

Le diagnostic et la prise en charge de l'insomnie
chronique chez les adultes en médecine
générale :

revue de littérature et étude qualitative auprès de généralistes en
région Wallonie-Bruxelles.

Dr Nonet Margaux

Travail de fin d'études réalisé dans le cadre du master de spécialisation en médecine
générale

Promoteur : Dr Evrard Chantal

Table des matières

Remerciements	4
Abstract	5
Introduction.....	6
Méthodologie	7
1. Revue de littérature	7
2. Etude qualitative	7
2.1. Choix de la méthode	8
2.2. Echantillonnage.....	8
2.3. Déroulement des entretiens.....	8
Revue de littérature	9
1. Le sommeil physiologique	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Modification avec l'âge	10
2. Les troubles du sommeil	10
2.1 Le trouble d'hyper-somnolence.....	10
2.2 La narcolepsie	10
2.3 Les troubles du sommeil liés à la respiration.....	10
2.3 Les troubles du rythme circadien.....	11
2.4 Les troubles d'éveils pendant le sommeil non paradoxal	11
2.5 Le trouble cauchemar	11
2.6 Le trouble de comportement durant le sommeil paradoxal	11
2.7 Le syndrome des jambes sans repos	11
2.8 Les troubles induit par une substance ou un médicament	12
2.8 L'insomnie	12
3. L'insomnie	12
3.1 Définition.....	12
3.2 Classification	12
3.3 Epidémiologie.....	13
3.4 Comorbidités associées à l'insomnie chronique.....	14
3.5 Le diagnostic de l'insomnie.....	15
3.6 Prise en charge de l'insomnie	16
3.6.1 La prise en charge non médicamenteuse	16

La thérapie comportementale.....	17
La thérapie cognitive	19
3.6.2 La prise en charge médicamenteuse.....	20
Les benzodiazépines ou Z-drugs.....	20
La mélatonine	21
Les autres traitements avec effet sédatif.....	22
Résultats de l'étude qualitative	23
1. Données démographiques	23
2. Contenu des entretiens.....	23
2.1. La place du généraliste et son ressenti face à la plainte d'insomnie	23
2.2. Le diagnostic de l'insomnie.....	24
2.3. La prise en charge de l'insomnie.....	25
Les traitements médicamenteux.....	25
Les traitements non médicamenteux	27
L'influence du niveau socio-économique.....	28
2.4. La thérapie cognitivo- comportementale	28
2.5. La prise en charge pluridisciplinaire	28
2.6. Évolution de la pratique.....	29
Discussion	30
1. Limitations et biais	30
2. Discussion des résultats obtenus en comparaison à la littérature.....	31
2.1. Attitude en consultation et diagnostic	31
2.2. Traitement médicamenteux.....	31
2.3. Traitement non médicamenteux.....	32
Conclusion	33
Bibliographie	34
Annexes	35

Remerciements

Je tiens à remercier ma promotrice, le Dr Evrard Chantal, pour son aide et ses remarques tout au long de la rédaction de ce travail.

Je remercie également Julie Doucet pour toutes les informations reçues sur la thérapie cognitivo- comportementale et son témoignage de la pratique de terrain.

Je remercie tous les médecins qui ont accepté de participer à mon enquête et m'ont accordé un peu de leur temps.

Je remercie mon compagnon, Julien, pour son soutien et ses nombreux encouragements tout au long de mes études.

Je remercie ma sœur, Adeline, pour ses nombreuses relectures et ses corrections.

Je remercie mes parents pour leur présence, leur soutien, leur bienveillance, leur patience et leurs encouragements depuis le début de mes études.

Je tiens également à remercier ma famille d'avoir toujours été là pour moi.

Et enfin, je remercie mes amis et maintenant confrères et consœurs pour les échanges mais aussi les rires et les bons moments partagés durant toutes ces années.

Abstract

Introduction : Les problèmes de sommeil et particulièrement l'insomnie est une plainte fréquente en médecine générale puisque sa prévalence est de 30% chez les adultes de plus de 15 ans. C'est une plainte avec un impact important sur la qualité de vie des patients qui en souffrent et qui représente un réel problème de santé publique.

Objectifs : Mon objectif est de redéfinir les recommandations de bonne pratique de diagnostic et de traitement de l'insomnie chronique chez les adultes, de les comparer à la pratique de terrain et de comprendre les raisons des discordances afin d'optimiser la prise en charge des patients insomniaques chroniques.

Méthodes : J'ai d'abord effectué une recherche dans la littérature. Ensuite, j'ai réalisé une étude qualitative auprès de six médecins généralistes francophones via des entretiens semi-dirigés.

Résultats : Mes analyses ont démontré que, d'un point de vue du diagnostic, les médecins généralistes réalisent celui-ci grâce à leur anamnèse, ce qui correspond aux recommandations même s'ils n'utilisent pas les outils disponibles. D'un point de vue du traitement, alors que la première recommandation est l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale, aucun d'entre eux ne la pratique par manque de connaissances. La prescription de phytothérapie est la première stratégie de prescription utilisée. L'utilisation des benzodiazépines se fait le plus rarement possible et est toujours accompagnée d'une sensibilisation à ces molécules et à des conseils d'utilisation. La littérature est plus stricte avec uniquement une utilisation de traitement en cas d'exacerbation aiguë de la pathologie chronique pour une courte durée.

Conclusion : La première stratégie thérapeutique de l'insomnie chronique en médecine générale reste la prescription, associée ou non à des conseils hygiéno-diététique. Le manque de connaissances sur la thérapie cognitivo-comportementale est prédominant. La sensibilisation des médecins généralistes à cette méthode est donc très importante. Une fiche d'aide à la consultation en ce qui concerne la thérapie cognitivo-comportementale a été rédigée afin de faciliter la prise en charge par les médecins généralistes.

Introduction

« Docteur je dors très mal depuis trop longtemps, il faut que ça cesse. Donnez-moi quelque chose d'efficace pour dormir, s'il-vous-plait ! ».

Cette phrase, les médecins généralistes l'entendent très souvent en consultation et malheureusement, nous ne possédons pas de remède « miracle, magique et immédiat » pour répondre à la demande du patient. C'est un motif fréquent et qui tend à l'être encore plus au vu de la société dans laquelle nous vivons avec toujours plus de stress, de responsabilités, de technologies, de connectivités, de demande de rendements etc.

C'est une problématique à laquelle j'ai vite été confrontée en consultation en tant qu'assistante en médecine générale et qui m'a interpellée. Les recommandations de bonne pratique de prise en charge de l'insomnie ne vont pas dans le sens d'une prescription de somnifères au long court, pourtant énormément de patients en consomment quotidiennement. Les problèmes de sommeil sont des plaintes complexes qui nécessitent une prise en charge globale. Pourtant, les patients en parlent comme « un petit problème en plus » à la fin de la consultation. Mon questionnement a donc débuté dans le sentiment d'ambivalence que j'ai pu éprouver entre le fait de vouloir soulager mon patient rapidement mais tout en gardant la balance bénéfices/risques du traitement en faveur de celui-ci.

Les objectifs de mon travail sont donc de redéfinir les recommandations de bonne pratique de prise en charge de l'insomnie, mais aussi de déterminer les discordances présentes entre ces recommandations et la prise en charge observée sur le terrain et d'en comprendre les raisons. Pour cela, j'ai utilisé la littérature scientifique et j'ai réalisé des entretiens auprès de confrères et de consœurs à partir desquelles j'ai pu tirer des conclusions afin d'optimiser la prise en charge de nos patients.

Méthodologie

J'ai réalisé ce travail en deux parties. D'une part, une revue de littérature afin de définir, par des sources scientifiques, l'insomnie chronique et de dresser les recommandations de prise en charge. D'autre part, une étude qualitative auprès de médecins généralistes afin de connaître leur façon d'appréhender et de prendre en charge l'insomnie, de comparer cela aux recommandations et de déterminer les raisons d'éventuelles différences.

1. Revue de littérature

Premièrement, j'ai effectué des recherches dans la littérature via PubMed et la plateforme Cebam Digital Library for Health (CDLH) du Centre Belge pour l'Evidence-Based Médecine (CEBAM). Cela m'a permis d'avoir accès à des bases de données telles que EBMpracticnet, The National Center For Biotechnology Information (NCBI), CBIP Folia, etc. J'ai utilisé les mots-clé suivants : sleep disorders, insomnia, sleep initiation and maintenance disorders. J'ai également eu recours à la littérature grise avec le moteur de recherche « Google Scholar » ainsi que des sites comme la Revue Prescire, le site du Service Public Fédéral. J'ai alors sélectionné les articles pertinents par rapport à mon sujet, fiables, récents (>2005), concernant les adultes atteints d'insomnie et applicables à la pratique belge. J'ai également pu élargir mes sources grâce à la bibliographie des premiers articles sélectionnés.

De plus, j'ai eu recours à un entretien et des échanges avec Madame Doucet Julie, psychologue spécialisée dans les troubles du sommeil et la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCCI). Elle m'a informée sur les techniques de la TCCI et m'a témoignée de son approche de la pratique de terrain.

2. Etude qualitative

Dans un second temps, après avoir maîtrisé le théorie et les recommandations, j'ai effectué une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes travaillant en Wallonie et à Bruxelles.

2.1. Choix de la méthode

L'entretien individuel était le plus approprié étant donné les questions à propos du ressenti des médecins face à l'insomnie et leur façon de pratiquer afin qu'ils n'aient pas peur d'un jugement et qu'ils s'expriment librement. L'entretien semi-dirigé a permis d'aborder les thèmes souhaités tout en donnant une liberté d'expression au médecin interrogé.

2.2. Echantillonnage

J'ai sélectionné des médecins avec des profils différents (âge, sexe, type de pratique, situation géographique) auxquels j'ai demandé s'ils voulaient bien participer à mon étude sans les informer du sujet de l'étude. J'ai inclus uniquement des médecins généralistes agréés ou en formation, pratiquant en Wallonie et à Bruxelles et parlant français.

2.3. Déroulement des entretiens

J'ai effectué les entretiens oralement soit dans le cabinet des médecins interrogés soit par appel téléphonique (pour deux d'entre eux). J'ai demandé aux médecins de remplir un questionnaire anonyme reprenant leur âge, le sexe, les années de pratique, le type de pratique (solo, association, maison médicale) et leur lieu de pratique (rurale, semi-rurale, urbain). J'ai débuté par un texte introductif ayant pour objectif de définir l'insomnie chronique. J'ai ensuite demandé l'accord du médecin pour enregistrer l'entretien. L'entretien est rythmé par les questions définies au préalable (le guide d'entretien) ainsi que des réactions/questions au cours de l'entretien. J'ai ensuite retranscrit les entretiens sous forme de verbatims.

Revue de littérature

1. Le sommeil physiologique

1.1 Définition

Le sommeil est constitué d'une succession de cycles d'une durée moyenne de 90 minutes. Une nuit complète se compose généralement de 4 à 6 cycles. Les cycles sont séparés par une brève phase de réveil, d'une durée moyenne de 3 minutes, durant laquelle on change de position mais dont on ne se souvient en général pas le matin. (1, 2)

Un cycle se compose de trois phases principales :

- **Le sommeil lent léger** qui consiste en la phase d'endormissement (phase I) ainsi que le premier sommeil (phase II) pendant lequel un réveil peut survenir facilement.
- **Le sommeil lent profond** qui correspond à la phase du sommeil réparateur d'un point de vue physique (phase III et IV). Durant cette période les fonctions végétatives sont ralenties (la fréquence cardiaque et la respiration sont régulières, les muscles sont relâchés) et les seuils d'éveils sont élevés (insensibilités aux stimuli extérieurs).
- **Le sommeil paradoxal** ou sommeil REM (Rapid Eye Mouvement) est la phase durant laquelle surviennent les rêves. Elle est constituée à la fois de signes de sommeil profond et de signes d'éveil. Cette phase constitue la récupération psychologique. La durée moyenne est de 15 à 20 minutes.

La première moitié du sommeil est particulièrement riche en sommeil profond, alors que la seconde moitié est essentiellement constituée par l'alternance de sommeil léger et de sommeil paradoxal. (Annexe 1)

1.2 Modification avec l'âge

L'architecture et la durée du sommeil sont atteintes chez le jeune adulte. La durée moyenne de sommeil est de 7 heures 30 minutes. Cependant, il existe une variabilité entre les sujets. Certaines personnes récupèrent avec moins d'heures de sommeil (4-5 heures pour les petits dormeurs) alors que d'autres dorment 10 heures ou plus par jour (les grands dormeurs).

La durée d'un cycle est constante tout au long de la vie d'un individu. Cependant, l'architecture de son sommeil a tendance à se modifier avec le vieillissement. L'heure d'endormissement ainsi que l'heure du réveil matinal deviennent plus précoces. Le sommeil lent profond diminue et les phases brèves de réveils sont mémorisées, ce qui donne à la personne âgée une impression de mauvais sommeil alors que la durée totale est inchangée voir augmentée. (1) De plus, les personnes âgées ont un risque accru de souffrir d'un ou plusieurs troubles du sommeil spécifiques. (3)

2. Les troubles du sommeil

Le DSM-V, la cinquième édition du « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* » publié en 2013 par l'American Psychiatric Association, décrit dix troubles du sommeil et de l'éveil. (4, 5) Ceux-ci sont définis brièvement ci-dessous avant de décrire plus en profondeur l'insomnie à proprement parler, thème de ce travail.

2.1 Le trouble d'hyper-somnolence

L'hyper-somnolence est un terme diagnostique large. Il correspond à une quantité excessive de sommeil, tant diurne que nocturne, une qualité détériorée de l'éveil ainsi qu'une inertie du sommeil c'est-à-dire une altération de la vigilance lors de la transition sommeil-éveil.

2.2 La narcolepsie

La narcolepsie est caractérisée par des périodes récurrentes d'un besoin irrésistible de sommeil durant la journée.

2.3 Les troubles du sommeil liés à la respiration

Sous ce terme sont regroupés plusieurs troubles respiratoires dont les *apnées/ hypopnées obstructives du sommeil* sont les plus fréquentes. Le syndrome des apnées obstructives du

sommeil (SAOS) se définit comme étant une fermeture partielle ou complète des voies respiratoires supérieures pendant le sommeil engendrant des hypopnées ou apnées du sommeil. Ces pauses respiratoires durent au minimum dix secondes et se présentent au moins cinq fois par heure. Celles-ci sont accompagnées d'une somnolence diurne excessive.

On retrouve également dans cette catégorie les apnées centrales du sommeil et l'hypoventilation liée au sommeil.

2.3 Les troubles du rythme circadien

Les troubles du rythme circadien correspondent à une perturbation du sommeil due à un décalage entre le rythme circadien endogène et le rythme veille-sommeil imposé par le calendrier social ou professionnel, par l'environnement physique, ou par les décalages horaires.

2.4 Les troubles d'éveils pendant le sommeil non paradoxal

Les troubles d'éveils pendant le sommeil non paradoxal sont caractérisés par des éveils incomplets répétés durant le premier tiers de la nuit. Ils incluent le somnambulisme et les terreurs nocturnes.

2.5 Le trouble cauchemar

Les cauchemars sont généralement de longues et complexes séquences de rêves s'apparentant à une histoire qui semble réelle et qui suscite de l'anxiété, de la peur ou d'autres émotions dysmorphiques.

2.6 Le trouble de comportement durant le sommeil paradoxal

Les troubles du comportement durant le sommeil paradoxal sont caractérisés par des comportements moteurs complexes, telles que des vocalisations et/ou des mouvements qui reflètent des réponses motrices au contenu de rêves menaçants.

