

Dépistage de l'insomnie en médecine générale : représentations et attentes des patients lorrains sur la place du sommeil en consultation

Alice Mathon

▶ **To cite this version:**

Alice Mathon. Dépistage de l'insomnie en médecine générale : représentations et attentes des patients lorrains sur la place du sommeil en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298086

HAL Id: hal-03298086

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298086

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE Faculté de Médecine de NANCY

Année 2020

THESE

pour l'obtention du diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 07 septembre 2020

par **Alice MATHON**
née le 02 mars 1993 à Lille

DÉPISTAGE DE L'INSOMNIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : REPRÉSENTATIONS ET ATTENTES DES PATIENTS LORRAINS SUR LA PLACE DU SOMMEIL EN CONSULTATION

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur B.KABUTH	Président
M. le Professeur F.PAILLE	Juge
Mme. le Professeur S.SIEGRIST	Juge
Mme. Le Docteur M-N COUVAL	Directrice

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Étudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission
Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND – Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN – Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS – Luc PICARD - François PLENAT -
Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER – Professeur Antoine VERGER
2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL
3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI – Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Guillaume VOGIN

3e sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : ***(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)***

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3e sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4e sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5e sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2e sous-section : ***(Chirurgie viscérale et digestive)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4e sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3e sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA
55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie, et cytogénétique*****)**
Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE – Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)
2e sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI
2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE
3e sous-section : *(Immunologie)*
Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4e sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*
Docteur Philippe GUERCI
2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
2e sous-section : *(Neurochirurgie)*
Docteur Fabien RECH (stagiaire)
3e sous-section : *(*Psychiatrie d'adultes ; addictologie)
Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)*
Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Anthony LOPEZ
2e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)
Docteur Cyril PERRENOT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3e sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)*
Docteure Eva FEIGERLOVA
5e sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Cédric BERBE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

A Monsieur Bernard Kabuth, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Votre intérêt et votre disponibilité m'ont été précieux. Je vous prie de voir dans ce travail toute l'expression de mon plus profond respect et de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Marie-Noëlle Couval, vous avez immédiatement accepté de m'encadrer sur ce long parcours. Vous avez été présente de l'initiation du projet à sa finalisation. Je vous remercie pour votre soutien indéfectible, vos précieux conseils, et la liberté que vous m'avez laissée lors de l'exécution de ce travail. J'admire et partage votre vision de la médecine générale découverte en stage, et vous remercie également pour tout ce que j'ai pu apprendre à votre contact.

A Monsieur François Paille, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier d'Addictologie, vous m'avez fait l'honneur de faire partie de mon jury. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt porté à mon travail et pour votre expertise.

A Madame Sophie Siegrist, Professeur Associé de Médecine Générale, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde reconnaissance.

Aux médecins extraordinaires croisés dans mon parcours,

Au Dr Pierre Merle, à Langogne (48), qui m'a fait le premier entrevoir la richesse et l'épanouissement du métier de médecin généraliste de campagne.

Aux Dr Patrice et Nathalie Robert, à Saint-Amé (88), qui m'ont aidée à bâtir les fondations de mon rêve de la médecine générale. Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à votre contact et votre soutien lors de mon travail de thèse.

Au Dr Abdessammad Zahdour, à Metz (57), pneumologue émérite, pédagogue enragé, qui m'a énormément appris dans sa passion pour la médecine et sa soif de transmettre son savoir. Merci pour ton soutien indéfectible lors de mon passage dans ton service.

Au Dr Eloïse Vialtel, au Thillot (88), qui m'a appris les bases d'une médecine rigoureuse, et m'a témoigné sa confiance en me permettant avec bienveillance d'effectuer mes premiers pas en tant que remplaçante. J'admire votre droiture, votre pédagogie et votre patience, qui me serviront d'exemple au cours de ma vie professionnelle.

Au Dr Siavoche Amoghly, à Saint-Maurice-sur-Moselle (88) qui m'a encadrée avec indulgence et pédagogie lors de plusieurs stages. Merci pour les discussions passionnantes, les remarques constructives, merci de m'avoir toujours valorisée, de m'avoir aidée à progresser, et permis de prendre confiance en moi.

Au Dr Natacha Peter, à Lunéville (54), une Reine, auprès de qui j'ai autant appris que ri, et qui m'aurait presque fait hésiter pour un poste hospitalier. Merci pour les émotions partagées, votre pédagogie, votre humanité, votre humour et tout ce que j'ai pu apprendre à votre contact.

Au Dr Nicolas Chevalier, au Thillot (88), qui m'a aidée à prendre les choses avec philosophie.

A ma famille,

A mes petits parents Pascale et Thierry, sans qui rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir soutenue, portée (parfois à bout de bras) tout au long de ces études difficiles. Votre présence et vos encouragements ont été une force précieuse, et je mesure toute la chance que j'ai eue de profiter de l'enfance heureuse que vous m'avez offerte.

A Younès, un allié de poids, qui râle avec moi depuis les rattrapages de la 4^{e} année. Merci pour ta présence dans les bons et les mauvais moments, et pour avoir toujours réussi à me faire rire.

A ma sœur Suzanne, mon antagoniste, toujours unies dans l'adversité. Tu pourras toujours compter sur moi.

A mamie Yvette, mamie en or avec qui on peut parler de tout, mamie généreuse, attentionnée et connectée, qui nous aime sans compter.

A mamie Alice, mamie robuste, déterminée et véritable cordon bleu, je sais que tu es très fière de moi.

A ma famille, côté Goupil et côté Mathon, aux Camarroque et aux bons moments pleins de chaleur et de convivialité.

A mes fabuleux co-internes :

A Fanny, ma première grande sœur des urgences.

A Manon, Camille et Haïm, vent debout dans l'adversité, et toujours dans la bonne humeur.

A Amandine, un rayon de soleil, je suis si contente que le hasard m'ait permis de croiser ta route.

A Pauline, grande dame qui achète les gens avec des bonbons, et qui voulait tellement être dans les remerciements.

A mes amis :

A Flo pour son aide précieuse et son implication dans la relecture de mon travail, à Eva, Gwenegan, Antoine, Adri, pour des années lycée épanouissantes, des fous rires, de la complicité, et une amitié qui durera toute la vie.

A Inès, ma touche pétillante d'optimisme des années d'externat (et aussi après), qui m'aide encore à voir le bon côté des choses.

A Steffi, loin des yeux mais près du cœur, merci pour tous les bons moments passés ensemble. Ton amitié est un joyau.

A Julia, la plus spontanée et la plus drôle de mes rencontres.

A Tristan, à Marie, à Juliette.

A ceux que j'ai oubliés, pardon.

SERMENT D’HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE 27
1. Dépistage et prévention 27
2. L'approche centrée patient 29
3. Le sommeil : notions générales 31
3.1. Anatomie et physiologie du sommeil 31
3.2. Structure du sommeil 33
3.3. Facteurs physiologiques influençant le sommeil 33

INTRODUCTION 35
1. Justification du travail de recherche 35
2. L'insomnie chronique 36
2.1. Définitions utilisées et comparaison 36
2.2. Particularités de la classification ICSD 37
2.3. Sévérité de l'insomnie selon la HAS 39
3. Epidémiologie de l'insomnie 40
4. Insomnie et ses conséquences 41
4.1. Retentissement aigu 41
4.1.1. Retentissement cognitif 41
4.1.2. Tonalité affective et troubles psychiatriques 42
4.1.3. Perceptions sensorielles 42
4.1.4. La qualité de vie 43
4.1.5. Variabilités interindividuelles 43
4.2. Retentissement au long terme 44
4.2.1. Sur le plan psychiatrique 44
4.2.2. Sur le plan cardiovasculaire 44
5. Notions de traitement de l'insomnie 46
5.1. Le rôle du médecin traitant 46
5.2. Traitements non pharmacologiques 46
5.2.1. Les thérapies cognitivo-comportementales 46
5.2.2. Autres traitements non pharmacologiques 49
5.3. Traitements pharmacologiques 49
5.3.1. Epidémiologie de la consommation d'hypnotiques en France 49
5.3.2. Molécules disponibles 50
5.3.3. Effets secondaires reconnus des benzodiazépines et apparentés 52
5.4. Recommandations effectives 53

6. Dépistage et prévention de l'insomnie 56
6.1. Un interrogatoire policier 56
6.2. Outils de dépistage des troubles du sommeil 57
6.3. Prévention des troubles du sommeil : l'hygiène de sommeil (SHE) 58
6.4. Associations développant des actions de prévention sur le sommeil 59

MATERIEL ET METHODES 61
1. Objectifs 61
2. Type d'étude 61
2.1. Historique 61
2.2. Définition et principes de la recherche qualitative 61
2.3. Application au projet de recherche 62
3. La population 62
3.1. Méthode de l'échantillonnage théorique ou empirique 62
3.2. Population étudiée 63
4. Elaboration du guide d'entretien 63
5. Recueil des données 63
6. Analyse des données 64
7. Recherche bibliographique 64

RESULTATS 67
1. Caractéristiques de la population 67
2. Le sommeil : croyances, représentations, vécu 67
2.1. Caractérisation de l'insomnie 67
2.2. Causes de l'insomnie 68
2.2.1. Insomnie secondaire 68
2.2.2. Insomnie psychophysiologique 68
2.2.3. Insomnie suite à un évènement de vie 69
2.2.4. Une mauvaise hygiène de sommeil 69
2.2.5. Causes physiologiques 69
2.3. Description d'un bon sommeil 70
2.4. Retentissement de l'insomnie 71
2.5. Le sommeil en tant qu'entité 72
3. Traitements actuels ou passés 73
3.1. En automédication 73
3.1.1. Remèdes à base de plantes 73
3.1.2. Spécialités en vente libre en pharmacie 73

