

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

Par

Tiphaine MONTALESCOT

Née le 15/10/1988 à Rosny Sous-Bois (93)

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2020

**Ressentis des médecins généralistes sur la prise en charge
non médicamenteuse de l'insomnie chronique**

Directeurs de thèse : Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Docteur Louise NUTTE

Président du Jury : Professeur Philippe CORNET

Membre du Jury : Professeur Charles-Siegfried PERETTI

PRATICIENS HOSPITALIERS- Année universitaire 2019-2020

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT ANTOINE
8	ANDRELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	SAINT ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
32	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPITRIERE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE

37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE- STAMBOULI	Franck	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
60	CHAZOILLERES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIE SALPITRIERE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
63	CHRISTIN- MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TROUSSEAU

75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIE SALPITRIERE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
91	DERAY	Gilbert	PU-PH	néphrologie	PITIE SALPITRIERE
92	DOMMERGUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
94	DOUAY	Luc	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
95	DRAY	Xavier	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
96	DUBERN	Béatrice	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
97	DUBOIS	Bruno	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
98	DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TROUSSEAU
99	DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pneumologie Réanimation	PITIE SALPITRIERE
100	DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Anatomie / SSR	PITIE SALPITRIERE
101	DURR	Alexandra	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
102	DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
103	DUVAL	Alex	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
104	DUYCKAERTS	Charles	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
105	ELALAMY	Moulay	PU-PH	Hématologie	TENON
106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINT ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation médicale/Pneumo	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU

111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie & cytologie patholog.	SAINT ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
118	FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIE SALPITRIERE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIE SALPITRIERE
121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
122	GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeutique/Endocrino	PITIE SALPITRIERE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie ; Radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON
132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIE SALPITRIERE
137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIE SALPITRIERE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	PITIE SALPITRIERE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE

151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
156	KAS	Aurélie	PU-PH	Biophysique	PITIE SALPITRIERE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
166	LANDMAN- PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
170	LAZIMI	Gilles	PU associé	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine nucléaire	PITIE SALPITRIERE
175	LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIE SALPITRIERE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	TENON
185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	TENON
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE

191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIE SALPITRIERE
192	MANESSE- CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINT ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie- Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles- Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINT ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON

227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINTE LOUIS
228	POITOU	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
229	BERNERT POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
233	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépatogastro	PITIE SALPITRIERE
234	RAUX	Mathieu	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
235	REDHEUIL	Alban	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
236	RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPITRIERE
237	RIOU	Bruno	PU-PH	Anesthésiologie/Urgences	PITIE SALPITRIERE
238	ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Médecine Physique et Réadaptation	ROTHSCHILD
239	ROBERT	Jérôme	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
240	RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
241	RONDEAU	Eric	PU-PH	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Hépatogastro- Entérologie	PITIE SALPITRIERE
243	ROUPRET	Morgan	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
244	SAADOUN	David	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
245	SAHEL	José-Alain	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPITRIERE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIE SALPITRIERE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	SAINTE ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINTE ANTOINE
253	SELLAM	Jérémie	PU-PH	Rhumatologie	SAINTE ANTOINE
254	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255	SIFFROI	Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU
256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINTE ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIE SALPITRIERE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINTE ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON

263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
268	THOMASSIN- NAGGARA	Isabelle	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPITRIERE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
272	TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
273	TOURRET- ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urologie	TENON
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidémiologie	PITIE SALPITRIERE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirurgie pédiatrique	TROUSSEAU
284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	SAINT ANTOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH	Bactériologie	émérite
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	Immunologie	émérite
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutrition	émérite
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histologie et embryologie	émérite
291	BRICAIRE	François	PU-PH	Maladies infectieuses	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-PH	Anatomie pathologique	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-PH	Médecine intensive réanimation	émérite
295	CORNET	Philippe	PU MG	Médecine générale	émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-PH	Neurologie	émérite
297	FERON	Jean-Marc	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-PH	Biochimie	émérite

299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite
302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	Emérite

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS
Année universitaire 2019-2020

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	PITIE SALPITRIERE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
9	BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
13	BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
14	BIELLE	Franck	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
15	BILHOU NABERA	Chrystèle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BLONDIAUX	Eléonore	MCU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
17	BODINI	Benedetta	MCU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
18	BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
19	BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
20	BOUHERAOUA	Nacim	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques	PITIE SALPITRIERE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET
28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique	SAINT ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET

35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	PITIE SALPITRIERE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reproduction	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT ANTOINE
51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédéric	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU
61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
64	GUITARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX

76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET
92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIE SALPITRIERE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie - urgences cérébrales	PITIE SALPITRIERE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
107	ROUSSEAU ROUSVOAL	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIE SALPITRIERE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
111	SCHNURIGER	Aurélien	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET
114	SORIA	Angèle	MCU-PH	Dermatologie	TENON
115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE

116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie et biologie du vieillessement	SAINT ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	ex Vimont dispo conv perso	TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Thérapeutique/réa médicale / neuro	PITIE SALPITRIERE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT ANTOINE

Remerciements

Au Docteur Louise Nutte, je ne te remercierai jamais assez de m'avoir soutenue, accompagnée et remotivée tout au long de ce projet.

Au Docteur Jean-Sébastien Cadwallader, je te suis reconnaissante d'avoir accepté de codiriger cette thèse et te remercie pour ta patience, ton écoute et tes conseils précieux.

Au Professeur Philippe Cornet, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury

Au Professeur Charles-Siegfried Peretti, merci d'avoir accepté de juger ce travail

A tous les médecins qui ont participé à cette étude, je vous dédie ce travail qui n'aurait pas abouti sans vous.

Aux médecins que je remplace, Valérie et Clara merci de m'avoir accompagnée depuis mes débuts avec autant de bienveillance ; Valérie Thierry et Louiza je prends un plaisir immense à travailler avec vous dans ce cabinet si humain et solidaire.

A mes parents, merci d'avoir toujours cru en moi depuis le début de ces études. Vous avez toujours été impliqués en sacrifiant parfois quelques heures de sommeil ... mais ça y est, c'est fini je ne vous « exploiterai » plus !

A ma grand-mère, Marie-Jo et à toute ma famille, j'espère que vous serez fiers de moi.

A mes amis du lycée et de la fac Vincent, Louis, Nabiha, Émilie, Julia, Mathilde, Benji merci pour votre soutien de chaque instant.

A Karyne, the best, ma sœur. Toujours fidèle au poste depuis la P1. Merci. Ton organisation m'impressionnera toujours, une fois de plus tu m'as sorti de la galère...donc un merci supplémentaire pour la mise en page. Pour tout ça, j'espère qu'on se supportera encore longtemps.

A Francesca, amie et voisine, une des personnes les plus généreuses que je connaisse, mon provider d'ABCD, de folie, de bonne humeur. Tes messages quotidiens m'ont remotivée tout au long de cette thèse. A nos futures soirées post CoVid.

A Loup, Raouf et la bande, mes petites trouvailles parisiennes toujours aussi heureuse de vous retrouver en fin de semaine. Camille je sais que tu vas rire mais tu es mon modèle de femme forte, je te trouve géniale merci à Loup de t'avoir ramenée à Paris

A JC, Shibly Antoine mes sheïtans assagis, ça fait 3 ans que je vous dis que je travaille sur ma thèse mais cette fois ça y est. Je sais qu'on attendait une occasion de se retrouver donc... voilà ! A très bientôt.

A tous ceux que j'ai rencontrés plus récemment et qui m'ont apporté un soutien démesuré : Mourad, pour tes histoires divertissantes , Frank Alain pour ta folle sagesse et Lenny pour ton aura. Merci !

Abréviations

A.F.T.C.C :	Association Française des Techniques Cognitives et Comportementales
A.M.M :	Autorisation de mise sur le marché
A.P.H.P :	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CIM :	Classification Internationale des Maladies
C.M.P :	Centre Médico-psychosocial
C.M.U :	Couverture Médicale Universelle
D.U :	Diplôme Universitaire
D.S.M :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E.C.N :	Épreuves Classantes Nationales
F.P.C :	Formation Professionnelle Continue
F :	Féminin
H.A.S :	Haute autorité de Santé
ICSD:	International Classification of Sleep Disorders
M :	Masculin
M.I.N.I :	Mini International Neuropsychiatric Interview
R.O.S.P :	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
S.F.T.G :	Société Française Thérapeutique Généraliste
T.C.C :	Thérapie Cognitive et Comportementale

Table des matières

Remerciements	15
Abréviations	17
INTRODUCTION	20
GENERALITES	22
I. Critères diagnostics de l'insomnie chronique	22
II. Classification des insomnies chroniques	22
III. Indications de la TTC dans les recommandations	23
IV. Les principes de la TTC	24
A. Les règles d'hygiène et la psycho éducation.....	25
B. La relaxation	25
C. La partie comportementale : le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil	25
D. La partie cognitive : la lutte contre les pensées dysfonctionnelles	26
E. Perspectives d'amélioration de la prise en charge de la TTC.....	27
MATERIEL ET METHODES	28
I. Choix de la méthode	28
II. Population étudiée	28
III. Constitution de l'échantillon	29
IV. Recueil de données	29
V. Analyse des données	33
VI. Recherche Bibliographique	34
RÉSULTATS	35
I. En première ligne face à l'insomnie : le sentiment d'impuissance du médecin	37
A. Au cœur de la prise en charge bon gré mal gré.....	37
B. Une mise à l'épreuve du professionnalisme	38
C. Le médecin isolé	40
II. Un patient difficile souvent stigmatisé	41
A. Un patient en souffrance et peu écouté	41
B. Un patient ambivalent : en attente d'une solution miracle.....	42
C. Un Patient dépendant	44
III. Ambivalence du médecin généraliste dans la prise en charge : le statut de bienfaiteur isolé	46
A. Le médecin sous tension	46
B. Le médecin vulnérable	53

C.	La désillusion et entrée dans le cercle vicieux de l'impuissance	57
IV.	Formation : au-delà des compétences, retrouver confiance en ses capacités	60
A.	Des compétences sous estimées	60
B.	Révéler ses capacités.....	62
C.	La confiance retrouvée : sortir de l'impuissance	67
V.	Réinventer la temporalité dans la relation médecin malade	69
A.	Accepter de prendre le temps pour mieux faire	69
B.	Du temps pour convaincre et motiver	72
C.	Observance du patient : alliance thérapeutique médecin/insomniaque	74
VI.	TCC dans l'insomnie : du sermon à la croisade	77
A.	TCC : polémique sur le nouveau clergé.....	77
B.	Prêcher dans le désert : une audience restreinte.....	79
C.	Répandre les bonnes pratiques : la croisade.....	80
DISCUSSION		83
I.	Synthèse des résultats.....	83
II.	Analyse des résultats et comparaison à la littérature.....	87
III.	Forces et faiblesses de l'étude	93
IV.	Perspectives	94
CONCLUSION		96
ANNEXES		98
BIBLIOGRAPHIE.....		132
RESUME		139
RESUME		140

INTRODUCTION

Depuis toujours, quels que soient les époques, les cultures, ou les milieux sociaux, le sommeil fascine. Son rôle protecteur sur la santé, autrefois pressenti, est aujourd'hui démontré : entre autres dans la conservation des capacités cognitives, la régulation de nombreuses sécrétions hormonales, le repos du système cardiovasculaire ou encore la restauration des capacités du système immunitaire (1). Inéluctablement, ses troubles, et notamment l'insomnie, ont un impact physique et psychique important. D'un point de vue socio-professionnel, elle engendre une baisse de la qualité de vie, un fort taux d'absentéisme, une baisse de productivité, des accidents du travail, des difficultés relationnelles (2)(3,4). Du point de vue médical, elle est associée à certaines comorbidités comme l'hypertension artérielle, le diabète ainsi que des troubles de l'humeur et du comportement (3,5–8). Un lien entre la durée du sommeil et l'espérance de vie, toute cause confondue est d'ailleurs démontré (9).

Si l'impact de l'insomnie sur la santé est bien connu, il a été parfois difficile de cerner l'importance réelle de ces troubles, les chiffres obtenus variant selon les critères utilisés dans les études pour définir l'insomnie (10). Toutefois, les différents travaux menés ces vingt dernières années au plan international indiquent, en moyenne, une prévalence de l'insomnie comprise entre 15 et 30% (7,11,12). En France, selon les critères définis par *l'International Classification of Sleep Disease (ICSD)*(13), le bulletin Baromètre Santé de 2017 (14), retrouve 13,1% des 18-75 ans souffrant d'insomnie chronique avec une prédominance des symptômes chez les femmes (19% entre 25 et 64 ans contre 9,1% chez les hommes). Enfin, les conséquences économiques, évaluées à 1,6 milliards d'euros pour l'ensemble de la population, ajoutées à celles d'ordre médical et socioprofessionnel confirment que l'insomnie, son diagnostic et sa prise en charge sont de véritables enjeux de santé publique (15).

Les recommandations de la STFG et de la HAS de 2006 reprennent l'ensemble de la démarche diagnostique et thérapeutique de l'insomnie chronique (16). Toutefois, si les thérapies non médicamenteuses telles que les TCC y sont privilégiées en première intention, celles-ci sont rarement proposées voire méconnues des médecins généralistes et ces derniers se sentent

démunis (1,17,18). Bien qu'ils soient conscients de ses implications, la prise en charge médicamenteuse reste importante. En effet, si deux tiers des médecins déclarent ne pas prescrire de médicaments dès la première plainte (19), la France se situe toujours au deuxième rang de la consommation de benzodiazépines en Europe et près de la moitié des benzodiazépines consommées sont utilisées à visée hypnotique. Les prescriptions, initiales ou renouvelées sont réalisées par les médecins généralistes dans 82% des cas et 2 % des patients nouvellement traités auront une consommation persistante à un an (20). Cette consommation entraîne des effets secondaires non négligeables alors qu'elle pourrait être réduite par l'utilisation des techniques non médicamenteuses (21–24). On observe ainsi un écart entre les pratiques et les recommandations dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

Suite au plan d'action sur le sommeil lancé en 2006, plusieurs formations post-universitaires se sont développées ainsi que des outils et guides interactifs pour aider au sevrage des benzodiazépines et développer la TCC (25). Ces derniers semblent ne pas totalement prendre en compte l'aspect global de la prise en charge : les médecins évoquent des contraintes de temps, l'exigence des patients, la pression sociale ou encore un manque d'alternatives accessibles (26). Face à eux, les patients craignent le médicament et recherchent d'abord écoute et qualités relationnelles chez leur médecin (27, 28).

Au-delà des connaissances de bonnes pratiques, la décision thérapeutique fait donc intervenir de nombreux facteurs en lien avec le médecin, le patient et la relation qu'ils créent. Cela m'a amenée à m'interroger sur les représentations des médecins généralistes sur l'insomnie chronique et sa prise en charge non médicamenteuse, encore souvent négligée au profit de prescriptions médicamenteuses.

L'objectif est d'abord de mettre en lumière les ressentis des médecins généralistes face à cette plainte d'insomnie chronique chez l'adulte et l'attitude thérapeutique qui en résulte. Secondairement, cela permettrait d'identifier ce qui freine l'application de techniques non médicamenteuses en soins primaires et d'envisager de nouvelles perspectives d'approche de ce problème.

GENERALITES

I. Critères diagnostics de l'insomnie chronique

Le diagnostic de l'insomnie chronique est clinique. Dans la littérature scientifique, des critères diagnostics de l'insomnie chronique sont définis selon l'ICSD3 ou le DSMV selon les études. Très similaires, les deux définitions s'accordent sur la notion de difficulté ressentie ou de plainte survenant au moins 3 jours par semaine depuis au moins 3 mois.

A. Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :

- 1) Troubles d'endormissement
- 2) Troubles de maintien du sommeil
- 3) Réveil précoce
- 4) Sommeil non récupérateur

B. Ces difficultés surviennent au moins trois nuits par semaine, depuis au moins trois mois, et ce malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

C. Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :

- 1) Fatigue/malaise
- 2) Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- 3) Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires
- 4) Trouble de l'humeur/irritabilité
- 5) Somnolence diurne
- 6) Réduction de la motivation/énergie/initiative
- 7) Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant.
- 8) Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil
- 9) Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

Critères diagnostics selon l'ICSD3

II. Classification des insomnies chroniques

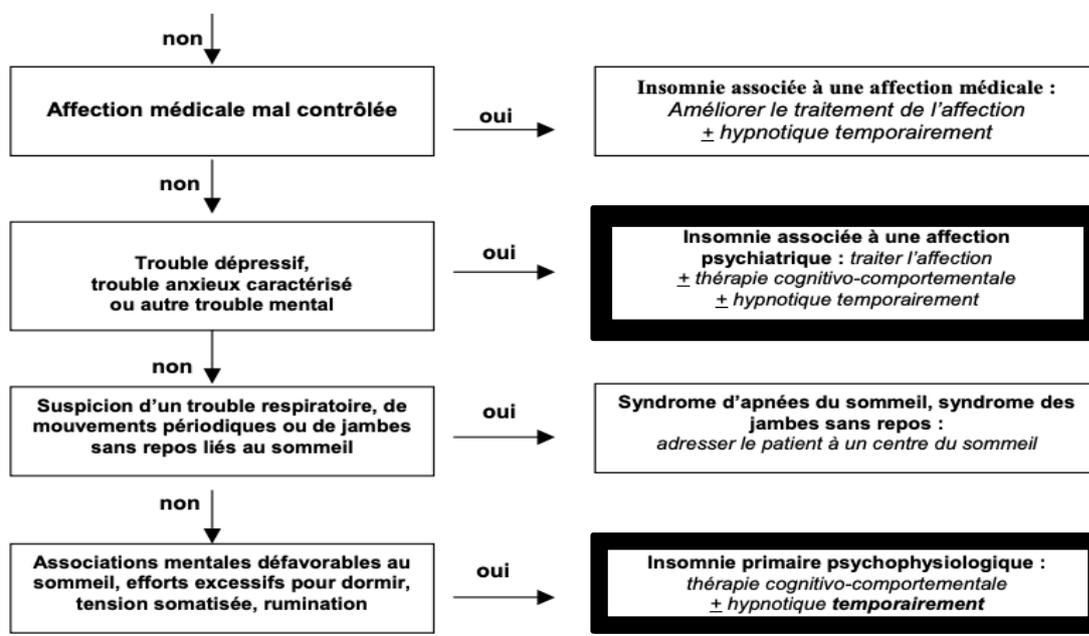
La HAS résume les différents types d'insomnie d'après les critères du CIM 10 et DSM IV, c'est-à-dire selon la présence ou l'absence de comorbidités et l'histoire de la maladie. L'insomnie psychophysiologique est la plus représentée.

Insomnies chroniques sans comorbidité (ex-primaires)	Insomnie psychophysiologique : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives
	Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.
	Insomnies idiopathiques : début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable.
Insomnies avec comorbidité (ex-secondaires)	Liée à une pathologie mentale : état dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux généralisé, attaques de panique, troubles compulsifs, etc. Ou à une pathologie physique : pathologie douloureuse, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathie, troubles respiratoire, reflux gastro-œsophagien, neuropathie dégénérative, etc.

Classification Insomnie chronique HAS

III. Indications de la TCC dans les recommandations

EN 2006, la HAS publiait des recommandations : la TCC était indiquée dans la prise en charge des insomnies sans comorbidité.



Synthèse des recommandations HAS 2006 publiées dans le Quotidien du médecin

En 2017, les recommandations européennes sur la prise en charge de l'insomnie évoquaient plus clairement la place de la TTC en première ligne dans la prise en charge de l'insomnie avec ou sans comorbidité. La prise en charge médicamenteuse n'était pas recommandée au long cours.

Treatment

In the presence of co-morbidities, clinical judgement should decide whether insomnia or the co-morbid condition is treated first, or whether both are treated at the same time. *CBT-I*

CBT-I is recommended as first-line treatment for chronic insomnia in adults of any age (strong recommendation, high-quality evidence).

Pharmacological interventions

A pharmacological intervention can be offered if CBT-I is not effective or not available.

European Guidelines 2017

IV. Les principes de la TTC

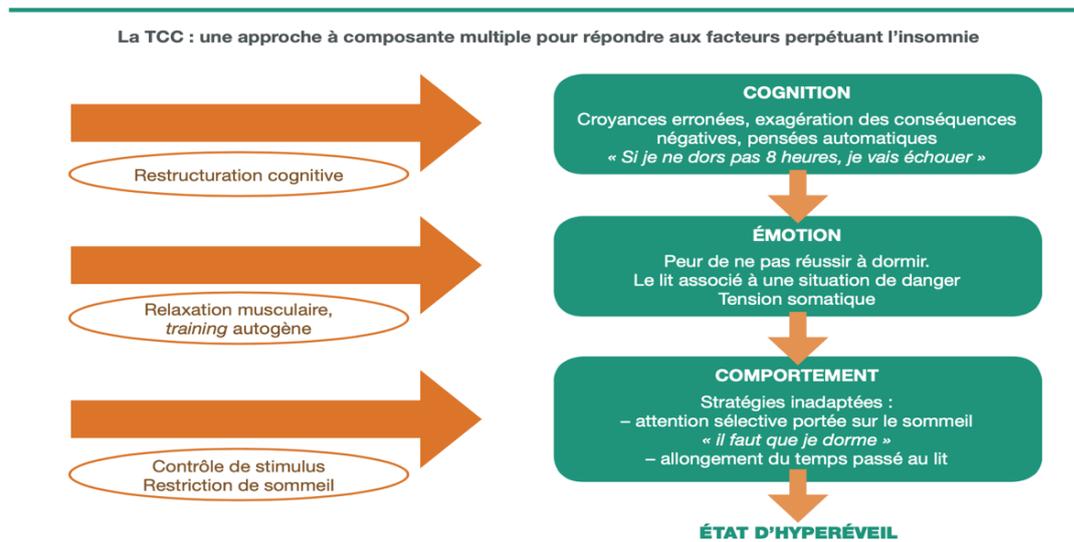


Figure 3. Modèle cognitif de l'insomnie (D'après Harvey¹³)

Extrait de la revue Exercer vol 26 n°121

A. Les règles d'hygiène et la psychoéducation

Elles permettent de limiter les comportements néfastes à une bonne qualité du sommeil et de contrôler les facteurs environnementaux directement impliqués dans la production de mélatonine et donc du sommeil (*Annexe 1*).

Éduquer son patient quant aux modifications du sommeil liées à l'âge ou la spécificité de chacun face au sommeil est également important.

B. La relaxation

Elle permet de diminuer les tensions musculaires ou psychiques (les techniques de relaxation active comme celle de Jacobson ou encore la méditation peuvent être conseillées au patient).

C. La partie comportementale : le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil

La **restriction du temps de sommeil** est une approche comportementale qui vise à améliorer l'efficacité du sommeil en réduisant le temps passé au lit. Cela permet de rétablir une pression de sommeil suffisante pour assurer l'endormissement, la pression de sommeil étant un des facteurs naturels régulant les cycles d'endormissement. La réalisation d'un agenda du sommeil est fortement recommandée et différents protocoles existent pour réaliser cette méthode (*Annexe 2*).

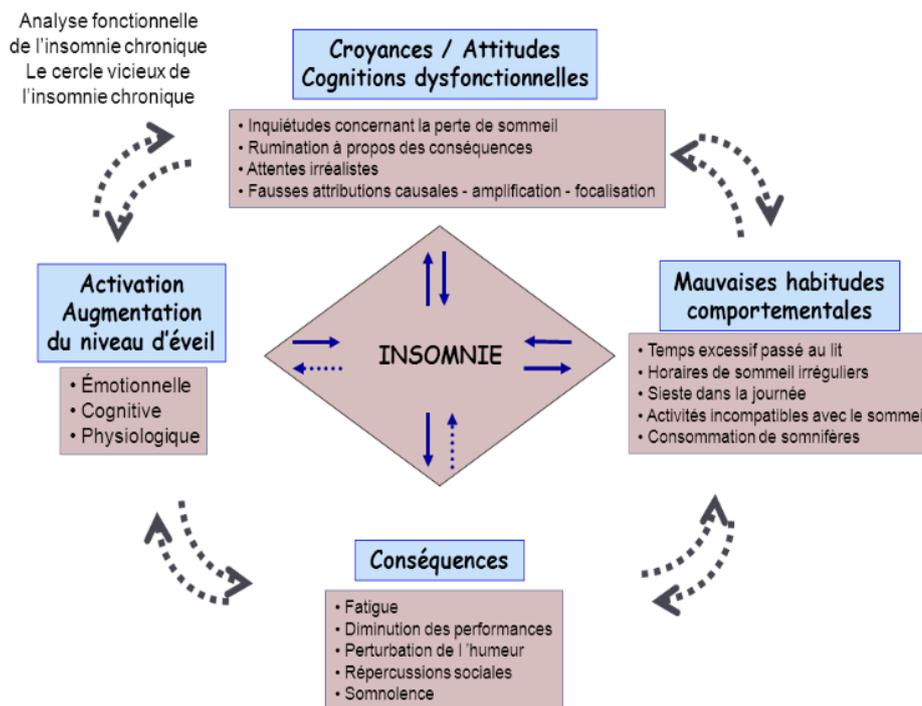
La **thérapie par contrôle du stimulus** part du concept de conditionnement positif : associer le lit au sommeil. Une personne insomniaque a tendance à rester au lit pour tenter de se rendormir et cela entraîne un temps prolongé d'éveil au lit. La perception du patient de « ne pas arriver à dormir quand il se couche » en sera amplifiée.

« N'aller se coucher qu'en cas de fatigue », « se relever la nuit si l'on ne se rendort pas immédiatement » sont des conseils favorisant le contrôle du stimulus (*Annexe 1*).

D. La partie cognitive : la lutte contre les pensées dysfonctionnelles

Elles alimentent une anxiété qui va créer une activation cognitive et physiologique empêchant l'endormissement. Le DBAS est un questionnaire qui permet de les repérer (*annexe 3*).

La TCC permet ainsi d'agir sur chaque étape du cercle vicieux de l'insomnie.



Cercle vicieux insomnie. Extrait d'une présentation par Séverine Brune.

E. Perspectives d'amélioration de la prise en charge de la TCC

Les recherches se portent principalement sur un moyen de diagnostiquer objectivement les différents types d'insomnie ainsi que sur les facteurs individuels et génétiques supposés prédisposer à l'insomnie. Un gène codant pour une protéine régulatrice du sommeil a été récemment mis en évidence chez la drosophile : il semble que ce gène ait été conservé chez certains mammifères et pourrait constituer une voie d'avenir pour le développement thérapeutique.

Par ailleurs, en avril 2019, une étude publiée dans *The Lancet* (29) proposait de réinventer la classification de l'insomnie non pas selon les symptômes mais selon le type de patients afin d'orienter les thérapeutiques à proposer. Les sous type 1 et 4 seraient par exemple moins sensibles aux thérapies par TCC.

1- <u>Highly distressed</u>	Concerne les personnes souffrant de névrose et qui ont tendance à se sentir tendues, dépressives ou anxieuses
2- <u>Moderately distressed but reward sensitive</u> (i.e., with intact responses to pleasurable emotions)	Concerne les personnes ne souffrant pas de névrose, mais réagissant fortement aux récompenses et aux événements positifs
3- Moderately distressed and reward insensitive (i.e., without intact responses to pleasurable emotions)	Concerne les personnes ne souffrant pas de névrose et ne réagissant pas fortement aux récompenses et aux événements positifs
4- Slightly distressed with high reactivity (i.e., long-lasting insomnia in response to life events)	Un faible niveau de détresse constante, mais très sensible aux événements stressants de la vie
5- Slightly distressed with low reactivity (i.e., short-duration insomnia in response to life events)	Niveau de détresse constante, mais aussi une faible sensibilité aux événements stressants de la vie

Tableau des sous types selon F.Blanken, Insomnia disorder subtypes derived from life history and traits of affect and personality. The Lancet

I. Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude observationnelle qualitative avec approche par théorisation ancrée.

La recherche qualitative est issue des recherches en sciences humaines et sociales. Elle permet d'étudier des phénomènes sociaux, d'en comprendre l'existence et la signification.

Il s'agit d'une méthode inductive car elle permet de créer une hypothèse à partir de l'analyse des verbatims recueillis sur le terrain. Cette méthode place le sujet interviewé au centre de la recherche et fait appel à son ressenti, son expérience afin d'en tirer des concepts plus généraux et expliquer un phénomène.

Dans notre cas, cette méthode paraissait la plus appropriée pour étudier les perceptions des médecins généralistes sur l'insomnie et sa prise en charge non médicamenteuse.

La théorisation ancrée, inspirée de la « Grounded Theory » est réalisée en plusieurs étapes. D'abord la réalisation et retranscription d'entretiens, puis une reformulation des propos exprimés aboutissant à la création d'un livre de codes. Ces codes sont ensuite regroupés en catégories, plus abstraites, décrivant différents phénomènes. Par la suite, les catégories sont mises en relation afin de créer un modèle et aboutir à une théorisation permettant de saisir toute la complexité du phénomène tant sur l'aspect conceptuel que sur sa mise en relation. Ces étapes sont répétées jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucun phénomène nouveau n'est retrouvé (30).

II. Population étudiée

Pour réaliser cette étude, nous avons interrogé des médecins généralistes pratiquant en Ile de France. Les médecins ont été recrutés d'abord par connaissance, puis bouche à oreille ainsi que dans l'annuaire. Afin de parfaire l'observation des phénomènes étudiés, le choix s'est

également porté sur deux médecins généralistes ayant par la suite orienté exclusivement leur pratique en psychothérapie par TCC et en médecine du sommeil.

III. Constitution de l'échantillon

A la différence d'une étude quantitative la représentativité statistique n'était pas recherchée ici. Les médecins étaient choisis au fur et à mesure de l'étude et de façon simultanée au recueil de données. Cet échantillonnage raisonné était réalisé au sein de la population de médecins généralistes d'île de France afin d'obtenir une variation maximale selon certaines caractéristiques :

- Age
- Sexe
- Lieu
- Mode d'exercice
- Durée d'exercice
- Formations effectuées

Un premier niveau de saturation des données était atteint après 9 entretiens. Deux autres médecins ont été interrogés soit 11 médecins au total.

IV. Recueil de données

Des entretiens individuels ont été réalisés en face à face afin de favoriser la confiance, l'échange et ainsi explorer plus en profondeur les ressentis des médecins.

Les propos recueillis n'ayant de sens que dans un contexte, le choix des lieux a été réalisé avec attention. Il s'agissait souvent du cabinet du médecin ou, à défaut, d'un lieu calme. L'horaire de l'entretien était choisi en fonction des disponibilités du médecin mais également dans l'objectif de limiter un maximum les interventions extérieures pouvant interrompre le fil de la discussion. Les entretiens étaient semi structurés, réalisés à partir de quelques questions ouvertes selon un guide d'entretien afin de favoriser la liberté d'expression et la spontanéité du médecin tout en maintenant un lien avec les thématiques choisies. L'ordre et la forme des

questions variaient selon l'interlocuteur et, afin d'approfondir certaines idées, la possibilité de s'écarter du guide était envisageable. Cela a permis d'enrichir progressivement les thématiques abordées.

