



HAL
open science

Perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes qui connaissent cet outil : étude qualitative

Agathe Journal

► To cite this version:

Agathe Journal. Perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes qui connaissent cet outil : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02974218

HAL Id: dumas-02974218

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974218>

Submitted on 21 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
Agathe JOURNEL

Le 04 octobre 2018

Directeur de thèse : Docteur David COSTA

PERCEPTIONS ET REFLEXIONS
CONCERNANT L'UTILISATION DE L'AGENDA DU SOMMEIL
CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES QUI CONNAISSENT CET OUTIL
ETUDE QUALITATIVE

JURY

Président : Pr. Michel AMOUYAL - PU de Médecine Générale

Assesseurs :

Dr. Emilie OLIE - MCU de Psychiatrie

Dr. David COSTA - MCU de Médecine Générale

Dr. Philippe MUNCK - Médecin généraliste

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Agathe JOURNEL

Le 04 octobre 2018

Directeur de thèse : Docteur David COSTA

**PERCEPTIONS ET REFLEXIONS
CONCERNANT L'UTILISATION DE L'AGENDA DU SOMMEIL
CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES QUI CONNAISSENT CET OUTIL
ETUDE QUALITATIVE**

JURY

Président : Pr. Michel AMOUYAL - PU de Médecine Générale

Assesseurs :

Dr. Emilie OLIE - MCU de Psychiatrie

Dr. David COSTA - MCU de Médecine Générale

Dr. Philippe MUNCK - Médecin généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

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

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
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 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 2^{ème} 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-Génétiq ue
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 Olivier-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

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES- Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES- Médecine générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEURS ASSOCIES- Médecine

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 1^{re} 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 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
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

Maîtres de conférence hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de conférence 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 Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Monsieur le Docteur David COSTA,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie pour ton soutien, ton aide et ta disponibilité.

Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet pendant six mois et de m'avoir fait apprécier la médecine générale, notre métier.

A Madame la Docteur Emilie OLIE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Philippe MUNCK,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Merci à ma famille,

Mes parents pour m'avoir soutenu tout au long de ma vie, merci d'être toujours là pour moi. Vous m'avez donné l'envie de faire ce métier, je vous remercie de m'avoir encouragé à y arriver. Vous êtes des parents comme beaucoup aimerait avoir et je me rends compte de la chance que nous avons, moi et mes sœurs.

Mamie, merci de m'avoir accueillie si souvent. Merci de ton écoute, de ton soutien. Je garde de tellement beaux souvenirs grâce à toi... Merci de me transmettre ton savoir (je te promets de m'entraîner à réussir aussi bien que toi les gâteaux bretons).

Mes sœurs, Camille et Marion, merci d'être toujours là pour moi, de m'écouter dans les mauvais moments, de me soutenir, de m'accueillir... Merci de m'avoir donné de supers (beaux-) frères Mathieu et Dan, de merveilleux neveux (Axel, Marin et le futur...!) et de merveilleuses nièces (Ana et Clara), qui m'apportent tellement de bonheur.

Merci à Claudie, Gilles et mes cousines Aude, Morgane et Séverine, pour toutes ces vacances inoubliables. A Alain, Martine, Alexandra et Laurence pour tous ces bons moments passés à vos côtés. Merci à tous les Journal, à Mamita et Tad.

Merci à mes amis, qui m'ont accompagné depuis toujours, et qui font de ma vie un bonheur.

Merci à mes princesses préférées, Margot (merci ma poule pour tout... je n'ai pas vraiment de mot pour te remercier de tout ce que tu as fait pour moi), Maïna, Anne-Laure, Mélanie, Cécile, Fredo, Rose pour me faire autant rire, et pour être toujours là, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Allez, petite mention spéciale aussi pour vos conjoints, parce qu'ils sont quand même au top !

Merci à Caroline, pour nos moments partagés... l'externat... nos soirées ... merci d'être ce que tu es, et de l'amitié que tu m'offres. Merci à Camcam pour ton écoute, ta bonne humeur, ton enthousiasme, ta motivation pour sortir ;) . Les filles, à nos soirées interminables ... mais si extraordinaires...!

Merci à Flou pour ces années d'études, de m'avoir suivi dans le Sud... merci pour toutes ces années d'amitié, ces soirées, ces vacances! Tu as trouvé Sofia, une super fiancée. Je vous souhaite tout le bonheur possible et inimaginable !

Merci à tous les amis Rennais, Timothée et Alizée, mention spéciale pour vous et votre petite Raphaëlle.

Merci à Edwige, une si belle rencontre. On en a partagé des moments ensemble depuis Perpinyà ! Je te remercie de ton soutien, de ta présence, de ton amitié sans faille... qui durera encore de très longues et belles années. Je te souhaite tellement de bonheur.

Merci à mes Coloveurs d'amour.

A Chloé, je te remercie d'être toi ! Tu m'as beaucoup apporté. Je suis vraiment contente de te connaître. J'espère que la distance n'atténuera pas notre amitié. Tu comptes vraiment pour moi... Je vous souhaite plein de bonheur avec Ben, un beau potager, une belle maison, des petits ... chatons ...Et surtout, prenez soin de Modjo !

A Marie, pour tout ce que qu'on a partagé, et pour ton écoute. Merci pour tous ces moments à se prélasser devant nos films en vidéoprojecteur, à discuter, à râler, à rigoler, à bosser (euh...). Tu es une belle personne, je te souhaite plein de bonheur avec Mélanie.

Merci à Michael, pour être toujours là ! A nos bons moments passés et j'espère à venir.

A Aude, pour ton caractère si doux et si tendre ;), merci pour ton écoute...

A Nina, pour ta joie de vivre, ta bonne humeur et Kevin pour tous ces bons moments !

A Robin, pour être toujours là, pour ta motivation, ton enthousiasme...

A Théod et Clotilde, pour ces moments, ces discussions et ces soirées pleines de joies !

A Cupi, pour ces moments de tendresse !

Merci à Omar, pour ces années de galère (tellement dur l'internat) et de bonheur. Je te remercie de m'avoir appris à aimer le sud, de m'avoir accompagnée pour mes premiers pas à Montpellier. Merci pour nos années de collocation, et de m'avoir fait rencontrer de belles personnes (Marco, merci pour cette colocation aussi ! Manon, Jess, Flo...). Et surtout, merci d'avoir fait rentré dans ma vie ce petit chat d'Amour... Je vous souhaite que du bonheur avec Damien.

Merci à Sarah, de tous ces moments partagés, merci d'aimer Maitre G, le seul, l'unique. Tu es resplendissante, je te souhaite plein de bonheur.

Merci à ma petite Isaure, Zori, Melot. Je t'adore toi, tu me fais bien rire et j'espère que cela va continuer ! Et ma petite Laurène, Scarlett, Professeur Bernard, Mme Canon. La gériatrie aurait été tellement différente sans vous. Comme quoi, ce stage était intense

mais nous a permis de nous rencontrer, et ça, ça n'a pas de prix ! Merci pour ce super trio !

Merci à Laurie, j'espère que tu profites bien à Hyères, tu nous manques !

Merci à Alice, tu es une nana exceptionnelle, toujours le sourire, toujours la motivation, toujours le peps. Je te souhaite plein de bonheur avec Floriane !

Merci à Philine et Emilie, pour ces 6 mois de coloc et ces moments passés ensemble!

Merci à tous les internes de perpignan, premier et deuxième semestre : A mes co-internes de premier semestre, Martin, Marine et Lulu pour avoir débuté ensemble notre internat. A Charlotte, Camille, Alex, Julien, Benoît, France, Coco, Pauline, Stéphanie, Damien, Coline, Manue, Guillaume, Camille, ... A tout le monde... pour ces soirées...ces soirées et ces soirées...

A Muriel, pour notre amitié, ces années de lycée... à nos délires...

A Fanch, merci d'avoir cru en moi, d'être si présent ... Merci pour toutes tes surprises, ton attention, ton amour et tous les beaux moments que tu me fais vivre. Merci de m'accompagner chaque jour... je t'aime.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	9
1. INTRODUCTION	16
1.1. Le sommeil	17
1.1.1. Données épidémiologiques et pharmacologiques	17
1.1.2. Organisation du sommeil.....	18
1.1.3. Les différentes fonctions du sommeil.....	20
1.2. L'insomnie	20
1.2.1. Définition	21
1.2.2. La prise en charge diagnostique	21
1.2.3. La prise en charge thérapeutique.....	22
1.2.4. Le sevrage en benzodiazépines	23
1.3. L'agenda du sommeil.....	24
1.3.1. Présentation	24
1.3.2. Description	25
1.3.3. Analyse qualitative ou analyse visuelle	27
1.3.4. Analyse quantitative.....	27
1.3.5. L'agenda du sommeil dans les recommandations.....	28
1.4. Objectif de l'étude	29
2. METHODE	30
2.1. Type d'étude	30
2.2. Recrutement des médecins interviewés.....	30
2.2.1. Population cible	30
2.2.2. Recrutement.....	30
2.3. Recueil des données	31
2.3.1. Guide d'entretien	31
2.3.2. Déroulement des entretiens.....	33
2.3.3. Saturation des données.....	33
2.4. Analyse des données	33
3. RESULTATS.....	34
3.1. Caractéristiques de la population	34
3.2. Les troubles du sommeil en médecine générale.....	34
3.2.1. La prévalence.....	34
3.2.2. Un motif de consultation.....	35
3.2.3. Les troubles du sommeil dans l'interrogatoire de médecine générale	35
3.2.4. Le sevrage en benzodiazépines	35
3.3. L'utilisation de l'agenda du sommeil.....	36
3.3.1. Formation des médecins	36
3.3.2. Une présentation, une explication, un exemple.....	37
3.3.3. Une consultation dédiée	37
3.3.4. Fréquence d'utilisation	38
3.3.5. Motif d'utilisation	38
3.3.6. Situation d'utilisation	39
3.4. Déterminants positifs	41
3.4.1. Reproductibilité	41
3.4.2. Objectivité	42
3.4.3. Appropriation du trouble par le patient	42
3.4.4. Exploration des journées	42
3.4.5. Bonne compréhension de l'outil	43

3.4.6.	Impact sur la prise en charge.....	43
3.4.7.	Soutien pour l'éducation thérapeutique	43
3.4.8.	Temps d'écoute et d'échange	44
3.4.9.	Amélioration de la relation médecin-patient	44
3.4.10.	Perception positive de l'outil.....	44
3.5.	Déterminants négatifs	46
3.5.1.	Inadéquation en consultation de médecine générale.....	46
3.5.2.	Efficacité limitée	47
3.5.3.	Non adapté chez certains patients	47
3.5.4.	Manque d'adhésion, de motivation de la part des patients.....	48
3.5.5.	Difficulté d'utilisation, de compréhension	48
3.5.6.	Outil contraignant pour le patient.....	49
4.	DISCUSSION	50
4.1.	Synthèse des principaux résultats.....	50
4.2.	Forces et limites de l'étude.....	50
4.2.1.	Choix du sujet	50
4.2.2.	Choix de l'objectif	51
4.2.3.	Choix de la définition de l'insomnie	51
4.2.4.	Choix d'inclusion et de non inclusion	51
4.2.5.	Choix de la méthode.....	52
4.2.6.	Population et recrutement.....	52
4.2.7.	Analyse des données	53
4.3.	Discussion des résultats.....	53
4.3.1.	Les troubles du sommeil en médecine générale	53
4.3.2.	La dépendance aux benzodiazépines en médecine générale.....	54
4.3.3.	La formation à l'utilisation de l'agenda du sommeil	54
4.3.4.	L'agenda du sommeil : déterminants positifs.....	54
4.3.5.	L'agenda du sommeil : déterminants négatifs	55
4.4.	Perspectives	56
4.4.1.	Pour la recherche	56
4.4.2.	Pour la pratique	56
5.	BIBLIOGRAPHIE.....	59
6.	ANNEXES	63
6.1.	Annexe 1 : Agenda du sommeil HAS	63
6.2.	Annexe 2 : Agenda du sommeil chez l'octogénaire HAS	64
6.3.	Annexe 3 : Entretien initial	66
6.4.	Annexe 4 : L'agenda du sommeil selon des médecins spécialistes du sommeil	67
6.5.	Annexe 5 : Arbre décisionnel concernant la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.....	69
6.6.	Annexe 6 : Guide d'interprétation de l'agenda du sommeil par Biocodex	70
	SERMENT.....	71

LISTE DES ACRONYMES

AASM : American Academy of Sleep Medicine

HAS : Haute autorité de santé

ICSD : International Classification of Sleep Disorders

REM : Rapide Eye Movement

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SAHOS : Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

1. INTRODUCTION

Nous passons plus d'un tiers de notre vie à dormir. Le sommeil se définit comme un état physiologique périodique de l'organisme, notamment du système nerveux, pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations amoindrie. C'est un mécanisme indispensable à notre survie, autant que boire, manger et respirer. Il permet de récupérer sur le plan physique et psychique.

Le sommeil et ses mystères ont été au cœur de multiples croyances, de la mythologie grecque à nos jours. La recherche scientifique sur le sommeil débute avec Hans Berger, inventeur de l'électroencéphalographie. Le premier enregistrement nocturne de l'activité électrique cérébrale pendant le sommeil est réalisé par Loomis en 1937. En 1953, Aserinski et Keitman découvrent le sommeil de rêve et sa traduction électrique, permettant d'établir ses différents stades. En 1959, Michel Jouvet parle pour la première fois de sommeil paradoxal, et donc de stades de sommeil spécifiques. De nombreuses études vont paraître, permettant de comprendre ses mécanismes. Si ces derniers restent encore pour la plupart méconnus, la recherche concernant le sommeil est en pleine extension et nous permet chaque jour d'en savoir plus sur les fonctionnements de cet état.

Selon le baromètre santé, 45,8% des français déclaraient avoir eu des troubles du sommeil au cours des huit derniers jours (1). Les médecins généralistes sont en première ligne pour recueillir les plaintes des patients concernant le sommeil. Il est important qu'ils aient les connaissances et les outils nécessaires pour les prendre en charge au mieux.

L'agenda du sommeil est un des outils à la disposition du médecin généraliste. Il est recommandé par la HAS pour la prise en charge des troubles du sommeil et notamment de l'insomnie.