2.7 Le syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos est un trouble sensitivomoteur neurologique caractérisé par le besoin irrésistible de bouger les membres inférieurs, associé ou non à des sensations désagréables. Il se présente exclusivement en période d'inactivité et est amélioré lors du mouvement des membres inférieurs.

2.8 Les troubles induit par une substance ou un médicament

Les substances telles que l'alcool, le cannabis, la caféine, les opioïdes, les médicaments sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques peuvent induire des troubles du sommeil.

2.8 L'insomnie

L'insomnie est le thème principal de ce travail et sera approfondi dès le chapitre suivant.

3. L'insomnie

3.1 Définition

L'insomnie est une plainte fréquente caractérisée par la difficulté à initier ou maintenir le sommeil (réveils fréquents, difficultés à se rendormir après un réveil, réveils trop précoces avec impossibilité de se rendormir) associée à des symptômes diurnes. Les conséquences sur les performances diurnes peuvent être une fatigue, une irritabilité, un sommeil non réparateur, des problèmes de concentration, une perte d'énergie, des malaises, des siestes la journée, des inquiétudes à propos du sommeil. (6, 7)

3.2 Classification

L'insomnie est classée en plusieurs catégorie selon l'ICSD-III (*International Classification of Sleep Disorders- 3rd Edition*). (7)

- L'insomnie chronique : perturbation du sommeil depuis au moins trois mois et se présentant au moins trois nuits par semaine.
- L'insomnie aigue : perturbation du sommeil de moins de trois mois.
- Autres insomnies : perturbations du sommeil qui ne rentrent pas dans les critères de l'insomnie chronique ou de l'insomnie aigue.

Une autre classification était présente dans l'ICSD-II (2nd Edition), avec des sous-types d'insomnie, à savoir :

- L'insomnie psychologique : inquiétudes à propos du sommeil, difficultés à dormir dans son environnement personnel, excitation cognitive au coucher.
- L'insomnie idiopathique : perturbation du sommeil depuis l'enfance et se prolongeant tout au long de la vie. Elle peut être associée à une variation génétique du cycle veille-sommeil.
- L'insomnie paradoxale : mauvaise perception de la quantité de sommeil qui est réellement obtenue sans répercussion diurne. Sensation de réveils fréquents alors que la durée du sommeil est suffisante.
- Une hygiène de sommeil inadéquate : la qualité du sommeil peut être affectée par de mauvaises habitudes comme l'utilisation d'objets électroniques le soir (télévision, téléphone), la consommation de café ou d'alcool, les siestes longues en journée.
- L'insomnie comportementale de l'enfance : le sommeil peut être perturbé chez l'enfant par une dépendance à certaines stimulations, certains objets ou paramètres environnementaux.

La distinction entre l'insomnie primaire ou isolée et l'insomnie secondaire, c'est-à-dire liée à une autre pathologie (mentale, physique ou consommation de médicaments ou substances) n'est plus présente dans le DSM-V et l'ICSD-III. Cette suppression se base sur le fait qu'il n'ait pas été démontré que le traitement du trouble primaire améliore l'insomnie. L'insomnie et la comorbidité s'influencent dans les deux sens et la prise en charge doit se faire pour les deux affections. (5, 8)

3.3 Epidémiologie

La prévalence des problèmes de sommeil et d'insomnie dans la population belge est de 30% chez les plus de 15 ans (en 2013). (5) Ces chiffres évoluent naturellement avec l'âge et sont plus fréquents chez les femmes.

Les facteurs de risques pour des problèmes d'insomnies chroniques sont le sexe féminin, l'âge plus avancé, le statut socio-économique faible, l'état médical, la présence de maladies psychiatriques ou de problèmes psychologiques, la dépression, le fait d'être divorcé/ séparé. (6)

L'insomnie engendre des conséquences fonctionnelles, à savoir une réduction de la productivité, une augmentation de l'absentéisme, une augmentation des soins de santé due à une augmentation des troubles psychiatriques, des comorbidités et de la mortalité ainsi que de la consommation de médicaments. C'est un réel problème de santé publique. (6, 7)

En effet, d'un point de vue de la prescription de somnifères et de calmants, selon l'enquête de santé de l'Institut Scientifique de Santé Publique en 2013, 13% de la population de plus de 15 ans a consommé un somnifère ou un calmant au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview. Ce pourcentage augmente encore avec l'âge. Ainsi, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ce taux est d'environ 40% chez les femmes et 26% chez les hommes. Cela représente 1.260.034 doses journalières définies (DDD) délivrées par les officines. (9)

On observe une diminution significative du pourcentage d'utilisateurs de benzodiazépines dans la population générale passant de 6,1% à 4,3% entre 2004 et 2018, tout comme le pourcentage d'utilisateurs de benzodiazépines à longue durée d'action (diminution significative de 1,7% à 1,1%). (10) Cependant, malgré cette diminution, la Belgique reste un des plus grands pays prescripteurs de benzodiazépines ; raison pour laquelle la sensibilisation aux effets secondaires de ces molécules et aux alternatives thérapeutiques est essentielle.

Les professionnels de la santé ont un rôle crucial à jouer en termes d'information, de sensibilisation, de diagnostic, de motivation et d'accompagnement autour des troubles du sommeil. (9)

3.4 Comorbidités associées à l'insomnie chronique

L'insomnie peut être secondaire à certaines pathologies mais elle est aussi être un facteur de risque de développement de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et thyroïdiennes suite à des dérèglement de processus physiologiques. En effet, on peut observer un dérèglement de l'axe hypothalamo—pituitaire, une augmentation du phénomène d'athéromatose ainsi qu'un relargage de médiateurs pro-inflammatoires. (7) (Annexe 2)

3.5 Le diagnostic de l'insomnie

L'évaluation de l'insomnie repose sur une **anamnèse minutieuse** et un **examen clinique** à la recherche de comorbidités. (6, 8, 11)

Il faut caractériser de la manière la plus précise possible l'histoire du trouble du sommeil.

- L'aspect temporel du sommeil : le temps passé au lit, l'heure à laquelle le patient se couche, à laquelle il se réveille et quand il sort du lit.
- L'aspect quantitatif du sommeil : la latence d'endormissement, le nombre et la durée des réveils, le temps de sommeil total.
- L'aspect qualitatif du sommeil : la qualité subjective du sommeil, la satisfaction du patient.
- Les facteurs comportementaux et environnementaux : les activités dans le lit (téléphone, ordinateur, télévision), l'environnement (la lumière, le son, la température), les animaux de compagnie, le partenaire, ...
- Les causes et conséquences diurnes des troubles du sommeil : siestes, diminution de l'efficacité dans les activités quotidiennes, troubles de la concentration, ...
- La consommation de caféine, d'alcool et/ou de tabac et le traitement médicamenteux actuel.

De plus, il est important de faire un diagnostic différentiel en recherchant des symptômes corrélés à d'autres troubles du sommeil.

- Les ronflements, pauses respiratoires : SAOS.
- L'envie de bouger les jambes, des sensations désagréables dans les jambes : syndrome des jambes sans repos.
- Des comportements de sommeil inhabituels : parasomnies.
- Les rythmes inhabituels de sommeil : troubles du rythme circadien.

Il faut également investiguer les antécédents médicaux personnels (accident vasculaire cérébral, migraine, asthme, fibromyalgie, arthrose, hypo- et hyperthyroïdie, reflux gastroœsophagien, ...) et familiaux. Ainsi que les pathologies psychiatriques (dépression, troubles bipolaires, anxiété). (Annexe 3)

Certains outils sont à la disposition des médecins généralistes afin de collecter toutes ces informations. Ceux-ci peuvent servir de support de base en consultation pour le diagnostic d'insomnie. (3) (Annexe 4 et 5)

Les auto-questionnaires et agenda du sommeil sont très utiles afin de poser le diagnostic d'insomnie. Ils fournissent des informations importantes sur la perception du patient au sujet de ses plaintes d'insomnie et aident le clinicien dans sa prise en charge.

- *L'index de sévérité de l'insomnie (ISI)* est composé de sept questions fournissant un score total de 0 à 28 traduisant de la gravité de l'insomnie perçue par le patient. On retrouve une insomnie quand le score est supérieur à 7. (Annexe 6)
- *Le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* mesure la qualité du sommeil durant le mois précédent et fournit un score de 0 à 21. L'insomnie est définie comme un score supérieur à 5. (Annexe 7)
- *Les agendas du sommeil* permettent d'évaluer plusieurs éléments tels que la latence d'endormissement, l'heure du coucher, l'heure du lever, le nombre d'éveils, la durée des éveils, le temps passé au lit, la durée du sommeil ainsi que l'appréciation de la qualité du sommeil et du réveil et la forme pendant la journée. (Annexe 8)

La polysomnographie n'est pas recommandée en routine dans le diagnostic de l'insomnie. Elle sera réalisée si l'anamnèse met en évidence des signes de SAOS ou de parasomnies.

3.6 Prise en charge de l'insomnie

3.6.1 La prise en charge non médicamenteuse

Les guidelines européennes recommandent comme première prise en charge de l'insomnie chronique la thérapie cognitivo-comportementale (TCCI). Evidemment, dans le cas où l'insomnie est associée à une comorbidité, celle-ci doit être traitée en premier lieu ou conjointement à cette thérapie. La TCCI a démontré une amélioration significative du sommeil ainsi que des plaintes diurnes et surtout un maintien de cet effet dans le temps. Selon plusieurs méta-analyse, l'efficacité de la TCCI est comparable à celle des somnifères à court terme mais supérieure à long terme. (1, 8, 12)

La TCCI a pour but de briser le cercle vicieux de l'insomnie entretenu par des croyances erronées (craintes des conséquences d'un mauvais sommeil, inquiétudes à propos du sommeil) et des stratégies et comportements inadaptés (temps excessif passé au lit, siestes la journée). Elle consiste donc en un travail sur ces deux grands axes, la **pensée** et les **comportements**. Cette partie a été rédigée grâce à la lecture de la littérature scientifique mais aussi à des entretiens avec la psychologue spécialisée en thérapie du sommeil, Madame Julie Doucet.

La thérapie comportementale

La thérapie comportementale comprend deux grands types d'interventions.

- *Le contrôle du stimulus*

Son but est de réassocier le lit/la chambre à coucher avec le sommeil et de régulariser les cycles du sommeil. (3, 8)

- ✓ On ne va au lit que pour dormir ou pour les actes sexuels. La chambre n'est pas un endroit pour regarder la télévision, lire, passer du temps sur les écrans.
- ✓ Il ne faut se mettre au lit que quand on ressent le sommeil arriver et favoriser un rituel calme avant de se coucher.
- ✓ Si l'endormissement ne se produit pas dans les 20/30 minutes, il faut se lever et faire une activité calme et relaxante (lire un livre, écouter de la musique douce) dans une autre pièce avec une ambiance lumineuse faible. Une fois que la fatigue se fait ressentir, on peut retourner dans la chambre. Ce processus se répète à nouveau si le sommeil n'est pas trouvé dans les 20/30 minutes.
- ✓ Il faut fixer une heure de réveil régulière durant toute la semaine sans tenir compte de l'heure d'endormissement.

Cette technique a démontré son efficacité mais la persévérance est nécessaire car sa mise en place prend en moyenne 2 à 3 semaines. Il est important de le signaler au patient afin que celui-ci ne se décourage pas. (1, 3, 11)

○ *La restriction du temps au lit*

Son but est d'avoir la meilleure adéquation possible entre le temps passé au lit et les heures réelles de sommeil. On régularise les horaires afin de stabiliser l'horloge biologique qui rythme notre cycle veille/sommeil. Cela permet de gagner en profondeur et en continuité du sommeil plutôt qu'en quantité. (1, 3, 7, 11, 12)

Cette méthode se base sur l'analyse de l'agenda de sommeil, rempli durant 15 jours. On définit une fenêtre de sommeil qui correspond au temps réel de sommeil. Cette fenêtre ne peut pas être de moins de 6 heures. Elle peut être adaptée en fonction de l'anxiété du patient pour être acceptable. On fixe alors un horaire avec une heure de lever (en fonction des impératifs journaliers) et une heure de coucher qui correspond à l'heure de lever moins le nombre d'heures de sommeil moyen. C'est donc à partir de cette heure que le patient pourra aller se coucher, à condition de présenter des signes de somnolence. Cet horaire vaut aussi bien pour la semaine que pour le week-end.

Cette technique met le patient au départ en dette de sommeil afin de lui permettre de ressentir à nouveau des signes de somnolence et d'améliorer la qualité du sommeil.

L'objectif est d'augmenter l'efficacité du sommeil (ES). Elle est définie comme suit :

$$ES = \frac{\text{Temps de sommeil total (TST) moyen}}{\text{Temps passé au lit (TL)}} \times 100\%$$

Les horaires de sommeil sont alors réévalués tous les 15 jours en fonction de l'efficacité du sommeil.

- ✓ **Si ES > 85%**, on augmente le temps passé au lit de 15 min (le patient se couchera 15 min plus tôt). On réévaluera ainsi tous les 15 jours l'ES, en ajoutant au maximum 15 min à chaque fois, jusqu'à obtenir le temps de sommeil dont le patient a besoin pour une bonne récupération.
- ✓ **Si ES < 80%**, on diminue le temps passé au lit de 15 min. On évalue au bout de 15 jours pour adapter le temps de sommeil.

La thérapie cognitive

La thérapie cognitive comprend avant tout le rappel des règles d'hygiène du sommeil ainsi que plusieurs autres éléments spécifiques.

○ *Les règles d'hygiène*

Il faut rappeler au patient que certaines habitudes peuvent perturber leur sommeil. (1, 3, 11, 12)

- ✓ Pas de caféine (coca, café, thé) ou stimulants (tabac, chocolat) dans les 4 à 6h précédant le coucher.
- ✓ Pas d'alcool le soir (il favorise les éveils nocturnes).
- ✓ Préférer un repas léger le soir mais ne pas se coucher en ayant faim.
- ✓ Avoir une chambre à coucher calme, obscure et à température optimale (18-19°C).
- ✓ Placer son réveil de manière à ne pas voir l'heure (elle favorise l'angoisse et la frustration).
- ✓ Pratiquer une activité physique régulière la journée mais éviter celle-ci dans les 2 heures avant le coucher.
- ✓ Favoriser des activités relaxantes au moins une heure avant le coucher.

○ *La thérapie cognitive de l'insomnie*

Les patients insomniaques présentent des idées erronées à propos du sommeil et de leurs insomnies. Le but de cette thérapie est d'identifier ces idées et de les dédramatiser. Elle consiste en une psychoéducation à propos du sommeil avec l'explication des cycles et des phases du sommeil, de la mélatonine, de l'horloge biologique. Cela va permettre au patient de mieux appréhender le sommeil et d'adopter de meilleurs comportements. Voici quelques idées à faire passer au patient :

- ✓ Garder des attentes réalistes.
- ✓ Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil.
- ✓ Ne pas blâmer l'insomnie de tous ses maux.
- ✓ Apprendre à tolérer les effets d'un manque de sommeil.
- ✓ Ne pas tenter de dormir à tout prix.