D'après la recherche bibliographique initialement menée, les thèmes abordés étaient les suivants :

- L'insomnie en général
- Les patients insomniaques et leurs attentes
- Le ressenti lors d'une prise en charge médicamenteuse en primo prescription et renouvellement
- Le recours aux mesures non médicamenteuses et le ressenti associé
- Les aides extérieures disponibles, le recours à ces aides et le ressenti associé
- Représentations sur la TCC
- L'acquisition des connaissances sur la prise en charge de l'insomnie

Les thèmes suivants ont été ajoutés en cours d'analyse :

- La notion de patient et prise en charge idéale
- La prise de décision
- Comment convaincre un patient
- L'intuition du médecin

Le premier médecin n'ayant pas de notion précise de la TCC, un résumé des grands principes était proposé à partir d'une présentation du guide TTC de S. Moreau (*annexe 4*). Cette présentation a par la suite été abandonnée.

Les entretiens se sont déroulés selon plusieurs étapes. Après une brève présentation, le thème (Insomnie chronique) et le type d'étude (thèse qualitative) étaient rappelés au médecin.

Les avantages de l'enregistrement des entretiens par dictaphone (permettre de retranscrire mot à mot leurs paroles) étaient expliqués afin d'obtenir un consentement.

Il était rappelé qu'il ne s'agissait pas d'un test d'évaluation des connaissances mais bien d'une discussion libre sur la prise en charge de l'insomnie chronique.

La question d’amorce « Pour vous, que représente l’insomnie ? » amenait à une réponse spontanée et fluide. La diversité des réponses obtenues permettait de rebondir sur les autres thématiques à aborder. En cas de difficulté à exprimer ou mettre les mots sur un ressenti, le médecin était incité à raconter une expérience vécue. A la fin de l’entretien, une question laissait la place à d’éventuelles remarques et les informations manquantes (âge...) étaient recueillies.

Les aspects non verbaux ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du médecin, difficultés éventuelles dans le déroulement de l’entretien) étaient notés dans un carnet de bord. Ce carnet a également permis d’orienter le choix des médecins interrogés selon les différents critères évoqués plus haut et de modifier les thèmes abordés.

Variations sur l’âge

Lors de la création d’un journal de bord, la première étape a consisté à tenter de déconstruire mes a priori sur la question de recherche. Selon moi, les médecins plus jeunes étaient, à défaut d’être formés, mieux informés sur la prise en charge non médicamenteuse de l’insomnie. D’une part, ils avaient commencé à exercer alors que les recommandations HAS étaient déjà parues, d’autre part, ayant moi-même suivi un atelier sur la prise en charge des troubles du sommeil, il me paraissait fort probable que les médecins de ma tranche d’âge aient assisté à des formations similaires. Aussi, interroger des médecins d’âges différents paraissait essentiel.

Variations sur le sexe

Concernant le sexe des médecins, mon avis était moins tranché mais les patients insomniaques rencontrés lors de mes remplacements étant majoritairement des femmes, je m’interrogeais sur l’impact du sexe du médecin dans la relation avec le patient. D’ailleurs, y avait-il plus de chances que les médecins femmes soient elles- même insomniaques, cela modifiait-il l’empathie ? Un élément de réponse était parfois obtenu lors de questions telles que « si vous étiez vous-mêmes insomniaques, que feriez-vous ? »

Variations sur le lieu (arrondissement, département) d’exercice

L'une de mes représentations les plus tenaces était celle concernant les inégalités socio-économiques des patients. Les thérapies TCC n'étant en grande majorité pas remboursées, cela me paraissait être l'un des facteurs limitant la prise en charge non médicamenteuse. J'ai donc cherché à interroger au moins un médecin pratiquant majoritairement avec des patients considérés comme plus défavorisés. Un médecin de Montreuil qui travaillait en collaboration avec une association d'aide aux migrants et que j'avais remplacé a donc été inclus dans l'étude.

Variation sur le mode d'exercice et la durée moyenne de consultation

Une durée moyenne plus brève de consultation me paraissait moins propice à une bonne prise en charge initiale. Le mode d'exercice et notamment l'exercice en centre de santé ne m'était initialement pas venu à l'esprit. J'ai décidé de prendre en compte cette variable après qu'un médecin interviewé a comparé son exercice à celui d'un centre de santé à proximité. Selon lui les patients cherchaient un service plus qu'une relation dans ce genre de centre et le critère de gratuité était essentiel. J'ai donc décidé de demander une interview dans l'un de ces centres de santé et un médecin a pu être inclus.

Par ailleurs, un médecin remplaçant regrettait de ne pas pouvoir suivre correctement les patients insomniaques et de ne pas connaître leur devenir. La question de la prise en charge idéale et du rôle du médecin a donc été ajoutée au questionnaire.

Variation sur la durée d'exercice

Cette variation s'est faite naturellement mais il est apparu en cours d'étude que l'expérience du médecin était un élément souvent mentionné comme un avantage. Cela a permis de développer une thématique autour de l'intuition.

Variation selon les formations des médecins

Avant de débiter l'étude, je distinguais deux groupes de médecins : formés ou non formés. La variété des formations disponibles ne m'est apparue que plus tard. De plus, les premiers médecins interrogés orientaient souvent les patients insomniaques vers des psychothérapeutes mais sans distinction de pratique (psychanalyse, soutien, tendance analytique, TCC...) et

connaissaient mal la TCC. J'ai donc cherché à interviewer des médecins généralistes formés à ces pratiques via l'annuaire de l'AFTCC (*Association Française de TCC*).

Deux médecins interviewés exerçaient en double casquette médecin généraliste/psychothérapeute, un avait orienté sa pratique libérale presque exclusivement en psychothérapie et travaillait de temps en temps comme urgentiste à l'hôpital. Il ne prescrivait plus que les médicaments en lien avec les problèmes d'anxiété, de dépression et de sommeil, aucun examen clinique n'était réalisé.

La question d'inclure ou exclure ce dernier médecin s'est posée. Le témoignage pouvait être considéré comme un cas négatif sur certaines problématiques (entre autres la motivation du patient ou le motif unique de consultation) et permettre d'avoir un point de vue de « médecin généraliste spécialiste ». De plus, les autres thèmes étaient similaires (choix ou non de la prescription, nécessité de faire adhérer le patient). Ce médecin a donc été inclus.

Ces médecins formés TCC n'utilisaient pas la restriction du sommeil pourtant préconisée dans les études de ma bibliographie. Un médecin de centre du sommeil exerçant également en libéral avec une pratique exclusivement tournée vers les troubles du sommeil a donc été approché.

L'échantillon a donc été construit d'abord avec des médecins non formés dont un avait suivi quelques présentations FPC, puis ceux formés à la TCC et un praticien ayant suivi le DU médecine du sommeil.

La retranscription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien, elle était fidèle à l'enregistrement, mot-à-mot.

L'analyse s'est poursuivie jusqu'à ce qu'aucun concept nouveau n'émerge. Les deux médecins de pratique exclusive ont été pris en compte comme cas négatifs ou point de vue externe.

V. Analyse des données

L'analyse du contenu a permis la réalisation d'un livre de codes. Les verbatim étaient transmis pour codage à un chercheur n'exerçant pas dans le domaine médical puis une mise en commun était effectuée afin de procéder à une triangulation des codages.

Cette triangulation a permis de se débarrasser en partie des préjugés pouvant être liés au statut de médecin du chercheur. Un consensus était trouvé en cas de désaccord et les similitudes permettaient de conforter la direction de l'étude.

Les codes ont ensuite été regroupés par en catégories véhiculant des idées plus larges puis en thèmes présentés dans la partie résultats.

VI. Recherche Bibliographique

Les recherches ont été réalisées en français et en anglais, principalement en début d'étude lors de la réalisation de la fiche de thèse et du guide d'entretien.

Les bases de données utilisées étaient Pubmed, CISmef, EM-consulte, Google Scholar et Google avec les mots clefs suivants : Insomnie – Médecine générale- Thérapie cognitive comportementale- Benzodiazépines—somnifères- Hypnotiques- soins primaires.

Et Chronic Insomnia- Cognitive Behavioral therapy (CBT) - Sleep Disorders- Sleep Medication-Primary Medical Care.

RÉSULTATS

Nous avons réalisé 11 entretiens présentiels. Le premier entretien a eu lieu le 06 aout 2019 et le dernier le 10 février 2020. La durée moyenne des entretiens a été de 53 minutes, le plus court ayant duré 18 minutes et 1h20 minutes pour le plus long.

Il y avait 18 % d'hommes, 82% de femmes. La moyenne d'âge était de 45 ans. Les médecins venaient de 4 départements différents d'Ile de France. Les principales caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

Six grandes catégories ont émergé de l'analyse des verbatim :

- Le médecin impuissant, en première ligne face à l'insomnie
- Un patient difficile, parfois stigmatisé
- Ambivalence du médecin généraliste : un statut de bienfaiteur ébranlé
- La formation : au-delà des compétences, retrouver confiance en ses capacités
- Réinventer la temporalité de la relation médecin-patient
- TCC dans l'insomnie, du sermon à la croisade

Tableau n° 1: caractéristiques principales des médecins généralistes interrogés

Caractéristiques	Médecins généralistes
Age	
Moyenne d'âge des 11 médecins interviewés	45 ans (de 30 à 60 ans)
Sexe	
Féminin	9 (82%)
Masculin	2 (18%)
Type exercice	
Installation	8 (73%)
Remplacement	3 (27%)
Mode exercice	
Libéral	9 (82%)
Salarié	1 (9%)
Mixte	1 (9%)
Département	
75	8 (73%)
92	1 (9%)
93	1 (9%)
94	1 (9%)
Installation	
Moins de 10 ans	5 (45%)
De 10 à 20 ans	2 (18%)
Plus de 20 ans	4 (37%)
Formation complémentaire	
Thérapie TCC	3 (27%)
D.U Sommeil	1 (9%)
FPC brève	1 (9%)
Aucune	6 (55%)

Concernant la nomenclature, pour l'anonymisation des participants, nous avons choisi d'indiquer la lettre M pour médecin suivie du chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

I. En première ligne face à l'insomnie : le sentiment d'impuissance du médecin

A. Au cœur de la prise en charge bon gré mal gré

La possibilité de créer dans la durée une relation étroite et constante avec leur médecin généraliste permettait aux patients de se confier plus facilement.

M03 : « *Je la connais depuis deux ans (...) Et dernièrement, je crois, pas plus tard que le mois précédent, j'ai appris que, c'était quoi son histoire déjà ? Je crois que son mari est mort quand sa fille avait 15 ans et qu'elle a commencé à être insomniaque à la mort du mari* »

L'insomnie était repérée lorsque les patients consultaient leur médecin généraliste pour d'autres symptômes.

M02 : « *S'ils viennent pour asthénie par exemple : là je vais leur poser la question. Est-ce que vous dormez bien ?* »

Ou par intuition

M03 : « *Je peux aussi aborder directement le sujet quand je ne le sens pas bien (...) il ne me parle pas de son état et a l'air un peu dépressif euh je lui dis : est-ce que vous mangez bien ? Est-ce que vous dormez bien ?* »

Plainte des patients ou dépistée par les médecins, l'insomnie était donc reconnue comme un sujet fréquent et inhérent à la médecine générale.

M07 : « *l'insomnie fait partie de la médecine générale, c'est un sujet de consultation, je pense que vous avez étudié ça... C'est énorme quand même* »

M05 : « *Alors j'ai l'impression que l'insomnie, c'est un problème qui est assez courant en médecine générale* »

Mais difficile à appréhender.

M05 : « *alors ça peut être très varié hein, ce n'est jamais la même chose* »

M11 : « *Un truc pas facile à gérer, qui est quand même assez fréquent et qui retentit pas mal sur les patients quoi* »

M06 : « *C'est difficile à prendre en charge parce qu'il n'y a pas que les troubles de l'endormissement, il y a aussi les réveils nocturnes* »

Si bien que chacun en donnait une définition personnelle.

M01 : « *être décalé dans son cycle du sommeil* »

M05 : « *il avait du mal à s'endormir le soir depuis quelques mois* »

M06 : « *l'insomnie c'est pareil, ce n'est pas quelque chose de grave en soi, ce n'est pas une maladie, c'est un symptôme* »

L'insomnie ne suscitait pas un intérêt majeur par rapport à d'autres pathologies considérées plus graves.

M05 : « *Je pense que beaucoup de médecins ne sont pas intéressés par l'insomnie, ils se disent que ce n'est pas un problème grave comme un problème cardiaque, voilà j'ai l'impression que c'est le ressenti général, que les troubles du sommeil ce n'est pas si grave* »

Mais la fréquence des troubles semblait tout de même contraindre le médecin à chercher des solutions.

M05 : « *c'est quelque chose qui est fréquent et je sais que je vais être amené à traiter des problèmes de troubles du sommeil assez régulièrement donc il faut savoir gérer je pense* »

M06 : « *ça concerne beaucoup de monde, on est un peu obligé de s'y intéresser* »

B. Une mise à l'épreuve du professionnalisme

Une consultation tardive, et le statut de « dernier recours ».

M02 : « *Il a attendu pas mal de temps avant de venir donc il a attendu de voir comment ça se passait et il est venu parce qu'il ne trouvait plus de solution.* »

M04 : « *quand elle est venue elle avait déjà testé plein de trucs par elle-même* »

Rendaient la prise en charge plus complexe,

M04 : *« la plupart de ceux qui viennent s'en plaindre et qu'on voit souvent en fait, et souvent ils ont ça depuis toute leur vie et donc essayer de gérer un truc qu'ils ont depuis toute la vie, ce n'est pas facile (...) A l'inverse, il y a ceux qu'on va mieux réussir à gérer, ils n'arrivent pas à dormir depuis x temps pour raison x ou y et ils n'ont encore rien essayé »*

D'autant plus que le sujet n'était jamais abordé seul.

M03 : *« ce n'est jamais le motif de consultation ou tellement rarement »*

M04 : *« ce dont j'ai plus l'impression, c'est qu'ils viennent pour autre chose et quand on fait l'ordonnance à la fin : « ah au fait docteur n'oubliez pas mon truc que je prends pour dormir » et on dit « houlà, vous prenez ça depuis longtemps ? » il répond « ah bah sinon je ne peux pas dormir » »*

Certains se retrouvaient alors dans une impasse, impuissants, et se sentaient obligés de prescrire des somnifères.

M04 : *« si la petite dame voulait dormir, elle était bien obligée de prendre quelque chose »*

M06 : *« Voilà on est bloqués, il n'y a rien d'autre à faire pour elle à mon sens en tout cas, je me sens un peu démunie, je suis obligée de lui prescrire des somnifères »*

M08 : *« Je n'arrive pas à faire plus, elle n'ira jamais en psychiatrie, elle n'est pas capable, quand elle est là, elle est complètement ralentie. Je ne peux rien faire. Je ne peux pas. »*

Cette prescription était parfois vécue comme une situation inconfortable et peu éthique.

M02 : *« je me sens assez démunie de par la thérapeutique à proposer. Parce que soit ce sont des choses très légères auxquelles je ne crois pas forcément, enfin pas à l'effet chimique du truc (...), soit on passe tout de suite sur des médicaments pour lesquels je ne suis pas à l'aise dans les prescriptions et notamment tout ce qui est ... euh somnifères. Comme je disais, à cause du risque de dépendance qui me fait peur et la difficulté à faire arrêter quelqu'un qui est sous l'emprise de somnifères, c'est assez compliqué »*

Pour certains, la réticence des patients envers un traitement par psychothérapie amplifiait le sentiment d'impuissance.

M01 : « ils ne veulent pas de traitement mais ils ne voudront jamais suivre une thérapie, comment on peut lutter par rapport à ça ? »

M06 : « On lui a proposé des séances de psychothérapie elle ne veut pas »

M03 : « C'est vrai que beaucoup de patients n'ont pas envie de voir un psy, pas envie de faire plus que ça »

D'autres avouaient abandonner face aux difficultés ressenties.

M11 : « je me dis pff j'abandonne un peu avant de commencer, c'est un peu triste mais c'est un peu ça...J'estime que je ne vais pas y arriver je pense : « ça va être trop compliqué »

Certains médecins estimaient avoir atteint leurs limites,

M05 : « c'est un problème on va essayer un traitement, c'est plus simple c'est plus rapide, on dit ça au patient et on le revoit dans un mois c'est facile et si ça ne marche pas on envoie chez un psychiatre ou psychologue, c'est plus simple »

Et se sentaient incompetents pour la suite de la prise en charge.

M02 : « je pense que je ne le ferais pas moi-même, j'enverrais vers quelqu'un qui sait faire (...) je ne me sens pas à l'aise avec ça. Je n'ai pas les capacités. Je ne sais pas si je serais capable de le faire assez bien pour savoir si ça peut apporter quelque chose à quelqu'un »

M11 : « moi je ne me considère pas comme hyper compétente dans tout le domaine un peu psy entre guillemets »

C. Le médecin isolé

Adresser au spécialiste, souvent un psychologue, était une solution envisagée par plusieurs mais limitée par le statut économique de leurs patients.

M05 : « Certains ne peuvent pas payer ou n'ont pas le temps... c'est sûr que c'est mieux dans ce cas que la prise en charge soit faite par le médecin généraliste »

M11 : « La seule chose qui bloque avec les psychologues, c'est le budget pour les patients ; le truc qui ressort, c'est ça va me coûter cher »

Cependant certains médecins ne savaient pas à qui adresser leurs patients,

M06 : « Mais aussi il faut dire que les psychothérapeutes comportementalistes y'en a peu ! Même si je voulais, je n'ai aucun réseau de ce type autour du cabinet... »

M05 : « *Ce qui serait bien aussi c'est d'avoir un réseau déjà prêt et facilement accessible, je ne saurais pas vers qui orienter aujourd'hui, tous les psychologues ne le font pas, et les psychiatres ? Au moins ce serait remboursé.* »

Et les centres du sommeil étaient reconnus comme difficiles d'accès par la majorité.

M02 : « *dans les gros centres APHP et je serais bien embêtée parce que les rendez-vous 6 mois après...Bon bah faudrait trouver une solution en attendant* »

M04 : « *j'ai aussi adressé quelques fois en centre du sommeil, à l'hôpital il y a un an d'attente pour qu'ils puissent se faire suivre* »

Un médecin doutait de la qualité des soins pouvant y être prodigués.

M10 : « *très intéressés par l'insomnie ou assez démunis face à l'insomnie comme d'autres médecins en général, et que beaucoup de patients, on leur a dit pff de toute façon ça ne sert à rien, n'y va pas dans le centre du sommeil, ça ne sert à rien, et ce sera nul et ça ne donnera rien et je pense que malheureusement c'est vrai dans un certain nombre de cas* »

Le médecin se retrouvait donc souvent seul face au patient.

II. Un patient difficile souvent stigmatisé

A. Un patient en souffrance et peu écouté

La majorité des médecins interrogés associaient l'insomnie à un symptôme de pathologie anxio-dépressive,

M07 : « *souvent, les gens ne savent pas qu'ils sont dépressifs, ils viennent parce qu'ils ne dorment pas...* »

M07 : « *l'insomnie isolée euh, je ne connais pas (...) la plupart du temps on va retrouver des gens anxieux* »

Ou à certains tempéraments.

M10 : « *il y a les anxio-dépressifs et ceux qui ne sont pas vraiment avérés comme souffrant d'une maladie psychiatrique, comme des tendances très anxieuses, des tempéraments assez obsessionnels, perfectionnistes, avec des traits comme ça de caractères qu'on va retrouver d'une façon assez générale chez les insomniaques* »

Un médecin généraliste décrivait un cercle vicieux pour les patients,

M09 : *« Mais pour la plupart, c'est plus qu'il y a un malaise global, et, un des facteurs principaux, c'est les troubles du sommeil (...) puisque de toute façon, ils sont présents dès qu'il y a des troubles dépressifs, des troubles anxieux, et ils vont majorer ou démultiplier toutes les réactions émotionnelles. Donc quelqu'un qui est dépressif, de toute façon, s'il ne dort pas...bah il va être encore plus dépressif donc euh... »*

Et d'autres, une grande souffrance.

M05 : *« il avait vraiment l'air d'être dépassé ».*

M04 : *« ils ont une détresse, ils n'en peuvent plus »*

Un médecin reconnaissait le besoin d'écoute de ses patients,

M03 : *« celui qui vient consulter exprès, il attend une écoute oui. Celui-là il attend une écoute incontestablement, il attend de pouvoir parler de lui, enfin. »*

D'autres constataient que les patients n'avaient jamais été écoutés auparavant.

M10 : *« vous écoutez des gens depuis quinze ans qui souffrent de ne pas dormir et que tout le monde s'en tape parce qu'en fait il n'y a pas tellement de bénéfices secondaires, les gens ils n'en ont rien à cirer que vous dormiez mal »*

M09 : *« voir autant de gens mis sous hypnotiques et anxiolytiques, alors que jamais on ne leur a appris une technique de relaxation, jamais on ne leur a donné des conseils pour leur sommeil, jamais on ne les a envoyés vers un thérapeute pour soigner leur dépression qu'ils se trainent depuis longtemps. »*

B. Un patient ambivalent : en attente d'une solution miracle

Un médecin estimait que les attentes des patients se résumaient à un « médicament miracle » qui allierait efficacité et innocuité,

M05 : *« ils ont l'impression que tu as des médicaments miracles où il n'y aura pas d'accoutumance, où ça va leur changer leur vie... ».*

Ainsi qu'une immédiateté,

M01 : « *le patient, il veut quelque chose d'assez rapide ou il veut une aide immédiate* »

M04 : « *Le sommeil est hyper important, faut réussir à le prendre en charge et beaucoup veulent être soulagés assez rapidement* »

D'autres ajoutaient l'importance du remboursement des soins pour les patients.

M10 : « *Je pense qu'en France la santé quand les choses ne sont pas remboursées, les gens ne veulent pas ou ne peuvent pas* »

Plusieurs médecins généralistes insistaient d'ailleurs sur l'appréhension des patients plus jeunes concernant les hypnotiques.

M05 : « *Je crois qu'il avait peur de devenir accroc (...) ça lui faisait un peu peur, à 25 ans de finir ses jours avec un traitement à prendre tous les soirs donc il n'était pas trop pour ça.* »

M10 : « *quand même, les vieux ils ont surtout essayé les médocs, mais les jeunes ils n'en veulent pas* »

Un médecin évoquait parallèlement le manque de motivation de ces patients lorsqu'il s'agissait de faire des efforts.

M06 : « *alors les médicaments naturels, ils n'y croient pas. Le reste ils n'ont pas le temps, c'est ce qu'ils disent en premier on n'a pas le temps il y a la vie de famille à gérer quand on leur dit il faut aller nager ils répondent « ah mais il fait froid », ils n'y mettent pas trop de bonne volonté ...c'est tellement facile de prendre un truc et de dormir.* »

M02 : « *elle n'est pas motivée quoi. Encore moins si on lui demande de moins dormir ahah, et je pense qu'elle n'en comprendrait pas l'intérêt* »

Un autre doutait des capacités d'observance du patient quant aux techniques non médicamenteuses.

M01 : « *j'ai du mal à imaginer un patient faire ça sur un mois* »

Un médecin soulignait les difficultés éprouvées à faire accepter une prise en charge « psy » au patient,

M04 : « *En fait, la TCC j'en ai déjà entendu parler mais ce qui est difficile c'est plutôt la réticence des patients à aller vers le psychiatre qui me pose problème. Ils ne veulent pas.* »

Alors qu'un autre tentait d'en trouver l'explication par la peur d'une stigmatisation,

M01 : *« est-ce qu'il ne va pas se sentir jugé au final. Parce que thérapie, ça met tout de suite dans une certaine catégorie. Il peut se sentir comme fou ou psy et ça peut le freiner. »*

Par pessimisme,

M04 : *« Quand on a des personnes d'un certain âge ils n'ont pas envie d'aller déballer toute leur vie, ils se disent que ce n'est pas la peine que c'est trop tard que ça ne va pas marcher »*

Ou manque de remboursement.

M01 : *« pourquoi aller payer quelqu'un si le médicament remboursé par la sécu fonctionne »*

C. Un Patient dépendant

Pour un médecin généraliste, les patients sous hypnotiques étaient principalement des personnes âgées totalement réfractaires au changement.

M03 : *« ah ça je pense que les vieux ils sont indécrottables »*

Un autre avouait des difficultés plus importantes mais restait plus optimiste sur un sevrage.

M09 : *« les personnes âgées, ça peut être un peu plus long parce que le changement cognitif est beaucoup plus difficile, les schémas mentaux concernant les croyances sont plus rigidifiés chez la personne âgée donc c'est plus difficile de développer des pensées alternatives, plus difficile mais pas infaisable »*

Ces patients cherchaient absolument à préserver un certain « équilibre », ce qui ne pouvait se faire, selon eux, qu'avec un médicament.

M02 : *« pour elle, c'est hors de question qu'elle arrête. Elle dit qu'elle a vécu tellement de trucs dans sa vie que maintenant elle a trouvé un équilibre et que voilà »*

M01 : *« c'est un peu le dire des patients : « pourquoi m'embêter alors que tout va bien et ça marche » ou comme « pourquoi me coucher plus tard ou plus tôt pourquoi me priver que quelques heures parce qu'avec ça ça marche » donc ça c'est les patients qui sont contents des médicaments et avec eux on ne peut rien faire dans tous les cas... parce qu'ils ne sont pas demandeurs en fait. »*

M09 : *« si le patient apprend qu'il lui faut son médicament pour dormir... bah... il va avoir du mal... Après, si on lui dit « bah... on va essayer d'arrêter », il va dire «bah non, moi c'est bon, je dors bien là », donc on va avoir des freins à retourner en arrière »*

Toutes les solutions alternatives que le médecin généraliste pouvait proposer étaient rejetées d'emblée.

M04 : *« La plupart du temps quand les patients viennent ils ont leur médicament et veulent continuer (...) A part le médicament, hum je n'ai pas l'impression qu'ils attendent quelque chose »*

M01 : *« puisqu'ils ne sont pas demandeurs, ils sont fermés à toute autre proposition... Ils ne veulent rien entendre. Absolument rien entendre. (...) s'il est heureux avec tout ça il n'a pas envie de faire une thérapie, il est content quoi »*

M03 : *« elle ne veut pas en changer, pas changer de thérapeutique parce qu'elle est très bien avec et « au moins », comme elle dit, « elle dort » ».*

Certains médecins évoquaient un comportement de ruse chez les patients qui fuyaient toute discussion de peur qu'on les prive de somnifères.

M04 : *« ils en profitent un peu pour te demander ça à la dernière seconde pour que tu leur rajoute vite fait et qu'il n'y ait surtout pas de discussion... Tu leur mets leur produit pour dormir et ils vont dormir. »*

Un patient évoquait d'ailleurs son traitement comme une « petite drogue » et usait d'humour devant le médecin.

M03 : *« j'ai cette dame qui doit avoir 70 ans qui est venue, toute propre sur elle, comme tous les mois, qui m'a dit « je viens chercher ma petite drogue, Docteur » »*

L'image d'un patient dépendant et difficile à discipliner était évoquée par un médecin.

M04 : *« donc quand ils n'en ont plus, ils demandent à la tante, la cousine, la voisine, la concierge, le boucher...qui leur filent ce qui leur restait de la dernière prescription. Comme les antibiotiques qui trainent quelque part, c'est de l'automédication. On peut avoir du mal à discipliner le patient dans ces cas-là »*

Ces patients étaient pour certains médecins représentatifs voire responsables de l'image des français concernant les comportements de santé.

M03 : « *C'est vrai que les français sont connus pour être un peuple de drogués* »

M08 : « *Les français, je suis furieuse : J'ai des CMU, ce n'est pas remboursé...ah non, je n'en veux pas et après quand je l'interroge, elle fait des cours de danse elle voit un acupuncteur...* »

Un autre associe les addictions diverses de son patient à celle du somnifère. Selon lui, une prise en charge non médicamenteuse était inenvisageable.

M06 : « *Les patients avec un terrain psychiatrique psychotique par exemple, impossible même s'ils sont suivis au CMP...bon... en plus ils prennent du cannabis et de l'alcool en même temps c'est impossible à faire quoi* »

III. Ambivalence du médecin généraliste dans la prise en charge : le statut de bienfaiteur isolé

A. Le médecin sous tension

1. Devoir bien faire : locus externe

Suivre les recommandations

L'un des premiers rôles auto-attribués par le médecin généraliste était de connaître et suivre, malgré les difficultés, une conduite à tenir se rapprochant le plus possible de celle dictée par les groupes d'experts dans les recommandations.

M04 : « *ils continuent à prendre des médicaments bah c'est assez difficile d'autant que de l'autre côté on vous dit : arrêtez tous les médicaments...enfin c'est ce qui est recommandé* »

M09 : « *Déjà, il y a une AMM ou enfin une règle de prescription. C'est censé être une solution que pour 28 jours...On est face à un problème une fois qu'on a passé les 28 jours* »

M07 : « *je me suis renseignée pour comprendre ce que c'était la TCC ; parce que je voyais de plus en plus de préconisations de l'HAS* »

Un médecin évoquait tout de même la possibilité, si besoin, de contourner les règles.

M05 : « oui c'est vrai ça -les ROSP- peut avoir un impact en incitant à respecter un peu les durées de prescriptions, enfin c'est triste à dire mais je pense que c'est aussi facile à détourner »

Rôle de diagnostic

Par opposition à la dimension très psychologique de l'insomnie, le rôle diagnostique du médecin, basé sur des connaissances scientifiques, était également valorisé.

M07 : « pour moi c'est important, sans prétention, d'être d'abord médecin c'est-à-dire de pouvoir faire d'abord un diagnostic clinique quand quelqu'un vient me voir. S'il y a un problème médical dans un premier temps on reste médecin »

M08 : « D'abord il faut faire un travail médical, ça sert d'être médecin généraliste »

M11 : « le côté un peu plus scientifique un peu plus « on va faire des examens je pense que ça a tendance à convaincre les patients et puis moi ça me convainc aussi »

2. Un rôle idéalisé : locus interne

Prendre en charge la globalité du patient

Un médecin rappelait l'importance d'envisager la problématique du patient dans sa globalité.

M07 : « c'est comme ça que je fonctionne, j'ai besoin d'avoir des connaissances assez larges, euh pour pouvoir ensuite identifier... Euh j'ai besoin d'avoir une vision un peu de plus haut de la problématique de la personne... »

M02 : « avant de traiter l'insomnie pure je regarde avant quels peuvent être les facteurs, s'il y a de l'angoisse, s'il y a du stress, s'il y a de la dépression (...) c'est un ensemble, donc je vais déjà essayer de traiter l'ensemble avant de traiter le symptôme de l'insomnie »

Être utile, aider

M05 : « Je me suis plutôt senti utile, j'ai eu l'impression de l'aider »,

Être responsable et décider

La prise de décision thérapeutique impliquait un certain sens des responsabilités et le médecin se devait d'envisager et assumer, seul, les conséquences éventuelles de ce choix.

