a zéro sommeil sur la nuit et c'est vrai qu'après ça permet de comptabiliser justement d'objectiver au patient le nombre d'heure dormit et tout ça.

I : Les interventions psychologiques comme la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale ?

M2 : Donc, en fait, pour le patient dont on a parlé tout à l'heure, j'en ai parlé de ça avec lui, justement pour la gestion de l'anxiété ce qui retentissait sur le sommeil. Donc je me m'en sers. Et je le propose. Très souvent.

I : C'est quoi les points positifs de cette méthode ?

M2 : Et bien en fait, ce qui est positif surtout, c'est que c'est... prendre un peu le problème à la base. Après, si ça peut aider le patient à faire un travail psychologique un peu plus approfondi sur lui-même ça peut être bien. Ce qui est pas... Tout le monde n'est pas toujours en mesure de pouvoir le faire. Voilà, ça peut être intéressant. Le point le plus négatif c'est le côté financier pour les patients. Voilà.

I : Et l'hypnose ? La relaxation... ?

M2 : Oui, oui.

I : Ça vous arrive d'envoyer...

M2 : Ça m'arrive oui. Genre... secondaire mais qui rentre dans le cadre d'une prise en charge psychologique un peu globale. Oui, ça m'arrive. Si les patients ils sont ouverts à ça, ça peut être un bon moyen justement d'éviter les traitements médicamenteux.

I : Il y a aussi des applications sur téléphone.

M2 : Alors ça, je ne connais pas du tout. Pourquoi pas.

I : Et aussi sur Internet, des exercices de pleine conscience... Des choses comme ça...

M2 : Alors ça je ne connais pas donc je ne les utilise pas. Mais genre les outils c'est pour faire genre le calendrier du sommeil ?

I : C'est par exemple pour apprendre à faire de la pleine conscience, de la méditation. Ou alors pour faire les exercices de relaxation, de la sophrologie.

M2 : D'accord.

I : Et puis l'application c'est un peu comme l'agenda du sommeil ça permet de se coucher à heure fixe.

M2 : Ah oui ! Comme sur l'application sur l'iPhone.

I : Oui. Et la phytothérapie et l'homéopathie ?

M2 : Ça rentre dans les médicaments ?

I : C'est non médicamenteux.

M2 : Ah d'accord.

I : Donc la phytothérapie, ça vous arrive dans prescrire ?

M2 : Oui.

I : Et qu'est-ce que vous trouvez comme points positifs ou comme obstacles à leur prescription ?

M2 : Bah, points positifs. Quand les gens sont vraiment demandeurs d'un traitement et que je sens qu'il n'y a pas besoins de rentrer dans les traitements anxiolytiques ou hypnotiques classiques, ça permet d'avoir une prescription plus douce. C'est pour ça que j'en prescris. J'en prescris pas souvent mais pour le sommeil, oui, j'en prescris. Et... Points négatifs... pas de point négatif.

I : Des retours éventuels des patients ?

M2 : Et les retours... il y a des gens pour qui ça fonctionne bien d'autres pour qui ça fonctionne pas mais, je ne sais pas. Des bons retours. Souvent les gens ils sont contents même qu'on leur dise « je ne vous donne pas un cachet pour dormir ». Ils peuvent être content de ça.

I : Et l'homéopathie ?

M2 : Non.

I : La mélatonine ?

M2 : La mélatonine... ça m'est arrivé d'en prescrire mais c'est rare. Très rare que j'en prescrive. Je réfléchis. C'est vrai que moi tout de suite ça me fait penser au décalage horaire la mélatonine. Donc au final, j'ai peu de consultation où les gens viennent... Enfin qui viennent pour ce motif-là du coup... Mais ça m'est déjà arrivé d'en prescrire oui.

I : Des éventuels obstacle à sa prescription ?

M2 : Non.

I : Les centres du sommeil ?

M2 : Donc il n'y en a pas ici. Non, pour moi ça c'est vraiment pour les pathologies du sommeil... J'ai un ou deux patients narcoleptiques... ou dans les cas un peu vraiment... extrêmes... Je veux dire que je n'envoie pas en consultation du sommeil pour une insomnie « classique » on va dire...

I : D'accord. Donc les obstacles ?

M2 : Donc les obstacles, la distance, la disponibilité parce que là c'est pareil pour avoir un rdv et une prise en charge... Il faut un certain délai. Et, je ne sais pas si c'est vraiment adapté. Je ne sais pas.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M2 : Plus de temps déjà. Plus de temps pour accorder au patient pour ça quoi. Parce que au final, il faut en avoir, j'essaie de le prendre mais des fois il faudrait en avoir un peu plus pour expliquer que... Parce que souvent la demande c'est « j'arrive pas à dormir donnez-moi un cachet ». Donc il faut avoir le temps de leur expliquer que c'est pas forcément comme ça que ça fonctionne. Voilà, après je sais que quelque fois, pour les gens qui ont des traitements chroniques, d'insomnie chronique qui sont hors recommandation, bah là il faut un sacré temps pour essayer de changer ça... ça c'est un gros gros problème. La question c'était ?

I : Vos besoins éventuels.

M2 : Oui. Principalement le temps.

I : Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il se mette en place peut-être, pour vous faciliter la tâche ?

M2 : Là il faudrait une bonne réforme du système de santé pour arrêter de voir je sais pas combien de cas par jour. Alors là c'est pas dans les choses envisageables tout de suite. Avant de pouvoir faire 30 ou 40 min de consult par patient c'est pas pour demain. Non, j'attends pas de choses particulières pour mieux m'en occuper. Ah si peut-être, justement d'avoir tout le côté

psychothérapeutique ou psychiatrique plus facilement accessible pour ces problèmes-là. Après plutôt le côté psychothérapeutique parce que même au niveau psychiatrique ça va tout de suite sur les traitements médicamenteux. Le côté psychothérapeutique il est rarement pris en charge. Donc du coup ouai, ça ça serait une bonne aide en plus.

Interview de M3

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M3 : Syndrome dépressif plutôt. En premier. Et il y a des gens insomniaques qui ne sont pas dépressifs aussi. Et alors ça, c'est les insomnies les plus difficiles à traiter. Il me semble. Voilà. Ça me fait penser... Ça me rappelle les cas de... J'ai des patients qui reviennent régulièrement et qui sont réellement insomniaques qui ont essayé de tout de tout de tout, des médicaments et des non médicaments, de l'ostéo, de la psychothérapie, mais il me semble qu'il y a deux choses. Il y a quand ça rentre dans le cadre de la dépression... ou d'une anxiété importante ou réactionnelle autre chose et après il y a aussi quand même quelques cas d'insomnie... alors après il y a peut-être une dépression cachée, larvée, qu'on n'a pas trouvé mais enfin bon... Un peu différent.

I : En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?

M3 : La psychothérapie, l'hypnothérapie, alors la phytothérapie je ne sais pas si ça rentre dans le cadre de médicament ou pas...

I : Oui. C'est non médicamenteux.

M3 : La phytothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture tout...

I : Qu'est-ce que vous recommandez à vos patients en général ?

M3 : Si c'est la première fois, la première consultation, si c'est quelque chose de nouveau ça dépend... souvent de la phytothérapie. Ça peut arriver qu'il y ait un arrêt de travail, c'est pas des médicaments mais des fois il y a besoin quand les gens n'ont pas dormi pendant... Et que vraiment ça va pas... Après il y a divers degrés d'insomnie évidemment... c'est compliqué.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour son insomnie.

M3 : Oui

I : Qu'est-ce qu'il s'est passé ? Qu'est-ce que vous avez proposé ?

M3 : J'avais proposé des médicaments à base de plantes en fait. De la valériane des choses comme ça. Mais ça n'a pas très bien marché.

I : Est-ce qu'il est revenu consulter ?

M3 : Oui. Ça a marché un peu mais pas assez. C'est-à-dire qu'au bout de deux trois jours... C'était une personne assez jeune, dans un contexte particulier, mais vraiment, ça faisait une semaine qu'elle ne dormait plus, qu'elle dormait pas du tout, elle n'en pouvait plus. Et elle ne voulait pas prendre de médicament, donc je crois que je lui avais prescrit de la valériane. Qu'est-ce qu'on avait fait... Je crois que ça a marché un peu mais après ça marchait plus.

I : Est-ce que vous avez proposé autre chose par la suite à cette personne ?

M3 : Oui, de la psychothérapie carrément. Et en bout de course, elle a eu des médicaments. C'était un peu un échec ce cas-là, oui, mais c'est celui auquel je pense.

I : Est-ce que pour la psychothérapie vous avez eu du retour ?

M3 : Oui mais je trouve que ça n'a pas été très efficace. Dans son cas. Mais elle l'a fait. Pas très efficace.

I : Est-ce que vous avez repropoé par la suite la valériane, la psychothérapie ?

M3 : Oui. Ça la psychothérapie elle a continué. Et après c'est elle qui a voulu reprendre. Elle a dit maintenant ça va mieux je vais reprendre la phytothérapie. Voilà, on en est là en fait. Parce que je l'ai vu il n'y a pas longtemps. Voilà, on en est là. Donc je ne sais pas, on verra.

I : Et pour cette patiente, avec le recul, qu'est-ce que vous auriez aimé lui proposer ?

M3 : Et bien, si ça marchait pas ou quoi, je pense que peut-être l'acupuncture ou l'hypnothérapie. Je pense que, pour cette personne-là oui, des choses comme ça. Mais un moment donné on a donné des médicaments quand même. Donc... c'est un peu biaisé quoi.

I : Ou complémentaire ?

M3 : Ou complémentaire pourquoi pas.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Les mesures d'hygiène de sommeil, le calendrier du sommeil ?

M3 : Alors, je pense que c'est fastidieux je ne suis pas sûre que les gens le... Parce que les gens sont déjà fatigués et énervés de pas dormir en général et si en plus on leur demande de faire ça je ne suis pas sûre qu'ils... Alors dans certains cas mais c'est pas du tout à mon avis la majorité. Au contraire ça peut être un outil mais il faut un profil particulier quand même. Il me semble.

I : Un profil ?

M3 : De patient... Il faut vraiment qu'il adhère au truc.

I : Et les avantages ?

M3 : Les avantages pour moi c'est une forme de psychothérapie le calendrier... très bonne. Mais bon. Après on n'y pense pas toujours c'est vrai. Mais bon. Il y a des gens à qui je ne le prescrirai pas c'est sûr. Parce que je sais qu'ils ne le feront pas.

I : Les interventions psychologiques comme la psychothérapie...

M3 : C'est un peu la même chose que pour le calendrier mais en générale on en parle tout le temps oui. C'est presque systématique. Mais après les gens ne le font pas toujours.

I : Et votre expérience pour la psychothérapie ou l'hypnose ?

M3 : Et bien l'hypnose on a pas beaucoup de recul pour le moment mais on voit que les gens commencent à en parler et à savoir que ça existe et quand on le prescrit etc. Après il faut avoir un bon intervenant à proposer quoi. Voilà. C'est un peu le début moi je trouve. Mais moi je suis positive par rapport à ça.

I : Et la relaxation, la pleine conscience ?

M3 : Si. Aussi. bien sûr, la sophrologie, la relaxation, ça ça m'arrive d'en prescrire.

I : Avec un retour comment ?

M3 : Je dirais ni plus ni moins. Il y a des cas où ça marche pas mal. Et... voilà.

I : La luminothérapie ?

M3 : Ça je sais pas du tout. Je sais que ça existe je sais que j'ai même vu des patients qui m'en ont parlé mais... je suis un peu dans le flou artistique là. Je le prescrirais pas parce que je ne sais pas.

I : Et l'acupuncture ?

M3 : Oui. Ça oui par contre, j'en prescrit. Ça m'ait arrivé même plus souvent même que la relaxation, pour les insomnies.

I : Il y a des avantages ?

M3 : Parce que je connais des acupuncteurs je sais comment ils travaillent et j'ai un peu plus de recul donc du coup, forcément, on adhère plus.

I : Des freins ?

M3 : Non, pas trop, pas trop. Bon, il y a des gens qui ne voudront pas y aller, les piqûres etc. mais en général quand même non.

I : Les applications sur téléphone et internet ?

M3 : Non. Alors ça ça me dit rien. Je ne suis pas très pour mais bon. Je sais pas. Je ne m'y intéresse même pas.

I : La phytothérapie ? Est-ce que c'est facile à prescrire ? Est-ce que les gens adhèrent ?

M3 : Oui. Oui, je pense que oui dans cette indication-là la phyto ils prennent.

I : Est-ce qu'il y a des obstacles à la prescription ?

M3 : Non, c'est juste quand c'est pas remboursé, mais quand même. C'est le seul obstacle. Les gens... Pas beaucoup je dirais 10% des cas.

I : Il y a l'homéopathie ?

M3 : Oui oui, aussi.

I : Et la mélatonine ?

M3 : Si, j'en prescris. Mais pour moi je le mettais dans les médicaments. Mais, d'accord. C'est un peu entre les deux. Si ça quelque fois ça marche bien. Il faut que ça soit la bonne indication quand même. Voilà. Les personnes âgées moi je trouve que ça marche, des fois. Les personnes qui sont en décalage complet etc., qui dorment plus... Je parle de la mélatonine à libération prolongée, le Circardin® par exemple. Après... la mélatonine dans les retours de voyage tout ça on le fait. Mais c'est tout. Mais moi je suis pas contre.

I : Et les centres du sommeil ?

M3 : ...En deuxième intention.

I : Ça vous est déjà arrivé d'en prescrire ?

M3 : Oui ça m'arrive, oui. Mais quand c'est des insomnies vraiment chroniques...

I : Les points positifs ?... Est-ce que c'est facile d'orienter... ?