1.1. Le sommeil

1.1.1. Données épidémiologiques et pharmacologiques

A ce jour, les données épidémiologiques françaises concernant les troubles du sommeil restent vagues. L'estimation de leur prévalence fluctue en fonction de plusieurs facteurs méthodologiques, démographiques et cliniques.

En 2017, 54% des français jugeaient leur sommeil insuffisant. Il s'agissait surtout des femmes, des 25-54 ans et des ronfleurs (2).

L'insomnie, le plus important des troubles du sommeil, touchait 15,8% des 15-85 ans (3). Les patients souffrant d'insomnie consultaient peu les médecins : 53% des insomniaques sévères et 18% des insomniaques simples cherchaient conseil auprès de professionnels (4) .

Le retentissement économique des troubles ou du manque de sommeil est mal connu, que ce soit à l'échelle de l'individu ou de la société. Si les consultations médicales, les examens complémentaires et les traitements avaient un coût important (1,5 milliard d'euros en France pour l'année 1999 (5), les conséquences indirectes des troubles du sommeil avaient également un impact économique : baisse de productivité (6), accidents de travail et de la route (7). En 2011, l'université de Harvard a effectué une étude qui chiffrait le coût des conséquences de l'insomnie à 63 milliards de dollars par an de perte en productivité, pour une prévalence d'insomnie estimée à 23,2% dans la population générale (6).

En Europe, en 2017, la France était le deuxième consommateur de benzodiazépines, le troisième d'hypnotiques et le deuxième d'anxiolytiques (8). La consommation décroît au fil des années : en 2000 le chiffre d'affaire des ventes de benzodiazépines s'élevait à 260 millions d'euros, alors qu'en 2010 il était de 183 millions d'euros pour 134 millions de boîtes vendues (9). Selon l'ANSM, 131 millions de boîtes de benzodiazépines ont été vendues en 2012 (10) contre 117 millions en 2015 (8). Fin 2005, l'assurance maladie indiquait que 10% des Français prenaient des hypnotiques et que dans près de la moitié des cas cette prise était régulière, ce qui est contraire aux références médicales opposables (5).

1.1.2. Organisation du sommeil

Le sommeil est composé d'une succession de cycles dont la durée moyenne est d'environ 90 minutes. Il comprend deux types de sommeil : le sommeil lent comprenant quatre stades, et le sommeil paradoxal correspondant au 5ème stade. Chacun est entrecoupé de micro-réveils, parfois perceptibles par la personne. La répartition des différentes phases du sommeil évolue en fonction de l'âge. La quantité de sommeil est également variable, en fonction de chaque individu, mais varie aussi au cours de la vie.

La phase d'endormissement – Stade 1

Le stade 1 correspond à la phase d'endormissement. Elle se traduit par une instabilité entre l'éveil et le sommeil avec des changements rapides et brefs entre les deux états.

La phase d'endormissement est souvent annoncée par quelques signes (picotements des yeux, bâillements, sensation de froid, nuque lourde) et dure de 5 à 20 minutes.

Le tonus musculaire diminue progressivement, les yeux sont fermés mais il persiste une activité oculaire oscillatoire lente. La réactivité aux stimuli extérieurs est présente. Il peut exister des myoclonies d'endormissement. Ce stade représente moins de 5% de la durée d'une nuit complète.

Le sommeil lent léger – Stade 2

Ce stade correspond à 50% de la durée d'une nuit complète. Les mouvements oculaires ont disparu et le tonus musculaire est faible. La respiration est régulière.

Le sommeil lent profond – Stade 3 et 4

Ce stade correspond à 20% de la durée d'une nuit complète. Le tonus musculaire est diminué. Il n'y a pas de mouvements musculaires ni oculaires. Le rythme cardiaque est diminué. La respiration est lente et calme. Le sommeil lent profond correspond au sommeil réparateur. Il renforce la mémoire. C'est aussi lors de ce sommeil qu'est synthétisée l'hormone de croissance chez les enfants.

Le sommeil paradoxal – Stade 5

Ce stade, appelé par les anglo-saxons REM (Rapid Eye Movement), correspond à la 5^{ème} et dernière phase d'un cycle de sommeil. Il représente 20% de la durée d'une nuit complète. Des mouvements oculaires rapides sont présents. Les rythmes cardiaques et respiratoires sont irréguliers. Le relâchement musculaire est total, le corps est inerte.

Lors de ce sommeil paradoxal, l'activité cérébrale est intense, proche de l'état d'éveil alors que le sujet est profondément endormi. C'est la phase du rêve.

Une nuit de sommeil

Une nuit est composée d'une succession de 4 à 5 cycles correspondant à 7 ou 8 heures de sommeil. Même si chaque cycle est toujours composé de la succession de ces 5 stades, la durée de ces derniers varie au cours d'une nuit. Chaque cycle commence par un sommeil léger et se termine par un sommeil paradoxal.

L'hypnogramme permet de représenter de façon claire l'organisation de la nuit et les différents cycles et stades de sommeil. Nous avons pu ainsi remarquer que le sommeil lent profond est majoritaire lors des deux premiers cycles du sommeil. C'est le sommeil réparateur. Le sommeil paradoxal est plus abondant en seconde partie de nuit.

Les variabilités inter et intra-individuelles sont importantes. On distingue les courts dormeurs, avec moins de 6 heures de sommeil par nuit, et les longs dormeurs avec 9 heures ou plus. L'organisation et la durée de chaque phase varie également au cours du temps chez un même individu. A noter qu'il existe aussi une variabilité génétique semblant expliquer plus ou moins la différence de temps et de qualité de sommeil entre les individus, et la similitude du sommeil entre jumeaux homozygotes.

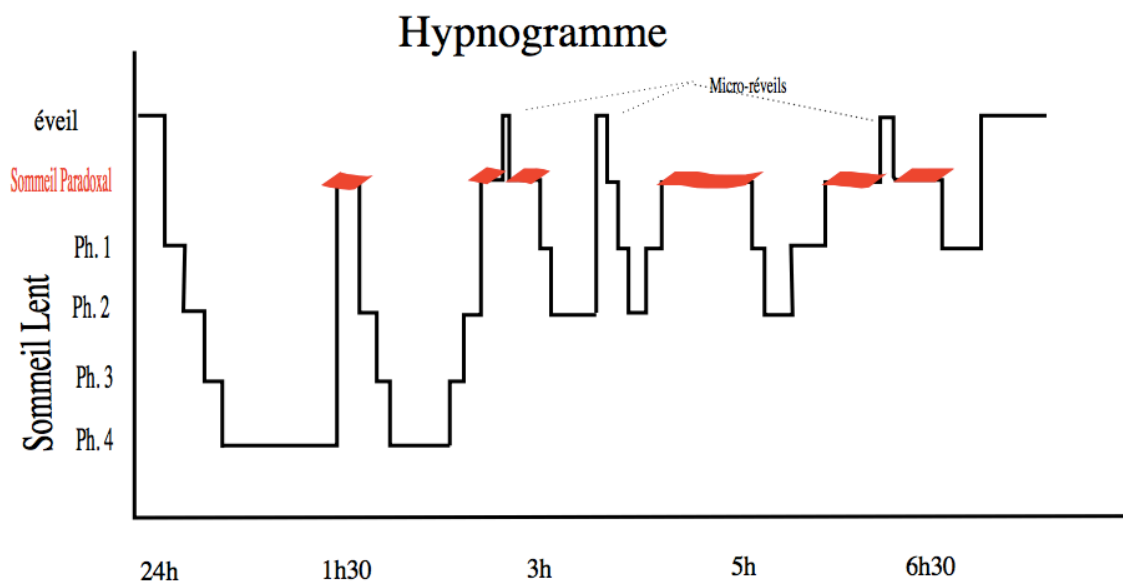


Figure 1 : Exemple d'hypnogramme (11)

1.1.3. Les différentes fonctions du sommeil

Le sommeil a plusieurs fonctions importantes tout au long de notre vie. Il joue un rôle sur la stimulation et la sécrétion hormonale, notamment celle de l'hormone de croissance (12). On sait également que le sommeil a une action sur la maturation cérébrale et la neurogénèse (13). Il est également important pour l'apprentissage et la gestion de nos émotions, les capacités cognitives (14) et la mémorisation (15).

Les troubles du sommeil ont des répercussions importantes sur la santé individuelle, qu'elle soit physique, mentale ou cognitive.

Sur le plan somatique, si les troubles du sommeil peuvent entraîner des inconforts au cours de la journée et une détérioration de la qualité de vie, ils peuvent aussi favoriser ou aggraver certaines maladies ou conditions de santé comme l'obésité (18), le diabète de type 2 (19), l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires (20).

Du point de vue psychiatrique, nous constatons que les troubles du sommeil peuvent provoquer ou aggraver des troubles de l'humeur (21), pouvant mener jusqu'à la dépression et au suicide (22).

Au niveau cognitif, le manque de sommeil entraîne des troubles de la consolidation des mémoires émotionnelles et neutres (23).

Il est important de rajouter que si les troubles du sommeil ont des conséquences sur la santé individuelle, ils ont également des conséquences en terme de santé publique.

La somnolence au volant augmente le risque d'accidents routiers par huit. En France, 10% des accidents sont liés à la fatigue au volant et la somnolence intervient dans 10 à 30% des accidents de la circulation (24).

1.2. L'insomnie

La classification internationale des troubles du sommeil, l'ICSD-3, établie en 2014, classe les troubles du sommeil en sept catégories : les insomnies, les troubles du sommeil en relation avec la respiration, les hypersomnies d'origine centrale, les troubles du rythme circadien du sommeil, les parasomnies, les mouvements en relation avec le sommeil et les autres troubles du sommeil (25). Parmi l'ensemble de ces troubles, l'insomnie est la plus fréquente.

1.2.1. Définition

L'insomnie se définit comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches.

Le caractère subjectif de ces troubles nécessite une analyse diagnostique particulièrement attentive.

1.2.2. La prise en charge diagnostique

Selon la SFTG et la HAS, l'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi au moyen d'une approche somatique, psychologique et environnementale, et d'une étude méticuleuse de l'historique du sommeil, y compris dans l'enfance du patient.

L'interrogatoire permet d'évaluer la nature et la durée des troubles. Il faut explorer l'environnement du patient, son rythme de vie et de travail, d'éventuels facteurs d'hyperstimulation, mais également un facteur déclenchant psychologique. Il faudra rechercher certaines fausses croyances, représentations ou pensées parasites pouvant faire obstacle à l'endormissement. A ces questions s'ajoute la recherche d'un trouble organique du sommeil. Il est indispensable de rechercher un syndrome d'apnée-hypnopathie du sommeil, des mouvements périodiques des jambes ou des signes de syndrome des jambes sans repos. Il faut également rechercher une pathologie somatique sous-jacente telle qu'une dysthyroïdie, un reflux gastro-œsophagien, une pathologie cardiaque, respiratoire ou neurologique. Il est important d'interroger le patient sur sa consommation de médicaments ou d'autres substances pouvant perturber le sommeil : drogues, psychostimulants (café, thé, boissons énergisantes) et alcool.

A l'issue de cet interrogatoire, on peut alors affirmer la réalité de l'insomnie par les critères diagnostics généraux de l'insomnie établie par la SFTG-HAS :

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

1. Difficultés à s'endormir.

2. Difficultés à rester endormi.
3. Réveils trop précoces.
4. Sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité.

B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

C. Au moins un des symptômes diurnes suivants relatifs au sommeil nocturne est rapporté par le patient :

1. Fatigue, méforme.
2. Baisse d'attention, de concentration ou de mémoire.
3. Dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire.
4. Instabilité d'humeur, irritabilité.
5. Somnolence diurne.
6. Baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative.
7. Tendance aux erreurs, aux accidents au travail ou lors de la conduite automobile.
8. Maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil.
9. Préoccupations et soucis à propos du sommeil.

Pour aider les médecins généralistes à effectuer ce travail d'investigation, il existe des outils comme l'agenda du sommeil (Annexe 1), et des auto-questionnaires tels que l'échelle de somnolence d'Epworth, le questionnaire QD2A de Pichot qui est une échelle de dépression et l'échelle HAD (évaluation de la sévérité de l'anxiété et de la dépression).

Le médecin généraliste peut avoir recours à l'avis d'un spécialiste du sommeil lorsque les insomnies sont rebelles, inexplicables ou atypiques, évoquant une situation particulièrement complexe.

1.2.3. La prise en charge thérapeutique

La prise en charge de l'insomnie s'effectue par des traitements non pharmacologiques, pharmacologiques et surtout par un suivi au long cours, avec une évaluation régulière et un soutien psychologique. Il est important dans un premier temps d'informer le patient sur les différentes règles d'hygiène et de régulation du rythme éveil-sommeil.

Selon la HAS, les règles élémentaires sont les suivantes :

- ✓ Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).
- ✓ Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- ✓ Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher
- ✓ Eviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- ✓ Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais à éviter après 17 h.
- ✓ Éviter les repas trop copieux le soir.
- ✓ Bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte).
- ✓ Eviter la lumière forte et l'activité physique le soir.
- ✓ Ne pas trainer au lit une fois éveillé.

Les thérapies cognitivo-comportementales, individuelles ou en groupe, ont une place importante dans la prise en charge de l'insomnie. Des preuves d'efficacité ont été rapportées dans la prise en charge d'insomnies chroniques, celles sans comorbidités notamment, par les méthodes suivantes : le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil, la relaxation musculaire progressive, le biofeedback et notamment la thérapie de la Pleine Conscience (27). Parfois, ces techniques suffisent à faire diminuer les plaintes d'insomnie(28).

Les médicaments utilisés dans la prise en charge des insomnies d'ajustement ou au cas par cas dans la prise en charge des insomnies chroniques sont majoritairement les hypnotiques de la famille des benzodiazépines. Leur utilisation est très contrôlée et à éviter au maximum du fait des risques de dépendance et de leurs effets secondaires. Les insomnies peuvent également être traitées par certains antihistaminiques H1.

1.2.4. Le sevrage en benzodiazépines

La HAS a établie en 2007 des modalités d'arrêt des benzodiazépines et traitements apparentés chez le sujet âgé. En voici la synthèse :

- Dès la prescription médicale d'une benzodiazépine, il est important d'informer le patient de la durée du traitement et de l'arrêt progressif qui devra s'effectuer du fait des risques de sevrage.

