HAL open science

Connaissances, perception et prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois a 6 ans par des médecins généralistes de l'Hérault : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Cloé Dubois

To cite this version:

Cloé Dubois. Connaissances, perception et prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois a 6 ans par des médecins généralistes de l'Hérault : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02962791

HAL Id: dumas-02962791

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962791v1

Submitted on 9 Oct 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

Cloé Aïssa Romain DUBOIS

Le 22 mars 2018

TITRE :

CONNAISSANCES, PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT DE 3 MOIS A 6 ANS PAR DES MEDECINS GENERALISTES DE L'HERAULT : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Directeur de thèse : Philippe MUNCK

JURY

Président :	Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs :	Professeur Tu-Anh TRAN Docteur Elodie MILLION Docteur Philippe MUNCK
Membre invité :	Docteur Régis LOPEZ

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Cloé Aïssa Romain DUBOIS

Le 22 mars 2018

TITRE :

CONNAISSANCES, PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT DE 3 MOIS A 6 ANS PAR DES MEDECINS GENERALISTES DE L'HERAULT : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Directeur de thèse : Philippe MUNCK

JURY

Président :	Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs :	Professeur Tu-Anh TRAN Docteur Elodie MILLION Docteur Philippe MUNCK
Membre invité :	Docteur Régis LOPEZ

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 2017-2018

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS EMERITES

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

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
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
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
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
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
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER 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 1re 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
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

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
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
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 2EME 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
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
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
HAYOT Maurice-Physiologie
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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
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

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE – MEDECINE

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES 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 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES 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
LAINE 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
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A ces personnes sans qui cette thèse ne serait pas

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe MUNCK, je te remercie de t'être rendu aussi disponible et de m'accompagné et encouragé tout au long de la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, Monsieur le Professeur Tu Anh TRAN, Madame le Docteur Elodie MILLION, Monsieur le Docteur Régis LOPEZ, j'adresse mes sincères remerciements. Je vous suis reconnaissante malgré vos emplois du temps chargés de me faire l'honneur d'évaluer la qualité de ce travail.

A ma défunte grand-mère Marie-Claire Luce Apollon, « Fanm Vanyan » sans toi je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir été un modèle de courage et de détermination.

A mes parents, Monmon et Papoushka les mots ne suffisent pas pour exprimer ma gratitude envers vous et encore moins mon amour. Je n'aurais jamais réussi sans vous !

A Ibrahima, Sama mbëggël, merci pour tout ce que nous partageons et de me motiver à être une personne meilleure au quotidien. Comme tu le dis « Benn loxo du tàccu » (Une seule main n'applaudit pas)

A ma marraine Claude, tes conseils m'ont été d'une aide précieuse depuis ma plus tendre enfance entre aigles et dindons…

A Joan, Daniel et Avelina, je chéris votre amitié de tout mon cœur. Jojo merci pour ton appui pendant ces années d'externat, elles auraient été bien plus pénibles sans toi.

A ma cousine Walesa, pour ces délires et ces conversations interminables durant ces longues années. Puisse l'avenir nous en réserver encore un bon nombre.

A mon Jérome, mon frère d'une autre mère, mon confident, Misyé Jéjé ou ja sav…

A Lys, ta joie de vivre est contagieuse mi loquita cubana! TQM !

A Coralie, Stella et Laurène, des stages d'externat en passant par ces pseudo-révisions à la BU et ces sous colles d'ECN sans oublier cette folle balade nocturne au bord du Canal du Midi je suis heureuse de vous compter parmi mes amies les filles ! L'aventure ne fait que commencer !
PS : Laurène merci pour ta patience avec mes interminables questions !!

A tous les médecins qui ont participé à cette étude, un énorme merci !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ____ *15*

… QUELQUES REPERES SUR LA PHYSIOLOGIE ____ 16

… POUR MIEUX ABORDER LES NOTIONS SUR LA PATHOLOGIE ____ 18

Les insomnies ____ 18

Les parasomnies ____ 20

Les troubles respiratoires liés au sommeil: le Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS) de l'enfant 22

Mouvements associés au sommeil : le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) ____ 25

II. MATERIEL ET METHODE ____ *26*

II. 1. Schéma d'étude ____ 26

II. 2. Population ____ 26

II. 3. Entretiens semi-dirigés ____ 27

II. 4. Transcription et Analyse ____ 27

III. RESULTATS ____ *29*

III. 1 Déroulement des entretiens ____ 29

III. 2 Description de l'échantillon ____ 29

III. 3 Connaissances sur le sommeil, ses troubles, diagnostic et perception ____ 31

III. 3. 1. Evolution du sommeil physiologique ____ 31

III. 3. 2. Perception de la prévalence ____ 35

III. 3. 3. Dépistage ____ 39

III. 3. 4. Signes d'appel ____ 41

III. 3. 5. Eléments d'interrogatoire ____ 44

III. 3. 6. Le Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS) de l'enfant ____ 45

III. 3. 7. Prise en charge diagnostique ____ 48

III. 3. 8. Conseils autour du sommeil de l'enfant ____ 50

III. 3. 9. Des troubles banalisés? ____ 54

III. 4. Prise en charge thérapeutique ____ 55

III. 4. 1. Perception de l'attente des parents ____ 55

III. 4. 2. Traitement ____ 56

III. 5. Difficultés et besoins des médecins ____ 58

III. 6. Attentes et besoins ____ 59

IV. DISCUSSION ____ *62*

IV.1 Forces de l'étude ____ 62

IV. 1.1 Fiabilité interne ____ 63

IV. 1. 2 Fiabilité externe ____ 63

IV. 1. 3 Validité interne ____ 64

IV. 1. 4 Validité externe ____ 64

IV. 2 Limites de l'étude 64
IV. 2.1 Biais de sélection 64
IV. 2. 2 Biais D'information 65
IV. 2. 3 Biais d'interprétation 65
IV. 3 Des données inattendues 66
IV. 4 Les troubles du sommeil 66
IV. 4. 1 Evolution physiologique du sommeil dans l'enfance 66
IV. 4. 2 Perception de la prévalence 67
IV. 4. 3 Dépistage 67
IV. 4. 4 Prévention primaire 69
IV. 4. 5 Diagnostic 69
IV. 4. 6 Thérapeutique 73
V. BIBLIOGRAPHIE ***75***
VI. ANNEXES ***86***

I. INTRODUCTION

Le sommeil est un besoin primordial de l'organisme. Il joue un rôle fondamental dans les processus d'acquisition, de mémorisation et d'adaptation. Au cours des premières années de vie, le sommeil connaît des modifications importantes au niveau de sa structure, de sa durée et de son rythme pour atteindre les caractéristiques du sommeil de l'adulte. Cette période d'apprentissage et de changement est propice à l'apparition de troubles du sommeil.

Une étude nord-américaine réalisée en 2004 rapporte qu'environ 75% des parents ne sont pas satisfaits du sommeil de leur enfant et que seulement 10 à 14% en ont fait part à leur médecin. Malgré le peu d'études menées sur le sujet, toutes celles lues concordent sur le fait que les troubles du sommeil sont très fréquents chez l'enfant et peuvent avoir des répercussions physiques, psychologiques sociales et familiales non négligeables. De plus, non traités dès leur début, ils ont de fortes chances de persister avec l'avancée en âge.

Dans la tranche d'âge de 3 mois à 6 ans ces troubles sont le plus souvent d'origine comportementale. Ils sont dans la littérature retrouvés comme rarement dépistés, peu diagnostiqués donc peu traités.

Dans le carnet de santé, des conseils sont dispensés aux parents uniquement pour la prévention de la mort subite du nourrisson. Au cours des visites de 2, 4, 9, 24 mois ainsi que celles de 3, 4, 6, 8 ans, les parents sont invités à parler à leur médecin en cas de préoccupations sur le sommeil de leur enfant. Chez l'enfant plus grand, la recherche de trouble du sommeil est demandée pour l'examen de leur développement à 10-13 ans et 14-18 ans. Ainsi, les médecins généralistes, premiers interlocuteurs des parents au sujet de la santé de leurs enfants, ont un rôle important dans la prévention et la prise en charge de leurs troubles du sommeil.

C'est dans ce cadre que nous avons voulu savoir comment se fait la prise en charge de l'insomnie comportementale et autres troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois à 6 ans par des médecins généralistes de l'Hérault.

L'objectif principal de cette étude est de décrire et analyser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des troubles du sommeil dans cette classe d'âge par des médecins généralistes de l'Hérault.

… QUELQUES REPERES SUR LA PHYSIOLOGIE

Durant les premiers mois de vie le sommeil du petit humain connaît d'importantes modifications. Depuis sa vie in-utero il a un rythme dit ultradien où s'alternent toutes les 3-4 heures quatre stades de vigilance : éveil calme, éveil agité (avec ou sans pleurs), sommeil agité, sommeil calme. Pendant cette période, le nouveau-né ne fait pas de distinction entre le jour et la nuit. Il s'endort quasiment toujours en sommeil agité suite à l'éveil calme (et souvent une tétée) puis vient le sommeil calme. Ce rythme veille-sommeil est aussi en partie lié à l'alimentation.

Entre 1 et 3 mois, on observe progressivement l'apparition du rythme jour/nuit. En général vers 3-4 mois le rythme circadien (25 heures) est installé et avec l'allongement des périodes de sommeil. Il est important de donner à l'enfant à cette période de nombreux synchroniseurs externes afin qu'il s'adapte au rythme de 24h. Cela passe par l'exposition à la lumière du jour, par la régularité des repas, des levers et des siestes mais aussi par les moments d'interaction sociale. C'est aussi à ce moment (vers 4 mois) que disparaissent les réveils alimentaires du nourrisson et que « bébé fait ses nuits ».

Vers l'âge de 6 mois la structure du sommeil ressemble à celle de l'adulte. A noter que chez ce dernier, il persiste un rythme ultradien qui régule la périodicité du sommeil paradoxal qui revient toutes les 90 minutes. Selon Kleitman, ce rythme est également présent durant la veille : c'est le « Basic Rest Activity Cycle » (B.R.A.C). Il correspondrait à une variation cyclique de l'activité cérébrale.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

***Source** : Le sommeil, le rêve et l'enfant Challamel MJ, Thirion M.*

Entre 6 mois et 6 ans, on assiste à la réduction du temps de sommeil diurne avec une diminution du nombre de siestes. Il existe une variabilité entre les enfants mais en principe, le besoin physiologique d'effectuer une sieste disparait vers l'âge de 4 ans (mais certains enfants peuvent encore faire la sieste jusqu'à 6 ans).

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Les réveils nocturnes, physiologiques, sont fréquents entre 6 mois et 4 ans et ne posent problème que si l'enfant ne se rendort pas sans intervention extérieure.

Graduellement, le temps total de sommeil de l'enfant diminue jusqu'à l'âge adulte.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *http://www.objectifsante.mu (fait à partir du schéma de la National Sleep Foundation)*

… POUR MIEUX ABORDER LES NOTIONS SUR LA PATHOLOGIE

Le but de cette partie n'est pas de présenter de manière exhaustive les troubles du sommeil mais plutôt d'exposer ceux qui sont le plus souvent retrouvés dans la classe d'âge étudiée c'est-à-dire les enfants de 3 mois à 6 ans.

La classification Internationale des Troubles du sommeil (ISCD-3) publiée en 2014 par l'American Academy of Sleep Medicine est la référence pour le diagnostic des pathologies du sommeil. Elle distingue parmi les grandes catégories de troubles : les insomnies, les troubles du sommeil en relation avec la respiration, les hypersomnies d'origine centrale, les parasomnies, les mouvements en relation avec le sommeil et les autres troubles du sommeil.

LES INSOMNIES

Elles concernent 30 à 50% des enfants de la classe d'âge de notre étude. Chez eux, il s'agit la plupart du temps d'insomnie chronique d'origine comportementale encore appelée insomnie apprise. L'insomnie-symptôme d'une autre pathologie (organique ou psychiatrique) représente moins de 20% des cas.

L'insomnie comportementale s'exprime par des difficultés à s'endormir seul, une opposition au coucher, des réveils nocturnes itératifs souvent anxieux nécessitant l'intervention des parents. Elle a des répercussions aussi bien nocturnes que diurnes (latence d'endormissement de plus de 30 minutes, troubles de l'attention et du comportement, vie familiale…). Cette insomnie est due à des situations souvent imbriquées :

- Un conditionnement anormal à l'endormissement : l'enfant ne sait pas s'endormir seul et a besoin d'une intervention extérieure (biberon, bercement, présence des parents..) pour le faire.
- Une insuffisance de limites : correspondant à un manque de fermeté des parents face à leur enfant.
- Mauvaise hygiène de sommeil : comportement ne promouvant pas une bonne qualité de sommeil (siestes tardives, environnement…)

Son diagnostic est essentiellement clinique [Annexe 1] et se fait grâce aux éléments anamnestiques : durée du trouble, type de manifestation, contexte d'installation, solutions déjà tentées et résultat, organisation et environnement de l'endormissement et sommeil de l'enfant… sans se passer de l'examen physique afin de ne pas méconnaître une pathologie organique dont l'insomnie serait un symptôme. Il convient de réaliser un agenda du sommeil adapté sur plus de deux semaines. Les examens complémentaires (actimétrie, polysomnographie) sont réalisés en cas de doute diagnostic.

Son traitement passe par des mesures hygiéno-diététiques et environnementales :

- Horaires réguliers de coucher et de lever
- Ritualisation du coucher afin de le rassurer
- Activité physique régulière
- Calme avant le coucher
- Pas d'écran avant le coucher
- Chambre à température optimale (18-20°C), calme et qui n'est pas un lieu de punition
- Repas pas trop tardifs et pas d'excitant (caféine..) en deuxième partie de journée

Mais aussi par des stratégies cognitivo-comportementales adaptées à l'âge de l'enfant, pour en citer quelques unes:

- L'extinction :
    - Totale (« cry it out ») : l'enfant est mis au lit à l'heure prévue du coucher et toutes ses demandes à partir de ce moment sont ignorées en dehors de situations justifiant l'assistance des parents
    - Graduelle: l'enfant est mis au lit à l'heure prévue du coucher et les parents viennent le voir brièvement soit à laps de temps réguliers soit à laps de temps progressivement croissant (par exemple la technique du 5-10-15).
    - Avec présence parentale : L'enfant est mis au lit à l'heure prévue du coucher et les parents restent dans la chambre jusqu'à ce qu'il s'endorme mais ne le réconfortent pas s'il pleure.

- Les réveils programmés : l'enfant est réveillé avant ses réveils nocturnes habituels et le parent l'aide à se rendormir avec les méthodes habituelles. Au fur et à mesures ses réveils programmés sont espacés.

- Fading : l'heure du coucher est décalée afin de le coucher à une heure où il est en général endormi.

- Contrôle du stimulus : l'enfant doit quitter le lit s'il ne s'endort pas dans le laps de temps désiré par les parents.

- Le concept de « 3-step intervention » de Zurich (dès 6 mois) : la première phase consiste à mettre en place un horaire régulier de coucher et de lever après avoir identifié les préférences de l'enfant (couche tôt/ tard). Durant la seconde phase on adapte ces horaires à ses besoins propres en sommeil grâce aux données recueillies avec l'agenda du sommeil (siestes et sommeil de nuit). Pour terminer, pendant la troisième phase, on aide l'enfant à apprendre à s'endormir seul (rituel de coucher, objet transitionnel…).

Ce n'est qu'après échec de ces méthodes que l'on peut envisager un traitement pharmacologique qui doit toujours être adjuvant aux règles d'hygiène de sommeil et à la TCC. Ce traitement doit être de courte durée (< 4 semaines) à dose minimale efficace et faire l'objet d'une surveillance étroite de son efficacité et surtout de sa tolérance. En première intention, on utilisera la mélatonine (à partir de 1 an) et en seconde intention les antihistaminiques sédatifs ont leur place (hydroxyzine, diphénydramine).

Il est conseillé d'adresser au médecin du sommeil, au neuro-pédiatre ou au pédopsychiatre en cas d'absence d'amélioration malgré le traitement médicamenteux. **[Annexe 2]**

Le meilleur traitement de ce type d'insomnie reste la prévention par l'éducation des parents sur le sommeil de leur enfant (hygiène, notions de physiologie, limites à donner...).

LES PARASOMNIES

Elles constituent un groupe hétérogène dont la physiopathologie n'est pas très bien connue. Elles se manifestent par des événements moteurs et /ou sensoriels survenant à différents moments de la nuit (endormissement, phases du sommeil, éveils partiels). Elles sont en général de résolution spontanée et ne sont considérées pathologiques que si récurrentes. On note également une prédisposition génétique aux parasomnies et des facteurs tels que la privation

de sommeil et le sommeil fragmenté (dû à un SAOS, un syndrome des jambes sans repos…) favorisent leur apparition.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : http://sommeil.univ-lyon1.fr

Pour citer les plus fréquentes chez les moins de 6 ans:

- Les cauchemars concernent 10 à 50% des 3 à 5 ans et surviennent en sommeil paradoxal donc plutôt en milieu et fin de nuit. En général, on se souvient de ces mauvais rêves.

- Les terreurs nocturnes concernent 1 à 6,5% des enfants et surviennent en première partie de nuit (sommeil lent profond). Durant ces impressionnants épisodes l'enfant manifeste une peur intense (cris, sueurs profuses, tachycardie…) mais ne s'en souvient pas au réveil.

- Les éveils confusionnels ou « ivresse du sommeil » sont retrouvés chez 17,3% des 3 à 13 ans. L'enfant prend du temps pour répondre aux questions et parle au ralenti. Il peut aussi avoir des comportements inappropriés.