M3 : Oui, quand même.

I : Et les obstacles éventuels ?

M3 : Pas trop. Non.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M3 : Peut-être un peu de formation vraiment... Oui, une formation *sur l'insomnie*. Parce qu'on a sur la dépression mais pas sur les insomnies, c'est un sujet... Pourquoi pas.

Interview de M4

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M4 : De manière générale, alors étant un médecin âgé ça m'évoque toute la problématique des médicaments qui ont été instaurés et toute la difficulté qu'on a eu à une certaine période à se poser comme des gens qui essayaient d'arrêter les médicaments avant d'être maintenant des gens qui n'en prescrivons plus. Donc la première problématique quand j'entends « insomnie » c'est comment... quelles difficultés on a pu avoir à une certaine époque à même imaginer qu'on pouvait arrêter ces médicaments qui était vécus comme des sucettes par les gens et vendus comme tel. Voilà. Après deuxième chose personnellement, dans mon histoire personnelle, c'est que c'est quand j'ai rencontré dans les TCC le cours sur l'insomnie je me suis dit que c'était en fait complètement adapté à la médecine générale et j'ai voulu après faire beaucoup de formations pour enseigner à des confrères généralistes. Comment utiliser simplement ces choses-là dans la consultation CCT.

I : En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?

M4 : Ce qui me vient tout de suite à l'esprit c'est les stratégies de prise en charge comportementales, cognitives et sur le chapitre émotionnel donc c'est vraiment trois domaines séparés et très intéressants. Et que je prescris ou je pratique.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux, qu'avez-vous proposé ?

M4 : Alors... Un cas très précis ?

I : Oui un cas précis. Si vous pouviez me raconter ce qu'il s'est passé.

M4 : Oui alors le cas très précis on est parti très comportementaliste au départ j'ai vraiment dans un premier temps surtout fait une étude sur la façon dont la personne se comportait par rapport à son sommeil et les réflexes qu'elle avait pu mettre en place dans ses stratégies

insomniantes donc ce que j'appellerais de l'hyperéveil et en fait, à partir de là, j'ai mis en place dans un premier temps ce que j'appellerais l'éducation à la santé complètement banale mais qui est d'une efficacité absolue, expliquer comment marche le sommeil, qu'est-ce que l'hyperéveil plutôt que l'insomnie et comment par des stratégies comportementales basiques extrêmement simples que tout le monde connaît on peut régler une bonne partie du problème. Et chez ce patient-là qui est un patient adressé au thérapeute que j'étais en fait il a fallu une seule séance et uniquement des règles complètement basiques que n'importe qui aurait pu donner pour arriver à une solution validée par l'agenda du sommeil.

I : Et donc ça a fonctionné ?

M4 : Ça a très bien fonctionné.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et les facteurs positifs de chacune ? Pour les mesures d'hygiène du sommeil et le calendrier du sommeil ?

M4 : Premièrement je ne vois que des avantages je vois pas d'inconvénient et le premier avantage que je vois c'est de rendre la personne responsable de, donc c'est de lui renvoyer l'expertise. C'est à dire que lui c'est l'expert de son sommeil et à moi de lui donner quelques indications sur la façon de pouvoir prendre en charge son sommeil. Et on ne peut le faire que si on explique un minimum de physiologie du sommeil pour que la personne comprenne un peu comment ça fonctionne et après c'est des règles basiques que l'on a tous appris à la faculté, du coup j'espère, et qu'on peut mettre en place de façon extrêmement simple. Donc c'est des habitudes de vie, c'est les règles d'hygiène de vie, le sport ne se pratique pas le soir, l'alimentation, la surcharge de travail, la façon de manager la lumière, les ordinateurs, les télévisions, les portables, la façon d'éteindre le portable aussi pour ne pas être sollicité mentalement la nuit. Toutes ces règles extrêmement basiques que tout le monde connaît par cœur qui sont dans la presse généraliste tous les ans lors de la journée du sommeil et de façon complète, puisque je les regarde tous les ans, tout le monde devrait être au courant. Et en fait...

I : Les interventions psychologiques ? La TCC, l'hypnose, la méditation, la pleine conscience, la sophrologie...

M4 : Pour chacune d'entre elle... Les avantages ils sont évidents c'est que jusqu'à nouvel ordre les seuls qui ont montré une activité validée scientifiquement c'est les thérapies comportementales et cognitives. C'est comme ça. On a beaucoup d'études ayant démontré l'efficacité. Et il n'y a aucune indication dans l'insomnie chronique pour n'importe quelle molécule. Donc de toute façon si on prescrit une molécule dans l'insomnie chronique on est hors AMM. Donc il n'y a pas de raison d'être hors AMM donc je ne vois que des avantages à ces techniques-là. Les inconvénients qu'on pourrait avoir seraient uniquement des inconvénients premièrement d'ordre financier pour ce qui est de la sophrologie, de l'hypnose si elle n'est pas pratiquée par un médecin et dans un cadre remboursé parce que une séance d'hypnose ça peut être 1h, 1h30 et à 25 euros... voilà, c'est n'importe quoi, donc je comprends... Enfin dans les TCC la limite peut être tout à fait aussi le nombre de gens formés à ces techniques-là et qui sont extrêmement peu nombreux. Après il ne faut absolument pas un niveau cognitif particulier pour rentrer dans ses thérapies-là, il n'y a aucun souci et donc il ne faut juste pas confondre les indications qui peuvent être légèrement différentes, de l'hypnose, de la relaxation, de la sophrologie, de la méditation qui n'est pas une relaxation mais qui est une façon de lâcher prise. Donc je pense que si on est au clair un petit peu avec les subtilités de tout ça, la relaxation se fait plutôt de bonne heure et il n'y a pas de raison de relaxer juste avant de dormir on aura une meilleure efficacité si on gère le stress « de bonne heure et de bonne humeur », comme disait mon maître. Donc plein de petites choses extrêmement simples. Par contre la méditation quand on la maîtrise bien a un effet de lâcher prise qui est très très intéressant, qui permet de mettre à distance les problèmes.

I : La luminothérapie ?

M4 : Oui. Pareil. C'est très intéressant, tout à fait.

I : L'acupuncture ?

M4 : Je maîtrise pas du tout le sujet de l'acupuncture, j'ai des patients qui vont voir des acupuncteurs. Je n'ai pas de réponses scientifiques ou de données validées par rapport à ça donc je suis un peu embêté par rapport à ça, mais comme je suis plutôt pour une prise en charge holistique s'il y a l'acupuncteur et qu'il est efficace ça me va très très bien parce que je

sais que l'efficacité sera peut-être à un autre niveau, peut-être comportemental. Mais si c'est lui qui l'amène ça ne me gêne pas.

I : Les applications sur téléphone pour le sommeil et de manière générale des sites internet, de méditation par exemple.

M4 : Le problème des applications téléphone c'est que c'est du téléphone donc d'un point de vu comportemental c'est vrai que... mais j'ai sur mon téléphone des applications que j'ai testé sur moi pour voir comment ça marchait. iPhone fait une application très précise où on peut enregistrer comme ça ses mouvements pour savoir calculer ses phases. Bon, après c'est quand même de la wifi qu'on se prend dans la tronche toute la nuit et puis voilà c'est un engin je j'ai tendance à conseiller à mes patients d'éteindre. Voilà, mais après pour faire une mesure type actimétrie ça peut être intéressant. Et les sites internet il y a des sites hyper bien faits sur le sujet, il y a des sites ou il y a vraiment absolument tout ce qu'il faudrait savoir. Et sur la méditation si on ne se trompe pas d'endroit on a des gens tout à fait validés par la faculté. Après la méditation, on pratique la médication qu'on veut. Mais pour rentrer dans la méditation pleine conscience qui est celle qui a essayé de démontrer des choses il y a quelques personnes mais pas forcément beaucoup, mais il y a des accès internet sans problème.

I : Et la phytothérapie ? L'homéopathie ? La mélatonine ?

M4 : Alors l'homéopathie là aussi je mets toujours le point d'interrogation sur la validité de la recherche. Alors il m'arrive de me servir de Passiflora Compose® comme *intermédiaire* symbolique pour l'associer... alors pour moi il y a quelque chose de l'ordre du symbolique qu'il ne faut pas forcément négliger mais je ne pense pas à la vertu thérapeutique au sens propre. Sur la phytothérapie on a des études qui ont pu démontrer certaines formes d'efficacité sur les formes, c'est... la valériane en extrinsèque qui a un tout petit effet démontré. Peut-être se méfier de l'Euphytose® avec la ballote dedans qui a un effet hépatotoxique... Donc se méfier de la fausse immunité diplomatique de la phytothérapie parce qu'il peut y avoir des choses un peu gênantes. Donc se méfier de interactions médicamenteuses de certaines de ces formes comme le millepertuis dont on peut se servir comme un effet antidépresseur. La mélatonine c'est très compliqué parce qu'il n'y a pas beaucoup d'études... La revue Prescrire a sorti dernièrement un papier disant qu'il n'y avait aucune étude, donc Cochrane, démontrant une

efficacité de la mélatonine. Personnellement je m'en sers chez l'adolescent justement pour avoir un effet associé avec des effets de limitation des écrans et de travail sur la lumière, où personnellement j'ai des résultats, mais je n'ai fait aucune étude sur le sujet. Après la mélatonine il peut y avoir un intérêt aussi dans l'autisme où on s'en sert beaucoup mais... j'ai quelques études mais pas forcément toutes les études qu'il faut. Et après le Circadin® c'est un truc un peu bizarre parce que c'est une mélatonine retard donc je suis pas sûr de comprendre à quoi ça sert... Mais la mélatonine je m'en sers en prise 1 heure et demi avant le coucher en association à des explications à ce que c'est le sommeil et ça rentre dans le cadre de la psychoéducation et ça peut être un élément intéressant. Moi je m'en sers et je sais qu'il y a aucune étude validant actuellement son usage.

I : Mais plutôt un bon retour ?

M4 : Personnellement chez les adolescents, dans l'autisme et dans certain cas très particuliers oui.

I : Pour ce qui est des centres du sommeil ? Ça vous arrive de prescrire à quelqu'un d'aller dans un centre du sommeil ?

M4 : J'ai aucun soucis avec ça, en fait j'ai très très peu recours à eux parce qu'en fait en général on dépatouille les problèmes sans soucis, mais sur des cas extrêmement complexes où j'ai à tout prix besoin d'un enregistrement du sommeil fait dans les règles de l'art et que... Voilà, j'ai eu le cas d'une épilepsie temporale par exemple, j'avais un doute entre une épilepsie temporale et des attaques de panique de début de nuit... Voilà. Donc là j'étais très content d'avoir des centres du sommeil pour faire le distingo donc il y a des cas très précis où c'est très utile. Et puis ça permet aussi aux gens de valider un certain nombre de choses sur la qualité réelle de leur sommeil. Après c'est très difficile d'avoir accès à eux. Mais je travaille aussi bien avec Toulouse qu'avec Montpellier. Et Toulouse m'envoie souvent des gens suivis en TCC, donc les gens de Carcassonne se retrouvent après chez moi donc...

I : Et les gens acceptent facilement d'y aller ?

M4 : Ah oui sans problème. Oui, le sommeil c'est important quand même.

I : Quels seraient vos besoins à vous éventuellement pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M4 : Mon seul vrai... mon besoin à moi ce serait qu'on soit reconnus nous médecins généralistes avec une consultation spéciale de prise en charge de l'insomnie. On est tous capables de le faire, c'est complètement banal, sauf que ça prend du temps. Et que s'il y avait une consultation comme il y a une consultation dépression, une consultation machin... Que il y ait une prise en charge sur deux à trois consultations validées sur une demi-heure, je pense que on est placés à un tel endroit dans l'échelle des choses en trois séances on aurait absolument tout réglé, ça couterait rien à la société il suffirait juste qu'on soit payés à notre juste dû. Si je prescris du Stilnox® ça va me prendre exactement une minute et je serai payé 25 euros, si je passe une demi-heure, je serai payé 25 euros cherchez l'erreur. Et en plus avec le Stilnox® je suis payé 25 euros tous les 28 jours. Dans l'autre cas, 25 euros deux ou trois fois et après je ne vois plus les gens. Cherchez l'erreur.

Interview de M5

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M5 : Des critères. Qui sont bien définis. Il faut savoir ce que c'est qu'une insomnie donc on définit un épisode aigu et donc on le distingue d'un épisode chronique. Donc on a des critères, qui permettent justement alors là, soit de l'association française soit de l'association américaine, mais qui donnent trois définitions : c'est *une*, difficulté à l'endormissement, avec un temps, une latence d'endormissement supérieure à 30 minutes, une difficulté à maintenir l'éveil, on appelle ça l'insomnie de maintien de l'éveil, et éventuellement, et/ou une insomnie précoce c'est à dire un réveil qui se définit au moins une heure avant l'heure souhaitée. Et ça doit être sur une période d'au moins trois mois donc c'est ce qui caractérise la chronicité avec évaluation bien sur des répercussions sur la vie diurne et donc ça ça fait partie aussi du diagnostic. Donc, voilà. Et puis on définit des critères cliniques qui se manifestent par des symptômes qui sont les conséquences de l'insomnie. Et ça se sont les conséquences de l'insomnie c'est à dire premièrement, une somnolence, qu'on va toujours essayer d'objectiver même de façon... même si elle est subjective... même si un questionnaire est subjectif. Donc on peut l'évaluer par un questionnaire. Somnolence, c'est la première chose, c'est le reflet vraiment d'un problème de sommeil. Et la deuxième chose c'est une asthénie. Avec ça on va repérer d'autres symptômes. Ça peut être une irritabilité, ça on l'a beaucoup chez les jeunes. Ça peut-être des troubles de la mémoire et de la concentration, un trouble de la libido. On peut voir apparaître d'autres manifestations qui sont peut-être moins importantes mais ça c'est des principales.