3.1.3. Utilisation détournée de médicaments ... 73
3.2. Techniques non médicamenteuses ... 74
3.3. Traitements effectivement prescrits ... 74
4. Connaissances du patient : l'hygiène de sommeil, les conséquences de l'insomnie au long terme ... 75
4.1. L'hygiène de sommeil ... 75
4.2. Le retentissement au long terme de l'insomnie chronique ... 76
4.3. Les sources des connaissances du patient ... 76
5. Le sommeil en consultation ... 77
5.1. Les raisons ayant incité les patients à consulter ... 77
5.1.1. Liées au patient ... 77
5.1.2. Liées au praticien ... 78
5.2. Les freins au recours médical ... 78
5.3. La place du sommeil dans une consultation de routine ... 79
5.4. Les facteurs d'insatisfaction ou de non-compliance envers les solutions médicales proposées ... 80
5.4.1. Défiance envers les somnifères ... 80
5.4.2. L'exemple de tiers ... 81
5.4.3. L'attitude du praticien ... 82
5.4.4. Le handicap perçu ... 83
6. Attentes des patients lors de leur consultation ... 83
6.1. L'attitude du praticien ... 83
6.2. Une solution efficace ... 84
6.3. Orientation vers un spécialiste ... 84

DISCUSSION ... 87
1. La méthode ... 87
1.1. Choix de la méthode ... 87
1.2. Forces et limites de l'étude ... 87
1.2.1. Liées au recrutement ... 87
1.2.2. Liées au guide d'entretien ... 88
1.2.3. Liées au contexte de l'entretien ... 89
2. Comparaison des résultats aux données de la littérature ... 89
2.1. L'hygiène de sommeil ... 89
2.2. Les facteurs favorisant l'insomnie ... 90
2.3. Le retentissement de l'insomnie ... 90
2.4. Les traitements de l'insomnie ... 91

2.4.1. Traitements proposés par le praticien 91
2.4.2. Traitements effectivement pris par le patient 92
2.5. Le dépistage des troubles du sommeil 92
2.6. Le recours à un spécialiste et aux examens complémentaires 92
3. Ouverture : propositions d'adaptation des pratiques 93
3.1. Délivrance de l'information : parallèle avec un conseil minimal type sevrage tabagique 93
3.2. La démarche du praticien 94
3.3. La formation continue 95

CONCLUSION 97

BIBLIOGRAPHIE 99

ANNEXES 111
ANNEXE 1 : Guide d'entretien 111
ANNEXE 2 : Classifications des troubles du sommeil 113
ANNEXE 3 : Fiche d'information donnée au patient 114
ANNEXE 4 : Verbatim des entretiens 115
PATIENT 1 115
PATIENT 2 123
PATIENT 3 139
PATIENT 4 145
PATIENT 5 161
PATIENT 6 167
PATIENT 7 – ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE 173
PATIENT 8 181
PATIENT 9 191
PATIENT 10 202
PATIENT 11 213
PATIENT 12 224
PATIENT 13 238
PATIENT 14 247
PATIENT 15 255
PATIENT 16 263
PATIENT 17 272
ANNEXE 5 : Codage des entretiens 279

Catégorie 1 : Le sommeil : vécu, représentations, croyances 279
Catégorie 2 : Les connaissances du patient 281
Catégorie 3 : La place du sommeil en consultation 282
Catégorie 4 : Les solutions thérapeutiques 282
Catégorie 5 : Les freins au recours médical 284
Catégorie 6 : Les raisons ayant poussé le patient à consulter 285
Catégorie 7 : Attentes des patients lors de leur consultation 285
Catégorie 8 : Les facteurs d'insatisfaction / non compliance envers les solutions médicales proposées 286

Objectif : connaître le point de vue du patient sur l'importance que revêt pour lui le sommeil, et par conséquent sur l'intérêt d'un dépistage plus systématique de l'insomnie par leur médecin traitant.

PREAMBULE

1. Dépistage et prévention

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le **dépistage** consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (1). Il s'agit d'une une action de santé publique, c'est-à-dire une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population. Il s'adresse à des individus asymptomatiques, ou apparemment en bonne santé, sur l'initiative du professionnel de santé.

Il existe différents types de dépistage (2) :

- Systématique dit « de masse » : la population recrutée est non sélectionnée. Dans le cas particulier du critère d'âge, le dépistage est considéré comme généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée
- Sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études contrôlées) ;
- Organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets
- Opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail
- Multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage

Un dépistage est qualifié de pertinent lorsqu'il concourt à diminuer la morbidité et la mortalité d'une population. Cette pertinence est jugée au travers d'une liste de critères en rapport avec la nature de l'affection à dépister, les qualités du test de dépistage utilisé, le diagnostic, le traitement de l'affection dépistée, ainsi que l'efficacité et la sécurité, les implications économiques, l'organisation et l'évaluation du dépistage.

Le test de dépistage utilisé doit avoir les qualités suivantes :

- Simplicité de mise en œuvre
- Fiabilité : le résultat obtenu par le test doit correspondre à l'anomalie recherchée
- Reproductibilité : il doit donner les mêmes résultats lorsqu'il est à nouveau employé dans les mêmes conditions chez un même sujet, par des investigateurs différents ou dans des lieux différents
- Validité : les résultats obtenus doivent permettre de différencier les individus potentiellement atteints de la maladie d'un témoin non atteint
- Acceptabilité par la population : un test mal accepté du public risque d'entraîner de faibles taux de participation et d'assiduité au programme de dépistage. Le test de dépistage doit être :
    - Simple, et facile à exécuter, surtout s'il s'agit d'un dépistage touchant une population nombreuse ;
    - Le moins invasif possible, sans danger. Ceci est d'autant plus important que le dépistage s'adresse par définition à des individus asymptomatiques ;
    - Facilement réalisable par un nombre significatif de médecins et de techniciens

La **prévention** consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications. Le dépistage consiste donc en une action de prévention secondaire.

Dans ce travail, nous nous intéresserons au dépistage des troubles du sommeil, dans l'optique d'améliorer la prise en charge future des patients. Nous proposerons dans la discussion différentes idées sur la façon dont ce dépistage pourrait se réaliser.

2. L’approche centrée patient

A travers les siècles, les médecins utilisent différents modèles de communication (3). Plusieurs courants type de relation médecin-malade ont été déterminés au fil du temps, dont voici un bref historique :

- Avant le XXe siècle : les médecins étaient estimés, avaient une attitude paternaliste, « traditionnelle », étaient centrés sur la maladie ; la relation était asymétrique, le médecin posant les questions au patient et décidant généralement du traitement. L’objectif principal était d’agir dans le meilleur intérêt du patient, même si cela passe par la négligence de ses désirs et de sa perspective, ou dénier l’accès au patient au processus de la décision médicale (4).
- Après la seconde guerre mondiale : les médecins sont encore plus ouvertement axés sur la maladie, en raison de l’avènement de traitements plus efficaces (ex : les antibiotiques), de nouveaux moyens technologiques et de l’accroissement de la recherche. La relation demeurait très paternaliste, le médecin disposant de plus de connaissances et de traitements efficaces à proposer au patient. Cependant, ce modèle a entraîné une perte de proximité entre le médecin et le patient plus à même de comprendre les décisions médicales, une insatisfaction croissante des patients après leur visite chez le médecin, avec un sentiment d’être peu écoutés et incompris, et une perte de confiance.
- Au milieu des années 1980 : ce modèle paternaliste fait l’objet de critiques, tant de la part des professionnels de santé, (les patients ne suivant pas toujours les consignes données, surtout dans le cadre de la prévention ou du traitement des maladies chroniques) que des patients. Ces critiques étaient appuyées en partie par le mouvement de défense des droits de la personne, des consommateurs, et l’apparition du domaine de la bioéthique, qui insistait sur l’autonomie du patient en tant qu’objectif de soins (5).
- Actuellement, les patients participent beaucoup plus activement aux décisions concernant leur traitement et sont beaucoup plus susceptibles d'exprimer leurs besoins et leurs opinions à leurs fournisseurs de soins de santé (6). Le rôle accru du patient a mené à une relation plus équilibrée entre le médecin et le patient. L’expression « centré sur le patient » signifie que le médecin accorde de l’importance aux connaissances et à la compréhension du patient quant à sa maladie, en plus de l’information biomédicale requise pour décider du traitement. Le patient est respecté, en tant qu’être autonome et rationnel (7,8).

Au fil des années, certains auteurs ont écrit sur cette nouvelle approche de la relation médecin-patient, tenant compte de l'importance du rôle du patient dans cet échange. Notons parmi ces auteurs :

- Balint, qui a mis sur pied des groupes de discussion et d'échanges à propos des patients « complexes » ;
- Engel, dont le modèle biopsychosocial a été l'un des premiers modèles de médecine holistique ;
- Cassell, qui a décrit la différence entre une affection et une maladie et a souligné le rôle du langage en tant qu'outil essentiel en médecine (9);
- Kleinman, qui a appliqué les attitudes centrées sur le patient à toutes les cultures ;
- Stewart, Levenstein et McWhinney, créateurs de la méthode centrée sur le patient.

Cette approche centrée patient requiert l'emploi de techniques communicationnelles (10), comportant l'explication, la reformulation, l'adhésion et la participation du patient, pour délivrer une information personnalisée, hiérarchisée, compréhensible, cohérente, vérifiée, et qui enfin doit être tracée dans le dossier de soins.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre de « l'approche centrée patient », l'objectif principal étant en effet de rechercher le ressenti du patient, afin d'adapter les pratiques du généraliste et favoriser, plus globalement, une meilleure coopération médecin-malade.

3. Le sommeil : notions générales

3.1. Anatomie et physiologie du sommeil

La régulation veille-sommeil résulte d'une interaction permanente entre les systèmes d'éveil et de sommeil (11).