- Le somnambulisme atteint 17% des enfants et se manifeste par des phénomènes moteurs allant de l'enfant qui s'assied simplement à la déambulation inconsciente

ralentie. Il existe souvent une somniloquie associée et survient durant le sommeil lent profond.

- L'énurésie nocturne classée parmi les parasomnies dans l'ICSD-3 concerne 10 à 15% des enfants de 5 ans dans sa forme primaire et atteint plus souvent les garçons que les filles.

Le diagnostic de ces troubles se fait essentiellement par l'anamnèse. Il faut par contre être vigilant et ne pas méconnaître une épilepsie frontale nocturne ou encore une parasomnie symptomatique d'un trouble du sommeil en relation avec la respiration (SAOS) ou de mouvements en relation avec le sommeil (syndrome des jambes sans repos).

Le traitement des parasomnies du sommeil lent paradoxal passe d'abord par l'amélioration de l'hygiène du sommeil en évinçant les facteurs favorisants. Il faut aussi protéger l'enfant en sécurisant son environnement de sommeil.

Des techniques de TCC comme les réveils programmés 15 à 30 minutes avant le moment habituel de survenue des terreurs nocturnes ou du somnambulisme durant une semaine peuvent être utilisées. La relaxation, l'hypnose peuvent également aider. L'utilisation de traitement médicamenteux est exceptionnelle.

Il faut adresser au pédopsychiatre si l'on suspecte un trouble anxieux associé et bien sûr au spécialiste adéquat en cas de suspicion de parasomnie symptomatique.

LES TROUBLES RESPIRATOIRES LIES AU SOMMEIL :

LE SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (SAOS) DE L'ENFANT

Le SAOS correspond à des épisodes itératifs d'interruption partielle ou complète du flux respiratoire par obstruction des voies aériennes supérieures. Il concerne 2 à 4% des enfants sans différence de prévalence entre les filles et les garçons. Il est surtout retrouvé chez les 3 - 8 ans.

On distingue trois profils de SAOS chez l'enfant :

- Type I : hypertrophie adénoïdo-amygdalienne très marquée sans obésité

- Type II : obésité tronculaire et viscérale, un diamètre du cou augmenté et hypertrophie adénoïdo amygdalienne moins importante que dans le type I

- Type III : atteinte malformative cranio-faciale et/ou neuromusculaire et/ou respiratoire chronique.

Son diagnostic de certitude est posé par la polysomnographie mais dans les types I et II il n'est pas nécessaire de réaliser cet examen systématiquement avant d'envisager une adéno-amygdalectomie. [71]

Au niveau de la clinique, outre le recensement de ses caractéristiques anthropométriques de l'enfant (poids, taille, IMC) et ses antécédents, il faut chercher les signes diurnes et nocturnes évocateurs de SAOS. Aucun n'en est pathognomonique et c'est leur association qui rend le diagnostic plus probable. La triade la plus évocatrice est l'association de ronflements, d'une respiration irrégulière ou d'apnée et d'une respiration qui parait difficile.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *Diagnostic clinique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant Aubertin et al*

Ce tableau clinique varie en fonction de l'âge.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *Guilleminault C, Lee JH, Chan A. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome* [123]

On peut s'aider de certains questionnaires tels que celui de Spruyt Gozal traduit et validé en français dont la sensibilité et la spécificité sont aux alentours de 80%.

Une fois le diagnostic suspecté, il est de rigueur de faire évaluer l'enfant par un ORL qui posera l'indication le l'adénoïdo-amygdalectomie. Les autres traitements chirurgicaux sont beaucoup plus rarement réalisés. Une évaluation par un orthodontiste doit aussi être effectuée les anomalies maxillo-faciales aggravant l'obstruction n'étant pas rare chez ces enfants. Elles peuvent être corrigées ou améliorées par un traitement orthodontique. D'autres traitements devront également être envisagés en fonction du type de SAOS et de l'âge (perte de poids, éviction du tabagisme passif, ventilation en pression positive continue, rééducation linguale…).

MOUVEMENTS ASSOCIES AU SOMMEIL :

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS (SJSR)

C'est un trouble neurologique caractérisé l'apparition de sensations désagréables au niveau des membres inférieurs survenant quand l'enfant est au repos, surtout la nuit, à l'origine d'un besoin irrépressible de les bouger. Ces sensations sont soulagées transitoirement par le mouvement. Ce trouble peut être à l'origine de difficultés d'endormissement.

Sa prévalence chez les moins de 8 ans n'est pas connue. Cependant une étude de 2007 [124] montre qu'elle est de 1,9% chez les 8-11 ans et que les symptômes étaient apparus entre 5 et 7 ans chez 63% des enfants.

Des critères précis permettent le diagnostic du SJSR pédiatrique entre 2 et 12 ans.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *Konofal É. Syndrome des jambes sans repos chez l'enfant et l'adolescent. La Presse Médicale. mai 2010*

Le diagnostic du SJSR est clinique. L'existence d'un index de mouvement périodique des jambes supérieur à 5 par heure si une polysomnographie est réalisée conforte ce diagnostic.

II. MATERIEL ET METHODE

II. 1. SCHEMA D'ETUDE

Nous avons mené une étude qualitative sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes héraultais. Devant l'absence d'étude préalable sur le sujet, le choix d'une étude qualitative nous a paru plus judicieux. Les entretiens individuels ont été préférés au focus-group car certaines questions portent sur les connaissances. Elles pourraient mettre dans l'embarras certains candidats nuisant ainsi à la participation de tous les médecins et donc à la dynamique de groupe. Nous voulions leur assurer un moment de libre-expression.

II. 2. POPULATION

Les demandes d'entretiens ont été formulées par téléphone ou en personne en annonçant le thème « trouble du sommeil » sans mention de la population étudiée. Au moment de la sollicitation d'entretien, nous précisions systématiquement que la durée des entretiens était variable mais en moyenne d'une quinzaine de minutes. Une fois leur accord donné, un rendez-vous a été pris à leur convenance.

Les critères d'inclusion étaient : être un médecin généraliste titulaire d'une thèse d'exercice, d'être installé en libéral et d'exercer dans l'Hérault.

Les critères d'exclusion étaient : d'être un médecin ne faisant pas de pédiatrie ou au contraire d'avoir une activité exclusivement pédiatrique.

L'échantillonnage a été fait de manière ciblée. Les médecins sollicités étaient en grande partie des médecins que la thésarde avait remplacé ou rencontré au cours de remplacements et par la suite par échantillonnage boule de neige.

Un questionnaire quantitatif a été effectué pour caractériser au mieux les médecins interviewés. **[Annexe 3]**

II. 3. ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable. Il a été articulé autour de trois grandes parties et comprend six questions principales et de nombreuses questions de relance. **[Annexe 4]** Le premier segment porte sur les connaissances générales sur le sommeil, ses troubles et leur diagnostic. Nous y faisons l'état des lieux sur les connaissances des médecins sur l'évolution physiologique du sommeil entre 3 mois et 6 ans, sur les pathologies du sommeil et la place qu'ils y accordent en consultation. Le deuxième segment s'intéresse à leur prise en charge thérapeutique des troubles du sommeil. La troisième partie se soucie des difficultés ressentie et de leurs besoins sur le sujet.

Un entretien pilote a été effectué avec le Docteur MUNCK afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions, d'y apporter des modifications si nécessaire mais aussi pour améliorer la technique d'interview de la thésarde tout cela dans le but d'assurer la fluidité des entretiens.

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet de consultation du médecin interviewé en fin de journée, au début de leur pause de midi ou durant une journée de repos.

Durant leur déroulement, l'intervieweur a tâché de rester neutre dans ses réponses en faisant de nombreuses reformulations, demandant des précisions et modifiant l'ordre des questions quand nécessaire.

Les enregistrements ont été réalisés grâce à un dictaphone de la marque Olympus modèle VN-731PC. Après une phrase standardisée d'introduction du sujet de recherche, le consentement oral à cet enregistrement a été obtenu (et enregistré).

II. 4. TRANSCRIPTION ET ANALYSE

L'intégralité des entretiens audio ont été retranscrits mot à mot sans modification à l'aide de l'outil internet oTranscribe.

Les verbatims obtenus sont anonymes et sont consultable en annexe **[Annexe 10]**. Chaque médecin s'est vu attribuer une lettre en guise de nom pour les différencier (Médecin A, B, C…).

Une analyse de contenu thématique a été effectuée.

La première interview une fois transcrite, une lecture initiale « flottante » a été faite ce qui nous a permis de saisir le sens global du texte en identifiant les principales rubriques. Une seconde lecture, elle, a permis le découpage en unité d'analyse, de dégager les thèmes, les occurrences et de les coder. La même procédure en deux lectures a été utilisée pour les autres entretiens permettant la création de nouveaux thèmes.

Le premier codage axial a été réalisé à l'aide du logiciel gratuit RQDA (R package for Qualitative Data Analysis) qui n'a en aucun cas effectué le codage à notre place mais a facilité la création de rubriques, de thèmes et le groupage des segments de discours les illustrant.
Le deuxième codage, lui aussi manuel, a été effectué avec le logiciel NVivo Pro 11.

L'analyse des verbatims a été réalisée deux fois de néant par le même opérateur.

III. RESULTATS

III. 1 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Entre le 28 avril 2017 et le 12 juillet 2017, 12 entretiens ont été réalisés successivement. Ils ont duré entre 8min56s et 21min56s et en moyenne de 13min51s. Au bout de 11 entretiens aucune nouvelle catégorie n'a été crée, nous avons conduit un dernier entretien qui a confirmé l'obtention de la saturation d'idées. Des 14 médecins sollicités pour cette étude, un médecin a refusé de participer à l'étude car surchargé de travail et un autre n'a pas été inclus car nous étions déjà parvenu à saturation.

III. 2 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Les médecins interviewés étaient 8 hommes et 4 femmes âgés de 32 à 68 ans (moyenne : environ 48 ans). Dix d'entre eux exerçaient en milieu semi-rural contre deux en ville. Un des médecins tenait un cabinet seul. Les autres étaient tous en cabinet de groupe.

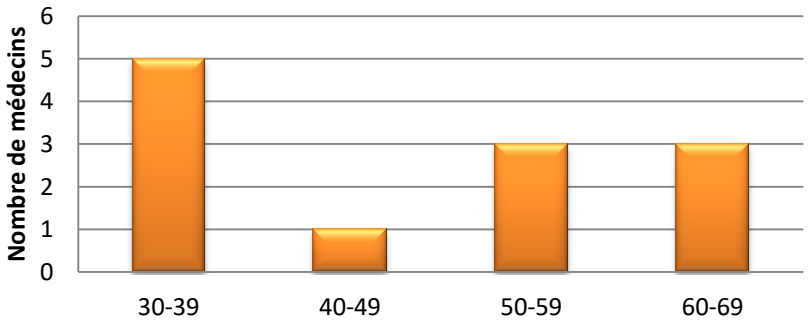


Figure 1 : Répartition de l'âge des médecins

Ils étaient en moyenne installés depuis 16 ans (1 - 40 ans) et en exercice depuis 19 ans (4 - 43 ans).

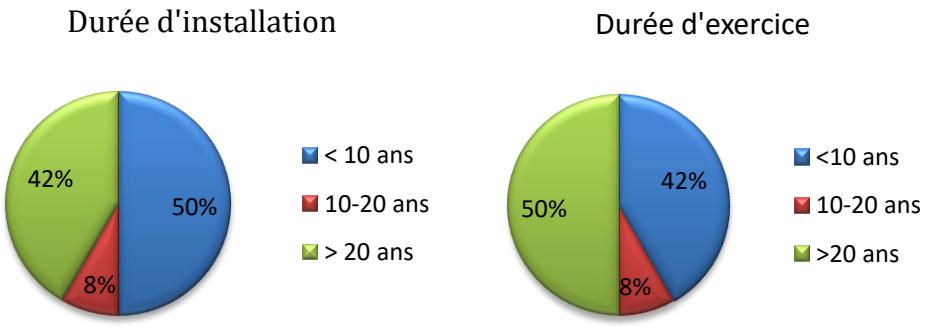


Figure 2 : Durée d'installation et d'exercice des médecins

Ils assuraient tous leur formation continue par divers moyens et un même médecin utilisait souvent plusieurs supports.

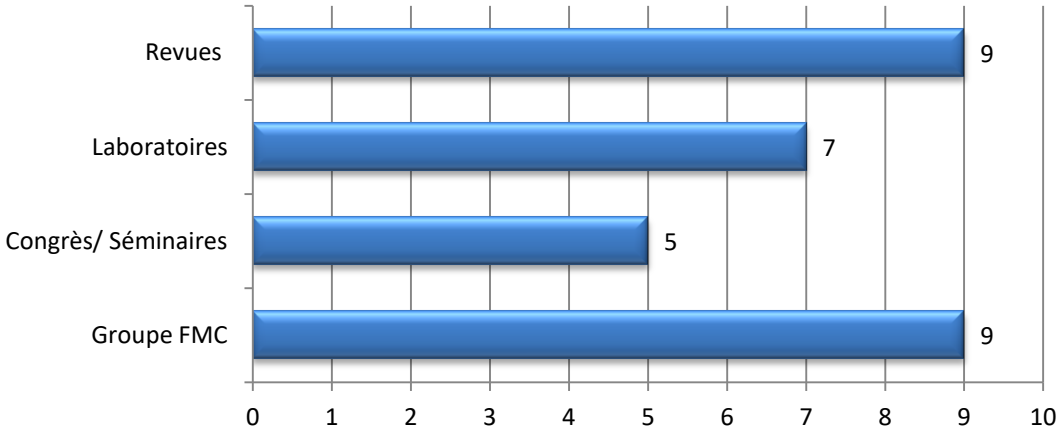
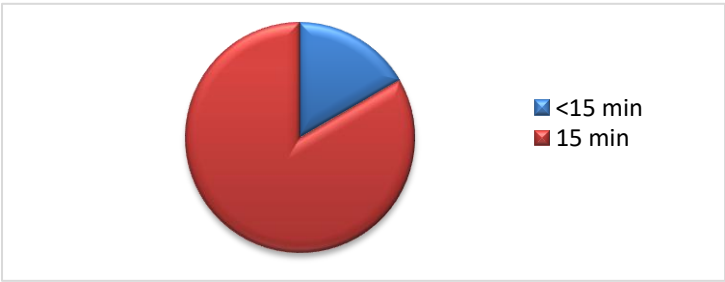


Figure 3 : Mode de formation médicale continue des médecins *(FMC : Formation Médicale Continue)*

Dix d'entre eux consacraient en moyenne quinze minutes par consultation contre deux qui en accordaient environ dix.

Figure 4 : Nombre moyen de minutes par consultation par médecin



Huit médecins avaient effectué des formations complémentaires parmi lesquels deux étaient titulaires de diplômes complémentaires (Diplôme universitaire, attestation) en rapport avec la pédiatrie.

	Sexe	Age (années)	Exerce depuis (années)	Installé depuis (années)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Mode de FMC	Diplôme(s) complémentaire(s)	Temps de consultation
Médecin A *Entretien de 572s*	M	38	8	5	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC	Ostéopathie	15 min
Médecin B *Entretien de 810s*	F	42	14	7	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC Revues Congrès Laboratoires	DU Pédiatrie DU Gynécologie	15 min
Médecin C *Entretien de 730s*	M	33	4	1	Semi rural	Cabinet de groupe	Revues Laboratoires		15 min
Médecin D *Entretien de 536s*	M	36	8	2	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC Revues	DESC Addictologie	15 min
Médecin E *Entretien de 827s*	M	63	33	33	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC Congrès	Médecine du Sport DU Lecture ECG DU Mésothérapie	15 min
Médecin F *Entretien de 1022s*	F	35	7	4	Semi rural	Cabinet de groupe	Congrès Revues Laboratoires	DU Gynécologie	15 min
Médecin G *Entretien de786s*	F	32	5	1	Semi rural	Cabinet de groupe	Revues Groupe FMC Laboratoires		15 min
Médecin H *Entretien de 821s*	M	64	35	35	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC Revues	Médecine du Sport Réparation des domages corporels	15 min
Médecin I *Entretien de 1316s*	M	68	43	40	Semi rural	Cabinet de groupe	Revues Groupe FMC Laboratoires Conférences	Attestation de pédiatrie	15 min
Médecin J *Entretien de 904s*	M	53	22	17	Ville	Seul	Congrès Revues Internet Laboratoires	Diabétologie	10 min
Médecin K *Entretien de 817s*	M	58	30	28	Semi rural	Cabinet de groupe	Groupe FMC Revues Laboratoires		10 min
Médecin L *Entretien de 832s*	F	50	23	21	Ville	Cabinet de groupe	Groupe FMC DPC		15 min

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

FMC : Formation Médicale Continue ; DU : Diplôme Universitaire ; DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires ; DPC : Développement Professionnel Continue

III. 3 CONNAISSANCES SUR LE SOMMEIL, SES TROUBLES, DIAGNOSTIC ET PERCEPTION

Le diagnostic du pathologique ne peut se faire sans la connaissance du physiologique. Nous avons donc cherché à distinguer ce que les médecins jugeaient physiologique et ce qu'ils jugeaient évocateur de trouble du sommeil.