I : En dehors des médicaments, quelles autres prescriptions vous viennent à l'esprit ?

M5 : Alors moi comme je suis spécialiste du sommeil, et bien je vois des gens qui viennent soit pour être sevrés de leurs hypnotiques, et parmi ceux-là on retrouve quand même deux principalement qui sont des apparentés aux benzodiazépines, c'est Zolpidem® et Zopiclone®. Ce sont des médicaments qui agissent sur le système GABAergique, donc on en a beaucoup qui en consommaient. De moins en moins, en tout cas les gens viennent de plus en plus pour être sevrés parce que l'information est passée et parce que on a aussi maintenant une prescription

qui est limitée, sur au moins un des médicaments. Sur le Stilnox®. Donc ça permet justement, ça permet de voir des gens qui veulent vraiment être sevrés. Et puis moi comme j'ai été formée à certains outils de thérapie cognitive et comportementale et bien je l'utilise beaucoup, effectivement. D'abord pour obtenir, on va dire, une bonne alliance thérapeutique. Donc comprendre pourquoi les gens sont là, ce qui pose problème par rapport à l'insomnie. Et puis ensuite pour essayer de trouver des pistes de solution, qui permettent justement soit de mieux accepter de pas dormir selon des critères qui sont peut-être mal définis, tel que les gens le disent, « je voudrais dormir » pour dormir, on ne sait pas, mais en tout cas, soit simplement pour arrêter un certain nombre de médicaments qu'ils ont depuis des années.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non médicamenteux pour son insomnie.

M5 : Ouh-là il y en a beaucoup ça va être un peu compliqué. Oui ?

I : Un patient en particulier.

M5 : D'accord.

I : Est-ce que vous pouvez me dire ce qu'il s'est passé ?

M5 : Alors, il faut que j'en trouve *un* en particulier...

I : Qu'est-ce que vous avez proposé ?

M5 : Alors on va le faire en général parce que c'est pareil, c'est à peu près la même démarche que j'ai souvent. Alors la première chose quand on voit les patients c'est d'essayer de comprendre leur histoire d'insomnie. Moi je l'inscris toujours dans une histoire, c'est-à-dire que je me fixe pas à l'instant T. L'instant T c'est ce qui permet de démarrer la consultation, c'est-à-dire qu'ils vont révéler ce qu'ils veulent, au début, « C'est quoi votre problème ? » d'accord, « C'est quoi ? Pourquoi vous venez aujourd'hui ? ». Donc on sait si la motivation elle est là, ils viennent parce qu'ils ont envie ou ils viennent parce que on leur a dit de venir. Parce qu'il arrive que ce soit le cas aussi. Donc ça veut dire que c'est un peu plus compliqué on sent déjà qu'il

peut y avoir un petit frein au démarrage. Donc comprendre ce qui se passe. Et j'aime bien remonter toujours dans l'histoire de l'insomnie pour aller rechercher l'origine et ça c'est l'approche de la thérapie cognitive et comportementale qui fait ça, c'est qu'on va aller interroger, questionner, pour avoir les facteurs initiaux déclenchants. Ou les facteurs précipitants, on appelle ça comme ça en thérapie cognitive et comportementale. Qui peuvent être des bons indices pour expliquer ensuite, pour faire de la psychoéducation et pour expliquer aussi comment c'est arrivé, comment ça a démarré, et ça permet souvent, déjà, d'avoir moins d'appréhension et peut-être de commencer un début de thérapie en ayant une bonne explication. Et puis après on va remonter l'histoire de la vie, moi j'aime bien remonter un petit peu sur les événements de vie, qui peuvent être des événements qui vont à la fois aggraver ou renforcer, ou au contraire des événements qui peuvent être des événements de vie qui vont permettre de montrer que l'insomnie elle n'a pas toujours été là non plus. Donc ça peut être deux remèdes : un, l'instant T, l'insomnie au moment où je les vois, quelle importance elle a et quelle est la *valeur* de cette insomnie dans leurs représentations, c'est-à-dire que ça peut prendre toute la place, on est obsédé par cette idée qu'on dort pas, ou à l'inverse on peut se rendre compte qu'il y a eu des moments de vie où c'était plus important mais il y a eu des moments de vie qui ont fait que ça allait bien aussi et donc ça va permettre de rassurer aussi en disant c'est pas quelque chose qui peut être là toute sa vie on peut peut-être effectivement vivre autrement ou dédramatiser pour faire en sorte qu'effectivement ce soit pas si grave que ça.

I : D'accord.

M5 : Et puis j'interroge toujours sur aussi toutes les autres pathologies c'est hyper important. C'est peut-être une différence par rapport à l'approche psychologique pure, c'est ce que je me dis toujours, c'est qu'on est médecin, on a un gros avantage, c'est-à-dire qu'on voit des gens qui ont des polyopathologies, on voit beaucoup de gens âgés aussi qui viennent à 75 ans et plus, qui ont des polyopathologies pour lequel on va aussi faire un lien. C'est-à-dire si j'ai un gros reflux c'est très important de voir dans quelle mesure je traite mon reflux, qui peut aggraver, qui peut dégénérer une toux, qui peut effectivement faire en sorte que mon sommeil soit fractionné. Je peux avoir aussi un phénomène d'allergie importante que je ne traite pas, qui va renforcer un phénomène d'obstruction nasale, de congestion de toutes les muqueuses qui fait que je dors mal aussi, d'asthme mal équilibré, je peux avoir un problème d'hyperthyroïdie, d'hypothyroïdie.

L'hyper va souvent donner une espèce de tonus de base qui fait que les gens ils arrivent pas à s'endormir, on le sent, ils disent bien, ils sont hyper... Ils sont en *hyper* quoi. Donc c'est intéressant aussi d'avoir cette approche médicale pour nous, c'est un plus, parce qu'on a une approche globale. Et moi j'insiste sur cette approche globale. C'est un gros avantage qu'on a en tant que médecin généraliste c'est qu'on peut avoir tout ça.

I : D'accord donc c'est une démarche que vous faites...

M5 : Toujours. Donc j'ai à la fois dans la première consultation je vais partir de ce qu'ils me donnent, parce qu'ils vont me livrer ce qu'ils veulent. Donc ça prend du temps, c'est ce que je dis toujours, on ne peut pas faire une consult en un quart d'heure, c'est pas possible. Et en même temps, je vais essayer et ça c'est mon travail à moi, d'être capable de résumer, de synthétiser, pour aller peut-être à ce qui en première intention va être important pour le patient ; c'est-à-dire c'est là où lui peut-être il a envie qu'on aille au démarrage. En même temps je vais être capable de justement d'avoir une bonne analyse globale de la chose, pour discerner des éléments qui peuvent relever de la pathologie. C'est-à-dire, je vais toujours me poser la question au début est-ce que derrière une insomnie il n'y a pas quand même un problème vraiment de pathologie du sommeil, c'est-à-dire une apnée, un syndrome apnéique qui fait que bah, mon sommeil est pas réparateur. Je peux être réveillé parce que je m'endors et j'ai des phénomènes d'apnées qui ont créé du stress, donc ça peut être important. Et je puis aussi avoir un syndrome des jambes sans repos qui fait que je ne peux pas m'endormir. Et ça c'est souvent négligé, ça on a vraiment un vrai problème, je pense, c'est qu'on ne sait pas bien repérer ces impatiences. Et ça ça peut être une vraie difficulté à l'endormissement ou déclencher des éveils avec des difficultés au réendormissement.

I : La prochaine question c'est « Qu'auriez-vous aimé lui proposer d'autre à ce patient ? » mais...

M5 : Ce que je propose c'est d'abord au début de comprendre ce qu'il se passe. Donc bien comprendre ce qu'il se passe au moment T où je le vois. Avec tout ce qu'il vit dans sa vie du moment parce qu'il peut vivre plein d'événements qui vont être des éléments précipitant l'insomnie, aggravant l'insomnie on va dire. Donc comprendre que si je dors pas en ce moment il y a peut-être des bonnes raisons aussi, si je vis une période difficile de ma vie c'est d'expliquer qu'on est pas obligé de traiter avec des médicaments, que ça va être un cas peut-être difficile,

mais que le sommeil il peut à nouveau redevenir normal dans quelques temps, donc de l'expliquer. Et puis ça peut être sinon initier une vraie thérapie cognitive et comportementale qui va s'axer sur les trois axes, ou les deux principaux. C'est d'abord l'hygiène de sommeil, ça c'est le premier axe, bien corriger les erreurs qui seraient « je me couche trop tard je me couche trop tôt », « je suis un petit dormeur je suis un gros dormeur », se repérer mais on le verra peut-être sur d'autres questions. Expliquer notre chronobiologie, et apprendre comment je fonctionne, de quoi j'ai besoin pour être bien. J'ai besoin de dormir beaucoup ou pas, je suis un gros dormeur, je suis un couche-tôt je suis un couche-tard, et d'essayer de respecter ça, si je peux, par rapport à mon mode de vie. Et deuxièmement d'aller sur le volet comportemental, c'est-à-dire de dire « Là vous passez trop de temps au lit » par exemple, « Vous ne dormez pas mais vous vous couchez trop tôt et vous vous levez trop tard. Vous ne dormirez jamais dix heures ». Donc essayer de restreindre cette plage de sommeil, on essaye de faire une restriction de la plage de sommeil et on voit dans quelle mesure ça marche ou pas. Ou proposer d'autres choses. Des fois je dis aux gens bah il faut faire un peu de luminothérapie, donc je le propose le matin, le soir, ça peut être ça aussi pour justement essayer de mieux caler notre horloge biologique, notre rythme circadien. Quand on a des avances ou des retards de phase ça peut être ça. Et puis dernier volet et ça je le fais en général, pendant toutes les consults on fait toujours de la thérapie cognitive, c'est toujours d'essayer de comprendre ce qu'il se passe un petit peu dans le fonctionnement, dans le mental des gens, dans le mode de fonctionnement des pensées pour par exemple objectiver des choses qui apparaissent souvent sur la thérapie des schémas, c'est-à-dire une tendance à voir d'une façon négative les choses, à avoir du pessimisme, à ruminer etcetera. Et ça ça fait partie d'un troisième volet de l'aspect plutôt de thérapie cognitive ou de thérapie pleine conscience. Je travaille beaucoup avec cette thérapie de pleine conscience pour justement arriver à observer ce qu'il se passe et simplement à l'accepter peut-être.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ?

M5 : D'accord.

I : Pour ce qui est des mesures d'hygiène du sommeil, dont le calendrier du sommeil.

M5 : Avantages-inconvénients ?

I : Oui.

M5 : Ah je ne vois pas d'inconvénients. Pour moi zéro. On devrait le faire systématiquement quasiment pour tout le monde. Et en particulier chez les jeunes parce que aujourd'hui les jeunes viennent rarement tout seuls au cabinet mais ils viennent accompagnés d'un parent parce que c'est le parent qui comprend pas ce qu'il se passe, soit parce qu'il est en difficulté scolaire, soit parce que il y a un décrochage, soit parce que quand le gamin devient irritable. Je dis le gamin ce n'est pas péjoratif c'est souvent des ados et des préados ils sont de plus en plus jeune. Bah concernant ce volet là c'est très intéressant pour les mesures d'hygiène de sommeil de se rendre compte que les jeunes ils n'ont pas leur quota quoi. Donc on fait un agenda du sommeil on leur demande moi je les responsabilise, les jeunes, même à 12-13 ans je lui dit « c'est toi qui va le remplir » le matin, pas la nuit bien sûr, on ne regarde pas son réveil, mais tous les matins tu vas mettre ça et en gros à quelle heure je me suis couché. Alors moi je ne suis pas scrupuleuse moi, j'ai une approche différente c'est peut-être mon expérience, c'est que je vais pas leur dire « il faut que tu renseignes comme-ci comme-ça », c'est « tu essayes » et c'est approximatif. Mais ça suffit, pour repérer les cycles de sommeil, les cycles voir si l'enfant se couche tôt ou tard, s'il a son besoin, s'il respecte son besoin de sommeil ça suffit largement, moi en général ils le font assez facilement, il faut vraiment faire en sorte qu'il y ait une bonne adhésion avec le jeune, il faut pas le culpabiliser ni rien, c'est essayer de trouver une bonne accroche pour qu'il ait envie de le faire. En général ils n'ont pas envie, mais au moins qu'ils se rendent compte, et puis s'ils ne le font pas complètement c'est pas grave mais ils ont compris le sens, donc en général ils savent très bien ce que ça veut dire. Donc avantages, je ne vois que des avantages à le faire, ça permet de bien repérer tous les problèmes notamment de manque de sommeil ou d'avance de phase ou de retard de phase sur lequel on peut éventuellement corriger un peu. Donc ça, on devrait tous l'avoir fait. Et puis c'est un bon outil, je trouve, je dirais de développement personnel... de connaissance de soi, aux jeunes on devrait le proposer et moi je serais pour qu'on propose ça mais je l'ai dit dix fois, au lycée, on peut très bien faire en sciences de la vie de la terre ou... un module, ça devrait être obligatoire, sur l'horloge biologique, avec des exercices très concrets à faire, ça pourrait très bien s'étudier et se faire en deux heures au lycée quoi et ça pour moi ça devrait être fait depuis très longtemps.

I : Les interventions psychologiques : la thérapie cognitive et comportementale, la sophrologie, l'hypnose...