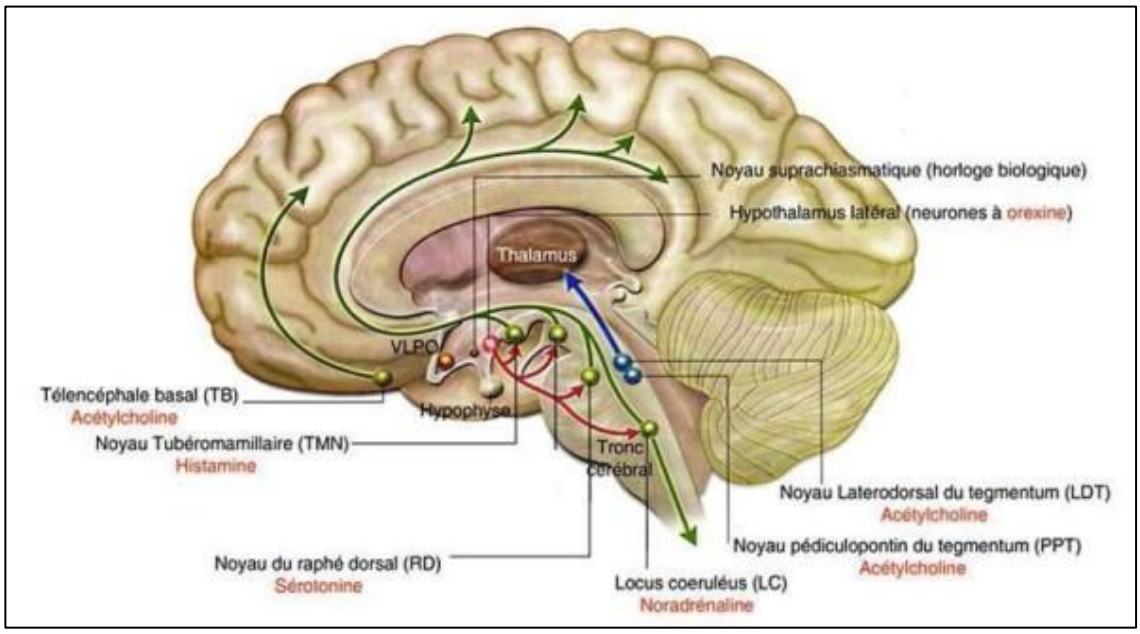


Figure 1: Principales structures impliquées dans la régulation veille-sommeil

Le neuromédiateur essentiel est l'acétylcholine : sa libération est maximale dans le cortex pendant l'éveil, et minimale pendant le sommeil lent.

L'éveil est régulé par le système activateur ascendant de la formation réticulée, comprenant des ensembles neuronaux modulateurs (12):

- **Dans le tronc cérébral** : neurones sérotoninergiques des noyaux du raphé (fig.1) ; neurones noradrénergiques du locus coeruleus, stimulant de façon globale la vigilance et intervenant dans les mécanismes d'attention sélective et de discrimination des informations.
- **Dans l'hypothalamus postérieur** : neurones histaminergiques du noyau tubéro-mamillaire et hypocrétinergiques des aires latérales et périfornicales. L'importance des neurones à histamine dans l'éveil a initialement été révélée par les propriétés hypnotiques des composés anti-histaminiques, classiquement utilisés pour lutter contre les allergies. Ces neurones déchargent de manière tonique, spécifiquement pendant l'éveil.

- **Dans le télencéphale** : neurones cholinergiques du noyau basal de Meynert.
- Les neurones de la formation réticulée sont stimulés par les influx nociceptifs, acoustiques et vestibulaires ; le système réticulé semble également avoir un rôle de filtre, en bloquant les stimuli sensoriels non signifiants (répétitifs, familiers ou faibles).

Le sommeil a longtemps été considéré comme un phénomène passif, conséquence de la désactivation des systèmes d'éveil. En réalité, on sait aujourd'hui qu'ii existe des processus actifs de genèse du sommeil, mettant en jeu des réseaux neuronaux spécifiques :

- **L'hypothalamus antérieur**, en particulier la région préoptique (noyau supra-chiasmatique) : il reçoit des informations depuis les cellules photosensibles de la rétine. Les neurones de la partie ventro-latérale (VLPO) de la région préoptique ont ainsi une expression génique induite par la lumière (13); ils présentent une augmentation de leur fréquence de décharge juste avant ou en association avec l'initiation du sommeil lent. Le noyau supra-chiasmatique envoie des informations vers d'autres noyaux hypothalamiques et vers l'épiphyse (ou glande pinéale), permettant de moduler entre autres la température du corps et la production d'hormones comme le cortisol et la mélatonine (fig.2). Il constitue le principal stimulateur circadien via entre autres l'expression des gènes CLOCK (Clk) et Period2 (Per2).

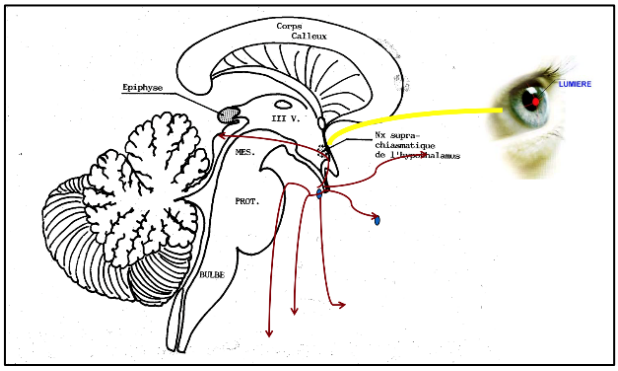


Figure 2: Communication entre le noyau supra-chiasmatique et l'épiphyse

- **Le cortex cérébral** : interneurones GABAergiques, dont le rôle est encore méconnu.

3.2. Structure du sommeil

Le sommeil est constitué de plusieurs stades qui se succèdent au cours d'une nuit (14,15). Il se structure en cycles : 4 à 6 par nuit, d'une durée allant de 60 à 90 minutes chacun.

Le stade 1 correspond à la phase d'endormissement : transition entre l'éveil et le sommeil. Le stade 2 correspond au sommeil lent léger qui occupe la moitié de la durée totale de sommeil. Les stades 3 et 4 correspondent au sommeil lent profond plus important en première partie de nuit ; c'est une étape très importante du cycle qui répare, régénère et construit, porteur d'un rôle primordial métabolique et neurovégétatif. Le stade 5 correspond au sommeil « paradoxal », ainsi appelé car le corps présente des signes à la fois d'éveil (activité cérébrale très intense, rêves, avec REM : Rapid Eye Movements) et de sommeil profond (atonie musculaire totale) ; sa proportion augmente en fin de nuit.

La succession des différents stades du sommeil, au cours de la nuit, se représente sous la forme d'un hypnogramme (fig.3). On peut y voir les différents stades de sommeil, en ordonnée, en fonction du temps, en abscisse.

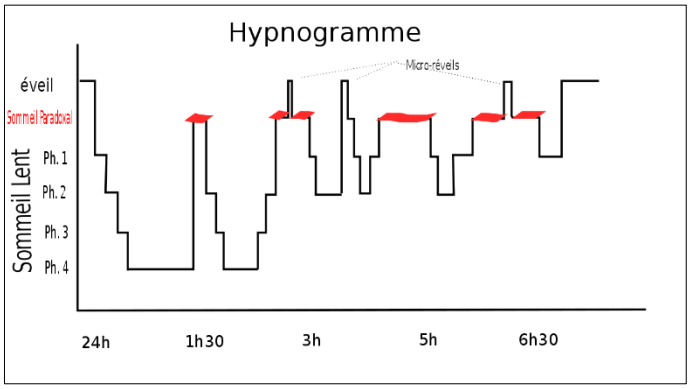


Figure 3: Exemple d'hypnogramme

3.3. Facteurs physiologiques influençant le sommeil

Deux phénomènes majeurs régulent la durée et la sensation de besoin de sommeil :

- **La durée de l'éveil précédant le sommeil** : plus la période de veille est longue, plus le besoin de dormir sera impérieux et le sommeil profond important. C'est ce qu'on appelle la « pression de sommeil ». Parmi les facteurs produits lors de la journée (interleukines, prostaglandines…), l'adénosine jouerait un rôle central : produite lors de l'éveil, son accumulation favoriserait le sommeil ; elle est par la suite progressivement éliminée en cours de nuit. Expérimentalement, plus la dette de sommeil est importante, plus le taux d'adénosine est élevé et plus les ondes du sommeil lent profond sont intenses : il s'agirait d'un mécanisme permettant au cerveau de rattraper son retard.

- **Le rythme circadien** : aussi appelé « horloge biologique », il respecte une alternance de périodes de 24 heures ; il régule entre autres la sécrétion de mélatonine, la température corporelle, et le cycle veille/sommeil. La mélatonine, appelée « hormone du sommeil », est produite en situation d'obscurité en début de nuit par l'épiphyse sur commande du noyau supra-chiasmatique. Elle favorise le déclenchement du sommeil. Sa synthèse est inhibée lorsque les cellules rétiniennes perçoivent la lumière.
- Cette « horloge biologique » se situe physiquement au niveau des noyaux suprachiasmatiques, à la partie antérieure de l'hypothalamus (16).

L'âge influence naturellement le sommeil : le sommeil profond et paradoxal diminue, le nombre et la durée des éveils nocturnes augmentent, les siestes plus fréquentes, le délai d'endormissement s'allonge, donnant aux patients l'impression d'un sommeil de moins bonne qualité.