III. 3. 1. EVOLUTION DU SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE

La plupart des médecins interrogés sont d'accord pour dire que :

- La **durée de sommeil diminue**

MEDECIN F : *« Le nourrisson dort beaucoup plus que l'enfant qui grandit. »*

MEDECIN B : *« Je pense que le sommeil se restreint dans sa durée en grandissant, probablement il y a des différences dans les différentes phases de sommeil ça doit évoluer entre 0 et 6 ans mais je ne les connais pas. »*

- Les enfants font **moins de siestes** avec l'âge

MEDECIN C : *« Jusqu'à l'entrée en primaire on réduit progressivement avec une sieste seulement d'une demi-heure/ trois quart d'heure »*

Et ces siestes devraient être **maintenues jusqu'à 4-6 ans**

MEDECIN D *« La sieste est recommandée quand même relativement tardivement donc jusqu'à au moins 5 – 6 ans c'est bien de faire une sieste »*

MEDECIN L : *« Alors la sieste… ouais c'est vrai…la sieste euh… elle est indispensable à mon avis les enfants ont besoin de sieste jusqu'à ce qu'ils entrent au CP. »*

Néanmoins un des médecins pense <u>qu'après 3 ans les siestes ne sont plus forcément nécessaires :</u>
MEDECIN I *« Je pense qu'après 3 ans les siestes sont plutôt parfois imposées par les parents pendant les vacances scolaires pour calmer le jeu et pour calmer les enfants sans être vraiment d'une réelle nécessité. »*

Un autre médecin a souligné que tous les enfants n'ont <u>pas les mêmes besoins en termes de sieste</u>
MEDECIN J : *« Les siestes sont parfois…J'ai l'impression que dans notre société la sieste est presque obligatoire chez les petits. On les voit à la crèche à la garderie où on les oblige à aller dormir...j'ai un très mauvais souvenir de ça […] A la crèche à la garderie, on à l'impression de la*

sieste est obligatoire. Je ne suis pas persuadé que tous les gamins soient égaux là-dessus. Il y a des gamins qui ont peut être besoin de faire la sieste d'autres non... »

- Les **réveils nocturnes** deviennent moins fréquents selon les participants

MEDECIN A : *« Au début il est entrecoupé l'enfant se réveille plus souvent je pense et après la durée du sommeil s'allonge au cours de sa croissance. »*

MEDECIN I : *« L'architecture du sommeil se constitue et donc l'enfant arrive en principe à mon avis vers deux ans à avoir des sommeils beaucoup plus réguliers et beaucoup plus complets donc avec des réveils nocturnes moins fréquents. »*

- Certains médecins ont évoqué le fait que les **réveils alimentaires** devraient disparaitre avec des repères d'âge variables.

MEDECIN B : *« Euh… alors, on va dire qu'initialement il y a des réveils nocturnes qui sont plutôt alimentaires et ça peut aller vers plus de réassurance au moment des angoisses et ensuite je pense <u>qu'entre 6 et 9 mois</u> on essaye qu'il n'y ait plus de réveils alimentaires dans ce cas là les réveils sont surtout de la réassurance sur des cauchemars et ça ça peut durer un certain nombre d'années. »*

MEDECIN F : *« Les nuits s'acquièrent de façon sans réveil de façon aussi très variable normalement dans la première année et <u>vers 4 mois</u> l'enfant normalement n'a plus besoin d'être nourri la nuit de façon physiologique. »*

- L'enfant devrait **faire ses nuits** là aussi avec des repères d'âge variable

<u>Avant 12 mois</u> pour un : *« A partir de… je sais pas dès qu'on dit que l'enfant fait ses nuits c'est tout je sais pas…c'est euh...4 mois ? Il peut y avoir des petits réveils nocturnes, des micro-réveils et l'enfant se rendort vite. Il y a des enfants qui dorment toute la nuit sans soucis vers quatre mois il me semble. »* MEDECIN L

Entre 12 et 24 mois pour un autre : *« Il y a la diminution du sommeil lent profond, des phases d'éveil diurnes plus fréquentes et 6 ans, ils sont déjà à l'école quand même et avec ce que les parents me disent, ils commencent à faire leurs nuits complètement parce que normalement il y a des réveils plus ou moins physiologiques jusqu'à un âge variable suivant les familles mais au moins jusqu'à 1 an, 2 ans ça peut arriver. »* MEDECIN H

- Nombreux médecins pensent que le sommeil est **bien structuré** entre 1 et 3 ans

et que l'enfant devrait avoir une « pseudo-autonomie de sommeil » (MEDECIN B)

MEDECIN I : *« L'architecture du sommeil se constitue et donc l'enfant arrive en principe à mon avis vers deux ans à avoir des sommeils beaucoup plus réguliers »*

MEDECIN L : *« Ah oui d'accord… et puis … ça se met en place tout doucement. A 1 an déjà ils ont le sommeil à mon avis déjà bien architecturé. »*

- Un de ces médecins pense qu'il y a **une augmentation physiologique du nombre de réveils nocturnes**

MEDECIN E : *« Les réveils nocturnes, c'est vrai que vers l'âge de 3 ans où ils découvrent un peu leur personnalité, l'âge du non on va dire, les réveils nocturnes sont peut être un peu plus fréquents moi je dirais à cet âge là, vers 3-4 ans. Ils sont plus fréquents surement »*

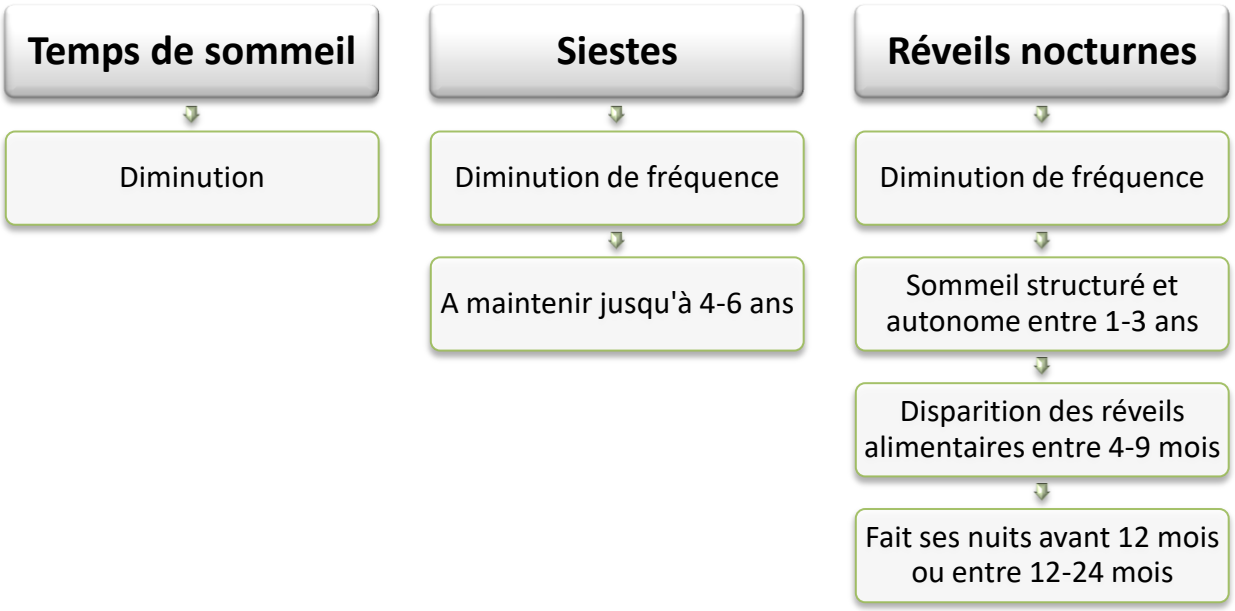


Figure 5 : Evolution physiologique du sommeil de l'enfant

III. 3. 2. PERCEPTION DE LA PREVALENCE

Nous avons jugé intéressant de nous enquérir auprès des médecins de la fréquence des troubles du sommeil dans leur pratique en leur demandant d'estimer la prévalence de ces pathologies :

- La plupart des médecins qui ont participé à l'étude, estiment que **les troubles du sommeil sont des pathologies peu fréquentes** avec une estimation de la prévalence n'excédant pas 15% (pour ceux qui l'ont chiffrée) des enfants de la classe d'âge étudiée (7/12) :

MEDECIN I : *« La prévalence je ne pense pas qu'elle soit très importante. J'ai jamais eu, ça fait pas mal d'années que j'exerce… j'ai jamais beaucoup de problèmes enfin ce sont surtout des problèmes éducatifs »*

MEDECIN B : *« Je dirais, je sais pas, entre 1 et 10% au hasard et après qu'est-ce que je sais sur les troubles du sommeil? »*

MEDECIN H : *« Je dirais que c'est du 2 à 3% maximum. Lorsqu'ils viennent consulter... c'est peut-être plus que ça après mais dans ma pratique... »*

- Certains n'ont **pas souhaité se prononcer** nous disant qu'ils **ne pouvaient pas l'estimer** (3/12):

MEDECIN C : *« Honnêtement je n'ai aucune idée, je ne sais pas du tout...je ne saurais pas vous dire »*

MEDECIN D : *« Non, je dirais n'importe quoi au hasard donc ça n'a pas d'intérêt »*

- Deux médecins pensent qu'il s'agit de pathologies **fréquentes**

MEDECIN G : *« je dirais que c'est relativement fréquent mais que ce sont des choses relativement bénignes qui en général se résolvent quasiment d'elles-mêmes avec le temps. »*

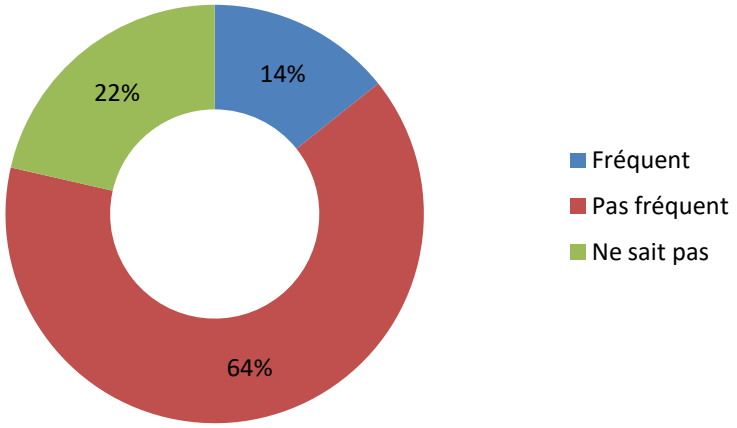


Figure 6: Perception de la prévalence des troubles du sommeil par les généralistes interviewés

Pour nous faire une idée de ce que leur évoquait le terme « trouble du sommeil » nous nous sommes intéressés à ceux qu'ils citaient spontanément au cours des différents entretiens et quand nous leur avons demandé les différents types de trouble du sommeil qu'ils connaissaient. Ce que « trouble du sommeil » semble leur évoquer est représenté ci-après sous la forme de nuage de mots :

Figure 5 : Nuage de mots fréquemment associés à « trouble du sommeil de l'enfant»

Toujours soucieux de connaître la place des troubles du sommeil dans le quotidien professionnel des médecins interviewés nous avons cherché à savoir lesquels ils rencontraient le plus souvent :

- La plupart des médecins interrogés considèrent que l'**insomnie** est la pathologie du sommeil la plus fréquente sous la forme :

- De *« difficultés à l'endormissement la plupart du temps »* MEDECIN H

- De *« réveils nocturnes avec des difficultés à se rendormir seul »* MEDECIN G

- D' *« Endormissement avec peut être vraiment des difficultés à aller au lit peut être par rapport à des angoisses »* MEDECIN G

- De *« troubles du sommeil liés à une énurésie »* MEDECIN F,

« Il y a l'énurésie qui est une des causes. Le gamin il se réveille parce qu'il fait pipi au lit, ça on en voit un petit peu. » Dit le MEDECIN J

- *« Les troubles du sommeil, ce qui me vient en premier ce sont ceux liés à un reflux chez le bébé. »* Dit le MEDECIN F

- D' *« autres causes de réveils par exemple les pathologies pulmonaires, l'asthme en particulier quand ils toussent »* MEDECIN K

➢ Les **terreurs nocturnes** sont elles aussi largement évoquées :

MEDECIN L : *« Je pense qu'il y a les terreurs nocturnes... des...un manque je sais pas des... je sais pas... »*

MEDECIN E : *« Moi je dirais les terreurs nocturnes en premier, après je vois pas... »*

➢ Certains ont parlé des **cauchemars**

MEDECIN J *« cette histoire de réveils nocturnes avec des cauchemars chez les 4 à 6 ans il y en a quand même... c'est pas tous les jours mais il y en a... »*

➢ Un médecin n'a **pas souhaité répondre** à la question

MEDECIN D : *« Euh… Même topo, pas tout à fait mon domaine donc... »*

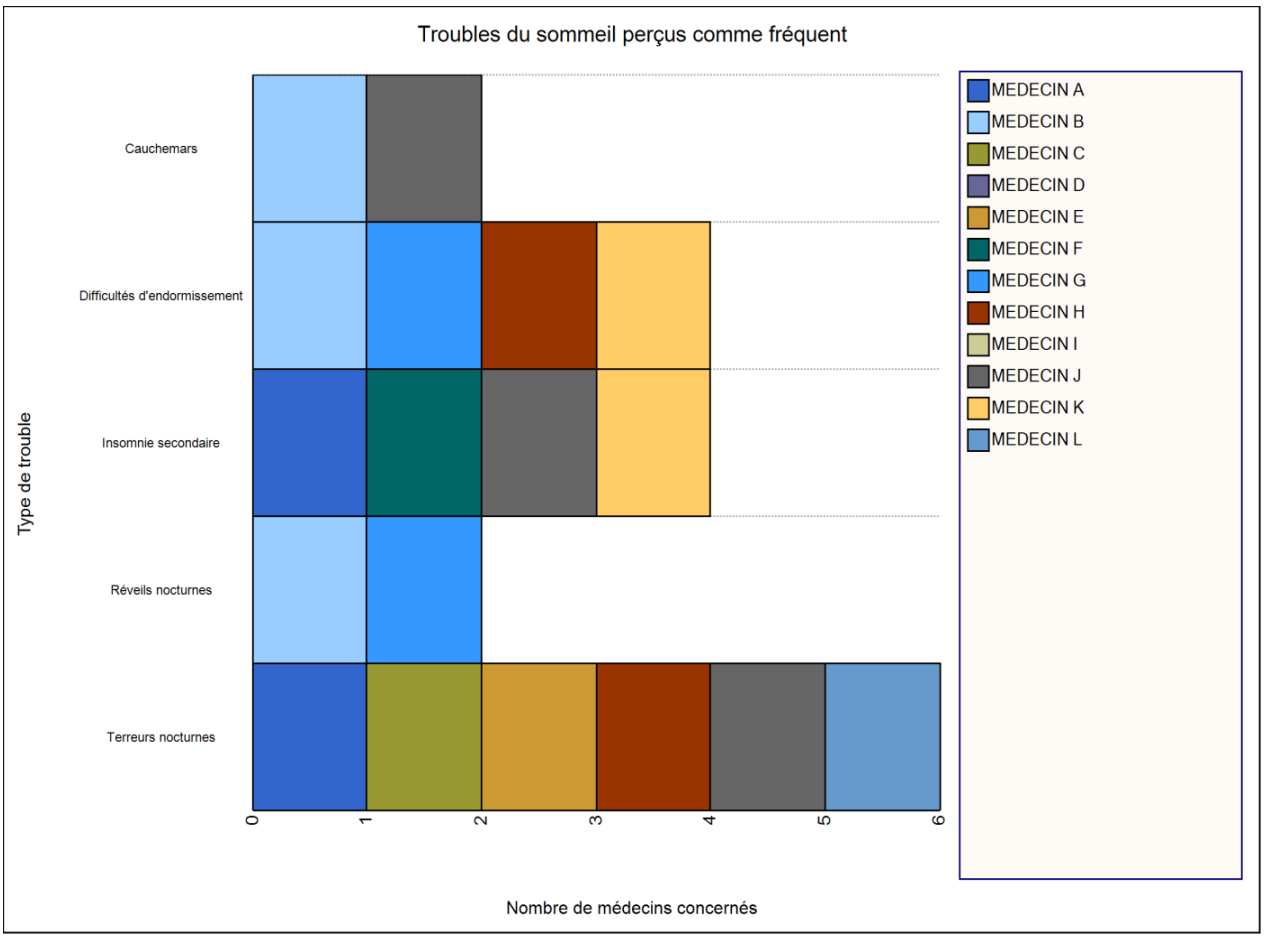


Figure 6 : Type de trouble du sommeil perçu comme fréquent par les médecins

III. 3. 3. DEPISTAGE

"Ce qu'on cherche, on le trouve. " Sophocle

Nous nous sommes également intéressés à l'importance qu'accordent les médecins dans leur pratique, aux troubles du sommeil. S'ils jugeaient nécessaire de poser des questions sur le sommeil des enfants

- Nombreux médecins **n'interrogent pas** les parents sur le sommeil de leur enfant spontanément (5 médecins /12)

MEDECIN D : *« C'est pas quelque chose que je dépiste »*

MEDECIN C : *« Souvent j'attends qu'on m'en parle. Je ne vais pas forcément aller demander aux parents comment ça se passe la nuit » « Après je ne vais pas forcément aller chercher des troubles du sommeil. »*

MEDECIN J : *« C'est très rare que c'est moi qui l'aborde. C'est peut être un tort mais c'est très rare. La plupart du temps ce sont les mamans qui m'en parlent quand il y a un problème du genre il se réveille la nuit. »*

- D'autres font un **dépistage jusqu'à 12- 24 mois** (5 médecins/12)

MEDECIN B : *« Non pas systématiquement, peut être pour le tout petit jusqu'à 1 an ça doit être quasi systématique et après non ça l'est pas, c'est en fonction de mon ressenti sur les plaintes de la maman. »*

MEDECIN F : *« C'est quelque chose qui est systématique dans mon interrogatoire chez le nourrisson jusqu'à 1 an. Jusqu'à ce qu'en fait il ait acquis en fait les phases de veille/sommeil nycthémérales »*