M5 : Alors moi je ne fais pas d'hypnose, j'ai beaucoup appris en psychosomatique parce que j'ai fait le DIU de psychosomatique, c'était l'époque où il se faisait à l'hôpital. C'est comme ça d'ailleurs je pense que je suis venue un petit peu plus au sommeil aussi, parce qu'on avait cette approche-là globale qui est très différente de la TCC qui est plutôt une approche problématique, là on avait une approche très globale de la personne auquel j'adhérais bien. Parce que quand les gens ils viennent et bien ils viennent avec bah tous ce qu'ils ont quoi. À la fois leur histoire du moment mais j'ai dit j'ai dit leurs histoires du passé et puis toute leur souffrance, tout ce qui fait leur vie et donc j'aime bien l'idée qu'on puisse s'intéresser à eux avec cette approche-là. Donc je peux très bien utiliser tout en même temps. L'entretien motivationnel je l'utilise dès le démarrage, comme je vous ai dit, donc des techniques de motivation. Si je vois si les gens me disent « on m'a dit de venir » donc déjà je me dis « ah, attention, ça va peut-être être un peu compliqué » donc je laisse les choses se faire mais je suis d'emblée un peu plus vigilante. Et puis après, sur des techniques... voilà, soit je fais beaucoup de TCC parce que je sens que c'est nécessaire et que c'est la bonne technique, soit je pense qu'il faut vraiment avoir une approche plus centrée sur cet aspect psychosomatique quand on a à faire à des gens qui sont... Surtout sur la thérapie cognitive où on sent qu'il faut aller d'emblée sur des choses de thérapie cognitive, ou sur un manque de lâcher prise d'emblée. Les gens qui sont dans le contrôle permanent physiquement qui ressentent pas. On peut faire un exercice très vite de ressenti quand je vois que les gens « Non bah, ouais je vais bien ». Je leur dis « Mais qu'est-ce que vous ressentez, par exemple, au niveau des mains ? », « Ben, je sais pas, je ressens pas, ça va ». Donc ça peut être utile d'emblée de faire des techniques qui sont centrées plutôt sur ça, sur ces exercices-là de pleine conscience ou de psychosomatique qui consistent justement à mieux repérer ce qu'il se passe en moi au moment où je vais me coucher, qu'est-ce je ressens, comment je me sens, etcetera. Voilà, ça peut être ça.

I : Pour la luminothérapie ? est-ce que vous en prescrivez et...

M5 : Oui. Alors ça peut faire partie, pardon, des outils qui m'ont *aidée à*. Alors, *aidée à*, si j'ai besoin de resynchroniser l'horloge biologique, c'est à dire que par exemple... Quelqu'un qui a du mal à se lever le matin qui est en retard de phase qui va se coucher tardivement. Un jeune

par exemple, qui ne peut pas se lever le matin. Non seulement il va mettre ses réveils donc son père ou sa mère va le réveiller, mais on va lui dire expose-toi très tôt à la lumière. Et je vais dire aux parents il faut l'exposer. Et chez les gens âgés aussi d'ailleurs, vous avez des gens âgés qui de plus en plus se décalent. Donc on va leur dire il va falloir se lever tôt et puis il va falloir très vite ouvrir tous les volets voir vous mettre carrément devant une lumière pour vous exposer à la lumière très tôt le matin. Ce qui permettra de se coucher plus tôt le soir également parce qu'on va agir sur un facteur qui est la pression homéostasie. C'est à dire le fait que je vais commencer à m'éveiller plus tôt, donc ma pression homéostasique elle va commencer plus tôt. C'est la pression qui correspond à ce qu'on appelle un phénomène cumulatif de dettes de sommeil et donc ça va me permettre d'agir sur l'endormissement puisque j'aurai plus d'ondes longues de sommeil profond, donc ça va être quelque chose qui va m'aider à réguler mon rythme veille-sommeil. Et je pourrais dire aux gens... Et de la même façon, les gens qui ont des retards de phase je vais leur dire « Stoppez la lumière ! Arrêtez-moi *tous* vos écrans ! ». Et ça c'est compliqué chez le jeune, « Arrêtez cette lumineothérapie ! La lumière bleue est éveillante, 100 fois plus que la blanche, éteignez-moi tous vos écrans ! ».

I : Du coup les difficultés dans ces cas-là... ? ce serait plutôt l'adhésion des patients ?

M5 : Voilà, comme vous dites la difficulté c'est l'adhésion... Alors chez l'adulte ils le comprennent très bien. Ce qui est étonnant c'est qu'ils ont l'information. Tous les adultes me disent « je sais », tous les adultes me disent « je sais très bien qu'il faut pas regarder ». Ce qui est compliqué c'est d'aller trouver comme vous dites le levier qui va faire qu'ils vont adhérer. Et c'est là où les techniques d'entretien motivationnel etcetera vont aider. Quel est levier ? Il faut le trouver. D'accord, et c'est ça qui est important et il faut qu'on ait du temps c'est vrai que cette consult nécessite un peu de temps pour trouver. C'est rare que je vois les gens qu'une fois, souvent c'est deux, mais moi je ne les vois pas longtemps globalement. Donc ce volet-là hygiène de sommeil et tout, ou thérapie cognitive comportementale, il peut aller très vite. Moi je trouve que moi dans mes consults il va très vite.

I : L'acupuncture ?

M5 : Je fais pas... Alors oui excusez-moi je reviens l'hypnose. Donc moi j'ai appris plutôt des techniques d'autohypnose ça revient à ça en psychosomatique, on arrivait à cet état-là, prendre

conscience de l'état dans lequel je suis, voilà, je *me* sens être pour justement peut-être arriver à cet état de relâchement qui prépare à l'endormissement. Puisque par définition, au moment de l'endormissement, on va avoir un système d'endormissement avec un système GABAergique qui agit, mais si je suis dans l'hyper éveil et dans l'hyper... on va dire *activation* du système sympathique je ne peux pas m'endormir. Donc bien comprendre qu'il faut que je lâche pour permettre l'endormissement. L'hypnose ? Et bien il y a des gens qui l'utilisent très bien moi j'ai rien contre, tout est bon, si les gens adhèrent au principe d'hypnose, pourquoi pas, ils vont bien percevoir. Avec une modulation, c'est que dans l'hypnose je dirais ce qui est intéressant c'est de s'approprier des outils pour faire de l'autohypnose. Or ce qu'on voit souvent c'est des gens qui sont habitués à entendre la petite voix, ils se laissent guider et donc ils lâchent. Et c'est pas la même chose quand ils sont chez eux ils n'arrivent pas à mettre en pratique. Donc il faut vraiment amener, je trouve, à l'exercice, pour que les gens ils se l'approprient pour qu'ils puissent tout seuls le faire.

I : D'accord. Et donc pour venir à l'acupuncture...

M5 : Et l'acupuncture je ne sais pas, je n'ai pas l'expérience, donc je ne peux pas vous dire je ne vois pas beaucoup de gens qui... Alors les gens oui, qui en général ont des problèmes de sommeil, souvent ils arrivent chez moi... Mais souvent hein, je suis désolé mais c'est comme ça, ils ont tout fait avant. « Ça j'ai fait, ça j'ai fait, ça j'ai fait, ça j'ai fait, ça j'ai fait ». Donc ils ont fait l'acupuncture, le chiropracteur, ils ont fait l'hypnose, ils ont tout fait. Ils m'ont dit « oui ça a marché. Pendant deux trois fois c'est super, ça marchait bien et à nouveau... ». Pourquoi ? Parce que a priori il faut travailler sur tous les biais cognitifs et sur la thérapie cognitive. C'est elle le frein.

I : Les applications sur téléphone et internet ?

M5 : Pourquoi pas. Moi je dis, après tout, si vous voulez les utilisez à bon escient et dans de bonnes conditions, pourquoi pas, après tout. L'application qui permet simplement d'expliquer, je suppose que Christophe André en a fait plein, il y a plein de bouquins il y a pleins de trucs. Comme c'est notre référent en thérapie cognitive, en pleine conscience, pourquoi pas. Maintenant après l'idée c'est que les gens ils comprennent qu'il faut aussi qu'ils utilisent ça comme quelque chose qui va les aider à le faire tout seul. Et pas à être dépendant de quelque

chose parce qu'on passe pas d'une dépendance à une autre. J'étais dépendant de mon Stilnox® tout à coup je peux plus faire si j'ai pas ma radio sur les oreilles quand je m'endors ou si j'ai pas mon film quand je m'endors car il y a plein de gens qui ont besoin de s'endormir de lâcher prise. Parce qu'ils regardent *un* film ils savent qu'avec le film ils vont pouvoir lâcher.

I : Et l'expérience que vous avez là-dessus c'est plutôt ça...

M5 : Non, je dirais, moi c'est je dirais presque la tendance inverse c'est à dire que, ils utilisent ça, ça peut les aider, mais c'est pas abouti. Alors je pense que c'est bien mais c'est peut-être pas abouti. C'est à dire qu'il manque peut-être un petit quelque chose à la fin qui permet de se dire c'est *un* moyen, *une* technique, mais c'est pas la seule. Et si je peux aussi un jour par exemple ne pas avoir ce moyen-là, ou ne pas être au bon endroit etcetera ne pas avoir ce qu'il faut pour le faire, ce qu'il ne faut pas c'est que la peur de ne pas dormir elle revienne. Ça veut dire que le cercle vicieux il se remet en place tout le temps. Donc c'est vraiment la première chose c'est expliquer ce cercle vicieux. Ça c'est vraiment fondamental. Sinon ça revient tout le temps, les mécanismes reviennent. Soit ça revient parce que je reviens sur le mécanisme des pensées qui vont revenir à nouveau provoquer cette espèce de rumination qui va se mettre en boucle, soit parce que je me retrouve à nouveau agité dans mon lit donc bah je vais déclencher l'hyper éveil, soit parce que... voilà. C'est l'un des modes d'entrée dans le cercle vicieux de l'insomnie.

I : La phytothérapie ?

M5 : Alors oui parce que de toute façon les gens ils le font tout seul maintenant. Les pharmaciens ils leur délivrent plein de médicaments. Moi j'ai rien contre a priori, il y a quelques papiers qui sont sortis sur valériane eschscholzia donc les plantes pourquoi pas. A priori ces deux-là semblent marcher, on est quelques-uns à le dire d'ailleurs parmi les spécialistes du sommeil. Faut éviter les combinaisons où il y a tout en même temps. Parce que pense que ça sert pas forcément. Et puis la mélatonine si on considère que... je sais pas où on la met si on la met dedans...

I : Oui, c'est non médicamenteux.

M5 : Les gens ils l'utilisent. Alors 1 mg, 2 mg, maintenant on voit qu'en pharmacie ils en vendent à 2 mg et même que la mélatonine maintenant, on voit que les gens ils viennent avec, ils l'ont déjà. Comme nous il n'y a aucune contre-indication...

I : Des inconvénients ?

M5 : Bah moi je n'en ai pas pour l'instant donc je continue d'en prescrire moi quand il s'agit aussi... Et je fais une prescription à visée médicamenteuse, donc je vais faire vraiment des petites gélules, quand effectivement j'ai besoin d'agir sur l'horloge biologique et de resynchroniser l'horloge, surtout sur les gens qui ont un vrai retard de phase. C'est une bonne façon de passer du médicament, de l'hypnotique, et faire une transition. Donc c'est une bonne façon c'est chez les gens qui ont ce schéma de dépendance ça va leur permettre de basculer, pourquoi pas.

I : L'homéopathie ?

M5 : Pareil, l'homéopathie ça m'arrive d'en donner aussi ponctuellement. Je ne suis pas homéopathe mais j'ai deux-trois petites clés je peux en donner de temps en temps, pourquoi pas. Et parce que, il y a des gens qui ont *besoin*. C'est l'effet... je pense que c'est l'effet placebo je suis désolée, mais ils ont besoin d'avoir quelque chose. Donc si on peut donner... J'ai pas dit que c'était que du placebo l'homéopathie hein, il y a eu un débat il y a pas longtemps et il y a un débat en ce moment sur l'homéopathie. Mais voilà il va y avoir des gens qui vont adhérer donc très bien s'ils adhèrent. Ça veut dire que si on peut gérer leur problème médicamenteux en passant à l'homéopathie, ça me va très bien à moi. Enfin je pense.

I : Les centres du sommeil ?

M5 : Alors à Montpellier on a deux gros centres, alors après il y a des gens qui font du sommeil... mais on a que deux pôles de sommeil à Montpellier. Après il y en a un à Nîmes aussi hein. Donc ça fait Montpellier, on en a deux, dont l'hôpital, nous on a été formés par l'hôpital parce qu'à ce moment-là il n'y avait que celui-là quand moi j'ai passé mon DIU du sommeil. Dans le service du professeur De Villiers, donc c'était chez lui. Maintenant on a le pôle sommeil qui est à Beau Soleil mais on a un pôle complet parce qu'on est vraiment avec des formations

différentes puisqu'il y a une neurologue, qui est spécialisée dans le sommeil aussi, il y a un médecin nutritionniste qui travaille aussi avec le professeur Attalin au CHU. Et donc lui il voit toutes les... donc Vincent Attalin au CHU c'est super... Donc lui il a plutôt le pôle des obèses ou des gens... moi j'ai plutôt le volet insomnie, puisque j'ai une formation qui va dans ce sens-là et que ça m'intéressait bien aussi. On a une dentiste au pôle sommeil à Beausoleil qui permet de faire toutes les orthèses d'avancée mandibulaire donc c'est génial. Il y a une cardiologue qui est avec nous dans le pôle sommeil aussi qui travaille avec nous aussi. On a toujours du mal à voir un pneumo c'est dommage mais on a des pneumos avec qui on travaille. Et puis on a trois ORL qui sont aussi formés dans le sommeil qui sont vraiment les référents, qui sont là depuis très longtemps. Donc on a une super équipe. Enfin moi je suis ravi de mon équipe à Beausoleil, on travaille ensemble, on a des staff le mardi midi un mardi sur deux c'est super bien. Donc tous nos cas un peu compliqués on les aborde ensemble c'est très bien.