Enfin, la génétique est l'un des facteurs influençant le sommeil (14): si en moyenne un adulte dort entre 7h et 8h30 par nuit (dormeurs moyens), d'autres n'ont besoin que de 4h à 6h30 de sommeil (courts dormeurs), d'autres dorment entre 9h et 10h30 (longs dormeurs). De même, il existe les chronotypes « du matin » ou « du soir », d'évaluation fréquente par le questionnaire de Horne&Ostberg (17), à l'extrême qualifiés d'ASPT ou DSPT (Advanced/Delayed Sleep Phase Type) lorsque les horaires préférentiels de lever et de coucher varient d'au moins 3 heures par rapport aux normes sociétales.

Cette variabilité interindividuelle repose en partie sur les polymorphismes d'expression des gènes horloges ou CLOCK genes (CLOCK, BMAL, Per, Cry, Reverb…). Ces derniers, exprimés au niveau du noyau supra-chiasmatique dans l'hypothalamus antérieur, sont les acteurs de l'horloge circadienne endogène (persistant en cas d'isolement). Des troubles de la régulation veille-sommeil ont été associés à des mutations de ces gènes : chez la souris, une mutation du gène CLOCK pouvait réduire la durée de sommeil d'1 à 2h (18), et allongeait le cycle circadien à 26-28h (au lieu de 24h). Un polymorphisme de CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput) a été identifié comme étant associé à un chronotype du soir chez l'humain sur une population de 410 adultes caucasiens (19).

Bien que cette horloge soit autonome, ses oscillations sont asservies à divers synchroniseurs externes (20) : l'information lumineuse reçue par les cellules rétiniennes, le rétro-contrôle par la mélatonine (effet chronobiotique), l'activité physique, la prise alimentaire, certaines drogues…

INTRODUCTION

1. Justification du travail de recherche

Plus le sujet est approfondi, mieux on perçoit le rôle déterminant du sommeil dans la plénitude de l'être, l'humeur, la croissance, la maturation cérébrale, la mémoire, et même l'équilibre alimentaire, mais aussi la part qu'il prend dans l'émergence de maladies ou leur aggravation (21). Son influence sur les comportements est vaste et peut retentir gravement sur la vie de l'individu comme sur la société. Les troubles du sommeil sont marqués par une pluridisciplinarité certaine : psychiatrie, neurologie, pneumologie, médecine générale, gériatrie…

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande (22), de la part d'un médecin généraliste, une approche active de la question du sommeil lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (accord professionnel). Il a ensuite pour missions d'orienter le patient vers un spécialiste si besoin, puis mettre en place un projet thérapeutique et un suivi.

Ce travail de recherche part d'un constat simple : lors d'une consultation de médecine générale, les troubles du sommeil sont très peu dépistés. Le praticien concentre son interrogatoire sur la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire, la sphère digestive, locomotrice… La question « comment dormez-vous ? » n'est pas, ou très rarement, posée. Ce constat a été étayé par plusieurs références bibliographiques (23–25).

Peu d'études ont été réalisées sur le sujet du dépistage des troubles du sommeil. On retrouve des articles et thèses portant sur l'évaluation de la prise en charge de l'insomnie par le généraliste (25), sur l'attente des patients concernant la prise en charge de leur insomnie (24)…

Cependant, bien que les études sur la prise en charge de l'insomnie soient assez répandues, nous n'avons retrouvé que peu d'études portant sur leur dépistage par le médecin traitant.

Celles-ci étaient surtout tournées vers les pratiques du médecin généraliste (23,26–29), aucune ne prenait en compte le point de vue du patient ; une étude de 2005 (30) sur la perception de l'insomnie par le médecin généraliste montrait que moins de la moitié des

praticiens interrogeaient leurs patients sur leurs habitudes de sommeil, sous-estimaient le problème de l'insomnie, et n'utilisaient que peu d'outils de dépistage.

2. L'insomnie chronique

2.1. Définitions utilisées et comparaison

Les classifications les plus fréquemment utilisées (annexe 2) sont :

- La DSM5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dernière version 2018 par l'American Psychiatric Association)
- L'ICSD3 : International Classification of Sleep Disorders (2014)

Ces classifications permettent de déterminer si le sujet souffre d'insomnie en tant que telle, ou correspondant à un symptôme d'une autre pathologie, ce qui aura son importance dans le choix du traitement (31).

Elles s'accordent sur certains critères semblant primordiaux :

- Présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement (social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental…)
- Difficultés à initier le sommeil
- Difficultés à maintenir le sommeil, avec réveils fréquents ou difficultés à se rendormir après des réveils
- Réveil matinal avec incapacité de se rendormir
- Et ce, malgré la possibilité adéquate de sommeil (conditions réunies pour un bon sommeil, durée suffisante accordée)
- Troubles inexpliqués par d'autres troubles mentaux, substances, ou problèmes d'ordre médical
- Fréquence des troubles : au moins 3 fois par semaine, depuis plus de 3 mois

La DSM-5 est légèrement plus précise que l'ICSD-3 sur la durée du trouble :

- Episodique : les symptômes durent depuis au moins un mois, mais moins de 3 mois
- Persistant/chronique : les symptômes durent depuis 3 mois ou plus
- Récurrent : deux (ou plus) épisodes sur 1 an

Alors que DSM et ICSD décrivent toutes deux des formes d'insomnie d'apparition indépendante ou primaire, dans le DSM le terme général d'insomnie primaire est appliqué à

toutes les formes d'insomnie qui ne sont pas explicables par une pathologie psychiatrique, médicale ou relative à l'usage ou l'abus de substances. Au contraire, dans l'ICSD, plusieurs formes cliniques d'insomnie primaire sont décrites.

Le DSM et l'ICSD décrivent aussi plusieurs insomnies dites secondaires, qui résultent de troubles primaires concomitants ou causaux. Parmi elles, on trouve :

- L'insomnie secondaire à une (autre) pathologie psychiatrique
- L'insomnie secondaire à une pathologie médicale
- L'insomnie secondaire à l'usage de médicaments ou de substances

2.2. Particularités de la classification ICSD

La classification ICSD paraît plus discriminante, en divisant le thème de l'insomnie en 6 diagnostics :

- Insomnie chronique
- Insomnie intermittente ou « short term »
- Autres troubles apparentés à l'insomnie
- Symptômes isolés, variantes de la normale
- Temps excessif passé au lit
- Sommeil court/petit dormeur

Elle précise par ailleurs que :

- Un patient utilisant régulièrement des somnifères peut avoir un sommeil satisfaisant et ne pas remplir les critères d'une catégorie d'insomnie dès lors qu'il suit son traitement. Cependant, en l'absence de tels médicaments, ce même patient peut remplir les critères précédents. Le diagnostic doit alors s'appliquer à ce patient, surtout s'il consulte pour des préoccupations concernant une incapacité à dormir sans ses somnifères habituels.
- De nombreux troubles comorbides (douleurs chroniques, reflux gastro-œsophagien…) peuvent entraîner les plaintes décrites ici comme un mauvais sommeil avec répercussions sur la veille. Lorsque ces troubles sont les seules causes des problèmes du sommeil, un diagnostic séparé d'insomnie peut ne pas convenir.

Les formes spécifiques d'insomnie primaire décrites dans l'ICSD sont les suivantes :

- Insomnie psychophysiologique : état d'hyperéveil et conditionnement empêchant le sommeil, qui conduisent à la plainte d'insomnie ; les patients supposés souffrir de ce type d'insomnie ont souvent des troubles du sommeil quand ils essaient de dormir chez eux, dans leur environnement habituel, mais ils peuvent s'endormir facilement dans un nouvel environnement ou quand ils n'essaient pas de dormir. Ce mauvais conditionnement peut être évalué par des tests objectifs, comme le Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep DBAS (32). Ils présentent aussi une attention et des préoccupations excessives concernant leur sommeil et souffrent d'un hyperéveil cognitif et somatique, particulièrement au moment de se coucher.

- Insomnie idiopathique : plainte de longue date de troubles du sommeil avec apparition insidieuse chez le nourrisson et le jeune enfant. Elle est supposée apparaître en bas âge ou durant la petite enfance, sans cause apparente et persister dans le temps sans périodes prolongées de rémission. Etant donnée son apparition précoce, son installation durable dans le temps et son évolution tout au long de la vie, on présume que ce trouble apparaît comme la conséquence soit d'un déterminisme génétique, soit d'une altération congénitale des systèmes cérébraux d'induction du sommeil ou de l'éveil, ou bien des deux. Aucun marqueur génétique commun ni aucune pathologie neurologique n'ont cependant été décelés à ce jour chez les personnes supposées atteintes de ce trouble.

- Insomnie paradoxale : auparavant appelée hypagnosie, est décrite comme une plainte de perturbation sévère du sommeil sans corrélation entre les données objectives et le degré allégué des troubles. Les patients présumés souffrir de ce type d'insomnie ont une tendance marquée à sous-estimer leur quantité réelle de sommeil. On pense qu'ils perçoivent leur période de sommeil effectif comme une période d'éveil. Bien que de tels patients bénéficient régulièrement d'une quantité adéquate de sommeil, comme le documentent des mesures polysomnographiques classiques, ils se plaignent de perturbations du sommeil et de la veille comme dans les autres types d'insomnie. Certaines études utilisant des techniques d'analyse spectrale de l'électro-encéphalogramme du sommeil ou d'imagerie fonctionnelle cérébrale suggèrent qu'un dérèglement du système d'éveil chez ces personnes pourrait expliquer la discordance entre les analyses conventionnelles objectives du sommeil et la plainte subjective.

- Une mauvaise hygiène de sommeil est présumée découler ou être entretenue par des activités quotidiennes qui ne contribuent pas au maintien d'une bonne qualité du sommeil et d'une vigilance normale pendant la journée. Les patients souffrant de ce type d'insomnie présentent des troubles du sommeil et de la veille liés à certaines pratiques, telles que la sieste en journée, des horaires de sommeil et de veille très variables, l'usage fréquent de produits perturbant le sommeil (caféine, tabac, alcool) à un moment trop rapproché de l'heure du coucher, la pratique d'activités physiques ou intellectuelles stimulantes ou émotionnellement contrariantes trop près de l'heure du coucher, l'utilisation fréquente du lit et de la chambre pour d'autres activités que le sommeil ou l'absence d'un environnement confortable pour dormir.