C'est une approche qui est plus compliquée et qui se fait en parallèle du traitement. (7, 8, 9)

- *La gestion du stress/relaxation*

Il existe plusieurs outils utilisés par les thérapeutes pour diminuer le stress et surtout l'hyperéveil cognitif présent chez les patients insomniaques. De plus, la relaxation va faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil. En effet, les patients présentent des hyperéveils à la fois cognitifs avec des pensées et des ruminations mais aussi comportementaux jouent un rôle important dans le cercle vicieux de l'insomnie. La gestion du stress est donc très importante. Elle se fait par des cours de relaxation, de la pleine conscience ou des activités auxquelles les patients peuvent être réceptifs comme des activités artistiques ou physiques. C'est une approche que l'on retrouve plutôt en fin de traitement, sauf si le patient décrit d'emblée une anxiété majeure. (8, 11)

Voici comme proposition d'aide à la consultation une fiche résumée de la TCCI pour la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie que j'ai réalisée. (Annexe 9)

3.6.2 La prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse de l'insomnie n'est recommandée que lorsque le patient présente une insomnie aiguë sévère accompagnée d'une forte détresse ou lors d'une exacerbation aiguë d'une insomnie chronique. (8, 12)

Les benzodiazépines ou Z-drugs

Il est recommandé, chez l'adulte, d'utiliser des benzodiazépines avec une **durée d'action intermédiaire** à la dose efficace la plus faible possible et pour une durée la plus courte possible.

L'effet recherché étant un endormissement rapide mais avec peu/pas d'effet sur la vigilance la journée. Les benzodiazépines exposent aux effets secondaires suivants dès la première prise du médicament : somnolence, baisse de capacité de conduite d'un véhicule, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, troubles cognitifs persistant à l'arrêt de la benzodiazépine, confusion et chutes. Les Z-drugs étaient initialement proposées comme une alternative sûre aux benzodiazépines, mais ils peuvent tout aussi bien causer des effets

résiduels, de la dépendance et des abus, avec des manifestations de sevrage après l'arrêt. De plus, on sait que l'effet hypnotique des benzodiazépines diminue en moins de 2 semaines d'usage quotidien par accoutumance. Un syndrome de sevrage survient lors de l'arrêt d'une benzodiazépine après une utilisation prolongée et se présente par de l'insomnie, de l'anxiété, des tremblements, des perceptions anormales, de la confusion pouvant même mener à des convulsions. La sévérité du syndrome de sevrage est liée à la durée du traitement, à l'utilisation de doses élevées de benzodiazépines ou d'une benzodiazépine à demi-vie courte. (1, 12, 13)

- Préparer l'arrêt d'une benzodiazépine dès le début du traitement.

Afin de diminuer le risque de dépendance et de syndrome de sevrage, il est important d'informer le patient sur tous les problèmes liés aux benzodiazépines, à savoir principalement les effets secondaires, la dépendance et le syndrome de sevrage. Il est prudent de planifier et de préparer l'arrêt progressif de la benzodiazépine dès la prescription initiale.

Attention qu'il existe des contre-indications à la prescription de benzodiazépines, à savoir : la myasthénie grave, l'insuffisance respiratoire grave, les syndromes des apnées obstructives du sommeil (non traitées), l'insuffisance hépatique, les troubles cognitifs. (11, 13)

La revue Prescrire recommande l'utilisation d'*oxazepam* (15mg, 25 mg voire 50 mg si besoin) une heure avant le coucher. (12)

La mélatonine

Une préparation contenant de la *mélatonine* présente une indication en Belgique dans « l'insomnie chez les personnes âgées de plus de 55 ans ». L'utilisation de la mélatonine expose à des risques comme le développement de troubles neuropsychiques (céphalées, somnolence, irritabilité, anxiété, troubles de l'humeur, troubles de la mémoire, convulsions, syncope), des troubles digestifs (douleurs abdominales, ulcérations buccales, vomissements, constipation, reflux gastro-œsophagien ; pancréatites aiguës) et des troubles cutanés (prurit, éruptions maculo-papuleuses, psoriasis). De plus, les preuves d'efficacité et d'innocuité ne sont pas suffisantes et l'utilisation de la mélatonine n'est donc pas recommandée comme traitement de l'insomnie. (12, 13)

Les autres traitements avec effet sédatif

Tout autre traitement présentant un effet sédatif n'est pas recommandé dans la prise en charge de l'insomnie. Ceux-ci n'ont pas démontré de preuve d'efficacité et présentent un trop grand risque d'effets résiduels. (11, 13)

Les anti-dépresseurs, comme la *trazodone*, présentent de nombreux effets secondaires comme des cauchemars, une mémoire à court terme réduite, un impact négatif sur le processus d'apprentissage, un tonus musculaire diminué, des troubles de l'équilibre, des effets indésirables cardiovasculaires, de l'hypotension orthostatique, un priapisme.

Les antipsychotiques présentent des effets indésirables potentiellement graves comme des accidents vasculaires cérébraux, le syndrome neuroleptique malin, le risque de mort subite cardiaque.

Les antihistaminiques sédatifs n'ont pas démontré d'efficacité et peuvent présenter un effet résiduel.

La phytothérapie n'a pas démontré d'efficacité et d'innocuité à court et à long terme. (12) Seule la *valériane* a démontré un effet positif sur le sommeil sous forme d'extraits aqueux ou hydroalcooliques à titre faible. (13)

Résultats de l'étude qualitative

1. Données démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des différents médecins interrogés sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Médecin	Age	Sexe	Années de profession	Type de pratique	Milieu de pratique
1	30	M	5	Association	Rural
2	26	F	2,5	Association	Urbain
3	61	M	36	Solo	Semi-rural
4	29	M	4	Maison médicale	Urbain
5	38	F	13	Solo	Rural
6	62	F	37	Association	Rural

2. Contenu des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité et se retrouvent dans les annexes. (Annexe 9)

2.1. La place du généraliste et son ressenti face à la plainte d'insomnie

Tous les médecins généralistes interrogés considèrent que leur place est importante face à la plainte d'insomnie et que c'est une plainte fréquemment retrouvée en consultation.

«Nous sommes en première ligne, notre place est primordiale.» M1

«C'est une place très importante car c'est chez nous que les gens viennent se plaindre en premier lieu. C'est un motif de consultation presque tous les jours.» M3

«Tous les jours, même plusieurs fois par jour. Je dirais à la grosse louche 3-4X/ jour.» M5

«C'est une place prépondérante.» M6

Pour l'un d'autre eux, elle est certes centrale mais il considère que le médecin généraliste n'est pas le seul à avoir cette place de première ligne.

«... Donc il y a d'autres intervenants super importants dans cette maladie aussi mais c'est vrai qu'en premier lieu les gens viennent chez leur médecin traitant.» M4

Ce motif de consultation est considéré comme compliqué et suscite des émotions de la part du médecin généraliste.

«C'est un sujet très complexe. Ce ne sont pas des consultations évidentes.» M1

«En tant que médecin, c'est toujours plus compliqué de ne pas avoir de résultat immédiat et quand le patient vient pour ce genre de plainte, je suis toujours un peu embêtée et un peu mal à l'aise.» M2

«Moi, quand ça m'arrive de ne pas dormir, le lendemain c'est vraiment horrible alors je me dis que c'est vraiment un problème sérieux et ennuyant. C'est un problème que je prends au sérieux.» M3

De plus, on retrouve chez les médecins des sentiments d'ambivalence entre l'envie de vouloir soulager le patient rapidement et les risques d'un traitement médicamenteux que le médecin sait ne pas être la solution à privilégier mais qui est une solution de facilité.

«De l'impuissance et de la culpabilité quand le patient vient plusieurs fois et que tu ne trouves pas et que tu commences à devoir penser à des molécules dont, durant toutes tes études, on t'a dit que tu ne devais pas les prescrire mais tu te dis que tu n'as pas trop le choix.» M4

«Mon ressenti, c'est qu'on ne maîtrise pas toujours et donc qu'on choisit la solution de facilité en prescrivant un zolpidem® ou une benzo.» M6

2.2. Le diagnostic de l'insomnie

Le diagnostic d'insomnie chronique n'est pas toujours facile à faire car les patients ont des difficultés à exprimer leurs plaintes et cela prend du temps, temps dont les médecins ne disposent pas toujours.

« Le problème, c'est que les gens ne viennent pas pour ce problème de sommeil, c'est le truc en plus en bout de liste qui dure depuis longtemps Ce qu'ils disent comme signe d'appel n'est pas toujours ce qu'ils vivent. Ça, c'est un problème je trouve parce que, du coup, si on ne les écoute pas bien alors on prescrit le mauvais truc et ça ne marche jamais. Donc ça demande une anamnèse et du temps pour bien répondre à la question.» M5

« Souvent les gens ne viennent pas pour ça. Ils viennent pour une autre plainte et puis c'est la main sur la porte qu'ils disent "à propos je ne dors pas bien, je voudrais quelques chose pour m'aider à dormir". » M6

L'élaboration du diagnostic se fait par l'anamnèse sans l'aide d'outils.

«C'est par l'anamnèse que je fais le diagnostic. Je ne suis pas de score, de test ou de chose comme ça. Je pose des questions et je fais mon diagnostique différentiel avec les réponses.»

M1

«C'est avec les réponses à mes questions de l'anamnèse que je fais le diagnostic.» M2

«Je ne suis pas très précis. Est-ce que ça rentre dans le cadre d'une autre pathologie ? ... J'essaye de comprendre s'il y a une mauvaise habitude sous-jacente aussi... J'essaye de voir en pratique comment ça se passe dans leur maison.» M3

«Je ne suis pas d'algorithme, de schéma ou de recommandations ou quoi que ce soit... Je fais le diagnostic par l'anamnèse. J'essaye de comprendre les habitudes des gens.» M4

2.3. La prise en charge de l'insomnie

La demande du patient est souvent un traitement médicamenteux.

« On répond souvent à cet aspect médicamenteux d'abord car le patient ne vient pas en disant "je ne dors pas", il dit plutôt : "donnez-moi des médicaments pour dormir" ». M1

«Si vraiment il me demande une prescription derrière, ce qui est quand même souvent le cas, dans un premier temps je prescris des plantes pour qu'il ait quelque chose.» M2

Les traitements médicamenteux

La phytothérapie présente la première prise en charge médicamenteuse de tous les médecins interrogés. Ils utilisent la valériane et la mélatonine en première intention.

« J'accorde une grande place à la phytothérapie, c'est mon premier choix... Je mets beaucoup de valériane, globalement je n'ai pas de préférence pour une ou l'autre.» M1

« ... Moi j'essaye quand même, bien que je n'ai pas des effets extraordinaires, la valériane, la mélatonine, les caséines de lait et c'est trucs-là. » M3

« D'abord, tout ce qui est phyto donc la valériane et tout ce qui en contient. Parfois, j'utilise la mélatonine, je ne sais pas si c'est l'effet placebo mais ça fonctionne assez bien... Mais comme je l'ai déjà dit, je l'associe aux conseils, je ne fais pas que prescrire de la phyto toute seul. » M4

« J'essaye toujours les trucs naturels en premier... donc je préfère mettre de la valériane ou de la mélatonine à gros dosage en fonction des activités, des horaires, du métier. » M5

Si le patient n'a pas ressenti d'effet de la phytothérapie, le médecin va se diriger vers d'autres classes médicamenteuses.

« Quand il a déjà essayé pleins de trucs, que c'est une période difficile de sa vie et que ça influence leur vie quotidienne alors je vais en (benzo) mettre pour une courte durée pour les aider... J'explique toujours les effets secondaires, l'accoutumance et le fait qu'on est parti pour une courte durée maximum deux semaines et puis on réévaluera. » M2

« Et alors, j'essaye quand ça ne va pas, et même assez vite, la trazodone. Bon, le problème de la trazodone, c'est que ça prend du temps aux gens d'expliquer l'utilisation de ce médicament car il y a des gens qui sont répondeurs avec des petites doses et d'autres ont besoins de doses plus forte et on ne sait pas définir à l'avance qui aura besoin de quoi... Je l'instaure toujours de manière très graduelle et je commence par des ¼ de comprimé et je leur explique que c'est un médicament spécial et je pense que si c'est un médicament qui est bien utilisé, on n'a pas ces problèmes d'addiction car c'est une molécule différente... » M3

« Au niveau médicament pur, sous ordonnance, la trazodone ! J'essaye ½ comprimé. J'ai remarqué qu'au début, je mettais un entier et puis souvent le lendemain les gens avaient toujours des effets. Donc maintenant j'essaye toujours de commencer avec ½ en sachant qu'en plus ça permet de dire que si ça ne suffit pas, on peut encore doubler et ça permet d'avoir encore cette ressource-là. Et puis si la trazodone ne va pas, c'est parti pour la gloire. » M4

« J'essaye un maximum, quand je dois médiquer, de mettre du temesta® et du trazolan® parce qu'en gériatrie, c'est ce qu'ils mettent pour le temps de demi-vie etc., donc j'essaye de les mettre mais ce n'est pas évident. Mais les gens sont demandeurs d'un somnifère... » M5

« Et souvent, par solution de facilité, je prescris une benzo ou une Z-drugs. » M6

Les médecins conscientisent les patients lors de la prescription de benzodiazépines.

«J'explique systématiquement les dangers liés à une consommation chronique. Mon premier choix, quand c'est de l'insomnie chronique, je prescris la petite boîte de stilnoct® de 10 comprimés comme ça, ça me permet de refaire le point et réévaluer l'insomnie avec le patient. » M1

« Chaque fois, quand je prescris des benzo, je rappelle que ce n'est pas bon. Je vais dire pour être honnête plutôt dans 75% des cas, parce que je tique en me disant que si moi, je devais prendre ça tout le temps... Je provoque parfois la discussion avec le patient, je les conscientise à la prise de ce genre de médicament. » M3

« J'essaye toujours que ça soit le plus court possible. Je peux aussi dire de faire la semaine et pas le week-end, ou l'inverse pour bien récupérer mais ne pas de les prendre en continu. » M5

Les traitements non médicamenteux

Les conseils font partie du traitement mais leur place n'est pas principale.

«Je donne des petits conseils mais je ne pousse pas assez loin la prise en charge de ce type et je ne prends pas assez de temps. C'est assez médiocre, pourtant c'est important !» M1

«Moi je pars toujours sur tout ce qui est hygiéno-diététique avec le patient, vraiment investiguer sur les écrans, le sport, le café, l'alimentation, la température de la chambre, ... » M2

«Je n'en fais pas beaucoup.... Ce qui a l'air intéressant mais je ne m'y connais pas très bien. » M3

«D'abord, je commence par les conseils hygiéno-diététiques. Mais on sent vite en fonction du type de patient ce qu'il faut faire... Donc dans les conseils hygiéno-diététiques, c'est au sens large, ce n'est pas que les conseils pour le soir mais aussi le journée ». M4

« Le problème c'est que ça prend du temps et qu'on a pas le matériel adéquat... Je n'ai pas le temps. Donc clairement, elle n'est pas assez grande par rapport à ce qu'il faudrait. » M5

L'influence du niveau socio-économique

L'objectif est de prendre en charge de la même manière tous les patients. Cependant, le coût de certains médicaments comme la phytothérapie n'est parfois pas possible à assumer par certaines patients.

«Oui et non, les conseils sont identiques mais les traitements, eux, pourraient varier.» M1

«J'adapte toujours au patient que j'ai en face de moi mais globalement je fais plus ou moins la même chose.» M2

«Quand je vois des gens pas trop éduquer, j'essaye de leur expliquer avec mes mots à moi, ce que je pense qu'ils vont pouvoir comprendre. Même des choses légèrement plus scientifiques pour qu'ils comprennent ce qu'on fait.» M3

«Donc, il y a des somnifères qui coutent moins cher que des compléments alimentaires et donc chez certains, on ira plus vite vers un médicament pas cher.» M5

«Il y a des gens qui sont à-même de comprendre que c'est passager, que ça va passer en mettant des choses en place mais il y en a d'autres qui ne comprendront pas et ne suivront pas les conseils.» M6

2.4. La thérapie cognitivo- comportementale

Aucun des médecins ne se juge suffisamment informé et formé à la thérapie cognitivo-comportemental.