I : Quels seraient les éventuels inconvénients à prescrire à vos patients d'aller aux centres du sommeil ?

M5 : Aucun. Je pense même aussi qu'il faut aussi qu'on fasse des polygraphies, polysomnographies pour être sûrs que derrière un problème de sommeil, d'insomnie ou d'hypersomnie... Je dis toujours l'insomnie c'est évident qu'on va faire des polygraphies pour éliminer les SAS, mais il faut quand même, on a toujours ça derrière la tête hein, même moi qui suis spécialisée dans l'insomnie, il m'arrive régulièrement quand même de faire derrière des enregistrements du sommeil et puis me rendre compte qu'il peut y avoir de temps de temps quand même un vrai problème de *pathologie* à proprement parler du sommeil. Donc ça peut être même des PLM, des mouvements périodiques de jambes qui éveillent. Donc il faut qu'on est tous et on a tous cette approche-là, c'est qu'on ne travaille pas justement de façon séquencée, on a vraiment, enfin moi j'ai vraiment une approche globale et je pense qu'en médecine G on peut faire ça. Je pense que le médecin généraliste peut-être un très bon intervenant dans le domaine du sommeil. Je crois réellement qu'il a sa place dans le sommeil le médecin généraliste. Et pas qu'en neuro ou pas en... parce que justement la neuro elle n'aura pas cette approche globale de la personne. Donc voilà ce que je voulais dire. Ça nécessite du temps. Moi je prends pour ma première consultation, en pratique je mets des rendez-vous d'une demi-heure mais souvent dans l'après-midi je me décale ça veut dire que j'ai pas pu tenir une demi-heure ma consult c'est pas possible la première c'est au moins 40 minutes quoi.

I : Surtout pour les TCC j'imagine...

M5 : Mais même pour la première consult de sommeil. Si on veut vraiment avoir une bonne accroche et le comprendre. Je suis souvent dérangée par ça parce que les gens me disent « moi ma généraliste de toute façon... elle a rien compris » ou « elle sait pas », ou « il sait pas », « ça l'intéresse pas » et alors je suis obligée de reprendre « non mais, c'est peut-être que c'est juste parce qu'il a pas pris le temps et puis peut-être que c'est arrivé à la fin de la consulte : ah bah au fait, j'ai oublié de vous dire, je dors par depuis... » donc c'est compliqué, ça nécessite un temps dédié ça, vraiment.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M5 : Alors j'ai pas de besoin spécifique parce que je me donne le temps et j'ai la chance de le faire. En plus mon logiciel me permet... il y a un système de rendez-vous en ligne donc ça me permet de mettre différents types de rendez-vous. Donc moi j'ai des rendez-vous spécifique première consult de sommeil, après suivi de sommeil, après j'ai un rendez-vous de TCC, un rendez-vous de médecine générale... Je peux faire tout. Je peux faire mes rendez-vous d'urgence donc ça c'est prévu dans mon agenda et puis comme il est en ligne ça marche bien. Je réponds aussi au téléphone mais au moins ça me permet d'être moins dérangée. Et si on regarde mes besoins spécifiques ça serait plutôt de considérer qu'on doit être revalorisé dans nos actes. Aujourd'hui j'utilise l'acte APC de consultant pour la première consultation de sommeil. Donc c'est bien, c'est 50 €, donc c'est quand même valorisé. Par contre dans le suivi non. Donc ça veut dire que le suivi c'est une consult d'une demi-heure à 25 €. Ça c'est un peu dommage. Parce que tout le monde ne le fera pas. On ne peut pas. On ne peut pas fonctionner par demi-heure en médecine générale ce n'est pas possible à 25 €. Et ça je trouve qu'il faudrait que... Alors moi je n'ai pas de dépassement d'honoraires. Peut-être qu'il faudrait avoir un acte spécifique *consultation de sommeil*, prise en charge spécifique. Je dis pas qu'il en faut 10 mais 3 par exemple. Peut-être deux-trois ou une fois tous les deux-trois ans avoir le droit à une consultation de sommeil longue et d'avoir le droit à deux ou trois consultation de sommeil longue dans l'année. Si vraiment il devrait y avoir quelque chose qu'on devrait faire évoluer ça serait ça.

I : La même chose que pour la contraception...

M5 : Exactement. Non la contraception c'est chez la jeune fille je sais pas si vous avez vu et moi mes jeunes filles elles n'ont pas 18 ans tout quand elles viennent donc ça veut dire que quand elles viennent, si elles ont dépassé 18 ans, bah c'est 25 € et c'est plus du tout la même tarification. Donc ça encore c'est des biais on nous a encore bien eu là-dessus. Donc ça m'est arrivé il y a pas longtemps je me souviens elle avait 18 ans et 3 jours et après je me dis « bah non, je ne peux pas lui coter ». Bon voilà, mais comme tout, il faut du temps, si on veut bien faire les choses bah ça nécessite du temps. Le temps c'est de l'argent, il n'y a pas à dire on ne peut pas être dévalorisés là-dessus.

Interview de M6

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M6 : Ça m'évoque une demande extrêmement fréquente de la part de mes patients, en particulier et très curieusement souvent en fin de consultation. "Docteur est-ce que vous auriez quelque chose pour dormir ? Je ne dors plus". Alors qu'est-ce que ça veut dire ça ? Je dis "écoutez rasseyez-vous, parce que c'est un sujet à part entière de la médecine générale, les troubles du sommeil sont quelque chose de très très importants à considérer de façon sérieuse et non pas comme ça sur le pas de la porte ». Alors pour moi l'insomnie si vous voulez c'est tellement variable que c'est vécu par les gens de façon très subjective. Parce qu'il y a des gens qui pensent ne pas dormir alors qu'en réalité, quand on interroge par exemple le conjoint, le conjoint se dit « mais qu'est-ce qu'il raconte, il dort très bien, c'est pas vrai ». D'autres qui pensent dormir moyennement bien alors qu'en réalité ils ont des troubles du sommeil gravissimes. Donc c'est très difficile d'évaluer de façon objective une insomnie. Premier point. Deuxièmement, il y a une forte demande de la part des patients concernant la prise en charge *immédiate* du sommeil. Ils souhaitent avoir un médicament pour le soir. Le jour même, si j'ose dire. Donc c'est un petit peu complexe parce qu'on leur explique aussi que, enfin en ce qui me concerne, je leur explique que c'est pas du tout la meilleure solution que commencer à se prendre les « pieds dans le tapis » avec des médicaments dont ils vont devenir quasiment dépendants et qui au bout du compte ne fonctionneront plus au bout d'un certain temps. Donc il faut répondre quand même à la problématique du sommeil immédiat. Et c'est pour ça que on peut, après un interrogatoire quand même assez serré, leur proposer quand même une aide au sommeil immédiat pendant quelques temps, mais surtout, surtout, pas longtemps. Et leur demander ensuite de passer à autre chose. J'oriente souvent mes patients d'ailleurs vers une structure hospitalière qui évalue de façon scientifique la qualité de leur sommeil. D'ailleurs souvent c'est très utile parce que on leur prouve aussi par-là qu'ils n'ont besoin de rien et qu'en réalité ils dorment et qu'ils croient ne pas dormir et qu'en réalité ils dorment bien. Voilà. Donc c'est compliqué hein, le sommeil, en médecine générale c'est chronophage.

I : En dehors des médicaments, quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?

M6 : Ce qui me vient à l'esprit comme moyens c'est d'abord une hygiène de vie de fin de journée, en évitant d'aller faire du sport de combat un quart d'heure avant de se coucher, en ayant une alimentation relativement légère, avoir des pièces non chauffées, à température faible 18 ou 20 degrés maximum dans la chambre à coucher... Eviter aussi le recours aux ordinateurs tablettes etc. dont on sait qu'ils augmentent la fonction d'éveil par la lumière bleue qu'ils rayonnent... C'est valable pour les enfants ça, en particulier. Et puis ensuite des moyens non médicamenteux c'est hypnose, l'acupuncture ! On a un très bon acupuncteur ici au centre qui s'occupe de ça mais vraiment avec des résultats spectaculaires. Je suis même impressionné par les résultats qu'on peut en avoir. On est arrivés à sevrer des benzo des patients qui étaient accros depuis des années grâce à l'acupuncture. L'acupuncture est vraiment... Après derrière il y a la phyto et l'homéo mais c'est un petit peu médicamenteux aussi parce que on prend quelque chose. Voilà un petit peu mon approche.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour l'insomnie...

M6 : Oui, il n'y a pas longtemps.

I : Qu'est-ce que vous avez proposé ?

M6 : L'acupuncture.

I : Et les résultats ?

M6 : Et les résultats sont en train d'être tout à fait probants. Puisqu'après 5,6 séances la personne est revenue me voir en disant « Eh bien écoutez, j'ai pu arrêter le Stilnox® » ce qui est quand même pas mal, c'était l'objectif. « Et je dors maintenant entre 7 à 8h par jour quoi ». Grâce à l'acupuncture. C'est pas moi qui la fait l'acupuncture, je ne suis pas acupuncteur.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et les facteurs positifs de chacune ? Pour les mesures d'hygiène du sommeil et l'agenda du sommeil ?

M6 : Voilà, ça c'est intéressant. C'est intéressant. C'est pas facile à faire. Parce que c'est difficile de noter avec précision la date d'endormissement. Autant la date de réveil c'est facile mais je vous mets au défi vous-même de dire à la minute près à laquelle vous vous êtes endormie. C'est pas possible. À moins qu'il y a quelqu'un à côté qui dit « ah, ça y est, elle dort » je vais noter à telle l'heure. Mais sinon c'est très compliqué ça. Donc c'est intéressant mais... Je ne sais pas si c'est.... Je fais pas moi ça.

I : Les interventions psychologiques dedans je mets l'hypnose les thérapies cognitivo-comportementales la relaxation la pleine conscience.

M6 : Oui, voilà, tout ce cortège, c'est ce qu'on a dit tout à l'heure, l'hypnose etc. qui peuvent être effectivement des moyens intéressants.

I : Il y a-t-il des obstacles, des inconvénients ?

M6 : Le prix. Les sous. Ça coûte cher. L'hypnose c'est pas remboursé, ou très peu, sauf chez certains médecins qui en font. Et il faut pas mal de séances donc les gens me disent « Oh bah, j'ai pas les moyens, je peux pas le faire », à partir de là... Par contre les thérapies cognitivo-comportementales elles peuvent être faites par des professionnels, des psychiatres remboursés par la sécu, donc là ça peut aller mais c'est pas toujours le cas.

I : Et donc l'acupuncture ?

M6 : L'acupuncture elle est remboursée par la sécu elle est complètement prise en charge et c'est à mon avis, je crois moi, ma pratique, le meilleur moyen non médicamenteux de traiter les troubles du sommeil. J'en suis convaincu. Vu les résultats que j'en ai.

I : D'accord, pas d'inconvénients ?

M6 : Aucun. Aucun.

I : La luminothérapie ?

M6 : Oui alors j'ai jamais pratiqué, en théorie ça semble logique. La luminothérapie est très utilisée dans les pays scandinaves particulier. J'ai jamais pratiqué, je ne sais pas. Là « NSP », ne se prononce pas.

I : Tout ce qui est applications sur téléphone et internet ?

M6 : Oui alors ça c'est en train d'apparaître. Alors j'ai dit tout à l'heure que j'étais un peu contre les écrans le soir c'est quand même un élément de stimulation, de blocage de la mélatonine. Donc le problème est là. Donc c'est intéressant il y a des applis qui sont pas mal qui peuvent donner... Mais j'en ai pas une grande expérience. Les gens me disent « ah oui tiens, j'ai trouvé ça, j'ai trouvé si » mais vous savez il y en a tellement maintenant... Pas plus.

I : Il y a la phytothérapie...

M6 : Alors la phyto j'aime beaucoup, j'ai fait un cursus de phyto il y a 40 ans de ça. Donc j'utilise la phyto de temps en temps et ça donne des résultats... moyens. Franchement, c'est pas le top. Honnêtement c'est pas le top. Ça marche une fois sur deux. Voilà, 50 % de bons résultats. Avec des formulations qui sont connues. Alors je ne sais pas. J'en suis revenu un petit peu de la phyto.

I : L'homéopathie ?

M6 : Là aussi c'est pareil. L'homéo... la part placebo de l'homéo est monstrueuse donc c'est pas mal. Primum non nocere, au moins on est sûr qu'on esquinte pas les gens, ils prennent une granule de sucre le soir... Alors je suis méchant vis-à-vis de l'homéo mais objectivement... bon enfin bref. Donc je préfère effectivement donner deux granules de Gelsemium 9CH plutôt qu'un Stilnox® hein à choisir, c'est évident. Mais j'en ai pas du tout la conviction. Je leur dis « écoutez on va tenter... » j'essaie de le vendre quand même, parce qu'il faut vendre son médicament si vous voulez qu'il marche. Parce que sinon il ne marche pas. Si vous dites « je vous donne ça mais ça ne marche pas » vous verrez dans votre pratique, ça ne fonctionne pas du tout !

I : Et la mélatonine ?

M6 : Alors la mélatonine oui, bah oui la mélatonine c'est quand même la voie actuelle, qui est une réalité. La mélatonine je m'en méfie un petit peu de par son hépatotoxicité, enfin quand même, il y a quand même des choses à faire attention. Donc ça marche si on ne dépasse pas des dosages de 5 mg le soir on peut avoir des résultats intéressants. Il y a des échecs resplendissants d'ailleurs avec la mélatonine, des fois ça marche pas du tout. Et j'avoue que c'est une voie qui est intéressante, mais c'est une voie médicamenteuse, c'est pas une voie non médicamenteuse... Moi je le fais rentrer dans... C'est un médicament ! Moi si je prescris une gélule de mélatonine dosée à 5 mg le soir je donne, peut-être pas un médicament mais un remède. Donc pour moi par la question que vous posiez je voyais les choses en dehors de l'unité thérapeutique.