M09 : *« on connaît les effets indésirables, on sait qu'il y a des problèmes d'accoutumance, de phénomènes de sevrage... on sait que y a... Euh...des effets, même si les demi-vies sont courtes, les médocs sont encore présents dans le sang le lendemain matin, quand les gens prennent leur voiture, le métro, quand ils descendent les escaliers, ça va favoriser les difficultés pour tout ce qui est lié à la mémorisation, les apprentissages, la concentration... »*

M04 : *« c'est même dangereux ... s'il y a un accident de la route, qu'il s'est endormi ... pourquoi ? Bah je ne dors pas depuis une semaine parce que mon médecin ne veut plus me prescrire mon somnifère »*

Développer une relation de qualité

La majorité des médecins accordaient beaucoup d'importance à la qualité de la relation développée avec leurs patients. Les rôles d'écoute et d'empathie étaient considérés comme essentiels.

M08 : *« Pour la relation, c'est essentiel ! Comme on dit pour moi, en tout cas, c'est l'effet placebo qui représente 40% de l'effet du médicament, et uniquement dans la relation médecin patient »*

M10 : *« créer cette écoute je pense que ça c'est un truc fondamental pour arriver à ce que les gens s'en sortent, un jour, mais que si on veut servir à quelque chose en faisant de l'insomnie, il y a absolument besoin que l'alliance se fasse »*

Certains médecins militaient d'ailleurs pour préserver cette relation qu'ils jugeaient menacée par l'évolution de la médecine devenue hyper technique et déshumanisée.

M03 : *« de toute façon on évolue doucement vers une diminution de la relation médecin malade, on va avoir une médecine hyper technique maintenant. Bon moi j'ai gardé ma vieille médecine et j'y tiens beaucoup »*

M08 : *« il y a eu plein de formations qui au cours des années ont été supprimées, qui étaient autour de la relation médecin patient, toutes ont été supprimées. Donc maintenant les*

formations c'est les recommandations et ensuite « combien ça coûte » et « conduite à tenir devant » ; « conduite à tenir devant » ce n'est pas tellement de la relation médecin patient... »

M09 : « aujourd'hui, un médecin qui tourne à un patient toutes les 10-15 minutes...Eux n'ont pas le temps d'écouter les gens... c'est impossible...Ils n'ont pas le temps de faire l'éducation du patient »

Trouver la meilleure solution pour le patient

Certains médecins estimaient qu'il était de leur ressort de proposer la meilleure option de traitement possible au patient,

M01 : « je veux pouvoir répondre au mieux à ces patients »

En évaluant la situation au « cas par cas », de façon personnalisée et selon leur ressenti.

M01 : « c'est un peu au feeling selon avec qui on est... Donc c'est vraiment comment je le sens qu'est-ce que je peux faire avec le patient qu'est-ce qu'il veut, et qu'est-ce qu'il demande ? Est-ce que c'est urgent et que je suis vraiment inquiète, je pense que c'est vraiment au cas par cas »

M08 : « Ben je ne travaille qu'avec ça -intuition- hein ; on ne va pas faire du copier-coller de ce qu'on a appris, on travaille avec soi quand même ; un reflux est-ce que ça va être le même rapport au patient la même prescription la même chose que vous allez faire ? Même avec des symptômes identiques ? je veux dire que si ne prenez pas la singularité de la personne, qu'est-ce que vous faites ? »

3. Face au patient : la posture ambivalente du médecin

Vouloir bien faire

Un médecin estimait que la prise en charge idéale était non médicamenteuse.

M11 : « *idéalement ce serait de gérer avec zéro médicament avec des techniques de relaxation avec des choses comme ça, c'est ce que je préférerais pouvoir faire pour tout le monde* »

Cette idée était partagée par de nombreux médecins interrogés,

M03 : « *L'idée c'est moins on en prend mieux on se porte* »

M08 : « *Moi je ne suis pas très médicament* »

Essentiellement par crainte des effets secondaires des hypnotiques,

M02 : « *j'avoue ça fait un peu peur... A cause de l'addiction que ça provoque, ce n'est pas bon. Je n'ai pas envie de rendre mon patient accro* »

M05 : « *je ne suis pas trop à l'aise sur l'idée de prescrire disons* »

Mais aussi une volonté de lutter contre le laisser-aller, la passivité.

M06 : « *ce n'est pas au médicament de changer leur vie c'est à eux...* »

M10 : « *j'essaye de moins le faire -les plantes- tout au début parce que je pense que tant qu'ils n'adhèrent pas à essayer de changer quelque chose...* »

Pour certains, la prescription était donc « avouée » comme une contrainte, un renoncement à ses valeurs.

M04 : « *Ce n'est jamais avec plaisir que je le prescris, quand je le fais c'est que j'ai l'impression que le patient a essayé des techniques non médicamenteuses* »

M09 : « *après, moi, j'avoue, j'utilise aussi de temps en temps des hypnotiques* »

Certains temporisaient par l'utilisation de phytothérapie ou de mélatonine jugées plus ou moins efficaces.

M03 : « *avant d'alourdir la situation sauf si elle est vraiment d'emblée lourde, j'essaie de commencer avec de la phytothérapie pour temporiser et voir un peu si euh l'effet placebo d'une phytothérapie bien conduite peut suffire* »

M10 : « *certaines phytothérapies pour l'anxiété, la dépression peuvent être très bien et que du coup c'est une grande aide après pour la qualité de sommeil, moi je donne pas mal de mélatonine aussi* »

Comment aider

Les médecins se sentaient souvent investis d'une mission de protection du bien-être du patient. Si pour certains, cela consistait avant tout à éviter de prescrire, pour d'autres il s'agissait avant tout de permettre au patient de poursuivre une vie normale, et notamment de continuer à travailler.

M04 : « *je ne me vois pas imposer à quelqu'un qui travaille d'arrêter ses médicaments pendant une semaine et de ne pas dormir, ce n'est juste pas possible (...) je ne veux pas imposer tout ça à mes patients* »

M01 : « *si je vois que c'est une femme active par exemple et que l'insomnie a euh...des conséquences immédiates sur son travail, c'est vrai que je peux être amenée à proposer plus facilement des médicaments* »

M03 : « *Quand c'est quelqu'un qui bosse, qu'il faut dormir et qu'il a jusqu'au mois de juin pour faire ses preuves, je ne commence pas à aborder un truc sans fin avec lui ... Je dis « on va parer à l'urgence et puis on va voir »*

La prescription était également évoquée comme un moyen de contrôle du patient pour éviter les autres « dérives » addictives souvent associées à l'insomnie.

M03 : « *Je vois tellement de personnes, surtout les femmes qui préfèrent boire pour être sûres de dormir que je préfère médicaliser une insomnie plutôt que de laisser une dérive de malaise absolu* »

M04 : « *il y a une sorte de pression que le patient aille voir ailleurs, ou qu'il fasse n'importe quoi* »

M01 : « *En ce moment j'ai un patient qui prend du cannabis pour dormir* »

Enfin, d'autres médecins prescrivait pour apaiser une souffrance jugée intense et faisant pencher la balance « bénéfice-risque » en faveur du médicament.

M09 : « *Souvent, quand il y a vraiment une grande souffrance associée au manque de sommeil, par exemple le patient dépressif qui ne dort plus et où clairement, ça démultiplie les idées*

noires, en général je leur prescris un hypnotique au moins pendant quelques jours pour qu'ils retrouvent déjà quelques nuits apaisées. »

M10 : « il y a dix ans j'étais un ayatollah... Pour rien au monde.... Disons que j'aurais trouvé que je donnais de la drogue aux gens si je leur donnais des somnifères. Je trouve que les « benzo », tout ça, je n'aurais jamais donné ça, maintenant je suis quand même plus souple et du coup il y a quand même des gens qui vont super mal, pour qui c'est vraiment l'urgence de donner quelque chose donc maintenant franchement je le donne »

M11 : « il y en a certains pour qui c'est hyper invalidant dans la vie de tous les jours, qui sont épuisés, ça retentit sur le moral ; on sent que c'est un gros problème, et dans les cas de gros problèmes je vais plus facilement aller à la prescription d'un médicament »

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, les représentations des médecins étaient variées : si certains médecins généralistes trouvaient que l'approche par TCC correspondait à leurs valeurs.

M07 : « une approche rationnelle, pour moi ça me correspond, je suis assez rationnelle... »

M05 : « avec tout ça, j'aurais peut-être plus de questions à poser aux patients, ça me laisse une alternative »

D'autres se sentaient gênés de ne « rien proposer de plus » que la restriction du sommeil, proposition thérapeutique qu'ils estimaient trop longue.

M01 : « C'est ça qui me perturbe dans l'histoire, c'est vraiment une solution plus qu'un agenda et des règles d'hygiène de vie quoi (...) ça me paraît long en fait, le patient, il veut quelque chose d'assez rapide ou il veut une aide immédiate et c'est vrai que les surveillances d'agenda avec propositions de restriction, j'ai du mal à savoir comment ça peut se mettre en place et comment je peux répondre au besoin du patient ».

M04 : « euh je ne sais pas comment ils prendraient le fait qu'il faut faire un travail au long cours entre guillemets, enfin « moyen » cours sans avoir rien pour effectivement répondre immédiatement »

Plusieurs partageaient cet avis et estimaient que le patient devait, en plus, être motivé.

M04 : « *La restriction c'est un peu dur pour les patients au début. Une formation à Saint Antoine nous l'avait présenté : il ne fallait surtout pas qu'ils dorment la journée, j'avais trouvé ça super « hard ». Il faut des vacances et de la motivation pour gérer ça.* »

Ils ne pensaient donc proposer cette solution qu'à des patients préalablement sélectionnés.

M01 : « *Moi je le verrais plutôt sur une population jeune, active 30-40 ans, je le verrais plutôt comme ça, pour mes nouveaux patients jeunes qui sont plus ouverts sur d'autres techniques comme la psychothérapie, moins tournés vers les médicaments* »

M04 : « *En tout cas c'est sûr qu'il y aura des patients qui seront tout à fait adhérents à ce genre de chose, qui auraient peut-être envie d'essayer ; qui n'auraient pas déjà tout regardé sur internet et qui n'auraient pas déjà tout essayé...* »

B. Le médecin vulnérable

1. L'influence du patient

Dans ce processus complexe de prise de décision, un médecin apparaissait perméable à certaines influences directes, comme un patient insistant pour obtenir une prescription,

M05 : « *si le patient est très demandeur ça peut aussi m'inciter à prescrire plus vite* »

M05 : « *Si le patient me dit qu'il ne veut aucun traitement, bah je ne prescris pas ça va dans l'autre sens aussi mais s'il insiste pour un traitement et que moi j'hésite bon bah je lui dis on va essayer* »

Ou indirectes comme les attentes d'un traitement rapidement efficace déjà abordées précédemment, et la peur de la fuite du patient s'il n'était pas satisfait.

M01 : « *si je ne veux pas mettre de médicaments et que le patient est fermé, il ira voir un autre médecin qui lui mettra peut-être les médicaments, plus vite que moi* »

M03 : « *Ça met un peu le couteau sous la gorge, s'il n'y a pas de résultats rapides il ira voir ailleurs...* »

Enfin, empêtré dans une quête de solution miracle, un médecin faisait appel à son expérience personnelle

M04 : « *c'est quelqu'un de ma famille, c'est pour ça que j'étais assez tentée d'essayer la mélatonine et de dire aux gens que ça peut marcher. J'ai quelqu'un dans ma famille, d'âge et*

qui prenait depuis très longtemps du «Temesta » et c'est la pharmacienne qui lui a proposé la mélatonine et elle a réussi à se sevrer »

Un autre inventait des techniques pour contenter les patients.

M05 : *« Tu prends ton comprimé de somnifère ou d'anxiolytiques et chaque soir, tu mets un coup de lime à ongle, ça fait un sevrage très progressif. - Ca a déjà marché avec un de vos patients ? - Non ! (Rires) »*

2. La gestion des affects

De l'empathie à la sympathie

Certains médecins ayant vécu une expérience similaire à celle des patients semblaient abaisser leurs défenses et devenaient plus conciliants avec ces derniers.

M04 : *« toutes les pensées dysfonctionnelles dont vous parliez, c'est exactement ce que je pense moi, quand je ne dors pas. Je me dis « c'est une catastrophe » (...), je vais être dans un état épouvantable » et je ne me lève pas. Donc pour moi, c'est rare, mais il y a aussi l'expérience personnelle qui parle, on va dire que j'ai peut-être un peu plus d'empathie pour ces situations-là »*

M11 : *« probablement sans que je le veuille forcément, mais si je m'identifie à quelqu'un sur certains trucs, oui, certainement que je vais plus dans son sens, enfin je ne sais pas, répondre à ses demandes, je ne sais pas »*

L'opposition, agressivité, zèle

Certains médecins se sentaient agacés lorsque les patients les poussaient dans leurs retranchements et la réaction était de repousser le patient.

M06 : *« je l'avais vue quelques fois mais là. J'ai fait : « comment ? » J'ai dit : « vous savez très bien que c'est impossible ! », elle m'a montré son ordonnance. Son médecin lui prescrit dix comprimés par jour ! Je lui ai dit « ben moi je ne vous la renouvelle pas ! »*

Interrogé sur la possibilité que le patient parte voir un autre médecin, l'un d'entre eux exprimait un soulagement de ne plus y être confronté.

M01 : *« ça veut dire qu'en effet on n'aurait rien pu faire avec lui de toute façon. »*

D'autres contenaient ces ressentis et faisaient preuve d'un certain « zèle » en tentant de rallier les patients à leur cause.

M10 : « *je dois être un peu cinglée, un peu maso, parce que ceux qui me rebutent, mais vraiment je ne les aime pas quoi, ils me saoulent, ils sont cons, ils sont chiants, je me dis tu vas voir, je vais te retourner ; donc je me donne quand même deux ou trois consult' »*

Les stratégies pour faire face à l'ambivalence : le Coping

Si prescrire des somnifères participait selon certains à favoriser le bien être des patients, les médecins interrogés ressentait systématiquement le besoin de justifier leurs prescriptions. Cela m'a conduit à concevoir la prescription d'hypnotiques comme un stress face auquel les médecins développaient plusieurs stratégies.

Une des premières stratégies était d'orienter la conversation sur les incertitudes concernant l'association troubles cognitifs /hypnotiques.

L'un d'entre eux citait des présentations de congrès,

M10 : « *moi les effets sur la démence, j'y crois moyennement, il y a eu un exposé au congrès du sommeil il y a deux ou trois ans sur «Benzo » et «Alzheimer», la réalité c'est que ... ce n'est pas si établi que ça le lien »*

D'autres se fiaient à leur expérience ou encore leur intuition.

M03 : « *il y a des études qui parlent et moi y'a mon étude à moi du haut de mes 57 ans et de mes 25 ans de médecine libérale. Mes patients sous somnifères ne sont ni Alzheimer, ni déments, ni n'ont de troubles cognitifs, ni ne chutent »*

M09 : « *A mon avis, je ne sais pas si ces études ont été faites chez des patients qui avaient des niveaux d'anxiété similaires mais, à mon avis, intuitivement, c'est plutôt lié à ça. C'est plutôt l'anxiété chronique qui va être responsable de troubles cognitifs chez le sujet âgé que les benzo ou AD qui ont été pris pour soigner ces symptômes. Mais c'est un avis personnel hein »*

Ces mêmes médecins assumaient aussi une conduite pragmatique, plus rassurante.

M10 : « *il ne faut pas forcément dire que les benzo, « Stilnox » ou quoi c'est tout de la saloperie et qu'il faut tout mettre à poubelle ; je pense que c'est quand même utile, qu'il faut savoir y avoir recours, que parfois les gens, ça les rassure »*

M03 : *« si au moins le somnifère peut leur permettre de ne pas avoir une rencontre cauchemardesque avec la nuit et que y'a pas d'alternative, je n'ai pas de préjugé négatif à l'égard du somnifère, je suis bien contente qu'on en ait »*

M09 : *« je n'ai pas vraiment de jugement négatif sur le fait de prendre ou pas des hypnotiques, je pense. De là à être dogmatique, et à dire « non il ne faut pas en prendre, ce n'est pas bon » ..., y a des moments où c'est nécessaire, notamment un patient qui ne dort plus et qui est à deux doigts de se foutre en l'air, je pense que c'est indispensable, ça ne sert à rien de vouloir lui faire remplir des grilles de sommeil »*

Une autre stratégie était cette fois utilisée pour faire face au renouvellement hors recommandations chez des patients chroniques. Certains médecins adoptaient une posture passive, la responsabilité de la prescription était en partie transférée sur d'autres médecins,

M03 : *« moi je suis hors mode de fonctionnement classique puisque je me dis de toute façon euh, je n'ose pas le dire mais au point où elle en est, elle en a bouffé du somnifère... et malgré moi ! »*

M11 : *« les patients chroniques sont des patients qui étaient là avant que j'arrive et c'est souvent ces patients qui ont les traitements depuis longtemps » ; « des traitements qui ont été prescrits par des psychiatres au départ (...) du coup la prise en charge consiste à continuer ce qui a déjà été fait (...) c'est vrai que je ne me sens pas de me lancer là-dedans dans des modifications et tout ça »*

Ou encore sur les patients.

M11 : *« les gens dans l'ensemble sont très, très, très réfractaires de toute façon »*

M05 : *« ce n'est pas moi du haut de mes 30 ans qui vais changer les habitudes d'une dame de 85 ans »*

Certains médecins tentaient de décourager leurs patients avant la prescription en avouant leurs réticences,

M1 : *« je leur dis : je n'ai pas trop envie de vous mettre des médicaments très puissants qui risquent d'entraîner une accoutumance dont vous aurez du mal à vous passer »*

Ou se rassuraient tout en rassurant les patients sur l'innocuité d'une consommation brève.

M09 : « *Je me dis, enfin je leur présente toujours les choses en leur disant « c'est une béquille », le but, ce n'est pas un traitement au long terme, c'est juste traiter le symptôme quand le symptôme est trop important pour pouvoir attendre que le traitement psychothérapeutique marche »*

C. La désillusion et entrée dans le cercle vicieux de l'impuissance

1. Frustrations

Le manque de temps pour bien faire les choses était régulièrement évoqué par les médecins généralistes.

Certains se sentaient surmenés et n'arrivaient plus à assumer leur rôle de médecin dans le temps qui leur était imparti.

M03 : « *là je ne me suis jamais autant dit que je n'arrivais plus à rien, à penser aux vaccins, aux frottis, à penser à tout quand je vois mon patient une fois par an »*

M04 : « *la sécu nous envoie des trucs, « est-ce que vous avez fait le speech sur le tabac, sur l'alcool, à vos patients ? », mais le faire pour chaque patient à toutes les consultations, euh non, y'a trop de choses. Tant qu'ils n'auront pas compris ça... »*

Ce surmenage pouvait amener à adopter une conduite qu'ils savaient inadaptée et à l'encontre de leurs convictions. Cela aboutissait à un fort sentiment de frustration.

M04 : « *Moins de temps de consultation, c'est ce qu'on voit sur les consultations courtes quand il y a énormément de monde, on va avoir tendance à se débarrasser du patient en quelque sorte, à prescrire les antibiotiques pour le mal de gorge pour ne pas perdre 15 minutes à expliquer que c'est un virus et faire les tests (...) pour l'instant non, on n'est pas dans une ambiance ou on a plus de temps donc... je ne vois pas comment débloquer le problème »*

M08 : « *malheureusement ce n'est pas payé, d'être dans la relation avec le patient parce quelquefois, ça met plus de temps que 15 mn. Ah bon, vous êtes fatigués ? OK je vous mets combien de jours d'arrêt de travail? Ça ne dure pas longtemps, c'est bien ...mais bon ... »*

Le manque de suivi était également mal vécu. Le médecin exerçant dans un centre de santé regrettait de ne pas avoir de retour de sa prise en charge.

M11 : « *Bon, on a quand même beaucoup de nouveaux patients (...), des patients que je ne connais pas et qui viennent, et souvent, ce sont des patients que je ne revois pas forcément. En fait, c'est difficile de savoir ce que ça a donné derrière* »

Ce ressenti était partagé par un des médecins exerçant en tant que remplaçant.

M05 : « *je l'ai déjà fait mais bon je n'ai pas eu les retours, c'est ça le problème quand on est remplaçant* »

Les difficultés pour se former étaient en partie dues au salariat selon un médecin.

M11 : « *ici, quand on ne vient pas, on n'est pas payé. Donc, une journée où je fais une formation, je perds une journée de travail donc forcément ça fait un peu réfléchir aussi (...). On est salarié ; il y aurait peut-être des moyens de négocier mais c'est compliqué* »

La sensation d'échec et l'impuissance qui en résultaient participaient également au sentiment de frustration.

M05 : « *Peut-être que s'il était revenu en consultation, qu'il avait dit ça fait trois mois que j'essaye mais ça ne marche pas je n'aurais pas su quoi faire...* »

M02 : « *si je les vois revenir, j'aurais l'impression de ne pas être efficace. C'est comme un rappel de l'échec de la prise en charge tous les mois* »

2. Image dégradée : la stigmatisation du médecin

Manque de reconnaissance du patient et désinvestissement

Le médecin ne se sentait plus reconnu comme compétent par le patient,

M04 : « *elle ne venait pas me voir pour que je prenne en charge son sommeil quoi, elle voulait voir un spécialiste. Enfin elle n'avait peut-être pas idée que l'on puisse, nous, faire des choses euh ... pour ça* »

Et regrettait une approche consumériste de la médecine,

M08 : « on est considéré comme prestataire de service ; donnez-moi ci, donnez-moi ça, enfin, un distributeur automatique, donc il y a des fois, je leur dis : « écoutez, vous voulez un distributeur automatique vous allez à la pharmacie, ils sont heureux de vendre ; moi je suis médecin je ne sais pas faire ça » (...) J'essaie de bien travailler mais ce n'est pas moi qu'on voit, c'est le prestataire de service qui va passer deux minutes la consultation qui va lui prescrire ça pour ça »

Conduisant au désinvestissement du médecin.

M03 : « la jeune génération, ils veulent un truc allégé, ils imaginent qu'on soigne tout indifféremment pareil (...) Je m'implique beaucoup plus quand c'est mes patients qui viennent et qui reviennent mais alors, le petit jeune qui vient parce que je suis disponible à l'heure où... alors je me trompe peut-être hein, mais je crois que je serais beaucoup plus désinvestie »

Un médecin identifiait un type de patient très critique envers le corps médical, renvoyant au médecin une image négative de lui-même.

M10 : « ce genre de patients, il y en a assez régulièrement en fait, ils ne veulent rien ni personne, ils savent tout mieux que vous, ils sont là à vous expliquer que tout le monde est con, qu'ils en ont déjà vu cinq des médecins et qu'ils ont tous fait que de la merde et donné de la merde et c'est tout ; peut-être que oui peut-être que non... »

Manque de reconnaissance institutionnelle

Deux médecins exprimaient le manque de réalisme des propositions de remboursement de la TCC par la Sécurité Sociale. Le ressenti était celui d'une absence de reconnaissance des diplômes et compétences durement obtenues, ainsi que du mode d'exercice libéral.

M08 : « la psychothérapie est remboursée, 32€ une heure et le médecin n'a pas le droit de faire de dépassement. Donc, moi, si ça passe comme obligatoire, je serai obligée de changer mon titre de psychothérapeute pour demander un peu plus que 32€ une heure... Donc tous les diplômes que j'ai faits, poubelle»

M09 : « ils étaient partis sur une rémunération de 30 euros environ... sauf que c'était délirant, parce qu'une consultation de TCC, c'est $\frac{3}{4}$ d'heure, voire une heure et ce n'est pas possible... enfin... On ne peut pas vivre en étant en libéral à ces prix-là »

IV. Formation : au-delà des compétences, retrouver confiance en ses capacités

A. Des compétences sous estimées

1. Des lacunes universitaires en partie comblées par l'expérience

Une grande majorité des médecins, tous âges confondus, n'avait aucun souvenir d'une formation universitaire sur la prise en charge de l'insomnie.

M06 : *« je n'ai jamais suivi de formation sur ça pendant les études ni après »*

M07 : *« je ne me souviens pas que j'ai eu des cours sur l'insomnie, ça ne me dit rien du tout »*

M08 : *« je n'avais rien appris à l'hôpital qui me permettait de répondre aux demandes. »*

Un seul médecin précisait avoir participé à un atelier de formation lorsqu'il était interne,

M11 : *« c'est dur parce que à part l'atelier « troubles du sommeil » de deux heures à la fin bon... (rires) »*

D'autres avaient suivi des formations brèves mais sans être totalement satisfaits des réponses apportées ou la façon d'enseigner trop théorique.

M04 : *« normalement, leurs formations sont très bien mais pour le coup là, j'étais pas sortie ...très satisfaite. »*

M07 : *« j'ai vu les autres formations qui existent, notamment à la Pitié, qui sont plutôt universitaires et les DU. Je trouvais ça trop théorique »*

Une majorité de médecins avait malgré tout des notions primaires de prise en charge de l'insomnie. Celles-ci étaient acquises lors de stage, par mimétisme ou par confrontation directe avec le patient.

M01 : *« bah mes connaissances se limitent à mon stage de gériatrie »*

M06 : *« c'est chez le praticien en stage, on apprend sur le tas un peu par mimétisme comment aborder ça »*

M08 : *« être sûr qu'on est pas dans la gravité (...) et donc qu'on peut faire de la psy, qu'on peut échanger, rentrer dans la relation, c'est tout ce que m'a appris la médecine, mais tout le reste je l'ai appris sur place, je ne l'ai pas appris à l'hôpital. »*

2. Faire appel au bon sens pour essayer de sortir de l'impasse

Des conseils de bon sens

L'ensemble des médecins (non formés) interrogés prodiguaient des conseils de bon sens aux patients.

M05 : *« je n'ai pas utilisé de connaissances très poussées en médecine, mais juste des conseils de base qui l'ont aidé un peu »*

Il s'agissait principalement de l'hygiène du sommeil,

M11 : *« parfois, j'essaye de réexpliquer les petites règles du sommeil et d'éviter les écrans, le sport après une certaine heure, éviter les excitants etc. »*

M03 : *« on ne travaille pas, on ne regarde pas la télévision, que la pièce soit calme qu'il n'y ait pas de lumière, qu'il n'y ait pas de télé qui ronronne derrière... ni de radio, que, de préférence, le réveil ne soit pas sur la table de chevet mais au fin fond de la pièce et tourné, qu'ils ne soient pas en permanence à regarder l'heure, à se réveiller pour regarder l'heure donc ça c'est déjà le B.A.-BA »*

Ainsi que de quelques notions de « contrôle » du stimulus,

M01 : *« je lui ai fortement conseillé de se mettre au lit uniquement quand il était fatigué, et pas forcément à 22h s'il ne l'est pas »*

M05 : *« parfois moi, je leur dis que s'ils se réveillent en pleine nuit ou s'ils mettent du temps à s'endormir le soir, je leur dis de sortir du lit faire quelques chose d'autre, aller boire un verre d'eau, marcher dans l'appartement et de revenir dans le lit après, de ne pas rester dans le lit à regarder le téléphone ou écouter de la musique.»*

Et différentes techniques de relaxation, adaptées au patient.

M03 : « *J'ai un patient qui me disait « j'écoute des podcast » je disais « mais ce n'est pas une façon de s'endormir » toute la nuit il écoute des podcasts et il finit par s'endormir. Donc je lui ai dit « bah, essayez petit bambou » et il m'a dit « ça aide beaucoup mieux effectivement » ça accompagne au sommeil, une voix douce »*

M06 : « *tu peux leur proposer d'aller faire le parcours sportif du parc, d'aller à la piscine avec les jets ils se détendent et tout »*

Une prise en charge insuffisante pour certains

Un médecin trouvait ces mesures insuffisantes.

M01 : « *on est assez vite limité parce que quand on a fait les deux ou trois règles d'hygiène de vie, bah les patients ne sont pas trop contents »*

Un des médecins pratiquant la TCC regrettait que trop peu de médecins ne délivrent ces conseils.

M09 : « *voir autant de gens mis sous hypnotiques et anxiolytiques, alors que jamais on ne leur a appris une technique de relaxation, jamais on ne leur a donné des conseils pour leur sommeil, jamais on ne les a envoyés vers un thérapeute pour soigner leur dépression qu'ils se trainent depuis longtemps. »*

3. La TCC en partie déjà réalisée

Un médecin formé remarquait que certains pratiquaient sans le savoir les bases de la pratique de TCC.

M09 : « *il m'a raconté tout ce que son médecin lui avait dit de faire...ben... c'était plein de bon sens, c'était plein de trucs TCC (...) y a plein de médecins qui ont ce bon sens-là et qui sont capables de le transmettre au patient »*

Lors de l'évocation des bases de TCC, un médecin faisait le même constat.

M01 : « *Finalement, je pense que je le fais indirectement non ? »*

B. Révéler ses capacités

1. Les outils techniques : un cadre sécurisant

Le regard porté sur les différents éléments techniques de la TCC variait selon les médecins et surtout selon la formation.

L'agenda du sommeil : une illusion ?

L'agenda du sommeil n'était pas méconnu des médecins non formés, toutefois son utilisation était peu répandue.

Certains médecins estimaient que leurs patients ne le rempliraient pas pour des raisons de motivation, d'âge ou de comorbidité.

M06 : *« c'est très bien mais bon c'est comme les agendas des migraines et les Dextros, tu ne peux pas, ils n'arrivent pas, ça dépend de la population »*

M01 : *« l'agenda, et ben, ce n'est pas simple non plus, il n'a pas forcément le temps, ou il oublie. C'est comme si je lui dis de faire un régime est-ce qu'il le fait bien ? Bon, après, on peut toujours essayer, mais bon »*

Cet avis n'était pas toujours partagé : selon M05, les patients adopteraient assez facilement cette méthode,

M05 : *« Après pour l'agenda du sommeil. Hum je pense que ça pourrait être bien fait, parce que contrairement au diabète où on leur demande de faire un petit carnet avec des glycémies, le diabète, c'est une maladie insidieuse où ils ne ressentent pas beaucoup de symptômes, mais le sommeil, ils sont quand même embêtés parce qu'ils sont fatigués, il y a un retentissement sur leurs vies, donc ils seraient motivés pour le remplir »*

Mais il ignorait comment interpréter les résultats de l'agenda.

M05 : *« je connais, mais je ne l'ai jamais fait, je ne sais pas trop comment on l'utilise, une fois qu'il est rempli »*

Une des médecins quant à elle, estimait qu'elle pouvait utiliser l'agenda pour renforcer la relation avec son patient mais que cela restait une « illusion » de prise en charge.

M03 : *« Alors l'agenda du sommeil... oui bon, ça lui donne l'illusion qu'il est pris en charge donc oui, quand même ! Oui, je suis d'accord »*

Du point de vue des médecins formés, l'utilisation de l'agenda du sommeil demeurait un préalable indispensable à tout travail, permettant ainsi au patient de s'observer, au médecin d'affiner le diagnostic, de déconstruire les croyances du patient et d'effectuer un suivi rapproché.