« Ça, c'est sûr que non ! Je ne suis pas fort informé sur le sujet. » M1

« Non ! Pas bien, pas bien du tout. J'ai des vagues souvenirs mais je ne saurais pas donner une définition ou une explication. » M2

« Ca a l'air intéressant mais je ne m'y connais pas très bien. » M3

«Mais moi dire que je suis formée pas du tout, sensibilisé moins et compétent encore moins ça c'est sûr.» M4

« Pas du tout. » M5

2.5. La prise en charge pluridisciplinaire

Les patients sont davantage référés pour la prise en charge des apnées du sommeil.

« ... ça m'arrive de référer, même dans les cas d'insomnies chroniques mais clairement plus souvent pour les apnées. J'ai une meilleure connaissance. » M1

« Non, sauf quand j'ai des soupçons d'apnées. » M3

« Oui et ce n'est pas la même chose mais c'est surtout pour tout ce qui est apnées du sommeil. » M4

Une prise en charge pluridisciplinaire de l'insomnie chronique est évoquée par trois des médecins interrogés.

« Quand on ne s'en sort pas, je réfère de temps en temps à la clinique du sommeil pour la prise en charge. » M2

« Je réfère chez les psy et chez les psychiatres aussi. Mais alors aussi chez des psychogériatres... » M4

« De temps en temps, je fais la démarche d'orienter les patients.» M6

2.6. Évolution de la pratique

La pratique est modifiée avec le temps vers une conscientisation des patients aux effets néfastes des médicaments somnifères.

«J'ai envie de dire que, oui, il faut essayer d'avoir une prise en charge la moins médicamenteuse. Il faut être honnête, la pratique est difficilement évolutive, j'essaie de faire une prise en charge la moins médicamenteuse possible. Ça, j'en ai conscience systématiquement quand je prescris. Je ne prescris jamais par plaisir. » M1

« Je dirais que les points essentiels, je les connaissais déjà mais que j'insiste plus sur les effets néfastes des benzo. » M3

« Je pense que j'ai moins peur de prescrire des benzo mais par contre je suis plus cadré quand je le fais. » M4

« Oui sans doute comme dans beaucoup de choses, j'insiste plus sur les conseils d'hygiène de vie... . La prescription et le fait de relativiser sont différents avec le temps.» M6

Discussion

1. Limitations et biais

Malgré mes nombreuses recherches sur le sujet dans la littérature, je n'ai pu sélectionner qu'un nombre limité d'articles, ce qui induit que ma bibliographie n'est pas exhaustive.

De plus, mon échantillonnage est limité. La saturation complète des données n'a pas été atteinte. Mon échantillonnage est varié mais le facteur temps et les conditions liées au covid-19 ont fait que celui-ci n'est pas suffisant. Les résultats obtenus sont un reflet de la réalité de terrain à propos du diagnostic et de la prise en charge de l'insomnie chronique par les médecins généralistes mais ne peuvent pas être généralisé.

La majorité des entretiens a été réalisée en face à face afin de percevoir les réactions des intervenants (malgré le port du masque) mais deux de ceux-ci ont dû être réalisés par appel téléphonique par soucis d'organisation.

Mon guide d'entretien et mon attitude ont été légèrement modifiés au cours des interviews pour être plus adaptés à la réalité observée lors des précédents entretiens. De plus, mon guide d'entretien n'est pas parfait car il présente certaines questions binaires. J'ai, dans ce cas, reformulé la question ou demandé de réexpliquer mais ça n'a pas toujours été plus détaillé par le médecin. Il n'est pas, non plus, exhaustif à propos de l'insomnie chronique. J'ai décidé de privilégier la discussion sur certains sujets qui me paraissent les plus intéressants.

J'ai réalisé ces entretiens avec le plus de neutralité possible en ne laissant paraître ou en n'émettant aucun jugement de valeur afin que les médecins n'aient pas de retenues dans leurs réponses. L'analyse de l'étude qualitative n'étant pas basée sur l'analyse de chiffres mais bien des résultats obtenus au fil de mes entretiens, j'ai fait le maximum pour mettre de côté ma subjectivité dans l'analyse de ces données.

2. Discussion des résultats obtenus en comparaison à la littérature

2.1. Attitude en consultation et diagnostic

Il ressort des entretiens que le problème d'insomnie chronique est très présent en médecine générale. On peut même dire que le contexte sanitaire actuel accentue les problèmes de sommeil et que ceux-ci tendent à être de plus en plus fréquents. J'ai pu observer que les médecins adoptent autant que possible une attitude empathique et d'écoute active lors des consultations avec ce motif. Cependant, le temps est toujours l'élément limitateur qui empêche de pouvoir adopter les attitudes recommandées. Les médecins ont recours à l'anamnèse afin de poser le diagnostic d'insomnie chronique et ont, à raison, l'habitude de référer dans les centres du sommeil lorsqu'ils émettent le diagnostic d'apnées du sommeil. Afin de poser correctement le diagnostic d'insomnie chronique, il serait intéressant que les médecins généralistes aient une connaissance et un accès plus aisé aux auto-questionnaires, ce qui n'est pas le cas actuellement.

2.2. Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est encore le premier choix des médecins généralistes afin de traiter l'insomnie alors que celui-ci n'est pas recommandé en pratique. (8) J'observe cependant que les médecins évitent un maximum les benzodiazépines et conscientisent les patients aux effets néfastes de celles-ci. J'ai été positivement surprise par le fait qu'aucun médecin ne prescrive une benzodiazépine sans donner une durée de traitement définie, une explication sur l'accoutumance et les effets secondaires. Le premier choix de traitement se porte sur la phytothérapie et principalement la prescription de *valériane*. Cela étant un bon choix car elle est la seule à avoir démontré des effets positifs sur le sommeil. (1) De plus, l'utilisation de *mélatonine* est fréquente chez les médecins interrogés et celle-ci est justifiée chez les patients de plus de 55 ans pour lesquelles elle présente l'indication. (13) En pratique, les médecins utilisent aussi beaucoup la *trazodone* qui est donc une utilisation « *off label* » dans la prise en charge de l'insomnie. (13)

2.3. Traitement non médicamenteux

Force est de constater que cette partie est minime dans la prise en charge de terrain de l'insomnie. Les médecins plus jeunes ont tendance à rappeler et insister sur les habitudes hygiéno-diététiques liées au bon sommeil. Les médecins plus âgées disent passer très peu de temps à rappeler celles-ci. Le manque de temps reste un frein majeur à la prise en charge non médicamenteuse. Par contre, aucun médecin n'est formé à la thérapie cognitivo-comportementale alors que celle-ci est la première prise en charge recommandée dans les guidelines européennes. (8) Il arrive que certains médecins réfèrent leur patient à des psychologues ou dans des centres afin de débiter cette prise en charge mais sans même connaître exactement ce qu'il va s'y passer.

Conclusion

L'insomnie chronique est un réel problème de santé publique avec de nombreuses implications dans la vie des patients qui en souffrent.

La revue de littérature a permis de mettre en évidence qu'une démarche diagnostique et qu'une prise en charge claires existent pour ce problème de santé. Malheureusement, l'étude menée auprès des médecins généralistes prouve que très peu d'entre eux connaissent ces recommandations. Les médecins généralistes ne sont pas formés à la première technique de prise en charge recommandée, à savoir la thérapie cognitivo-comportementale.

Sur base de ma revue de la littérature, j'ai réalisé une fiche résumée de la TCCI pouvant servir d'aide à la consultation pour les médecins généralistes.

Les médecins généralistes utilisent encore l'approche médicamenteuse mais on peut mettre en évidence une évolution dans celle-ci. Les médecins ne prescrivent que très peu de benzodiazépines aux nouveaux patients insomniaques et les associent, dans la grande majorité des cas, à des avertissements et des consignes à propos de ces molécules. La phytothérapie est également privilégiée.

Ce travail permet donc de donner des pistes aux médecins généralistes mais ce qui reste à faire, et le plus important, est de les informer de ces techniques de prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique afin d'optimiser la prise en charge de nos patients.

Bibliographie

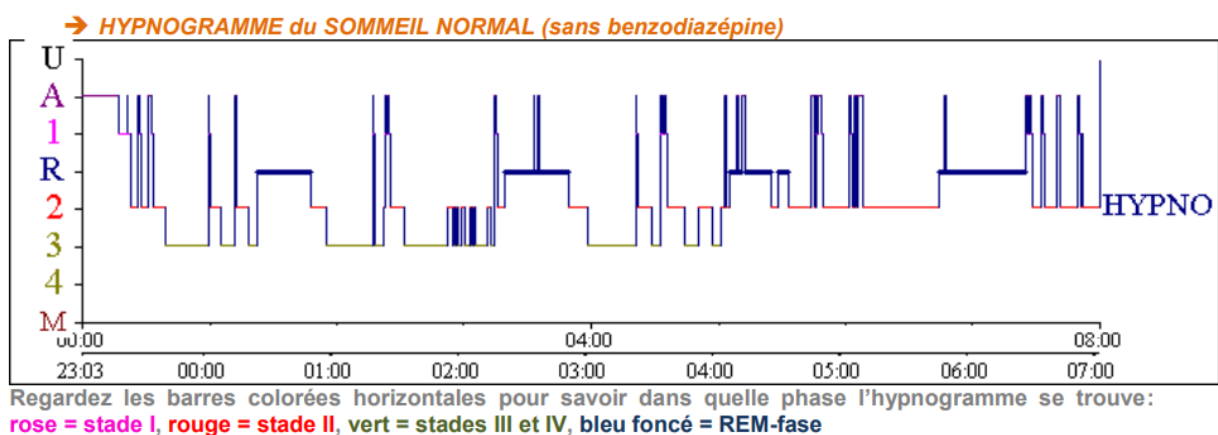
1. Prescrire Rédaction. « Plaintes de mauvais sommeil : autant que possible éviter les somnifères ». Rev Prescrire. 2008 Fev ; 28(292) :111-118.
2. Anthierens S, Boone B, Burton J et al. Manuel d'aide aux pharmaciens. Handboek FR. 2006 Avr 27.
3. Chrisiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A. Vers une utilisation rationnelle des benzodiazépines. [Module de formation e-learning en ligne].
<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/formation-accreditation/Pages/bibliotheque-elearning.aspx>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Prise en charge des problèmes de sommeil et de l'insomnie chez l'adulte en première ligne. EBM Praticenet. [En ligne] 2018. Disponible sur internet.
<file:///C:/Users/marga/Downloads/WOREL%20GPC%20Insomnie%20FR%2010102018.pdf>
6. Buysse DJ. Insomnia. Jama Psychiat. 2013 Feb 20 ;309(7): 706–716.
7. Bollu P, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. Mo Med. 2019 Jan-Feb; 116(1): 68-75.
8. Riemann D, Baglioni C, Bassentti C et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017 Dec; 26 (6):675-700.
9. Service Public Fédéral. (Page consultée le 17/02/2021). Somnifères et calmants, [en ligne]. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>
10. J. Van der Heyden, F. Berete, S. Drieskens. Enquête de santé 2018 : Consommation de médicaments. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; D/2020/14/440/25. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
11. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie primaire en médecine générale. SFTG-HAS 2006 ; 1-143.
12. Prescrire Rédaction. Mauvais sommeil chez un adulte. Rev Prescrire. 2020 Sept.
13. Christiaens T, Maloteaux JM. Insomnie chez l'adulte Une directive « evidence based » pour la première ligne. Folia Pharmacotherapeutica. 2019 Juin. 46(06) :1-6.

Annexes

Annexe 1 : Hypnogramme du sommeil normal

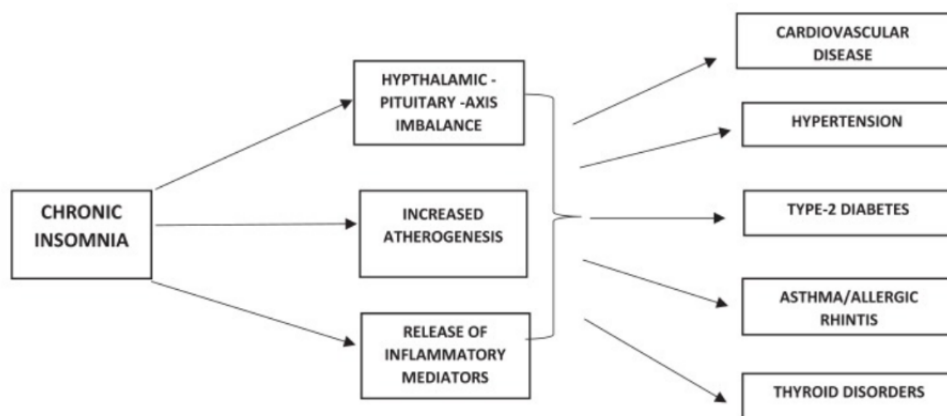
Chrisiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A. Vers une utilisation rationnelle des benzodiazépines. [Module de formation e-learning en ligne].

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/formation-accreditation/Pages/bibliotheque-elearning.aspx>



Annexe 2 : Comorbidités associées à l'insomnie chronique

Bollu P, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. Mo Med. 2019 Jan-Feb; 116(1): 68-75.



Comorbidities associated with chronic insomnia.

Annexe 3 : Diagnostic différentiel des troubles du sommeil

Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Prise en charge des problèmes de sommeil et de l'insomnie chez l'adulte en première ligne. EBM Praticenet. [En ligne] 2018. Disponible sur internet.

<file:///C:/Users/marga/Downloads/WOREL%20GPC%20Insomnie%20FR%2010102018.pdf>

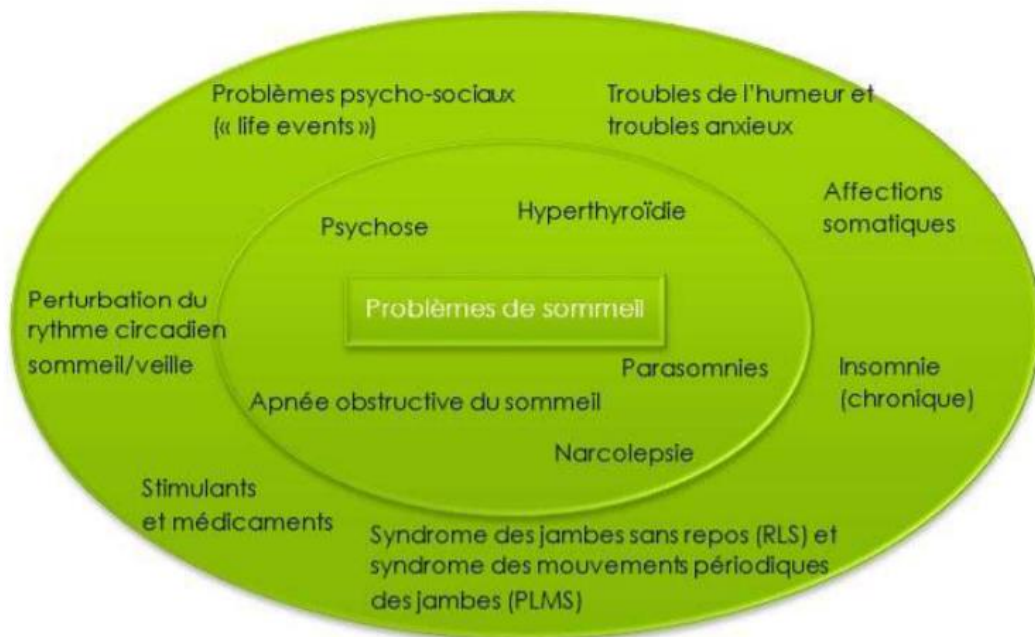


Figure 1 : Paysage diagnostique

Annexe 4 : Questionnaire des troubles du sommeil.

Chrisiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A. Vers une utilisation rationnelle des benzodiazépines. [Module de formation e-learning en ligne].

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/formation-accreditation/Pages/bibliotheque-elearning.aspx>

Questionnaire des troubles du sommeil

Vous avez reçu ce questionnaire parce que vous souffrez de troubles du sommeil. Remplir cette liste vous permettra d'identifier avec votre médecin les causes possibles de vos troubles du sommeil. Cela vous permettra de trouver les meilleures solutions.

Nom :

Date :

1. Inventaire de votre trouble du sommeil

- Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie ?
- Combien de temps mettez-vous à vous endormir ?
- Combien de fois vous réveillez-vous la nuit ?
- Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit ?
- Vivez-vous des conséquences négatives de la mauvaise qualité de votre sommeil ?
Si oui, précisez: (par exemple troubles de concentration, de mémoire, irritabilité, somnolence pendant la journée...).

2. Vos idées, préoccupations et attentes :

- Avez-vous une idée de pourquoi vous ne dormez pas bien ?
- Quelle est votre plus grande inquiétude concernant votre trouble du sommeil ?
- Qu'avez-vous déjà essayé par vous-même pour mieux dormir ?
- Quelles sont vos attentes pour la prise en charge de votre trouble du sommeil ?

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest, aangepast.

Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen

3. Chercher une cause possible de votre trouble du sommeil

Y a-t-il des changements ou des événements récents sources d'inquiétude ?	Oui	Non
Souffrez-vous de sautes d'humeur ?	Oui	Non
Souffrez-vous d'anxiété ?	Oui	Non
Votre rythme veille/sommeil est-il perturbé ? (par ex : travail posté, décalage horaire, environnement bruyant...)	Oui	Non
Consommez-vous des boissons alcoolisées avant le coucher ?	Oui	Non
Consommez-vous des drogues avant le coucher (par ex : cannabis) ?	Oui	Non
Consommez-vous des boissons énergisantes avant le coucher (café, thé, coca) ?	Oui	Non
Fumez-vous avant d'aller dormir ?	Oui	Non
Prenez-vous des médicaments ?	Oui	Non
Avez-vous des plaintes somatiques la nuit ? (par ex : douleur, prurit, reflux acide, toux, urgences urinaires, troubles respiratoires, nez bouché, transpirations nocturnes, vapeurs, palpitations).	Oui	Non
Avez-vous des sensations désagréables dans les jambes ?	Oui	Non
Si oui :		
Augmenté au repos ?	Oui	Non
Diminué par le mouvement ?	Oui	Non
Surtout la nuit ?	Oui	Non
Recevez-vous des remarques sur vos mouvements la nuit ?	Oui	Non
Recevez-vous des remarques sur des ronflements bruyants la nuit ?	Oui	Non

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest, aangepast.

Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen

4. Questions sur les habitudes de sommeil

Est-ce que vous vous levez toujours à la même heure ?	Oui	Non
La température est-elle agréable dans votre chambre à coucher ?	Oui	Non
Est-ce que votre chambre à coucher est suffisamment aérée ?	Oui	Non
Est-ce que votre chambre à coucher est suffisamment occultée ?	Oui	Non
Etes-vous actif en journée ?	Oui	Non
Avez-vous un rituel de coucher ?	Oui	Non
Manger vous léger ou lourd le soir ? (encercler la bonne réponse)		
Allez-vous coucher quand vous êtes fatigué ou quand il est temps ? (encercler la bonne réponse)		
Restez-vous encore au lit lorsque vous mettez plus de 20 minutes à vous endormir ?	Oui	Non
Regardez-vous souvent l'heure la nuit ?	Oui	Non
Lisez-vous au lit ?	Oui	Non
Regardez-vous la télévision ou des écrans la nuit ?	Oui	Non
Faites-vous une sieste la journée ?	Oui	Non
Faites-vous du sport avant d'aller dormir ?	Oui	Non

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest, aangepast.

Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen

Annexe 5 : Journal veille/sommeil

Chrisiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A. Vers une utilisation rationnelle des benzodiazépines. [Module de formation e-learning en ligne].

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/formation-accreditation/Pages/bibliotheque-elearning.aspx>

JOURNAL VEILLE/SOMMEIL

Nom :	Date et jour :
Heure du lever ce matin ?	
Heure du coucher hier soir ?	
Nombre de minutes avant de s'endormir ?	
Nombres de réveils la nuit ?	
Durée totale de réveil durant la nuit ?	
Durée totale en heures/minutes du sommeil ?	
Utilisation d'alcool ? Quel type et en quelle quantité ?	
Somnifère ? Type et quantité ?	

Qualité du sommeil :

Comment vous sentiez-vous ce matin ?

0 1 2 3 4
Pas bien du tout Pas bien Moyen Bien Très bien

Dans quelle mesure votre sommeil de la nuit passée a t'il été bénéfique ?

0 1 2 3 4
Pas du tout bénéfique Pas bien Moyen Bon Très bénéfique

Dans quelle mesure aviez-vous des ruminations la nuit passée ?

0 1 2 3 4
Enormément beaucoup Moyen Peu Pas du tout

Dans quelle mesure étiez-vous tendu la nuit passée ?

0 1 2 3 4
Enormément beaucoup Moyen Peu Pas du tout

Dans quelle mesure votre fonctionnement était-il satisfaisant le jour d'après ?

0 1 2 3 4
Pas bien du tout Pas bien Moyen Bien Très bien

- Donnez votre estimation de votre degré de détente ou d'anxiété/tension avant d'aller dormir sur une échelle de 0 (extrêmement tendu) à 10 (détendu)

- Donnez votre estimation concernant votre humeur sur une échelle de 0 (très sombre) à 10 (très bonne) avant d'aller dormir.

Merci pour votre collaboration.

*Sleep diary uit The Management of Anxiety and Insomnia
Vertaling en bewerking: R. Rogiers*

Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen

Annexe 6 : L'index de sévérité de l'insomnie (ISI)

<http://www.cets.ulaval.ca/outils/index-de-severite-de-linsomnie-isi>

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Annexe 7 : Le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

<http://www.goodmedicine.org.uk/files/assessment,%20pittsburgh%20psqi.pdf>

Name: _____

Date: _____

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Instructions: The following questions relate to your usual sleep habits during the past month only. Your answers should indicate the most accurate reply for the majority of days and nights in the past month. **Please answer all questions.**

1. During the past month, what time have you usually gone to bed at night? _____
2. During the past month, how long (in minutes) has it usually taken you to fall asleep each night? _____
3. During the past month, what time have you usually gotten up in the morning? _____
4. During the past month, how many hours of actual sleep did you get at night? (This may be different than the number of hours you spent in bed.) _____

5. During the <u>past month</u> , how often have you had trouble sleeping because you...	Not during the past month	Less than once a week	Once or twice a week	Three or more times a week
a. Cannot get to sleep within 30 minutes				
b. Wake up in the middle of the night or early morning				
c. Have to get up to use the bathroom				
d. Cannot breathe comfortably				
e. Cough or snore loudly				
f. Feel too cold				
g. Feel too hot				
h. Have bad dreams				
i. Have pain				
j. Other reason(s), please describe:				
6. During the past month, how often have you taken medicine to help you sleep (prescribed or "over the counter")?				
7. During the past month, how often have you had trouble staying awake while driving, eating meals, or engaging in social activity?				
	No problem at all	Only a very slight problem	Somewhat of a problem	A very big problem
8. During the past month, how much of a problem has it been for you to keep up enough enthusiasm to get things done?				
	Very good	Fairly good	Fairly bad	Very bad
9. During the past month, how would you rate your sleep quality overall?				

	No bed partner or room mate	Partner/room mate in other room	Partner in same room but not same bed	Partner in same bed
10. Do you have a bed partner or room mate?				
	Not during the past month	Less than once a week	Once or twice a week	Three or more times a week
If you have a room mate or bed partner, ask him/her how often in the past month you have had:				
a. Loud snoring				
b. Long pauses between breaths while asleep				
c. Legs twitching or jerking while you sleep				
d. Episodes of disorientation or confusion during sleep				
e. Other restlessness while you sleep, please describe:				

Scoring the PSQI

The order of the PSQI items has been modified from the original order in order to put the first 9 items (which are the only items that contribute to the total score) on a single page. Item 10, which is the second page of the scale, does not contribute to the PSQI core.

In scoring the PSQI, seven component scores are derived, each scored 0 (no difficulty) to 3 (severe difficulty). The component scores are summed to produce a global score (range 0 to 21). Higher scores indicate worse sleep quality.

Component 1: Subjective sleep quality—question 9

Response to Q9	Component 1 score
Very good	0
Fairly good	1
Fairly bad	2
Very bad	3

Component 1 score: _____

Component 2: Sleep latency—questions 2 and 5a

Response to Q2	Component 2/Q2 subscore
≤ 15 minutes	0
16-30 minutes	1
31-60 minutes	2
> 60 minutes	3

Response to Q5a	Component 2/Q5a subscore
Not during past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

Sum of Q2 and Q5a subscores	Component 2 score
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 2 score: _____

Component 3: Sleep duration—question 4

Response to Q4	Component 3 score
> 7 hours	0
6-7 hours	1
5-6 hours	2
< 5 hours	3

Component 3 score: _____

Component 4: Sleep efficiency—questions 1, 3, and 4

Sleep efficiency = (# hours slept/# hours in bed) X 100%

hours slept—question 4

hours in bed—calculated from responses to questions 1 and 3

Sleep efficiency	Component 4 score
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Component 4 score: _____

Component 5: Sleep disturbance—questions 5b-5j

Questions 5b to 5j should be scored as follows:

Not during past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

<u>Sum of 5b to 5j scores</u>	<u>Component 5 score</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Component 5 score: _____

Component 6: Use of sleep medication—question 6

<u>Response to Q6</u>	<u>Component 6 score</u>
Not during past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

Component 6 score: _____

Component 7: Daytime dysfunction—questions 7 and 8

<u>Response to Q7</u>	<u>Component 7/Q7 subscore</u>
Not during past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

<u>Response to Q8</u>	<u>Component 7/Q8 subscore</u>
No problem at all	0
Only a very slight problem	1
Somewhat of a problem	2
A very big problem	3


<u>Sum of Q7 and Q8 subscores</u>	<u>Component 7 score</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 7 score: _____

Global PSQI Score: Sum of seven component scores: _____

Annexe 8 : Agenda du sommeil

https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/04/Agenda2017.pdf

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL														 <small>Appréciation par :</small> <small>TB - B - Moy. - M - TM</small>																										
DATE	HEURES													QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES																							
Nuit du ... au...	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20					21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19											
EXEMPLE	↓						↑			S	S															M	TM	Moy												

- ↓ heure de mise au lit
- ↑ heure du lever
- long réveil
- R R R 1/2 sommeil
- S Somnolence dans la journée

Annexe 9 : « TCCI » fiche d'aide à la consultation

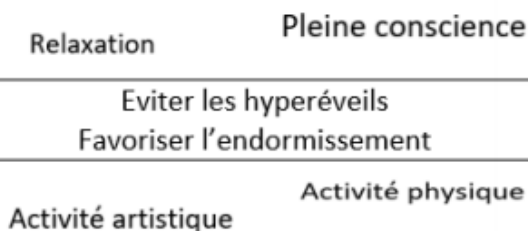
Hygiène de sommeil



Thérapie cognitive

- ✓ Garder des attentes réalistes.
- ✓ Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil.
- ✓ Ne pas blâmer l'insomnie de tous ses maux.
- ✓ Apprendre à tolérer les effets d'un manque de sommeil.
- ✓ Ne pas tenter de dormir à tout prix.

Gestion du stress/relaxation



Thérapie cognitivo-comportementale

Contrôle du stimulus



Restriction du temps au lit

EFFICACITE DU SOMMEIL

Fenêtre de sommeil = temps réellement dormi (min 6h/nuit)
 Définir **heure de lever** et **heure de coucher** en fonction de la fenêtre de sommeil (! Se coucher que si somnolence !)

$$\text{Efficacité sommeil} = \frac{\text{Temps de sommeil total (TST) moyen}}{\text{Temps passé au lit (TL)}} \times 100\%$$

ES > 85% : ajouter 15 minutes par semaine à la fenêtre de sommeil pour arriver à un temps suffisant pour récupération
ES < 80% : diminue de 15 minutes ou laisse stable la fenêtre

Annexe 10 : Guide d'entretien et retranscription des entretiens.

Médecin	Age	Sexe	Années de profession	Type de pratique	Milieu de pratique
1	30	M	5	Association	Rural
2	26	F	2.5	Association	Urbain
3	61	M	36	Solo	Semi-rural
4	29	M	4	Maison médicale	Urbain
5	38	F	13	Solo	Rural
6	62	F	37	Association	Rural

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude en médecine générale, je réalise une enquête auprès de médecins généralistes afin de comprendre les habitudes de diagnostic et de prise en charge de l'insomnie chronique. Je redéfinit le terme d'insomnie chronique pour parler du même sujet. L'insomnie chronique est définie comme une plainte de difficultés à initier le sommeil ou à le maintenir associée à des plaintes diurnes. Celles-ci sont présentes au minimum 3 nuits par semaine et depuis 3 mois pour être définies comme chroniques. L'entretien est enregistré mais est anonyme et tout élément pouvant enfreindre cet anonymat sera volontairement non retranscrit.

Médecin 1

Q1. Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

Primordiale. Nous sommes en première ligne, notre place est primordiale.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Heu... Compliqué ! C'est un sujet très complexe. Ce ne sont pas des consultations évidentes.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Je suis très ouvert. J'entends par là que j'ai une attitude positive, je me rends disponible pour les patients. Je prends le temps de les écouter. C'est un problème très fréquent, je ne connais pas les chiffres mais en ce qui concerne les benzodiazépines, ça fait partie du top trois des médicaments les plus prescrits. Je suis donc ouvert à écouter les patients.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

Je ne suis pas de guidelines dans la définition de l'insomnie. D'ailleurs je ne connais même pas la définition exacte de l'insomnie chronique... Je suppose qu'il y a un aspect sur la qualité et la quantité du sommeil. C'est par l'anamnèse que je fais le diagnostic. Je ne suis pas de score, de test ou de chose comme ça. Je pose des questions et je fais mon diagnostic différentiel avec les réponses.

MN : Je lui donne dès lors la définition de l'insomnie chronique : Une plainte de difficultés à induire le sommeil ou à le maintenir avec une répercussion sur le comportement en journée. Le plaintes sont présentes au minimum 3 nuits par semaines et pour être chronique pendant plus de 3 mois.

Ah voilà pour la durée j'aurais dit 6 semaines pour que ce soit chronique et une nuit sur deux donc c'est plus ou moins ça. Et je n'aurais même pas spécialement pensé aux répercussions la journée. A ce moment-là, je pense aux apnées du sommeil.