I : Et les centres du sommeil ?

M6 : Ah oui alors tout à fait. Alors je vous l'ai dit tout à l'heure, j'ai souvent recours d'ailleurs aux centres d'exploration du sommeil que ce soit hospitalier ou privé ou... etc. Parce que là on a des documents objectifs, qui nous permettent d'avoir des arguments pour montrer aux gens qui n'ont *pas* de trouble du sommeil, ou qu'ils en ont. Et selon les types de troubles du sommeil on a des correcteurs qui sont effectivement efficace je pense que c'est la grande voie et c'est la voie royale. Absolument. Moi je suis très pour. Mais il n'y a pas assez de place. Résultats des courses on a des temps d'attente qui sont très longs pour obtenir des rendez-vous et les gens ils sont un peu dans l'immédiateté. Quelqu'un qui dort pas... qui croit ne pas dormir depuis une semaine, il a pas envie d'attendre des rendez-vous dans trois mois pour avoir le centre du sommeil il veut quelque chose tout de suite.

I : Oui, ça c'est un obstacle.

M6 : Ah bah bien sûr. C'est un gros problème. C'est un problème.

I : Est-ce qu'il y aurait d'autres inconvénients à le prescrire ?

M6 : Non.

I : Quels seraient vos besoins à vous éventuellement pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M6 : Je reste un peu sec là mes besoins à moi je ne vois pas très bien...

I : Qu'est-ce qu'on pourrait éventuellement améliorer ?

M6 : J'avoue que je n'ai pas d'idée directe là-dessus. Je ne sais pas. Je n'ai pas d'idée là.

L'interrogatoire des gens on sait la faire. Alors le problème des troubles du sommeil c'est qu'on a pas d'examen clinique concernant les troubles du sommeil. Quand on a quelqu'un qui a une pathologie on peut l'examiner on peut voir ce qui se passe mais là, on ne peut rien faire.

L'interview du conjoint ou de la conjointe c'est intéressant parce que ça peut donner des infos, à part ça je ne sais pas. Je ne sais pas parce que si vous avez des idées il faudrait nous le dire parce que moi ça m'intéresse.

Interview de M7

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale qu'est-ce que ça vous évoque ?

M7 : Beaucoup de plaintes. Beaucoup de patients qui s'en plaignent. Pas toujours à juste titre mais beaucoup, beaucoup de plaintes. « Docteur, je dors pas bien, je me réveille, je ne dors pas. »

I : Et en dehors des médicaments quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?

M7 : Alors traitement c'est difficile c'est plutôt de mémoire, qu'est-ce qui peut causer l'insomnie, c'est de trouver une raison, s'il y en a une. Il n'y a pas tant de vraies insomnies que ça en fait. Quand on regarde c'est plus des gens qui dorment très tôt et qui se réveillent forcément à 4h. Quand on est couché à 9h, se réveiller à 4h bah ça fait quand même une nuit de 7h. Les gens trouvent qu'ils dorment pas. Mais ils se couchent trop tôt. Donc on essaie plutôt de les décaler tranquillement... enfin j'essaie de les décaler, de leur expliquer tranquillement, d'une demi-heure par une demi-heure, pour qu'ils changent un petit peu leur tranche. Parce que ce qu'ils veulent c'est arriver jusqu'au matin. Après... c'est plus essayer de voir si c'est dans un contexte de stress, un contexte particulier, s'ils sont tout seul, qu'est-ce qu'ils font quand ils ne dorment pas. Il y en a qui se lèvent qui... Il y en a une qui se lève et qui va faire son repassage. Bon. La plupart c'est plutôt, je prends un bouquin j'attends que ça passe. Et puis il y a ceux que ça énerve et qui viennent me voir. Alors eux c'est compliqué parce que eux ils veulent des comprimés, on a beau essayer de leur expliquer relaxation, détente... Ils veulent pas. Les autres on essaie de voir au niveau relaxation... Un moment j'avais des petits CD de musique de relaxation pour le soir pour l'endormissement. À force de leur prêter je les ai perdus. Donc j'en ai plus, mais je leur fais télécharger sur Internet, on arrive à trouver des musiques, des trucs comme ça. Après j'ai pas grand-chose d'autre...

I : Souvenez-vous d'un patient en particulier pour lequel vous avez prescrit un traitement non médicamenteux pour son insomnie.

M7 : Un en particulier... Non c'est tellement... Non.

I : Par exemple le dernier patient que vous avez vu qui était insomniaque...

M7 : Ouai... Ouais. Ok. J'en ai un.

I : Qu'est-ce que vous lui avez proposé ?

M7 : Alors. On est sur quelqu'un qui effectivement était complètement décalé dans ses horaires. C'est-à-dire que lui il trouve qu'il dort pas. En fait quand on a fait le calcul avec lui il dort beaucoup. Il fait aussi une grosse sieste l'après-midi. Donc là on a essayé de réguler un petit peu cette histoire de sieste. J'ai rien contre qu'il fasse une sieste mais je ne veux pas qu'il dépasse 1h pour pas empiéter justement sur l'endormissement du soir. Donc lui c'était quelqu'un qui faisait sa grosse sieste et ne s'endormait pas le soir, il s'endormait très tard et du coup le matin il compensait. Il dormait très tard le matin aussi. Donc on a essayé de réguler lui sur le côté sieste en premier, de diminuer quitte à mettre un réveil pour pas dépasser une heure et voir d'arriver après à le faire coucher un peu plus tôt et un peu plus en rapport aussi avec le moment où il a envie de dormir. Parce que s'il va se coucher à 9h et qu'il n'a pas envie de dormir forcément il ne va pas dormir. Voilà on en est là pour l'instant pour lui.

I : Pour ce patient qu'auriez-vous aimé lui proposer ?

M7 : Je ne sais pas.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Les mesures d'hygiène de sommeil, le calendrier du sommeil ?

M7 : Oui c'est intéressant parce que ça permet de leur faire toucher du doigt si vraiment ils dorment pas et s'il y a un rythme particulier et comment c'est. C'est intéressant.

I : Des inconvénients ?

M7 : Des inconvénients ? Il faut qu'ils adhèrent au truc, mais c'est ça c'est comme tout.

I : Pour ce qui est des interventions psychologiques et comme la thérapie cognitive et comportementale, l'hypnose, la relaxation, la méditation... ?

M7 : Je ne connais pas ce qu'ils peuvent faire en terme de thérapie cognitive et comportementale, les psychologues et tout ça, je ne connais pas ce qu'ils peuvent faire. Après au niveau relaxation, méditation, sophrologie, ça je sais que ça, pour avoir quelques patients qui ont essayé, ça peut les aider beaucoup à se détendre, à favoriser l'endormissement. Donc ça c'est bien. L'inconvénient, pour mes patients, c'est le prix. Ça c'est un gros problème. Pas pour tous mais... On en revient à la patientèle, hein. Ceux qui sont *corrects* peuvent aller payer une séance ou deux ou plus s'il y a besoin. Ceux qui, à la fin du mois, sont à compter à 4 euros près... Ils iront pas. Ça c'est vraiment un frein. C'est vraiment un frein.

I : D'autres éventuels obstacles ?

M7 : Non.

I : La luminothérapie ? Est-ce que ça vous arrive d'en prescrire ?

M7 : On l'a eu essayé pour... Alors c'est tout à fait personnel, du coup. C'est pour ma nièce, qui était très stressée, qui habite en Normandie en hiver il fait nuit tôt le soir et tard le matin. Donc on l'a eu essayé pour elle. Mais il n'y avait pas que le sommeil il y avait aussi beaucoup de stress donc c'était pas uniquement dans l'optique sommeil. C'était plus sur le côté stress. Il n'y a que pour elle que je l'ai testé. Ça l'aidait bien.

I : Des avantages ? Des obstacles ?

M7 : Je crois que je ne me suis jamais posé la question de l'utiliser uniquement pour le sommeil.

I : L'acupuncture ?

M7 : Alors ça arrive. Je n'ai pas pensé à en parler mais oui ça arrive que des patients... Ceux qui sont assez ouverts pour accepter l'acupuncture, oui ça arrive. Ça arrive, on essaie.

I : Les avantages ?

M : C'est pas médicamenteux, comme tout le reste.

I : Et les inconvénients ?

M7 : Il ne faut pas avoir peur des piqûres, même si ça ne fait pas mal. Après je ne sais pas, il n'y a pas de contre-indication avec quoi que ce soit. Mais je connais peu l'acupuncture je le conseille et puis après je passe la main. Je sais que ça existe mais je ne connais pas du tout.

I : D'accord. Pour ce qui est des applications sur téléphone et internet ?

M7 : Aucune expérience, je ne suis jamais allé voir à quoi ça ressemblait et du coup forcément j'en ai pas parlé, je ne savais même pas que ça existait.

I : La phytothérapie ?

M7 : Alors la phytothérapie oui je pensais que c'était classé dans le médicamenteux ?

I : Pas au sens strict du terme.

M7 : D'accord, alors la phytothérapie oui. La phytothérapie oui. Ça aide bien. Ça aide bien, c'est quelque chose que j'utilise très régulièrement justement pour ne pas passer sur des hypnotiques. Ça aide beaucoup, ça favorise l'endormissement surtout chez les plus jeunes qui eux seraient tentés de passer sur les hypnotiques. On essaye vraiment ça, ça marche bien. Après la petite mamie qui a son Temesta® depuis 40 ans... J'ai essayé au début où je me suis installée de leur enlever, de faire diminuer mais... Ça fait trop longtemps qu'elles le prennent c'est trop compliqué de... Elles y arrivent pas. Mais pour les jeunes qui n'ont jamais essayé... enfin jeunes ou moins jeunes, mais qui n'ont jamais testé les hypnotiques... Même quand ils ont testé d'ailleurs, mais c'est très bien, c'est une bonne alternative, ça aide bien...

I : Il n'y a pas d'inconvénient à la prescrire ?

M7 : J'ai pas d'inconvénient à la prescrire. Après ça reste quelque chose de pharmacologique avec toutes les réactions possibles. J'ai vu une hépatite médicamenteuse... enfin médicamenteuse... sur des tisanes. Avec une grosse consommation quand même, mais quand même une hépatite. La seule chose qu'on a retrouvé c'était les tisanes. Donc il y a quand même des inconvénients à ce niveau-là. Bon c'est pas courant non plus, mais ça existe. Certains trucs alors c'est plus le millepertuis par exemple mais c'est pas pour le sommeil c'est plus pour la dépression il y a des interactions médicamenteuses aussi. C'est pour ça que pour moi je le classais dans le médicamenteux.

I : Et pour la mélatonine ?

M7 : Alors la mélatonine je ne sais pas la manipuler, donc je n'en prescris pas, parce que je n'ai pas les connaissances. Je ne sais pas les indications exactes, les dosages, combien de temps, je n'en ai aucune idée.

I : Pour l'homéopathie, est-ce que vous en utilisez ?

M7 : Non. Enfin j'ai été associé avec un médecin homéopathe donc j'ai des patients qui sont encore branchés homéopathie donc ceux-là oui. Je ne suis pas franchement convaincue par l'homéopathie donc moi je ne l'initie pas. Après si les patients ont l'habitude, je n'ai rien contre. Pour le coup, pas d'effets secondaires pas d'interaction... de l'eau et du sucre... À part les diabétiques...

I : Les centres du sommeil ?

M7 : J'ai un patient qui y est allé mais lui c'était plus une histoire d'hypersomnie. Après j'ai pas eu l'occasion d'envoyer pour des insomnies. Voilà.

I : Est-ce que vous trouvez et qu'il y a des inconvénients, des obstacles à envoyer les patients au centre du sommeil ?

M7 : Non je pense, qu'on n'y pense pas. Je pense qu'on n'y pense pas. On pense au centre antidouleur mais au centre du sommeil j'avoue que c'est pas quelque chose qui me vient à l'idée en premier. Après si j'ai quelqu'un où vraiment on n'y arrive pas, y compris avec les hypnotiques on envisagerait mais la question s'est peut-être pas posée. Je ne sais pas.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M7 : Du temps. Du temps ça c'est sûr, parce qu'il faut arriver à trouver le pourquoi du comment, ça prend beaucoup de temps de discuter, de décortiquer. Voir comment dorment les patients, dans quel contexte, qu'est-ce qu'il y a autour. Qu'est-ce qui peut provoquer le fait qu'ils ne dorment pas. Je pense qu'il y a énormément de psychologique dans le sommeil. Donc beaucoup de temps. Et après, la formation aussi parce que je ne m'y suis jamais vraiment beaucoup intéressée pourtant c'est quelque chose de quotidien.

Interview de M8

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale qu'est-ce que ça vous évoque ?

M8 : L'insomnie, on va dire c'est trouble... tout ce qui est lié au sommeil : difficulté de dormir, d'endormissement, les réveils précoces... voilà.

I : En dehors des médicaments quels autres traitements viennent à l'esprit ?

M8 : Alors moi dans mon expérience personnelle je dirais qu'il n'y a pas grand-chose, si ce n'est plutôt après dans les psychothérapies, de la sophrologie... Voilà. Il y a quelques patients qui acceptent ça. On va dire sophro, acupuncture un petit peu et psychothérapies parce que ils ont souvent des troubles psychologiques associés... Voilà, c'est tout.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non médicamenteux : qu'est-ce qu'il s'est passé ?