MEDECIN G : *« Jusqu'à l'âge de 2 ans oui sur les consultations systématiques oui et après sur les consultations de routine non et après 2 ans non. »*

- Certains médecins posent **régulièrement** des questions sur le sujet

MEDECIN I : *« Disons lors des visites systématiques chez l'enfant on demande au parent si les enfants dorment bien. »*
(Lors des consultations) *« Obligatoires ou systématiques quand on vient nous voir pour un examen sportif chez l'enfant un peu plus grand ou visite des nourrissons. »*

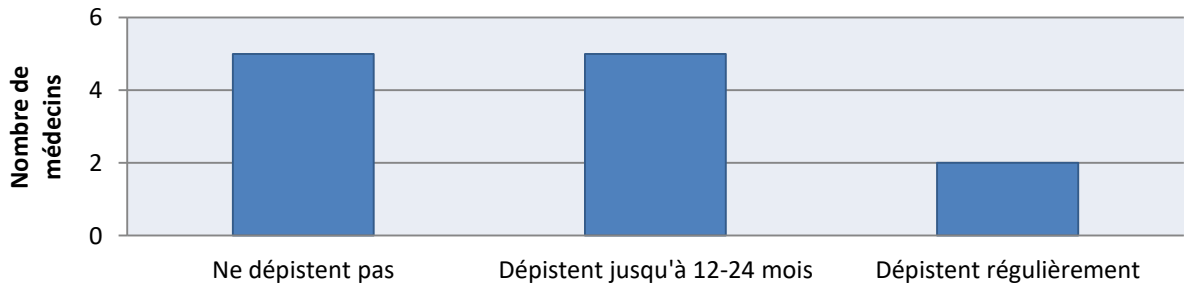


Figure 7: Attitude des médecins quant au dépistage des troubles du sommeil chez l'enfant

III. 3. 4. SIGNES D'APPEL

Les signes évocateurs de troubles du sommeil cités par la plupart des participants sont par fréquence décroissante :

- L'existence d'un **retentissement diurne** de ce trouble (7 médecins/12)

MEDECIN C : *« Je pense que c'est le retentissement sur la période diurne, sur la période d'éveil avant tout. »*

MEDECIN G : *« un retentissement sur sa qualité de vie en état de veille »*

Les **types de retentissements diurnes** mentionnés sont:

- Les troubles du comportement

MEDECIN B : *« c'est en fonction du comportement de l'enfant, s'il y a des plaintes de la maman d'agitation, de problèmes de comportement »*

MEDECIN F : *«Un enfant qui est turbulent, agressif »*

- La fatigue et la somnolence diurne

MEDECIN F : *« Je pense qu'il faut surtout s'alerter si les enfants sont somnolents dans la journée »*

MEDECIN I : *« des fatigues matinales par exemple au réveil dernièrement j'ai eu un problème avec un enfant qui faisait des apnées du sommeil. »*

- L'existence d'un retard scolaire

MEDECIN F : *« Je pense qu'il faut surtout s'alerter si les enfants sont somnolents dans la journée, qu'on voit qu'il y a du retard qu'il y a du retard qui s'accumule à l'école. »*

Les autres signes d'appel sont :

- La présence de **réveils nocturnes** (7 médecins/12)

MEDECIN E : *« La fréquence, la durée des réveils, je pense que je dirais qu'à partir du moment où l'enfant n'arrive pas à se rendormir rapidement après un réveil nocturne comme ça c'est sûr qu'il y a une anomalie. »*

MEDECIN I : *« C'est déjà des réveils nocturnes plus fréquents chez les enfants plus grands que la physiologie »*

MEDECIN G: *« un enfant qui entre deux cycle passe en réveil et nécessite l'intervention de ses parents ça serait peut être des signes d'alerte »*

- **L'insomnie** c'est-à-dire des difficultés à s'endormir ou un manque de sommeil (3 médecins/12)

MEDECIN D : *« Les difficultés rapportées d'endormissement »*

MEDECIN G : *« Je dirais difficultés d'endormissement seul »*
« Peut être une réduction du temps de sommeil si vraiment ça vient perturber leur sommeil. »

MEDECIN I : *« Je pense que l'alerte doit être faite surtout sur les problèmes d'enfants qui n'arrivent pas à s'endormir le soir par peur, par agitation à la phase d'endormissement. »*

- L'**énurésie nocturne** (2 médecins/12)

MEDECIN F : *« Un enfant qui était propre, si jamais il se remet aussi à faire pipi au lit, ça peut alerter aussi sur un trouble du sommeil. »*

- Une **peur**, une angoisse liée au sommeil (2 médecins/12)

MEDECIN A : *« Si l'enfant a peur d'aller dormir »*

MEDECIN E: *« A partir de 3 ans, à l'âge de la découverte du soi de l'enfant, de lui même, c'est sur que s'il y a des réveils trop fréquents avec des angoisses, des terreurs nocturnes il peut y avoir un souci, oui c'est sur. »*

- L'**existence de terreurs nocturnes** serait évocatrice de trouble du sommeil (2 médecins/12)

MEDECIN A : *« s'il y a des pleurs la nuit, des terreurs nocturnes »*

- Des **pleurs nocturnes** doivent eux aussi alerter sur la possibilité d'un trouble (1 médecin/12)

MEDECIN A : *« s'il est réveillé de façon brutale et qu'il pleure sans raison »*

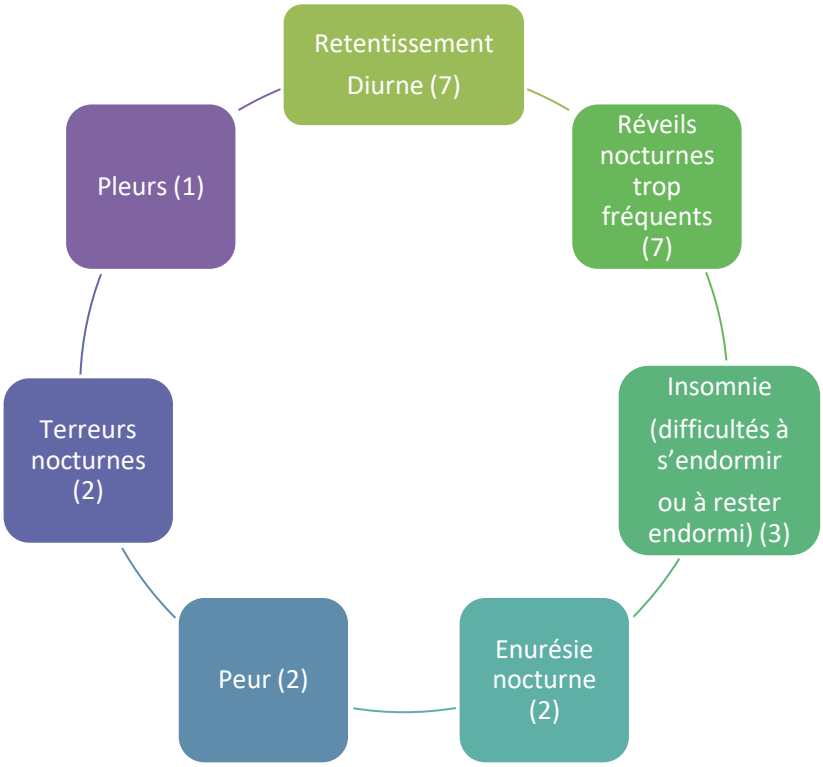


Figure 8 : Signes d'appel de troubles du sommeil chez l'enfant

III. 3. 5. ELEMENTS D'INTERROGATOIRE

- Quand les participants abordent le sujet du sommeil avec les parents, ils cherchent pour la plupart à avoir **l'avis des parents sur la qualité de sommeil de leur enfant** en leur demandant « comment ils dorment » :

MEDECIN I : *« Ben s'il dort bien. Si le parent est satisfait du sommeil »*

MEDECIN G : *« Alors quand ils sont tous petits et qu'ils viennent en visite mensuelle je demande simplement comment ils dorment »*

- Certains cherchent également à **connaître l'organisation du coucher de l'enfant** :

MEDECIN G : *« on discute des habitudes familiales au coucher »*

- mais aussi l'**horaire du coucher et/ou du lever** :

MEDECIN L : *« à quelle heure ils couchent les enfants, parce qu'ils ont tendance à les coucher un peu tard je trouve de nos jours. »*

- *Et **« le temps de sieste »*** pour le MEDECIN G

- **Chez le nourrisson** il semble également important pour certains de demander :

- Si *« l'enfant, quand il est petit, si l'enfant dort, **fait ses nuits** comme on dit* » MEDECIN L

- Si les **réveils alimentaires ont disparus** *« Dans la première année, je demande à quel moment à peu près l'enfant commence à dormir sans avoir besoin de manger »* pour le MEDECIN B

- De manière plus générale s'il y a des **modifications environnementales ou**

dans l'habitus des enfants *« quelque chose qui a changé dans leur environnement dans leur manière de vivre »* MEDECIN A

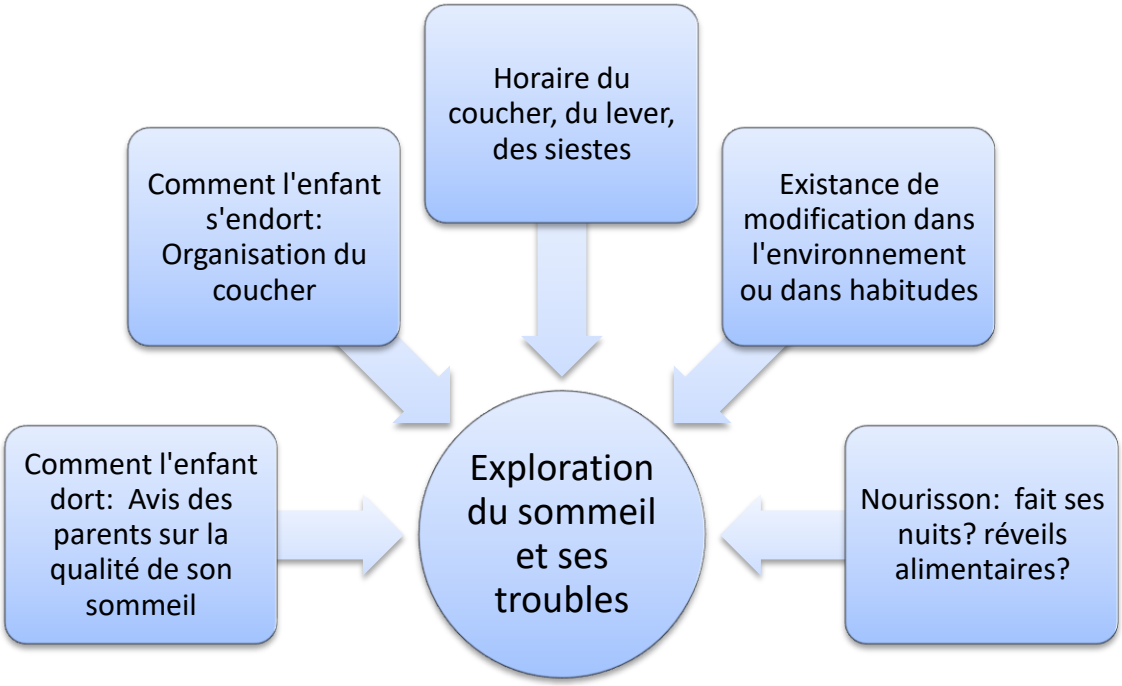


Figure 9 : Eléments d'interrogatoire sur le sommeil et ses troubles

III. 3. 6. LE SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (SAOS) DE L'ENFANT

Au vu des conséquences importantes possibles de cette pathologie, sa fréquence et ses spécificités dans la population pédiatrique, une attention particulière lui a été accordée. Nous nous sommes enquis des symptômes susceptibles d'orienter les interviewés vers cette maladie du sommeil.

- Nous avons d'abord été interpelés par le fait que certains médecins (5) **ne savaient pas** que c'est une également une pathologie de l'enfance avec ses spécificités. Nous avons quand même inclus leurs réponses, quand il y en avait, sur les symptômes évocateurs…

MEDECIN J : *« L'apnée du sommeil chez les petits j'avoue que ça ne m'était pas venu à l'idée ça.. »*

MEDECIN E : *« Apnée du sommeil à cet âge là? Honnêtement, je n'avais pas la notion que ça existait... Chez l'adulte oui mais chez l'enfant non...Là franchement je... »*

MEDECIN D : *« Je pense que cela doit ressembler aux choses qu'on trouve chez l'adulte ou peut être pas.. »*

MEDECIN C : *« ... non...avec certitude je ne peux donner aucune réponse là je ne sais pas du tout, c'est vraiment un domaine que je ne maitrise pas »*

- Le symptôme évocateur cité par la plupart des médecins est **l'asthénie, la somnolence diurne**

MEDECIN D : *« Des problèmes de somnolence diurne, de sommeil non réparateur »*

MEDECIN L : *« Un enfant qui est somnolent dans la journée »*

- De nombreux médecins ont également parlé de **ronflements**

MEDECIN L : *« c'est les ronflements éventuellement, dormir la bouche ouverte »*
MEDECIN A : *« les parents qui sont alertés par des bruits quand l'enfant dort, des bruits nocturnes »*

Certains participants parlent :

- D'**infections ORL à répétition**

MEDECIN B: *« quand ils font des rhinos répétées »*

MEDECIN F : *« Un enfant qui fait des épisodes ORL à répétition »*

- De **troubles du comportement**

MEDECIN D : *« Chez les enfants souvent ça va se traduire par des modifications comportementales: hyperactivité, énervement.. »*

- De **troubles attentionnels et de la mémoire**

MEDECIN E : « l'apnée du sommeil c'est une pathologie bien connue avec une somnolence diurne, des troubles de l'attention de la vigilance... »

- De **réveils nocturnes**

MEDECIN K : *« Un enfant qui va se réveiller en panique en pleurs et qu'on n'ait pas de causes retrouvées. »*

- De **retard staturo-pondéral**

MEDECIN H : *« Après pour le retentissement sur la courbe de croissance j'ai pas l'impression d'avoir vu ça mais ça doit exister aussi. »*

- D'**hypertrophie amygdalienne**

MEDECIN H : *« A l'examen des grosses amygdales »*
Sont également cités comme symptômes évocateurs de SAOS :

- L'**énurésie** sans précision sur si elle est primaire ou secondaire *« Je pense aussi que ces enfants doivent aussi avoir un problème d'énurésie sur le sommeil non réparateur. »* MEDECIN F

Les **céphalées** sans précision sur l'horaire *«Peut être des céphalées mais je ne suis pas certaine que je cherche un syndrome d'apnée du sommeil d'emblée sur une céphalée» MEDECIN G*

- La **respiration irrégulière** *« Et après des fois les parents les surveillent et trouve qu'ils ont une respiration irrégulière mais ça c'est les parents qui ne dorment pas mais quand les parents dorment en général les apnées du sommeil ça passe un peu à l'as... »* MEDECIN K

- Le **bruxisme** *« les dents qui grincent beaucoup… »* MEDECIN G

- Les **difficultés alimentaires** *« Un enfant qui fait des épisodes ORL à répétition, avec des grosses amygdales, un ronflement, du mal à s'alimenter »* MEDECIN F

- Le **retard scolaire** *« les résultats scolaires qui peuvent s'en ressentir voilà des choses comme ça... »* MEDECIN J

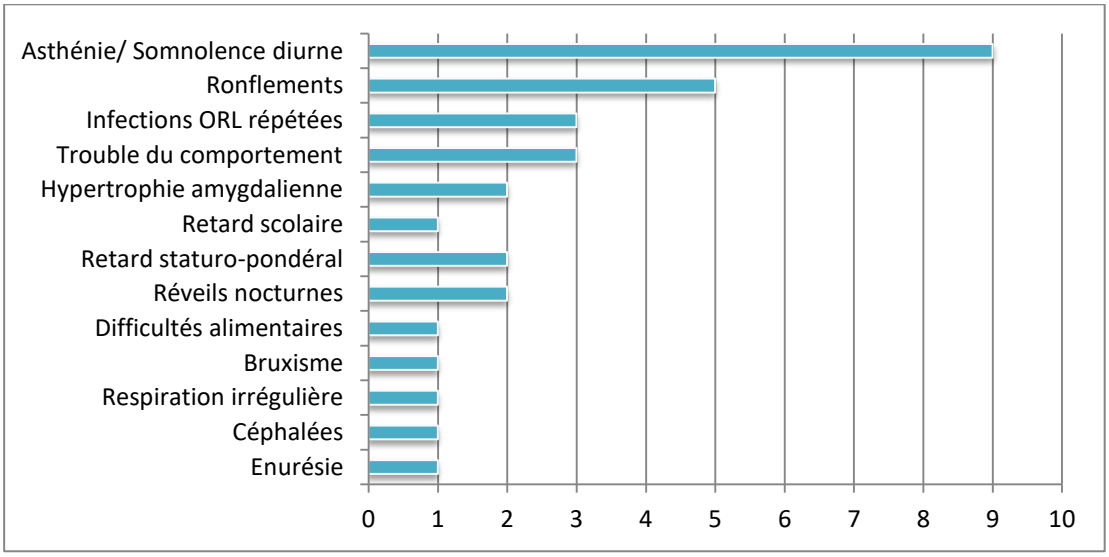


Figure 10 : Symptômes évocateurs de SAOS selon les médecins interviewés

III. 3. 7. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Soucieux de savoir comment les médecins faisaient le diagnostic des différents troubles hormis grâce à la démarche diagnostique classique (leur connaissances médicales, l'interrogatoire et l'examen physique) nous avons cherché à savoir s'ils se servaient d'outils cliniques d'aide au diagnostic pour caractériser les troubles.