- A chaque demande de renouvellement, il faut s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt progressif.
- Chez tout sujet âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il faut proposer une stratégie d'arrêt de la consommation si l'indication n'est plus valide.
- Lorsque l'arrêt est entrepris, il faut évaluer les attentes du patient et établir le degré de « son attachement » aux benzodiazépines, pour aboutir à une décision partagée d'arrêt du traitement et évaluer les facteurs pronostics. Il faut distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière (29).

L'arrêt d'un traitement par benzodiazépines doit toujours être effectué de façon progressive, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois. L'obtention d'une diminution de la posologie est un résultat favorable, même si l'objectif est l'arrêt de la consommation. Aucun traitement médicamenteux substitutif ne doit être proposé lors de l'arrêt des benzodiazépines chez le patient âgé. Par contre, des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mise en place aussi longtemps que nécessaire (29).

Il existe quelques outils mis à la disposition du médecin généraliste pour faciliter le sevrage en benzodiazépines : l'algorithme d'arrêt, le courrier d'information de la part du médecin traitant, l'échelle d'évaluation de la dépendance aux benzodiazépines, le calendrier de suivi, l'agenda du sommeil, la liste des signes de sevrage.

1.3. L'agenda du sommeil

1.3.1. Présentation

L'agenda du sommeil est un outil validé par la HAS dans la prise en charge diagnostique des troubles du sommeil et du sevrage en benzodiazépines. C'est un instrument d'auto-évaluation, à remplir par le patient sur une à plusieurs semaines.

L'agenda du sommeil va aider le patient à décrire son insomnie, ce qui n'est pas toujours facile par la parole. En effet, l'insomnie, basée sur une représentation subjective du sommeil, est difficile à quantifier.

L'agenda du sommeil est simple, économique et informatif, puissant (30, 31), et précieux (32, 28), notamment pour recueillir la séméiologie de la plainte sur le sommeil (32).

L'agenda du sommeil est un outil de dépistage utile pour évaluer les patients souffrant d'insomnie primaire (33). Il permet de diagnostiquer les troubles du rythme circadien comme le syndrome d'avance de phase, de retard de phase, le rythme veille-sommeil irrégulier ou le trouble du sommeil lié au travail posté à l'exception des troubles du décalage horaire (31, 34, 35, 36).

C'est également l'outil de référence pour le diagnostic d'une privation de sommeil ou d'une mauvaise hygiène du sommeil (24).

L'agenda du sommeil étant à remplir par le patient lui-même, il lui permet une réflexion et une prise de conscience sur les attitudes erronées par rapport au sommeil. L'utilisation de cet outil de façon continue va renforcer son implication (28).

Parfois il est également utilisé en pédiatrie lors de troubles du sommeil chez l'enfant. Le remplissage s'effectue alors par les parents. Il a été observé un « rôle thérapeutique spontané » important lors de cette utilisation (37).

1.3.2. Description

L'agenda du sommeil-éveil qui est utilisé et décrit dans cette étude est celui de la HAS. Il se présente sous la forme d'un tableau avec dans le sens vertical les jours, et dans le sens horizontal, les heures de la journée et de la nuit.

L'information est rapportée par le patient tous les jours. Il complètera le tableau concernant sa nuit le matin, en fonction de ses souvenirs, pour éviter de perturber la nuit de sommeil. Le soir, il pourra relater son état d'éveil.

Il va noter son heure de coucher par une flèche tournée vers le bas. Le temps de sommeil est symbolisé par des hachures (également pour un sommeil au fauteuil), nocturne ou diurne. Si le patient se réveille dans la nuit de façon prolongée de plus d'une heure il laissera les cases en blanc. L'horaire de lever du lit est symbolisé par une flèche tournée vers le haut. Le patient doit indiquer la qualité de son sommeil et de son éveil par une note de 0 à 10.

Il devra noter les traitements pris, et pourra annoter des commentaires divers et variés, comme les difficultés d'endormissement, de gêne pendant la nuit ou de réveil précoce : angoisses, idées noires, toux, gêne respiratoire, douleur, ronflement du conjoint, lever

du conjoint, bruit extérieur, modifications environnementales ou tout autre annotation importante pouvant influencer sur le sommeil.

Le patient peut utiliser d'autres symboles comme un rond vide pour exprimer une fatigue, une étoile pour exprimer une envie de dormir, un rond plein pour une sieste involontaire et un rectangle pour une sieste volontaire.

La durée de remplissage se fait sur une période d'au moins une semaine.

Un exemple de remplissage de l'agenda du sommeil est proposé Figure 2.

La HAS a également conçu un agenda du sommeil pour le patient octogénaire (Annexe 2) qui se présente plus ou moins de la même façon. La qualité du sommeil et de l'éveil est appréciée de façon subjective par quatre appréciations : très bien, bien, mauvais, très mauvais. Cet agenda utilise d'autres symboles.

Il existe plusieurs modèles disponibles sur internet à la disposition des patients et des médecins généralistes. Tous ont les mêmes caractéristiques. Les plus connus sont celui de la HAS et du Réseau Morphée.

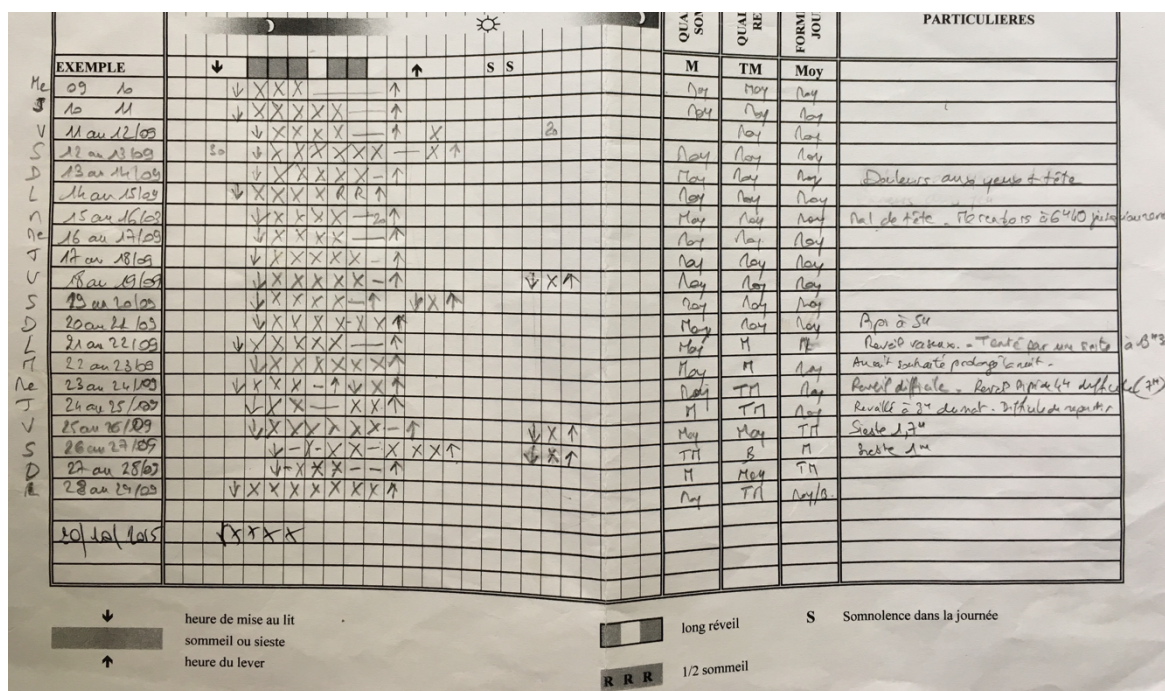


Figure 2 : Exemple d'agenda du sommeil Réseau Morphée complété (fourni par le Dr DUBOIS M., spécialiste du sommeil à Montpellier)

1.3.3. Analyse qualitative ou analyse visuelle

L'analyse visuelle permet d'observer l'organisation du rythme veille-sommeil du sujet et son évolution entre les périodes de travail et de repos. Elle va permettre d'analyser d'éventuelles répercussions diurnes, et permettra une discussion avec le patient, afin de mettre en place un projet thérapeutique adapté et d'analyser l'efficacité du traitement (32). Cette analyse visuelle de l'agenda permet de déterminer simplement l'organisation du sommeil jour après jour (31).

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte dans l'analyse de l'agenda du sommeil. Rien qu'en observant l'agenda du sommeil complété par le patient on va pouvoir distinguer la régularité des horaires de coucher ou de lever, celle des nuits, la durée de la phase d'endormissement, le temps passé au lit en étant éveillé, la fréquence et la durée des siestes et les sommeils entrecoupés de longues phases d'éveil.

1.3.4. Analyse quantitative

D'après les horaires indiqués par le patient sur l'agenda du sommeil, on peut estimer :

- La latence d'endormissement : temps estimé entre l'heure du coucher et le début du sommeil.
- Le temps de sommeil total : différence entre l'heure d'endormissement et celle du réveil, moins le temps d'éveil pendant la nuit.
- Le temps passé au lit : délai entre l'heure du coucher et l'heure du lever.
- L'index d'efficacité du sommeil = $(\text{temps total de sommeil} / \text{temps passé au lit}) \times 100$.
- Le retentissement diurne : nombre et horaire des épisodes de somnolence ou de siestes.

Ces données sont plus utilisées dans les travaux scientifiques qu'en pratique clinique quotidienne.

1.3.5. L'agenda du sommeil dans les recommandations

L'agenda du sommeil comme outil dans la prise en charge de l'insomnie

Selon les recommandations de la SFTG-HAS de décembre 2006, c'est un instrument permettant de discuter des habitudes du patient, de fixer des objectifs de traitement et de suivre l'évolution des troubles en fonction du temps et des différentes thérapeutiques. L'agenda du sommeil est cité dans cette recommandation sans que son utilisation soit décrite de manière très précise, tant dans la présentation de l'outil que dans l'analyse des résultats.

L'agenda du sommeil était l'outil le plus approprié et opérationnel pour permettre une représentation pertinente de la plainte (38). Le remplissage serait intéressant sur une période d'au moins quinze jours, afin de couvrir à la fois des périodes de travail et de repos, et d'avoir une observation pouvant apporter des données sur les habitudes de sommeil du patient et sa typologie de sommeil (39). Il faut cependant noter que la HAS préconise une ou deux semaines de remplissage. L'agenda du sommeil doit faire partie du bilan systématique de toute insomnie, s'il est réalisable par le patient, car c'est un outil d'aide diagnostique et un élément de surveillance de l'évolution (39).

L'agenda du sommeil comme outil dans le sevrage en benzodiazépine

Dans les recommandations HAS, la tenue d'un agenda du sommeil peut être utile, associée à un calendrier de décroissance posologique (avec un relevé quotidien des symptômes inhabituels), lors de l'arrêt, de la surveillance et de la prévention de reprise des benzodiazépines ou de médicaments apparentés chez le patient âgé. L'agenda du sommeil est considéré comme une aide utile pour le suivi.

L'agenda du sommeil à l'étranger

Selon les recommandations de l'AASM (American Academy of Sleep Medicine) de février 2017, les données de l'agenda du sommeil doivent être recueillies avant et pendant le traitement actif mais également en cas de rechute ou de réévaluation sur le long terme (tous les 6 mois) (40).

Les recommandations européennes conseillent fortement l'utilisation d'un agenda du sommeil lors du diagnostic de l'insomnie et de ses comorbidités, mais également avant et pendant l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales comme la restriction de sommeil (41).

Un agenda du sommeil consensuel a été établi en 2012 sous forme de questionnaire à remplir quotidiennement, grâce à la collaboration d'experts de l'insomnie et d'utilisateurs potentiels. Ce document a été proposé comme un document « vivant » devant encore être testé, affiné et validé (42).

1.4. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est d'analyser les perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes connaissant cet outil.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

2.2. Recrutement des médecins interviewés

2.2.1. Population cible

Nous avons interviewé des médecins généralistes connaissant l'agenda du sommeil, soit après avoir reçu une formation spécifique sur l'outil, soit par apprentissage personnel. Nous n'avons inclus que des médecins généralistes pratiquant en cabinet de médecine générale. Les médecins généralistes possédant un DIU du sommeil n'ont pas été inclus.

2.2.2. Recrutement

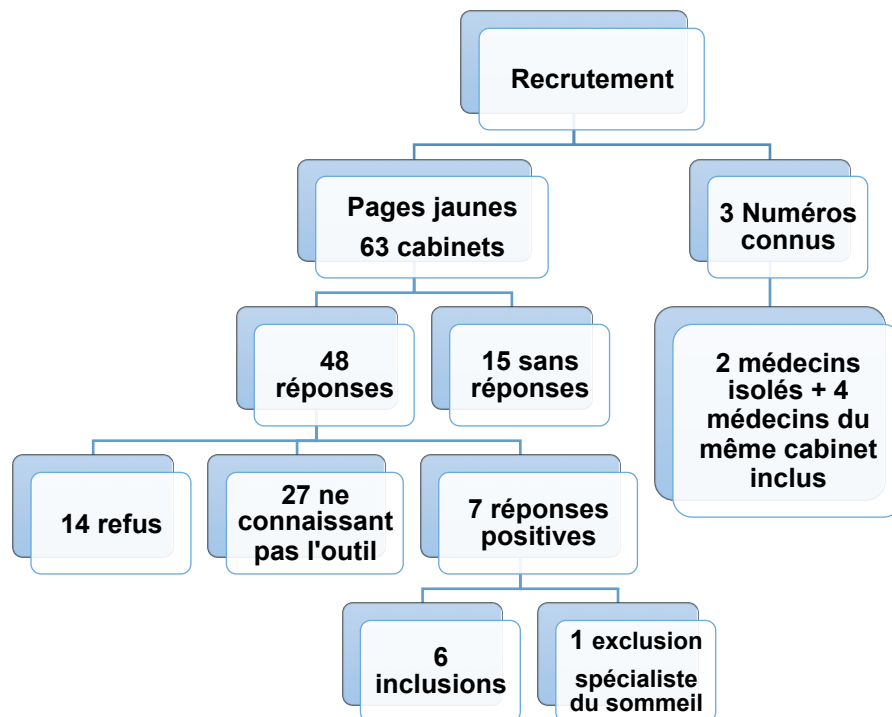


Figure 3 : Recrutement de la population

Le recrutement a été effectué auprès des médecins généralistes répertoriés sur le site pagesjaunes.fr de l'Hérault, du Gard et de l'Aude par téléphone. Les appels ont été réalisés dans l'ordre de la liste des pages jaunes. Lors du contact avec le médecin et/ou sa secrétaire, je me présentais brièvement, puis j'expliquais le thème général de l'étude.