M08 : « *Le principal, en psychothérapie c'est apprendre à s'observer. Là, c'est un agenda du sommeil, donc il voit à quelle heure il se couche, combien de temps il met pour s'endormir* »

M07 : « *Ils ont l'impression de ne pas dormir du tout, or ce n'est pas possible, donc en fait je leur demande directement d'écrire leur... un agenda du sommeil (...) ça permet d'avoir avec la personne une photographie euh, sur la durée, de comment se passent les nuits. Là on se rend compte, ensuite ça permet aussi d'avoir une ligne, ce qu'on appelle nous une ligne de base c'est-à-dire comment ça se passe au départ, et ensuite de suivre, euh, la progression* »

M10 : « *je leur demande surtout de faire un agenda de sommeil, parce que les patients sont incapables de raconter plus que deux jours ...* »

Les échelles

Les échelles n'étaient utilisées que par les praticiens formés à la prise en charge du sommeil par TCC car considérées peu fiables ou chronophages.

M03 : « *Déjà que je ne les aime pas sur la douleur, donc ça m'énerve au plus haut degré !* »

M04 : « *Et pour évaluer l'insomnie, est-ce que vous utilisez des supports échelles ? Non, pas le temps* »

M05 : « *ça me paraît un peu long dans une consultation de médecine générale d'aborder tous ces thèmes-là, tous ces scores tous ces paramètres de l'insomnie* »

Les médecins formés, une fois de plus, y voyaient un moyen d'évaluer les symptômes, d'éliminer certaines pathologies psychiatriques afin de proposer un diagnostic juste.

M07 : « *y'a une séance qui est dédiée aux échelles et questionnaires, qui sont encore une spécificité de la TCC ... j'utilise le M.I.N.I. 500, des questionnaires qui balayent toutes les problématiques psychiatriques (...) pour ne pas passer à côté d'une autre problématique.* »

Mais également un élément favorisant l'adhésion et la confiance du patient.

M07 : « *une échelle comme ça, qui est quelque chose que les gens perçoivent comme quelque chose de sérieux, voilà, le fait que je remplisse quelque chose avec des termes très précis, que*

je leur dis que c'est important les termes, ça permet de, à mon avis de se sentir pris en charge quelque part, ça les met en confiance »

Ainsi, au-delà des considérations techniques, agenda et échelles pouvaient être envisagées comme support au développement d'une relation de confiance.

2. Vers une modification de la pratique

La médecine du sommeil était perçue par la somnologue interrogée comme un domaine de recherche important mais encore peu avancé techniquement parlant.

M10 : « les examens de sommeil ont beaucoup progressé mais ça existe depuis une petite centaine d'années (...) finalement pas si vieux que ça et donc je suis certaine qu'on pourra dans les dizaines, centaines d'années à venir, progresser d'une façon incroyable. »

En attendant l'amélioration de techniques d'examen, la pratique de la TCC restait essentielle dans la prise en charge de l'insomnie

M10 : « les mesures de TCC qui sont la restriction de temps passé au lit, le fait de se relever si on ne dort pas, de pas regarder l'heure, de faire attention à la température de la chambre, le sport, le café, toutes ces choses-là, en particulier la restriction de temps passé au lit sont des mesures qui donnent des résultats vraiment très intéressants »

Interrogés sur ce que la formation TCC avait apporté à leur pratique, les médecins généralistes n'évoquaient pas spécifiquement le savoir-faire technique concernant le sommeil mais un nouveau regard sur leur pratique. Une façon d'envisager la relation médecin-patient avec plus de sérénité grâce à une meilleure capacité d'écoute et une vision globale de la personne et de ses symptômes.

M07 : « voilà ce que j'ai appris en TCC, la façon de poser la question à l'autre, hein qu'est-ce que vous ressentez dans cette situation-là ? (...) déjà pour que le patient s'observe lui-même ... le principal c'est l'observation ! »

M09 : « Il y a toujours des pensées par rapport à ce qui est en train de se passer, des émotions, des sensations physiques et des stratégies mises en œuvre. Il n'y a jamais juste un problème au niveau des comportements ou juste un problème au niveau des croyances, en fait, il y a tout à la fois. »

M08 : « C'est la base tout simplement. Comment faire un état des lieux de ce qui se passe et de la problématique, c'est-à-dire avec : une case situation, une case « qu'est-ce que ça coûte dans le corps les sensations, les trucs », une case « émotion » et une case « qu'est-ce que je me dis dans ma tête », toutes les pensées automatiques et après, à partir de là, c'est la base de tout. »

L'idée d'une capacité d'écoute renforcée et l'éducation du patient à l'auto-observation s'étendait à toute leur pratique.

M07 : « euh pour moi ça a vraiment tout changé. Tout, quel que soit le motif de consultation... »

M08 : « Il y a une parole, il y a une parole, même si elle dure moins longtemps »

M09 : « En tant que médecin, on peut écouter, donner quelques petits conseils ... je pense par exemple, à une technique comme le renforcement positif, qu'on fait beaucoup en TCC, c'est-à-dire mettre de l'emphase sur tout ce qui marche, tout ce qui est positif chez des patients... »

La lutte contre les pensées dites dysfonctionnelles faisait partie intégrante de la pratique de la TCC. Pour le médecin du sommeil, dédramatiser l'insomnie grâce aux qualités d'écoute permettait de limiter la consommation de somnifères.

M10 : « Dédramatiser, ce n'est pas un truc dingo... plutôt que de donner un «Stilnox», je pense que c'est mieux de l'organiser de cette façon. »

Lorsque les grands principes de la TCC étaient présentés, les médecins non formés partageaient souvent cette idée,

M05 : « l'intérêt de cette thérapie, c'est aussi de lui faire prendre conscience que peut être, il se met trop de pression par rapport au sommeil, que au final (...) il pense avoir beaucoup de problèmes avec son sommeil et qu'au final ce n'est pas si important que ça, enfin qu'il peut le régler sans vraiment trop de difficultés, enfin pas sans problème mais sans traitement et « juste » avec des conseils et un suivi auprès du médecin généraliste »

M03 : « je ne les ai jamais vu guéris d'une insomnie au décours de la psychothérapie mais déjà beaucoup plus à l'aise avec leur insomnie... C'est à dire, ils la subissent moins. Moins d'idées noires, ils vont se lever, ils vont bouquiner, ça rumine moins, ils se l'approprient, ils la vivent mieux. »

Permettant ainsi au médecin d'approcher concrètement une prise en charge non médicamenteuse jusqu'ici fantasmée.

M11 : « D'être plus à l'aise avec ça, avec ces problèmes-là qui sont assez récurrents ; et d'être plus capable de discuter avec les gens et d'éviter au maximum d'en arriver à la prescription de médicaments »

3. S'impliquer pour réussir

Un médecin était persuadé de l'importance de l'investissement du soignant dans la prise en charge. Il estimait que les connaissances théoriques ne suffisaient pas à convaincre le patient de s'impliquer dans la thérapie par TCC.

M10 : « moi, j'y mets tout mon cœur pour qu'ils le fassent ; et en effet, en ça, je suis peut-être différente parce que si vous dites aux gens : « vous allez vous coucher à une heure et vous vous levez à sept et merci à la semaine prochaine », ils se barrent et ils ne le font pas. »

C. La confiance retrouvée : sortir de l'impuissance

1. Une satisfaction en miroir (médecin et patient)

Les médecins formés en TCC n'étaient pas aussi pessimistes que leurs confrères.

Cette technique permettait de ressentir une satisfaction au travail, tant sur le plan relationnel que sur son efficacité clinique.

M07 : « c'est une aide concrète je trouve, on voit... enfin en une année, les gens allaient mal et vont bien. Je ne sais pas comment vous dire..., il y a une satisfaction personnelle...personnelle et du patient bien sûr »

M09 : « ça a amélioré ma collaboration avec tous les patients (...) parfois, il y a des périodes un peu difficiles pour les patients, mais je suis super content (...) Je ressens une satisfaction dans mon travail ».

M10 : « quand on explique bien, et que les gens adhèrent et arrivent à le faire, ce qui n'est pas toujours évident, c'est vraiment super, ça donne de très bons résultats »

Un médecin utilisait également les techniques de TCC pour améliorer l'observance de ses patients sur d'autres thérapeutiques.

M09 : « *tout ce qui est problème d'adhésion à un traitement (...) là je pense que la TCC a un rôle à jouer !* »

Ce sentiment de satisfaction était renforcé par les retours positifs des patients et l'expression d'une certaine reconnaissance, il renforçait la motivation du médecin en cas de réussite

M10 : « *plus vous avez des gens qui reviennent... l'autre jour, j'en ai eu un qui m'a amené des chocolats...Il était au bord du divorce, c'était la catastrophe, et puis là franchement ça vous reconforte pour donner du temps à encore cinquante autres derrière quoi* »

Ainsi qu'en cas d'échec, grâce à la qualité d'écoute délivrée

M10 : « *elle allait mieux et elle est revenue me le dire (...) eh ben, voyez-moi ça m'a permis d'avancer (...)* Comme quoi l'écoute est au cœur de la relation médecin patient ! »

2. Prendre du recul, savoir gérer d'échec

Les médecins formés à la TCC abordaient l'échec plus sereinement que leurs confrères.

L'un des éléments identifiés comme à l'origine de cet état d'esprit était une capacité d'introspection très développée,

M07 : « *Et ça me permet moi-même quelques fois (...). Ce patient, il m'insupporte, pourquoi là il est en train (...) mais au moment de la consultation, y a des patients qui touchent des choses en vous, donc pourquoi là, je suis en colère, il vient de me dire un truc (...)*»

Permettant d'accepter leurs propres limites.

M07 : « *Si on est en échec effectivement, si quelque chose ne marche pas, si le patient n'adhère pas (...) euh le risque c'est de penser que c'est nous, qu'on n'est pas compétent. Donc accepter qu'effectivement, le patient peut ne pas adhérer à la méthode. La méthode peut ne pas marcher, euh (...). L'acceptation, c'est quand même difficile. En tant que médecin, on est souvent dans le pouvoir, hein ! dans la toute-puissance...et c'est pour ça que je pense que, dans la TCC, le fait d'avoir fait un travail sur soi, psychanalyse ou pas, ça permet d'accepter ses limites.* »

M07 : « *c'est la première chose... c'est qu'un médecin connaisse ses limites* »

M09 : « ça prend un peu de temps pour s'approprier les outils, le faire efficacement, et puis, ça ne marche pas toujours parfaitement. Il y a même des fois où ça ne marche pas ... bah il faut savoir accepter ça »

M10 : « on se remet en cause soi-même et on se dit que c'est nous qui sommes nuls si on a pas réussi (...) je crois qu'il faut justement réussir à se détacher de ça et se dire , non , je n'ai peut-être pas la compétence de prendre en charge quelque chose qui est en plus , ok , après tout on est pas Dieu... mais c'est pas qu'on est nul ou qu'on a pas fait ce qu'il faut, c'est aussi que ce patient ne voulait rien faire ou peut-être qu'il avait quelque chose de plus qu'on ne savait pas forcément prendre en charge. »

Enfin, cette attitude était parfois favorisée grâce au suivi d'une thérapie par le médecin.

M07 : « ... faut quand même que je vous le dise... quelque chose de plus personnel – un travail psychanalyse me concernant. J'avais fait une psychanalyse personnelle... Euh donc j'ai... je pense que je ne ferais pas de TCC si je n'avais pas eu, moi-même, un travail sur moi »

M09 : « il se trouve que j'ai eu une période dans ma vie où j'ai fait moi-même une thérapie, et du coup j'ai baigné un petit peu dedans. »

Aussi, bien que les compétences techniques de restriction de sommeil apparaissent nécessaires, l'écoute et la connaissance que le médecin avait de lui-même permettaient de construire une relation de qualité.

V. Réinventer la temporalité dans la relation médecin malade

A. Accepter de prendre le temps pour mieux faire

1. Le temps et l'argent

Pour certains médecins, le manque de temps était au cœur de la problématique du sommeil.

M06 : « Je pense que c'est difficile à appliquer, peut-être parce qu'on n'a pas le temps. »

M04 : *« déjà, quand on commence à faire l'hygiène du sommeil, y'en a pour un certain temps (...). C'est des trucs que j'arrive plus facilement à aborder quand le cabinet est moins saturé pendant les vacances, par exemple, on a un peu de temps pour tout bien expliquer »*

M05 : *« Je sais que ça va être long mais je ne me dis pas « ah mince, je ne saurai pas faire ou je ne saurai pas quoi leur dire ».*

Conscients de l'importance d'une relation de qualité avec le malade insomniaque, ils désiraient éviter de prescrire (cf. partie III). Cependant, face au patient, les efforts nécessaires pour atteindre cet objectif étaient jugés trop importants et surtout chronophages, compte tenu de la charge de travail (cf. partie III) et du mode de rémunération, à l'acte, des médecins libéraux.

M01 : *« si ça pouvait être coté et que je gagne un peu plus, je pense que je prendrais plus le temps, parce que ça prend du temps quand même. C'est du temps que je ne passe pas avec d'autres patients ; Je ne peux pas me permettre de faire une heure d'hygiène avec une personne pour une consultation à 25 euros. »*

M08 : *« Si on avait un métier bien payé depuis le départ, c'est-à-dire minimum 40€ (...), déjà pour 40€ on aurait quand même une petite culpabilité de passer deux minutes par patient donc on ferait du meilleur travail mais ce n'est pas ce qui est favorisé »*

M07 : *« je fais un dépassement d'honoraires, et c'est sûr qu'à 25€, la TCC telle que moi, je la pratique, ce n'est pas possible (...) moi, je fais un dépassement d'honoraires parce que je prends 1 heure »*

Alors que pour certains patients, ils renonçaient à lutter,

« M03 : « je n'ai pas voulu prétendre faire la révolution, je lui ai renouvelé »

Pour d'autres, des médecins envisageaient d'essayer d'aménager des consultations dédiées,

M06 : *« je leur dis de prendre un rdv en fin de journée ou une demi- heure avant de commencer, donc eux, ils arrivent, ils savent qu'ils ne viennent que pour ça, déjà il n'y a pas d'attente, et ils ne sont pas stressés parce qu'il y a du monde derrière pour qu'on ait vraiment le temps »*

M03 : *« Je pourrais essayer, mais il faudrait vraiment y dédier le temps d'une consultation »*

M07 : *« je mets sur l'agenda, c'est moi qui coche, à l'ancienne, papier et tout, mes TCC pour savoir que c'est une consultation longue »*

Méthode qui s'avérait satisfaisante pour certains médecins.

M04 : *« quand les gens viennent pour ça et qu'on a un peu de temps de leur expliquer d'où ça vient, comment ça marche et comment on peut aider ... bah voilà ! On est content d'avoir fait une consult' sans médicament et les patients repartent avec des outils pour essayer de se débrouiller tout seuls et ils reviennent après en disant ce qui marche, ce qui ne marche pas et ce qui a été bien pour eux »*

Pour le médecin somnologue, choisir de prendre le temps sur une consultation permettait de créer un lien,

M10 : *« moi j'ai choisi de prendre le temps avec cette jeune fille, j'ai passé une heure et demie, j'ai créé quelque chose avec elle ».*

Pour d'autres, ce lien existait déjà du fait de la nature même de la pratique généraliste continue dans le temps.

M04 : *« Bon, ce n'était même pas la peine d'arrêter il y a deux ans quand elle avait ses parents malades, ses beaux-parents malades etc... mais maintenant ça continue »*

M07 : *« Elle est très dépressive, c'est une magrébine. Elle a un fils qui n'est pas génial. Elle doit aussi être déficitaire, je ne sais pas si elle est psychotique ... »*

2. Fragmenter la prise en charge, passer de l'instant au temps

La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie impliquait de redéfinir la temporalité de la relation, à la fois dans l'instant de la consultation,

M09 : *« sur le plan des conseils purs, du bon sens, quelque part sur le plan de l'hygiène du sommeil, je pense que c'est complètement accessible à n'importe quel médecin dans le temps d'une consultation en un quart d'heure »*

Et dans le temps,

M10 : *« ce n'est pas quelque chose qui va se résoudre vite, c'est vrai que si on espère que, dans certains cas, ça se résolve vite, ce n'est pas le cas donc (...) ça ne veut pas dire qu'ils s'en sortiront vite, parce que ça dépend quand même de leur personnalité et de plein de choses »*

M01 : « on pouvait se donner encore un peu de temps pour faire bien faire les choses, voilà »

M09 : « la phase où on travaille vraiment sur le sommeil, tout ce qui est comportemental, quoi faire, attendre que le sommeil vienne pour se mettre au lit (...) effectivement, l'acquisition de toutes ces techniques là, ça peut prendre un petit peu de temps »

Afin de faire alliance avec le patient.

M10 : « parfois, ils mettent du temps à cheminer, c'est comme quand on vous dit d'arrêter de fumer - parfois vous mettez dix ans à arrêter de fumer- donc le sommeil, je pense que ça rentre dans tous ces comportements de santé, et qu'un comportement de santé, c'est difficile, et donc quand il faut changer les habitudes... rien que de créer une alliance, les gens, ça les aide ; rien que de savoir les écouter, les recevoir, même si c'est pas si souvent que ça...»

B. Du temps pour convaincre et motiver

1. Attendre le bon moment : intuition et empathie

L'un des premiers objectifs était d'amener le patient à accepter une prise en charge non médicamenteuse.

M10 : « en gros, le but des consultations, ça va être plutôt de les convaincre et de les motiver à vouloir changer les choses. »

L'intuition du médecin, l'écoute et l'empathie des médecins étaient alors mobilisées afin de trouver la meilleure solution, au meilleur moment,

M10 : « je pense que si on est avec un peu plus de feeling et d'empathie, ça vous aide à cerner certaines choses, savoir que le patient il aurait besoin qu'on aille plus dans une direction ou dans une autre, parce que si vous assenez des trucs à un moment qui n'est pas fait pour lui, ben, il y a moins de réussite donc oui, être quelqu'un d'un peu plus intuitif, ça vous aide »

M07 : « Si la personne ne vient pas pour ça, peut-être le proposer, expliquer, au cours de la deuxième, troisième consultation quand je pense que ça peut être bénéfique pour la personne (...) en complément d'un traitement allopathique »

M09 : « petit à petit, on essaie de comprendre pourquoi il a encore besoin de somnifères ; évidemment parce que sevrer, si on ne fait pas un travail de fonds, à mon avis c'est compliqué ».

Afin que le patient décide de lui-même d'adhérer à la prise en charge.

M07 : « quelques fois, ils ne viennent pas tout de suite mais ils viennent un peu plus tard »

M07 : « c'est 50% le thérapeute, 50% le patient », c'est une collaboration, et moi je ne peux pas faire toute seule »

2. Convaincre

S'il ne pouvait pas être forcé, le patient pouvait toutefois être convaincu. Pour un des médecins, individualiser la démarche de soin était fondamental.

M10 : « je lui explique qu'il y a des spécificités génétiques dans le sommeil, d'être du matin, du soir, donc on va prendre son cas à lui, que les conseils qu'il a reçus de sa concierge, de sa mère ou son copain, c'était peut-être pas adapté avec son cas à lui parce que, dans le sommeil, tout le monde ne dort pas de la même façon, donc pour créer une alliance (...) leur montrer qu'on comprend ça, qu'on leur parle pour eux et pas par rapport à nous, moi je crois que ça déjà, c'est quelque chose qu'ils n'ont pas forcément eu dans le discours »

M04 : « si c'est bien expliqué et qu'ils pensent avoir un bénéfice, certains seront motivés, c'est sûr »

M07 : « je lui explique que je pense que, au-delà des quelques médicaments qu'on lui a prescrits, moi ou d'autres, ce serait intéressant pour lui sur le long terme, euh... qu'il ait un accompagnement en thérapie »

Pour certains médecins, il était important de suggérer la notion de nouveauté et de changement,

M10 : « je lui demande ce qu'il a déjà essayé de faire, je lui dis que si on veut que les choses changent, il faut faire différemment, en général là, il est d'accord, et après quand je lui propose de faire différemment, il dit « oh non, non, quand même » ; je lui dis : « je suis d'accord mais si on ne fait rien, rien ne change »

M07 : « déjà, je les laisse parler de leur propre expérience en psychothérapie pour voir quelle idée, quelle image, ils ont de la psychothérapie, et ensuite, je leur explique quelle est la différence de la TCC par rapport à ce qu'ils ont déjà fait. »

Et de régler la question de la prise médicamenteuse afin d'apaiser les angoisses du patient.

M10 : « je leur demande s'ils veulent ou pas des médocs ; et ensuite je leur amène les trucs de TCC par rapport à tout ce qu'ils m'ont raconté (...) je ne change rien au traitement, on

commence comme ça et on diminue parce que si les choses changent, les gens ils ont envie de diminuer (...) Moi j'ai plutôt l'impression que l'important, c'est l'empathie qu'on leur donne et l'écoute. »

L'attitude et le type de discours du médecin étaient également pris en compte afin de fixer des objectifs cohérents et favoriser l'observance du patient dans le temps.

M10 : *« Je l'écoute, je ne le juge pas, c'est très important »*

M09 : *« De toute façon, dès qu'on touche au psychologique, il y a un effet de suggestion qui est énorme, y'a des gens qui sont hyper sensibles à la suggestion et au côté « moi je sais, faites ce que je dis » et ça marche vachement bien ! Malheureusement, ce n'est pas la majorité des gens. Moi, je préfère la position de l'humilité. Bon, on va travailler le truc... on va dire « ce que je peux vous promettre, c'est que les choses vont s'améliorer ». Maintenant, il faut rester conscient du fait que, malgré tous les outils, il se peut qu'il y ait encore parfois des nuits qui soient difficiles mais finalement, ce n'est pas ça le plus important. Le plus important, c'est que, globalement, ça aille mieux, que la plupart des nuits soient de meilleure qualité »*

C. Observance du patient : alliance thérapeutique

médecin/insomniaque

Un médecin décrivait la mise en place d'un plan d'action précis et du cadre nécessaire à son bon déroulement,

M07 : *« je fais un projet thérapeutique « alors je pense que dans votre cas, ce serait bien qu'on travaille ça, ça et ça » et j'explique les outils avec lesquels on travaille. Je leur explique que ça va être compliqué au début parce qu'on n'est pas habitué à identifier ce qu'on se dit et que je suis là pour leur apprendre »*

M07 : *« Je leur dis qu'il y a un engagement donc s'ils ne viennent pas, je leur demande qu'ils décommandent 48 heures avant ; quand ils oublient la séance, je leur fais payer bien sûr hein, donc c'est des règles assez strictes, il y a un cadre »*

D'autres insistaient sur l'importance d'explications claires.

M07 : *« Je leur explique, euh je le fais avec eux pour qu'ils comprennent bien comment ça se passe, je ne leur dis pas juste : « vous faites un agenda du sommeil » hein c'est un peu barbare ! »*

M10 : *« j'essaie (...), les patients, surtout au début, de les rendre autonomes, de leur donner des explications, de dire pourquoi vous allez faire ça et pas de leur asséner le truc »*

Les méthodes d'action différaient selon les médecins : certains estimaient que le meilleur moyen d'agir était une sorte d'électrochoc avec une forte restriction de sommeil »

M10 : *« C'est une grosse restriction, moi je tape fort dès le début sur la restriction et en plus, je leur demande assez vite (...) j'y mets du temps, parce que au bout d'une minute trente, je pourrais leur dire « tenez, voilà le papier, vous suivez les consignes et vous revenez dans un mois »*

D'autres estimaient que cette méthode n'était pas si essentielle, trop brutale et craignaient de perdre l'adhésion du patient.

M07 : *« c'est un peu barbare, je me vois mal dire à quelqu'un « vous vous couchez à 3h du matin » même si c'est temporaire et je pense qu'il ne fera pas, il ne sera pas suivi, parce que c'est bien la théorie mais ensuite, en pratique, est-ce que les gens le suivent »*

M07 : *« si on propose quelque chose de trop difficile, il y a échec, et les gens abandonnent la et ils vont difficilement refaire confiance » - « ensuite il n'y a plus l'adhésion c'est une source de perte de confiance ou d'abandon, de perte d'alliance thérapeutique entre le médecin et (...) la personne ira se diriger vers autre chose, je pense »*

Un suivi régulier permettait de remotiver le patient et dédramatiser d'éventuels échecs

M10 : *« il y a ceux pour qui ça marche super bien, mais au bout de dix jours, ils en ont trop marre alors ils dormaient mais ils lâchent, et en fait si on ne tient pas deux trois mois quand même ça ne marche pas, c'est pour ça que les programmes de TCC où on les voit tous les 15 jours avec de la remotivation, c'est mieux »*

M09 : *« il y a le travail sur le fait ...bah... d'accepter que ça arrive. Y a des gens qui n'ont pas de trouble de sommeil, ça leur arrive certaines nuits de faire le hibou, ils restent la moitié de*

la nuit éveillés... en soi, ce n'est pas quelque chose de grave... et bah... on peut apprendre à organiser son quotidien pour justement manager ça. »

M04 : *« A la limite, comme ils reviennent tous les mois, ça peut être l'occasion de faire le point, en général ils ne viennent que pour ça donc... »*

VI. TCC dans l'insomnie : du sermon à la croisade

A. TCC : polémique sur le nouveau clergé

Pour les médecins qui la défendaient, la TCC séduisait avant tout grâce à un abord scientifique de la psychothérapie.

M07 : *« une thérapie qui, à la différence des autres est la seule qui utilise un protocole scientifique, c'est-à-dire euh, au cours de la prise en charge, on va faire une hypothèse de travail. Le thérapeute fait une hypothèse de travail avec le patient, euh, va expérimenter l'hypothèse, voir les résultats, et si les résultats ne correspondent pas à l'attente, on refait une autre hypothèse de travail ; ça c'est la spécificité, c'est une méthode scientifique »*

A la différence des autres thérapies et notamment de la psychanalyse, elle permettait de proposer une solution concrète pour aider le patient.

M07 : *« la psychanalyse, intellectuellement c'est intéressant parce que ça explique pourquoi et ça aide quand même pour beaucoup de choses mais ça ne résout pas toujours le problème ponctuel aujourd'hui. »*

M09 : *« les psychanalystes ne travaillent pas du tout ces outils et ne savent pas gérer les troubles du sommeil...traiter le symptôme pour un psychanalyste, ce n'est pas un but »*

M09 : *« Déjà, pour le médecin généraliste, orienter vers un psychologue, c'est quel psychologue ? Si jamais c'est un psychologue qui n'a aucune formation aux troubles du sommeil, et qui est plutôt d'un abord très psychanalytique, ben... il va faire de l'écoute à la rigueur, mais finalement, ça ne va pas vraiment déboucher sur quelque chose. »*

Selon un médecin, la TCC était peu répandue du fait de la domination du courant psychanalytique en France.

M09 : *« Le biais en France, c'est que la psychothérapie en général, il y a une mainmise de la psychanalyse dessus... »*

Ceci était à l'origine d'un amalgame entre psychothérapie et psychanalyse et la TCC souffrait de la mauvaise image de cette dernière, à savoir sa durée infinie.

M09 : *« en fait il me disait : mais les médecins généralistes, ils ne savent pas du tout ce que c'est que la thérapie, et moi je lui ai parlé, je lui ai dit que je m'installais, il m'a dit : « vous devriez aller démarcher les médecins et leur expliquer ce qu'est une thérapie. Pour eux, enfin pour beaucoup, une thérapie, c'est s'allonger sur un divan, on raconte sa vie et puis ça dure 15 ans et ... peut-être que ça va améliorer... »*

M07 : *« j'ai un patient en ce moment, une femme, elle est depuis 25 ans en psychanalyse deux fois par semaine. Bon je me dis, ben dis-donc il doit avoir une belle baraque votre psychanalyste, il doit avoir une belle piscine »*

Pour ses détracteurs, la TCC n'abordait pas la psyché du patient en profondeur mais seulement les symptômes apparents.

M03 : *« moi j'ai des à priori considérables sur la TCC (...) Je ne suis pas très comportementaliste. Même pas du tout. Surtout là, il faudrait ressasser le passé, un passé lourd et je ne suis pas sûre que la TCC corresponde. » « Je travaille avec des psychologues plutôt du courant analytique » « Là, on est sur la thérapie comportementale, on est toujours sur le symptôme et on ne veut surtout pas aller au-delà du symptôme, qu'est-ce qu'il y a derrière »*

M07 : *« ce qu'on reproche à la TCC, ce que les anciens psychanalystes reprochaient, c'est qu'on déplace le symptôme »*

Plus modérés dans le débat, certains médecins accordaient à ces techniques une certaine complémentarité.

M07 : *« c'est-à-dire que moi, je pense que la psychanalyse et la thérapie comportementale sont complémentaires, ne sont pas antinomiques, la preuve c'est que moi je me suis faite psychanalysée et je pratique la TCC »*

M03 : *« Tu vois, j'avais des à priori sur les Thérapies Comportementales, les TCC en règle générale, ça me gonfle (...) mais pris dans le cadre du trouble du sommeil(...), effectivement, ça peut être une solution. »*

Pour un médecin, le psychothérapeute tout courant confondu était un spécialiste de l'écoute remplaçant progressivement médecins et prêtres dans une médecine moderne hyperspécialisée.

M09 : « pendant très longtemps, il n'y avait pas de psy et ceux qui faisaient ça, c'étaient les prêtres et les médecins (...) de prendre le temps d'écouter les gens, d'essayer de les aider, de faire preuve de bon sens parfois »

B. Prêcher dans le désert : une audience restreinte

Parmi les médecins non formés interrogés, peu avaient connaissance de la possibilité de prendre en charge l'insomnie par TTC ou d'orienter à un spécialiste TCC.

M01 : « je ne savais même pas que ça se faisait »

M04 : « En fait la TCC, j'en ai déjà entendu parler mais ce qui est difficile, c'est plutôt la réticence des patients à aller vers le psychiatre. »

Ce constat était partagé avec étonnement, par l'un des médecins formés.

M07 : « les médecins généralistes ne connaissent pas, à mon grand étonnement (...) Ce n'est pas qu'ils ne sont pas formés, ils ne connaissent pas ! (...) c'est quand même quelque chose qui est très préconisé », « Alors les médecins, c'est une race à part parce qu'ils sont moins, quelquefois, informés que les patients »

Selon un médecin, la formation initiale universitaire était en partie responsable de cet état des lieux.

M09 : « Déjà, je pense qu'il faut que le médecin ait un réseau et sache à qui adresser... et malheureusement, la majorité des médecins ne connaissent pas du tout les thérapies.

Pour eux, c'est plutôt la psychanalyse. Souvent, j'ai remarqué que la vision que la plupart des gens en ont... Bah... c'est plutôt la vision qu'on a eu à la fac. Moi, je me rappelle, à la fac, bon... oui... on m'a parlé de la TCC, OK... mais ce que c'était ? J'ai découvert en me formant à la TCC... sinon avant, je ne savais pas du tout ce que c'était. »

Seuls quelques privilégiés avaient donc accès à cette thérapie.

M10 : « il y a des choses intéressantes en particulier avec les thérapies cognitives comportementales qui sont peu développées en France aujourd'hui, nous ici on a la chance d'avoir quelqu'un qui a monté un groupe incroyable, donc c'est super de pouvoir proposer »

Un médecin se satisfaisait cependant de l'accès grandissant des patients à l'information grâce aux médias.