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

Je l'aborde de façon plurifactorielle. C'est bien ça, plurifactorielle ! Il y a l'aspect non médicamenteux avec les conseils comme prendre le temps, éviter de regarder la télévision avant d'aller dormir, éviter de manger sucré et l'aspect médicamenteux. On répond souvent à cet aspect médicamenteux d'abord car le patient ne vient pas en disant « je ne dors pas », il dit plutôt : « donnez-moi des médicaments pour dormir ». La plupart du temps en tout cas.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

Oui et non, les conseils sont identiques mais les traitements eux pourraient varier. Je m'explique. En fonction du niveau socio-économique et d'éducation, on a beau parfois bien expliquer, la capacité de compréhension est limitée face à des éléments non médicamenteux. Comme par exemple pas de télévision dans la chambre, ça c'est pour moi hyper compliqué, tout le monde a son GSM, son smartphone. Maintenant niveau traitement ça peut varier parce que j'utilise de temps en temps la Luminette[®], c'est de la luminothérapie mais c'est 300€, je ne prescrirai jamais ça à quelqu'un qui n'a pas les moyens. Donc le traitement peut varier en fonction du contexte socio-économique c'est sûr !

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

Je suis mauvais sur ce point car je prescris beaucoup trop de somnifères mais j'explique systématiquement les dangers liés à une consommation chronique. Mon premier choix quand c'est de l'insomnie chronique je prescris la petite boîte de stilnoct[®] de 10 comprimés comme ça ça me permet de refaire le point et réévaluer l'insomnie avec le patient.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

J'accorde une grande place à la phytothérapie, c'est mon premier choix.

MN : Que prescris-tu dans ce cas ?

Cela dépend des plaintes, s'il y a du stress ou pas d'associé. Il y a 3 plaintes pour moi. Est-ce que c'est un problème d'induction au sommeil ? Soit c'est un problème de qualité du sommeil avec réveils nocturnes et cogitation. Mais souvent je prescris quand même du sedisleep[®], parfois associé au sedistress[®] la journée. Et comme phyto également je mets beaucoup de Valériane, globalement je n'ai pas de préférence pour une ou l'autre. Après il faut savoir et dire au patient que ça pue !

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

Je ne l'aborde pas assez longtemps. Je donne des petits conseils mais je ne pousse pas assez loin la prise en charge de ce type et je ne prends pas assez de temps. C'est assez médiocre, pourtant c'est important ! J'avais reçu un fascicule avec 7 conseils pour améliorer la prise en charge de l'insomnie mais je ne le retrouve plus. Eviter de manger trop sucré pour ne pas surcharger le cerveau avant d'aller dormir. Pas de stimulant, café/thé par exemple le thé les gens ne pensent pas que c'est un stimulant.

Q10. Estime-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Ça c'est sûr que non ! Je ne suis pas fort informé sur le sujet. Je sais qu'il y a des professionnels sur le sujet mais je n'ai pas plus d'informations. Je ne savais pas que ça existait en privé.

Q11. T'arrive-t-il de référer les patients ?

Oui, cela m'arrive souvent de référer à des pneumologues et des somnologues. Je bilante plus, j'ai plus l'habitude de dépister et j'ai une meilleure connaissance des syndrome d'apnées. Pour moi c'est plus une plainte de fatigue diurne mais parfois tu as des répercussions sur la nuit. Par contre c'est pas le même sujet parce qu'ils peuvent très bien dormir, ils ont un nombre d'heures qui est bon mais une qualité altérée.

MN : c'est pour ça que le diagnostic est super important dans les troubles du sommeil.

On est bien d'accord. Donc c'est pour ça que je dis que ça m'arrive de référer, même dans les cas d'insomnies chroniques mais clairement plus souvent pour les apnées. J'ai une meilleure connaissance. En général quand je réfère, quatre fois sur cinq ce sont des apnées du sommeil.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

En tout cas avec l'expérience, j'ai envie de dire que oui il faut essayer d'avoir une prise en charge la moins médicamenteuse. L'objectif il est là, mais ce n'est pas évident ! Il faut être honnête, la pratique est difficilement évolutive, j'essaie de faire une prise en charge la moins médicamenteuse possible. Ca j'en ai conscience systématiquement quand je prescris. Je ne prescris jamais par plaisir.

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

J'ai conscience que je prescris trop de médicaments, le plus compliqué est de faire arrêter les patients chroniques et habitués. Les nouveaux patients c'est plus facile. Pour ceux qui sont habitués, les sevrages sont très très durs. Mais j'y suis déjà arrivé, même avec des gens qui avaient des grosses doses. Ce que j'utilise beaucoup c'est la trazodone pour le sevrage. Parce que ce sont des gros médicaments qui sont sécables en 4 mais avec un bon coupe-médicament tu peux les couper en 8.

Je coupe leur benzo en deux, je mets la trazodone en entier 100 et après je diminue par huitième et finalement je retire la benzo en remplaçant par la phyto. Je n'y arrive pas toujours mais ça fonctionne pas trop mal.

MN : Est-ce une demande du patient dans ce cas ?

GR : En règle générale oui, mais souvent je conscientise le patient en disant qu'il faut vraiment arrêter. Le sevrage benzo c'est un autre sujet, toi tu as bien fait tu as ciblé sur l'insomnie.

Médecin 2

Q1. Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

C'est la première ligne, c'est vraiment nous que le patient doit venir voir en premier, c'est nous qui sommes là qui bilantons et qui commençons la prise en charge, même si on peut référer mais c'est vraiment un problème de médecine générale que nous savons gérer.

MN : Et est-ce que tu as souvent des consultations avec cette plainte ?

Ce n'est pas spécialement rare mais je n'en ai pas toute les semaines, après peut-être qu'il y a un biais et que comme je suis assistante. Comme c'est une plainte chronique, les patients préfèrent attendre quelques jours si nécessaire que le médecin soit là pour en parler avec leur médecin.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Rire... Je suis toujours un peu embêtée parce que je sais que ce ne sont pas des plaintes où je peux lui donner une solution miracle avec laquelle il repart et puis voilà. Je sais que ça va être compliqué et que ça ne va pas être une consultation facile qui prend 3 minutes et à laquelle on a une situation miracle. En tant que médecin c'est toujours plus compliqué de pas avoir de résultat immédiat et quand le patient vient pour ce genre de plainte je suis toujours un peu embêtée et un peu mal à l'aise.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Je ne peux pas dire que j'ai un canevas tip top mais je vais toujours poser les mêmes questions. A force je sais quand même les questions qu'il faut que je pose. Je ne suis pas de guidelines.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

Par l'anamnèse. C'est avec les réponses à mes questions de l'anamnèse que je fais le diagnostic.

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

Le traitement Moi je pars toujours sur tout ce qui est hygiéno-diététique avec le patient vraiment investiguer sur les écrans, le sport, le café, l'alimentation, la température de la chambre,... Je fais le tour de tout ça et je lui rappelle tout ça dans un premier temps. Si vraiment il me demande une prescription derrière, ce qui est quand même souvent le cas, dans un premier temps je prescris des plantes pour qu'il ait quelque chose.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

Globalement mon approche reste plus ou moins la même, évidemment celui que je sais qui a des problèmes financiers je vais regarder si j'ai des échantillons par exemple, j'adapte toujours au patient que j'ai en face de moi mais globalement je fais plus ou moins la même chose.

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

Comme je te dis je ne suis pas de guidelines. Je vois en fonction de la demande et de la détresse du patient. Quand tu as vraiment un patient en face de toi qui est en détresse, que ça fait 3 semaines qu'il n'a pas fermé l'œil de la nuit que tu sens qu'il y a vraiment une détresse dans sa vie quotidienne, je peux donner un somnifère quelques jours le temps de casser le cercle vicieux. Rarement à la première consultation pour ne pas dire jamais. Quand il a déjà essayé pleins de trucs, que c'est une période difficile de sa vie et que ça influence leur vie quotidienne alors je vais en mettre pour une courte durée pour les aider.

MN : Et tu expliques les effets secondaires, la durée du traitement ?

Oui oui j'explique toujours les effets secondaires, l'accoutumance et le fait qu'on est parti pour une courte durée maximum deux semaines et puis on réévaluera.

MN : et dans ce cas-là tu fixes déjà un rdv ou tu laisses libre choix au patient ?

Non je ne mets pas de rendez-vous d'office. Je dis toujours « vous me sonnez si ça ne va » je laisse toujours la porte ouverte pour revoir le patient mais je ne le mets pas d'emblée. Sauf bien sur si le patient me le demande.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

Du coup oui moi j'aime bien et je n'hésite pas à mettre un peu de phyto pour aider les gens.

MN : est-ce que tu prescris toujours la même molécule ou tu varies en fonction des patients ?

Souvent je pars dans la gamme sedistress® mais après ça dépend des gens, ça dépend de ce que j'ai comme échantillons et ça dépend aussi des délégués que j'ai vu précédemment... rire !

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

Je pose toutes les questions aux patients sur la chambre, le sport, les écrans, la nourriture et tout ce qui est moral. Si le patient ne dort pas parce qu'il cogite et d'un point de vue moral est-ce qu'il y a des causes psy sous-jacentes. Avant j'avais des petites feuilles (je pense que c'était zolpidem® qui me les avaient données étonnement) avec un récapitulatif de tous les conseils hygiéno-diététiques pour les patients mais je ne sais plus où je les ai mises.

MN : donc c'est vraiment la première chose que tu fais avec les patients c'est discuter de toutes ces mesures ?

Ah oui oui ! C'est la première chose !

Q10. Estime-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Non ! Pas bien, pas bien du tout ...

MN : Et est-ce que tu sais en quoi ça consiste ?

J'ai des vagues souvenirs mais je ne saurais pas donner une définition ou une explication. Je ne conseille pas ça de moi-même.

Q11. T'arrive-t-il de référer les patients ?

Quand on ne s'en sort pas, je réfère de temps en temps à la clinique du sommeil pour la prise en charge. Ils sont vu par un psychologue qui fait un travail avec le calendrier du sommeil, ils ont même une privation de sommeil. Ils ne peuvent pas dormir la journée et le soir ils sont obligés d'aller dormir après une telle heure et de se réveiller avant une heure. Privation de sommeil j'exagère mais ils ont X heures de sommeil sur la nuit. Ma maman avait fait ça et ça avait bien marché.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

Pas encore avec ma petite expérience ... rire !

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

Un truc que je ne t'ai pas dit dans la prise en charge non médicamenteuse que je fais souvent c'est les rituels de sommeil, qu'ils fassent toujours la même chose les 30 minutes avant d'aller dormir. Qu'ils se brossent les dents, qu'ils lisent un livre,... Pour que le cerveau sache qu'il est temps de s'arrêter et de se préparer à dormir.

Médecin 3

Q1. Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

C'est une place très importante car c'est chez nous que les gens viennent se plaindre en premier lieu. C'est un motif de consultation presque tous les jours. Je ne dis pas qu'on va consacrer toute la consultation à ça mais les gens mentionnent qu'ils ne dorment pas bien parmi d'autres plaintes très souvent et surtout pour le moment avec le covid, ils ne dorment pas bien du tout. Il y a une recrudescence des problèmes de sommeil.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Rire... Ca me fait chier... Non c'est pas ça mais je me rends bien compte que ça doit être horrible de ne pas dormir. Je ne suis pas insomniaque mais ça m'est déjà arrivé de ne pas bien dormir et je me dis que pour ces gens c'est tous les jours ce que j'ai ressenti une fois lors d'une mauvaise nuit. Quand on ne dort pas on est mal le lendemain et tu as envie de dormir. Il y a des gens qui ne travaillent pas et qui peuvent se permettre de dormir le lendemain mais

après ils sont complètement réveillés le soir et ils entrent dans un cercle vicieux et ils ne dorment plus bien la nuit. Et en tout cas le lendemain matin quand on a pas bien dormi, c'est horrible. Moi quand ça m'arrive de ne pas dormir, le lendemain c'est vraiment horrible alors je me dis que c'est vraiment un problème sérieux et ennuyant. C'est un problème que je prends au sérieux.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

La première chose c'est que je vais écouter de quoi les gens se plaignent. Parce qu'il y a des gens qui ne savent pas s'endormir, d'autres qui s'endorment très bien mais qui se réveillent à 2/3h du matin et qui à ce moment-là se mettent à compter les moutons et regarder la couleur du plafond donc ce sont des plaintes différentes. J'essaye de voir à quelle heure ils vont dormir, quand ils doivent se lever. Voir s'il y a une implication sur leur heure de lever et leur état la journée. Je pose des questions pour comprendre et peaufiner la plainte. C'est différent en fonction des gens. Certains sont très stressés, ils ont pleins de chose dans la tête pour leur journée du lendemain, ils ont difficultés de s'endormir mais une fois qu'ils dorment ils passent la nuit impeccable. Dans les syndromes anxiodépressifs on voit ça souvent. Les gens s'endorment quand même mais à 2h du matin, ils sont réveillés comme en plein jour. J'essaye vraiment de comprendre.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

Je ne suis pas très précis. Est-ce que ça rentre dans le cadre d'une autre pathologie ? Je pense par exemple à une dépression. Est-ce que c'est lié à des toxiques ? Comme fumer 5/6 cigarettes le soir ou boire du café le soir mais il y en a qui dorment avec du café... J'essaye de comprendre s'il y a une mauvaise habitude sous-jacente aussi. Il y a des gens qui allument la télé, à 9h ils dorment devant et puis ils se réveillent subitement à 11h et à ce moment-là ils ne savent plus dormir. J'essaye de voir en pratique comment ça se passe dans leur maison.

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

Le traitement comme nous tous on a peur des gens habitués aux benzo qui ne savent plus s'en passer. Alors les benzo on a l'impression qu'ils en ont besoin uniquement pour combler leur manque que s'ils n'en ont pas ils vont éprouver du manque. Et qu'ils ont tout le temps du augmenter les doses pour avoir un résultat qui au final est assez piètre. Alors de manière médicamenteuse on n'aime pas trop mais alors je prescris aussi parfois du Zolpidem mais c'est un peu apparenté à la benzo c'est pareil. Sinon il y a quand même des autres traitements que moi j'essaye quand même bien que je n'ai pas des effets extraordinaire comme la valériane, la mélatonine, les caséines de lait et c'est trucs là. Et alors j'essaye quand ça ne va pas et même assez vite la trazodone. Bon le problème de la trazodone c'est que ça prend du temps aux gens d'expliquer l'utilisation de ce médicament car il y a des gens qui sont répondeurs avec des petites doses et d'autres ont besoins de doses plus fortes et on ne sait pas définir à l'avance qui aura besoin de quoi. Et des gens avec ¼ de comprimé ils ont la tête dans le brouillard jusqu'à midi le lendemain et d'autres ont besoin de 1.5 voire 2 comprimés. Je l'instaure toujours de manière très graduelle et je commence par des ¼ de comprimé et je leur explique que c'est un médicament spécial et je pense que si c'est un médicament qui est bien utilisé, on n'a pas ces problèmes d'addiction car c'est une molécule différente. Au départ c'est une

mauvais antidépresseur qui ne marche pas bien pour ça par contre c'est un bon restructurant du sommeil pour lequel on n'a pas ces problèmes de monter en doses, les effets d'accoutumance et les chutes la nuit, les problèmes sur la mémoire. Le nombre de gens qui prennent des benzo, ils se plaignent de la mémoire et à la fin de la consultation et demandent un renouvellement d'ordonnance de benzo et toi tu as discuté de sa mémoire pendant 20 minutes pour rien... rire... parce que s'il arrêtait sa benzo ça irait déjà mieux. Donc c'est pour ça aussi que j'utilise la trazodone. Dans les sevrages aussi, j'essaye par quart et par pallier de 3 semaines, donc super lentement, en faisant un schéma. Je prends vraiment mon temps pour expliquer car je pense que ça vaut la peine. Mais il y a des gens parfois ils ont une trazodone mais ils gardent ½ stilnoct® comme inducteur, c'est toujours mieux que ce prendre 1.5 ou 2 stilnoct.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

Non, c'est une question qui n'est pas facile dans la commune parce que on voit des gens d'un certain niveau. Mais quand je vois des gens pas trop éduquer, j'essaye de leur expliquer avec mes mots à moi, ce que je pense qu'ils vont pouvoir comprendre. Même des choses légèrement plus scientifiques pour qu'ils comprennent ce qu'on fait. La trazodone si tu n'expliques pas, les gens ils vont taper la boîte à la poubelle parce qu'ils n'auront pas été bien le lendemain. Donc savoir qu'il ne faut pas la prendre à 23h mais plutôt à 20h30/21h, savoir qu'il faut y aller mollo etc. Donc ça j'explique même aux gens moins éduqués parce que j'ai envie que ça fonctionne et qu'ils ne tombent pas dans les benzo. En plus c'est pas cher la trazodone c'est très très bon marché. Avant je prescrivait pas mal de mériwon® mais ça a été retiré du marché. C'est un anti-dépresseur qui a un effet très intéressant sur la restructuration des phases du sommeil. Une petite dose de 10mg chez les petits dormeurs. J'ai encore un patient qui s'en procure en France je pense.