Sur 63 cabinets médicaux appelés, 48 médecins ou secrétaires ont répondu au téléphone. Quatorze médecins ont refusé de participer à l'étude. Vingt-sept ne connaissaient pas l'agenda du sommeil. Sept médecins ont accepté d'être interviewés. Un des médecins était spécialiste du sommeil et n'a donc pas été inclus. Plusieurs relances téléphoniques avaient été effectuées dans les cabinets n'ayant pas répondu afin d'obtenir les réponses des médecins généralistes. Nous avons obtenus trois numéros de téléphone de médecins connaissant l'outil par un confrère. Parmi ces trois médecins, tous ont accepté de répondre à l'étude. Un des médecins avait trois autres collègues connaissant l'outil. Ils ont également accepté d'être interviewés.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Guide d'entretien

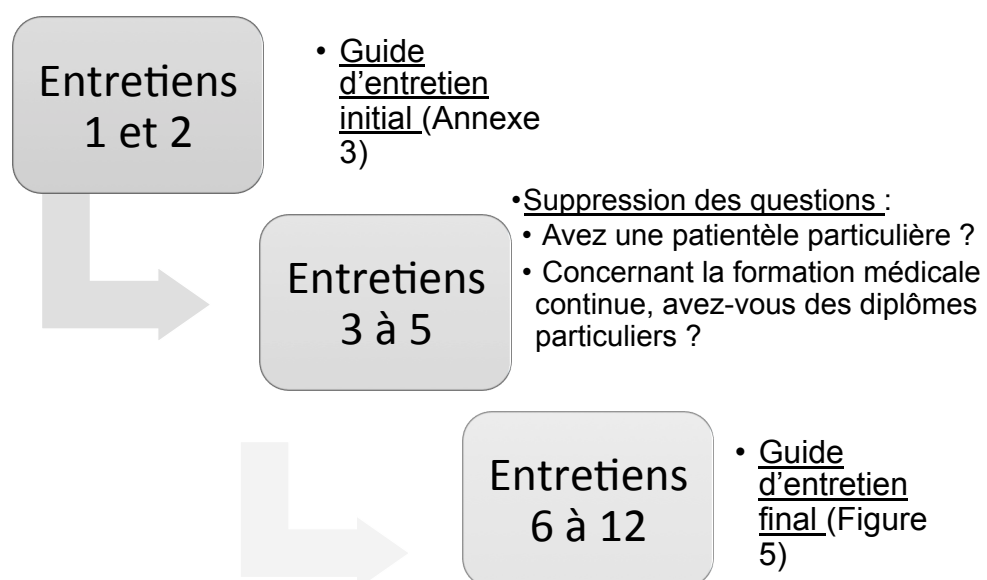


Figure 4 : Evolution du guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien en deux parties (Annexe 3). Les questions « Avez-vous un type de patientèle particulier ? » et « Concernant la formation médicale continue, avez-vous des diplômes particuliers ? » ont été supprimées après deux entretiens car les informations n'apportaient rien à notre enquête. Lors des cinq premiers entretiens, il est apparu que les questions étaient trop fermées et orientaient ainsi le praticien vers des réponses impersonnelles. Nous avons établi un deuxième questionnaire avec deux nouveaux entretiens tests afin d'évaluer la validité de notre guide d'entretien.

Questionnaire de présentation

- Est ce que vous pouvez me dire quel âge vous avez ?
- Depuis quand exercez vous en cabinet de médecine générale ? Dans quel milieu ?
- Avez vous un mode d'exercice particulier ?

Guide d'entretien

- Qu'est ce que vous pensez des troubles du sommeil en médecine générale ?
- Comment avez-vous connu l'agenda du sommeil ?
- Racontez-moi comment vous avez été amené à proposer un agenda du sommeil, par exemple la dernière fois.

Relances : Quelle était la situation ? Etait-ce la première fois que le patient vous parlait de troubles du sommeil ? Quel est l'âge du patient ? Ses antécédents ? Etait-ce une consultation dédiée ou une consultation à plusieurs motifs ? Comment l'avez vous proposé ? L'avez-vous cherché vous même ou demandé au patient ? L'avez-vous imprimé ? L'avez-vous expliqué ? Comment ? Avez-vous utilisé un exemple ? Lequel avez-vous utilisé ? Avez-vous fixé un rendez-vous pour revoir le patient ?

- Est ce que vous avez revu le patient ? Si non pouvez-vous raconter la dernière fois ou vous avez revu un patient avec l'agenda du sommeil ?

Relances : Comment était le remplissage ? La durée du remplissage vous a t-elle satisfaite ? En quoi cela vous a été utile ? Quelle a été l'avis du patient ? Pensez vous que cela lui a été utile ? Quelles ont été ses réactions ?

- Existe-il des situations, des personnes à qui vous ne le prescrivez pas ?
- Avez vous quelque chose à ajouter ?

Figure 5 : Guide d'entretien final

2.3.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés d'octobre 2017 à février 2018, en face à face avec le médecin généraliste. Soit au cabinet du médecin, soit à son domicile, soit à la faculté de médecine de Montpellier. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après accord des participants. Tous les entretiens ont été effectués par l'investigatrice. Nous avons recueilli 2 heures et 50 minutes d'entretiens. Les cinq premiers entretiens ont une durée moyenne de 7,5 minutes et les sept entretiens effectués avec le guide d'entretien final ont une durée moyenne de 19 minutes.

2.3.3. Saturation des données

Le recueil des données s'est déroulé jusqu'à la saturation des données.

2.4. Analyse des données

L'analyse du verbatim était une analyse thématique de contenu.

Nous avons retranscrit mot pour mot l'intégralité de nos entretiens en veillant à conserver la spontanéité du langage sur Microsoft Office. Ce travail a été fait en assurant l'anonymat des médecins interviewés.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

Douze médecins ont été interviewés. Le 12^{ème} entretien n'a apporté aucune nouvelle information. Ces médecins forment une population variée. Les différentes caractéristiques des praticiens sont présentées dans le tableau 1.

SEXE	FEMME	5
	HOMME	7
AGE	30-45	5
	45-60	7
MODE D'EXERCICE	Urbain	2
	Semi-rural	9
	Rural	1

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population.

3.2. Les troubles du sommeil en médecine générale

3.2.1. La prévalence

Les médecins interviewés considèrent que la prévalence des troubles du sommeil en médecine générale est fréquente.

Médecin 2 : « *je dois en parler au moins une fois par jour.* ».

Médecin 8 : « *C'est un motif de consultation fréquent, très fréquent* ».

Médecin 11 : « *une grande fréquence de consultation en cabinet de médecine générale* ».

3.2.2. Un motif de consultation

Les médecins interviewés considèrent que les troubles du sommeil sont une plainte exprimée à la suite d'autres motifs de consultation.

Médecin 8 : « *c'était une consultation où il y avait plusieurs motifs, dont le motif troubles du sommeil* ».

Médecin 6 : « *ça a été une demande de la patiente (...) mais elle ne venait pas spécifiquement pour ça* ».

Médecin 12 : « *C'est souvent un motif secondaire de consultation.* ».

3.2.3. Les troubles du sommeil dans l'interrogatoire de médecine générale

La recherche des troubles du sommeil est variable selon la pratique des médecins généralistes.

Médecin 2 : « *Un adulte, si tout va bien, je ne vais pas aller le rechercher (...) sauf dans une situation particulière : s'il me dit qu'il est fatigué, oui je vais en parler* », « *et je vais en parler s'il y a un traitement.* ».

Médecin 6 : « *j'essaie d'aborder la question du sommeil avec mes patients (...) surtout quand il y a un contexte psychologique comme une dépression ou une anxiété, un stress ou un trouble de l'adaptation* ».

Médecin 3 : « *C'est une plainte que je recherche (...) ça fait parti de mon questionnaire* ».

3.2.4. Le sevrage en benzodiazépines

Les médecins interviewés se retrouvent face à des difficultés concernant le sevrage en benzodiazépines.

Médecin 11 : « *beaucoup de difficultés dans leur prise en charge par rapport à des problèmes de dépendance aux benzodiazépines qui nous mettent souvent en échec et en difficulté* ».

Médecin 9 : « *les ordonnances sont difficiles à arrêter quand elles sont en place* ».

3.3. L'utilisation de l'agenda du sommeil

3.3.1. Formation des médecins

Pour les médecins interviewés, la formation sur l'agenda du sommeil est variée.

- Formations spécifiques :

Médecin 3 : « *Dans le cadre de mon cursus de TCC (thérapie cognitivo-comportementale), une formation spécifique sur le sommeil dans lequel nous était présenté l'agenda du sommeil.* »

Médecin 4 : « *j'ai eu un cours de TCC sur les troubles du sommeil* ».

Médecin 6 : « *Je l'ai connu lors d'une formation professionnelle conventionnelle, donc une formation médicale continue* ».

- Auto-apprentissage :

Médecin 2 : « *j'ai eu l'occasion d'en parler ... Mais je n'ai pas eu de formation spécifique* ».

Médecin 8 : « *c'était un interne qui me l'avait euh qui m'en avait parlé (...) Je me suis formé tout seul, je n'ai pas fait de formation particulière* ».

- Lors de multiples occasions :

Médecin 7 : « *il y a un site qui s'appelle Morphée et sur lequel je suis tombé* », avec « *les recommandations de la Haute Autorité de Santé* », en groupe : « *il y a le petit groupe de la fac* » ou par lui-même : « *ça a été une démarche personnelle* ».

- Avec l'aide de collègues :

Médecin 5 : « *C'est de la formation intra-centre* ».

Médecin 11 : « *Parce qu'un de mes praticiens chez qui je suis passée en stage l'utilisais (...) je l'ai vu l'utiliser* ».

3.3.2. Une présentation, une explication, un exemple

Les médecins interviewés trouvent important de passer du temps à expliquer l'utilisation et l'intérêt de l'agenda du sommeil à remettre au patient.

Médecin 6 : *« je suis allé chercher sur internet (...) je suis passé de l'autre côté du bureau et on l'a rempli en prenant comme exemple la nuit précédente (...) je lui ai demandé de le faire sur une semaine et de bien remplir la marge de droite, où il y a la qualité de vie dans la journée, la qualité du sommeil...et la qualité de l'éveil également ».*

Médecin 7 : *« je présente toujours en disant : de toute façon les troubles ... vos troubles du sommeil ... ils sont spécifiques de vous et donc moi je ne peux répondre à cette problématique que si on le travaille en fonction, exactement, de ce que vous, vous ressentez (...) j'imprime le document (...) je leur fais un exemple (...) je leur dit voilà tout ce que je viens de vous dire vous l'avez expliqué avec les petits dessins et tout sur la deuxième page. ».*

Médecin 11 : *« je sors l'outil et je leur explique et je lis avec eux l'exemple qui est présent sur l'agenda du sommeil du réseau Morphée et donc je leur montre un exemple, j'explique ce qu'ils sont censés noter, les remarques particulières etc.... Je leur demande s'ils ont des questions et puis je leur remets l'outil en leur expliquant l'intérêt de l'outil. En leur disant, et bien voilà on peut avoir l'impression de mal dormir et qu'il y a plusieurs pathologies qui peuvent s'y associer et que la prise en charge va varier en fonction de la cause et du type de trouble du sommeil qu'il va y avoir. »*

Médecin 10 : *« Alors que si on l'imprime nous et on leur montre, ça prouve que vraiment on considère que c'est important ».*

3.3.3. Une consultation dédiée

Les médecins interviewés considèrent que la consultation de retour de l'agenda du sommeil ne doit concerner que ce sujet.

Médecin 6 : *« La deuxième fois c'était en consultation dédiée ».*

Médecin 8 : *« la deuxième consultation n'était dédiée que à l'analyse de son agenda du sommeil ».*

3.3.4. Fréquence d'utilisation

L'utilisation est régulière chez les médecins interviewés.

Médecin 5 : « *Je le propose assez facilement, assez souvent (...) je m'en sers assez facilement* ».

Médecin 3 : « *Je m'en sert régulièrement* ».

Médecin 7 : « *j'utilise souvent l'agenda du sommeil* ».

3.3.5. Motif d'utilisation

Pour les médecins interviewés, le motif d'utilisation de l'agenda du sommeil est varié.

- Lorsque les plaintes concernant le sommeil sont floues ou difficilement compréhensibles :

Médecin 2 : « *quand je ne comprends pas ce qu'il me dit* ».

Médecin 6 : « *assez difficile de comprendre comment elle dormait (...) ce n'était pas clair du tout (...) c'était compliqué à quantifier* ».

Médecin 9 : « *il me racontait son histoire de troubles du sommeil, qu'il ne dormait pas. Problème d'endormissement, problème de réveils fréquents, de réveils tôt le matin, de se lever crevé enfin il avait vraiment tout lui ! La totale (...) encore une fois ce trouble du sommeil était noyé dans un tas de choses* ».

- Lorsque le sommeil n'est pas optimal :

Médecin 1 : « *chaque fois que les gens me disent qu'ils ne dorment pas bien* ».

Médecin 5 : « *c'est tous les patients qui vont avoir une plainte de ne pas dormir* ».

- Pour une population particulière, celle par exemple présentant des troubles dépressifs et anxieux :

Médecin 4 : « *chez les personnes qui sont déprimées, anxieuses, je vais avoir tendance à le proposer* ».

- Pour les troubles du sommeil chez les enfants :

Médecin 3 : « *chez l'enfant aussi beaucoup, parce que ça permet d'induire aussi toutes les stratégies d'éducation thérapeutique sur le sommeil* ».

Médecin 4 : « *chez les enfants, quand les parents me disent que c'est l'enfer* ».