- L'insomnie comportementale de l'enfant est présumée provenir d'un mauvais apprentissage du sommeil ou de l'absence de limites claires établies par les parents ou l'entourage. Au sein de ce diagnostic plus large, plusieurs formes ont été décrites. La forme avec mauvais conditionnement à l'endormissement est caractérisée par la dépendance de l'enfant à une stimulation, un objet ou un contexte spécifique pour initier le sommeil ou y revenir après un réveil : en l'absence de ces conditions, l'endormissement est retardé de façon significative. La forme avec absence de limites claires est caractérisée par une volonté de retarder le coucher ou une opposition au coucher résultant de l'absence de limites claires établies par la personne ayant la charge de l'enfant. Un mélange des deux formes caractérisé par un mauvais conditionnement à l'endormissement et une opposition au coucher représente une troisième forme dans cette même catégorie de diagnostic.

2.3. Sévérité de l'insomnie selon la HAS (22)

La HAS définit 3 stades de sévérité de l'insomnie, en se basant sur la fréquence des troubles et le retentissement diurne (fig.4).

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

Figure 4: Sévérité de l'insomnie selon la HAS, basée sur la fréquence et le retentissement

3. Epidémiologie de l'insomnie

Les insomnies comptent parmi les troubles somatiques les plus répandus dans les pays industrialisés. Selon la définition retenue, la sévérité, la chronicité et l'échantillon de population pris en compte, la prévalence varie de 5 à 35%.

En France, une revue systématique d'études épidémiologiques publiées entre 1980 et 2009 (33) a estimé la prévalence de l'insomnie (définie selon les critères du DSM-IV) à 15 à 20%. Cette revue reprenait 6 études en population générale et 8 études en milieu professionnel. Dans les enquêtes chez les collégiens, lycéens et étudiants, les questions étaient centrées sur la fatigue diurne engendrée par un déficit de sommeil. Les différences méthodologiques des enquêtes ainsi que l'hétérogénéité de la définition des troubles ont donné des prévalences diverses. Entre 30 et 50% des adultes en France ont déclaré la présence d'un trouble du sommeil, tandis qu'en utilisant une classification plus stricte telle que celle du DSMIV, la prévalence de l'insomnie concernait 15 à 20% de la population. Les femmes déclaraient systématiquement plus de troubles du sommeil que les hommes. Les troubles du sommeil étaient associés à un absentéisme et à des arrêts de travail. La comorbidité avec les troubles anxio-dépressifs a été mise en évidence dans plusieurs études recherchant des comorbidités d'ordre psychiatrique (34).

Dans une autre étude plus récente dans le cadre d'une enquête en population générale (35), 27653 individus de 15 à 85 ans ont été interrogés sur leur rapport au sommeil, le but étant d'établir la prévalence de l'insomnie et de déterminer les facteurs qui lui sont associés. Dans la population des 15-85 ans, 15,8% présentaient une insomnie chronique (19.3% des femmes et 11.9% des hommes). La part d'insomnie chronique était stable avec l'âge parmi les femmes, tandis qu'elle augmentait chez les hommes pour diminuer après 65 ans. Elle est majoritairement liée à des situations de précarité ou à certains évènements de vie difficiles. Cette étude concluait d'ailleurs à une véritable nécessité de mettre en œuvre des mesures de prévention et d'éducation à la santé, permettant de préserver un sommeil de qualité.

Enfin, selon l'étude INSV (Institut National Sommeil-Vigilance) 2012 « Sommeil et performance au quotidien » (36), 4 personnes sur 10 souffrent d'au moins un trouble du sommeil, comprenant insomnie (22% des Français), troubles du rythme du sommeil (16% des Français), narcolepsie, Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS), Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR)… Seulement 16% des personnes souffrant de ces troubles sont traitées, un tiers utilisant un traitement non médicamenteux, les deux

autres tiers un médicament. Le sommeil, pourtant, est perçu comme le premier facteur influant sur les capacités physiques et intellectuelles.

4. Insomnie et ses conséquences

Les insomnies constituent un problème de santé publique majeur. Elles peuvent avoir un impact délétère important sur l'état de santé et la qualité de vie des patients. Elles sont un motif fréquent d'automédication et de visites médicales.

4.1. Retentissement aigu

Certaines conséquences de l'insomnie sont de notoriété publique : stress, déficit d'attention, de vigilance et de concentration ; altération du fonctionnement diurne avec somnolence diurne (37), altération du fonctionnement physique, psychique et social, indépendamment de comorbidités éventuelles, induisant une qualité de vie globalement comparable à celle des personnes ayant une maladie chronique (22).

4.1.1. Retentissement cognitif

Le retentissement cognitif de l'insomnie comprend une baisse de la vigilance avec allongement du temps de réaction (38), mesuré entre autres à l'aide du PVT (Psychomotor Vigilance Test), un test simple pendant lequel le sujet doit appuyer le plus vite possible sur un bouton lorsqu'apparaît une image à l'écran (39).

Une étude de 1997 a comparé les effets de la privation de sommeil avec ceux de l'alcool, constatant une baisse similaire de l'attention et des performances psychomotrices. Ainsi, chaque heure supplémentaire de veille après 10 heures de veille consécutives, et jusqu'à 26 heures, a été reconnue équivalente à une augmentation de 0.004% de la concentration sanguine en alcool (40).

Il existe également des preuves que le sommeil a un rôle crucial dans les processus de la mémoire, dans la consolidation et le renforcement de souvenirs individuels (41) ; quand le sommeil est altéré, les processus mémoriels le sont également. Le sommeil est important avant l'apprentissage ou l'encodage, pour préparer le cerveau à acquérir de nouvelles informations. Il est également important après l'apprentissage, facilitant la consolidation et l'intégration (ou l'assimilation) des informations nouvellement apprises (42).

Certaines fonctions exécutives seront aussi atteintes : si le raisonnement déductif, ou un test de QI n'apparaissent pas dégradés par le manque de sommeil, c'est le cas pour la

pensée innovante, la flexibilité mentale (capacité à s'adapter rapidement à une situation nouvelle), la fluence verbale (43).

4.1.2. Tonalité affective et troubles psychiatriques

Une des conséquences les plus universellement observées du manque de sommeil reste les troubles de l'humeur avec une baisse de l'humeur, une anxiété, une irritabilité (37). Sont également touchées la perception, le contrôle, la compréhension et l'expression de l'émotion (41). Ainsi, la déprivation de sommeil amplifie les conséquences émotionnelles négatives d'évènements quotidiens, tout en masquant le bénéfice positif associé à des activités gratifiantes. L'empathie, les capacités d'adaptation et les relations interpersonnelles se trouvent affectées ; par exemple, des individus privés de sommeil éprouveront plus facilement de la frustration, se montreront plus intolérants et plus égoïstes que lorsqu'ils sont reposés (44).

Une étude suggère également que le manque de sommeil altère la capacité à percevoir l'humour (45). Une comparaison a été effectuée entre sujets reposés, privés de sommeil, et privés de sommeil mais supplémentés avec de la caféine, du modafinil ou de la dextroamphétamine : il était évident que le manque de sommeil en lui-même diminuait les capacités à percevoir l'humour ; les stimulants, eux, avaient chacun un effet différent sur l'appréciation de l'humour visuel, mais aucun effet concernant l'humour verbal. Avec une efficacité similaire concernant l'action sur la vigilance, cela suggérait que la vigilance et la réactivité n'étaient en elles-mêmes pas suffisantes pour améliorer les processus complexes impliqués dans l'appréciation de l'humour.

4.1.3. Perceptions sensorielles

Une hypersensibilité sensorielle à la lumière, aux sons ou au toucher (37) font partie des conséquences à court terme de l'insomnie.

L'effet de la déprivation de sommeil sur les processus visuels est subtil et insuffisamment caractérisé ; au niveau auditif, le manque de sommeil agirait sur la résolution auditive temporelle (46), la capacité à déterminer entre 2 sons lequel a été produit en premier, ce qui pourrait, en extrapolant, présenter par exemple des répercussions sur la compréhension du langage.

Les effets du manque de sommeil sur les perceptions tactiles sont peu explorés ; on retrouve cependant une réduction de la tolérance à la douleur (47), et aux sensations provoquées par le froid ou la chaleur (48).

Concernant le sens du goût, une ancienne étude a trouvé un seuil de perception augmenté pour la saveur amère, la perception des saveurs sucrées ou salées semble inchangée (49).

L'étude de l'olfaction est particulièrement intéressante, car c'est le seul sens qui court-circuite le thalamus et permettrait d'évaluer directement l'intégrité fonctionnelle du cortex orbitofrontal, une région du cerveau qui serait très affectée par la déprivation de sommeil (50). En effet, il a été trouvé un déclin modéré mais significatif (51) dans les capacités d'identification d'odeurs spécifiques utilisant le SMT (Smell Identification Test), concordant avec des données de neuro-imagerie fonctionnelle (50).

4.1.4. La qualité de vie

Une étude sur 3447 patients américains a évalué la qualité de vie selon le questionnaire SF-36 (52), objectivant que l'insomnie chronique engendrait une réelle diminution de leur qualité de vie et une augmentation de la consommation de soins, les patients atteints d'insomnie ayant statistiquement plus de risques de faire appel à un professionnel de santé, de passer aux urgences, de faire un bilan sanguin…

Par ailleurs, les insomniaques auraient un risque accru d'accident de la route, notamment en raison des effets résiduels des hypnotiques à type de baisse de la vigilance.