- La majorité d'entre eux déclarent **n'en connaître et donc n'en utiliser aucun**:

MEDECIN C : *« Ben du coup, vu que je ne connais pas bien les troubles, je ne connais pas bien les outils d'aide au diagnostic. »*

MEDECIN F : *« Pour l'enfant je n'en connais pas. »*

MEDECIN G : *« Pour les troubles du sommeil vraiment particuliers à l'enfant je n'en connais pas. »*

- Un médecin dit utiliser l'**agenda du sommeil de l'enfant**

MEDECIN A : « *on fait un journal du sommeil de l'enfant pour voir comment il dort, quelle fréquence et quelle durée. »*

- Certains médecins ont parlé d'utilisation d'**examens complémentaires** et de **recours aux médecins spécialistes**.

MEDECIN E : *« Les outils d'aide au diagnostic effectivement ça va être des explorations ORL, pneumologiques, digestives si reflux et après les problèmes d'angoisse mais là on change de domaine.. »*

MEDECIN A : *« Non euh... la polygraphie je ne sais pas si ça se réalise chez l'enfant mais je vois pas ce qu'on peut leur proposer comme examen complémentaire.. »*

Nous nous sommes donc intéressés à **ce qui motivait cette décision**.

Les médecins semblent orienter surtout en **fonction des caractéristiques (intensité, durée, type) du trouble et/ou de ses répercussions si jugées importantes** :

MEDECIN F : *« J'envoie chez le spécialiste ou plutôt au psychologue quand je repère une difficulté liée justement au rituel du coucher, à un conflit intrafamilial ou des difficultés scolaires. »*

MEDECIN J : *« Ah si vraiment il y a une grosse plainte, alors la plainte elle ne vient pas toujours du gamin mais le plus souvent des parents, de la maman la plupart du temps »*

MEDECIN I : *« adresser à un pédopsychiatre vraiment si on voit qu'il y a un retentissement ou des troubles importants. »*

MEDECIN G : *« si je pense qu'au niveau somatique il y a quelque chose de particulier, ça j'orienterais d'emblée parce que le trouble du sommeil de l'enfant si ça sort du domaine physiologique lié au développement et à l'apprentissage du sommeil c'est pas quelque chose que je vais savoir gérer parce que je n'ai pas eu de formation là dessus, j'adresserais. »*

Mais aussi en cas de **difficultés diagnostiques et/ou thérapeutiques** soit parce qu'ils ne se sentent pas compétents soit parce qu'ils suspectent une pathologie organique ou psychiatrique :

MEDECIN A : *« Quand c'est un trouble qui est fixé c'est-à-dire qui dure, qui devient chronique et dont je n'ai pas trouvé la cause ou le moyen d'y remédier »*

MEDECIN C : *«J'essaie de mettre en place au départ quelque chose de ritualisé, quelque chose de classique et s'il n'y a pas d'amélioration je préfère aller demander un avis »*

MEDECIN H : *« La deuxième chose étant après l'intrication avec les fameux troubles d'hyperactivité et tout ça dans la journée, chez les plus grands...6 ans quand même c'est déjà un peu limite... donc les pédopsys éventuellement mais bon c'est assez rare. »*

III. 3. 8. CONSEILS AUTOUR DU SOMMEIL DE L'ENFANT

Pour la prévention des troubles du sommeil, les médecins pensent qu'il est important de :

- **Limiter l'exposition aux écrans** (TV, jeux vidéo) avant le coucher (pour 8 médecins/12)

MEDECIN E : *« Disons que il faut éviter, c'est vrai que dès 3 ans les jeux vidéo ça peut commencer donc la stimulation, la télévision tout ce qui est stimulation visuelle le soir je pense que c'est à éviter ça c'est sur à partir d'un certain horaire. »*

MEDECIN F : *« Eviter la télé, les jeux vidéos ce genre de choses avant le coucher. »*

MEDECIN I : *« Premièrement, supprimer les écrans le soir »*

MEDECIN L: *« éviter tout ce qui est écrans etc. les choses qui maintiennent un petit peu la vigilance avant de se coucher »*

- Instaurer un **rituel autour du coucher** de l'enfant (pour 6 médecins/12)

MEDECIN F : *« De surtout essayer de mettre en place un rituel de coucher rassurant pour l'enfant qui si possible soit toujours le même chaque jour par la même personne et quand on est amené à aller en vacances ou que l'enfant est gardé par d'autres personnes d'essayer de faire passer le message pour que ça reste à peu près le même rituel »*

MEDECIN K : *« Les conseils c'est que l'endormissement soit un rituel agréable et pas une guerre, un conflit. »*

- Que l'enfant soit mis au **calme avant le coucher** (pour 4 médecins/12)

MEDECIN C : *« on essaie d'avoir une période calme avant le sommeil. »*

MEDECIN B : *« d'avoir des moments calmes avant l'endormissement »*

- Que le **lieu de coucher** respecte certaines conditions (pour 4 médecins/12)

- Que les enfants aient <u>leur propre chambre</u> (2/12)

MEDECIN I : *« Qu'il soit dans une chambre seul et s'il y a plusieurs frères et sœurs éviter qu'ils soient tous dans la même chambre dans la mesure du possible »*

- Que la chambre soit à une <u>température optimale</u> (2/12)

MEDECIN C : *« On veille aussi à la température de la chambre, à ne pas avoir une température trop chaude notamment. »*

- Que cette chambre soit calme (1/12)

MEDECIN I : *« Sinon, c'est surtout que l'enfant soit bien isolé et qu'il n'entende pas des bruits de la maison. Il faut aussi respecter le sommeil d'un enfant. »*

- Que cette pièce ne soit pas assimilée à un lieu de punition (1/12)

MEDECIN K : *« Et après le conseil le plus fréquent c'est de ne pas punir un enfant en l'envoyant dans sa chambre, il faut trouver une autre punition sinon il a du mal à aller dans sa chambre et ça c'est le conseil le plus fréquent que je donne. Il faut arrêter de dire t'es pas sage tu vas dans ta chambre. »*

- D'**être attentif aux signes de fatigue** de l'enfant et **le coucher quand il est fatigué** (pour 3 médecins/12)

MEDECIN K : *« Moi je pense qu'il faut respecter le cycle de chaque enfant, ya pas de dogme. On ne dit pas on couche un enfant à 8h30 parce que s'il est debout jusqu'à 10h ça ne sert pas a grand chose à part s'énerver. Tandis que le coucher quand il commence à avoir sommeil c'est mieux. »*

MEDECIN L : *« Justement...c'est...enfin... disons...on fait moins attention à bien faire dormir les enfants il me semble. On les prend, on sort, on les prend ben voilà ils veillent et c'est pas grave »*

- De faire attention à l'**alimentation** des enfants (pour 2 médecins/12)

MEDECIN E : *« L'alimentation, c'est sur que l'alimentation peut aussi jouer un rôle. Eviter les repas trop riches le soir ça c'est sûr »*

MEDECIN F : *« D'éviter quand il y a la phase d'acquisition de la propreté les boissons trop tardives et puis bien sur tout ce qui est excitant. Normalement les enfants ne sont pas sensé boire d'excitants mais bon il y a quand même le Coca qui peut chez certains être une boisson consommée donc voilà d'éviter ce genre de choses. »*

- D'organiser des **couchers à heure régulière** (pour 2 médecins/12) et pour un des médecins les levers aussi.

MEDECIN E: *« Avoir un rythme de vie assez régulier, couchers à heure régulière levers à heure régulière dans la mesure du possible »*

MEDECIN I: *« toujours coucher l'enfant à la même heure et quand même de bonne heure le soir entre 8 et 9 heures »*

- **Rassurer les enfants** autour du coucher et du sommeil (pour 2 médecins/12)

MEDECIN F : *«ils ont surtout besoin d'être rassurés pour avoir un sommeil de qualité »*

MEDECIN B: *« de réassurer les enfants qui sont inquiets »*

- D'avoir une **activité physique** *« dans la journée, une activité un peu physique pour avoir un meilleur sommeil le soir »* pense le MEDECIN B.

- D'**éviter la sieste** *« j'ai l'impression que s'ils la font ils vont moins bien dormir la nuit... »* Dit le MEDECIN J

- De prodiguer des **conseils posturaux** *« pour les reflux chez les tout petits, de bien les verbaliser un bon quart d'heure même quand ils prennent encore le biberon la nuit de surtout pas les recoucher tout de suite parce que les reflux peuvent perturber en soi le sommeil »* selon le MEDECIN F

- De faire des recommandations aux parents pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson** d'après le MEDECIN G *« Pour la prévention primaire, je vais préconiser vraiment la prévention pour la qualité du sommeil en termes de mort subite du nourrisson »*

Figure 11 : Conseils autour du sommeil de l'enfant pour en prévenir les troubles

III. 3. 9. DES TROUBLES BANALISES?

Certains médecins semblent considérer certains troubles du sommeil comme anodins :

MEDECIN G : « ce sont des choses relativement bénignes qui en général se résolvent quasiment d'elles même avec le temps »

MEDECIN H : *« A mon niveau je ne connais pas de maladie qui tue les gens de ne pas dormir. »*

MEDECIN L : *« Bon après il y a des enfants qui se réveillent la nuit mais c'est pas forcément pathologique hein.... parce qu'ils sont habitués à ce que les parents répondent... ils ont besoin des parents pour se rendormir donc ils ont l'habitude d'appeler les parents. »*

MEDECIN K : *« après les vraies pathologies de l'enfant du sommeil après je n'en ai pas rencontré souvent. »*

III. 4. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

III. 4. 1. PERCEPTION DE L'ATTENTE DES PARENTS

Au vu du caractère triparti de la consultation pédiatrique l'interlocuteur principal étant le parent, nous avons jugé pertinent de connaître la perception de leurs attentes par les médecins interrogés.

- Les interviewés pensent que les parents viennent **surtout en quête d'une solution (quasi miracle) afin de dormir eux- mêmes** :

MEDECIN J : *« Que le petit dorme et qu'ils passent leurs nuits tranquilles, c'est la première chose qui me vient parce que je pense que c'est ça.. »*

MEDECIN D : *« Qu'on règle leur problème souvent les troubles du sommeil de l'enfant sont aussi les troubles du sommeil des parents par ricochet. »*

MEDECIN K : *« Ils attendent qu'on leur apporte une solution parce que ça perturbe beaucoup la famille les troubles du sommeil de l'enfant »*

- Mais aussi **de conseils et de réassurance**

MEDECIN A : *« Déjà ils veulent être rassurés pour savoir si c'est pathologique ou pas, des conseils pour savoir comment, parce que la plupart du temps il n'y a plus le relais comme il pouvait y avoir avec la mère et les enfants donc savoir comment gérer ces troubles du sommeil et voir s'il y a des explorations ou s'il y a une pathologie qui peut être la cause de ces troubles du sommeil. »*

MEDECIN I : *« Une aide et des conseils au départ »*

III. 4. 2. TRAITEMENT

Le domaine des troubles du sommeil (et donc de leur traitement) étant extrêmement vaste, nous avons cherché à connaître le type de thérapeutique utilisée surtout dans l'insomnie comportementale, trouble du sommeil le plus fréquent de l'enfant de cette classe d'âge.

- La plupart des médecins interrogés considèrent les **conseils psycho éducatifs décernés pour prévenir** l'apparition de troubles du sommeil sont les **mêmes à donner d'abord pour leur traitement**

MEDECIN F : *« Au niveau thérapeutique, moi j'insiste sur les règles hygiéno-diététiques dont on a parlé tout à l'heure parce que pour moi c'est vraiment l'essentiel du traitement »*

MEDECIN C : *« Ben avant tout les précautions simples comme je disais au départ »*

- Ils s'aident parfois de **médicaments homéopathiques et/ou de phytothérapie**

MEDECIN F : *« En terme de médicament sinon ça m'arrive aussi de temps en temps de prescrire du PEDIAKID® avec du magnésium et de la phytothérapie, ça marche pas mal et puis voilà »*

MEDECIN L : *« Et après c'est sur...ça arrive d'essayer des petits traitements à base de plantes etc. des fois ça aide un peu parce qu'il y a un petit effet placebo qui marche très bien mais voilà après... »*

- La plupart déclarent ne **jamais utiliser de benzodiazépines ou d'antihistaminiques ou être réticents à leur utilisation** pour leur effet hypnotique chez l'enfant entre 3 mois et 6 ans :

MEDECIN D : *« Déjà je ne prescris jamais d'hypnotique à des enfants. Ca je ne le fais jamais. »*

MEDECIN I : *« mais c'est passé l'époque du NOPRON et du THERALENE ...ça ya très très très longtemps qu'on ne l'utilise plus. »*

MEDECIN F : *« Ca ne m'est jamais arrivé de prescrire des benzos notamment chez l'enfant. »*

- Un des médecins dit utiliser un **antihistaminique en cure de quelques jours**

MEDECIN E : *« Moi je suis assez ATARAX, un vieux produit que je connais bien donc...Bon, sur une durée limitée évidemment pour éviter un phénomène d'accoutumance, sur 10-15 jours éventuellement, ben si ça ne marche pas ben revoir le problème. »*

Il pense que *« C'est pas miraculeux, ça ne résout pas tous les problèmes c'est sur mais disons que ça permet de distinguer une angoisse passagère d'un problème plus important. »*

- Un médecin a fait allusion aux **thérapies cognitivo-comportementales**

MEDECIN F : *« des TCC ou des choses comme ça qui pourront être mise en place parce que je sais que ça se fait mais j'en n'ai pas...voilà vaguement… »*

- Un autre a évoqué l'utilisation de la **mélatonine**

MEDECIN L : *« des médicaments bon euh...je sais que des fois on utilise le... quoique non chez l'enfant la mélatonine c'est que chez l'enfant hyperactif qu'on l'utilise un petit peu en complément... »*

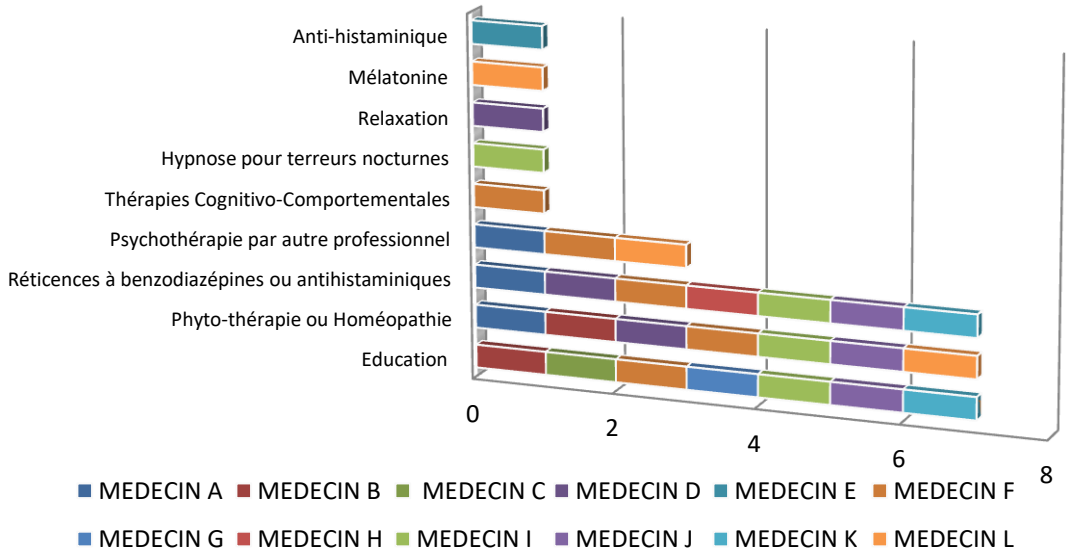


Figure 12 : Attitude thérapeutique des différents médecins

III. 5. DIFFICULTES DES MEDECINS

La majorité des médecins interviewés disent avoir des **difficultés à prendre en charge** les troubles de l'enfant de cet âge là

- Aussi bien **au niveau diagnostic**

MEDECIN B : *« je me sens relativement pas formée donc peu compétente en tant que médecin je veux dire la dessus hormis le bon sens traditionnel mais si on pouvait être formé ce serait intéressant. »*

MEDECIN L : « *C'est difficile à dire comme ça... quelles difficultés parce que...chaque problème est différent...savoir un petit peu des fois...de savoir vraiment bien caractériser le trouble du sommeil des fois c'est pas évident... »*

- Que **thérapeutique**

MEDECIN C : *« j'ai un manque d'information sur les prises en charge »*

MEDECIN A : *« ça serait surtout la thérapeutique, la prise en charge je me sentirais plus démuni sur la prise en charge, savoir quoi faire, est-ce qu'il faut faire quelque chose? Est-ce que ça va rentrer dans l'ordre tout seul? Et quelle thérapeutique initier? »*

MEDECIN K : *« Les difficultés c'est que des fois on a l'impression que ça se règle tout seul avec le temps, il faut être patient. Il y a des enfants qui dorment pas, on peut faire tout ce qu'on veut et puis un jour ils se mettent à dormir. »*

Et pour certains, ces difficultés thérapeutiques sont **parfois dues à l'inobservance des parents** :

MEDECIN I : *« Premièrement, la compréhension vis à vis des parents qui souvent ne nous aident pas. On a beau leur dire des choses mais ils ne vont pas jusqu'au bout du suivi. Quand on leur demande de faire des choses parfois par simplicité eux ils préfèrent par exemple eux, par*

rapport aux écrans, c'est plus simple de leur donner les écrans, une tablette et eux ils sont tranquilles? Si l'enfant ne dort pas c'est pas leur problème. »