M07 : « je suis très contente parce que de plus en plus, les gens, j'allais dire plus que les médecins, commencent à connaître ce qu'est la TCC parce qu'il y a eu beaucoup de presse, de média, des choses comme ça qui en parlent, même à la télévision »

C. Répondre les bonnes pratiques : la croisade

1. La Mission : Informer et convaincre les médecins généralistes

La mission principale des praticants TCC était de faire connaître la TCC comme une solution de prise en charge de l'insomnie, le rôle du médecin généraliste était donc, selon ce médecin, de diagnostiquer et orienter le patient.

M10 : « Je pense qu'il faut qu'il y ait des vraies formations aux mesures de TCC pour convaincre les médecins, qu'ils sachent, et qu'on explique pourquoi ces mesures »

M09 : « là, je pense que les médecins généralistes peuvent déjà faire un débrouillage, chercher s'il y a des gros problèmes d'ordre psy, anxiété, social, toc, les phobies ou le syndrome dépressif, là c'est le boulot du médecin généraliste de faire le diagnostic et ensuite d'orienter vers le spécialiste »

M07 : « peut-être, comme vous disiez tout à l'heure, quelques outils quand il détecte une insomnie avec anxiété, dépression, la façon dont il va parler s'il a quelques notions de pensée automatique d'émotion, peut être va pouvoir dire certaines choses pour ensuite ouvrir la voie à une thérapie ailleurs... mais lui je ne vois pas comment il peut faire une TCC »

Au-delà de la connaissance, certains médecins jugeaient indispensable que le médecin soit lui-même convaincu de l'efficacité de cette méthode pour convaincre, à son tour, les patients.

M03 : « il faut que le médecin adhère »

M10 : *« Il faut y croire. Si vous interviewez des tabacologues, vous auriez aussi cette idée que... je sais pas... tous les médecins ils disent « arrêtez de fumer » ils n'y croient pas une minute, ils disent ça en deux secondes et les gens n'arrêtent pas de fumer ; le tabacologue y met tout son cœur, et si il y met tout son cœur, il va arriver à en sauver certains » - « Oui pour se dire ça marche, ce n'est pas du pipeau... euh donc, du coup, j'y crois »*

Interrogés sur la possibilité d'appliquer quelques techniques de TCC sans formation au cabinet, certains praticiens étaient réticents.

M10 : *« je pense que c'est une mauvaise idée de faire de la TCC « cheap » parce que du coup vous épuisez l'effet que peut avoir cette prise en charge en disant « c'est nul puisque ça n'a pas marché » parce que ça n'a pas vraiment été fait comme il fallait, et donc les patients, ils disent « ben non, j'ai déjà fait, je ne vais quand même pas refaire » ... et donc quelque part c'est dommage, donc oui, je pense que c'est mieux d'orienter »*

M07 : *« le risque, c'est que ça peut ne pas marcher et le médecin lui-même va dire : la TCC, ça marche pas »: lui il va penser qu'il fait de la TCC alors qu'il n'en fait pas... »*

2. Les combats

Plusieurs moyens étaient envisagés pour accomplir cette mission. Certains praticiens envisageaient de prospecter localement, mais finissaient découragés.

M07 : *« Alors, je n'ai pas pris le temps, parce que ça me casse les pieds de, pff, d'envoyer soit un papier, je pense que ça va aller à la poubelle, soit d'en parler de vive voix à tous les médecins du secteur.»*

D'autres plaçaient leurs espoirs dans la diffusion d'un message à grande échelle dans la presse médicale hebdomadaire.

M07 : *« comment les médecins peuvent venir à cette connaissance, je sais pas...je pense que les médecins sont encore très accrochés aux validations dans la presse qu'ils lisent, euh(...) qui montre que dans de tels cas précis, on a fait une expérimentation sur deux ans avec tant de gens, et qui ont montré la validation de aaahh..., là ils peuvent accrocher. Par exemple, dans la presse tout venant, dans le quotidien du médecin (...) Y'aurait un gros titre dans le « quotidien du médecin » : les TCC, bons résultats dans la dépression de l'adulte jeune... j'sais pas ».*

Si convaincre le médecin était essentiel, le combat continuait face au patient.

M10 : *« qu'il faut avoir la foi quand même. C'est moyennement gratifiant, c'est beaucoup de temps, beaucoup d'investissement pour ...peut être la moitié. Mais on les aide quand même un peu, et 30% qui vous jettent à la gueule que vous êtes nul et con (...), faut avoir la foi ! »*

3. Les luttes internes

Tous les praticiens formés à la TCC n'avaient pas la même opinion sur la meilleure façon de traiter l'insomnie.

La spécialiste du sommeil insistait sur l'importance d'une TCC orientée sommeil avec restriction de temps passé au lit,

M10 : *« je pense qu'il faut que le psy se soit un peu sensibilisé au sujet du sommeil, du coup qu'il n'axe pas tout sur l'anxiété. (...) est-ce qu'un psy normal qui ne fait pas de sommeil a l'idée de faire de la restriction de temps passé au lit ? Je ne sais pas. »*

Mais avouait que le traitement d'une anxiété s'avérait également utile dans certains cas.

M10 : *« sur ceux qui n'étaient pas tant anxieux, pas tant perfectionnistes, la TCC, ça suffit c'est super, c'est franchement magique hop ça les remet sur pieds impeccable. Mais après, il va y avoir 30-40% des patients ou il aurait fallu en plus aussi faire une thérapie sur l'anxiété »*

Les praticiens d'une TCC plus globale se refusaient à pratiquer la restriction mais restaient malgré tout satisfaits de leurs résultats.

M09 : *« Moi, j'avoue, je n'utilise pas ça. Je sais que c'est pas mal utilisé par les praticiens qui sont spécialisés dans le sommeil, globalement déjà, avec ces outils-là, on a de bons résultats »*

Enfin, plusieurs courants étaient pratiqués au sein même de la « TCC globale ».

M09 : *« je me suis formé à (...) la principale approche que j'utilise maintenant, la thérapie des schémas. C'est une approche pas très connue en France, beaucoup développée dans les pays anglo-saxons, mais sur une base de TCC, c'est la 3ème vague TCC. »*

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats

Les facultés du médecin généraliste à repérer l'insomnie et susciter la confiance du patient le plaçaient en première ligne dans la prise en charge. Les patients abordaient le sujet tardivement et le médecin se sentait considéré comme un ultime recours. L'insomnie était souvent considérée comme un symptôme plutôt qu'un syndrome à part entière. Cette plainte était jugée fréquente en médecine générale mais rarement abordée seule et toujours en fin de consultation. Bien que l'intérêt porté au sujet restât aléatoire, la récurrence de ces troubles contraignait le médecin à chercher des solutions.

Face à la complexité des situations rencontrées et aux exigences de certains patients, le médecin ressentait un fort sentiment d'impuissance. Découragé et doutant de ses capacités, confier le patient à un spécialiste plus compétent s'avérait être le seul recours possible. Toutefois, les délais d'attente dans les centres du sommeil, le manque de réseau ou encore les conditions socio-économiques du patient participaient à l'isolement du médecin.

L'insomniaque était souvent perçu comme difficile et ambivalent, à la fois opposé aux traitements médicamenteux et peu enclin à fournir les efforts nécessaires pour les éviter. Les solutions alternatives proposées étaient souvent refusées, jugées inefficaces ou trop onéreuses. L'attente principale semblait donc être une solution miracle : immédiate, efficace, bénigne et remboursée. Les patients sous hypnotiques quant à eux étaient souvent stigmatisés, dépeints comme très réfractaires à toute modification de leur traitement. Selon les médecins, ils étaient plus âgés et attachés à un certain confort dont le médicament était le principal pilier. Certains médecins les présentaient comme anxieux ou dépressifs, souffrant d'un manque d'écoute de la part de leurs proches et parfois même de leurs soignants.

Les médecins estimaient que leur rôle était de « bien faire ». La façon d'y parvenir consistait à suivre au mieux les recommandations et d'agir selon leurs propres valeurs : être aidants, utiles et responsables dans leurs décisions. La prise en charge idéale était également fondée sur la qualité de la relation avec le patient, qui permettait une appréciation intuitive et au cas par cas du meilleur moyen d'assurer le bien-être de ce dernier. Si cela consistait pour certains à leur épargner les effets secondaires d'un traitement hypnotique au long cours et favoriser l'hygiène du sommeil, pour d'autres il s'agissait avant tout de permettre au patient de soulager une souffrance, d'assurer un fonctionnement normal sur le plan socio-professionnel ou encore d'éviter d'autres dérives addictives. Ce faisant, la notion de « bien faire » devenait incertaine et le médecin était parfois déstabilisé. Ces tensions étaient amplifiées par la prise de conscience de l'influence majeure du patient sur la décision et le désir du médecin de répondre à ses attentes. Celles-ci ne semblaient pas pouvoir être comblées par les techniques non médicamenteuses telles que la TCC, jugée insuffisante et inadaptée aux besoins de certains patients. Face à cette situation, les affects semblaient également moins maîtrisés faisant évoluer l'empathie naturelle du médecin généraliste vers la sympathie lorsque le vécu était partagé, ou vers une relation conflictuelle lorsque ce n'était pas le cas.

La prescription d'hypnotiques était souvent vécue comme une contrainte ou décision difficile. Aussi, rassurer les patients de l'innocuité d'une consommation brève ou encore adopter une posture pragmatique permettait d'alléger le poids de cette décision. L'impact des hypnotiques sur les troubles cognitifs était, à cette occasion, largement discuté. Cette responsabilité semblait également être allégée lorsque la prescription initiale avait été réalisée par un spécialiste ou un autre médecin.

L'impression de manquer de temps, le surmenage et le manque de suivi participaient à créer un sentiment de frustration du médecin généraliste. Le manque de reconnaissance de ses compétences par le patient et les institutions provoquait le désinvestissement du médecin. Les médecins regrettaient l'approche consumériste de la médecine et la rendaient responsable d'une dégradation de la qualité relationnelle avec le patient mettant à mal son image de bienfaiteur. Cette soudaine perte de confiance faisait entrer le médecin dans le cercle vicieux de l'impuissance.

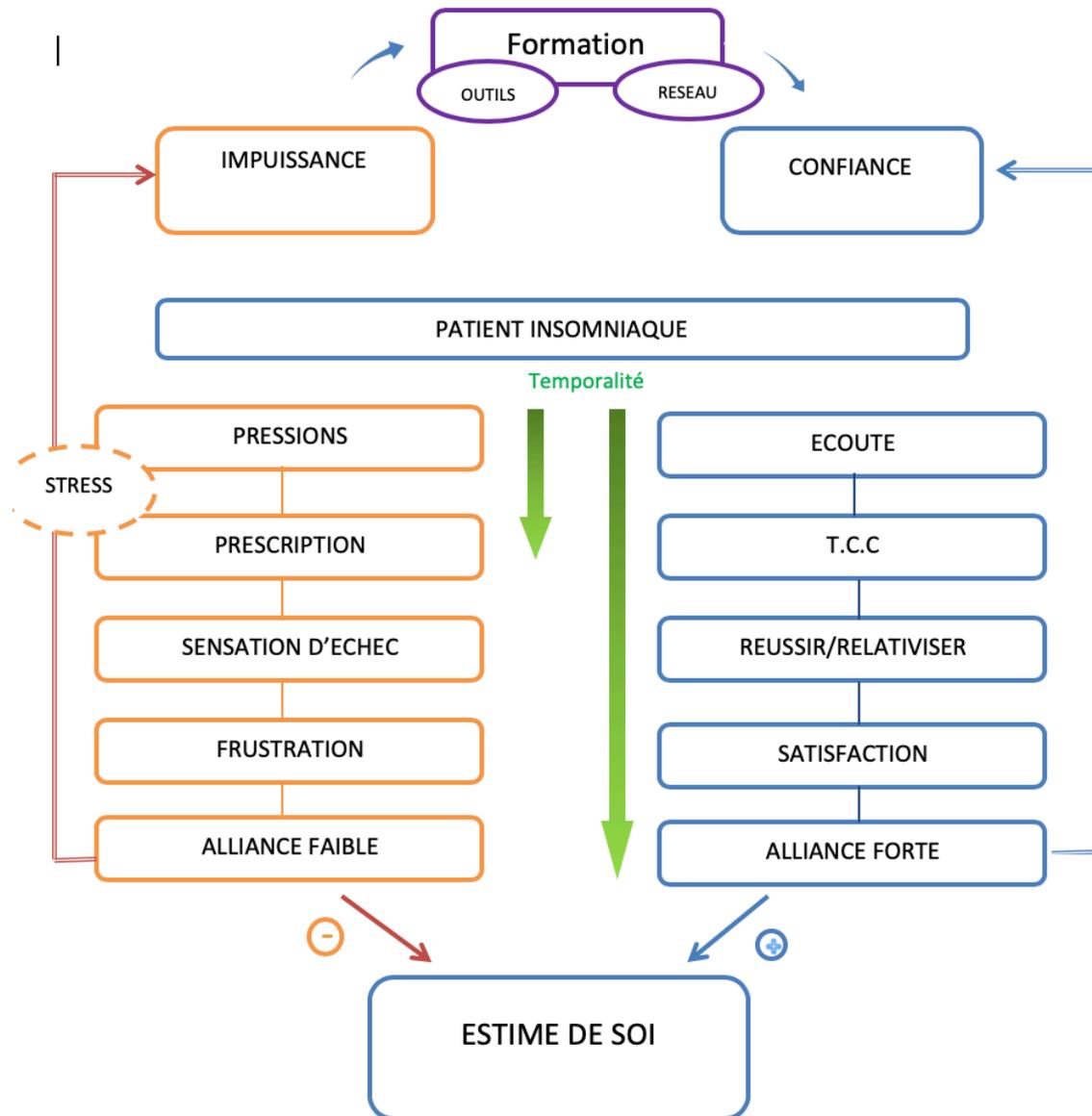
Peu de médecins avaient reçu une formation universitaire sur la prise en charge du sommeil. Ils proposaient malgré tout des conseils de bon sens, de la relaxation et des règles d'hygiène du sommeil aux patients insomniaques sans en être totalement satisfaits. L'utilisation d'outils tels que l'agenda du sommeil et les échelles s'avéraient être pour certains un cadre sécurisant, permettant ainsi au patient de s'observer, au médecin d'affiner le diagnostic et de déconstruire les croyances du patient. Leur technicité était un moyen de favoriser l'adhésion et la confiance du patient. Pour d'autres, ces outils étaient parfois mal maîtrisés, jugés chronophages ou ne représentaient qu'une illusion de prise en charge.

Les médecins formés à la TCC évoquaient une sérénité retrouvée dans la relation avec le patient insomniaque et des capacités d'écoute accrues. Cela leur permettait de dédramatiser le sommeil et diminuer la consommation de somnifères. En cas d'échec ou de difficultés, les capacités d'introspection développées au cours de la formation permettaient de prendre le recul nécessaire pour gérer les affects, proposer une approche différente, ou, à défaut, d'accepter leurs limites. Les retours positifs renforçaient ce sentiment de satisfaction, la confiance et la motivation du médecin.

Le temps paraissait essentiel dans la prise en charge de l'insomnie : d'un côté il permettait de développer l'écoute et l'échange avec le patient, de l'autre il était impliqué dans la rémunération du médecin, et difficile à gérer en cas de surmenage. La prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie impliquait de sortir du sprint de la consultation pour envisager un travail de fond. Il fallait alors attendre de trouver le bon moment et convaincre progressivement le patient. L'alliance thérapeutique mise en place permettait de maintenir l'adhésion du patient et adapter la prise en charge. Un suivi régulier s'avérait également nécessaire.

Lorsqu'elle était connue, la thérapie cognitive et comportementale ne faisait pas l'unanimité. Séduisante par son raisonnement et les solutions concrètes proposées, elle n'abordait que superficiellement les problèmes à l'instar de la psychanalyse. Ce courant était d'ailleurs dominant en France et de nombreux généralistes faisaient l'amalgame entre psychothérapie et psychanalyse obligeant les partisans de la TCC à lutter, pour se faire reconnaître et accepter par les médecins généralistes et leurs patients. Enfin, des désaccords existaient entre médecins

formés sur l'utilisation de la restriction du sommeil ou encore sur l'habilitation à pratiquer des différents protagonistes de la prise en charge du sommeil.



II. Analyse des résultats et comparaison à la littérature

Plusieurs études abordent les perceptions du médecin généraliste sur l'insomnie et sa prise en charge. Les perceptions concernant l'insomnie des médecins de cette étude semblent proches de celles retrouvées dans la littérature (17,19,28,31–33).

Les perceptions générales sur l'insomnie

Pour les médecins interrogés, l'insomnie était avant tout une plainte subjective et complexe exprimée par le patient. Si les éléments relevés par les médecins correspondaient en partie aux critères de l'ICSD3 (13), les définitions HAS, DSM ou ICSD n'étaient jamais citées(13,16). Elle était perçue comme un symptôme, le plus souvent d'une pathologie anxio-dépressive, et non comme un syndrome à part entière dans 62% des cas (19). L'insomnie psychophysiologique, sans comorbidités et considérée comme la plus fréquente n'était pas évoquée (16). Cela peut expliquer la préférence observée des médecins généralistes non formés de l'étude à orienter leurs patients insomniaques vers un psychothérapeute ou psychiatre plutôt que dans les centres du sommeil.

La prévalence de l'insomnie était jugée importante bien que seul un tiers des patients insomniaques consulte leur médecin (34) et le sujet n'était abordé qu'au moment de la rédaction de l'ordonnance. De plus, avec une moyenne de 2,18 motifs par consultation (35), individualiser et prendre en charge l'insomnie devenait complexe.

Bien que cette particularité ne soit pas retrouvée dans les études similaires (17,28,32), plusieurs médecins avouaient un faible intérêt pour l'insomnie et leur statut de première ligne les contraignait à s'en préoccuper. En effet, la HAS rappelle qu'il s'agit d'un motif typique de soins primaires (16) et le rapport Giordanella (1) identifie le médecin généraliste comme premier interlocuteur pour le patient. Par ailleurs, ils sont reconnus comme les principaux prescripteurs d'hypnotiques avec 80 % des prescriptions.(20) On retrouve bien ici la dualité entre le poids des responsabilités du médecin et ses affinités pour le sujet.

Le rôle du médecin dans la prise en charge

Lorsqu'ils étaient amenés à prendre en charge un patient insomniaque, les médecins cherchaient à « bien faire » et évitaient de prescrire des hypnotiques en première intention (19,36). Bien que cette attitude corresponde aux recommandations de la HAS, seulement quelques médecins les avaient lues (37). Par ailleurs, dans un travail de thèse étudiant l'impact de ces recommandations sur les pratiques des médecins généralistes (38), seul un médecin sur deux avait lu les recommandations après avoir été informés de leur publication, et, parmi eux, la moitié ne changeait pas ses pratiques : ils ne faisaient pas plus de consultations dédiées, n'utilisaient pas plus la TCC et ne demandaient pas plus d'avis aux spécialistes. Le suivi des recommandations ne semble donc pas être prioritaire lors de la prise en charge de l'insomnie chronique. Enfin, dans les cas où elle influencerait le médecin, la HAS ne semble pas lui attribuer un rôle majeur dans cette prise en charge : « la thérapie cognitive proprement dite, tout comme les approches combinées, relève de praticiens spécialisés »(16)

Cette nécessité de « bien faire » place le médecin dans le rôle du médecin bienfaiteur et dépositaire des connaissances. Cela fait écho à la fonction apostolique décrite par M. Balint (39) : « *Le besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace constitue un aspect particulièrement important de la fonction apostolique.* »

Par conséquent, un fort sentiment de frustration et d'impuissance était ressenti lorsque la consultation aboutissait malgré tout, pour quelque raison que ce soit, à une prescription médicamenteuse. Les médecins interrogés évoquaient la pression exercée par le patient, et notamment la crainte qu'il décide de changer de médecin en cas d'attentes insatisfaites. Ce ressenti de frustration et cette même perception des attentes du patient étaient retrouvés dans plusieurs études(28,40,41). Dans une thèse étudiant les facteurs influençant la prescription, l'image positive du médicament et l'organisation du système de santé sont également évoqués (28). Certains médecins généralistes de l'étude déploraient d'ailleurs une approche

« consumériste » à l'origine d'un désinvestissement dans la prise en charge et une mise à mal de la qualité relationnelle médecin patient. Ce même impact sur la relation et la dévalorisation du médecin est retrouvé dans une thèse abordant le consumérisme médical (42). Quels qu'en soient ses déterminants (26,40), la prescription bouleverse l'équilibre de la relation entre le médecin et le patient. Cela complique la prise de décision ce qui peut entraîner renoncement ou sensation d'échec.

La perception du patient insomniaque et de ses attentes

Les perceptions sur le patient, telles qu'un tempérament anxieux, une demande d'écoute et l'attente d'une solution efficace et rapide étaient corroborées par la littérature (27,28,43). Cependant, certains médecins de l'étude avaient tendance à stigmatiser les patients sous hypnotiques au long cours. Il s'agissait, pour eux, de patients âgés ou souffrant souvent de pathologies psychiatriques et réfractaires à tout changement : la prescription était alors plus volontiers systématique (26). La crainte d'être jugé est retrouvée dans une étude abordant les le point de vue du malade (28). Cette perception des attentes du patient peut avoir un impact sur la prescription de benzodiazépines et apparentés (40). On peut toutefois discuter l'existence de ce phénomène de stigmatisation comme il est défini par Goffman en tant que ce qui, lors d'une interaction, affecte, en le discréditant, l'identité sociale d'un individu. La consommation d'hypnotiques, si elle est reconnue comme dépendance reste cadrée de façon bienveillante par les médecins de l'étude. A l'inverse d'autres médicaments comme les opioïdes, les consommateurs de somnifères ne suscitaient pas de méfiance ou de réaction négative du médecin en dehors d'une prescription facilitée. Étudié plus généralement en médecine générale, et notamment lors de la consommation d'opioïdes au long cours, ce phénomène affecte également l'implication du médecin dans la prise en charge de son patient(44,45).

Le manque de formation, un facteur limitant ?

Parmi les médecins de l'étude, seuls ceux qui étaient formés proposaient une prise en charge non médicamenteuse complète. Le besoin de formation des médecins à la prise en charge du sommeil apparaît régulièrement comme un déterminant majeur de l'amélioration de la prise en charge (28,31,32,36). Toutefois, on peut s'interroger sur la faisabilité de ces propositions tant la variété des formations disponibles est importante et l'intérêt du médecin généraliste pour l'insomnie aléatoire. Par ailleurs, les médecins formés interrogés estimaient qu'au-delà des compétences techniques acquises, l'élément fondamental de la prise en charge restait la capacité d'écoute et les habiletés relationnelles.

Du point de vue « technique » les médecins non formés proposaient une partie des mesures de TCC mais utilisées de façon isolées et peu efficaces.

Parmi les médecins de cette étude, tous proposaient des règles d'hygiène du sommeil ou bon sens mais peu en étaient satisfaits s'ils l'utilisaient seule. Dans la littérature, l'hygiène du sommeil seule ne possède pas de preuves suffisantes de son efficacité, elle est toutefois considérée comme un prérequis pour la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie et notamment la TCC(24,46,47). Un des médecins y associait des mesures de contrôle du stimulus, d'autres de la relaxation ou encore l'activité physique. Ces techniques, rarement étudiées seules possèdent un faible niveau de preuve mais sont, pour être incluses dans la pratique de la TCC.(24,46,48)

Les médecins formés à la TCC effectuaient également un travail cognitif consistant à repérer et déconstruire les pensées dysfonctionnelles qui entraînent des ruminations excessives par rapport au sommeil. Bien que peu utilisé par les médecins formés, un questionnaire validé, le DBAS-16 (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep) peut permettre aux MG d'aborder ces notions. (49,50).

Afin de mener à bien ce travail cognitif, les médecins s'appuyaient également sur un agenda du sommeil qui servait à la fois de base diagnostique, de support relationnel et de suivi du patient. Chez les médecins non formés, l'agenda n'était jamais utilisé. Méconnu, ou jugé trop chronophage, un des médecins allait jusqu'à l'envisager comme un outil permettant une « illusion de prise en charge ». Les études menées sur les perceptions de l'agenda du sommeil (51,52) par les médecins généralistes, retrouvent cette notion de limite de temps et de faisabilité mais également la reconnaissance d'un outil utile et adapté. Il permet en effet au patient de réaliser une auto-observation, et au médecin d'entamer la discussion pour trouver la solution la plus adaptée pour le patient. Il s'agit donc avant tout d'un support relationnel s'intégrant dans

l'éducation du patient aux règles d'hygiène du sommeil (48,51,52) mais utilisé par seulement 7,1% des médecins généralistes (19).

Seul un médecin utilisait la restriction du sommeil, que les patients soient médicamenteux ou non. Cette technique était la plupart du temps jugée, par les médecins formés ou non comme sévère et difficile à appliquer pour le patient, au risque de le démotiver. La restriction du sommeil au même titre que le contrôle du stimulus est associée à la pratique de la TCC. Elle est proposée dans la prise en charge de l'insomnie chronique par l'ensemble des recommandations(16,24,46), y compris lorsqu'un sevrage d'hypnotiques s'avère nécessaire(53). Relayée dans plusieurs guides d'aide à la pratique de la TCC en médecine générale (50,54), sa version simplifiée est démontrée efficace et adaptée aux contraintes du cabinet de la MG(55). La baisse de vigilance et la somnolence, secondaires à l'utilisation de cette technique peuvent toutefois être difficiles à endurer par le patient(56) et corroborer cette image de sévérité.

Les médecins formés quant à eux évoquaient surtout l'amélioration des compétences d'écoute, l'absence de jugement, l'adaptation des thérapies au cas par cas, la responsabilisation du patient et sa motivation comme principal apport de la formation TCC. Leur application dépassait le cadre de la prise en charge de l'insomnie notamment pour favoriser l'observance médicamenteuse ou aider en cas de pathologies chroniques. Plusieurs études démontrent d'ailleurs son application dans d'autres domaines comme les douleurs chroniques(57,58).

Ces compétences sont reconnues essentielles par l'ensemble des médecins généralistes (17,28,32) et une majorité des médecins non formés de l'étude y avaient recours au quotidien. La formation TCC pourrait donc plutôt s'envisager comme un booster de confiance afin de développer ces habiletés relationnelles. Selon Carl Rogers, la capacité du thérapeute à offrir des qualités relationnelles spécifiques peuvent entraîner le changement et permettre une alliance thérapeutique (59). Dans la pratique, la TCC met en exergue la notion de collaboration avec le patient. Elle est d'ailleurs définie par Alford et Beck en 1997 comme une « relation de collaboration empirique semblable à celle de deux savants travaillant ensemble » (60). Cette attitude se rapproche de la démarche centrée patient, recommandée à tous les médecins par la

HAS qui met en avant la personnalisation des soins, le renforcement des compétences du patient et une continuité du suivi dans le temps. Les compétences du médecin telles que les capacités d'écoute active, de négociation et de suivi sont retrouvées dans le discours des médecins interrogés mais ne sont mises en avant que par les médecins formés. Certaines études abordent les spécificités psychothérapeutiques du médecin généraliste (61,62) : 60% des médecins déclaraient pratiquer une thérapie de soutien non codifiée mais 46% estimaient ne pas avoir les compétences nécessaires. Cela montre que bien qu'il ait les compétences nécessaires, le manque de confiance du médecin peut limiter sa prise en charge. La formation dans ce cas n'apporterait qu'une structure à la démarche.

Le manque de temps

L'approche centrée patient par le médecin généraliste et le suivi qu'elle impose dans la durée nécessitent de mobiliser ses ressources afin de sortir de l'instant de la consultation et inscrire la relation avec le patient dans le temps.

La gestion du temps de consultation était diversement appréhendée : alors que certains proposaient d'aménager des créneaux de consultation plus longs, d'autres abordaient la question de la rémunération comme limite au temps passé avec le patient. Le temps passé avec le patient a une influence importante sur la qualité de la relation (63,64) et l'influence d'une rémunération à l'acte sur le temps passé avec le patient est démontrée (65,66).

Les perceptions de la TCC

Dans les études similaires à celle-ci, peu de médecins connaissaient la TCC (28,31,32) cela s'est confirmé. Parmi les 7 médecins non formés interrogés, un seul en connaissait les grands principes et avouait porter un regard péjoratif sur la TCC. L'idée que la TCC ne traite que les symptômes est largement répandue et le débat courant analytique/ TCC est fréquemment relancé (67,68).

Une réalisation simplifiée au cabinet leur paraissait chronophage, et adresser s'avérait complexe par manque de réseau spécialisé. De plus, elle ne permettait pas selon eux de combler les attentes d'immédiateté du patient. L'efficacité, selon les études n'est ressentie qu'après 3 à 6 mois (69,70).

Les médecins étaient nombreux à ne pas différencier les différents types psychothérapies. L'image d'une prise en charge longue était alors renforcée.

Enfin, la stigmatisation « psy » (71) était reconnue comme un frein au recours du psychothérapeute.

III. Forces et faiblesses de l'étude

L'objectif de cette étude était d'obtenir le point de vue mais aussi les ressentis des médecins généralistes sur l'insomnie et sa prise en charge non médicamenteuse. La méthode qualitative était la plus appropriée pour recueillir les témoignages, les explorer et en déduire une hypothèse.

Concernant la population et l'échantillon :

Les premiers participants étaient des médecins que je connaissais personnellement. Cela a pu contribuer à obtenir plus facilement les accords d'entretiens. Toutefois, cela ne semblait pas être un biais majeur dans la mesure où je n'avais pas connaissance de leurs pratiques concernant l'insomnie. De plus, cela facilitait l'obtention d'un climat de confiance pendant l'interview. Par la suite, aucun des médecins contactés par téléphone n'a refusé d'entretien ce qui limite le biais de sélection.

L'échantillonnage était raisonné et construit progressivement en fonction de l'analyse des données des entretiens précédents. Cela a permis le recrutement de 11 médecins dont un formé à la prise en charge du sommeil et 3 formés à la pratique de la TCC. Il s'agit d'un atout majeur dans la recherche en théorie ancrée.

Concernant le recueil de données

Le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable mais les réponses obtenues lors du premier entretien étaient suffisantes pour permettre de l'inclure dans l'analyse. Les items de ce guide ont été modifiés afin de permettre de mieux explorer certaines thématiques.

Tous les entretiens se sont déroulés dans un lieu calme, bien que deux entretiens aient été interrompus par le téléphone.

Il existe biais d'intervention et d'interprétation : l'interview, la retranscription et le codage ont été réalisés par une seule et même personne. Trois personnes différentes pour chaque type d'intervention auraient été nécessaires pour augmenter la validité interne de l'étude mais cela n'était pas réalisable en pratique.

Le manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens dirigés a pu limiter la richesse des réponses. Toutefois, la réécoute des entretiens lors de la retranscription a en partie permis de corriger certaines maladresses pouvant, par exemple laisser transparaître un jugement et orienter les réponses.

La présentation en tant que médecin a également pu orienter les réponses avec un biais dit « social ». La peur d'être jugé ou de « ne pas savoir » a d'ailleurs été évoquée par un médecin en début d'entretien. Toutefois il était précisé qu'il s'agissait avant tout d'obtenir un ressenti et des opinions. Enfin, un carnet de bord a été réalisé au cours de l'étude.