4.1.5. Variabilités interindividuelles

Nous ne sommes pas égaux devant la déprivation de sommeil (53) : certaines personnes sont peu affectées, ou très capables de compenser les effets du manque de sommeil sur la vigilance et l'attention ; d'autres au contraire seront bien moins résistantes. Ces variations restent cependant stables et les tests reproductibles sur le même individu. Les critères déterminant cette variabilité sont encore sujets à débat, mais il apparaîtrait que des polymorphismes des gènes de l'horloge interne humaine (CLOCK-genes) joueraient un rôle dans la sensibilité aux effets de la privation de sommeil et le rythme circadien de l'individu (54).

De plus, les effets du manque de sommeil seraient modulés par l'âge de l'individu : plusieurs études ont montré que les jeunes adultes voient leurs performances plus dégradées par la déprivation que des individus plus âgés (55).

4.2. Retentissement au long terme

4.2.1. Sur le plan psychiatrique

Des études épidémiologiques ont fait ressortir un lien statistique positif entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques (56): dépression, anxiété, troubles émotionnels, abus de substances illicites et d'alcool (57). Une étude réalisée sur 14 915 patients européens montre que presque la moitié des sujets souffrant d'insomnie chronique avaient une pathologie psychiatrique présente ou passée ; la présence d'une insomnie sévère, le diagnostic d'insomnie primaire ou secondaire durant depuis plus d'un an, sont des facteurs prédictifs de la présence d'une pathologie psychiatrique (34). L'insomnie peut être considérée comme un symptôme précoce d'un épisode dépressif majeur, tout comme constituer un facteur précipitant chez une personne prédisposée (57), ou être un symptôme résiduel d'une pathologie mentale passée et augmenter le risque de rechutes.

La chronicité de l'insomnie est un facteur important : plus la période de troubles du sommeil est longue, plus le risque de développer un épisode dépressif majeur ou des troubles anxieux sera majoré (58).

L'insomnie est par ailleurs un facteur de risque reconnu de rechute lors du sevrage d'une addiction à une substance psychoactive. Si les mécanismes liant les deux éléments sont imparfaitement connus, il est probable que l'insomnie soit liée à une comorbidité psychiatrique favorisant la dépendance, ou qu'elle soit liée à une impulsivité favorisant la rechute, ou encore que l'insomnie altère certaines fonctions exécutives impliquées dans le jugement durant les situations à haut risque de rechute. Enfin, il est possible que la rechute soit une tentative de traiter l'insomnie, qui peut être aggravée lors du sevrage de la substance psychoactive (59).

4.2.2. Sur le plan cardiovasculaire

D'autres conséquences de l'insomnie chronique sont plus méconnues : des plaintes subjectives de manque de sommeil ont été associées à un risque augmenté de maladie coronaire, de diabète (60), d'hypertension (61,62), d'Accident Vasculaire Cérébral (63), et plus généralement d'évènement cardiovasculaire aigu (64). Cela a été retrouvé dans une étude de 2010 sur un échantillon représentatif de la population américaine de 372 144 individus (65); les associations entre l'insomnie chronique et les pathologies cardiovasculaires étaient alors indépendantes de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, de l'éducation, le statut tabagique ou éthylique, l'emploi et le manque d'exercice.

Ainsi, les personnes dormant 5 heures ou moins par nuit devraient être considérées comme un groupe à risque élevé de morbidité et mortalité cardiovasculaires (66).

Une revue de la littérature a permis de recenser les différents mécanismes expliquant l'association entre l'insomnie et l'hypertension (67), retrouvée pour des durées de sommeil de 6 heures ou moins (68). Pendant le sommeil, une baisse de la pression artérielle d'environ 10 à 20% est attendue, favorisée par la sécrétion de mélatonine et également régulée par les gènes CLOCK, qui dirigent l'horloge interne et stabilisent la pression artérielle sur 24h. Une absence de baisse de la TA (« non-dipping ») est associée à un risque plus élevé de morbidité cardiovasculaire (69). Chez des sujets insomniaques chroniques, la TA nocturne est plus élevée et ce « gap » (littéralement « écart » ou « différence ») entre TA diurne et nocturne est diminué (70), associant donc l'insomnie chronique à l'hypertension artérielle et une potentielle morbidité cardiovasculaire.

Plus généralement, les mécanismes soupçonnés pouvant lier ces pathologies sont une activité sympathique augmentée (71) et une dysfonction endothéliale (également favorisée par une augmentation de la TA nocturne (72)), qui ont été retrouvées chez les insomniaques chroniques et les sujets sains en carence de sommeil. Le manque de sommeil entraîne une baisse de la concentration sanguine de leptine (hormone de la satiété) et une augmentation de la concentration de ghrêline (signalant la faim au cerveau), ce qui peut expliquer le lien constaté entre l'insomnie chronique et la prise de poids et l'obésité (73). Il existe également une augmentation du nombre de leucocytes, de la CRP (C-Reactive Protein), et d'autres marqueurs de l'inflammation chez les insomniaques (74), augmentation elle-même associée à un risque cardiovasculaire majoré (75).

5. Notions de traitement de l'insomnie

5.1. Le rôle du médecin traitant

Selon les recommandations HAS 2006 (22) sur la prise en charge de l'adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, le groupe de travail recommande de la part du médecin généraliste une approche « active » de la question du sommeil, lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (accord professionnel).

Selon une thèse récente, l'insomnie est difficilement traitée par les médecins généralistes pour diverses raisons (23,76):

- Globales : manque de connaissances, manque de temps, manque de revenus, impuissance du médecin dans la prise en charge.
- Diagnostiques : le motif de consultation n'est pas l'insomnie, ou alors elle n'est évoquée qu'en fin de consultation, le médecin ou le patient ne reconnaît pas l'importance de l'insomnie, l'insomnie est abordée au moment du renouvellement d'ordonnance…
- Thérapeutiques : difficultés à faire une consultation dédiée, trop grande proximité avec le patient, pression du patient pour un traitement médicamenteux, difficulté d'accès aux spécialiste (coût, délais), manque d'options thérapeutiques…
- Pharmacologiques : difficultés dues à la dépendance, à la peur des patients, à la durée de prise du traitement lors du sevrage médicamenteux.

Comme l'insomnie chronique s'est installée progressivement, il faut généralement du temps pour retrouver un sommeil correct. Un suivi de plusieurs semaines sera ainsi nécessaire (14).

5.2. Traitements non pharmacologiques

5.2.1. Les thérapies cognitivo-comportementales

La principale mesure non pharmacologique de traitement de l'insomnie est la TCC ou Thérapie Cognitivo Comportementale (14). Il s'agit d'un traitement peu utilisé par les généralistes, alors que c'est un traitement recommandé en première intention par la HAS devant une insomnie chronique (22). Elle est indiquée en cas d'insomnie chronique psychophysiologique et d'insomnie comorbide. Elle est aussi efficace que le traitement

pharmacologique à court terme, et présente un effet au long terme (études menées à 6 mois jusqu'à 2 ans après la fin du traitement) que n'ont pas les traitements médicamenteux, et fournit une aide à la diminution de la consommation de psychotropes.

La TCC comprend, entre autres (fig.5) :

- Le contrôle du stimulus et l'hygiène de sommeil : basé sur les principes du conditionnement, l'objectif principal est d'associer le moment du coucher à un endormissement rapide par le respect d'horaires fixes, l'utilisation du lit exclusivement comme lieu du sommeil (ne pas y regarder la télévision par exemple), éviter les siestes en journée et les activités stimulantes avant le coucher… Si la synchronisation du cycle éveil/sommeil paraît insuffisante, il peut être utile de s'appuyer sur deux synchronisateurs importants : la lumière et l'activité physique. Ainsi, en cas de difficultés d'endormissement, on peut tenter de bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) et éviter la lumière forte et l'activité physique le soir. Au contraire en cas de réveil matinal précoce, il est recommandé de favoriser l'activité physique le soir, utiliser une lumière forte pendant la journée, et ne pas s'attarder au lit quand on est réveillé (22).
- La restriction de sommeil : diminuer le temps passé au lit en vue d'augmenter l'efficacité du sommeil. Le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil ont été reconnues comme les actions les plus efficaces.
- La thérapie cognitive : association de techniques comportementales, utile pour les patients alimentant leur insomnie par des craintes démesurées des conséquences, des attentes irréalistes, et de fausses idées ; elle nécessite un travail de restructuration profonde, réalisé par des équipes spécialisées.
- La relaxation : diminuer le niveau d'excitation somatique et cognitif par diverses techniques (77), comme la relaxation musculaire progressive, l'entraînement autogène, la méditation, la respiration abdominale ou le biofeedback.

Séances	Activités
1	▪ Survol du programme ▪ Renseignements sur le sommeil (stades) ▪ Qu'est-ce que l'insomnie ▪ Histoire naturelle de l'insomnie ▪ Auto-enregistrement et principes d'autogestion ▪ Restriction du temps passé au lit
2	▪ Révision des modèles d'insomnie ▪ Modèle conceptuel de l'insomnie ▪ Explication du traitement comportemental ▪ Méthodes comportementales ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
3	▪ Révision des explications du traitement comportemental, des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Travail sur le respect des procédures ▪ Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ; attitudes et croyances concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
4	▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie cognitive et sur les consignes de « contrôle par le stimulus » ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
5	▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Consignes d'hygiène du sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
6	▪ Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie comportementale ▪ Évaluation des progrès ▪ Maintien des gains

Figure 5: Plan d'un traitement cognitivo-comportemental (d'après Vallières A., Guay B., et Morin C., Le Médecin du Québec, 2004, 39 (10) : 85-96

Alors que les TCC constituent le traitement de première intention de l'insomnie chronique, leur application peut se heurter à certains obstacles pratiques : certaines d'entre elles nécessitent un plan thérapeutique rigoureux, avec des séances fréquentes, un suivi rapproché et une réévaluation régulière. Chez les patients, l'efficacité dépend de l'acceptation, de la compréhension et de l'observance stricte des interventions proposées ; elles sont difficiles à appliquer chez les personnes âgées multimorbides. De plus, elles peuvent exposer les patients à des frais conséquents, non pris en charge par la sécurité sociale. Du côté du praticien, elles présupposent une formation adéquate, et peuvent se heurter à des impératifs temporels ou économiques.