- à but thérapeutique :

Médecin 6 : *« je lui ai donné l'agenda du sommeil comme outil pédagogique pour qu'elle se rende compte qu'en fait elle dormait autant qu'avant ».*

- en second plan après des explorations :

Médecin 7 : *« j'avais fait des explorations sur un syndrome d'apnées hypopnées obstructive du sommeil, elle n'en souffrait pas et elle se plaignait toujours de ses troubles du sommeil ».*

- pour le sevrage en benzodiazépines :

Médecin 11 : *« j'avais sevré les benzodiazépines, en faisant faire le calendrier du sommeil ».*

Médecin 12 : *« Je m'en suis déjà servi pour essayer de sevrer des personnes en benzodiazépines ».*

3.3.6. Situation d'utilisation

Les praticiens sélectionnent les situations pertinentes d'utilisation. Il existe des cas où les praticiens n'utilisent pas l'agenda du sommeil :

- Les évènements intercurrents de vie :

Médecin 2 : *« les évènements de vie, c'est vrai que je ne propose pas toujours l'agenda du sommeil ».*

- Lorsque le problème est simple :

Médecin 3 : *« C'est si en trois questions le problème est réglé ce n'est pas la peine ».*

Médecin 4 : *« quand il y a vraiment des choses évidentes (...) si c'est toutes les nuits pareil ».*

Médecin 9 : *« je ne le propose pas systématiquement à toute personne se plaignant de troubles du sommeil (...) je le prescris quand c'est compliqué ».*

- Troubles du sommeil lié au travail :

Médecin 7 : *« des troubles du sommeil qui sont inhérents à leur boulot ».*

- Insomnies secondaires à une autre pathologie :

Médecin 7 : « *on a des insomnies mais qui sont passagères et qui sont liées à un diagnostic qui font parti d'un syndrome* ».

Médecin 10 : « *c'est surtout les gens où je suis sûre qu'ils sont dépressifs et que ce n'est pas le bon outil à ce moment là (...) L'agenda du sommeil n'apporte pas grand chose là-dessus parce que ce n'est pas leur symptôme en fait. Enfin c'est un symptôme mais je veux dire ce n'est pas le problème à résoudre pour eux* ».

- Patient dépendant aux benzodiazépines :

Médecin 8 : « *les patients qui sont depuis longtemps ou qui connaissent bien les hypnotiques et qui viennent pour ça et pas autre chose, c'est très compliqué de leur proposer un agenda du sommeil* ».

Médecin 12 : « *c'est parfois un peu compliqué chez des personnes qui sont déjà sous traitement, qui ne sont pas forcément demandeuses de modifier leur traitement, qui sont bien habituées avec et qui refusent de changer leurs habitudes et qui préfèrent en rester là.* ».

3.4. Déterminants positifs



Figure 6 : Déterminants positifs

3.4.1. Reproductibilité

Les médecins interviewés trouvent que l'agenda du sommeil est reproductible.

Médecin 3 : « *c'est vraiment un outil simple et relativement reproductible* ».

Médecin 12 : « *Si le patient a bien compris l'outil après c'est facilement reproductible donc c'est vrai que c'est assez intéressant ...* ».

3.4.2. Objectivité

Les médecins interviewés ont souligné l'objectivité de cet outil. Cela leur permet de clarifier les plaintes orales du patient, de les analyser plus précisément.

Médecin 9 : *« ça a été un outil pour d'abord, moi, savoir ce qu'il en était de ses troubles du sommeil et puis pour voir, pour objectiver on va dire plus matériellement son trouble du sommeil. Enfin le quantifier, le qualifier ».*

Médecin 3 : *« c'est très utile pour connaître la réalité du sommeil du patient ».*

Médecin 11 : *« ça nous fait gagner du temps et ça permet d'objectiver vraiment des troubles qui parfois sont difficiles à faire préciser ». « On retourne sur du vécu et on est beaucoup plus précis dans la prise en charge ».*

3.4.3. Appropriation du trouble par le patient

Les médecins interviewés ont noté que l'agenda du sommeil était utile à la prise de conscience des patients, à l'appropriation de leur trouble.

Médecin 8 : *« ça lui a été utile dans l'appropriation du trouble ».*

Médecin 9 : *« ça nous fait avancer dans leur prise de conscience sur leurs troubles du sommeil ».*

Médecin 4 : *« pour qu'ils se rendent compte vraiment de l'importance de leurs troubles. ».*

Médecin 6 : *« pour faire travailler le patient, pour faire prendre conscience au patient que finalement il dormait, même si son sommeil était entrecoupé de réveils ».*

Médecin 10 : *« l'outil qui permet au patient de s'approprier soi-même son problème ».*

3.4.4. Exploration des journées

L'agenda du sommeil permet d'explorer les journées des patients.

Médecin 1 : *« Parce que l'agenda du sommeil, ça permet d'explorer la qualité du sommeil, mais également la qualité de la journée qui se passe après, le trouble du sommeil et les différents évènements de vie ».*

Médecin 12 : *« je lui ai fait un agenda du sommeil pour voir quelles étaient ses habitudes en soirée, ses habitudes en journée ».*

3.4.5. Bonne compréhension de l'outil

Les praticiens interviewés soulignent la facilité d'utilisation de cet outil par les patients.

Médecin 5 : *« je n'ai pas l'impression que les patients soient en difficulté particulière pour le comprendre ».*

Médecin 3 : *« c'est le seul outil diagnostique relativement facile en médecine générale, même si c'est subjectif, c'est un outil diagnostique (...) c'est simple, c'est extrêmement facile ».*

Médecin 5 : *« ça reste quand même assez simple ».*

Médecin 11 : *« je n'ai jamais eu de difficulté pour le faire remplir par les gens ».*

3.4.6. Impact sur la prise en charge

L'agenda du sommeil va guider certains praticiens dans leur prise en charge thérapeutique, notamment en leur facilitant la « non-prescription » de traitements médicamenteux tels que les benzodiazépines.

Médecin 5 : *« ça me sert de support pour essayer de mettre en exergue la nécessité ou la non nécessité des benzodiazépines au long cours ».*

Médecin 6 : *« C'est quand même un des éléments qui permet d'éviter de prescrire une benzodiazépine ou de permettre un changement de comportement du patient qui va décider d'arrêter les benzodiazépines ».*

Médecin 8 : *« l'agenda du sommeil et son utilisation peut être un moyen bien entendu de réduire les prescriptions d'hypnotiques, surtout les premières demandes ».*

Médecin 11 : *« c'est l'outil qui m'aide à leur montrer qu'en fonction des troubles du sommeil, on va prendre en charge différemment, pas avec les benzodiazépines ».*

Médecin 3 : *« je m'en sert vraiment beaucoup... dans des stratégies très précises comme la réduction du temps de sommeil ».*

3.4.7. Soutien pour l'éducation thérapeutique

Les médecins interviewés mettent en avant l'intérêt de l'agenda du sommeil pour l'éducation des patients, adultes ou enfants.

Médecin 4 : *« ça ne me sert pas mal pour vraiment mettre en place les règles hygiéno-diététiques ».*

Médecin 6 : *« je lui ai donné l'agenda du sommeil comme outil pédagogique ».*

Médecin 12 : *« ça m'a permis de connaître ses habitudes de vie et de corriger quelques mauvaises pratiques qu'elle pouvait avoir ».*

Médecin 3 : *« Je m'en sert beaucoup chez l'enfant car ça permet d'induire aussi toutes les stratégies d'éducation thérapeutique sur le sommeil ».*

3.4.8. Temps d'écoute et d'échange

L'agenda du sommeil, même mal rempli, permet un temps dédié de discussion entre le médecin et le patient.

Médecin 2 : *« ça permet d'avoir une discussion, d'en parler, de proposer quelque chose ».*

Médecin 3 : *« pour permettre par la suite d'enclencher la discussion (...) on prend un temps que pour ça ».*

Médecin 9 : *« ça fait un temps de discussion (...) on a parlé ensemble et on a vu (...) une fois ou deux c'était mal rempli, pas rempli complètement, mais ça ne fait rien, ça permet de se poser et d'en parler ».*

3.4.9. Amélioration de la relation médecin-patient

L'agenda du sommeil permet de renforcer la relation entre le médecin et le patient.

Médecin 6 : *« c'est un outil collaboratif donc ça me permet vraiment d'échanger avec le patient sur ses problématiques ».*

Médecin 7 : *« on va créer un lien et qui est vraiment une approche centrée sur le patient et sa problématique (...) On améliore considérablement la relation médecin patient ».*

3.4.10. Perception positive de l'outil

L'agenda du sommeil est conforme aux attentes des médecins interviewés.

Médecin 2 : *« il me convient ».*

Médecin 11 : *« C'est un outil que j'ai utilisé tout de suite derrière, que j'ai trouvé très pertinent, très performant et que je me suis tout de suite approprié ».*

Ils le trouvent utile dans leur pratique. C'est un outil qui les aide eux mais également le patient.

Médecin 6 : « *ça a été utile à elle et à moi* ».

Médecin 7 : « *l'agenda du sommeil c'est génial !* ».

Médecin 9 : « *ça m'apporte toujours, m'a permis d'évoquer un peu mieux le symptôme, de prendre mieux en charge (...) c'est un outil qui m'intéresse, encore une fois on va se concentrer sur le problème. (...) Je reste persuadé que ça va les aider à avancer* ».

Médecin 10 : « *c'est un outil qui est très bien, qui est très intéressant* ».

L'agenda du sommeil est le seul outil permettant une évaluation de ces troubles en médecine générale.

Médecin 3 : « *Dans la prise en charge des techniques de TCC, c'est le seul outil d'évaluation du médecin généraliste* ».

Les patients ont un ressenti favorable envers l'agenda du sommeil.

Médecin 6 : « *elle était contente de l'avoir fait* ».

Médecin 7 : « *la grande majorité des patients à qui on le donne, sont quand même consciencieux et satisfait de remplir ça et de participer au diagnostic eux même* », « *il m'a dit comme ça qu'il était très fier de lui* ».

Médecin 8 : « *il a bien adhéré à cette analyse, il en était satisfait en tout cas* ».

3.5. Déterminants négatifs

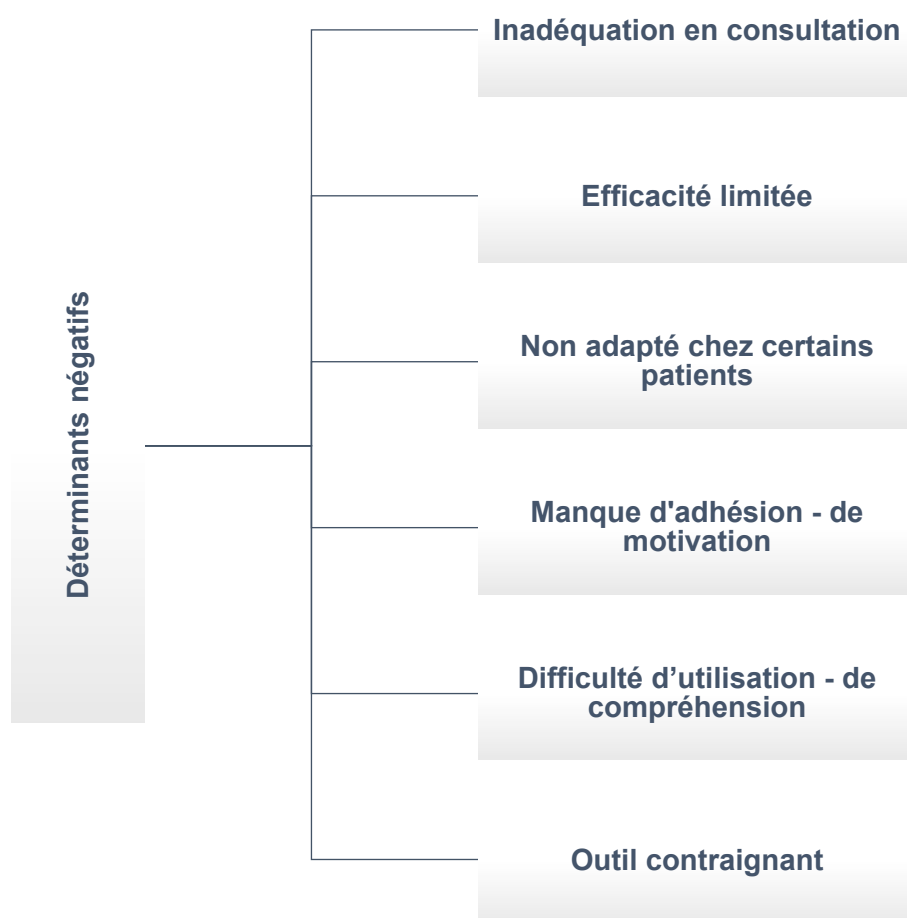


Figure 7 : Déterminants négatifs

3.5.1. Inadéquation en consultation de médecine générale

L'agenda du sommeil est un outil chronophage. Il demande de la motivation de la part du patient et du médecin.

Médecin 1 : « ça demande de la motivation, et de la part du professionnel, et de la part du patient ».

Médecin 7 : « je n'ai pas toujours énormément de temps ».

Médecin 12 : « c'est un peu chronophage ».

3.5.2. Efficacité limitée

Les médecins interviewés indiquent la capacité limitée de l'agenda du sommeil dans la prise en charge des troubles du sommeil.

Médecin 5 : *« est-ce que ça suffit au patient pour qu'il prenne conscience de son sommeil ? ».*

Médecin 8 : *« l'agenda du sommeil ce n'est qu'un outil. Ce n'est pas l'agenda qui va régler le problème du sommeil tout seul ».*

Médecin 9 : *« ce n'est pas uniquement parce que on a fait l'agenda du sommeil que c'est miraculeux ».*

3.5.3. Non adapté chez certains patients

Pour certains patients, les praticiens pensent l'agenda du sommeil inadapté.

- Les personnes ayant un niveau intellectuel bas - analphabètes - illettrés :

Médecin 2 : *« les personnes précaires, les personnes en difficultés, les gens qui ne savent pas écrire ».*

Médecin 7 : *« j'ai d'abord une clientèle très précaire (...) ou qui sont illettrés, pas analphabètes mais qui sont dans l'illettrisme, donc ce n'est même pas la peine de leur présenter ».*

Médecin 9 : *« Si c'est quelqu'un que j'estime être un peu limité intellectuellement ou pas très à l'aise avec l'écrit ou même le ...voilà... je ne vais pas lui proposer ».*

Médecin 12 : *« ça peut être un problème avec des personnes qui ont une compréhension plus limitée, qui ont des troubles psychiatriques, ou qui sont illettrés ».*

- Les personnes étrangères, avec une barrière de la langue :

Médecin 2 : *« les étrangers aussi ».*

Médecin 7 : *« ou qui a de grosses difficultés de langue (...) donc ce n'est même pas la peine de leur présenter ».*

Médecin 12 : *« ça peut être un problème avec des personnes (...) qui ont une compréhension de la langue pas parfaite ».*

- Les personnes souffrant de troubles cognitifs :

Médecin 6 : *« si c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs ou une mauvaise compréhension des choses, il aura du mal à remplir l'agenda du sommeil ».*

3.5.4. Manque d'adhésion, de motivation de la part des patients

Les médecins interviewés mettent en avant le fait que l'adhésion des patients n'est pas toujours satisfaisante. Le taux de retour de l'agenda du sommeil est en général faible.