MEDECIN L : *« Mais des fois les parents manquent un peu de fermeté souvent les enfants se réveillent la nuit et veulent aller dans le lit des parents... un peu de fermeté des fois ça remet les choses en place. »*

Mais également au fait que la **population** soit **pédiatrique** :

MEDECIN G : *« Je sais pas quoi médicamenteusement je sais pas, psychologiquement sur les tous petits c'est pas toujours évident. »*

III. 6. ATTENTES ET BESOINS

Tous les médecins pensent que leur pratique pourrait être améliorée par divers moyens :

- En suivant une **formation spécifique** pour la plupart :

MEDECIN B : *« Non, je me sens relativement pas formée donc peu compétente en tant que médecin je veux dire la dessus hormis le bon sens traditionnel mais si on pouvait être formé ce serait intéressant. »*

MEDECIN C : *« Déjà avec une formation c'est par forcément négligeable... je pense que cela vaut le coup d'être formé »*

- Par de l'**auto-formation** pour certains **:**

MEDECIN I : *« Des articles, par exemple ce ne sont pas des articles que je lis et pourtant je lis pas mal la presse et c'est le genre de problème qu'on aborde très très peu... »*

MEDECIN J : *« Moi mes supports c'est essentiellement internet sur les sites médicaux. »*

MEDECIN C : *« le retour des spécialistes auxquels on a envoyé un de nos patients ayant des troubles du sommeil chez l'enfant, au bout d'un moment on acquiert une expérience par retour d'information »*

Aussi des « recommandations de la HAS pourraient éclairer déjà un peu plus » dit MEDECIN A

Le MEDECIN K estime que *« s'il y avait une consultation spécialisée en pédiatrie peut-être que ça se règlerait un peu… »*

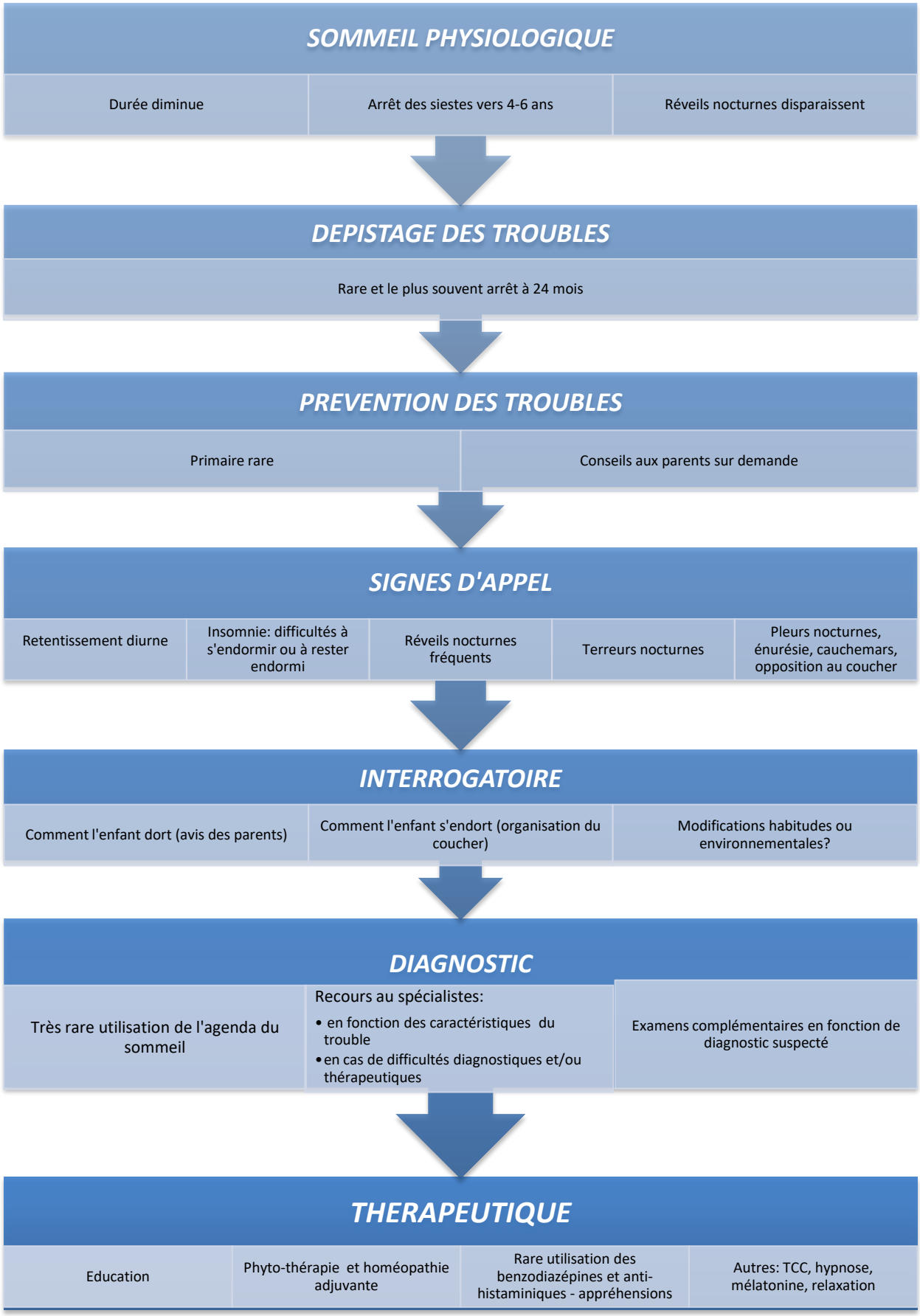


Figure 13 : Récapitulatif sur les connaissances et la prise en charge la pathologie du sommeil de l'enfant

IV. DISCUSSION

Au total, les médecins qui ont participé à cette étude dépistent rarement ou pas les troubles du sommeil chez l'enfant et la plupart de ceux qui les recherchent le font jusqu'à l'âge de 24 mois. Ils les évoquent essentiellement devant le retentissement diurne que peut avoir ce type de pathologie sur l'enfant et en cas de difficultés à s'endormir ou à le rester avec des réveils nocturnes trop fréquents. Pour la caractérisation du trouble, seul un des médecins a recours à l'agenda du sommeil. Ils orientent vers le spécialiste en fonction des caractéristiques du trouble repéré (intensité, durée, type) et de ses répercussions sur l'enfant s'ils les estiment importantes mais aussi en cas de difficultés diagnostiques. L'existence du SAOS du jeune enfant, elle, était inconnue de bon nombre d'entre eux. Quant à la prise en charge thérapeutique notamment de l'insomnie comportementale, ils préconisent surtout des règles de psychoéducation éventuellement aidées de phytothérapie ou d'homéopathie et disent pour la plupart ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'antihistaminiques dans cette population.

Malgré une possible banalisation de ce type de pathologie, ils nous ont confié avoir des difficultés aussi bien au niveau diagnostique que thérapeutique par manque d'information sur le sujet mais aussi à cause du manque d'observance de nombreux parents.

IV.1 FORCES DE L'ETUDE

Nous rappelons aux lecteurs que l'objectif de l'étude était de décrire et analyser comment ces médecins généralistes héraultais prenaient en charge aussi bien au niveau diagnostic que thérapeutique les troubles du sommeil de l'enfant. Pour l'atteindre, nous avons donc choisi l'analyse du contenu d'entretiens semi-directifs. La méthode de recherche choisie est adéquate car *« L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs"* (Gagnon 2012).

IV. 1.1 FIABILITE INTERNE

La transcription de tous les entretiens à été faite mot à mot et l'intégralité des verbatims sont consultables en annexe **[Annexe 10]** permettant ainsi la vérification des interprétations du chercheur.

Le chercheur a effectué l'analyse de la manière la plus objective possible des verbatims en ne faisant pas plus d'inférences que celles nécessaires à l'application de méthode d'analyse de contenu pour extraire le sens du texte. Cet effort a été fourni afin de s'assurer de la reproductibilité des interprétations faites si l'analyse venait à être refaite par un autre opérateur.

IV. 1. 2 FIABILITE EXTERNE

Cette étude a été menée du point de vue d'une étudiante en médecine spécialisée en médecine générale avec un début d'expérience d'exercice libéral et c'est de ce point de vue que le recueil d'information et l'analyse ont été faits. Elle était observateur-participant.

Nous n'avions formulé aucune d'hypothèse de départ, le but étant d'explorer, de décrire la prise en charge. Nous souhaitions rester ouverts à l'émergence de tout nouveau concept. Cependant, une recherche bibliographique conséquente à été réalisée au début de la recherche afin d'établir le cadre conceptuel du travail limitant ainsi les biais d'interprétation.

Les médecins qui ont participé à l'étude, comme le témoigne le tableau regroupant leurs caractéristiques sociodémographiques, constituent un échantillon hétérogène avec une grande variabilité au niveau de l'âge, de l'expérience, de la présence et le type de formation complémentaire, de leur mode d'exercice seul ou en groupe... Leurs lieux d'activité aussi étaient variés tout en restant dans le département de l'Hérault. Ces éléments de variation de personnes et de variation spatiale permettent de renforcer la fiabilité de l'étude par la triangulation des données.

La stratégie de collecte de données, clairement explicitée dans le paragraphe décrivant la méthode de l'étude, a été par entrevues en face-à-face enregistrées sur un dictaphone réalisées au cabinet des différents médecins.

IV. 1. 3 VALIDITE INTERNE

La validité interne d'une étude qualitative est *« un processus de vérification, de questionnement et de théorisation, et non une stratégie qui établit une relation normalisée entre les résultats des analyses et le monde réel»* selon Miles et Huberman (2003)

En plus de la triangulation, de la définition d'un cadre conceptuel qui on réduit le biais d'information, les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données ce qui renforce la validité interne des résultats.

IV. 1. 4 VALIDITE EXTERNE

Sera démontrée au fil de la suite de la discussion.

IV. 2 LIMITES DE L'ETUDE

Aux différentes étapes de la réalisation de cette étude, des biais se sont malheureusement immiscés…

IV. 2.1 BIAIS DE SELECTION

Du fait du type d'étude, ce n'est pas la représentativité statistique de la population des généralistes héraultais que nous recherchions mais plutôt sa représentativité théorique. Nous avons préféré sélectionner des cas comparables au niveau de leur activité afin *« d'accroitre la fiabilité des résultats analytiques sur la base de leur représentativité »* Miles & Huberman (1994). Les critères d'inclusions et d'exclusions choisis étaient dans l'objectif de décrire et

analyser la prise en charge du sommeil et sa pathologie par le médecin généraliste héraultais « lambda » qui voit des enfants en dehors des pathologies saisonnières.

Il existe quand même un biais de sélection du au fait que la plupart des médecins interviewés étaient des médecins que l'enquêtrice avait rencontré au cours de ses remplacements puis par réseau. L'échantillonnage a été non probabiliste ce qui pourrait amoindrir sa représentativité statistique non recherchée. Cependant, l'échantillon était constitué de médecins avec des caractéristiques différentes (femmes et hommes, de 31 à 68 ans, expérience et formations complémentaires différentes…), ce qui est un atout en termes de représentativité théorique.

IV. 2. 2 BIAIS D'INFORMATION

Malgré les efforts déployés par l'interviewer afin de garder une attitude neutre, de faire de nombreuses reformulations sa technique, loin d'être parfaite, s'est améliorée au fil des entretiens. L'inévitable biais d'enquêteur a entaché notre étude à fortifiori car les entretiens étaient en face-à-face.

Nous avons interrogé en face-à-face des médecins sur leurs connaissances mais aussi sur leur attitude diagnostique et thérapeutique. Nous avons bien pris le temps de leur expliquer que le but de l'étude n'était pas d'évaluer leur pratique mais de savoir la place accordée à la prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant dans leur pratique, comment ils les diagnostiquent, les traitent et leurs impressions sur ces attitudes. Nous craignons que des participants aient malgré tout choisi parfois des réponses plus « acceptables » créant ainsi un biais de désirabilité sociale.

Néanmoins, la diversité des rencontres par la triangulation a permis d'atténuer ces biais.

IV. 2. 3 BIAIS D'INTERPRETATION

L'analyse de contenu par codage des verbatims a été effectuée deux fois par le même chercheur. La reproductibilité des résultats obtenus n'a donc pas pu être vérifiée grâce à l'intervention d'un autre codeur. Ne pouvant évaluer la fidélité des observations, un biais

d'interprétation non évaluable est présent. Pour le limiter, le codeur a fait de son mieux pour rester objectif, systématique et exhaustif durant les deux codages.

IV. 3 DES DONNEES INATTENDUES

Le guide d'entretien a été élaboré de manière à ce que les premières questions d'ordre très général installent un climat de confiance entre intervieweur et interviewé avant d'attaquer le sujet de la prise en charge. Nous avons ainsi obtenu également des informations sur comment ils se représentent le sommeil d'un enfant « normal », la fréquence des troubles et les attentes des parents qui consultent pour ce motif. Si nous avions prévu ces données de fréquence, nous les aurions recueillies au mieux avec une échelle de type échelle différentielle sémantique d'Osgood afin d'avoir un moyen systématisé de recueillir leur opinion.

De plus, nous avons eu des informations sur leur pratique en termes de prévention et de dépistage des troubles du sommeil du jeune enfant.

IV. 4 LES TROUBLES DU SOMMEIL

Pour mieux différencier le physiologique du pathologique, il serait intéressant que les médecins généralistes aient des repères plus précis sur l'évolution du sommeil physiologique de l'enfant facilement accessibles au cours d'une consultation.

IV. 4. 1 EVOLUTION PHYSIOLOGIQUE DU SOMMEIL DANS L'ENFANCE

Comme dit précédemment, afin de mieux identifier le pathologique une connaissance ou simplement des repères sur ce qui est considéré comme physiologique est très importante. Ces repères pourraient figurer sur le carnet de santé les rendant ainsi facilement accessibles également aux parents. Des médecins de notre étude ont souligné que la disparition de la transmission mère-fille a pour conséquence que les parents sont moins bien préparés à faire face à cette période d'apprentissage.

IV. 4. 2 PERCEPTION DE LA PREVALENCE

Dans la littérature [106], la plupart des médecins de famille et les pédiatres estiment que 0 à 25% de leurs patients âgés de 0 à 2 ans et 0 à 25% de leurs patients âgés de 3 à 6 ans avaient des troubles du sommeil. Dans la nôtre, la plupart des médecins qui ont chiffré la fréquence de ce trouble chez les jeunes enfants ne l'estimaient pas à plus de 15%. Elle est donc sous estimée ce qui a très probablement un impact sur le dépistage qu'ils en font.

IV. 4. 3 DEPISTAGE

Les résultats obtenus concordent avec ceux retrouvés dans la littérature. En effet, la tendance aussi bien chez les pédiatres, les médecins de famille que chez les infirmières praticiennes nord-américaines serait un dépistage plus important chez le nourrisson et le jeune enfant (jusqu'à 3-4 ans) ou son absence. La probabilité que les troubles du sommeil soient dépistés décroit avec l'avancé en âge de l'enfant [96], [106].

Nous pensons qu'il serait bénéfique de sensibiliser le généraliste à la nécessité de repérer ce genre de troubles mais aussi de leur proposer des outils simples, peu chronophages à utiliser durant une consultation. Nous n'en avons trouvé aucun validé en français. En anglais, il existe l'outil BEARS[125] pour l'hétéro-dépistage dont la version en traduite en français figure ci-après.

Une autre stratégie pourrait être de pratiquer l'auto-dépistage en demandant aux parents de remplir le test avant les consultations de routine par exemple l'échelle à 5 items HIBOU rapide et simple utilisée par certaines équipes québécoises. Un autre test d'auto-dépistage à faire remplir par les parents plus longue à remplir et plus complète a récemment été validé en français : la Sleep Disturbance Scale for Children de Bruni et al. [121]. **[Annexe 5]**

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *Benhaberou-Brun D. HIBOU: pour évaluer les troubles du sommeil. Perspective Infirmière (2011)* [30]

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source *: Dossier Insomnie, La Revue du Praticien (octobre 2017)*

La prise en charge pourrait être un frein au dépistage. Une des études d'Owens précédemment citée [106] indique que 9% des 828 médecins (151 généralistes et 626 pédiatres) interrogés ne font pas de dépistage car ils ne se sentent pas compétents pour leur traitement ou ont l'impression de manquer de connaissances dans ce domaine. A défaut de savoir quoi faire, il faudrait que les généralistes sachent à qui adresser et c'est là que devraient entrer en jeu les réseaux, fondations, associations et sociétés de professionnels du sommeil pas toujours très connus de leurs confrères (Morphée, Prosom, Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INVS)..). Par exemple le médecin H installé depuis 35 ans: « je sais pas qui c'est qui est spécialiste là dedans à part toi bientôt mais sinon hein... ».

IV. 4. 4 PREVENTION PRIMAIRE

Les consultations de routine de pédiatrie sont une occasion de formuler les règles hygiéno-diététiques permettant d'éviter ces troubles. Pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson, on donne certaines consignes pour sécuriser leur environnement de sommeil figurant dans le carnet de santé. C'est également le rôle du médecin de les délivrer. Peut-être était-ce un oubli de la part des autres mais un seul médecin y a fait allusion.

D'autres études telles que celle Owens [106] indiquent que la prévention primaire des troubles est rarement faite spontanément par les professionnels de santé mais plutôt à la demande des parents tendance retrouvée dans notre étude.