Analyse des résultats

Une triangulation a pu être réalisée pour les codages avec un chercheur n'appartenant pas au domaine médical. Cela apporte une force supplémentaire à l'étude.

Aucun logiciel de codage n'a été utilisé.

IV. Perspectives

Il apparaît que les techniques non médicamenteuses sont difficiles à faire accepter à la fois par le médecin et par le patient. La question peut cependant se poser en amont. En effet, bien qu'elles soient recommandées officiellement, peu de médecins sont convaincus de leur utilité.

Les médias, quant à eux, abordent régulièrement la thématique du sommeil et les techniques par TCC y sont abordées. Une thèse met en évidence une position ambivalente du rôle des médias en médecine (72). Plusieurs questions peuvent se poser : comment diffuser le message pour que l'information soit lue et retenue ? A qui et comment le diffuser pour obtenir un maximum d'impact ? La question de l'influence du patient est majeure dans les enjeux de la consultation : l'impact d'une médiatisation plus massive serait-il suffisant pour augmenter cette demande ?

Par ailleurs, l'approche centrée patient est de plus en plus enseignée au cours de la formation initiale en médecine générale, il serait intéressant d'étudier l'impact au long cours de cette formation globale sur la prise en charge de l'insomnie.

Un autre enjeu reste celui du temps du médecin consacré à l'insomnie en consultation évoluant par inversement proportionnel à la motivation du patient. L'utilisation du numérique et des applications pour réaliser soi-même la TCC semble montrer des résultats encourageants (73,74). Cela est-il suffisant pour maintenir une motivation sur le long terme ?

Du point de vue des praticiens formés à la TCC ? Les offres de remboursement paraissent incompatibles avec une pratique libérale en termes de rémunération horaire. La thérapie de groupe pourrait être une réponse probante. Une étude a d'ailleurs montré des résultats encourageants avec la mise en place de thérapie de groupe par TCC (69). La thérapie de groupe permet également d'envisager la notion d'association de patients, phénomène existant dans toutes les pathologies chroniques mais très peu pour l'insomnie.

Enfin, envisager un nouveau parcours pour le patient pourrait également être une piste à explorer. Le suivi d'insomnies par des éducateurs en santé « coach » du sommeil avec réalisation d'une TCC simplifiée et supervisée par les médecins pourrait être envisagée, comme dans l'asthme ou le diabète.

CONCLUSION

La prise en charge de l'insomnie chronique demeure un véritable enjeu de santé publique. En 2006, la HAS publiait des recommandations indiquant de privilégier la TCC en première intention. Il apparaît que cette technique est encore souvent négligée au profit d'une prescription d'hypnotiques bien que leur efficacité au long cours ne soit pas démontrée. Les études menées sur le sujet évoquent souvent des limites liées au manque de temps, de connaissances et à l'accessibilité des soins spécialisés.

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les perceptions et les ressentis du médecin généraliste dans la prise en charge du patient adulte insomniaque. Onze médecins généralistes, dont quatre formés à la prise en charge de l'insomnie par TCC ont été interrogés par entretiens semi dirigés.

Les résultats ont pu être organisés autour de 6 grands axes : l'impuissance manifeste du médecin en première ligne et isolé face à une plainte complexe ; sa confrontation avec un patient difficile et parfois stigmatisé ; la remise en cause du rôle idéalisé de bienfaiteur du médecin entretenant cette frustration ; la formation comme moyen de retrouver confiance en des capacités laissées pour compte, la satisfaction résultant d'une approche centrée patient nécessitant de réinventer la notion de temps dans la prise en charge et enfin les luttes nécessaires pour imposer et diffuser l'utilisation de la TCC dans la pratique.

L'impuissance ressentie et entretenue du médecin généraliste s'inscrit dans une remise en question globale de son rôle dans la prise en charge du patient insomniaque chronique.

Pourtant, comme pour toute pathologie chronique, cette prise en charge fait appel aux compétences spécifiques de la médecine générale : une écoute, une approche globale et centrée sur le patient, un suivi dans le temps et une coordination des soins avec le spécialiste si nécessaire.

Ces capacités sont trop souvent sous estimées par le médecin lui-même alors qu'elles lui confèrent le principal outil nécessaire à la prise en charge de l'insomnie chronique par TCC. Enfin, alors que les outils et connaissances théoriques de base de la TCC sont facilement

accessibles sans formation et déjà connus ou en partie pratiqués par les médecins, la formation ne serait que le vecteur d'une prise de confiance en ses capacités.

Accepter la possibilité d'une insomnie maladie et non plus comme simple symptôme paraît être un moyen de sortir de l'inertie et du cercle vicieux de l'impuissance.

Les enjeux demeurent toutefois sur l'amélioration de l'image de la TCC trop souvent associée à la psychanalyse voire la psychiatrie et victime des croyances sur ces dernières aussi bien par les médecins que par les patients.

Afin de rendre plus accessible l'utilisation et l'acceptabilité de la TCC pour les médecins et les patients, le numérique paraît être une bonne alternative. Des résultats encourageants ont été obtenus à l'étranger ainsi qu'en France à petite échelle. L'utilisation judicieuse de ces outils en tant que support, accessible, de la prise en charge pourrait permettre de lever certaines barrières dans la prise en charge de l'insomnie chronique.

ANNEXES

Annexe 1 : Règles hygiène du sommeil et contrôle stimulus (source : L'ABC de la TCC)

Hygiène du sommeil

- La caféine, un stimulant, devrait être évitée de quatre à six heures avant l'heure du coucher.
- La nicotine est un stimulant : évitez de fumer à l'heure du coucher et lorsque vous vous réveillez la nuit.
- L'alcool est un dépresseur : il peut favoriser l'endormissement, mais interrompt le sommeil plus tard dans la nuit.
- Un léger goûter peut être bénéfique, mais ne prenez pas un gros repas juste avant de vous coucher.
- L'exercice physique régulier peut rendre le sommeil plus profond, mais évitez de faire de l'exercice juste avant l'heure du coucher.
- Gardez votre chambre à coucher propre et assurez-vous d'avoir un matelas confortable.
- Évitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher.
- Gardez votre chambre à coucher tranquille et obscure.

Contrôle par le stimulus

Objectifs

- Permettre au sommeil de survenir lorsque désiré ;
- Renforcer l'association entre le sommeil et les indices temporels et contextuels ;
- Consolider le sommeil sur une plus courte période, c'est-à-dire diminuer la fragmentation du sommeil et favoriser le sommeil profond.

Méthode

- Prévoyez une heure avant le coucher pour vous détendre et relaxer ;
- Allez au lit uniquement lorsque vous ressentez de la somnolence ;
- Sortez du lit lorsque vous êtes incapable de vous endormir/rendormir à l'intérieur de 15 à 20 minutes ;
- Répétez cette procédure aussi souvent que nécessaire ;
- Levez-vous à la même heure chaque matin, même la fin de semaine (peu importe le nombre d'heures passées à dormir) ;
- Réservez votre lit et votre chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles ;
- Si vous devez faire une sieste pendant la journée, elle doit durer moins d'une heure et avoir lieu avant 15 h.

Annexe 2 : Agenda du sommeil

DATE	HEURES		Appréciation par :			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES											
			TB - B - Moy - M - TM	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL		FORME DE LA JOURNEE										
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																	
Nuit 20 au 21 octobre									S	S				M	TM	Moy	
21 au 22 octobre														Moy	TM	TB	
22 au 23 octobre														TB	TB	TB	
23 au 24 octobre														TB	B	TB	
24 au 25 octobre														TB	TB	Moy	malade - Doliprane
25 au 26 octobre														TB	TB	TB	
26 au 27 octobre														TB	TB	TB	
27 au 28 octobre														TB	TB	TB	
28 au 29 octobre														TB	TB	TB	
29 au 30 octobre														TB	TB	TB	
30 au 31 octobre														TB	TB	TB	
31 au 1 novembre														TB	TB	TB	
1 au 2 novembre														TB	TB	TB	
2 au 3 novembre														TB	TB	TB	
3 au 4 novembre														TB	TB	TB	
4 au 5 novembre														TB	TB	TB	
5 au 6 novembre														Moy	TB	TB	malade - X
6 au 7 novembre														TB	TB	TB	
7 au 8 novembre														TB	TB	TB	
8 au 9 novembre														TB	TB	TB	
9 au 10 novembre														TB	TB	TB	
10 au 11 novembre														TB	TB	TB	
11 au 12 novembre														TB	TB	TB	
12 au 13 novembre														TB	TB	TB	

Exemple d'agenda d'enfant - Avec l'autorisation du Dr Royant-Parola

Extrait du site « réseau Morphée »

Annexe 3 : Exemple de protocole de Restriction du sommeil

(source : l'ABC de la TCC)

- À l'aide du journal du sommeil, calculer la moyenne du temps total de sommeil des deux semaines ayant précédé le début du traitement ou de la première semaine de traitement si celui-ci est déjà commencé. Habituellement, ces calculs sont fait par un intervenant avant la rencontre avec le patient. En voici un exemple :

Le calcul : Temps au lit : Temps entre l'heure du coucher et l'heure du lever
Exemple : entre 23 h 15 et 6 h 45, il y a 450 minutes

Temps total d'éveil : Latence de sommeil (Q4) + Total du temps d'éveil durant la nuit (Q6) + Temps d'éveil le matin (Q9-Q8)
Exemple : 40 + 60 + 30 = 130 minutes

Temps total de sommeil : Temps au lit – Temps total d'éveil
Exemple : 450 – 130 = 320 minutes

Efficacité du sommeil : $\frac{\text{Temps total de sommeil}}{\text{Temps total au lit}} \times 100$
Exemple : $320/450 \times 100 = 71,1\%$

- Choisir, avec le patient, une heure de coucher et de lever équivalant à la durée totale de sommeil calculée précédemment. Cette étape permet d'établir une fenêtre de sommeil, c'est-à-dire une période pendant laquelle le patient peut être au lit pour dormir. Cette fenêtre doit être la même tous les jours (y compris la fin de semaine).
- Si le patient commence à prendre un médicament à demi-vie courte en même temps, ne pas utiliser de fenêtre de sommeil inférieure à cinq heures et demie. S'il ressent une somnolence importante au lever, lui offrir alors d'augmenter lui-même sa fenêtre de sommeil de 20 à 30 minutes durant la semaine et de conserver cette nouvelle fenêtre.
- Le choix de l'heure de coucher et de lever se fait en fonction de l'horaire de vie du patient ainsi que de son type d'insomnie. Il pourra être plus judicieux, par exemple, de repousser l'heure du coucher chez une personne qui souffre d'éveil tôt le matin.
- Ne pas sélectionner de fenêtre de sommeil inférieure à cinq heures, ni d'heure de coucher dépassant 2 h et d'heure de lever précédant 5 h 30.
- Expliquer qu'il s'agit d'une période pendant laquelle le patient a le droit de dormir et qu'elle sera modifiée chaque semaine. Le patient ne doit pas dormir en d'autres temps.
- À chaque séance, il est nécessaire de réajuster la fenêtre de sommeil à l'aide du temps total de sommeil et de l'efficacité du sommeil calculée à partir du journal du sommeil. L'efficacité du sommeil (ES) se calcule ainsi :

Efficacité du sommeil (ES) = $\frac{\text{Temps total de sommeil}}{\text{Temps passé au lit}} \times 100$

Réajuster la fenêtre de sommeil à l'aide des consignes suivantes :

- Si ES < 80 % diminuer le temps passé au lit de 15 à 30 minutes (pour qu'il corresponde au temps de sommeil calculé)
- Si 80 % ≤ ES ≤ 85 % ne pas changer le temps passé au lit
- Si ES > 85 % augmenter le temps passé au lit de 15 à 30 minutes

Annexe 4 : Extrait questionnaire pensées dysfonctionnelles DBAS

CROYANCES ET ATTITUDES CONCERNANT LE SOMMEIL (CAS)

Nom: _____

Date: _____

Plusieurs énoncés reflétant les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil sont énumérés ci-dessous. S'il-vous-plaît, veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes personnellement en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour chaque phrase, encerclez le chiffre correspondant à votre estimation personnelle. Essayez d'utiliser l'échelle entière plutôt que d'utiliser uniquement ses extrémités. S'il-vous-plaît, veuillez répondre à toutes les questions même si vous n'avez pas de difficulté de sommeil. Pour chacune des questions, veuillez vous référer à l'échelle ci-dessous.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Lorsque je ne dors pas suffisamment durant la nuit, j'ai besoin de récupérer le jour suivant en faisant une sieste, ou la nuit suivante, en dormant plus longtemps.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Parce que je vieillis, j'ai besoin de moins de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Je m'inquiète lorsque je passe une nuit ou deux sans dormir. Je pourrais faire une crise de nerfs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En passant plus de temps au lit, je dors habituellement plus longtemps et je me sens mieux le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 5 : Entretiens M03 et M10**Interview M3**

Sexe	Femme
Age	57 ans
Nombre de patients par jour	20 à 25
Temps moyen de consultation	20 mn
Formation spécifique TTC	Non
Type d'exercice	Cabinet de ville
Durée interview	56 mn

Dans votre pratique, l'insomnie est-elle un sujet fréquemment abordé en consultation et comment ?

Hélas oui ! En fin de consultation, c'est jamais le motif de consultation ou tellement rarement, c'est « au fait, Docteur, vous n'auriez pas quelque chose pour dormir parce que je dors pas ». Je peux aussi aborder directement le sujet quand je le sens pas bien, et que je ne sais pas comment l'aborder, et qu'il ne me parle pas du tout de son psychisme, il ne me parle pas de son état, et a l'air un peu dépressif... euh... je lui dis : est-ce que vous mangez bien ? Est-ce que vous dormez bien ?

Pouvez me raconter une consultation qui vous a marquée et qui abordait l'insomnie ?

Oui. Effectivement j'ai cette dame qui doit avoir 70 ans qui est venue, toute propre sur elle, comme tous les mois, qui m'a dit « je viens chercher ma petite drogue, Docteur » ... elle est sous « Stilnox ». Ce n'est pas moi qui l'ai institué et ça lui convient très bien, et si je ne l'écoutais pas, je ne saurais pas pourquoi elle prend du « Stilnox » tous les soirs et elle ne veut pas en changer, pas changer de thérapeutique parce qu'elle est très bien avec et « au moins », comme elle dit, « elle dort ».

Ça fait longtemps que vous la suivez ?

Je la connais depuis deux ans et comme elle a des tas d'autres pathologies par ailleurs, jusque-là, je n'ai jamais remis en question quelque chose... je vois que c'est une femme un peu inquiète, un peu anxieuse donc je lui dis «mais rassurez-vous, c'est un stupéfiant certes, considéré

comme un stupéfiant parce qu'il y a eu du trafic de «Stilnox », mais ce n'est pas vous qui allez -vous enrichir avec ça »

Et dernièrement, je crois, pas plus tard que le mois précédent, j'ai appris que, c'était quoi son histoire déjà ? Je crois que son mari est mort quand sa fille avait 15 ans et qu'elle a commencé à être insomniaque à la mort du mari. Elle n'avait aucun diplôme, elle a dû travailler et faire vivre sa fille, qui va très mal par ailleurs, qui est devenue un cas psychiatrique et donc non seulement à l'époque, elle ne dormait pas mais elle dort d'autant moins que sa fille ne va pas bien et reste à charge.

Quel est votre ressenti par rapport au renouvellement du « Stilnox » ?

Alors moi, je suis hors mode de fonctionnement classique puisque je me dis de toute façon euh, je n'ose pas le dire mais au point où elle en est, elle en a bouffé du somnifère... et malgré moi ! Elle serait venue me voir à 40 ans pour des troubles du sommeil je l'aurais traitée autrement donc aujourd'hui j'ai pas voulu prétendre faire la révolution je lui ai renouvelé. Aujourd'hui simplement je lui dis on pourrait envisager autre chose, c'est la première fois que je lui dis mais c'est une petite personne disons un peu simple d'esprit et l'alternative pour moi ce serait une thérapie. Et je ne suis pas sûre qu'elle soit candidate à ce genre de chose d'autant que la vie a été très dure et qu'elle n'a peut-être pas envie de ressasser la dureté de sa vie maintenant. C'est peut-être un peu tard.

Quand vous dites thérapie, c'est une thérapie en particulier ? TCC, autre ?

Je ne suis pas très comportementaliste, même pas du tout. Surtout là, il faudrait ressasser le passé, un passé lourd et je ne suis pas sûre que la TCC corresponde.

Après, si on veut revenir à des cas pratiques, ça va un peu aux antipodes de l'insomnie du jeune. L'insomnie du jeune, c'est compliqué, très compliqué puis elle commence tôt maintenant. Je vois des ados qui démarrent insomniaques donc ils ont une longue carrière d'insulaire devant eux si on n'intervient pas.

Et qu'est-ce que vous faites dans ces cas-là ?

Alors, avant d'alourdir la situation sauf si elle est vraiment d'emblée lourde, j'essaie de commencer avec de la phytothérapie pour temporiser et voir un peu si euh... l'effet placebo d'une phytothérapie bien conduite peut suffire, et puis je vois en fonction.

Dans quel cas allez-vous initier un traitement médicamenteux autre que phyto ?

Quand je pense que ça ne sera pas pour longtemps, pas sur la durée. L'idée, c'est moins on en prend, mieux on se porte.

Quel est votre avis sur les somnifères ?

Alors, du fait de ma longue expérience de médecin (rires), j'ai découvert que non seulement les gens pouvaient manger des somnifères, mais ils buvaient beaucoup et ils fumaient beaucoup aussi, et pas que du tabac. C'est vrai que les français sont connus pour être un peuple de drogués mais si, au moins, le somnifère peut leur permettre de ne pas avoir une rencontre cauchemardesque avec la nuit et que y'a pas d'alternative, je n'ai pas de préjugé négatif à l'égard du somnifère. Je suis bien contente qu'on en ait. Je vois tellement de personnes, surtout les femmes qui préfèrent boire pour être sûres de dormir. Hors, on sait qu'elles vont mal dormir plutôt que ... Je préfère médicaliser une insomnie plutôt que de laisser une dérive de malaise absolu.

Et par rapport aux effets secondaires ?

Alors là encore, il y a des études qui parlent et moi y'a mon étude à moi du haut de mes 57 ans et de mes 25 ans de médecine libérale. Mes patients sous somnifère ne sont ni Alzheimer, ni déments, ni n'ont de troubles cognitifs, ni ne chutent. Voilà, alors, je ne sais pas si c'est les miens, est-ce que c'est justement parce que je ne les ai pas entraînés la dessus. J'en ai une, une femme chercheuse au CNRS et depuis peu à la retraite, elle prend un « Temesta » depuis 50 ans, ce n'est pas moi qui ai institué là encore, et ça fait longtemps que je renouvelle. Eh bien, elle a fait un bilan pour ses troubles cognitifs, elle me dit j'ai l'impression d'avoir des troubles de mémoire, je lui dis qu'à cela ne tienne, vous prenez du « Temesta », on va quand même vérifier. Elle a fait son bilan qui est tout à fait normal.

D'après vous, qu'attendent vos patients de la prise en charge de l'insomnie ?

Alors, c'est tout ce qui est compliqué, parce que tout dépend à quel moment ils demandent une prise en charge. Soit c'est en fin de consultation sur le coin d'une ordonnance, ils veulent ponctuellement un somnifère, soit c'est LE motif de consultation, ce qui est quand même beaucoup plus rare... parce qu'ils ne sont pas beaucoup en demande hein ! C'est comme le fumeur qui vous dit je tousse c'est normal parce que je fume, et ben il ne dort pas, il ne dort pas donc euh je n'ai pas forcément... euh qu'est-ce qu'ils attendent... euh pour celui qui vient demander qui vient consulter exprès, il attend une écoute oui. Celui-là, il attend une écoute incontestablement, il attend de pouvoir parler de lui enfin.

Est-ce que, dans ce cas, ou plus généralement dans votre pratique, il vous est arrivé d'orienter votre patient vers un psychologue pour la prise en charge de son insomnie ?

Oui. Globalement, l'insomnie n'est pas là seule, c'est souvent un symptôme d'autre chose hein, donc voilà seulement un symptôme l'insomnie donc effectivement pour moi c'est un bon moyen un bon prétexte pour dire « écoutez... Est-ce que vous êtes sûr que y'a pas... ? » Parce qu'il y en a qui vont dire « c'est bizarre docteur, je me réveille toutes les nuits à 3h33 » et ils sont d'accord avec moi pour dire que peut-être y'a un RDV. Un rdv qui les amène à se réveiller la nuit, et ils ont rdv avec quelque chose. Ils sont d'accord pour entendre que, probablement, il y a un moment où faudrait qu'ils puissent... à l'occasion de ce rendez-vous parler d'eux, de leurs problèmes, de leur problématique du moment et donc ce n'est pas forcément un symptôme isolé.

Et les retours sont bons.

Et vous trouvez qu'il y a un impact sur l'insomnie ?

Alors, de mon point de vue ça ne traite pas l'insomnie, je ne les ai jamais vu guéris d'une insomnie au décours de la psychothérapie mais déjà beaucoup plus à l'aise avec leur insomnie... C'est à dire, ils la subissent moins. Moins d'idées noires, ils vont se lever, ils vont bouquiner, ça rumine moins, ils se l'approprient, ils la vivent mieux.

Est-ce qu'il vous est arrivé d'adresser un patient dans les gros centres du sommeil ? Qu'en pensez-vous ?

Alors moi je n'ai jamais envoyé personne mais euh, j'ai déjà été amenée à rédiger un courrier, à leur demande. Parce qu'ils savent. Là, j'ai découvert qu'il y avait un centre international du sommeil dans le 15^e, je crois. Donc j'ai dû faire des courriers. C'est hors de prix.

Donc, la prise en charge me paraît très... Donc, ça se termine souvent par euh... de la « Miansérine », en gros hein, je schématise. Et très peu d'écoute et de nouveau une espèce d'hyper médicalisation, sans place pour le reste. Moi, je travaille avec des psychologues plutôt du courant analytique, c'est à dire tout ce qui n'est pas pris en charge dans ces centres. Là, on est sur la thérapie comportementale, on est toujours sur le symptôme et on ne veut surtout pas aller au-delà du symptôme, qu'est-ce qu'il y a derrière et enfant comment vous dormiez et qu'est-ce qui se passait chez vous et comment vous réagissiez etc... Tu découvres que la maman ne se levait jamais quand l'enfant pleurait et que ... voilà.

Et au cabinet, quelles prises en charge non médicamenteuses vous êtes amenée à proposer aux patients ? Si vous le faites

Ah ! Oui bien sûr. Parce que... bon, pour avoir fréquenté des insomniaques dans ma propre demeure, mon mari, mon fils... je vois bien. J'avais un fils qui avait l'habitude de se réveiller pour se lever, pour que je sois témoin de son insomnie. Donc, il se réveillait, il bondissait du lit et il disait « maman je dors pas » et finalement c'était juste pour me rendre témoin qu'il pouvait ne pas dormir mais il se rendormait très bien, et donc euh ça n'a rien à voir mais je rappelle que pour dormir, il faut essayer autant que possible de dormir dans la pièce où on ne mange pas, on ne travaille pas, on ne regarde pas la télévision, que la pièce soit calme qu'il n'y ait pas de lumière, qu'il n'y ait pas de télé qui ronronne derrière... ni de radio, que de préférence le réveil ne soit pas sur la table de chevet mais au fin fond de la pièce et tourné, qu'ils ne soient pas en permanence à regarder l'heure, à se réveiller pour regarder l'heure donc ça c'est déjà le B.A.-BA ... Et essayer de se mettre dans des bonnes conditions de sommeil, de ne pas aller se coucher après avoir fait de l'ordinateur ou de la tablette. Et il m'est arrivé aussi depuis peu de leur indiquer le site « petit bambou » je ne sais pas si vous en avez entendu parler ?

C'est une appli de méditation non ?

Oui. C'est très marrant et qui effectivement, peut marcher pour aider à l'endormissement... pour ceux qui ne s'endorment pas. Voilà, pourquoi pas, on se sent tout seul et ben mettez petit

bambou. J'ai un patient qui me disait « j'écoute des podcast » je disais « mais c'est pas une façon de s'endormir » toute la nuit il écoute des podcast et il finit par s'endormir. Donc je lui ai dit « bah essayez petit bambou » et il m'a dit « ça aide beaucoup mieux effectivement » ça accompagne au sommeil, une voix douce ... bon faut adhérer.

C'est vrai que ça aide parfois haha, Donc là je vais passer au vif du sujet, la TCC mais avant je voulais savoir, si vous les connaissez et ce que vous pensez des outils évaluant le sommeil comme les échelles, les agendas du sommeil... enfin si vous les utilisez ?

Non. Non. Déjà que je ne les aime pas sur la douleur donc ça m'énerve au plus haut degré ! c'est totalement subjectif, y'a des bonnes femmes qui vont dire « ohlala c'est atroce ! » Et d'autres qui sont plus humbles, c'est très subjectif... Et tout dépend du ressenti à l'égard de l'insomnie.

Alors ça dépend des échelles mais parfois la subjectivité, c'est ce que l'on recherche ! Je vais vous présenter rapidement les différents aspects et outils de la TCC. Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous en pensez ?

Sur la partie hygiène du sommeil : ah je trouve ça très bien, la bonne hygiène du sommeil, je suis tout à fait d'accord.

Sur La partie « contrôle du stimulus » : hou la !! Oui, je suis d'accord... mais ce qui me gêne, c'est la notion de « contrôle », s'il peut même pas lâcher autour de la gestion du sommeil et qu'il soit encore dans une « maîtrise » ça m'énerve. C'est juste la formulation, la notion de contrôle. Parce que la nuit, on doit se relâcher, pas être dans le contrôle de soi, on ne peut pas, y'a un moment où y'a des choses qui veulent passer mais bon dans le principe oui ! Mais on ne peut pas lire dans le lit ? Parce qu'on s'endort au lit en lisant non ?

Alors le principe c'est que si l'éveil reste trop long on doit quand même sortir du lit.

Ah d'accord.

Et sur la phase principale : la restriction du sommeil basée sur l'agenda du sommeil :

Alors l'agenda du sommeil... oui bon, ça lui donne l'illusion qu'il est pris en charge donc oui quand même ! Oui si je suis d'accord.

Vos patients seraient d'accord pour le faire vous pensez ?

Ba, justement la patiente qui est allée dans le centre très chic, elle avait un truc comme ça, et oui elle l'avait bien rempli. Alors réveil à heure fixe : ah mais ça veut dire qu'on lui fait faire sonner son réveil ? (Rires) Bah pourquoi pas. ...calcul du temps de sommeil efficace : ah oui c'est pas mal.

Lutte contre les pensées dysfonctionnelles_: par contre l'exemple là, « il me faut deux heures pour m'endormir, donc je me couche deux heures plus tôt » Ben, j'entends l'inverse, moi : « comme je ne m'endors pas, ben, je vais me coucher très tard ». Moi, c'est ce qui m'est raconté. Avec un décalage absolu... « Je me réveille plus tard » ce qui n'est pas une bonne chose non plus effectivement.

Ok donc en fait c'est une mini thérapie en cabinet sans psy. C'est vrai que beaucoup de patients n'ont pas envie de voir un psy, pas envie de faire plus que ça. Et d'autres trouvent ça cher.

Sur la relaxation_: oui bon comme ce que je disais...

Sur le principe, je demande à voir... si ça marche tant mieux ! je suppose qu'il ont des résultats satisfaisants compte tenu des reco ... ? Moi, j'ai des à priori considérables sur la TCC.

Je pourrais essayer, mais il faudrait vraiment y dédier le temps d'une consultation. Il faut discipliner le patient pour ne pas qu'il dise en plein milieu « au fait docteur j'ai ressenti une vive douleur à la poitrine » ... et là, je ne serais vraiment pas très contente (rires).

Par exemple, ça peut être aussi lorsque le patient aborde le sujet en fin de consultation, proposer qu'il imprime un agenda du sommeil et le revoir avec ?

Ah oui complètement.

Si vous étiez vous-même insomniaque, qu'est-ce que vous attendriez dans votre prise en charge ?

(Silence long) ... Pas évident, bonne question. Pff si j'étais moi insomniaque... alors c'est différent, parce que moi, je suis en analyse... mais ce n'est pas une thérapie peut être que je testerais la thérapie cognitive et comportementale oui pourquoi pas ! Mais bon, je ne suis pas insomniaque.

Ou alors, si on le prend dans l'autre sens, est-ce que vous vous souvenez comment vous avez appris à traiter l'insomnie ? Votre pratique a-t-elle évolué ?

(Rires) ça doit faire partie des leçons que je n'ai jamais apprises euh, c'est trop loin... Comment j'ai appris, à l'époque on n'avait pas les recommandations, c'était le guide des premières ordonnances, je pense. Je le cachais dans les toilettes et je prétextais d'aller chercher du matériel

(rires). Les cours de psychiatrie je trouvais ça hilarant, pour la plupart. C'était pas du tout comme ça que je voulais aborder le psychisme. L'insomnie, je ne sais pas en quelle matière ça a pu être enseigné autre qu'en psychiatrie. Euh... mais je pense qu'à l'époque, on avait la liste des somnifères, on était pas tellement à nous alerter des risques de chute donc on prescrivait beaucoup de benzodiazépine, et puis je sais pas d'où ça me vient, mais j'ai pas mal prescrit de « Laroxyl ». Mais je ne crois pas vraiment que ma pratique ait beaucoup évolué... ça m'arrive d'envoyer chez l'hypno thérapeute, il y a de bons résultats. J'ai un petit réseau pas étoffé mais pas mal dans le quartier.

Quels moyens de formation utilisez -vous ?

Si je devais mettre à jour ma pratique, ce serait plutôt par une formation, sur l'insomnie. Oui. Mais sinon, la TCC, c'est pas mal, dans le sens où tu attends peu de séances et un résultat un peu magique. Et tu t'en remets quand même dans un état subconscient à quelqu'un qui va modifier cette perturbation du sommeil et euh pour peu que tu y croies un peu, ça marche pas mal. Si l'insomnie est vraiment chronique et que la personne a son temps, il n'y a pas d'urgence, quand c'est quelqu'un qui bosse- on en a quelques-uns ici-, qu'il faut dormir et qu'il a jusqu'au mois de juin pour faire ses preuves, je commence pas à aborder un truc sans fin avec lui ... Je dis « on va parer à l'urgence et puis on va voir » bon. Mais voilà : tout dépend de l'activité professionnelle de la personne, de ses exigences. Quand c'est dans le cadre d'une rupture, on en a ... ou d'un deuil bon, on peut se dire que c'est un moment très ponctuel et que ce n'est pas forcément à hyper médicaliser, voilà.

Les médicaments, je ne les prescris que quand je pense que ce sera bref.

Comment et quand décidez- vous de traiter ?

Dès qu'il y a une demande, si elle est présente, mais elle n'y est pas toujours souvent c'est moi qui vais le chercher, je lui demande « comment vous dormez » et là t'apprends qu'il ne dort pas bien ou qu'il n'a jamais bien dormi. Mais s'il ne me le demande pas, je lui fous la paix. Sauf si je sens que c'est un élément qui m'amène à penser à une dépression ou un trouble de l'humeur ... des choses un peu plus graves auquel cas je dis « ce serait pas mal de voir un psy pour voir s'il n'y a pas autre chose ... » Mais un psychiatre hein.