Médecin 2 : *« je n'ai pas toujours de retours (...) ce n'est pas souvent qu'ils reviennent avec ».*

Médecin 5 : *« je dois être à moins de 25% de retour (...) mais en terme de retour oui je suis loin d'en interpréter ou de travailler avec la fréquence à laquelle je le donne ! ».*

L'agenda du sommeil demande une motivation de la part du patient. Cette dernière est parfois difficile à obtenir.

Médecin 3 : *« Si la personne n'est absolument pas motivée, il vous remplit deux lignes d'agenda ».*

Médecin 7 : *« Et puis, on a les éternels récalcitrants, les gens qui sont fermés complètement et ça on le sent parce que bon, moi, c'est ma pratique d'échanger toujours avec eux de proposer, et je sais qu'il y a des gens avec qui ça ne fonctionnera pas ! ».*

3.5.5. Difficulté d'utilisation, de compréhension

Les praticiens interviewés notent la difficulté de compréhension de l'outil par les patients.

Médecin 4 : *« Enfin je trouve que ce n'est pas toujours évident à comprendre pour ce qu'on attend d'eux (...) Je pense qu'ils ne comprennent pas toujours, ils n'associent pas toujours très bien... ».*

Médecin 7 raconte les dires d'une patiente lors d'un retour de l'agenda du sommeil : *« Bon, j'ai rempli votre papier docteur, mais j'ai eu de la difficulté, je ne sais pas si j'ai*

bien fait », il ajoute « *elle n'avait pas très bien rempli tous ces ...les commentaires sur la journée* ».

Médecin 10 : « *Il y a des personnes déjà qui ne comprennent pas trop* ».

3.5.6. Outil contraignant pour le patient

L'agenda du sommeil est contraignant et pénible.

Médecin 4 : « *c'est juste contraignant à faire* », « *je trouve que c'est pénible* ».

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des principaux résultats

Pour les médecins interviewés :

- L'agenda du sommeil est utile à la prise en charge des troubles du sommeil, il est reproductible, et objectif. Il est considéré comme facile d'utilisation. C'est un outil d'auto-évaluation, qui permet au patient de s'approprier son trouble. Même mal rempli, il permet de discuter avec le patient de sa prise en charge et d'améliorer la relation médecin-patient. L'agenda du sommeil va permettre d'explorer les nuits mais également les journées des patients souffrant de troubles du sommeil. Il est utile pour l'éducation thérapeutique.

- Son utilisation est parfois considérée comme inadéquate en consultation de médecine générale et son efficacité limitée dans la prise en charge des troubles du sommeil. Son utilisation est inadaptée chez certains patients. Le praticien va sélectionner les situations d'utilisation. L'agenda du sommeil nécessite la motivation et l'adhésion des patients.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Choix du sujet

Nous avons choisi de travailler sur l'agenda du sommeil en médecine générale car le sujet est peu connu, peu étudié, et représente un sujet d'actualité. C'est un outil validé et recommandé, mais peu utilisé selon les travaux du Pr Léger puisque seuls 7 à 11% des médecins généralistes disent y avoir recours dans l'exploration de troubles du sommeil (4). Une thèse a été effectuée en 2014 en recherche quantitative sur l'Agenda du sommeil (43), mais il n'existe pas d'autres études récentes étudiant l'agenda du sommeil en France, et aucune étude qualitative.

4.2.2. Choix de l'objectif

Notre objectif était d'analyser les perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes connaissant cet outil. Il nous a semblé indispensable de n'interroger que les médecins généralistes qui le connaissaient, afin d'avoir un reflet véritable de son utilisation en pratique quotidienne. Nous trouvons illogique d'analyser la représentation d'un outil par des médecins ne le connaissant pas ou n'y ayant jamais été confronté.

4.2.3. Choix de la définition de l'insomnie

Nous avons choisi la définition de l'insomnie de la HAS. Elle correspond à la définition des recommandations officielles en France. Nous aurions pu choisir la définition de l'ICSD-3, mais quelques points de cette définition nous paraissaient discutables. Cette définition comprend une limite temporelle : « depuis au moins trois mois », qui peut être discutée chez certains patients présentant des périodes d'insomnie plus courtes mais parfois récurrentes. La notion de « contexte adéquat de sommeil de nuit » peut faire penser que les personnes consommatrices de traitement induisant le sommeil sont insomniaques alors qu'elles ne présentent pas les autres critères.

La définition choisie est concise, facilement compréhensible et présente moins de critères que la nouvelle définition de l'ICSD-3.

4.2.4. Choix d'inclusion et de non inclusion

Nous aurions pu développer les thérapies cognitivo-comportementales dont certaines, comme la restriction de sommeil, nécessitant l'utilisation de l'agenda du sommeil. Cela n'a pas été effectué car nous avons considéré que ce n'était pas en rapport avec le sujet de notre étude. En effet, les médecins généralistes ne sont pas formés initialement aux thérapies cognitivo-comportementales et notre objectif était de connaître leurs perceptions et réflexions sans se baser sur leurs formations.

4.2.5. Choix de la méthode

Nous avons débattu entre une approche qualitative et quantitative. Nous avons conclu qu'une étude qualitative serait plus adaptée pour répondre à notre objectif. Notre étude allait venir en complémentarité de l'étude quantitative déjà réalisée sur ce sujet, ces deux recherches n'explorant pas les mêmes champs de connaissance. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (44). Elle a permis d'analyser le ressenti, les comportements et les perceptions des médecins généralistes face à l'agenda du sommeil.

Les entretiens individuels semi-dirigés nous paraissaient plus pertinents que des focus group, pour éviter aux médecins de se sentir jugés sur leurs pratiques. Grâce à ce mode de recueil nous avons pu obtenir des données au plus proche de la réalité, mais également aborder de façon plus sereine et de manière plus profonde le vécu et le ressenti de chaque médecin. Le biais de connaissance a été évité en ne révélant pas notre objectif d'étude de manière précise. Les praticiens sélectionnés n'ont donc pas pu préparer leurs réponses, ce qui a rendu les entretiens plus spontanés.

Les données ont été recueillies par un magnétophone, assurant l'absence de biais de mémoire, et induisant une écoute plus attentive de la part de l'investigatrice.

Le dernier entretien effectué est celui où la saturation des données a été obtenue. Nous aurions pu continuer à effectuer d'autres entretiens afin de constater qu'aucun nouveau thème n'émergeait. Cependant, il était compliqué de réaliser des entretiens supplémentaires au vu du difficile recrutement des médecins généralistes connaissant l'outil, et par raison de faisabilité.

4.2.6. Population et recrutement

Le choix de la population cible représente une des forces de notre étude. Dès lors que le médecin connaissait l'outil, il était inclus dans l'étude, sans chercher à savoir comment il avait été formé. Notre population contient donc des médecins ayant reçu une formation de thérapie cognitivo-comportementale, d'autres ayant bénéficié d'une formation sur le sommeil, et d'autres ayant appris par eux-mêmes. Nous pouvons nous poser la question de la pertinence de ce recrutement car il existe probablement une

différence de perception et de réflexion concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil entre ces populations de médecins. Il a été difficile de recruter des médecins généralistes connaissant l'agenda du sommeil, ce pourquoi nous avons fait ce choix.

4.2.7. Analyse des données

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne, avec la même méthode.

Nous n'avons pas réalisé de triangulation d'analyse. Cela aurait augmenté la fiabilité et la validité de l'étude.

La technique d'émergence des données nous a évité d'oublier des thèmes. Elle a permis de perfectionner le guide d'entretien. Avec le guide d'entretien final, les entretiens ont obtenu une durée moyenne de 19 minutes contre 7,5 minutes avec le guide d'entretien initial.

Nous n'avons pas effectué de retour aux médecins interviewés pour valider l'analyse.

4.3. Discussion des résultats

4.3.1. Les troubles du sommeil en médecine générale

Les médecins interviewés ont mis en avant la fréquence élevée des troubles du sommeil en médecine générale. La plupart des études rapportent une prévalence de l'insomnie entre 15 et 20% (45, 4). Les troubles du sommeil sont difficilement abordés par les patients. Il s'agit la plupart du temps d'un motif secondaire parmi plusieurs exposés au cours d'une seule consultation. La littérature rapporte que près de la moitié des insomniaques parlent de leurs problèmes de sommeil en consultation, sans cependant venir précisément pour ce problème (46). Dans certains cas le trouble du sommeil est une plainte amenée directement par le patient. Seul un insomniaque sur vingt parle spécifiquement de ce problème à son médecin (46).

La plupart des médecins interviewés vont rechercher une pathologie du sommeil de manière systématique, d'autres vont rechercher ce trouble lorsqu'il existe une pathologie anxio-dépressive. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise une approche « active » de la question du sommeil lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie

proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (26).

4.3.2. La dépendance aux benzodiazépines en médecine générale

Les médecins se retrouvent aussi confrontés aux problèmes de la dépendance aux benzodiazépines. Ils évoquent la difficulté du sevrage de ces molécules en consultation de médecine générale, même si des recommandations concernant le sujet ont été publiées par la HAS en juin 2015 (29). Ils préfèrent ne pas instaurer de traitement par benzodiazépines plutôt que d'évoquer le sevrage, point leur paraissant difficile en consultation de médecine générale, ce que confirme une thèse écrite en 2017 (47).

4.3.3. La formation à l'utilisation de l'agenda du sommeil

La formation à l'utilisation de l'agenda du sommeil est variée. Aucun médecin interviewé dans cette étude n'a été formé au cours du cursus de médecine générale. Ils se sont formés par différentes méthodes au cours de leurs années d'exercices. En effet, lors des études de deuxième cycle de médecine, dans l'item des troubles du sommeil chez l'enfant et l'adulte, seulement une ligne est dédiée à l'agenda du sommeil, sans en expliquer ni l'utilisation ni l'interprétation. Il faut participer de manière volontaire à des formations médicales sur le sujet du sommeil, ou s'auto-former à ce sujet pour pouvoir connaître l'outil. La thèse concernant l'agenda du sommeil écrite en 2014 mettait en évidence le fait que les médecins généralistes utilisaient peu cet outil, notamment par méconnaissance (43).

4.3.4. L'agenda du sommeil : déterminants positifs

L'agenda du sommeil est un outil considéré comme simple et facile d'utilisation. Il est facile de le présenter au patient et simple à comprendre par ce dernier.

C'est un outil qui a l'avantage, selon les médecins interviewés dans cette étude, d'apporter un temps d'écoute et d'échange. Il approfondit la discussion avec le patient (32). L'agenda du sommeil améliore la relation médecin-patient, par la réalisation d'une

consultation dédiée au sommeil lorsque ce dernier revient avec l'agenda. Cette consultation offre l'occasion d'approfondir l'interrogatoire comme cela est recommandé par la HAS. Les patients sont de plus en plus au courant de leurs pathologies, et font des recherches par eux-mêmes sur internet, auprès de leur entourage, avec l'utilisation des médias, pour se renseigner. Il est donc fréquent que les patients arrivent en consultation en ayant déjà des connaissances sur les symptômes dont ils souffrent, mais également une idée des soins qui leur sont nécessaires. Il est difficile pour le médecin, dans ce genre de situation, de guider le patient vers la prise en charge adéquate et recommandée. L'agenda du sommeil est un outil allant aider le médecin à ouvrir la discussion concernant les thérapeutiques qu'il désire mettre en place.

Il est utilisé par les médecins généralistes dans de multiples situations et notamment pour démêler certains cas où les patients ont des difficultés à raconter de façon claire le vécu de leur sommeil. Il existe des écarts entre l'appréciation globale du patient sur ses troubles de sommeil et leur réalité. L'agenda du sommeil permet une auto-évaluation du problème, comme le signale la HAS. Mais ceci peut être également considéré comme une de ses limites car il dépend de la perception de son sommeil par le sujet (32).

4.3.5. L'agenda du sommeil : déterminants négatifs

Même si l'agenda du sommeil est considéré comme utile par tous les médecins généralistes interviewés, plusieurs médecins notent que son utilisation est chronophage. Ceci est aussi appuyé par les médecins spécialistes du sommeil (Annexe 4). En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les troubles du sommeil arrivent souvent en second plan au cours d'une consultation fréquemment à multi-motif. La durée d'une consultation de médecine générale est en moyenne de 15 à 20 minutes. Il est donc difficile en fin de consultation d'interroger le patient sur ses troubles, d'imprimer l'agenda du sommeil, d'expliquer le remplissage, l'utilité, le principe et de donner un exemple. Il paraît nécessaire de faire revenir le patient au sein d'une consultation spécifique pour lui en parler. En pratique, il reste difficile de faire revenir les gens uniquement pour ce motif.

Le manque d'adhérence de certains patients représente une autre de ses limites, par son côté contraignant et monotone. Il nécessite la compliance du sujet (32). Il est à remplir deux fois par jour pendant au minimum une semaine, le plus souvent deux semaines. Le remplissage dure quelques minutes. Il demande donc du temps au patient mais également une implication importante de sa part. Le patient se plaignant

d'insomnie recherche la plupart du temps un traitement rapidement efficace pour palier à ce trouble. Ceci est d'autant plus vrai lors des insomnies d'ajustements, c'est à dire provoquées par un événement difficile ou un facteur stressant. L'agenda du sommeil est donc mieux utilisable chez les patients souffrant d'insomnie plus chronique.

4.4. Perspectives

4.4.1. Pour la recherche

Notre étude fait émerger plusieurs sujets pouvant être intéressant à étudier.

- Nous avons inclus dans l'étude les médecins généralistes connaissant l'outil, en ne tenant pas compte des formations reçues. Etudier les différences d'utilisation et de représentation de l'outil entre les médecins ayant reçu une formation spécifique et ceux s'étant formés seuls semble judicieux.
- Qu'en est-il des médecins ayant reçu une formation de thérapie cognitive et comportementale ? Ont-ils une approche et une utilisation de l'agenda du sommeil différentes des autres médecins ?
- Il n'existe aucune étude évaluant la perception de l'utilisation de l'agenda du sommeil par les patients. Il serait intéressant de mener ce travail.