La prévention par l'éducation parentale est le meilleur traitement des troubles les plus fréquents du sommeil notamment de l'insomnie comportementale dont la prévalence avoisine les 30% chez les jeunes enfants [76], [15], [86]

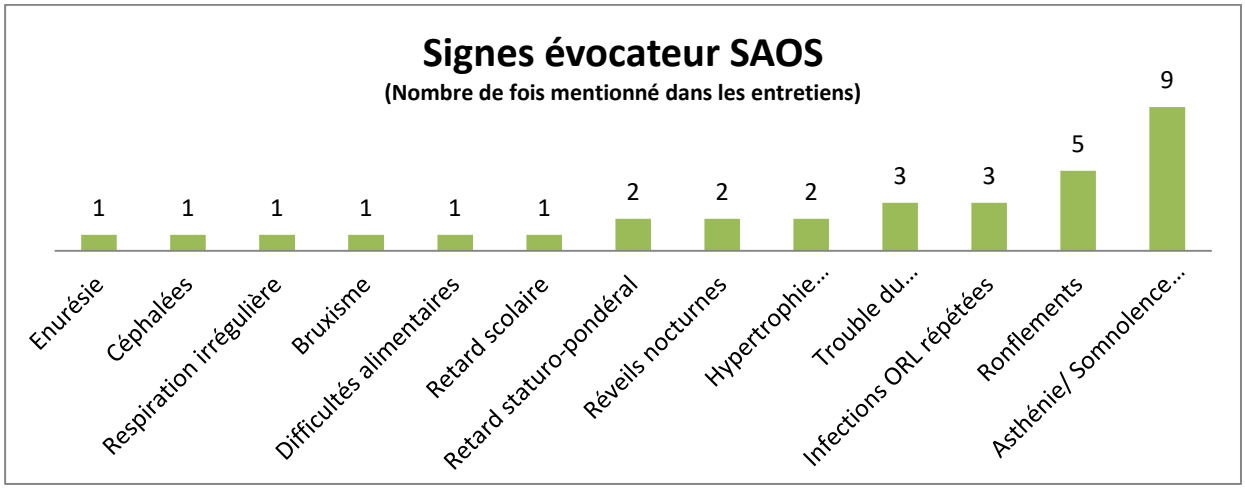
IV. 4. 5 DIAGNOSTIC

Les généralistes de notre étude évoquent des troubles du sommeil surtout devant des éveils nocturnes trop fréquents, des difficultés d'endormissement et le retentissement diurne (troubles du comportement, retard scolaire, fatigue et somnolence).

Afin de caractériser au mieux un trouble du sommeil (hors parasomnies) chez l'enfant, il est recommandé de réaliser un agenda du sommeil [109]. Une enquête [42] portant sur l'utilisation de l'agenda du sommeil par des généralistes du Val de Marne (2014) révèle que 26% des 100 médecins interrogés utilisaient l'agenda du sommeil « classique » pour la prise en charge de l'insomnie. De 0 à 3 ans, il convient d'utiliser un agenda du sommeil adapté **[Annexe 6]** retraçant lever, coucher, temps de sommeil, moments d'éveil calme et d'éveil avec cris et pleurs mais aussi les prises alimentaires (biberons, tétés). Dans notre étude, seul un médecin utilise ce journal. Les autres déclarent ne connaître et n'utiliser aucun outil clinique d'aide au diagnostic quand confrontés à un trouble du sommeil. Pourtant dans cette tranche d'âge, période d'acquisition, la plupart des troubles ont pour origine des erreurs éducatives (conditionnement anormal a l'endormissement, prise alimentaire nocturne…). L'agenda permet de les mettre en évidence tout en impliquant parents dans la prise en charge de leur enfant favorisant par la même occasion leur observance au traitement proposé. Ce journal est aussi un bon outil de suivi de traitement par la suite.

Le SAOS touche 2 à 4% des enfants d'âge préscolaire (2-4% des adultes) avec un pic de prévalence entre 3 et 6 ans. Il peut être évoqué devant de nombreux symptômes par contre, certains sont plus évocateurs que d'autres.

Le symptôme le plus mentionné comme évocateur de SAOS par les médecins de notre enquête est la somnolence diurne qui est de fait un signe majeur chez l'adulte. Les ronflements, eux, n'arrivent qu'en deuxième position. Il a été porté à notre attention la faible mention de l'irrégularité respiratoire et des troubles du comportement comme symptôme évocateur alors que l'enfant à cet âge manifeste cette fatigue plutôt par une agitation motrice, de l'irritabilité et des troubles attentionnels.



Le diagnostic du SAOS chez l'enfant n'est pas strictement clinique et nécessite la réalisation d'une polysomnographie pour être formellement posé.**[Figure 14]** Cependant, un groupe d'expert propose en cas de critères majeurs nocturnes et ORL de proposer d'emblée la chirurgie sans examen du sommeil dans une publication[20] de 2017.**[Annexe 7]** La HAS elle, ne recommande leur réalisation systématique qu'en cas de suspicion de SAOS chez l'enfant présentant une pathologie neurologique, un syndrome malformatif ou génétique, des malformations cranio-faciales ou des atteintes neuromusculaires (SAOS de type III). La connaissance clinique est donc indispensable pour que les acteurs de soins primaires sachent quand l'évoquer et orienter l'enfant vers le spécialiste adéquat.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Figure 14 : Critères diagnostiques du SAOS de l'enfant
Source : *Vecchierini et al. Syndrome d'apnées obstructives de l'enfant: nouvelles approches thérapeutiques (2013)*

En Languedoc-Roussillon 92% des médecins généralistes maitres de stage universitaires estiment manquer d'information sur le SAOS de l'enfant et 75% déclarent n'avoir pas été sensibilisé sur le sujet selon des travaux publiés en 2016 [101]. Ce manque d'information sur le sujet est retrouvé dans notre étude. En effet 5 des médecins ne savaient pas que le SAOS existait également chez l'enfant.

De toute évidence, l'ignorance de l'existence de cette pathologie nuit fortement à son dépistage et à son diagnostic. Pourtant, il existe un test court et simple, le score de Spruyt Gozal **[Figure 15]**, à remplir par les parents, validé en français, qui permettrait le dépistage du SAOS (voire contribuer à son diagnostic vu sa spécificité de 81%) à partir de 3 ans avec une sensibilité de 82-92 % et une valeur prédictive négative 92-96 % [(80), (90), (126)] en cas de résultat > 2,75. Son utilisation est recommandée par la Société Française d'ORL et de chirurgie du cou dans la démarche diagnostique du SAOS.

Il y a donc des efforts à fournir afin de sensibiliser et former les médecins généralistes sur le SAOS pour qu'ils pensent à le dépister et à reconnaître le faisceau de signes cliniques évocateurs.

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Figure 15 : Score de Spruyt Gozal
Mode de calcul : Q1 = valeur de réponse à la question 1, Q2= idem pour question 2 etc...
A=Q1+Q2/2 ; B= (A+Q3)/2 ; C= (B+Q4)/2 ; D= (C+Q5)
Score final = (D+Q6)/2 *positif si total >2,75*

Source : *Nguyen et al. Peut-on utiliser un score clinique pour diagnostiquer le SAOS de l'enfant ? Rev Orthop Dento Faciale (2015)*

IV. 4. 6 THERAPEUTIQUE

Une étude qualitative[56] portant sur les attentes à l'égard du médecin généraliste des parents évoquant un trouble du sommeil de leur enfant d'âge préscolaire met en évidence que les parents interrogés cherchent avant tout réassurance, écoute et soutient. Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation est en général relativement long (en moyenne 9 mois). Le médecin de famille est le plus souvent l'aide de premier recours. Il existe peut-être une inadéquation entre la perception des attentes des parents par les médecins de famille interrogés dans notre étude et l'attente effective des parents. Ils pensent pour la plupart que les parents sont avant tout en quête d'une solution miraculeuse au trouble du sommeil de leur enfant.

Pour le traitement, notamment de l'insomnie comportementale des enfants de cet âge les médecins confèrent des conseils d'hygiène du sommeil **[Figure 11]** accompagnés éventuellement de médicaments homéopathiques **[Annexe 8]** ou phytothérapiques **[Annexe 9]** avec des résultats variables et prescrivent peu souvent des benzodiazépines ou des antihistaminiques. Une enquête par questionnaires anonymes menée par Owens et al. en 2002 [66] montre que 23% des pédiatres américains inclus prescrivent un médicament en cas d'insomnie chez les enfants sans pathologie sous-jacente et qu'il s'agit plus souvent d'antihistaminiques que de phytothérapie. Ces prescriptions sont faites surtout dans le but de soulager les familles par ces médecins malgré le manque de données sur leur sécurité.

Un seul médecin a fait allusion aux techniques de thérapie cognitivo-comportementales sans pouvoir développer le sujet *« des TCC ou des choses comme ça qui pourront être mises en place parce que je sais que ça se fait mais j'en n'ai pas...voilà vaguement… » (Médecin F).* Ces stratégies comportementales sont recommandées en première intention dans ce type d'insomnie. Leur efficacité n'est plus à démontrer (amélioration chez plus de 80% des enfants dans la plupart des études). Néanmoins, certaines méthodes d'extinction posent un problème d'acceptabilité pour certains parents donc leur adhésion et observance n'est pas toujours garantie [21]. De plus, il convient de prendre en compte le contexte socioculturel des parents quand on leur propose ce type d'approche.

Pour le traitement des terreurs nocturnes l'American Academy of Family Physician propose d'abord de rassurer les parents car ce sont des parasomnies qui se résolvent souvent spontanément mais aussi d'augmenter le temps de sommeil de l'enfant, de le réveiller

périodiquement et de sécuriser son environnement de sommeil. Elle préconise aussi l'utilisation de benzodiazépines afin de réduire leur fréquence. Un des médecins de notre étude réfère à un hypno thérapeute avec des résultats satisfaisants selon lui. Nous nous y sommes donc intéressés mais aucune étude à grande échelle évaluant ce type d'approche n'a été retrouvée dans la littérature. Nous avons trouvé quelques études de cas rapportant une amélioration de terreurs nocturne sous hypnose (un grand enfant et un adolescent) [(127), (128)] et une étude [(107)] incluant des adultes qui conclut qu'une à deux sessions d'hypnose pourrait être une thérapeutique de première ligne efficace pour le somnambulisme et le pavor nocturnus.

La pathologie du sommeil est un sujet très vaste. Certains troubles du sommeil n'ont pas été abordés dans notre étude car il est difficilement possible en une seule étude qualitative de décrire et analyser de manière exhaustive la prise en charge de l'ensemble des pathologies.
Suite à cette première exploration réalisée par notre étude, une enquête de pratique ou plusieurs enquêtes par questionnaire anonyme pourraient être faite afin de dépeindre les conduites en termes de dépistage, prévention, diagnostic, attitudes et motivations thérapeutiques des généralistes. Ce type d'étude assurerait également la représentativité statistique des résultats obtenus.

PERSPECTIVES

Nous n'avons trouvé quasi aucun chiffre français de prévalence de ces troubles chez l'enfant. La dernière enquête de l'Institut National de Veille Sanitaire qui reconnaît trouble de sommeil comme problème de santé publique ne s'intéresse, dans sa publication de 2016 sur ce thème, qu'aux 15 à 65 ans... Il serait très intéressant de faire un état des lieux en France quant aux enfants. Le médecin généraliste héraultais semble avoir besoin d'outil de dépistage et de diagnostic facilement accessibles pour l'aider dans cette prise en charge. Ils pourraient éventuellement figurer dans le carnet de santé. Une information plus large sur les traitements disponibles et sur l'ordre dans lequel les initier serait bénéfique. Il en est de même pour la clinique du syndrome d'apnée du sommeil de l'enfant.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Klein A. 27 - Insomnie. In: Blétry O, Marroun I, éditeurs. Du Symptôme à la Prescription en Médecine Générale (2e édition) [Internet]. Paris: 2014 [cité 7 déc 2017]. p. 175-8. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294731587000274

2. Hurwitz TD, Mahowald MW, Schenck CH, Schluter JL, Bundlie SR. A retrospective outcome study and review of hypnosis as treatment of adults with sleepwalking and sleep terror. J Nerv Ment Dis. avr 1991;179(4):228-33.

3. Moore M, Allison D, Rosen CL. A review of pediatric nonrespiratory sleep disorders. Chest. oct 2006;130(4):1252-62.

4. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.

5. AboutKidsHealth, about.kidshealth@sickkids.ca. Apnée obstructive du sommeil - AboutKidsHealth [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/HealthAZ/HealthandWellness/Sleep/Pages/obstructive-sleep-apnea.aspx

6. Challamel M-J, Franco P. Approche comportementale des conditionnements à l'endormissement chez l'enfant de plus de 1 an. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 avr 2012;25(2):114-5.

7. Moturi S, Avis K. Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders. Psychiatry (Edgmont). juin 2010;7(6):24-37.

8. Challamel M-J, Franco P. Attitude devant un jeune enfant qui « ne dort pas ». Médecine du Sommeil. 2005;1(3):33-6.

9. Behavioral sleep problems in children [Internet]. [cité 24 nov 2017]. Disponible sur: http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?0/59/959?source=HISTORY

10. Moore M. Behavioral sleep problems in children and adolescents. J Clin Psychol Med Settings. mars 2012;19(1):77-83.

11. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A, American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep. oct 2006;29(10):1263-76.

12.
cadreconceptueletrecherche.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://promothee2004.free.fr/Documents/cadreconceptueletrecherche.pdf

13.
Chapitre 3: Methodologie [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: https://regisbarondeau.com/Chapitre+3%3A+Methodologie#Synth_se

14.
Sadeh A. Cognitive–behavioral treatment for childhood sleep disorders. Clinical Psychology Review. 1 juill 2005;25(5):612-28.

15.
Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF. Common Sleep Disorders in Children. AFP. 1 mars 2014;89(5):368-77.

16.
Evangelista E, Barateau L, Dauvilliers Y. Consultation initiale, analyse de la plainte et enquête étiologique devant une hypersomnolence. Peu diagnostiquée malgré l'important handicap fonctionnel provoqué. Rev Prat. juin 2016;66(6):660-5.

17.
Mindell JA, Sadeh A, Kwon R, Goh DYT. Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. Sleep Medicine. 1 déc 2013;14(12):1283-9.

18.
Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives.

19.
Deroulement temporel d'une nuit de sommeil (hypnogramme) [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/fig3.php

20.
Aubertin G, Schröder C, Sevin F, Clouteau F, Lamblin M-D, Vecchierini M-F. Diagnostic clinique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant. Médecine du Sommeil. juin 2017;14(2):68-76.

Aubertin G. Diagnostic clinique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant 2017;24S *Archives de pédiatrie* : S7—S15

21.
Etherton H, Blunden S, Hauck Y. Discussion of Extinction-Based Behavioral Sleep Interventions for Young Children and Reasons Why Parents May Find Them Difficult. J Clin Sleep Med. 15 nov 2016;12(11):1535-43.

22.
Dauvilliers Y. Dossier Insomnie. La Revue du Praticien 20 oct 2017;(8):845-76.

23.
Ecology of Human sleep.pdf [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: http://anthropology.emory.edu/home/documents/worthman-lab/Ecology%20of%20Human%20sleep.pdf

24. Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions - site archivé - CMS-SPIP [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765

25. Enseignement de recherche 2010 - DMG Paris 7- Critères de scientificité Validité interne et externe [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/5valintext.pdf

26. Babcock DA. Evaluating Sleep and Sleep Disorders in the Pediatric Primary Care Setting. Pediatric Clinics of North America. 1 juin 2011;58(3):543-54.

27. Carrot B, Lecendreux M. Évaluation d'une somnolence diurne excessive en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Archives de Pédiatrie. août 2011;18(8):891-901.

28. Jones CHD, Ball H. Exploring Socioeconomic Differences in Bedtime Behaviours and Sleep Duration in English Preschool Children: Bedtime Behaviours and Sleep Duration in English Preschool Children. Infant and Child Development. sept 2014;23(5):518-31.

29. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative - CNGE Nice [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

30. Benhaberou-Brun D. HIBOU: pour évaluer les troubles du sommeil. Perspect Infirm. déc 2011;8(6):35-7.

31. Kadmon G, Chung SA, Shapiro CM. I'M SLEEPY: a short pediatric sleep apnea questionnaire. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. déc 2014;78(12):2116-20.

32. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Ferrández Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, et al. Insomnia in children and adolescents. A consensus document. Anales de Pediatría (English Edition). 1 mars 2017;86(3):165.e1-165.e11.

33. Insomnies et troubles de l'installation du rythme jour/nuit du jeune enfant - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987798311001678?via%3Dihub

34. ISCA | Troubles respiratoires du sommeil chez l'enfant - ISCA [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.infosommeil.ca/enfant/

35. Item 43 Le sommeil de l'enfant - Cours de la Faculté de médecine de Toulouse [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item_43_le_sommeil_de_l-enfant.pdf

36.
JCSM - The Zurich 3-Step Concept for the Management of Behavioral Sleep Disorders in Children: A Before-and-After Study [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: http://jcsm.aasm.org/viewabstract.aspx?pid=29922

37.
JIM.fr - Enfin un consensus sur la mélatonine ! [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: https://www.jim.fr/medecin/e-docs/enfin_un_consensus_sur_la_melatonine__169015/document_actu_con.phtml

38.
l'analyse de contenu [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.europsy.org/marc-alain/analysecontenu.html

39.
Gagnon Y-C. L'étude de cas comme méthode de recherche - 2e édition. 2e édition. Presses de l'Université du Québec;

40.
L'évolution des rythmes veille/sommeil du fœtus à l'âge adulte [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.angelfire.com/myband2/mbox/Tpe/Sommeil01/evolution.htm

41.
L'évolution des rythmes veille/sommeil du fœtus à l'âge adulte [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.angelfire.com/myband2/mbox/Tpe/Sommeil01/evolution.htm

42.
GOMET R. L'agenda du sommeil : quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes ambulatoires ? Paris Est Créteil; 2014.