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

Chaque fois quand je prescris des benzo je rappelle que ce n'est pas bon. Je vais dire pour être honnête plutôt dans 75% des cas, parce que je tique en me disant que si moi, je devais prendre ça tout le temps. Je provoque parfois la discussion avec le patient, je les conscientise à la prise de ce genre de médicament.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

J'essaye plutôt la valériane et le houblon. Je ne dépasse pas 1gr, j'essaye parfois 500 mg de valériane ou 1 gr maximum. Je prescris souvent du Sédistress Sleep®. A un moment j'ai prescrit d'autres choses mais ça n'apportait pas grand-chose. J'essaye aussi parfois la mélatonine, jamais plus que 5 mg et j'ai parfois eu des cas incroyables. Des gens m'ont dit : « Docteur c'est magique votre truc » et comme je sais qu'il n'y a pas d'effet secondaire grave, je fais une magistral à 5 mg. J'associe aussi parfois les deux, la valériane et la mélatonine.

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

Je n'en fais pas beaucoup. Je sais qu'à un moment, il y avait une dame dans la région qui faisait des prises en charge cognitivo-comportementale. Ce qui a l'air intéressant mais je ne m'y connais pas très bien. Mais c'est bien possible que je m'y mette de temps en temps mais je ne sais pas si ça marche alors j'attends l'avis des autres. Je ne m'y suis pas intéressée. Tu sais ce qu'ils font toi ?

MN : Oui justement c'est une partie de mon TFE. En fait c'est la première recommandation de prise en charge de l'insomnie. Ça comprend 2 grandes parties, la partie cognitive et la partie comportementale. Dans la partie comportementale, il y a deux aspects : le temps de restriction au lit et le contrôle du stimulus. Le contrôle du stimulus, c'est associé à la chambre uniquement au fait de dormir, si après 20 minutes au lit on ne dort toujours pas, il faut se lever, faire une activité calme puis se recoucher quand le sommeil arrive et ainsi de suite.

C'est un truc que je dis souvent à mes patients, « le sommeil c'est comme le train et si vous laissez passer le train, il faut prendre le train suivant. » On sent qu'il y a des trains de sommeil. Par exemple quand on s'endort dans le fauteuil puis quand tu te réveilles à 11h, plus possible de dormir.

Pour le temps de restriction, on définit une fenêtre de sommeil qui ne peut pas être en dessous de 6h, on définit une heure de levée et une heure de couché en fonction, ils ne peuvent pas aller coucher avant et ils doivent ressentir le sommeil pour aller dormir. Ensuite on calcule l'efficacité du sommeil donc le temps qu'ils ont dormi par rapport au temps passé au lit. Et c'est comme ça que de semaine en semaine, on peut augmenter leur fenêtre de sommeil. Au départ, ils sont en privation de sommeil. Et pour la partie cognitive, c'est tous les conseils d'hygiène du sommeil. Il y a une partie avec les conseils plus psy, travailler s'il y a une anxiété et travailler dessus. Et puis ce sont des conseils de type essayer d'enlever la peur de l'insomnie, dire que ce n'est pas ça qui induit tous les maux de leur journée,...

C'est vrai que les patients insomniaques ont une hantise du sommeil et de ne pas dormir. C'est difficile à comprendre quand on dort bien. C'est vraiment horrible, tu te réveilles de 3 à 5h du matin puis tu arrives à te rendormir et à 6h du matin ton réveille sonne. Le problème du sommeil est vraiment un problème grave, je vais pas dire qu'il est sous-estimé mais peut être qu'on n'arrive pas à le résoudre de manière aussi optimale qu'on traite une otite ou on a un guidelines bien défini. Mais c'est un problème grave car ça a une implication sur la vie.

Et alors les appareils au lit qui sont un problème actuellement.

Q10. Estime-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Donc je l'ai jamais utilisée. Mais si je connaissais quelqu'un qui travaille là-dedans, je lui envoie 2/3 patients et j'ai un retour où ils sont enchantés, je vais en envoyer tout plein. C'est toujours la même chose, on n'a pas envie d'envoyer les gens dans quelque chose qu'on ne connaît pas et on aurait peur qu'ils dépensent leur argent pour rien. Maintenant si je connaissais et que j'étais persuadé de l'efficacité, je pourrais leur dire accrochez-vous, ça va encore durer 3 séances mais c'est pour bien dormir, ça vaut toutes les benzo du monde. C'est plutôt parce que je ne connais pas.

Q11. T'arrive -t-il de référer les patients ?

Non sauf quand j'ai des soupçons d'apnées. Ce qui est fréquent, on passe souvent à côté malgré qu'on soit au courant. Par exemple, les hypertensions, dans 1 cas sur 4 c'est du à des apnées. C'est énorme. Des gens fatigués, dépressifs, ... qui ont en fait des apnées. On pense souvent aux gros mais des minces aussi peuvent faire des apnées. La privation de sommeil entraine la dépression et la dépression donne des troubles du sommeil. Le sommeil, on ne sait pas ce qu'il se passe dans la tête quand on dort, oui on sait qu'on enregistre des choses. Donc on en déduit que ne pas dormir ce n'est pas bon mais qu'est ce qui se passe comme réaction dans les cellules, on ne sait pas. On se ressource, oui c'est une belle expression mais qu'est-ce qui se passe exactement dans les cellules on n'en sait rien. Les cellules sont dans un état particulier, on sait que c'est si important. Tout le monde le fait toutes les nuits et c'est fou que la médecin ne sache pas ce qui se passe.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

Je dirais que les points essentiels je les connaissais déjà mais que j'insiste plus sur les effets néfastes des benzo. Benzo/ alcool, benzo/troubles de la mémoire, benzo/chutes. Chez les vieux les chutes c'est fréquent mais ils sont attachés à leur petite pilule. Maintenant, je ne te cache pas que j'ai une jeune femme qui a eu un AVC en chaise roulante qui a des drôles de troubles du sommeil, je lui mets des benzos. Je sais qu'elle ne marche plus, elle est dans son lit et je veux qu'elle puisse bien dormir et comme ça elle est contente. Un médicament que j'utilise pas mal mais qui est en rupture de stock pour l'instant c'est le staurodorm[®]. Il est pas mal on a moins l'impression que les gens sont accros car il y a un relargage plus continu et donc on a pas l'effet rebond. C'est une benzo utilisé chez les personnes avec des troubles anxieux. Avant il y avait le sonata[®], c'était un excellent inducteur mais qui donnait une durée très courte de sommeil, 3/4h. Je ne sais pas pourquoi il a été retiré. Et dans les plantes, j'utilise la valériane. Maintenant chez des gens très anxieux, ça m'arrive de mettre un Xanax[®] pour dormir, tu coupes l'anxiété et la personne s'endort. Un petit dosage, 1 de 0.5 ou ½ de 0.5 ca peut suffire. L'anamnèse est donc importante pour savoir de quoi on parle. En tout cas sur des temps très court, quand il y a un événement par exemple, une séparation, un décès,... Dans un temps très court comme ça je donne encore bien un zolpidem[®] alors dans ce cas.

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

Il y a pas des machines, des audicaments à écouter pour se relaxer aussi ?

MN : si et il y a aussi la luminothérapie pour s'endormir.

Le sport aussi c'est très particulier car certains disent que faire du sport juste avant d'aller dormir ce n'est pas très bon et qui veut mieux le faire en fin de matinée ou en début d'après-midi au plus tard. Par contre le bain chaud c'est pas mal car quand tu te refroidis après un bain chaud ca favorise l'endormissement. Et les caséates de lait qui sont parfois utilisés. Donc une préparation de phytothérapie mais qui ne fonctionne pas bien, c'est pas efficace. On sait que le lait à une tendance à faire dormir. C'est pour ça qu'on donnait un lait chaud sucré aux

enfants avant d'aller dormir. Voilà c'est pas mal, c'est une problème fréquent c'est chouette de se pencher là-dessus.

Médecin 4

Q1 . Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

La place est importante mais je ne sais pas si elle est centrale. Il n'y a rien à faire le grand public attend de nous des médications, ils viennent pour des médicaments et on a un rôle central là-dedans. Maintenant c'est ça le problème c'est que comme le patient vient avec cette demande on reste fort braqué là-dessus alors qu'il y a pleins d'autres méthodes pour essayer de régler ce problème, des méthodes non médicamenteuses, qui sont à privilégier et là-dedans on est pas très compétent. La prise en charge se fait alors plus par des diététiciens pour la nourriture le soir, des psy pour tous les soucis, des kiné pour le sport... Donc il y a d'autres intervenants super importants dans cette maladie aussi mais c'est vrai qu'en premier lieu les gens viennent chez leur médecin traitant. Donc je dirais la première ligne mais je sais pas si je suis la meilleure personne pour répondre à leurs questions.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

De l'impuissance et de la culpabilité quand le patient vient plusieurs fois et que tu ne trouves pas et que tu commences à devoir penser à des molécules dont toutes tes études on t'a dit que tu ne devais pas les prescrire mais tu te dis que tu n'as pas trop le choix. Je suis peu tiraillé entre fait de vouloir soulager le patient mais que malgré tout ce que tu as essayé ça ne fonctionne pas et donc il faut passer à prescrire quelques chose de plus rude parce que souvent c'est long et le patient à un moment il n'en peut plus. Donc l'impuissance parce que même nous on est pas sûr que ça va vraiment marcher et que même si ça marche c'est avec le risque d'avoir des problèmes pour la santé du patient.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

C'est compliqué... En gros j'essaye de voir s'il y a quelque chose qui a changé dans sa vie. Je l'interroge sur son mode de vie, niveau hygiéno-diététique. Par rapport à ses habitudes vis-à-vis du sport, de la nourriture, l'alcool, la cigarette, la drogue... Aussi par rapport à des événements stressants, est-ce qu'il travaille tard... J'interroge aussi sur le type de problème de sommeil. Est-ce que c'est un problème pour s'endormir ou un problème de réveils et une fois que le réveil est là c'est impossible de se rendormir ? Si c'est le cas, c'est à cause d'idées différentes ou c'est toujours une idée fixe qui revient liée à un problème récent ou est-ce que ce sont des douleurs au moment où on se réveille et qu'on arrive plus à se rendormir ou quelque chose comme ça ? J'essaye de vraiment faire la différence entre ceux qui n'arrivent pas à s'endormir et ceux qui se réveillent pendant la nuit. Et plus la pratique avance et plus ce sont ces gens-là qu'on voit le plus souvent. D'un point de vue de l'examen clinique je fais pas grand-chose de plus, ça ne m'inspire pas plus que ça. Au niveau du traitement, quand c'est

chronique, on a déjà essayé pas mal de truc... D'abord tout ce qui est phyto donc la valériane et tout ce qui en contient. Parfois j'utilise la mélatonine, je ne sais pas si c'est l'effet placebo mais ça fonctionne assez bien. Puis après au niveau médicament pur, sous ordonnance, la trazodone ! J'essaye ½ comprimé. J'ai remarqué qu'au début je mettais un entier et puis souvent le lendemain les gens avaient toujours des effets donc maintenant j'essaye toujours de commencer avec ½ en sachant qu'en plus ça permet dire que si ça ne suffit pas on peut encore doubler et ça permet d'avoir encore cette ressource-là. Et puis si la trazodone ne va, c'est parti pour la gloire.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

Je ne suis pas d'algorithme, de schéma ou de recommandations ou quoi que ce soit... Je fais le diagnostic par l'anamnèse. J'essaye de comprendre les habitudes des gens comme j'ai déjà dit.

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

D'abord je commence par les conseils hygiéno-diététiques. Mais on sent vite en fonction du type de patient ce qu'il faut faire. Certains ne veulent absolument pas de traitement et donc je donne vraiment tous les conseils. Sinon je ne donne jamais de phytothérapie sans conseils. Et alors la prescription de séances de psy aussi, quand les gens sont forts stressés ça peut aider franchement. Prescription de sport, pas trop tard parce que ça aussi c'est mauvais. Moi j'ai parfois des gens qui dorment super bien puis ils font un burn-out ou une dépression et alors ils ne dorment plus mais alors c'est parce qu'ils ne font plus rien de la journée. Donc au final je leur donne comme conseils de bouger plus quand ils sont en burn-out et qu'ils ne sont pas trop mal non plus. Et une fois qu'ils bougent ils dorment mieux. Donc dans les conseils hygiéno-diététiques, c'est au sens large, ce n'est pas que les conseils pour le soir mais aussi le journée. Et puis alors je parle des traitements médicamenteux.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

C'est une bonne question... Je pense que oui. Déjà parce que la phyto ça coûte plus cher. Ça m'arrive de le faire mais il faut qu'il y ait une bonne indication. Chez un patient jeune par exemple, je vais plutôt prescrire de la phyto même s'il n'a pas beaucoup de moyens parce que je sais que c'est mieux pour sa santé. Chez les personnes plus âgées, je me dis que c'est moins grave de mettre de la trazodone alors j'y vais plus facilement. Et donc chez les gens qui ont moins les moyens je donne beaucoup plus facilement des échantillons. Parce que des échantillons on en a de 50.000 marques... Donc ça j'ai la main facile à en donner. Ils essayent une boîte pour 15 jours, ça les fait déjà économiser ça et on sait si ça fonctionne réellement. Si ça ne marche pas sur le patient on le sait aussi comme ça.

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

J'essaye d'en prescrire le moins possible comme je me souviens qu'en cours on avait dit que c'était mieux la trazodone, qu'elle respectait mieux les cycles du sommeil, qu'elle avait des effets secondaires moindres que d'autres molécules et que sa durée d'action. J'essaye d'éviter

les z-drugs car ça n'est pas recommandé. Donc en général je ne fais que les prescrire chez des patients chez qui ça a marché il y a plusieurs années et donc qui les prennent toujours. Et ça m'arrive de parfois mettre des benzo souvent titrables en goutte. Ça m'est déjà arrivé de mettre du Rivotril dans ce genre de problème ou du Lysanxia® même si au départ ce n'est pas le but mais ça peut marcher chez des gens anxieux. L'avantage c'est qu'on peut mettre des petites doses en goutte ou des ¼ de comprimé qu'on peut arrêter facilement aussi.