Que faudrait-il faire pour améliorer la prise en charge de l'insomnie par TCC en France ?

Je pense plus en parler, arriver à en parler davantage par le biais du médecin, il faut que le médecin adhère.

Alors comment le faire adhérer ?

Déjà qu'il ait du temps et qu'il soit mieux rémunéré (rires), peut-être la consultation dédiée à la prévention finalement de la prise de somnifère, que ces consultations-là soient mieux reconnues par l'assurance maladie ? Là, je ne me suis jamais autant dit que je n'arrivais plus à rien, à penser aux vaccins, au frottis, à penser à tout quand je vois mon patient une fois par an.

Ou sinon, il faudrait peut-être repenser ... faudrait prévoir un questionnaire dans la salle d'attente quand les patients attendent avec date du dernier frottis ... et des questions sur le sommeil.

Alors justement je voulais aborder certaines échelles. (Epworth, échelle pensées insomnies et self efficacy) parce qu'elles permettent pour la première, d'évaluer la somnolence diurne donc l'impact de l'insomnie en journée, et les deux autres sont citées dans une étude qui permet d'évaluer les prédispositions des patients à une bonne efficacité de la TCC. Plus les scores sont élevés, plus les patients seront réceptifs. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Ce serait un bon média à laisser en salle d'attente oui, pour pouvoir en rediscuter, pourquoi pas... Mais pour qu'ils soient plus dans l'observance du traitement, il faudrait cadrer peut-être par une application ?

C'est vrai, c'est très intéressant ce serait pas mal de sensibiliser le patient avec des documents dans la salle d'attente éventuellement un petit questionnaire avec une phrase comme « si vous en avez besoin, n'hésitez pas à en parler à votre médecin afin de prendre rdv et une consultation dédiée, ce serait très intéressant ou même plusieurs consultations.

Alors l'échelle de somnolence, bon ça c'est un vrai problème.

Ah oui pourquoi ?

Parce que justement, je voyais sur les recommandations pour la TCC afin de bien adhérer et de bien répondre aux thérapies TCC dans le cadre des troubles du sommeil... « Evitez les siestes » mais ta personne de 70 ans elle s'assoupit, tu ne vas pas lui interdire sa sieste, elle y tient. « Mais docteur j'peux pas je suis épuisée, j'en ai besoin ! » puis tu ne sais pas ce qu'elle a pris à midi ... il y a eu le petit vin qui fait somnoler, et là, elle dort bien volontiers parce que c'est dans un cadre informel alors que, quand il faut dormir au moment de la nuit ben non ... Petite nuit. ...Donc ça, je pense que les vieux, ils sont indécrottables, on n'arrivera pas à leur ...et puis est ce que tu vas avoir une personne qui va accepter d'éteindre son réveil et accepter de se rendormir quand tu veux réduire son temps de sommeil...

Alors justement, le but est bien d'augmenter la pression de sommeil pour favoriser l'endormissement. Donc, au fur et à mesure, le corps ne tient plus et le sommeil se recale en quelque sorte.

Ah oui ok. Mais c'est quand même très intéressant ! Tu vois, j'avais des à priori sur les Thérapies comportementales, les TCC en règle générale ça me gonfle... Mais pris dans le cadre du trouble du sommeil... Effectivement ça peut être une solution.

Voilà ! Alors moi, c'est une de mes interrogations, pourquoi on ne l'applique pas alors que ça fait longtemps que cette solution est recommandée par la HAS, les recommandations européennes, américaines qui viennent par-dessus...

Alors, ce n'est pas appliqué nulle part ? Aux États Unis par exemple.

Alors je ne sais pas précisément comment ça se passe mais ce que je trouve aux États unis et moins ici, c'est par exemple des médias d'accès à la TCC directement pour les patients : internet, téléphone, applications... pas besoin de passer via le médecin.

C'est pas mal, enfin c'est pas mal que dans la mesure où il y a vraiment un cadre... bon il y a une appli qui te dit 10 000 pas par jour, Yuka qui te dit de pas manger tel biscuit, pourquoi il n'y aurait pas une application sommeil !

Ah bah il y en a une !

Ah oui. Ça vous ennuie si je fais des photocopies des études ? il faudrait que je regarde ça. Surtout l'agenda que je regarde, les recos européennes.

Ok et celle-ci, un protocole en Nouvelle Zélande qui a testé de réaliser uniquement hygiène du sommeil et restriction du sommeil par des médecins sans formation.

Ah oui, je veux bien celle-là. Alors oui on peut imaginer... Enfin pour le coup, je trouve qu'ils ont un peu trop libéré les prescriptions des sages-femmes par exemple, mais on pourrait tout à fait imaginer un officier de santé qui prendrait la relève dans le suivi de ces troubles du sommeil. Un forfait sommeil avec une application dont les résultats seraient transmis au médecin.

Via la médecine connectée donc ?

Baaaah oui on vient à ça ! Combien il faut de consultations ? 10 ?

Ce n'est pas énorme parce que c'est très technique. Disons que, de toute façon, on évolue doucement vers une diminution de la relation médecin malade, on va avoir une médecine hyper technique maintenant. Bon moi j'ai gardé ma vieille médecine et j'y tiens beaucoup.

C'est peut-être ce que les patients apprécient non ?

Bah pas les jeunes ! Pas la jeune génération, ils veulent un truc allégé, tel médecin à 10 heures j'ai pris mon rendez-vous sur « Doctolib » ... « si j'attends 20 min je me casse »

ils imaginent qu'on soigne tout indifféremment pareil ; comme je disais à un ami : si je me mets un jour sur « Doctolib » ... bon pourquoi pas hein, j'ai pas dit que je ne le ferai pas ... mais je ne travaillerai plus de la même façon.. Je me foutrai des gens que je vois. Je m'implique beaucoup plus quand c'est mes patients qui viennent et qui reviennent mais alors le petit jeune qui vient parce que je suis disponible à l'heure où il a besoin de venir et qui pense que je vais m'en occuper aussi bien, alors je me trompe peut-être hein, mais je crois que je serais beaucoup plus désinvestie, mais euh ça me cassera moins les pieds hein...

(Le médecin regarde de nouveau les échelles sur les pensées dysfonctionnelles et l'agenda du sommeil.)

Là elle est vraiment pas mal cette échelle. Et euh le calendrier du sommeil je peux le trouver n'importe où ?

Oui, sur internet, il suffit de l'imprimer.

Je ne sais pas si tous les patients le rempliraient mais je peux le donner. Ils trouveraient peut-être ça long et fastidieux, mais bon c'est une alternative... Comme ils ne veulent pas de médicaments dangereux... par contre ils veulent de l'efficacité immédiate. Ca met un peu le couteau sous la gorge, et s'il n'y a pas de résultats rapides il ira voir ailleurs... quoique si c'est un patient habitué ...

Voilà alors après, il existe une étude qui montre des résultats avec le strict minimum dans la TCC, bon je sais que ce n'est pas trop votre type de pratique vu ce qu'on a dit avant... mais c'est faisable en peu de temps.

Oui, alors là, autant favoriser les applications et laisser le patient faire. Moi, je préfère avoir un suivi mais c'est difficile il y a trop de choses comme je disais.

Autre chose ?

Non.

Extrait Carnet de bord M03 :

« A l'aise dans l'ensemble, attention aux questions avez-vous orienté vers un psy vers un centre du sommeil : demander si orientation ou autre chose sans préciser et voir en relance si besoin pour prochaine interview. Ne pas trop rentrer dans le débat. ++ Toujours diminution des réactions quand présentation guide insomnie. Trouver autre chose ? Le donner à la fin rappeler après ? le donner avant ? A voir .

Très critique sur TCC en off > mauvaise image de la TCC > prendre médecin qui s'y connaît en psy ou alors médecin qui fait de la TCC dans échantillon. »

Interview M10

Sexe :	Femme
Age :	38 ans
Nombre patients par jour :	20 à 25
Temps moyen de consultation :	30 mn

Formation spécifique :	Médecine du Sommeil
Type d'exercice :	Mixte libéral –salarié
Durée interview :	44 mn

Comme je l'ai précisé à votre secrétaire au téléphone, je réalise une thèse sur les représentations des médecins généralistes sur la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique.

Oulaaaa... je ne sais pas si je saurai tout !

En fait, ce n'est pas une évaluation des connaissances, c'est vraiment plus sur la perception des prises en charges non médicamenteuses. Pouvez me raconter quelle est la spécificité du travail ici par rapport à un cabinet de médecine générale classique dirons-nous ?

Alors ici, on est vraiment un centre du sommeil, on prend en charge que des troubles du sommeil, les consultations sont en général réglées toutes les demi-heures, il y en a qui peuvent aller assez vite pour l'apnée du sommeil en particulier et il y a quand même beaucoup de psychiatrie qui fait que parfois, ça déborde, et certains médecins prennent les patients une heure. Donc, n'importe quelle spécialité médicale peut déboucher à devenir médecin du sommeil, il y a un DIU, Diplôme Inter Universitaire à faire en plus, pour avoir cette spécificité sommeil sachant qu'il y a toute une partie psychiatrique, une partie pneumologique et une partie neurologique, pneumo ORL un peu.

Et après, il y a d'autres diplômes qui sont moins officiels, le Diu de sommeil c'est vraiment le truc très officiel, et ensuite il y a des tas de DU sur l'apnée, l'insomnie, les TCC etc...

Vous avez donc une formation de médecin généraliste. Qu'est-ce qui vous a poussé à réaliser cette formation ?

Je suis venue faire un stage ici pendant mes études et vraiment j'ai trouvé ça génial. Donc je suis restée deux stages en fait, un an, et après j'ai eu un poste plein temps trois ans, à l'hôpital ici, j'ai fait mon D.I.U de sommeil en même temps que mes études, et après du coup moi j'ai un cabinet en ville de médecine du sommeil exclusivement, que des patients sommeil, toutes

les demi-heures, et je viens ici une fois tous les quinze jours. On voit des gens de tous les âges, mes patients ils ont de quatre mois à 95 ans et puis j'ai des femmes enceintes pour préparer avant qu'ils naissent parce que tout le monde dort, des riches des pauvres, des hommes des femmes. Ce que j'aime aussi, c'est qu'il y a tout un côté bien être qui est quand même très important parce qu'il n'y a pas d'urgences ce qui convient mieux si je veux avoir une vie en dehors du travail, un côté technique avec les examens euh voilà c'est un peu tout. Voilà, en tout cas tout ça m'a beaucoup plu.

D'accord. Alors première question : pour vous que représente l'insomnie ?

Alors je pense que 80-90% des problèmes sont quand-même assez psy, soit vraiment dans un contexte de maladie psychiatrique, peut-être la moitié, en particulier l'anxio-dépression et ensuite toutes les maladies psychiatriques... mais ils atterrissent moins chez nous... les gens bi polaires, schizophrènes parfois d'autres psychoses particulières qui vont en général avoir des troubles psy. Donc il y a ceux anxio-dépressifs et ceux qui ne sont pas vraiment avérés comme souffrant d'une maladie psychiatrique comme des tendances très anxieuses, des tempéraments assez obsessionnels, perfectionnistes, avec des traits comme ça de caractères qu'on va retrouver d'une façon assez générale chez les insomniaques.

Que pensez-vous de la prise en charge de l'insomnie proposée aujourd'hui ?

Je ne pense pas qu'on en soit aux balbutiements , les examens de sommeil ont beaucoup progressé mais ça existe depuis une petite centaine d'année, le début de l'étude du sommeil.... mais la médecine c'est quand même beaucoup plus vieux que ça, et les vrais examens de sommeil tels qu'on les a aujourd'hui ça fait cinquante ans ,l'après-guerre et informatisés depuis trente quarante ans, ce qui est finalement pas si vieux que ça et donc je suis certaine qu'on pourra dans les dizaines centaines d'années à venir progresser d'une façon incroyable sur la connaissance du cerveau de la même façon qu'en neuro on est sans doute pas très doué aujourd'hui, donc ça avance doucement et euh... j'ai perdu le fil de votre question, et du coup est-ce qu'on prend bien en charge , je pense qu'il y a des chose intéressantes en particulier avec les thérapies cognitive-comportementales qui sont peu développées en France aujourd'hui, nous ici on a la chance d'avoir quelqu'un qui a monté un groupe incroyable donc c'est super de pouvoir proposer ... En fait les patients on peut les envoyer dans un groupe... on peut les

envoyer dans ce groupe pour être pris en charge dans une TCC structurée pour le sommeil qui est très très bien

Quelle est la différence entre une TCC sommeil et la TCC « normale »?

Bah c'est pas tellement pour l'anxiété ou dépression, bien que ce soit forcément un peu collatéral ... mais ça vise pas la confiance en soi ou le traitement de l'anxiété ou les crises de panique ; après euh sans doute sur le plan psy euh je pense que quand on est médecin on est pas du tout formé à la psychothérapie, il me semble, je ne suis pas psychiatre mais je pense que même les psychiatres ne sont quasiment pas formés à la psychothérapie, et que c'est sans doute quelque chose qui manque .

Après moi je pense que la TCC c'est bien mais souvent ça ne suffit pas en fait parce que si les patients ils ont euh... c'est-à-dire sur ceux qui n'étaient pas tant anxieux, pas tant perfectionnistes la TCC ça suffit c'est super c'est franchement magique hop ça les remet sur pieds impeccable mais après il va y avoir 30-40% des patients où il aurait fallu en plus aussi faire une thérapie sur l'anxiété.

D'accord, c'est étrange parce que souvent on indique la TCC pour les troubles anxieux ça veut dire qu'ici c'est pas du tout la même chose alors ?

Les mesures comportementales vont vraiment être axées autour de l'hygiène de sommeil et ensuite le travail cognitif sur les pensées dysfonctionnelles autour de, quand je dors pas je vais tout rater, ma santé va dérailler ... Après moi je n'ai pas fait un DU TCC spécifique, donc du coup je suis plus familière avec celle concernant le sommeil mais je n'ai pas une très bonne comparaison par rapport à ce qu'on pourrait faire en TCC pour de l'anxiété par exemple, mais j'imagine que si on prend quelqu'un avec des attaques de paniques, les mesures comportementales vont être de s'exposer à ses sujets d'inquiétude ou d'angoisse, et pas de passer moins de temps dans son lit ; donc il y a quand même des spécificités dans la TCC par rapport au sujet qu'on veut traiter ; ou de la TCC de confiance en soi je pense que par exemple ça doit marcher assez bien et dans ce cas on vous donne d'autres exercices..

D'accord, donc si je vous suis n'importe quel praticien de TCC ne sera pas forcément apte à prendre charge correctement une insomnie ?

Oui et non, je pense qu'il faut que le psy se soit un peu sensibilisé au sujet du sommeil, du coup qu'il n'axe pas tout sur l'anxiété. Parce que les mesures de TCC qui sont la restriction de temps passé au lit, le fait de se relever si on dort pas, de pas regarder l'heure, de faire attention à la température de la chambre, le sport le café, toutes ces choses-là, en particulier la restriction de temps passé au lit sont des mesures qui donnent des résultats vraiment très intéressants, et du coup quand on les explique bien et que les gens adhèrent et arrivent à le faire, ce qui n'est pas toujours évident, c'est vraiment super ça donne de très très bons résultats ; mais simplement il faut avoir l'idée, est-ce que un psy normal qui ne fait pas de sommeil a l'idée de faire de la restriction de temps passé au lit ? Je ne sais pas.

Comment faites-vous pour faire adhérer les patients à ce genre de choses-là ?

Je l'écoute, je ne le juge pas, c'est très très important, ensuite je lui explique qu'il y a des spécificités génétiques dans le sommeil, d'être du matin, du soir donc on va prendre son cas à lui, que les conseils qu'il a reçus de sa concierge ,de sa mère ou son copain, c'était peut-être pas adapté avec son cas à lui parce que dans le sommeil tout le monde ne dort pas de la même façon donc pour créer une alliance, et ensuite je lui demande ce qu'il a déjà essayé de faire, je lui dis que si on veut que les choses changent il faut faire différemment , en général là il est d'accord, et après quand je lui propose de faire différemment il dit oh non non quand même ; je lui dis je suis d'accord mais si on ne fait rien, rien ne change.

Quand vous dites différemment, c'est... ?

Déjà de dire vous allez vous coucher super tard et vous lever tôt tous les jours même le week-end, genre vous vous couchez à 1h30 et vous vous levez à 7h30 alors que les gens vont au lit à 10h. C'est une grosse restriction, moi je tape fort dès le début sur la restriction et en plus , je leur demande assez vite ; normalement ce serait mieux de les accompagner moi je ne peux les recevoir toutes les semaines, j'ai pas l'organisation ni le temps pour faire ça ; ce qui est mieux dans le groupe de TCC c'est d'avoir ce suivi ...

Ce manque de suivi ça signifie quoi pour vous ?

Au début où je me suis installée en ville, je pouvais vraiment suivre les patients de façon rapprochée et je pense que c'est mieux, maintenant les délais font que je n'y arrive pas... on

fait comme on peut, je leur dis un mois et demi en pensant en mon for intérieur que trois semaines ce serait mieux... Finalement, je pense que ce qui les accroche c'est de... Enfin j'y mets du temps, parce que au bout d'une minute trente je pourrais leur dire tenez voilà le papier vous suivez les consignes et vous revenez dans un mois , mais moi je prends le temps ce qui n'est pas le cas de tout le monde... je pense que je suis quelqu'un d'assez empathique ; je leur dis que c'est dur que je comprends que ça va être difficile mais que l'expérience montre.... Moi ça fait 15 ans que je fais ce travail, l'expérience montre que ça vaut vraiment le coup, que c'est seulement si c'est tous les jours qu'ils font l'effort que ça peut marcher, qu'après tout ils ont déjà essayé plein de choses et ça ils ne l'ont pas encore fait donc il faut se donner une chance.

Et il y a des patients qui lâchent au fur et à mesure, qu'il faut un peu remotiver ?

Oui, alors il y en a quand même où ça ne marche pas et en général ceux-là ils ont quand même un fond psy assez fort et ils ont des personnalités assez... du coup ils déplacent le problème même si ils font ce qu'on leur dit, ils déplacent le problème ; l'insomnie revient en ayant un cadre différent et puis il y a ceux pour qui ça marche super bien mais au bout de dix jours ils en ont trop marre alors ils dormaient mais ils lâchent, et en fait si on tient pas deux trois mois quand même ça ne marche pas , voire plutôt plus longtemps en assouplissant et donc oui c'est pour ça que les programmes de TCC ou on les voit tous les 15 jours avec de la remotivation, c'est mieux.

Donc pour vous, en fait, sur l'ensemble des patients, quand on va parler de thérapie non médicamenteuse au final c'est quoi ?

Alors oui il y a surtout la TCC et, ... avec la dédramatisation qui est vraiment très importante et moi je pense que tant qu'ils sont hyper graves et complètement obsédés par leur sommeil de toute façon, vous pouvez toujours donner des plantes et tout ça marche zéro, ou faiblement et que une fois qu'ils vont mieux et qu'ils commencent un peu à lâcher l'affaire, là je trouve que la phytothérapie peut être très intéressante. Je trouve que certaines phytothérapies pour l'anxiété, la dépression peuvent être très bien et que du coup, c'est une grande aide après pour la qualité de sommeil, moi je donne pas mal de mélatonine aussi ; si je peux, j'essaye de moins le faire tout au début parce que je pense que tant qu'ils n'adhèrent pas à essayer de changer

quelque chose... en gros le but des consultations, ça va être plutôt de les convaincre et de les motiver à vouloir changer les choses.

Et concernant la prise en charge médicamenteuse, quel est votre ressenti ?

Alors il y a dix ans j'étais un ayatollah... Pour rien au monde... Disons que j'aurais trouvé que je donnais de la drogue aux gens si je leur donnais des somnifères. Je trouve que les benzo, tout ça, j'aurais jamais donné ça, maintenant je suis quand même plus souple et du coup il y a quand même des gens qui vont super mal qui sont vraiment c'est l'urgence de leur donner quelque chose donc maintenant franchement je le donne ou des gens qui vont passer des examens ; je m'occupe d'une dame qui passe l'agreg' pour la deuxième ou troisième fois elle a vraiment bousillé sa vie pendant deux ans donc là elle prend du « Lexomil » et « Imovane » depuis un an, et en même temps, elle a fait plein de choses, elle revient me voir tout le temps on parle, franchement elle va mieux, elle réussit ses études, je trouve ça plus satisfaisant que pendant un ou deux ans elle prenne ça et moi ensuite les sevrages ça ne me fait pas tellement peur ; je bosse avec des gens qui prennent des benzo depuis 10 ans trente ans, on arrive à les sevrer ; donc maintenant je pense qu'il faut pas forcément dire que les benzo, « Stilnox » ou quoi c'est tout de la saloperie et qu'il faut tout mettre à poubelle ; je pense que c'est quand même utile, qu'il faut savoir y avoir recours, que parfois les gens ça les rassure. Certains ne sont pas capables de faire une TCC, ils n'ont pas la patience eux ils veulent un truc, ils n'en ont rien à faire de savoir s'ils prennent des médicaments ou pas... c'est ce qu'ils veulent, je ne trouve ça pas très satisfaisant et je pense que ça ne résout rien, mais si ça ne fait pas très longtemps, ça vous permet de ne pas rentrer dans un cercle chronique.

Mais pas satisfaisant pourquoi ?

Parce que je pense que ça ne résout pas ; sauf si c'est un petit truc ponctuel, euh vous passez le bac, vous êtes stressés bon ben ok, tu prends un « Stilnox » pendant quinze jours, ce n'est pas très grave. Et moi, les effets sur la démence, j'y crois moyennement, il y a eu un exposé au congrès du sommeil, il y a deux ou trois ans sur Benzo et Alzheimer, la réalité c'est que ... ce n'est pas si établi que ça le lien.

Les patients que vous avez donc, ce sont des patients adressés par les médecins généralistes ou ils viennent tous seuls ?

Euh si on est rigide, il faut qu'ils soient adressés, et dans les faits, il y en a pas mal qui se mettent à venir tous seuls. Ici, maintenant, ils ne veulent plus parce que comme on a 800 demandes par jour...

En tant que « spécialiste du sommeil », vos patients ont-ils plus une consommation régulière d'hypnotiques ? Et comment ce statut influence (ou pas) votre pratique ?

C'est variable, j'ai l'impression à la louche, je n'ai aucun chiffre mais 50/50, mais s'ils les ont, je ne change rien au traitement, on commence comme ça et on diminue parce que si les choses changent les gens ils ont envie de diminuer ; si rien ne change ils ne voient pas pourquoi ils changeraient leur truc. Moi j'ai plutôt l'impression que l'important c'est l'empathie qu'on leur donne et l'écoute qui fait qu'il y a quelque chose qui se crée, Indépendamment du fait d'être à l'hôpital ou de les voir pas souvent ; il y a vraiment des patients très attachés à leur médecin, d'une façon générale, pas spécialement au centre du sommeil ou ailleurs, mais parce que si vraiment on les aide et que ça fait dix ans qu'on les envoie chier et qu'on leur dit « t'as qu'à dormir » et que quelqu'un les écoute ben...parfois ils mettent du temps à cheminer, c'est comme quand on vous dit d'arrêter de fumer, parfois vous mettez dix ans à arrêter de fumer, donc le sommeil je pense que ça rentre dans tous ces comportements de santé, et qu'un comportement de santé c'est difficile, et donc quand il faut changer vos habitudes et que du coup rien que de créer une alliance les gens ça les aide ; rien que de savoir les écouter les recevoir même si c'est pas si souvent que ça...Mais ce que je pense, c'est que, quand même, beaucoup de médecins du sommeil ne sont pas très intéressés par l'insomnie ou assez démunis face à l'insomnie comme d'autres médecins en général, et que beaucoup de patients, on leur a dit pff de toute façon ça ne sert à rien , n'y va pas dans le centre du sommeil , ça ne sert à rien , et ce sera nul et ça donnera rien et je pense que malheureusement c'est vrai dans un certain nombre de cas, je saurai pas dire...Et du coup c'est pour ça , je sais que je radote , mais pour moi, dans ma consultation ,ce qui n'est pas le cas d'autres collègues de créer cette écoute je pense que ça c'est un truc fondamental pour arriver à ce que les gens s'en sortent, un jour ; ça veut pas dire qu'ils s'en sortiraient vite parce que ça dépend quand même de leur personnalité de plein de choses, mais que si on veut servir à quelque chose en faisant de l'insomnie, il y a absolument besoin que l'alliance se fasse.

Certains médecins évoquent le manque de temps au cabinet comme un frein à une prise en charge non médicamenteuse efficace de l'insomnie, qu'en pensez-vous ?

Alors en cabinet, je le fais aussi mais parce que je fais payer 100 euros la consultation ; euh, à 25€, si vous prenez sept patients par jour, à la fin du mois, vous gagnez un smic, vous le faites plus. Donc oui, c'est certain que c'est du coup difficile, et à l'hôpital, c'est un luxe d'être ... après on a un salaire de misère quand on est médecin attaché, mais bon, on choisit de le faire donc si on a choisi c'est qu'on était d'accord ; voilà moi je vous ai fait attendre pendant longtemps, parce que moi, j'ai choisi de prendre le temps avec cette jeune fille, j'espère vraiment, j'ai passé une heure et demi , j'ai créé quelque chose avec elle, je lui ai dit de revenir dans un mois, je le rajoute dans le planning donc j'ai dix-huit personnes quand je voudrais en avoir six mais, et du coup c'est la catastrophe, mais pour essayer que quelque chose se crée parce que c'est pas quelque chose qui va se résoudre vite, c'est vrai que si on espère que , dans certains cas ça se résolve vite, c'est pas le cas donc euh...Mais je pense que ... les autres ils me disent toujours « arrête avec tes patients ...». Je suis un peu trop impliquée peut-être...Enfin je ne suis peut-être pas représentative, mais il y a quand même d'autres médecins comme ça. Et ... Bah Par exemple les TCC... nous, ici, le groupe il a cinq ans... avant, on n'avait rien à leur proposer ; c'était soit ça vous intéresse, soit... rien. Quand ce n'est pas le cas, moi j'essaie de leur faire de la TCC en consultation... après, en les voyant une fois tous les trente-six du mois... Bref moi je proposais déjà des mesures genre TCC mais les médecins que ça n'intéresse pas, qui n'aiment pas poser de questions.... Et comme dans les livres de sommeil on en parlait peu, en tout cas il y a quinze ans quand j'y étais, ben du coup le médecin il n'a pas non plus d'idée de ce qu'il pourrait faire, donc si le médecin il se forme moyennement qu'est-ce qu'il peut proposer à part filer des benzo et ...

Certains médecins ont la sensation de faire beaucoup d'efforts alors que le patient ne suivra pas les consignes données... qu'en pensez-vous ?

Ah ouais alors moi, j'y mets tout mon cœur pour qu'ils le fassent ; et en effet, en ça, je suis peut-être différente parce que si vous dites aux gens vous allez vous coucher à une heure et vous vous levez à sept et merci à la semaine prochaine, il se barre et il ne les fait pas. Il faut y

croire ; mais si vous interviewez des tabacologues vous auriez aussi cette idée que... je sais pas... tous les médecins ils disent « arrêtez de fumer » ils n'y croient pas une minute, ils disent ça en deux secondes et les gens n'arrêtent pas de fumer ; le tabacologue y met tout son cœur et si il y met tout son cœur il va arriver à en sauver certains... C'est à dire que plus vous avez des gens qui reviennent... l'autre jour j'en ai eu un qui m'a amené des chocolats il m'a dit je voulais vous amener des fleurs mais je n'ai pas osé pour pas que votre secrétaire ... il était au bord du divorce, c'était la catastrophe, et puis là franchement ça vous reconforte pour donner du temps à encore cinquante autres derrière quoi

C'est une satisfaction que vous avez dans la prise en charge en somme...

Oui pour se dire ça marche, ce n'est pas du pipeau... euh donc du coup j'y crois

Et inversement, si vous êtes en échec qu'est-ce que vous ressentez ?

Alors là je vais dire j'ai progressé. Je crois que quand on débute en médecine, ou peut-être plus tard aussi ou certaines personnalités plus sensibles comme moi, on se remet en cause soi-même et on se dit que c'est nous qui sommes nuls si on n'a pas réussi. Mais d'abord il y a des patients qui, inconsciemment, ne cherchent qu'à mettre le médecin en échec, et si ça ne marche pas, c'est parce que le médecin était nul. Bon, il ne vous dit pas ça cash mais dans tout son discours c'est ça qu'il vous envoie... Et je crois qu'il faut justement réussir à se détacher de ça et se dire, non, je n'ai peut-être pas la compétence de prendre en charge quelque chose qui est en plus, ok, après tout on est pas dieu... mais c'est pas qu'on est nul ou qu'on n'a pas fait ce qu'il faut, c'est aussi que ce patient ne voulait rien faire ou peut-être qu'il avait quelque chose de plus qu'on ne savait pas forcément prendre en charge. Et donc ce genre de patients il y en a assez régulièrement en fait, ils veulent rien ni personne, ils savent tout mieux que vous, ils sont là à vous expliquer que tout le monde est con qu'ils en ont déjà vu cinq des médecins et qu'ils ont tous fait que de la merde et donné de la merde et c'est tout ; peut-être que oui peut-être que non.

Comment est-ce qu'on les gère ces patients-là ?

Alors moi, je dois être un peu cinglée, un peu maso, parce que ceux qui me rebutent, mais vraiment je les aime pas quoi, ils me saoulent ils sont cons, ils sont chiants, je me dis tu vas

voir, je vais te retourner ; donc je me donne quand même deux ou trois consult' et pas plus que deux ou trois patients en quinze ans je leur ai dit je ne peux rien pour vous, ne revenez pas me voir...

Mais certains super chiants, en fait il faut pas croire que le super chiant, à la deuxième consult' il est déjà différent ; justement parce que moi j'y ai mis du cœur et que finalement il a un peu suivi ,même le chiant, eh ben à la deuxième consult' il est calmé ; c'est ce que j'écris dans mon dossier super chiant , parle tout le temps , n'écoute rien pense que je suis vraiment une grosse conne dit que tous les centre du sommeil sont de la merde, dès qu'il revient c'est le premier truc qui va s'afficher en haut dans mon dossier et j'écris pas très souvent parce que j'en ai pas des tonnes et en fait je trouve euh qu'il vaut mieux après .

Donc... là vous abordez vos émotions au cours de certaines consultations, mais de façon plus générale, mais quelle est, selon vous, la part du feeling voire même de votre vécu dans la prise en charge de l'insomniaque ?