43.
Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. 2007;

44.
Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. SociologieS [Internet]. 22 oct 2006 [cité 25 août 2017]; Disponible sur: https://sociologies.revues.org/993#tocto2n4

45.
PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd.

46.
Delormas F. L'éducation au sommeil chez l'enfant. Médecine du Sommeil. sept 2008;5(17):19-23.

47.
L'hypnose au secours des terreurs nocturnes | Annuaire Hypnothérapie [Internet]. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: https://www.annuaire-hypnotherapie.com/cesser-les-terreurs-nocturnes-des-enfants-avec-l-hypnose

48.
Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes. Faculté de médecine de Nice; 2013.

49.
PAILLE P. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. 2007;27(2):133-51.

50.
DATTA A, Vella S. Le sommeil de l'enfant – troubles du sommeil et investigations. 2009;20(5).

51.
Weick D. Le sommeil de l'enfant et ses troubles : reconnaissances et pratiques des professionnels de santé : enquête auprès des médecins généralistes de Savoie. Falculté de Médecine de Grenoble; 2008.

52.
Le sommeil, les rêves et l'éveil [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: https://sommeil.univ-lyon1.fr/index_f.php

53.
Le sommeil, les rêves et l'éveil [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: https://sommeil.univ-lyon1.fr/index_f.php

54.
Rédaction L. Le sommeil, une durée idéale pour tous ? Objectifsante.mu [Internet]. 4 nov 2017 [cité 8 déc 2017]; Disponible sur: http://www.objectifsante.mu/sante/dossiers-sante/sommeil-neurobiologie/le-sommeil-une-duree-ideale-pour-tous

55.
Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant (SAOS) [Internet]. Dr Luc Réfabert. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: http://www.refabert.fr/maladies-patients/apnees-du-sommeil-page-1/

56.
Garreau Gautier P. Les attentes à l'égard du médecin généraliste des parents évoquant un trouble du sommeil de leur enfant d'âge préscolaire : une étude qualitative. François-Rabelais; 2014.

57.
Les critères de rigueur scientifique en recherche - C. PELLETIER, G. PAGE [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/68/35.pdf

58.
Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. 1 mars 2004;10(1):79-86.

59.
Demolière S, Le Breton J, Bastuji-Garin S, Le Roux G. Les difficultés d'endormissement de l'enfant de 5 à 40 mois en médecine générale. exercer, la revue francophone de médecine générale. déc 2011;(99):164-9.

60. Les fiches en lignes de la Lettre du CEDIP - fiche 62 (avril 2014) [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

61. Franco P. Les hypersomnies de l'enfant - Atelier Sommeil Enfant. 2009.

62. Beylot G. Les troubles du sommeil. Actualités Pharmaceutiques. 1 juin 2009;48(486):43-6.

63. Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil [Internet]. Issy-les-Moulineaux [France: Elsevier Masson; 2012 [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://site.ebrary.com/id/10538387

64. Frenkel A-L. Les troubles du sommeil de l'enfant. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 févr 2009;22(1):1-4.

65. Breil F, Rosenblum O, Nestour AL. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique, Summary. Devenir. 1 juin 2010;22(2):133-62.

66. Owens JA, Rosen CL, Mindell JA. Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians. Pediatrics. mai 2003;111(5 Pt 1):e628-635.

67. Mélatonine et troubles du sommeil de l'enfant [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/17-19.pdf

68. Thietart R-A. Méthodes de recherche en management - 4ème édition. Dunod; 2014. 656 p.

69. Hudon C. Mon bambin ne dort pas bien ! L'évaluation clinique du sommeil. févr 2008;

70. MON SOMMEIL EN PRATIQUE [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.institut-sommeil-vigilance.org/mon-sommeil-en-pratique

71. Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil Mai 2012 – Haute Autorité de Santé

72. Naître et grandir, site web et magazine [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://naitreetgrandir.com/fr/

73.
Challamel M-J, Franco P. Nutrition, éveil et sommeil : physiopathologie et influences environnementales chez le nourrisson et l'enfant. Médecine du Sommeil. 1 sept 2008;5(17):12-8.

74.
Outils de consultations [Internet]. Réseau Morphée. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: http://reseau-morphee.fr/vous-etes-un-professionnel-de-sante/outils-de-consultations

75.
Lopez R. Parasomnies du sommeil lent profond chez l'enfant. La Revue du praticien Médecine générale. b>Date</b 2012;(884):502-4.

76.
Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Parents et médecins face aux troubles du sommeil avant 5 ans. 7 janv 2009;(528).

77.
Chervin null, Hedger null, Dillon null, Pituch null. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. Sleep Med. 1 févr 2000;1(1):21-32.

78.
Spruyt K, Gozal D. Pediatric Sleep Questionnaires as Diagnostic or Epidemiological Tools: A Review of Currently Available Instruments. Sleep Med Rev. févr 2011;15(1):19-32.

79.
Nguyên X-L, Lévy P, Beydon N, Gozal D, Fleury B. Performance characteristics of the French version of the severity hierarchy score for paediatric sleep apnoea screening in clinical settings. Sleep Med. févr 2017;30:24-8.

80.
Nguyen X-L, Fleury B. Peut-on utiliser un score clinique pour diagnostiquer le SAOS de l'enfant ? Rev Orthop Dento Faciale. 49(2):109-13.

81.
al MJ et. Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/16740821

82.
Chhangani B, Greydanus DE, Patel DR, Feucht C. Pharmacology of sleep disorders in children and adolescents. Pediatr Clin North Am. févr 2011;58(1):273-291, xiii.

83.
Hennebelle T, Sahpaz S, Bailleul F. Plantes sédatives : évaluation pharmacologique et clinique. Médecine du Sommeil. 1 sept 2007;4(13):4-14.

84.
Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep. oct 2006;29(10):1277-81.

85.
Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Beebe DW. Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life. PEDIATRICS. 1 févr 2012;129(2):e276-84.

86.
Putois B, Franco P. Prise en charge des insomnies du jeune enfant. MÃ©decine thÃ©rapeutique / PÃ©diatrie. 1 avr 2013;16(2):97-107.

87.
Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique, Pr B. FALLERY, F. RODHAIN [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.strategie-aims.com/events/conferences/7-xvieme-conference-de-l-aims/communications/2078-quatre-approches-pour-lanalyse-de-donnees-textuelles-lexicale-linguistique-cognitive-thematique/download

88.
RAPPORT SUR LE THEMEDU SOMMEIL Ministère de la Santé et des Solidarités. 2006 déc.

89.
Rigueur, qualité de l'analyse et triangulation [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.gonin_a&part=146620

90.
Rôle de l'ORL dans la prise en charge du syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) de l'enfant - Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie [Internet]. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/07/Reco_SAHOS_enfant_2017.pdf

91.
Leersnyder HD. Rythmes fondamentaux du bébé. Spirale. 2007;(44):33-8.

92.
Hauk L. SIDS and Safe Sleeping Environments for Infants: AAP Updates Recommendations. AFP. 15 juin 2017;95(12):806-7.

93.
Reynaud E, Vecchierini M-F, Heude B, Charles M-A, Plancoulaine S. Sleep and its relation to cognition and behaviour in preschool-aged children of the general population: a systematic review. J Sleep Res. :n/a-n/a.

94.
Licis A. Sleep Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. juill 2017;26(3):587-95.

95.
Sleep Disturbance Scale for Children Bruni et al. (1996) Journal of Sleep Research, 5, 251-261 ; Version française par Dr H. Caci [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: https://tdahbe.files.wordpress.com/2013/02/sleep-disturb-scale-french.pdf

96.
Mindell JA, Owens JA. Sleep problems in pediatric practice:Clinical issues for the pediatric nurse practitioner. Journal of Pediatric Health Care. 1 nov 2003;17(6):324-31.

97.
pédiatrie S canadienne de. Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.cps.ca/fr/documents/position/melatonine-pour-traiter-troubles-du-sommeil-enfants-adolescents

98.
Sommeil | Conseils aux parents : prévention et prise en charge des problèmes de sommeil [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://www.enfant-encyclopedie.com/sommeil/selon-experts/conseils-aux-parents-prevention-et-prise-en-charge-des-problemes-de-sommeil

99.
Sommeil et médecine générale - Accueil [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://sommeil-mg.net/spip/spip.php?article1

100.
Statut etudes quali.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://cpa.enset-media.ac.ma/Fixe/Statut%20etudes%20quali.pdf

101.
Panici L. Syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant: état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.

102.
Cohen-Lévy J, Potenza J, Couloigner V. Syndrome d'apnée obstructive du sommeil de l'enfant : stratégie thérapeutique. Arch Pediatr. 24 févr 2017;24:S39-47.

103.
Vecchierini M-F, Monteyrol P-J. Syndrome d'apnées obstructives de l'enfant : nouvelles approches thérapeutiques. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 1 avr 2013;16(2):108-17.

104.
Norm M-Z, in. Testez le sommeil de votre enfant [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: https://fondationsommeil.com/testez-sommeil-enfant/

105.
Avidan AY, Kaplish N. The parasomnias: epidemiology, clinical features, and diagnostic approach. Clin Chest Med. juin 2010;31(2):353-70.

106.
Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. Pediatrics. sept 2001;108(3):E51.

107.
Hauri PJ, Silber MH, Boeve BF. The Treatment of Parasomnias with Hypnosis: a 5-Year Follow-Up Study. J Clin Sleep Med. 15 juin 2007;3(4):369-73.

108.
TOUT SAVOIR SUR LE SOMMEIL [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: http://www.institut-sommeil-vigilance.org/tout-savoir-sur-le-sommeil

109.
Collège National des Pédiatres Universitaires. Troubles du sommeil chez l'enfant [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/troubles_sommeil_enfant/site/html/1.html

110.
Troubles du sommeil chez l'enfant | Assuré | ameli.fr [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-sommeil-enfant

111.
Foulon B. Troubles du sommeil chez l'enfant de 1à 6 ans : étude exploratoire lors d'un stage en médecine générale dans l'Aisne. Faculté de médecin d'Amiens; 2016.

112.
Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent. Peu de place pour les médicaments. Médecine. 1 juin 2009;5(6):261-7.

113.
Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent. Peu de place pour les médicaments. Médecine. 1 juin 2009;5(6):261-7.

114.
Peyrefitte F. Troubles du sommeil chez l'enfant : comment s'y retrouver et y faire face ? La Revue d'Homéopathie. 1 mars 2012;3(1):25-32.

115.
Troubles du sommeil chez le nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: http://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/troubles-du-sommeil-chez-le-nourrisson

116.
Barateau L, Lopez R, Dauvilliers Y. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat. oct 2014;64(8):1169-76.

117.
de Leersnyder H. Troubles du sommeil de l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat. avr 2011;61(4):506-7.

118.
Dauvilliers Y, Challamel MJ, Touchon J. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat. 15 nov 2003;53(17):1937-46.

119.
Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/troubles-du-sommeil-lenfant-ladulte

120.
Louis J, Govindama Y. Troubles du sommeil et rituels d'endormissement chez le jeune enfant dans une perspective transculturelle. Archives de Pédiatrie. 1 févr 2004;11(2):93-8.

121.
Putois B, Leslie W, Raoux A, Guignard-Perret A, Wieck D, Vania H, et al. Validation psychométrique de la première échelle française de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant (1–16ans). Médecine du Sommeil. 1 janv 2015;12(1):41.

122.
Ayerbe C, Missonier A. Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. Revue Finance Contrôle Stratégie. 1 janv 2007;10:37-62.

123.
Guilleminault C, Lee JH, Chan A. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. août 2005;159(8):775-85.

124.
Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents--the Peds REST study. Pediatrics. août 2007;120(2):253-66.

125.
Owens JA, Dalzell V. Use of the « BEARS » sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Med. janv 2005;6(1):63-9.

126.
Spruyt K, Gozal D. Screening of Pediatric Sleep-Disordered Breathing. Chest. déc 2012;142(6):1508-15.

127.
Kramer RL. The Treatment of Childhood Night Terrors Through the Use of Hypnosis - A Case Study: A Brief Communication. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. oct 1989;37(4):283-4.

128.
Koe GG. Hypnotic Treatment of Sleep Terror Disorder: A Case Report. American Journal of Clinical Hypnosis. juill 1989;32(1):36-40.

129.
Konofal É. Syndrome des jambes sans repos chez l'enfant et l'adolescent. La Presse Médicale. mai 2010;39(5):592-7.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de l'insomnie chronique

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source *: Dossier insomnie La Revue du Praticien octobre 2017* [22]

Annexe 2 : Algorithme décisionnel devant insomnie de l'enfant et/ou adolescent

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Source : *Insomnia in children and adolescents. A consensus document Pin Arboledas et al*

Annexe 3 : Questionnaire qualitatif

Questionnaire anonyme pour la description des participants

Thèse d'exercice de Cloé DUBOIS : Prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant d'âge de 3 mois à 6 ans en médecine générale dans l'Hérault.

Codage : MEDECIN

Sexe : **Féminin** **Masculin**

Age :

Lieu d'exercice :

Ville **Semi-rural** **Rural** **Mixte**

Mode d'exercice :

Seul **Cabinet de groupe MG** **MSP**

Exerçant depuis (nombre d'années) :

Installé depuis (nombre d'années) :

Temps moyen par consultation (minutes) :

Formations complémentaires terminées ou en cours (DU, DIU, DESC…) :

- -
- -
- -

FMC : **OUI** **NON**

Si oui, comment ?

Groupes de FMC **Congrès /Séminaires** **Revues**

Autres :

Annexe 4 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Thème : Connaissances générales sur le sommeil et ses troubles / Diagnostic

1. **Selon vous comment évolue le sommeil physiologique de l'enfant entre 3 mois et six ans ? Et quels sont les signes d'alerte ?**
   - Evolution du temps de sommeil ?
   - Evolution des siestes ?
   - Evolution des réveils nocturnes ?

2. **Comment abordez-vous le sujet du sommeil de l'enfant au cours d'une consultation ?**
   - Quel temps y dédiez-vous ?
   - Posez-vous systématiquement des questions à ce sujet ?
   - Si vous en posez, que demandez-vous aux parents ?
   - Quels conseils prodiguez-vous pour la prévention de troubles du sommeil ?

3. **Que savez-vous au sujet des troubles du sommeil chez l'enfant ?**
   - Prévalence ? Quels sont les plus fréquents ?
   - Les différents types ? Et les symptômes évocateurs (notamment pour le SAOS) ?
   - Quels sont les outils d'aide au diagnostic connus ?
   - Quand orientez vous vers le spécialiste ?
   - Quelles répercussions ? (psychologiques, sociales, familiales, somatiques)
   - A votre avis, qu'attendent les parents de vous quand ils vous en parlent ?

Thème : Prise en charge thérapeutique

4. **Quelles thérapeutiques connaissez et/ou utilisez-vous et quelle est votre expérience avec chacune d'elle (notamment dans l'insomnie comportementale de l'enfant) ?**
   - Médicamenteuse
   - Non médicamenteuse

Thème : Difficultés, attentes et besoins

5. **Quelles difficultés avez-vous rencontrées personnellement dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant?**
   - Diagnostique ?
   - Thérapeutique ?
   - Psycho ?

6. **Comment pourrait être améliorée votre prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant ?**
   - Formation ?
   - Réseau ?

Annexe 5 : Auto-questionnaire Sleep Disturbance Scale for Children

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Annexe 6 : Agenda du sommeil de l'enfant

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

***Source** : Institut National du Sommeil et de la Vigilance*

Annexe 7 : **Diagramme décisionnel proposé par Aubertin et al.** dans *Diagnostic clinique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant, Archives de pédiatrie (2017)*

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Annexe 8 ***Source :*** *Cahier de Formation Continue, Soigner les enfants par homéopathie « Le moniteur des pharmacies »n° 2347, avril 2000*

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

Annexe 9 ***Source :*** *Beylot G. Les troubles du sommeil. Actualités Pharmaceutiques.(2009)*

« Document non libre de droits, non reproduit par respect du droit d'auteur »

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'Etre 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.*

- *Admise 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.*

- *Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction: Les troubles du sommeil sont surtout fréquents chez les enfants de 3 mois à 6 ans. Les médecins généralistes, acteurs de soins primaires, ont un rôle primordial dans leur diagnostic et traitement. Cette étude s'est attelée à décrire et analyser la connaissance, la perception et la prise en charge de ces troubles par des généralistes de l'Hérault.

Méthode: Des entretiens individuels semi-dirigés on été conduits aux cabinets de médecins généralistes héraultais ayant une activité, non exclusive, de pédiatrie. Après transcription, une analyse thématique de contenu a été faite.

Résultats: Douze médecins on été interviewés entre avril et juillet 2017. Nombreux estiment que ces troubles sont peu fréquents, bénins et les types les plus souvent rencontrés sont les insomnies et les terreurs nocturnes. Un dépistage est rarement effectué chez ces enfants et quand les parents en parlent ils le perçoivent surtout comme une requête de solution immédiate. Le syndrome d'apnée du sommeil, est méconnu de nombreux médecins. Le diagnostic des troubles est fait par l'interrogatoire avec une rare utilisation de l'agenda du sommeil. Pour le traitement, les participants préconisent des conseils d'hygiène de sommeil parfois aidé d'homéopathie ou phytothérapie mais sont réticents à l'utilisation de benzodiazépines ou d'antihistaminiques. Des difficultés diagnostiques, thérapeutiques et un besoin de formation sont rapportés.

Conclusion : La prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant par les médecins généralistes pourrait être optimisée par la mise à leur disposition d'outils de dépistage, de diagnostic et par une meilleure information sur les traitements disponibles.

Mots clés : troubles du sommeil, enfant, médecine générale, entretiens individuels semi-dirigés, insomnie, apnée, parasomnie