5.2.2. Autres traitements non pharmacologiques

L'exercice physique en tant que moyen thérapeutique a fait l'objet de rares études, ne permettant pas d'apporter de réponse claire.

La photothérapie a pu être étudiée, surtout pour remédier aux troubles du rythme circadien (avance ou retard de phase, horaires de travail décalés, jet lag), en agissant sur la sécrétion endogène de mélatonine. Elle consiste en une exposition à une lumière de haute intensité pendant 45 à 60min par jour. Il existe des contre-indications (glaucome non stabilisé, pathologies rétiniennes, médicaments photosensibilisants, troubles maniaco-dépressifs) peu connues, qui incitent à la prudence dans l'usage de dispositifs en vente libre. Les études réalisées, en nombre insuffisant, ne permettaient pas individuellement de conclure formellement sur son efficacité (78).

Concernant l'acupuncture, une revue de la littérature de 2016 (79) retrouvait des effets significatifs sur la qualité de vie (questionnaire PSQI) en comparaison avec placebo et pharmacothérapie ; cependant une recommandation robuste était impossible à établir, en raison de l'hétérogénéité des protocoles mis en place dans les divers essais. Les mécanismes d'action supposés comprennent entre autres une régulation de la sécrétion de mélatonine (80) et une inhibition de la production de cytokines pro-inflammatoires (81).

5.3. Traitements pharmacologiques

5.3.1. Epidémiologie de la consommation d'hypnotiques en France

En Janvier 2012, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) a publié un premier état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France et son évolution depuis 10 ans. Dans ce rapport, malgré une tendance à la baisse depuis 2000, la consommation des benzodiazépines et molécules apparentées était élevée, avec un Français sur 5 consommateur chaque année et une durée d'exposition au traitement trop longue. En janvier 2014, l'actualisation de ce rapport montrait une reprise de la consommation entre 2010 et 2012, en raison de la progression de la consommation des anxiolytiques et hypnotiques (alprazolam, puis le zolpidem et le bromazépam étaient les benzodiazépines les plus consommées). Près de 90% des prescriptions provenaient des médecins généralistes. Les femmes étaient les plus consommatrices de benzodiazépines avec 1/3 des femmes de plus de 65 ans étant sous benzodiazépine anxiolytique et 18% hypnotique. Enfin, les durées de consommation, trop longues, allaient jusqu'à plusieurs années sans interruption de traitement pour certains patients.

En 2015, en France, 20 molécules de la classe des benzodiazépines ou apparentés sont commercialisées. La France est au 2e rang européen de la consommation de benzodiazépines, derrière l'Espagne (82). Les généralistes sont à l'origine de 82% des primo-prescriptions. La consommation est en baisse, mais la prévalence reste élevée (13.4% de la population), en particulier chez les personnes âgées.

5.3.2. Molécules disponibles

Du point de vue pharmacologique, l'activité hypnotique d'un médicament s'explique par son effet sur les neurotransmetteurs, régulant l'équilibre entre veille et sommeil au niveau du système nerveux central (77).

Parmi les neurotransmetteurs excitateurs, on peut citer la noradrénaline, la dopamine, la sérotonine, l'histamine, l'acétylcholine et l'orexine : leurs inhibiteurs (par exemple les anti-histaminiques de type 1) peuvent donc avoir des effets sédatifs ou hypnotiques. A l'inverse, les neurotransmetteurs inhibiteurs, comme le GABA, la mélatonine et l'adénosine, favorisent le sommeil. Les hypnotiques les plus utilisés (benzodiazépines et apparentés) sont des agonistes des récepteurs GABAergiques (83).

L'utilisation des hypnotiques est ancienne, et largement dominée par les benzodiazépines et les produits apparentés appelés « molécules Z » : zolpidem (STILNOX) et zopiclone (IMOVANE).

Les benzodiazépines utilisables remboursées par la Sécurité Sociale dans l'indication de la prise en charge des troubles du sommeil à court terme sont :

- Estazolam (NUCTALON)
- Loprazolam (HAVLANE)
- Lormétazépam (NOCTAMIDE)
- Nitrazépam (MOGADON)

Leur prescription doit être de durée courte, et limitée à 4 semaines, non renouvelable ; le médecin doit dès la primo-prescription expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt. L'arrêt doit être progressif, sur plusieurs semaines voire mois chez les utilisateurs au long cours. La HAS précise bien qu'aucun médicament n'est indiqué dans le traitement de l'insomnie chronique (84).

D’autres molécules sont disponibles pour le traitement de l’insomnie :

- Les anti-H1 : la doxylamine (DONORMYL), l’alimémazine (THERALENE), la prométhazine (PHENERGAN) ; contre-indiqués en cas de troubles prostatiques du fait de leurs effets anticholinergiques, ils présentent des effets résiduels diurnes à type de troubles psychomoteurs et vertiges (demi-vie longue de 8 heures) et une accoutumance rapide, de l’ordre de 3 à 7 jours.
- Aucun antidépresseur n’a d’AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France dans les troubles du sommeil, cependant ceux pourvus d’effets sédatifs (amitryptiline, doxépine, miansérine, trimipramine) ont parfois été préconisés à faible dose, même en l’absence de composante dépressive.
- La phytothérapie : sur les 19 plantes publiées sur une liste de l’Afssaps en 1998 et mentionnées avec l’indication thérapeutique « traditionnellement utilisées dans le traitement symptomatique des états neurotoniques des adultes et des enfants, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil » (85). Pour la majorité d’entre elles aucune donnée n’est disponible concernant leur efficacité et des doutes pèsent sur leur innocuité (notamment la ballote, présente dans l’Euphytose®, et l’anémone pulsatile). Quatre de ces plantes sont en vente libre (hors monopole pharmaceutique) : la mélisse, l’oranger, le tilleul et la verveine odorante : leur innocuité n’est mise en doute par aucune donnée actuelle. La valériane, dont les racines ont longtemps constitué la base de médicaments sédatifs, a été davantage étudiée ; un essai de méthodologie correcte a mis en évidence un effet favorable sur la qualité ressentie du sommeil, proche de celui d’une benzodiazépine à dose faible (86), mais ce constat n’a pas été étayé par d’autres études solides.
- La mélatonine : il s’agit d’une hormone fabriquée par l’épiphyse durant la nuit. Sa sécrétion régule les rythmes quotidiens en fonction de la luminosité. Dénuée d’effets indésirables majeurs connus, elle pourrait être une alternative aux hypnotiques classiques dans le traitement de l’insomnie du sujet âgé. Le CIRCADIN (2mg de mélatonine) est indiqué pour lutter contre certaines insomnies chez les personnes de plus de 55 ans. Il n’est vendu que sur ordonnance, et n’est pas remboursé.

5.3.3. Effets secondaires reconnus des benzodiazépines et apparentés

Les données de la Base nationale de pharmacovigilance de 1985 au 31/12/2015 montrent un profil de sécurité des benzodiazépines bien connu (82) :

- **Affections du système nerveux** : 23% des effets indésirables graves pour les anxiolytiques et hypnotiques, avec cas de somnolence, comas, convulsions, et à proportion plus faible, amnésies antérogrades pouvant survenir aux doses thérapeutiques ;
- **Affections psychiatriques** : 17% des effets indésirables graves pour les hypnotiques, avec majoritairement des états confusionnels ou des troubles du comportement (aggravation de l'insomnie, cauchemars, agitation, nervosité, idées délirantes, hallucinations, état confuso-onirique, symptômes de type psychotique, désinhibition avec impulsivité, euphorie, irritabilité, amnésie antérograde et suggestibilité).
- **Troubles de l'équilibre avec chutes**, en particulier chez la personne âgée ; une étude réalisée à partir de la base de données de l'Assurance maladie chez des patients arthrosiques porteurs de prothèses totales de hanche a montré que l'utilisation des benzodiazépines était associée à une augmentation du risque de révision prothétique, avec une relation dose-effet.
- **Risque de démence chez les sujets âgés**: plusieurs articles retrouvés sur le sujet, dont une étude prospective française publiée en 2012, avec un suivi de 15 ans, montrant une association entre la consommation de benzodiazépines et un risque majoré de développer une démence (87,88).
- **Altération des capacités de conduite** : augmentation de 60 à 80% du risque d'accidents de la circulation (multiplié par 8 en cas de prise concomitante d'alcool) retrouvé dans des études internationales et françaises ; les médicaments de la famille des benzodiazépines et apparentées relèvent ainsi du niveau 3 des substances actives susceptibles d'altérer les capacités à conduire un véhicule (pictogramme figurant sur l'emballage).
- **Pendant la grossesse** : 3.3% des femmes enceintes en 2014 ont eu au moins une délivrance de benzodiazépines ; aucun effet malformatif n'est attribué à l'exposition aux benzodiazépines lors du premier trimestre, cependant l'analyse des études cas-témoins retrouverait un risque augmenté de fentes labio-palatines. En fin de grossesse, on peut retrouver chez le fœtus et le nouveau-né une hypotonie, des troubles de la succion entraînant une faible prise de poids, durant de 1 à 3 semaines

selon la benzodiazépine. A doses élevées, des troubles respiratoires et un syndrome de sevrage néonatal peuvent apparaître.