4.4.2. Pour la pratique

- Afin de rendre l'utilisation de l'agenda du sommeil plus systématique dans la pratique des médecins généralistes, il paraît important de proposer une cotation spécifique des consultations concernant les troubles du sommeil.
- Former les médecins généralistes aux troubles du sommeil dès les premières années de leur cursus est nécessaire. Ceci permettrait l'acquisition de connaissances solides, afin de mieux les appréhender. C'est une thématique à laquelle ils seront de plus en plus confrontés au cours de leur activité.

- La HAS a édité un arbre décisionnel de prise en charge de l'insomnie en complément des recommandations de 2006 (Annexe 5). Dans le texte de recommandation de la HAS 2006, on retrouve un paragraphe concernant l'agenda du sommeil. Il explique les différents paramètres pouvant être recueillis grâce à cet outil, l'intérêt qu'il peut avoir en consultation, mais n'explique pas au praticien comment le proposer au patient ou comment s'en servir. Un document concis, définissant l'agenda du sommeil et expliquant son utilisation, son interprétation et surtout comment en exploiter les informations recueillies serait certainement pertinent. Par exemple, un laboratoire a créé un guide d'interprétation de l'Agenda du sommeil. Il a été rédigé par le Pr Damien Léger (Annexe 6). L'ensemble des informations est condensé sur un feuillet de deux pages recto-verso avec des informations présentées de manière simple.

- Il serait opportun d'inciter les patients à parler de façon systématique de leurs troubles, grâce par exemple à des publicités ou des prospectus d'information en libre disposition dans les commerces et les salles d'attentes médicales et paramédicales. Cela augmenterait le nombre de consultations spécifiques, améliorerait le dépistage des troubles, évitant ainsi la chronicisation et l'utilisation par la suite de traitement, voire une automédication parfois non justifiée.

- Nous pourrions également envisager de laisser à disposition l'agenda du sommeil dans les salles d'attentes, joint avec un guide de règles hygiéno-diététiques. Cela sensibiliserait les patients au sujet, et leur permettrait de commencer à compléter l'agenda du sommeil avant même la consultation avec leur médecin. Dans de nombreux centres un agenda est directement adressé au patient dès la prise de rendez-vous d'une consultation dédiée au sommeil (32).

- Il existe aussi quelques sites internet, dont le Réseau Morphée, qui fournissent de nombreuses informations concernant le sujet, mais il ne sera consulté que par les patients intéressés par leur trouble, à la recherche d'informations (ils font donc probablement parti des personnes parlant de leurs troubles au médecin). Il ne cible évidemment que les personnes disposant d'un ordinateur et d'une connexion internet. Même si le pourcentage de personnes non informatisées est en baisse, il se trouve que les personnes âgées de plus de 75 ans, souvent concernées par les troubles du sommeil, sont les principales concernées (48). Nous trouvons donc utile de transmettre également ces informations par un support écrit ou audio-visuel.

- La pratique des médecins généralistes est vaste. La solidarité est importante dans ce corps de métier, mais parfois mal exploitée. Si les médecins généralistes ont pour mission de prendre en charge le patient de façon globale, il apparaît que chaque médecin possède un champ de compétence différent de ses confrères. Pourquoi ne pas utiliser ces différentes compétences en s'adressant les patients mutuellement avant de les adresser aux spécialistes ayant un délai de consultation souvent très long ?

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Attitudes et comportements de santé. In INPES; 2005. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Sommeil.pdf
2. INSV/MGEN. Dormir seul ou pas : quel impact sur le sommeil? [Internet]. 2017. Available from: <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil-2>
3. Beck F, Richard J-B, Léger D. [Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey]. *Rev Neurol (Paris)*. 2013 Dec;169(12):956–64.
4. Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2005 Nov 1;34(19, Part 1):1358–62.
5. Touitou Y. Troubles du sommeil et hypnotiques: Impacts médicaux et socio-économiques. *Ann Pharm Fr* [Internet]. 2007 Jul 1;65(4). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450907900413>
6. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, et al. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. *Sleep*. 2011 Sep 1;34(9):1161–71.
7. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev*. 2010 Dec;14(6):379–89.
8. ANSM : Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Avril 2017. In. Available from: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
9. AFSSAPS . Rapport d'expertise : Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Janvier 2012. In. Available from: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf
10. ANSM : Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. décembre 2013. In. Available from: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655dee103a.pdf
11. Hypnogramme. In: Wikipédia [Internet]. 2017. Available from: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hypnogramme&oldid=134145325>
12. Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. 2ème édition. Elsevier Masson; 2011.

13. Meerlo P, Mistlberger RE, Jacobs BL, Heller HC, McGinty D. New neurons in the adult brain: the role of sleep and consequences of sleep loss. *Sleep Med Rev.* 2009 Jun;13(3):187–94.
14. Lo JC, Ong JL, Leong RLF, Gooley JJ, Chee MWL. Cognitive Performance, Sleepiness, and Mood in Partially Sleep Deprived Adolescents: The Need for Sleep Study. *Sleep.* 2016 Mar 1;39(3):687–98.
15. Walker MP, Stickgold R. Sleep-dependent learning and memory consolidation. *Neuron.* 2004 Sep 30;44(1):121–33.
18. Buxton OM, Cain SW, O'Connor SP, Porter JH, Duffy JF, Wang W, et al. Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption. *Sci Transl Med.* 2012 Apr 11;4(129):129ra43.
19. Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, et al. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care.* 2015 Mar;38(3):529–37.
20. Covassin N, Singh P. Sleep Duration and Cardiovascular Disease Risk: Epidemiologic and Experimental Evidence. *Sleep Med Clin.* 2016 Mar;11(1):81–9.
21. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep.* 1996 May;19(4):318–26.
22. Pigeon WR, Piquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry.* 2012 Sep;73(9):e1160–7.
23. Tempesta D, Socci V, Dello Iorio G, De Gennaro L, Ferrara M. The effect of sleep deprivation on retrieval of emotional memory: a behavioural study using film stimuli. *Exp Brain Res.* 2017;235(10):3059–67.
24. Sommeil et rythme du travail (Tours, 29 janvier 2010) - Article de revue - INRS [Internet]. Available from: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20168>
25. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest.* 2014 Nov;146(5):1387–94.
26. SFTG-HAS. Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006. In. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
27. Vanhuffel H, Rey M, Lambert I, Fonseca DD, Bat-Pitault F. Apport de la pleine conscience dans les thérapies cognitives et comportementales de l'insomnie. /data/revues/00137006/unassign/S0013700617300015/ [Internet]. 2017 Feb 16 [cited 2018 Jul 30]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/1104210>
28. Poirot I. Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Apr 1;170(3):202–7.

29. HAS. Rapport d'élaboration: Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire. Juin 2015. In. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf
30. ROYANT-PAROLA S. Conduite diagnostique devant une insomnie: de la théorie à la pratique. In. Available from: http://www.sfrms-sommeil.org/documents/DIU2007/DIU2007-TC2-S._Royant-Parola-conduite_diagn_insomnie.pdf
31. Taillard J. L'évaluation du chronotype en clinique du sommeil. /data/revues/17694493/v6i1/S1769449309000053/ [Internet]. 2009 Apr 15 [cited 2018 Jul 31]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/209033>
32. Rey M. L'agenda de sommeil. *Médecine Sommeil*. 2005 Dec 1;2(6):33–6.
33. Natale V, Léger D, Bayon V, Erbacci A, Tonetti L, Fabbri M, et al. The consensus sleep diary: quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. *Psychosom Med*. 2015 May;77(4):413–8.
34. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C, Friedman L, Aurora RN, Boehlecke B, et al. Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2007 Nov;30(11):1445–59.
35. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP, Vitiello MV, et al. Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 2007 Nov;30(11):1460–83.
36. Winkelmann JW. CLINICAL PRACTICE. Insomnia Disorder. *N Engl J Med*. 2015 Oct 8;373(15):1437–44.
37. Challamel M., Thirion M. Le sommeil, le rêve et l'enfant. In. Available from: <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/agenda.php>
38. Bastuji H, Jouvet M. Intérêt de l'agenda de sommeil pour l'étude des troubles de la vigilance. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1985 Apr 1;60(4):299–305.
39. ROYANT PAROLA S. Démarche diagnostique devant une insomnie chronique. In SFRMS; 2014. Available from: http://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2014/06/sfrms_recoR9.pdf
40. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2008 Oct 15;4(5):487–504.
41. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017 Dec;26(6):675–700.

42. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, et al. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*. 2012 Feb 1;35(2):287–302.
43. Gomet R, Bercier S. L'agenda du sommeil: quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes ambulatoires ? Créteil, France: Université Paris-Est Créteil; 2014.
44. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz,, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. 2008 Dec;
45. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. 2011 Jun 12 [cited 2018 Jul 31]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/678320>
46. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*. 2002 Sep 15;25(6):625–9.
47. Demouveau A. Sevrage en benzodiazépines des patients âgés en médecine générale: utopie ou réalité ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
48. François Gleizes. De plus en plus de foyers équipés de biens électroniques – Équipement des ménages 1996 - 2014 | Insee [Internet]. 2015. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379756?sommaire=2131327>

6. ANNEXES

6.1. Annexe 1 : Agenda du sommeil HAS

Agenda sommeil – éveil

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

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

Mode d'utilisation

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

- Fatigue
- ★ Envie de dormir
- Sieste involontaire
- ☒ Sieste volontaire

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

Consignes au patient :

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

Agenda du sommeil chez l'octogénaire : Consignes d'utilisation pour le médecin

➤ **Il est important de différencier le temps passé au lit et le temps de sommeil.**

En effet, une personne peut se coucher tôt pour regarder la télévision ou être mise au lit tôt par un professionnel de santé. Une personne peut aussi se coucher pour une sieste sans dormir du tout.

➤ **Il est important de recueillir les informations suivantes :**

- **le temps passé au lit** = combien de temps êtes vous resté au lit ? (nuit et/ou sieste)
La clinophilie est préjudiciable au cycle veille sommeil
- **le temps de sommeil** = combien de temps avez vous dormi ? (nuit et/ou sieste)
- **les réveils prolongés** de plus d'une heure et leurs motifs
- **le ou les médicaments** pris par le malade pour dormir incluant l'automédication

➤ **Il est important d'avoir une semaine complète, en raison des rythmes différents du patient** (venue de la famille, activités,).

Bien préciser au patient que le relevé horaire n'est pas à une heure près.

En pratique

1. **Vous initiez le remplissage de l'agenda avec votre patient pour la nuit et la partie écoulée du jour de la consultation ou de la visite, Vous explicitez si besoin les conditions de remplissage pour la sieste (lit, fauteuil...).**

Date	Médicaments	17h	18h	19h	20h	21h	22h	MINUIT	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	Sommeil la nuit	Forme le jour	Commentaires
Exemple	1/2			X											X						X		X		M	M	TOUX

M.S. a pris 1/2 ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

- L'horaire de coucher/mise au lit est symbolisé par une croix (X)
- Le temps de sommeil est symbolisé par des hachures (ceci vaut aussi pour un sommeil au fauteuil)
- Le malade peut avoir des réveils dans la nuit, prolongés de plus d'une heure, dans ce cas arrêt des hachures
- L'horaire lever/sortie de lit est symbolisé par une croix (X)

Dans la colonne « commentaires » :

- Le malade note ce qui peut être cause de difficultés d'endormissement, de gêne pendant la nuit ou de réveil précoce: angoisse, idées noires, toux, gêne respiratoire, douleur, ronflement du conjoint, lever du conjoint, bruit extérieur.....

Pour l'évaluation subjective de la qualité du sommeil et de la forme dans la journée, choisir parmi :

- Très bien TB ; Bien B ; Mauvais M ; Très mauvais TM.

2. **Le patient poursuit le remplissage de l'agenda sur les 6 jours suivants, une semaine suffit**

6.3. Annexe 3 : Entretien initial

Questionnaire de présentation

Quel âge avez-vous ?

Depuis quand exercez-vous en médecine générale ?

Avez-vous une patientèle particulière ?

Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

Concernant la formation médicale continue, avez-vous des diplômes particuliers ?

Guide d'entretien

Etes-vous confronté à des patients qui présentent des troubles du sommeil dans votre pratique quotidienne ?

A quelle fréquence ?

Est-ce une plainte spontanée ou est-ce vous qui recherchez ces troubles ?

Est-ce que vous avez une formation sur l'agenda du sommeil ?

Que pensez-vous personnellement de l'utilisation de l'agenda du sommeil dans votre pratique personnelle ?

Pour quels types de patients ou pour quels types de motifs utilisez-vous l'agenda du sommeil ?

Pour quels types de patients ou pour quels types de motifs n'utilisez-vous pas l'agenda du sommeil ?

Quelles sont vos remarques par rapport à l'utilisation de l'agenda du sommeil en médecine générale ?

6.4. Annexe 4 : L'agenda du sommeil selon des médecins spécialistes du sommeil

- Docteur BRISSON Gauthier :

L'agenda du sommeil permet d'avoir une meilleure connaissance du sommeil des patients mais également d'obtenir des détails de leur nuit et des répercussions sur la journée. Il est utile lorsque l'interrogatoire des patients est flou ou confus. C'est un outil qui s'utilise quotidiennement dans la pratique de médecin du sommeil. Il est indispensable. Il va permettre de mieux comprendre les nuits des patients, et donc d'orienter vers un diagnostic. Pour les patients, l'agenda du sommeil leur permet de prendre du recul sur l'évaluation de leur sommeil, comme un feed-back. Parfois même certains patients commencent déjà à changer leur comportement en fonction de ce qu'ils ont noté. L'agenda du sommeil n'est pas attrayant, et devient vite monotone pour le patient, même s'il est extrêmement simple et rapide à compléter. Il est contraignant car il est à remplir quotidiennement. Il peut y avoir une hyper focalisation sur le sommeil alors que c'est déjà une préoccupation. Le fait de revenir le matin et le soir sur l'évaluation subjective de la nuit peut renforcer l'attention du patient sur son sommeil, donc chez certaines personnes cela peut être considéré comme anxiogène.