Euh ...moi je dormais très bien jusqu'à il y a un an et demi donc je ne peux pas dire que ma vie perso et mon sommeil soient impactés ; alors non je pense que ce n'est pas la peine d'avoir vécu le truc pour comprendre parce que quand vous écoutez des gens depuis quinze ans qui souffrent de ne pas dormir et que tout le monde s'en tape parce qu'en fait il n'y a pas tellement de bénéfices secondaires , les gens ils en ont rien à cirer que vous dormiez mal ils disent oh ma pauvre et ensuite ils disent tu fais ce que je te dis ou enfin je veux dire tu bosses tu fais tes courses tu gères tes gosses tu gères ta vie tu paies tes impôts on en a rien à foutre que tu dormes mal, et du coup les gens ils sont... ouais ça doit quand même être vrai cette souffrance puisque les gens ils l'expriment ; quand on reçoit que des gens comme ça , ils l'expriment fortement et donc je crois qu'il n'y a pas besoin de l'avoir vécu pour les croire, euh donc je pense que en revanche oui je pense que si on est avec un peu plus de feeling et d'empathie ça vous aide à cerner certaines choses, savoir que le patient il aurait besoin qu'on aille plus dans une direction ou dans une autre, parce que si vous assenez des trucs à un moment qui n'est pas fait pour lui, ben il y a moins de réussite donc oui quelqu'un de un peu plus je ne sais pas comment on peut dire , intuitif ça vous aide ;

D'accord

Mais je crois quand même qu'il faut avoir des connaissances scientifiques, enfin, je ne sais pas quel mot il faut utiliser, « médicales », pour comprendre que tout ne s'applique pas à tout le monde ; c'est-à-dire que c'est pas parce que moi je vais me coucher à 21h et me lever à 4h30 , que le mec il me dit moi j' aime bien me coucher à 2heures et me lever à midi c'est mal ou c'est différent ou c'est pas ce qui faut faire ou c'est simplement que, en effet, comme dans n'importe quel truc l'être humain il est réparti en courbe de Gauss, en majorité il dorment de 23h à 7h , il y a les petits dormeurs, il y a les grands dormeurs, il y a les « matin », il y a les « du soir » , et en fait rien que déjà leur montrer qu'on comprend ça, qu'on leur parle pour eux et pas par rapport à nous, moi je crois que ça déjà c'est quelque chose qu'ils n'ont pas forcément eu dans le discours.

Vous avez l'impression que les patients n'ont pas été assez écoutés auparavant ?

En tout cas on leur a pas montré qu'on les comprenait, qu'il y avait un certain nombre de choses qui dépendaient de leur...euh ...pas génétique mais bon voilà... et moi je pense que c'est de leur dire ça qui fait l'alliance. Moi j'en ai vu un qui avait vu trois centres de sommeil, 18 médecins que je connaissais et qui, je pense, sont des médecins qui sont bien, bon, je n'ai pas spécialement critiqué rien ni personne, je l'ai reçu et à la fin il m'a dit vous vous rendez compte c'est la première fois qu'on me dit tout ça ... Que vous êtes du soir du ci du ça je sais pas je lui ai raconté, je ne me rappelle pas, je n'ai pas enregistré mon discours, mais c'est vrai que moi j'essaie , les patients, surtout au début de les rendre autonomes, de leur donner des explications de dire pourquoi vous allez faire ça et pas de leur asséner le truc ; de dire vous êtes comme ci comme ça quand on est comme-ci comme ça c'est ça qu'il faut on a montré que c'était comme ça c'était bien, qu'est-ce qui est acceptable pour vous, dans tous ces conseils qui sont ceux qui semblent adaptés à votre cas qui est comme ça parce que on est génétiquement comme ça ou parce que en plus tel comportement induit telle chose et que vous vous êtes entrés dans ce cas-là, on pourrait faire ça parce qu'on a montré que ça c'était bien , qu'est-ce que vous pourriez faire, qu'est-ce qui est acceptable

Pourriez-vous me raconter une consultation récente ? ou qui vous a marquée ?

Ceux qui me marquent en général ils sont psy, et en insomnie chronique classique, euh j'en ai trop. Après je pense qu'il n'y pas de classique ou pas classique, en médecine générale on est un

peu confronté au psy comme au pas psy, au final on ne sait pas trop encore quand on les voit. Ben, moi je lui demande euh... donc ...Donc dès la première consultation il y a des échelles ... Je leur fais des échelles, au début et à la fin, et je leur demande surtout de faire un agenda de sommeil parce que les patients sont incapables de raconter plus que deux jours. Pour évaluer je fais un HAD un BECK, des scores sur des échelles EVA, votre qualité de sommeil qu'est-ce que vous en pensez ; un ISI le truc de l'insomnie, échelle, je ne sais même pas dire...

Après dans le déroulé d'une consultation classique, il y a celui qui est super bavard , qui commence à me raconter toute sa life, bon mais je lui demande à quelle heure il se couche, à quelle heure il se lève comment il s'endort, qu'est-ce qu'il fait avant le dîner, donc c'est son hygiène de sommeil, combien de temps il pense dormir combien de temps il a besoin, pour voir un peu et estimer quelles restrictions je vais lui faire, quelle sont les conséquences, je pense que tout le monde ne voit pas toujours, et : « c'est quoi les conséquences pour vous du fait de mal dormir » qui permet ensuite de voir, donc là je dis jamais « non c'est faux », je lui dis toujours est-ce qu'il y a une part de ça qu'il pourrait exagérer même si c'est vrai que vous ressentez , c'est des trucs ... voilà ; c'est vraiment une loupe l'insomnie du coup vous voyez tout plus grave ; euh ensuite je lui demande quel est son tempérament, anxieuse anxieux, comment est son moral, là aussi ça peut prendre un temps assez variable

Voilà mais celui qui est complètement dépressif , parfois du coup je donne des anti dépresseurs et je leur dis écoutez là le sujet c'est pas l'insomnie, il faut qu'on soigne la dépression ; je leur pose rapidement des questions pour être sûre qu'ils font pas de l'apnée du sommeil et il faut pas s'arrêter au fait que c'est une jeune femme mince et jeune qui du coup ne fait pas d'apnée du sommeil, ce qui est souvent le cas ; ils disent « moi on m'a dit que je n'avais pas le profil » mais parfois les jeunes, ils sont très rétrognathes ou ils ont, je sais pas quoi et ça fait que voilà ; je leur demande vite fait s'ils n'ont pas des impatiences, je leur demande qu'ils en parlent s'ils ont, mais sans trop leur demander, surtout chez les vieux ; euh je leur demande quels traitements ils ont essayé. C'est assez variable quand même, les vieux ils ont surtout essayé les médocs, mais les jeunes ils n'en veulent pas ; je leur demande s'ils veulent ou pas des médocs ; et ensuite je leur amène les trucs de TCC par rapport à tout ce qu'ils m'ont raconté je c'est-à-dire que par exemple s'il y a un retard de phase qui est faite avec un chronotype du soir et du coup très décalé c'est pas une insomnie d'endormissement anxieuse, ça n'a rien à voir et si vous le prenez en charge comme une insomnie d'endormissement ben c'est pas du tout pareil du coup ,là c'est

la lumière , le sport la régularité, la mélatonine, la chronothérapie pour essayer d'amener les gens différemment...

Quelle place pour l'arrêt de travail ?

Euh le moins possible, je déteste ça mais j'en ai fait un peu en particulier récemment ; il y a celui qui pète les plombs, vraiment il n'en peut plus il bosse comme un ouf , ultra investi, c'est de pire en pire, et franchement il est au bord du Burn-out , en général celui-là il ne veut pas s'arrêter mais au bout de la cinquième fois ou son médecin lui a dit ou sa mère lui a dit , parfois il finit par accepter de s'arrêter trois jours ; il y a celui qui va perdre son job parce que il vient pas parce que il est en retard, parce que il s'endort en réunion, il somnole, alors que ça le rend dangereux.

Un médecin m'a répondu « si je leur fais une restriction de sommeil et que le lendemain ils sont fatigués »... ont un accident de voiture...

Ben, quand même le mec il vous dit je dors 3 ou 4 heures par nuit depuis 10 ans. Ok donc maintenant, tu passeras que 6 heures au lit au lieu d'en passer 9. Tu passes 6h au lit, t'as le temps de dormir 3 ou 4. Donc, vous voyez que finalement je ne vais pas tellement réduire votre temps de sommeil.

On va juste organiser différemment. Vous allez dormir aussi mal mais juste un peu différent. Dans ce cas y pas de raison que vous soyez plus fatigué, si votre sommeil arrête d'être une loterie... Pour ceux qui prennent des médicaments ... Ils font ce qu'ils veulent. S'il veulent le prendre, ils le prennent s'ils veulent pas le prendre, ils le prennent pas. Ceux qui le prennent tous les jours depuis 15 ans, vous le prenez tous les jours comme d'habitude et après on verra pour vous faire un sevrage.

Comment améliorer la prise en charge de l'insomnie en France aujourd'hui ?

Je pense qu'il faut qu'il y ait des vraies formations aux mesures de TCC pour convaincre les médecins, qu'ils sachent, et qu'on explique pourquoi ces mesures...

Donc plutôt en universitaire ?

Ouais, ce serait pas mal qu'il y ait un ou deux cours peut être dans le cursus médical, je crois que ça commence doucement, après dans toutes les FMC (formation médicale continue), il pourrait occasionnellement y avoir ça...heu... peut être qu'il y a...mais je suis pas très sûre que ça soit toujours vraiment adapté.

C'est ça le problème, ce qui ressort c'est que souvent heu... y a éventuellement une possibilité de se former mais il y a d'autres sujets qui intéressent plus. Donc, voilà, c'est rarement l'insomnie qui gagne ...

Bien sûr

Après ...heu... mais ça c'est plus aujourd'hui acceptable, par exemple quand on fait des diners avec des médecins et qu'il y a un labo qui paye le diner et qu'on vient parler je trouve que du coup que quelqu'un qui sait faire vienne rapporter ça un peu de façon plus informelle, c'est pas une journée entière je pense que ça pourrait être une bonne façon.

Par ce que faut pas rêver pour l'internat même si on vous a appris à faire une TCC sommeil, et qu'à côté vous devez savoir l'infarctus, vous apprenez l'infarctus, enfin je veux dire il y a pas photo !

Est-ce qu'il y aurait d'autres solutions pour développer l'utilisation de la TCC ?

Ben ...je pense que si les TCC étaient remboursées, alors, est ce que ce serait pour les psys ou pour les médecins par exemple, oui peut-être y aurait des groupes qui s'ouvriraient par ce que du coup, ça voudrait dire que ce sont des gens intéressés qui du coup prendrait le temps de valoriser cette formation-là plutôt qu'une autre heu...

Je pense qu'en France, la santé, quand les choses ne sont pas remboursées, les gens ne veulent pas ou ne peuvent pas.

Les groupes comme le groupe TCC que vous avez ici, sont-ils remboursés ?

Non, ce n'est pas remboursé, c'est genre 80€ pour 7 séances. 10 euros la séance pour 2H. ... peut être que certaines personnes ne peuvent pas et je pense que dans ce cas-là, on les prend

quand même si vous dites que vous ne pouvez pas mais c'est vraiment anecdotique. L'hôpital met à disposition... Après, faut voir ce qu'ils dépensent les gens, pour acheter de la mélatonine et des plantes hein. Mais je crois que sans la santé il faut aussi rendre les gens responsables quoi, la santé ça peut pas être que gratuit mais bon c'est pas votre priorité si ...

Mais de toute façon si on habite à 7 dans 20m², on a plus de chance de dormir mal, quoi . Je crois que là, il y a une injustice sociale on peut rien faire, c'est mieux d'être dans un grand appartement avec jardin, quelqu'un qui vous fait à manger...

Quel devrait être le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'insomnie chronique ?

Ben, je pense que c'est une mauvaise idée de faire de la TCC cheap parce que du coup vous épuisez l'effet que peut avoir cette prise en charge en disant c'est nul puisque ça n'a pas marché parce que ça n'a pas vraiment été fait comme il fallait et donc les patients ils disent ben non j'ai déjà fait je vais quand même pas refaire ... et donc quelque part c'est dommage donc oui je pense que c'est mieux d'orienter après du coup y a pas assez de gens vers qui orienter ... parce que créer des réseaux et tout c'est toujours compliqué maintenant en France d'une façon globale pas spécialement à Paris, il y a quand même des maisons de santé qui se développent et que en effet s'il y avait possibilité d'avoir des psychologues financés par l'ARS ou je ne sais qui pourraient du coup proposer des groupes de TCC comme ça, ce serait sans doute ce qu'il y ait de mieux à travers la France c'est qui est peut-être pas le cas à Paris par ce que c'est plus difficile mais peut être qu'on pourrait imaginer que des centres de santé puissent avoir ça heu que ce soit pas gratuit, parce que les gens font rien quand c'est gratuit je suis plutôt contre le fait que tout soit gratuit mais un prix accessible

Dédramatiser c'est pas un truc dingue... plutôt que de donner un « Stilnox » je pense que c'est mieux de l'organiser de cette façon, le rôle du médecin c'est aussi d'aider les gens à prendre conscience de leur côté anxieux ou perfectionnistedépressif... sans passer complètement à côté d'autre chose évidemment. Plutôt que de donner juste un « Stilnox », on pourrait donner un « Stilnox » et aider à dédramatiser. Montrer un peu plus de compréhension !

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Je pense qu'il faut avoir la foi quand même. C'est moyennement gratifiant, c'est beaucoup de temps, beaucoup d'investissement pour ...peut être la moitié. Mais on les aide quand même un peu, et 30% qui vous jettent à la gueule que vous êtes nul et con. .. Faut avoir la foi !

Il y a un gros travail sur soi à faire alors ?

Je prends plutôt tout à cœur et je m'en sors alors du coup basé sur moi-même qui représente un échantillon peu représentatif .Non, je ne pense pas que ce soit pire que de prendre en charge du cancer ou du ... je sais pas. J'en reviens pas ... Ceux qui sont cons, parfois ça m'énerve mais c'est autrement plus difficile d'entendre une jeune fille de 17 ans je prends de la drogue j'ai 3 copains qui font des TS... parce qu'ils prennent de la drogue avec moiheu... et je dors pas du coup , parce que je suis complètement déstabilisée, je vais faire une fugue de chez moi et me jeter du balcon, j'y pense 3 fois par semaine.... ça m'atteint plus que de savoir l'autre qui me dit « ouais vous êtes nulle » qui me le dit pas comme ça

Et donc la patiente qui était là pour TS elle venait pour le sommeil initialement ?

Oui, oui parce qu'elle s'endort entre 3 et 5h du matin et là elle rate les cours 3 matinées par semaine ...et du coup elle dort jusqu'à midi. Quand vous êtes en Terminale, c'est difficile hein ! Votre Directeur, il trouve que vous vous foutez de sa gueule, que vous avez qu'à arrêter de sortir le soir, ce qui n'est en général pas le cas ...et que, en plus du coup, vous avez un bulletin scolaire désastreux .en terme de note, d'appréciation. Vous devez vous inscrire en parcours sup pour être pris dans les écoles, et votre vie tourne au cauchemar Si le sommeil fait partie après si on se drogue et qu'on est dépressif et anxieuse ...comme elle l'était, ça ne vous aide pas. en plus elle a vu 3 psys avant et les psys, ça lui a pas convenu, ça la saoulait ,....heu ...J'ai beaucoup de jeunes patients en particuliers, des ados, des post ados (entre 15 20 ans) qui ont vu des tonnes de psy, en tout cas la relation ne s'est pas vraiment créée, ils vont toujours aussi mal ... et pour certains, ça ne s'est pas arrangé mais du coup sans les voir tout le temps ...parce que moi je peux pas le fait d'avoir de l'écoute.... finalement....

U cas qui n'est pas l'insomnie, c'était sur l'hypersomnie ...

Une fois, j'ai eu une patiente qui dormait 18h par jour, une étudiante en médecine et au bout de 6 ou 7 ans, elle allait mieux et elle est revenue me le dire. C'était sympa franchement mais heu je lui dit écoutez c'est super gentil de venir j'ai pas l'impression d'avoir beaucoup aidé pendant toutes ces années c'est super sympa de revenir me le dire non mais croyez pas ça que vous m'avez reçue , écoutée, chaque fois qu'on s'est parlée c'est pas de votre faute si y a pas de solution enfin je veux dire moi je fabrique pas les médicaments ...je .. eh ben, voyez moi ça m'a permis d'avancer, c'est un peu ce que je vous disais et après les choses changent, la vie change, les pages se tournent.

Oui. Comme quoi l'écoute est au cœur de la relation médecin patient !

Oui dans tout. C'est quelque chose qui se perd un peu. ..

Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Non.

Extrait Carnet de bord M10 : Ne parle pas trop de technique surtout écoute > a mettre en relation avec intuition et cas par cas dans codage. Accès facilité à la TCC groupe > voir si existe en ville ? revoir these sur exemple collaboration. Les somnologues de ville qui ne font que de la ville ont-ils un réseau de psy TCC de groupe aussi ? Voir si possibilité interview .

Assez critique sur ses collègues désinvestis/

BIBLIOGRAPHIE

1. Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006;
2. Hirose A, Terauchi M, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Kubota T. Subjective insomnia is associated with low sleep efficiency and fatigue in middle-aged women. *Climacteric*. août 2016;19(4):369-74.
3. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and Socio-Professional Impact of Insomnia. *Sleep*. sept 2002;25(6):621-5.
4. Léger D, Massuel M-A, Metlaine A, SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep*. févr 2006;29(2):171-8.
5. Knutson KL. Sleep duration and cardiometabolic risk: a review of the epidemiologic evidence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. oct 2010;24(5):731-43.
6. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*. oct 2005;66(10):1254-69.
7. Ohayon MM. Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. *Arch Intern Med*. 10 janv 2005;165(1):35-41.
8. Khandelwal D, Dutta D, Chittawar S, Kalra S. Sleep Disorders in Type 2 Diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2017;21(5):758-61.
9. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res*. juin 2009;18(2):148-58.
10. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*. 15 déc 2004;27(8):1567-96.
11. Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, Dikeos DG. How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med*. janv 2005;6(1):5-13.
12. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin*. janv 2008;24(1):307-17.
13. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*. nov

2014;146(5):1387-94.

14. Damien Léger AZ Brice Faraut, Jean-Baptiste Richard. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. [cité 14 févr 2020]; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
15. Metlaine A, Leger D, Choudat D. Socioeconomic Impact of Insomnia in Working Populations. *Ind Health*. 2005;43(1):11-9.
16. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*. déc 2007;4(14):5-27.
17. Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin: exploration des difficultés ressenties. :172.
18. these_vappou.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_vappou.pdf
19. Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *La Presse Médicale*. 1 nov 2005;34(19, Part 1):1358-62.
20. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
21. Poirot I. Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2012;170(3):202-7.
22. Belleville G, Bélanger L, Morin C. Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. *smq*. 2003;28(2):87-101.
23. Singh D. Economic evaluation of benzodiazepines versus cognitive behavioural therapy among older adults with chronic insomnia. 2 mai 2013 [cité 27 sept 2018]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9935>
24. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. déc 2017;26(6):675-700.

25. Coispeau É. Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale. :88.
26. Arnaud Faurie - Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et apparentées au-delà de trois mois : une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de Poitou-Charentes - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/37942>
27. Duret F, Florio D. Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin. :240.
28. (PDF) Consensus, controversies and dissensions between general practitioners and patients suffering from chronic primary insomnia [Internet]. ResearchGate. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/313853440_Consensus_controversies_and_dissensions_between_general_practitioners_and_patients_suffering_from_chronic_primary_insomnia
29. Insomnia disorder subtypes derived from life history and traits of affect and personality. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30630691?dopt=Abstract>
30. Théorisation ancrée (Grounded theory) – [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://hebergementalterneetutilisationdesntics.wordpress.com/2017/11/19/theorisation-ancree-grounded-theory/>
31. Salmeron Cerezuela R. Perceptions et représentations en médecine générale de la plainte pour insomnie: étude qualitative à partir d'un échantillon de médecins bas-normands [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2014.
32. Blanchier H. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte: mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006. 2017;98.
33. M.Metge. Perception des thérapeutiques non pharmacologiques dans la prise en charge de l'insomnie.
34. Ohayon M. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. Sleep medicine reviews. 1 mai 2002;6:97-111.

35. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boissnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue du Praticien Médecine Générale*. 7 juin 2004;18:781-4.
36. Rudant G. Évaluation de la prise en charge globale de l'insomnie chronique par les médecins généralistes français [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
37. Volcler N. Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. :53.
38. Barbier ML. Prise en charge de l'insomnie en médecine générale : évaluation des pratiques professionnelles avant et après publication d'une recommandation de pratique clinique. [Lyon];
39. FMC - La fonction apostolique du médecin [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/fmc/article/2009/10/02/la-fonction-apostolique-du-medecin_147136
40. Schouler Bourjal AC. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines: Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.
41. ATTENTES DES PATIENTS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LEUR INSOMNIE CHRONIQUE AU SEIN DE L'ARC ALPIN | Thèse IMG [Internet]. [cité 13 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/130>
42. Clémence MOUGEOLE. Consumerisme médical, la parole est aux médecins généralistes.
43. Coulaud A. Quelles sont les attentes des internautes à propos de l'insomnie sur le forum Doctissimo® ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
44. What's trust got to do with it? Revisiting opioid contracts | *Journal of Medical Ethics* [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://jme.bmj.com/content/40/10/673.long>
45. Dubin RE, Kaplan A, Graves L, Ng VK. Reconnaître la stigmatisation. *Can Fam Physician*. déc 2017;63(12):913-5.
46. American Academy of Sleep Medicine Guidelines | AASM [Internet]. American Academy of Sleep Medicine – Association for Sleep Clinicians and Researchers. [cité 8 mars

2020]. Disponible sur: <https://aasm.org/clinical-resources/practice-standards/practice-guidelines/>

47. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev.* juin 2003;7(3):215-25.
48. Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U. Prendre en charge l'insomnie chronique en médecine générale Deuxième partie : démarche thérapeutique.
49. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep.* nov 2007;30(11):1547-54.
50. Vallières A, Guay B, Morin C. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Med Quebec.* 1 janv 2004;
51. Journal A. Perceptions et réflexions concernant l'utilisation de l'agenda du sommeil chez les médecins généralistes qui connaissent cet outil: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
52. Rey M. L'agenda de sommeil. *Médecine du Sommeil.* 1 déc 2005;2(6):33-6.
53. Taylor DJ, Schmidt-Nowara W, Jessop CA, Ahearn J. Sleep Restriction Therapy and Hypnotic Withdrawal versus Sleep Hygiene Education in Hypnotic Using Patients with Insomnia. *J Clin Sleep Med.* 15 avr 2010;6(2):169-75.
54. TCC : Therapie Comportementale et Cognitive [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.bichat-larib.com/sommeil.index.php>
55. Forme simplifiée de restriction de sommeil comme traitement de l'insomnie en première ligne de soins ? [Internet]. Minerva Website. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2048>
56. Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, MacMahon KM, Espie CA. Sleep Restriction Therapy for Insomnia is Associated with Reduced Objective Total Sleep Time, Increased Daytime Somnolence, and Objectively Impaired Vigilance: Implications for the Clinical Management of Insomnia Disorder. *Sleep.* 1 févr 2014;37(2):229-37.
57. Glombiewski JA, Holzappel S, Riecke J, Vlaeyen JWS, de Jong J, Lemmer G, et al. Exposure and CBT for chronic back pain: An RCT on differential efficacy and optimal length of treatment. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(6):533-45.
58. Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral

Therapy: An Integrative Review. West J Nurs Res. mai 2016;38(5):596-628.

59. Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche. 2008;n° 8(2):5-20.

60. Pardonnet-Hinkova F. Comment apprendre l'alliance thérapeutique en psychothérapie ? : Réflexions et outils à partir des thérapies brèves [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2019.

61. scanR | Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://scanr.enseignementsup-recherche.gouv.fr/publication/dumas-02071229>

62. Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2911>

63. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. Br J Gen Pract. févr 1991;41(343):48-54.

64. Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. Scand J Prim Health Care. mars 2013;31(1):31-5.

65. Hennig-Schmidt H, Selten R, Wiesen D. How payment systems affect physicians' provision behaviour--an experimental investigation. J Health Econ. juill 2011;30(4):637-46.

66. Saint-Lary O. Paiement à la performance et soins primaires: étude des tensions éthiques liées à son introduction. :211.

67. VAN RILLAER J. Une légende moderne : « les comportementalistes ne traitent que des symptômes ». J théor comport cogn. 2004;14(1):3-7.

68. Rillaer JV. L'anti-livre noir de la psychanalyse" de J.-A. Miller : une tromperie très culottée [Internet]. Club de Mediapart. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/jacques-van-rillaer/blog/040918/l-anti-livre-noir-de-la-psychanalyse-de-j-miller-une-tromperie-tres-culottee>

69. PUECH Carine. Mise en place de thérapies cognitivocomportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville:étude prospective.

70. Falloon K, Elley CR, Fernando A, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* août 2015;65(637):e508-515.
71. Netgen. La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>
72. Paur C. Consultation 2.0. Approche de la perception de la diffusion des informations médiatiques en matière de santé dans la pratique des médecins généralistes. Étude qualitative par Focus Group auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse. 24 oct 2018;90.
73. Catoir-Brisson M-J. Contribution du numérique et des objets connectés à la santé : pour une approche centrée sur les usagers. *Open Science - Internet des objets* [Internet]. févr 2018 [cité 10 mars 2020];1(1). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01711444>
74. Castiel B-D. Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique: étude "Read & Sleep" [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.

RESUME

INTRODUCTION : L'insomnie chronique est un trouble du sommeil fréquent en soins primaires et la thérapie cognitive-comportementale (TTC) est recommandée en première intention depuis 2006. Si les médecins sont nombreux à vouloir limiter le recours aux hypnotiques peu d'entre eux ont recours aux techniques de TTC. L'objectif de cette étude était d'explorer les ressentis des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique

METHODE : il s'agit d'une étude qualitative, analysée en théorisation ancrée sur 11 médecins généralistes de la région parisienne par entretien individuels semi dirigés.

RESULTATS : Bien qu'il soit en première ligne dans la prise en charge, l'intérêt du médecin pour l'insomnie est aléatoire et seule la fréquence de cette plainte le contraint à trouver des solutions. La complexité des situations et l'impossibilité d'adresser le patient participent à son isolement face au patient. Les patients sont parfois perçus comme exigeants, en attente d'une solution miracle et manquant d'écoute, ceux sous hypnotiques au long cours sont souvent stigmatisés. Les multiples pressions exercées sur le médecin lors de la consultation pour insomnie sembleraient remettre en cause son statut de « bienfaiteur » et sont à l'origine d'un sentiment d'impuissance. Cependant, sa capacité à développer une approche centrée patient confère au médecin généraliste le principal outil nécessaire à la prise en charge de l'insomnie chronique par TTC. La formation ne serait ainsi que le vecteur d'une prise de confiance en ses capacités et un moyen de sortir de l'inertie. Accepter une prise en charge longue serait, pour le médecin, une des clés pour sortir du cercle vicieux de l'impuissance.

CONCLUSION : L'approche centrée patient est plus que tout au cœur de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie.

MOTS CLES : insomnie, thérapeutique, TCC, médecine générale

RESUME

INTRODUCTION: Adult's chronic insomnia is frequent and problematic in medical primary care. Since 2006, the use of cognitive and behavioral therapy (CBD) is recommended.

Although most general practitioners (GP) try to avoid the prescription of hypnotic drugs only a few of them actually try a psychological approach.

METHOD: the process was studied from the perspective of 11 general practitioners from Paris area, with a qualitative study using grounded theory method and semi-structured interviews.

RESULTS: Although he is on the front line of management, the doctor's interest in insomnia is random and only the frequency of this complaint forces him to find solutions. The complexity of the situations and the impossibility of referring the patient contribute to his isolation from the patient. Insomniacs are perceived as demanding, waiting for a miracle solution and lacking listening skills; those under long-term hypnotic treatment are often stigmatized. The multiple pressures exerted on the doctor during the insomnia consultation lead him to question his status as a "benefactor" and are at the origin of a feeling of powerlessness. However, his ability to develop a patient-centred approach gives the general practitioner the main tool necessary for the management of chronic insomnia by TTC. Training would thus only be the vector for building confidence in his or her abilities, a way out of inertia and the vicious circle of impotence.

CONCLUSION: The patient-centred approach is more than anything else at the heart of the non-drug management of insomnia.

KEY WORDS: insomnia, therapy, CBT, general practice

INTRODUCTION : L'insomnie chronique est un trouble du sommeil fréquent en soins primaires et la thérapie cognitive-comportementale (TTC) est recommandée en première intention depuis 2006. Si les médecins sont nombreux à vouloir limiter le recours aux hypnotiques peu d'entre eux ont recours aux techniques de TTC. L'objectif de cette étude était d'explorer les ressentis des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique. **METHODE :** étude qualitative, analysée en théorisation ancrée sur des médecins généralistes de la région parisienne par entretien individuels semi dirigés **RESULTATS :** Onze entretiens ont été réalisés. Bien qu'il soit en première ligne dans la prise en charge, l'intérêt du médecin pour l'insomnie est parfois aléatoire et seule la fréquence de cette plainte le contraint à trouver des solutions. La complexité des situations et les difficultés d'adresser le patient aux spécialistes participent à son isolement face au patient. Les patients sont souvent perçus comme exigeants, en attente d'une solution miracle et manquant d'écoute, ceux sous hypnotiques au long cours sont souvent stigmatisés. Les multiples pressions exercées sur le médecin lors de la consultation pour insomnie semblent le pousser à remettre en cause son statut de « bienfaiteur » et sont à l'origine d'un sentiment d'impuissance. Cependant, sa capacité à développer une approche centrée patient confère au médecin généraliste le principal outil nécessaire à la prise en charge de l'insomnie chronique par TTC. La formation ne serait ainsi que le vecteur d'une prise de confiance en ses capacités et un moyen de sortir de l'inertie. Accepter une prise en charge chronique serait, pour le médecin, une des clés pour sortir du cercle vicieux de l'impuissance **CONCLUSION :** L'approche centrée patient du médecin généraliste est plus que tout au cœur de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie.

Mot clés de MESH : insomnie, TCC (thérapie cognitivo-comportementale), médecine générale

How do GPs feel about the non-drug approach to the management of chronic insomnia?

INTRODUCTION: Adult's chronic insomnia is frequent and problematic in medical primary care. Since 2006, the use of cognitive and behavioral therapy (CBD) is recommended. Although most general practitioners (GP) try to avoid the prescription of hypnotic drugs only a few of them actually try a psychological approach. The objective of this study was to investigate the feelings of general practitioners on the non-medicinal management of chronic insomnia. **METHOD:** the process was studied from the perspective of 11 general practitioners from Paris area, with a qualitative study using grounded theory method and semi-structured interviews. **RESULTS:** Although he is on the front line of management, the doctor's interest in insomnia is random and only the frequency of this complaint forces him to find solutions. The complexity of the situations and the impossibility of referring the patient contribute to his isolation from the patient. Insomniacs are perceived as demanding, waiting for a miracle solution and lacking listening skills; those under long-term hypnotic treatment are often stigmatized. The multiple pressures exerted on the doctor during the insomnia consultation lead him to question his status as a "benefactor" and are at the origin of a feeling of powerlessness. However, his ability to develop a patient-centred approach gives the general practitioner the main tool necessary for the management of chronic insomnia by TTC. Training would thus only be the vector for building confidence in his or her abilities. A way out of inertia and the vicious circle of impotence. **CONCLUSION:** The patient-centred approach is more than anything else at the heart of the non-drug management of insomnia.

MESH Key Words : insomnia, therapy, CBT, general practice