Quand j'ai le temps je fais déjà un schéma pour diminuer la prise comme pour le médrol®. Je leur dis dans une semaine on diminuera puis encore un peu pour arrêter dans 3 semaines. Et alors pour ces patients là je mets déjà un rendez-vous de suivi dans 3 semaines. A ce moment là si ça va mieux mais que c'est encore très fragile ça m'arrive de dire « tout ce que j'ai dit la dernière fois on oublie et on continue encore un peu ». Je ne les lâche pas dans la nature en mode je peux leur faire confiance, même si je sais que certains je peux leur faire confiance.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

La première place même si ça n'est pas très recommandé mais c'est ce que je fais. Mais comme j'ai déjà dit, je l'associe aux conseils, je ne fais pas que prescrire de la phyto tout seul.

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

Donc comme je l'ai dit avec les conseils hygiéno-diététiques qui sont vraiment la première phase du traitement.

Q10. Estime-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Non pas du tout. C'est vrai que c'est intéressant. Je considère un peu ça comme l'hypnose, je sais que c'est utile, je sais que ça marche, je connais quelques professionnels de soins dans mon réseau qui le font et quand il faut j'en ai déjà envoyés. Même si j'utilise plus ça pour les phobies. Mais moi dire que je suis formée pas du tout, sensibilisé moins et compétent encore moins ça c'est sûr.

Q11. T'arrive-t-il de référer les patients ?

Oui et ce n'est pas la même chose mais c'est surtout pour tout ce qui est apnées du sommeil. Souvent les gens ont un sommeil plus léger, et on passe à côté des apnées du sommeil. Donc ça ça m'arrive de référer en clinique du sommeil pour voir s'il n'y a pas un problème de ce côté-là. Je réfère chez les psy et chez les psychiatres aussi. Mais alors aussi chez des psychogéiatres, chez les personnes âgées qui ont un sommeil qui devient de pire en pire avec les années. Et quand les gens ont déjà des molécules et on ne sait pas quoi faire avec ça m'est déjà arrivé de les envoyer et c'est une bonne prise en charge.

MN : donc tu réfères assez bien ?

Là ce sont vraiment des cas auxquels je pense mais si je dois dire en moyenne je pense que j'envoie un cas sur 4. Et les autres on les gère au cabinet.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

Je pense que j'ai moins peur de prescrire des benzo mais par contre je suis plus cadré quand je le fais. J'essaie de directement prévoir l'arrêt, bien expliquer au patient. Ce que je faisais moins au déjà. Je pense que je stressais tellement au début quand j'en prescrivais que je faisais la prescription et j'oubliais tout le reste. Donc je pense que ma proportion de prescriptions a augmenté mais la qualité est meilleure.

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

Heu non... C'est intéressant comme sujet de mémoire !

MN : et une chose que je ne t'ai pas demandée, c'est une plainte que tu rencontres souvent ?

Avec le covid ça a quand même bien augmenté comme tous les problèmes psychologiques. Je dirais que le problème de fatigue est très fréquent mais que ce n'est pas toujours lié au problème d'insomnie. Donc je pense que ce n'est pas si fréquent que ça mais je pense aussi que c'est lié au fait que j'ai plus de patients jeunes. Et j'ai l'impression que ce sont surtout les personnes plus âgées qui ont ces soucis, ils ont peut-être plus de tracas je ne sais pas... Donc je pense que j'en ai quand même au moins un patient par semaine.

Médecin 5

Q1. Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

On est en première ligne, on est les premiers après le compagnon à en entendre parler. Les gens attendent toujours le produit miracle pour les sauver mais sans accoutumance bien sûr.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Pffff encore

MN : c'est une plainte que tu rencontres souvent ?

Tous les jours, même plusieurs fois par jour. Je dirais à la grosse louche 3/4X/ jour.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Le problème c'est que les gens ne viennent pas pour ce problème de sommeil, c'est le truc en plus en bout de liste qui dure depuis longtemps ou on a plus de temps pour le traiter et ou du coup... Voilà ! En consultation ça prend du temps en anamnèse et en plein de choses. Et les gens n'expriment pas bien le pourquoi ils ne dorment pas et du coup l'anamnèse est assez importante et assez large et donc d'office on sait que ça va prendre du temps. Oui je ne dors pas mais pourquoi et est-ce que vous avez des difficultés à vous endormir ou est-ce que vous vous réveillez. Et puis le « je ne dors pas » mais ils ont dormi 5h d'affilé donc ce n'est pas je ne dors pas. Ce qu'ils disent comme signe d'appel n'est pas toujours ce qu'ils vivent. Ça c'est un problème je trouve parce que du coup si on ne les écoute pas bien alors on prescrit le mauvais

truc et ça ne marche jamais. Donc ça demande une anamnèse et du temps pour bien répondre à la question.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

C'est à l'anamnèse, voir ce qui pose problème, est-ce qu'il y a un problème urinaire, un problème de prostate, un problème de stress, de rumination, de dépression, un problème de conflit, des problèmes au travail, ... on essaye de passer dans tous les secteurs pour savoir pourquoi on ne dort pas. Si c'est un problème d'endormissement ou de réveils nocturnes, un problème d'angoisse ou psy. En fonction de l'anamnèse j'essaye d'orienter pour les aider au mieux.

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

J'essaye toujours les trucs naturels en premier. Si c'est un problème de sommeil non réparateur ou pas assez long, j'essaye la mélatonine quand même, parfois je mets tout de suite du 3mg en me disant au moins au bout de quelques jours on est fixé. Si ça ne va pas et qu'il y a plutôt un terrain anxieux j'essaye les plantes avec la valériane et les trucs naturels. Je fais moins les compléments multi dosage parce que je trouve qu'ils ne sont pas assez dosés. Au début j'en ai mis du métaSleep®, mais je trouve qu'il y a un peu de tout mais rien en quantité suffisante. Et donc je préfère mettre de la valériane ou de la mélatonine à gros dosage en fonction des activités, des horaires, du métiers. Je trouve que c'est plus efficace que de mettre à la carte que de mettre un truc fourre-tout pour tout le monde. Surtout qu'en général ils l'ont déjà eu à la pharmacie.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

Ben oui malheureusement une magistrale est mieux remboursée qu'un complément à 20€ c'est pas accessible pour tout le monde, clairement. Donc il y a des somnifères qui coutent moins cher que des compléments alimentaires et donc chez certains on ira plus vite vers un médicament pas cher. Et puis chez les gens rabotés c'est difficile de leur faire comprendre les choses,... Ils veulent dormir quoi !

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

Je dis de le prendre directement dans son lit, de ne pas prendre les escaliers, de ne pas se relever pour aller faire pipi et que la logistique de la maison permette de prendre un somnifère. Parce que quelqu'un d'âgé qui doit descendre les escaliers pour aller à la toilette dans le jardin par exemple ça pose problème alors que s'ils ont un urinal à côté du lit et qu'il ne faut pas se relever il y a plus de sécurité et donc moins de chute. Donc vraiment éviter les escaliers et le prendre dans le lit, ne pas le prendre trop à l'avance, ne pas s'endormir dans le divan et puis aller dans son lit sinon on tombe, on est confus, on voit des trucs bizarres,...

MN : et par rapport à la durée de traitement tu leur donnes une durée ?

Oui je dis faites 2/3 nuits pour bien récupérer et puis on arrête. Sauf pour la mélatonine, alors je fais des cures de 30 jours puis à voir. J'essaye toujours que ça soit le plus court possible. Je

peux aussi dire de faire la semaine et pas le WE, ou l'inverse pour bien récupérer mais de ne pas de les prendre en continu.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

J'essaye un maximum en première intention mais ça dépend de ce qu'ils ont à côté. S'ils ont déjà Temesta®, Dominal® en mettant des plantes ça ne va pas aller.

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

Le problème c'est que ça prend du temps et qu'on a pas le matériel adéquat... Les revue il y a un seul exemplaire et les gens ne les regardent pas forcément. On est un peu démuné en fait il faudrait un truc facile à leur donner qui nous déchargerait. Mais c'est clair que je ne sais faire tout en 20 minutes, la consult, la tension, les autres problèmes et terminer par ça. Que la nuit pas de café, que le soir pas de repas lourd,... Je n'ai pas le temps. Donc clairement elle n'est pas assez grande par rapport à ce qu'il faudrait.

Q10. Estime-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Pas du tout. Je ne t'ai quand même pas dit « la quoi » ?

Q11. T'arrive-t-il de référer les patients ?

On essaye quand on pense qu'il y a une maladie du sommeil sous-jacente les tests du sommeil au minimum. Mais de nouveau la prise en charge n'est pas optimale, la réponse n'est pas celle attendue donc les gens sont déçus. Quand il y a des apnées ça va mais quand il n'y en a pas, ils disent tant pis pour toi... Il faut maigrir, ils disent parfois ça à des gens maigres. C'est un peu décevant à ce niveau-là. Et au niveau psychiatre et autre, s'il y a un autre problème sous-jacent mais juste pour l'insomnie non je n'enverrai pas.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

Oui je pense que ça s'adapte d'année en année en fonction des produits et des info qu'on reçoit. Avant il y a 10 ans je ne pense pas que je mettais de la mélatonine et des plantes parce qu'on en avait pas autant aussi.

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

J'essaye un maximum quand je dois médiquer de mettre du temesta® et du trazolan® parce qu'en gériatrie c'est ce qu'ils mettent pour le temps de demi-vie etc., donc j'essaye de les mettre mais ce n'est pas évident. Mais les gens sont demandeurs d'un somnifère, d'une solution efficace et pas chère. Ils voudraient avoir aussi perdu 10 kilo et 10 ans de moins, rire

Médecin 6

Q1 . Comment définis-tu la place du médecin généraliste face à une plainte d'insomnie chronique ?

C'est une place prépondérante. Le patient va d'abord voir son généraliste, il ne va pas voir son pneumologue ou son neurologue pour les troubles du sommeil. Je pense que c'est la place prépondérante. Les patients vont sans doute d'abord en pharmacie demander un truc à base de plantes et puis si ça ne marche pas ils viennent chez nous.

MN : et c'est une plainte que tu rencontres souvent en consultation ?

C'est souvent des troubles du sommeil aigu suite à une situation de divorce, de maladie, de tracas, de soucis. Et l'insomnie chronique, les gens sont demandeurs de quelque chose pour dormir parce que à partir de 60/65 ans le sommeil est de moins bonne qualité.

Q2. Quel est ton ressenti en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Je prends la solution de facilité en générale, je n'ai pas tellement de temps à consacrer à investiguer. Chez les patients qui dorment mal on recherche quand même toujours un syndrome des jambes sans repos, une cause organique à la plainte. Ou les gens qui ont des mauvaises habitudes alimentaires en buvant 2 thermos de café ou 2L de coca dans l'après-midi. J'essaye de chercher un petit peu. Mon ressenti c'est qu'on ne maîtrise pas toujours et donc qu'on choisit la solution de facilité en prescrivant un Zolpidem® ou une benzo.

Q3. Quelle est ton attitude en consultation face à une plainte d'insomnie chronique ?

Souvent les gens ne viennent pas pour ça. Ils viennent pour une autre plainte et puis c'est la main sur la porte qu'ils disent « à propos je ne dors pas bien, je voudrais quelques chose pour m'aider à dormir ». Dire de faire revenir les gens ce serait intéressant quand on a le temps mais alors d'avoir des outils plus spécifiques pour aider les patients et ne pas faire ce que je fais souvent par solution de facilité.

Q4. Comment élabores-tu le diagnostic d'insomnie chronique ?

Par l'anamnèse, les retentissements pendant le journée...

Q5. Comment abordes-tu le traitement de l'insomnie ?

En principe je devrais avoir des outils qui m'aident à donner les conseils au patient. Premièrement je donne quand même des conseils puis je donne un Sédistress Sleep®, un Sleepyl®, un Métarelaax®, de la mélatonine et je donne des conseils de vie saine le soir. Dire de ne pas aller sur les écrans le soir,... Mais c'est vrai que je ne passe pas ¼ d'heure à expliquer tout ça. Et souvent par solution de facilité, je prescris une benzo ou une Z-drugs.

Q6. La prise en charge est-elle différente en fonction du niveau socio-économique du patient ? Explique.

Oui les écolos et les enseignants je prescris plus facilement des plantes rires. Les gens plus groseille je prescris plus vite des somnifères. C'est dans tous les domaines que ça influence... Il y a des gens qui sont à-même de comprendre que c'est passer, que ça va passer en

mettant des choses en place mais il y en a d'autres ils ne comprendront pas et ne suivront pas les conseils.

Q7. Quelle est ton attitude et les recommandations faites par rapport à la prescription de somnifère ?

Je dis voilà c'est maximum un mois, c'est une boîte de 30, la plus petite dose possible. Il y a un problème ponctuel maintenant, ça va aider à passer le cap maintenant mais il ne faut pas en faire une habitude.

Q8. Quelle place fais-tu à la phytothérapie ?

Souvent en premier lieu puis après tout ce qui est valériane, la phytothérapie et la mélatonine en premier lieu. Ça peut aider les gens qui sont vierges de toutes médications. Je pense qu'1/3 à la moitié des patients sont soulagés par des molécules de ce type quand c'est ponctuel.

Q9. Comment abordes-tu la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie ?

On y est pas formé, surtout ma génération ! on a pas eu d'atelier ou de cours là-dessus. On a pas de formation et ça ne me tente pas. Ça me tente d'avoir des outils et des petits trucs mais pas de faire des consultations spécifiques spécialement. C'est utile d'avoir des outils facile à utiliser en consultation.

Q10. Estimes-tu être assez informé et formé à la thérapie cognitivo-comportementale ?

Non pas du tout ! J'envoie parfois des patients à Salzinne dans un groupe avec 4/5 psychologues. Je suis persuadée que ça fonctionne bien mais il faut que le patient soit conscientisé que c'est par là qu'il faut passer et qu'il soit demandeur. Je pense que ça fonctionne bien !

Q11. T'arrive-t-il de référer les patients ?

Oui j'ai une patiente dont le mari s'est suicidé, elle a peur des orages et a une insomnie chronique là-dessus. Elle je l'ai envoyée parce qu'à son insomnie s'est greffée des problèmes de dépression etc. Elle a déjà essayé le lorazepam®, le lormetazepam®, le zolpidem® et ce marche un temps puis plus. Et je pense qu'en profondeur il y a un problème d'anxiété qui est là. De temps en temps je fais la démarche d'orienter les patients.

Q12. Est-ce qu'avec l'expérience, ton approche de l'insomnie a changé ? Comment a-t-elle évolué ?

Oui sans doute comme dans beaucoup de choses, j'insiste plus sur les conseils d'hygiène de vie. Expliquer qu'avec le temps le sommeil est de moins bonne qualité et qu'il ne faut pas espérer dormir de 10h du soir à 7h du matin tous les jours, il y aura des jours bien et des jours moins bien, des nuits bonnes et des nuits moins bonnes. La prescription et le fait de relativiser sont différents avec le temps. Les Belges sont dans les premiers consommateurs de benzo. On ne va pas changer le monde mais il faut conscientiser les gens qu'il n'y a pas de solution miracle.

Q13. Pour finir, as-tu quelque chose à ajouter ?

Nous on a jamais eu de formation la dessus et donc c'est bien d'avoir des aides pour prendre en charge. C'est vrai qu'il faut que le patient soit demandeur d'une prise en charge alternative. Les personnes d'un niveau socio-économique plus évolué, qui savent bien que les benzo ne sont pas bonnes de manière chronique sont plus à même de comprendre cette approche. Mais quand on ne connaît pas, on ne fait pas... Ce à quoi je pense qui est important aussi c'est d'avoir un rythme et des rituels de sommeil ! J'ai déjà entendu c'est 7X7, il faut 7h de sommeil et sur les 7 jours en moyenne.