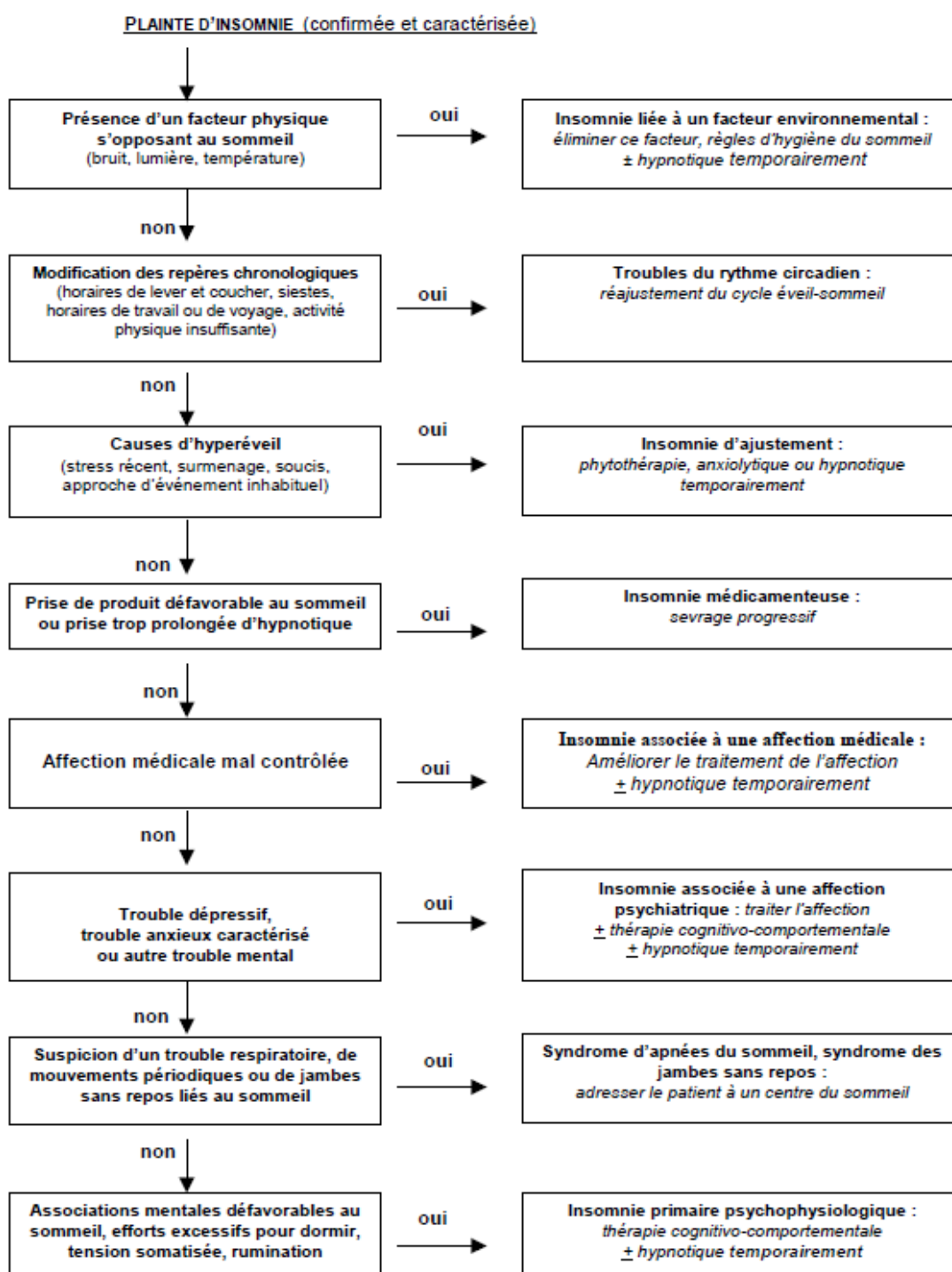
Dans la pratique de médecin généraliste, il est difficile d'utiliser l'agenda du sommeil car cela impose des limites particulières. En effet, la plainte « trouble du sommeil » est souvent noyée dans de multiples motifs et il est difficile de trouver le temps nécessaire que demande une consultation de sommeil. L'agenda du sommeil n'a pas son utilité en première intention dans toutes les plaintes de trouble du sommeil, notamment chez les patients présentant une forte suspicion de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).

- Docteur DUBOIS Margaret :

« L'agenda du sommeil s'utilise au quotidien en médecine du sommeil. C'est la première étape d'une consultation de sommeil qui permet, à partir des cycles veille-sommeil, de repérer les troubles du rythme circadien, les insuffisances ou excès de sommeil, les insomnies, donc, d'orienter le diagnostic. Cet outil est également utile lors du sevrage en hypnotiques, benzodiazépines et apparentés (Gaba-ergiques), en évaluant l'impact du sevrage sur le sommeil. Chez les personnes âgées, l'agenda du sommeil permet d'amorcer puis de renforcer la motivation pour poursuivre le sevrage. La psychoéducation est essentielle et s'intègre dans une démarche de prise en charge globale de la personne pour prendre conscience de la quantité de sommeil, de sa répartition diurne et nocturne et d'expliquer la physiologie du sommeil au cours de la vie, donc de rassurer le patient, qui dort peu et s'inquiète de cette évolution du sommeil. L'utilité de l'agenda du sommeil n'est pas systématique. En effet, il n'est pas forcément judicieux de le proposer en première intention chez un patient présentant des symptômes orientant vers un SAHOS ou un syndrome des jambes sans repos. Il est utilisé pour la prise en charge de troubles du rythme circadien, chez des gens qui ont une mauvaise hygiène de vie, ou de mauvaises habitudes pouvant impacter le sommeil, par exemple l'exposition à la lumière bleue des écrans plats (tablettes, téléphones, ordinateurs...) en soirée, ou la nuit lors d'éveils prolongés. La limite principale de l'agenda du sommeil est liée au temps que nécessite la consultation pour exploiter ces données et les restituer en donnant les conseils utiles à chaque personne compte tenu de son chronotype (coucher tôt-coucher tard ...) et de facteurs environnementaux (bruit, ambiance lumineuse et thermique, alimentation), qui sont des synchroniseurs de notre horloge biologique. Son utilisation en médecine générale ne peut se concevoir qu'en ayant le temps et la formation nécessaire pour interpréter celui-ci. Nous disposons aujourd'hui d'outils informatiques qui permettent de renseigner en ligne un carnet de santé personnel et d'exploiter les données médicales sécurisées, directement accessibles par les soignants (Exemple AVIITAM), donc d'anticiper et de faciliter la consultation. »

6.5. Annexe 5 : Arbre décisionnel concernant la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale

ARBRE DÉCISIONNEL
(inspiré de M. Billiard. Quotidien du Médecin)



6.6. Annexe 6 : Guide d'interprétation de l'agenda du sommeil par Biocodex

Guide d'interprétation de l'agenda du sommeil

Guide rédigé par le Pr. Damien Léger (Centre du Sommeil et de la Vigilance - Hôtel-Dieu ; Paris)



L'agenda du sommeil est un outil hautement recommandé pour évaluer le sommeil et l'éveil. Il est en effet difficile de se fier à son propre jugement qui est lui-même très dépendant de la nuit qui vient de se dérouler... Ainsi on peut surestimer ses troubles du sommeil le lendemain d'une très mauvaise nuit ou au contraire les minimiser si on vient de passer une nuit récupératrice.

Il est donc utile de **répéter ces tests** et en particulier de compléter l'agenda du sommeil pour pouvoir obtenir une appréciation plus générale de son sommeil.

La période minimale d'évaluation est habituellement de **10 jours** (comprenant au moins deux week-ends), mais certains remplissent l'agenda pendant un mois ce qui donne plus d'informations et d'autres le remplissent à différentes périodes de l'année pour évaluer l'efficacité du traitement ou de la prise en charge.

L'agenda va vous permettre d'évaluer simplement trois caractéristiques essentielles de votre patient : **la régularité des horaires de coucher et de lever, le caractère soir-matin et le temps moyen de sommeil.**

BIOCODEX

La régularité des horaires de coucher et de lever

- **Se coucher et se lever à la même heure** est une règle d'hygiène du sommeil essentielle pour les mauvais dormeurs. En effet, le sommeil est un processus complexe qui est facilité par une harmonisation de l'ensemble des rythmes biologiques. Décaler ses rythmes d'un jour sur l'autre ou au cours du week-end rend l'endormissement plus difficile et la qualité du sommeil moins bonne.
- Sur l'agenda, vous pouvez observer les heures de coucher et de lever de votre patient. Il faut lui conseiller **de ne pas se décaler de plus d'une heure le week-end**. En cas de coucher tardif, il vaut mieux ne pas se lever trop tard pour éviter un ralentissement sur les nuits suivantes.

Le caractère soir-matin

Le caractère soir-matin est une caractéristique de l'horloge biologique qui permet de comprendre bien des troubles du sommeil. En général, les personnes se répartissent en 4 catégories : complètement du soir, plutôt du soir, plutôt du matin, complètement du matin.

- **Les personnes « du soir »** ont une tendance à se décaler dans la soirée sans avoir envie de se coucher et à avoir beaucoup de mal à se lever. Elles ont tendance à récupérer le week-end la dette de sommeil qu'elles accumulent en semaine.
- **Les personnes « du matin »** ont tendance à somnoler, voire à s'endormir tôt dans la soirée et à se réveiller trop tôt dans la nuit. Elles ne peuvent pas faire « la grasse matinée » le week-end.

Connaître le profil de son patient, c'est pouvoir le conseiller sur ses horaires de coucher et de lever :

- il est inutile de demander à une personne « du soir » de se coucher tôt
- on peut conseiller à quelqu'un « du matin » d'adopter des horaires plus précoces de coucher dans la semaine.

Le temps de sommeil

Votre patient devra reporter sur une échelle de 24 heures : l'heure à laquelle il s'est couché et à éteint la lumière, l'heure à laquelle il s'est endormi si elle diffère de l'heure de coucher, le ou les réveils nocturnes et leurs durées, l'heure à laquelle il s'est réveillé définitivement et celle à laquelle il s'est levé. Si dans la journée il a fait une ou plusieurs siestes, il le reporte également sur l'échelle de 24 heures.

Grâce à ces indications, il est possible de calculer :

- l'heure habituelle de coucher et de lever
- la période de sommeil totale (PST) : c'est-à-dire le temps habituel passé au lit
- le temps d'éveil intra-sommeil : c'est-à-dire le nombre et la durée des réveils nocturnes
- le temps de sommeil total (TST)
- la latence d'endormissement : c'est-à-dire le temps moyen pour s'endormir
- l'efficacité du sommeil (TST/PST)

Référez-vous aux normes

- ▶ Le temps passé au lit (PST) ne doit pas dépasser **8 heures** chez toute personne présentant des troubles du sommeil.
- ▶ Le temps d'éveil intra-sommeil est inférieur à **30 minutes** chez les bons dormeurs.
- ▶ Le temps habituel de sommeil total (TST) chez l'adulte est aux alentours de **7 heures** par **24 heures**.
- ▶ Un endormissement doit survenir en moyenne en moins de **30 minutes**.
- ▶ L'index d'efficacité du sommeil est bon à partir de **90 %**.

L'insomnie

(définition International Classification of Sleep disorders ICSD-10)

On parle d'insomnie lorsqu'on présente un trouble du sommeil (difficulté d'endormissement, éveils nocturnes répétés, réveil trop précoce, sommeil non récupérateur) :

- au moins 3 fois par semaine
- depuis au moins 1 mois
- avec des répercussions sur la journée du lendemain.

Autres éléments d'orientation clinique par l'agenda du sommeil :

En restant prudent dans ses conclusions, l'agenda du sommeil permet cependant de diriger le diagnostic de troubles du sommeil vers certaines orientations cliniques :

- **Insomnie avec orientation anxieuse** : troubles de l'endormissement, réveils nocturnes brutaux sans explication et avec difficultés de retour à l'éveil, ruminations anxieuses avec peur de ne pas dormir dans la soirée...
- **Insomnie avec orientation dépressive** : réveil trop précoce le matin avec impossibilité de se rendormir ou de faire la grasse matinée le week-end.
- **Troubles du rythme circadien** :
 - tendance au décalage des horaires de coucher et des horaires de lever avec différence supérieure à 2 heures entre horaires de semaine et horaires de week-end : **en faveur d'un retard de phase**
 - tendance à s'endormir tôt dans la soirée, parfois devant la télévision et réveil tôt le matin ou en pleine nuit sans pouvoir se rendormir : **en faveur d'une avance de phase**
 - horaires de coucher et de lever très irréguliers d'une semaine à l'autre, **rythmés par un travail posté ou de nuit**.
- **Temps de sommeil important** de 10 à 12 heures par 24 heures, parfois accompagné de siestes prolongées : **en faveur d'une hypersomnie**.

Pour mieux comprendre cet agenda, nous vous conseillons de **le tester vous-même** pendant quelques jours avant de le présenter à vos patients.

BIOCODEX

SERMENT

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

RESUME

Les troubles du sommeil représentent un problème de santé publique en France.

L'agenda du sommeil est un outil recommandé par la Haute Autorité de Santé lors de la prise en charge des patients se plaignant d'insomnie et du sevrage en benzodiazépines. L'avis des généralistes français concernant son utilisation n'est pas connu.

Notre objectif était d'analyser les perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes connaissant cet outil.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et une analyse thématique du contenu. Douze médecins ont été interviewés d'octobre 2017 à février 2018. Ils constituaient une population variée en termes de caractéristiques démographiques.

L'agenda du sommeil permet l'appropriation de son trouble par le patient mais également d'éclairer le médecin concernant le sommeil de celui-ci, même mal rempli. Les praticiens sélectionnent les situations pertinentes d'utilisation. Il s'agit d'un outil simple d'utilisation, facilitant entre eux l'écoute et l'échange. C'est un soutien pour l'éducation thérapeutique. Il est conforme aux attentes des généralistes et utile pour la prise en charge des troubles du sommeil. De nombreux freins persistent à son utilisation en cabinet de médecine générale. C'est un outil chronophage, contraignant pour les patients, inadapté dans certaines situations et chez certains patients. Son efficacité est limitée dans certains cas complexes.

Les perspectives envisagées sont l'amélioration de la formation des médecins généralistes, la revalorisation de la cotation d'une consultation concernant les troubles du sommeil, l'incitation des patients à parler de leurs troubles du sommeil, et une collaboration entre les médecins généralistes.

Mots clés : Agenda du sommeil. Insomnie. Médecine générale. Recherche qualitative.