M8 : Il revient. Alors souvent il tente un petit peu, on va dire, il se laisse pas beaucoup de temps, mais souvent après ils sont pas très satisfaits et ils reviennent.

I : Qu'est-ce que vous lui avez prescrit ?

M8 : Alors là c'était de l'homéopathie, moi que j'ai fait, puisque je ne connais pas... Voilà. L'homéopathie. Donc c'était à base de Gelsemium, Ignatia, Stress-doron®, Passiflora, ce genre de chose. Ça et puis un petit peu de Stresam® à la demande et surtout le soir pour des fois influencer sur le sommeil. Voilà.

I : Est-ce que vous avez reproposé ce traitement par la suite ?

M8 : Oui, un petit peu, mais... bon on sent très vite que souvent ils veulent d'un vrai médicament quoi, somnifère ou autre.

I : Quand il est revenu qu'est-ce que vous lui avez proposé ?

M8 : Du coup après on était reparti sur du Stilnox®, donc classique quoi, à la demande et donc vraiment au coucher. C'était de l'ordre d'un demi-comprimé qui a été essayé je crois 15 jours ou 3 semaines et puis... voilà.

I : Pour ce patient là qu'est-ce que vous auriez aimé lui proposer ?

M8 : Moi ce que j'aurais préféré en fait c'est être entourée parce que... Bon après je ne suis pas spécialisée là-dedans, il faut reconnaître. Mais on va dire qu'après c'est quelqu'un mais ils sont tous comme ça, ils ont tous une histoire d'enfance un peu particulière ou une histoire d'adulte ou une vie de couple ou avec les enfants... enfin toujours des petites choses qui leur rappellent que... enfin ils sont tous hyper stressés angoissés, et moi ce que j'aurais aimé c'est des choses qui sont ciblées en type de TCC, un soutien comme ça ; mais *qui* précisément, une adresse, des lieux et tout ça, c'est vrai qu'on est démuni quoi.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Les mesures d'hygiène de sommeil et l'agenda du sommeil ?

M8 : Oui alors je le fais. Pas avec tous parce que ça dépend après des patients, ceux qui sont cortiqués ou pas, ceux qui comprennent ou pas, déjà, parce que voilà, tous ne sont pas capables. Et on va dire... l'avantage c'est que ça peut marcher, c'est pas le problème, mais l'inconvénient surtout c'est que c'est pas suivi après. C'est fait au départ et puis souvent c'est... c'est abandonné quoi. Très vite. Donc on a pas un grand recul.

I : Les interventions psychologiques comme la TCC l'hypnose la relaxation la pleine conscience...

M8 : Moi je le propose. Après voilà, moi le gros problème que j'ai avec ça c'est qu'on est pas assez entourés et j'ai pas réellement après un, de recul parce qu'on n'a jamais de suivi, on a jamais de retour réel de tout ça, on les envoie et après on ne sait pas ce qui a été fait ou pas, et surtout on a pas beaucoup de professionnels de tout ça autour, pas vraiment de nom fiable quoi.

I : Pour ce qui est de la lumineothérapie ?

M8 : Je ne fais pas du tout, j'y connais rien, donc voilà.

I : Et pour l'acupuncture ?

M8 : Ça rejoint un peu tout à l'heure c'est-à-dire je le précise, je le propose des fois mais pas de retour, pas de recul, rien.

I : Les applications sur téléphone et internet en général ?

M8 : Je ne fais pas du tout. Après ça souvent s'ils l'ont fait ils ont fait d'eux-mêmes déjà. C'est une ère maintenant où ils ont déjà regardé. Moi je ne suis pas du tout fan de ça donc je n'en sais rien.

I : Quels sont pour vous les inconvénients ?

M8 : Les inconvénients c'est que je pense qu'il y a toutes sortes de sites et que ça doit aller... après c'est pas ciblé sur le patient puisque les insomnies sont plurifactorielles. Donc dans ce genre de site je pense que c'est fait pour... c'est une batterie de questions et d'aides mais c'est pas ciblé quoi.

I : La phytothérapie ?

M8 : Je ne connais pas, après le nom ça va me dire, oui, je connais un petit peu, mais je ne suis pas du tout calée là-dedans.

I : La mélatonine ? Vous en prescrivez ?

M8 : Non. Je connais mais pas de retour, je ne fais pas et pas de retour.

I : Et l'homéopathie ?

M8 : L'homéopathie oui.

I : Les avantages et les inconvénients ?

M8 : Les avantages c'est que c'est de l'homéopathie donc c'est pas mal, il n'y a pas d'addiction surtout à ça, donc l'accoutumance tout ça et autre... Et après... chez certains patients, ça dépend pour qui, plutôt les jeunes et plutôt des insomnies qui sont un peu plus réactionnelles parce que... parce qu'il y a beaucoup de boulot, parce qu'il y a beaucoup de choses à penser etcetera, ça peut avoir une efficacité.

I : Et les centres du sommeil, est-ce que ça vous est déjà arrivé de s'adresser au centre du sommeil ?

M8 : Une fois et c'est pour une narcolepsie, donc une insomnie avec associé une maladie derrière, donc je l'ai fait et c'était sur Gui de Chauliac. Mais je n'ai jamais eu de nouvelles, de retour sur ce patient.

I : Des inconvénients éventuels ?

M8 : Et bien après les inconvénients pour nous c'est pareil : c'est pas accessible, c'est des rendez-vous hyper longs, si on essaie de les avoir au téléphone c'est infaisable, et donc souvent on fait un courrier et voilà quoi.

I : Quels seraient vos besoins à vous pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M8 : Il y en a vraiment beaucoup. Les besoins surtout pour nous, c'est sûr que au lieu de foncer directement sur des médicaments d'emblée mais on va dire quand on est pris par le temps, que les patients ils ne comprennent pas trop, qu'ils viennent nous voir 600 fois, et nous font comprendre qu'à un moment donné ils veulent quelque chose... des fois on finit par leur donner quelque chose. Mais ce qui serait bien c'est d'avoir déjà un entourage, avec des adresses fixes, des vrais correspondants, sur tout ce qui est on va dire la sophrologie, acupuncture, homéopathie, enfin des méthodes on va dire « naturelles », « douces », de la

relaxation etcetera... Mais regroupées. Ou dans un centre ou dans une unité particulière etcetera avec des vrais retours aussi. Des patients qu'on enverrait, on aurait le retour, le suivi, si c'est positif ou pas, qu'on soit un petit peu aidés. Là-dessus, les généralistes, on est démuni complet. Et ça ça reste quand même un motif, j'allais dire « universel » quoi. Ça et la fatigue c'est les deux gros motifs dont on entend tous les jours tout le temps etcetera. Et à part finalement finir avec des vrais somnifères on voit que ça quoi. Entre ceux qu'on renouvelle après, ceux qui décrochent, qui reprennent un peu parce qu'ils ne comprennent pas qu'à un moment donné on ne peut pas rester avec mais... C'est dommage parce que je pense qu'on pourrait faire plus de choses et surtout mettre moins de médicaments. Donc après franchement c'est un bon sujet sur ça. C'est un bon sujet.

Interview de M9

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale qu'est-ce que ça vous évoque ?

M9 : Ça m'évoque que c'est très très compliqué et que c'est hyper fréquent. Voilà.

I : En dehors des médicaments quels autres traitements vous viennent à l'esprit ?

M9 : J'avoue que quand il s'agit de l'insomnie les patients sont très très demandeurs de traitements. Après c'est plutôt par rapport à la cause de l'insomnie. Et c'est vrai qu'il y a une grande majorité d'insomnie qui est due au stress, à la dépression, à plein de choses, donc c'est plutôt la prise en charge psychologique en fait. C'est ce qui me vient le plus. Après je pense qu'il y a d'autres choses aussi mais que franchement je ne pratique pas forcément.

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non médicamenteux pour son insomnie.

M9 : Un traitement médicamenteux ?

I : *Non* médicamenteux.

M9 : Non médicamenteux ? Oui, ça m'est arrivé deux-trois fois mais c'est dans le cadre psychologique, c'est toujours la même chose. Donc c'est une prise en charge avec la psychologue.

I : Donc vous lui avez proposé une prise en charge psychologique ?

M9 : Oui voilà c'est ça, et un anti-stress. Oui il y a quand même le médicament anti-stress.

I : Quels ont été les résultats ? Est-ce que vous avez eu du retour ?

M9 : Et bien il y en a eu quelques-uns pour qui ça a marché, d'autres moyennement. Oui ça dépend des gens. Moi j'ai une patiente pour qui ça a très bien marché.

I : Est-ce que vous avez reproposé ce traitement par la suite ?

M9 : Alors je n'ai pas eu l'occasion. En fait ça dépend vraiment du profil de chacun donc non je n'ai pas eu l'occasion.

I : Pour cette patiente, avec le recul, qu'est-ce que vous auriez aimé lui proposer ?

M9 : Non, je trouve que pour elle c'était la bonne solution. Je trouve que pour elle c'était la bonne solution la psychologue. Voilà c'était dans le cadre d'un stress lié au boulot, lié à des responsabilités etcetera, et en fait la prise en charge psychologique ça super bien aidé pour régler le problème.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Les mesures d'hygiène de sommeil et l'agenda du sommeil ?

M9 : Franchement ? Difficile à appliquer. Je trouve. Oui.

I : Pour quelles raisons ?

M9 : Et bien parce que les patients sont pris dans leur rythme de vie, dans tout ce qu'ils font, dans tout ça, et donc du coup ça fait partie des choses qui sont un peu des contraintes pour eux. En tout cas pour ma patientèle a moi.

I : Les avantages et points positifs ?

M9 : Ça peut aider à... C'est quelque chose qui peut aider. Mais malheureusement il faut que les gens l'applique quoi.

I : Tout ce qui est interventions psychologiques... ?

M9 : Et bien ça c'est selon les situations, selon la cause de l'insomnie ça peut très très bien marcher. Ou ça peut servir à rien du tout. Mais ça peut très très bien marcher selon la cause, si c'est le stress, si c'est un mode de vie un peu compliqué, si c'est de l'anxiété, si c'est de la dépression, tout ça. Bon il y a bien sûr un traitement médicamenteux à côté quand c'est de la dépression et tout, mais ouais ça aide beaucoup de voir un psychologue ça aide beaucoup beaucoup. Le seul désavantage c'est que voilà c'est pas remboursé donc du coup il y a certains patients qui sont un peu réticents à ça parce que 50 € la séance c'est un peu compliqué.

I : Est-ce qu'il y aurait d'autres obstacles ou inconvénients ?

M9 : Non, franchement par rapport à mes patients, non, pas d'autres obstacles, c'est juste le prix qui est embêtant.

I : La luminothérapie ?

M9 : Jamais essayé. Jamais essayé je pense que ça peut... Je pense que ça peut marcher mais j'ai jamais essayé et c'est vrai que je... Et c'est pas un truc que je fais forcément et auquel je pense donc je ne vois pas trop les avantages ou les inconvénients.

I : D'accord, pour ce qui est de l'acupuncture ?

M9 : Ça peut ça dépend des gens comment ils répondent à ça c'est toujours la même chose les désavantages c'est la séance payante, sauf prise en charge de la mutuelle de temps en temps.

I : Ça vous est déjà arrivé dans prescrire ?

M9 : Déjà d'en discuter. Après c'est vrai que j'ai aucun patient qui finalement s'est orienté vers ça. Il y en a eu vers les psychologues mais vers ça personne ne s'est orienté mais ça m'est déjà arrivé d'en discuter avec des patients.

I : Pour ce qui est des applications sur téléphone et internet en général ?

M9 : Je ne connais pas trop d'applications qui... par rapport à ça et je ne suis pas sûr, donc du coup comme je ne sais pas trop je ne sais pas s'il y en a qui fonctionnent réellement ou pas. Je ne suis pas vraiment au courant de ça.

I : Pour ce qui est de la phytothérapie ?

M9 : Oui.

I : Ça vous est déjà arrivé dans prescrire ?

M9 : Oui. Oui.

I : Et du coup, les avantages et les inconvénients ?

M9 : Moi je trouve que des avantages dans le sens où... en général ça ne fait pas trop de mal, et par contre ça ne marche pas chez tout le monde. Tout le monde ne répond pas de la même façon. Comme pour tout. Sauf que là c'est de la phytothérapie et puis il y a des gens qui ne répondent pas du tout du tout, et puis d'autres ça fonctionne très bien, ça dépend du répondant des personnes en fait.

I : Pour l'homéopathie ?

M9 : Oui. C'est pareil.

I : Ça vous arrive d'en prescrire ?

M9 : Oui

I : Les avantages ?

M9 : C'est exactement pareil en fait. C'est que ça peut marcher pour certaines personnes et d'autres ne répondent pas. Et si c'est pas remboursé ça peut être embêtant aussi, et voilà.

I : La mélatonine ?

M9 : Je ne suis pas très fan de la mélatonine, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs, mais je ne suis pas très très fan. Je prescris pas trop ce truc-là, à part à deux-trois personnes et les deux-trois personnes à qui j'ai prescrit ça n'a pas fonctionné du tout.

I : Les centres du sommeil ?

M9 : Je ne m'oriente pas beaucoup vers les centre du sommeil, j'ai pas vraiment eu le cas... Quand j'ai des patients qui ont des vrais gros troubles du sommeil je commence déjà par faire une polysomno, orienter vers un spécialiste pour qu'il voit un petit peu. Et puis les spécialistes eux-mêmes, pour l'expérience que j'en ai... Après, je ne sais pas, peut-être que j'oriente mal ou peut-être qu'eux-mêmes ne savent pas vers qui s'adresser, mais... c'est vrai que quand j'oriente à chaque fois au CHU des patients qui ont des problèmes de sommeil, ça s'arrête là. C'est-à-dire que le spécialiste voit, il dit « oh bon il y a rien » ou « c'est pas trop grave » et puis voilà, rentrez à la maison avec par exemple un petit peu de mélatonine pendant 3 mois, on va voir ce que ça donne. Voilà, c'est un peu ça, donc j'ai l'impression qu'on est tous un petit démunis, enfin moi je me sens un petit peu démunie face à l'insomnie, parce que c'est très difficile à prendre en charge et j'ai l'impression que les spécialistes chez qui j'ai adressé c'était moyen aussi. Et après les centres du sommeil en soi je n'ai jamais vraiment adressé dans des *centres* du sommeil, j'ai adressé toujours dans des services spécialisés de CHU où ils font les polysomno etc., consultation neurologue des choses comme ça, pour faire le point.

I : D'autres inconvénients à adresser à ces centres du sommeil ou alors à ces consultations spécialisées ?

M9 : Bah les inconvénients que j'ai eus avec les consultations spécialisées c'est que finalement ça n'a pas abouti à grand-chose, quoi.

I : Quels seraient vos besoins pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M9 : Peut-être une formation. Il faudrait que je me forme un petit peu. Ça ça serait un besoin. Et peut-être qu'il y ait un vrai réseau de prise en charge par rapport à ça parce que c'est un vrai problème de santé publique je pense, l'insomnie. Et je pense qu'il y a pas assez de prise en charge par rapport à ça, il y a pas assez de spécialistes, il y a pas... j'ai l'impression qu'il y a pas un vrai réseau qui est tissé par rapport à ça. C'est quelque chose « l'insomnie ? Ouai bon, t'arrives pas à dormir. Voilà quoi. » « C'est pas grave, c'est le stress, c'est ça... C'est pas grave quoi ». Alors que je crois qu'il y a une bonne moitié de la patientèle qui doit avoir des troubles du sommeil pour X ou Y raisons, on pourrait dire des raisons diverses et variées. Il faudrait qu'il y ait des spécialistes disponibles et des réseaux de prise en charge. Peut-être que les centres du sommeil peuvent faire ça très bien mais il doit pas y en avoir beaucoup je pense.

Interview de M10

I : Quand je vous parle d'insomnie en médecine générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

M10 : Déjà, c'est un problème qu'on rencontre très fréquemment. Il y a quand même beaucoup beaucoup de patients qui ont des problèmes de sommeil. Après... c'est pas toujours facile à gérer quoi. Parce que les gens sont complètement habitués à être traité médicalement, quand même, enfin pour la grande grande majorité. Et... du coup... ils restent quand même hyper dépendants de leur traitement. Et... voilà ? C'est quand même un problème qu'on rencontre beaucoup. Beaucoup de patients insomniaques quand même. Après moi personnellement ça ne me pose pas tellement de problème pour gérer ça, si ce n'est que les patients font pas toujours ce qu'on leur dit, au niveau, justement, des thérapies non... enfin de ce qu'on peut proposer au niveau non médicamenteux.

I : En dehors des médicaments quels sont les traitements vous viennent à l'esprit ?

M10 : Et phytothérapie vous le comptez dans les médicaments ?

I : Non, dans non-médicamenteux.

M10 : Ah, dans le non-médicamenteux, d'accord. Et bien déjà l'homéopathie, moi j'essaie toujours de mettre ça dans un premier temps, si c'est une première consultation. Après moi c'est un peu particulier parce que comme j'ai récupéré une patientèle en janvier, les gens qui prenaient leur Stilnox® depuis 10 ans... c'est pas la même problématique. Mais en non-médicamenteux, en première intention... Tout ce qui est homéopathie... Euphytose®, Anxemil®, Passiflore etcetera. Et après on conseille... moi je sais que j'essaie de leur donner pas mal de conseils sur les règles un peu hygiéno-diététiques quoi. Bon forcément éviter tout ce qui est excitants... le café l'après-midi... faire beaucoup de sport, quand même, moi je les oriente dans ce cas. Après, ils le font ils le font pas, c'est pas facile à savoir. Mais donc ouai en gros surtout ce qui est homéopathie, règles un peu hygiéno-diététiques, et après moi je leur conseille si c'est vraiment des insomnies liées à l'anxiété, ce qui est quand même la majorité

des cas, je leur dis justement il y a une sophrologue ici qu'ils peuvent aller la voir. Mais en gros, ouai sur le non médicamenteux... Non je ne vois pas d'autres choses...

I : Souvenez-vous d'un patient pour lequel vous avez prescrit un traitement non-médicamenteux pour son insomnie : qu'avez-vous proposé ?

M10 : Je lui ai proposé comme je fais souvent... En homéopathie vous parlez ?

I : Comme vous voulez, un patient en particulier, celui de votre choix.

M10 : Du coup c'était un deuxième patient que j'ai vu là... c'est rare mais un pour qui ça a marché, c'était un patient qui était sous... sous Imovane® je crois, et que voilà je lui ai fait comprendre que c'était pas très bon de prendre ça au long cours. Du coup je l'avais mis... C'était un ancien sportif mais qui en faisait moins, et avec un peu d'Euphytose®, je lui ait mis un peu d'Euphytose®, enfin au repas, au coucher, comme on fait... et reprise du sport, et ça avait pas mal marché oui. Il avait réussi à se sevrer de l'Imovane® grâce à ça. Bon après il y en a chez qui ça a pas marché mais...

I : Est-ce que vous avez repropoé ce traitement par la suite à d'autres personnes ?

M10 : Oui oui bien sûr oui. Mais après avec plus d'échec quand même que de réussite.

I : Pour ce patient avec le recul qu'est-ce que vous auriez aimé lui proposer d'autre ?

M10 : Je voulais voir ça dans un premier temps, après c'était vraiment un patient très angoissé donc je lui aurais peut-être proposé de la médecine douce type sophrologie, des choses comme ça. Après je sais qu'il y a l'acupuncture qui doit pas mal marcher mais je sais que je ne connais pas pour l'instant dans mes contacts un bon acupuncteur chez qui j'envoie les gens. Donc voilà. Mais après sophrologie, un truc de médecine douce quoi.

I : Dans les interventions non médicamenteuses que je vais vous proposer, quels sont celles que vous utilisez ? Pour vous, quels sont les obstacles et/ou les facteurs positifs de chacune ? Les mesures d'hygiène de sommeil et l'agenda du sommeil ?

M10 : Alors moi c'est vrai que je l'utilise pas, le calendrier du sommeil, enfin je ne le fais pas faire à mes patients. Mais les mesures d'hygiène de sommeil c'est ce que je disais tout à l'heure, pour moi ça comprend tout ce qui est alimentation, écrans... Voilà, limiter les écrans le soir. Essayer de ne pas boire forcément d'excitants le soir mais même après 14h. Ça c'est ce que je fais un peu, ce que je leur dis. Dans les règles...

I : Les avantages à les prescrire ?

M10 : À leur dire ? Et bien c'est que du coup c'est naturel quoi, ils prennent rien et c'est juste adapter leur façon de faire, quoi. Et notamment et aussi, pareil, de manger un peu léger le soir, on dort mieux quand même quand on digère... quand c'est plus facile à digérer. Donc alimentation légère le soir, voilà, ce genre de choses.

I : Est-ce qu'il y a des obstacles, des difficultés particulières à les prescrire ?

M10 : Les difficultés, dans la pratique, les difficultés c'est que les patients ils l'entendent mais ils le font pas forcément quoi. Ils sont généralement quand même en capacité de le comprendre mais après quand on leur dit faire du sport... Je veux dire y a des gens qui ne font pas de sport c'est quasiment impossible de leur faire accepter ça. Donc les obstacles c'est plus la compliance du patient quoi.

I : Pour ce qui est des interventions psychologiques : les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, la sophrologie, la pleine conscience...

M10 : Pareil, moi je propose de la sophrologie, après il y a les obstacles clairement ici ces financiers, dans notre bassin quoi. Ici on a quand même une patientèle assez... assez pauvre donc mettre de l'argent dans un sophrologue ils ne peuvent pas tous le faire. Donc déjà ça c'est le premier truc. Après les TCC, je ne sais pas les TCC pour les problèmes de sommeil je ne connais pas, j'ai pas de recul pour savoir si ça marche. Je sens que c'est quand même assez compliqué de le faire, enfin je sais pas, ou alors avec une psychologue en dehors. Enfin je n'ai jamais adressé un patient à une psychologue pour des problèmes de sommeil. Enfin si ça n'était qu'un problème de sommeil quoi. Mais ça... et après il y avait...?

I : Il y avait l'hypnose.

M10 : L'hypnose oui. Et l'hypnose c'est vrai que je le propose pas oui, mais je le propose pour d'autres choses mais pas pour le sommeil.

I : La luminothérapie ?

M10 : Pas trop d'avis sur la question je ne connais pas.

I : Pas d'expérience ?

M10 : Non, pas d'expérience sur la luminothérapie.

I : Et l'acupuncture ?

M10 : Et l'acupuncture je ne suis pas du tout renfermé à ça mais après c'est vrai que, pareil quoi, je n'ai pas dans mes contacts encore de bon acupuncteur donc oui, je n'envoie pas de patient chez l'acupuncteur moi.

I : Les applications sur téléphone et internet ?

M10 : Non, pareil non je... je ne savais même pas que ça existait.

I : Pas d'expérience là-dessus ?

M10 : Non.

I : La phytothérapie ? Les avantages et les inconvénients ?

M10 : Eh bien les avantages c'est comme tout homéopathie c'est qu'il n'y a quand même pas d'effets secondaires donc c'est déjà bien. Et à base de plantes, surtout passiflore etc., moi que j'utilise. Et... donc le gros avantage pas d'effets secondaires, après si je peux dire les limites un

peu c'est que... si on met ça derrière un vrai hypnotique c'est quand même beaucoup d'échecs je trouve, de traitement. Les patients ils reviennent et ils me disent « non, ça m'a rien fait » quoi. Donc comme limite je mettrais l'efficacité.

I : Et l'homéopathie ? Vous le mettez dans le même...

M10 : Oui je le mets dans le même... que la phyto. Après moi j'ai aucune formation en homéopathie, donc c'est vraiment les trois quatre médicaments que j'utilise mais j'en utilise très peu quoi. J'en prescris déjà très peu dans ma pratique donc très peu finalement aussi pour des problèmes de sommeil.

I : La mélatonine ?

M10 : La mélatonine je l'utilise peu en première prescription. Après j'ai des patients qui sont sous mélatonine, ouai. Que j'ai récupéré et à qui je renouvelle... mais... j'avoue que... j'ai pas non plus trop de recul sur ça. Je sais pas. Après je sais qu'il y a des patients chez qui ça marche, que j'ai des patients chez qui ça marche, après moi j'en prescris pas quoi... Enfin j'en initie pas en tout cas.

I : D'accord. Les centre du sommeil ?

M10 : Ouai, non, pas d'expérience.

I : Pas d'expérience ?

M10 : Non, pas d'expérience non plus sur ça.

I : D'accord. Quels seraient vos besoins pour mieux prendre en charge l'insomnie ?

M10 : ... C'est compliqué ça... Je sais pas, peut-être... avoir peut-être des formations, déjà. Un peu de formation sur ça. Arriver à avoir peut-être un peu plus de... Voilà être un peu plus informé, ça peut être une solution. Surtout la formation, oui, parce que je pense qu'on est peut-être pas très très bien formés... Je pense qu'on est pas très très bien formés sur ça, et c'est vrai

qu'on a les... enfin comme moi je fais quoi, on a les deux-trois trucs... Après c'est dur quand même l'insomnie parce que... c'est quand même... il y a quand même des trucs qui sont pas facile à gérer et faire arrêter un patient un traitement qu'il prend depuis 15 ans c'est... quasi impossible quoi. On essaye mais c'est dur quoi. Donc peut-être... si je dirai un truc, c'est un peu plus de formation sur ça.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge l'insomnie de l'adulte par les Interventions Non Médicamenteuses (INM), en explorant leur pratique.

Nous avons utilisé une méthode qualitative avec des entretiens individuels semi-directifs auprès de 10 médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique et obtenu un « arbre thématique » représentant les INM.

Cette étude montre que le principal outil des médecins généralistes dans l'insomnie de l'adulte est l'éducation du patient aux mesures d'hygiène du sommeil car c'est un outils simple, efficace et plus accessible que les autres INM. D'autre part, la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie semble être une difficulté pour la majorité des praticiens. Cette étude pourrait donc déboucher sur la mise en place de stratégies pour faciliter la prise en charge de l'insomnie pour les médecins généralistes.

MOTS-CLEFS : INSOMNIE ; TROUBLES DE L'ENDORMISSEMENT ET DU MAINTIEN DU SOMMEIL ; MEDECINE GENERALE ; INTERVENTION NON MEDICAMENTEUSE ; RECHERCHE QUALITATIVE

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand how general practitioners (GPs) treat adult insomnia through Non-Drug Interventions (NDIs), by exploring their practice.

We used a qualitative method with semi-directive individual interviews with 10 GPs from Languedoc-Roussillon. By means of a thematic analysis and obtained a « thematic tree » representing NDIs.

This study shows that the main intervention used by GPs for adult insomnia is sleep hygiene education because it is an easy, effective and more accessible tool than other NDIs. On the other hand, the non-drug management of insomnia seems to present difficulties for most of the practitioners. This study could therefore lead to strategies to facilitate the management of insomnia for GPs.

KEY-WORDS : INSOMNIA ; SLEEP INITIATION AND MAINTENANCE DISORDERS ; GENERAL PRACTICE ; NON-DRUG INTERVENTIONS ; QUALITATIVE RESEARCH