- **Risque de dépendance et d'abus** : les benzodiazépines sont les substances les plus fréquemment impliquées dans les cas de soumission chimique, le zolpidem et le bromazépam étant les plus souvent rapportés ; le zolpidem est par ailleurs le plus cité dans les enquêtes sur les ordonnances falsifiées. Une dépendance physique et psychique peut se mettre en place, en particulier en cas de consommation de longue durée ; un syndrome de sevrage peut survenir à l'arrêt (insomnie, céphalées, anxiété importante, myalgies, tension musculaire, irritabilité, +/- agitation voire épisode confusionnel, paresthésies des extrémités, hyperréactivité à la lumière, au bruit, et au contact physique, dépersonnalisation, déréalisation, phénomènes hallucinatoires, convulsions…)
- **Risque d'accumulation et de surdosage**, notamment chez les personnes âgées en insuffisance rénale ou hépatique
- **Risque d'entretien de l'insomnie et d'effet rebond** à l'arrêt du traitement avec recrudescence des symptômes

5.4. Recommandations effectives

Les recommandations le plus souvent citées sont les recommandations HAS de 2006. Un travail de thèse a d'ailleurs comparé ces recommandations aux pratiques effectives des médecins généralistes, révélant un manque de connaissances générales sur l'insomnie, des carences de prise en charge, et des limites d'application des thérapeutiques recommandées (29) ; les médecins de l'étude n'utilisaient pas de référentiel, et la plupart ignorait l'existence des recommandations HAS 2006, pourtant destinées aux médecins généralistes. En résumant, ces recommandations peuvent s'appliquer comme suit :

- Tout d'abord, s'assurer que les règles élémentaires d'hygiène de sommeil sont respectées.
- **Pour les insomnies d'ajustement** (court terme) : débuter par un sédatif léger (phytothérapie) ou un hypnotique (doxylamine, benzodiazépine ou apparenté) pendant quelques jours, au maximum 4 semaines en privilégiant les produits à demi-vie courte, +/- un anxiolytique en cas de composante anxieuse prédominante. Les antidépresseurs et la mélatonine n'ont pas démontré d'efficacité et ne sont pas recommandés, comme la phytothérapie qui en revanche peut être choisie pour son effet placebo ; les anti-histaminiques peuvent être prescrits ponctuellement (doxylamine, alimémazine).

- **Pour les insomnies chroniques** : prendre en charge les comorbidités ; pour l'insomnie psychophysiologique résultant le plus souvent d'un conditionnement mental et physique inapproprié (32), donner toute leur place aux thérapies cognitivo-comportementales. Dans tous les cas, il convient de favoriser le contraste veille-sommeil, en renforçant les « synchroniseurs » (cf VI- 3-), en stimulant l'éveil diurne et en sevrant les hypnotiques devenus inefficaces. Il faut garder à l'esprit qu'aucune benzodiazépine ou hypnotique n'a d'indication dans l'insomnie chronique.

On peut également retrouver d'autres sources plus récentes mais moins directement applicables en France, comme un extrait de 2016 de la Revue Médicale de Bruxelles (89), concluant que la TCC et la prise en charge médicamenteuse ont la même efficacité dans la prise en charge aigüe de l'insomnie. Concernant une potentielle médication, il est recommandé comme en France de limiter la durée de prescription des benzodiazépines (maximum 8 semaines, contre 4 selon les recommandations HAS, et 4 semaines pour les molécules Z), une utilisation de la mélatonine préférée pour les personnes âgées, une absence d'indication des neuroleptiques, de la prudence concernant les antihistaminiques. Les patients témoignent tout de même une préférence pour la méthode non médicamenteuse, qui par ailleurs présente plus de bénéfices au long terme.

Enfin, un article de 2008 de la revue américaine Journal of Clinical Sleep Medicine, sans établir de véritable discrimination entre méthodes médicamenteuse et non médicamenteuse, présente une véritable aide au diagnostic précis de l'insomnie et décrit extensivement les options thérapeutiques disponibles (90) en les résumant à l'aide d'un algorithme simple (fig.6).

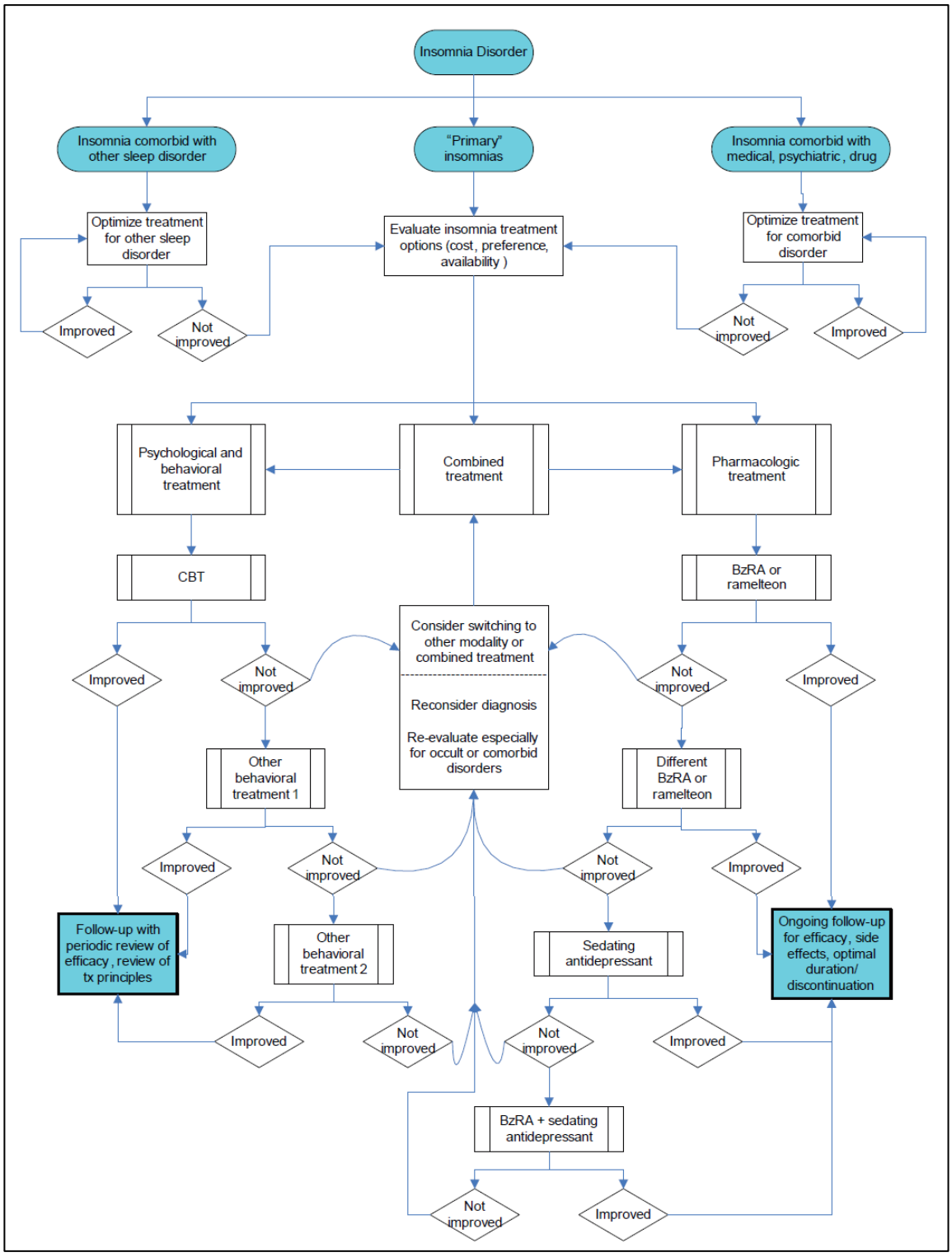


Figure 6: Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol.4, No 5, 2008. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults.

6. Dépistage et prévention de l'insomnie

6.1. Un interrogatoire policier

L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique, comprenant un entretien approfondi (22), une étude méticuleuse de l'historique du sommeil y compris dans l'enfance, et une approche somatique mais aussi psychologique, environnementale, comportementale du patient.

L'interrogatoire comprendra :

- Des données temporelles : temps de latence d'endormissement, durée et fréquence des réveils nocturnes, réveil matinal prématuré, temps de sommeil total, besoins de sommeil habituels, temps passé au lit.
- L'efficacité du sommeil et l'état diurne : fatigabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de l'attention, irritabilité, altération des performances psychomotrices…
- Les traitements utilisés et éventuellement en cours pour dormir.
- Les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes liées au sommeil (siestes, rituels, activités vespérales), les facteurs d'hyperstimulation (consommation de substances entretenant l'éveil, activités excitantes en fin de journée), l'existence d'évènements déclenchants, sources possibles de soucis ou de stress.
- Rechercher des symptômes évocateurs d'une pathologie organique : apnées du sommeil, mouvements périodiques des jambes, en recueillant si besoin l'avis du conjoint.
- Rechercher une pathologie associée, aigüe ou chronique : état douloureux, pathologie psychiatrique (troubles anxio-dépressifs), troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-oesophagien, neuropathies dégénératives…).
- Rechercher l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments psychostimulants, alcool, substances illicites.
- Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil : par exemple lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir ».

6.2. Outils de dépistage des troubles du sommeil

Il est recommandé (22) d'étayer l'investigation clinique au moins sur deux outils testés et reconnus :

- **Un agenda du sommeil** à remplir par le patient sur une période initiale de 15 jours, ce qui facilite une auto-évaluation du problème. Il permet d'estimer :
    - Les horaires habituels de sommeil
    - La tendance « du soir » ou « du matin », aussi évaluable par l'auto-questionnaire de typologie circadienne de Horne&Ostberg (17)
    - La latence d'endormissement : temps estimé entre l'heure du coucher et le début du sommeil
    - La fréquence des éveils nocturnes, l'existence d'un réveil matinal précoce
    - Le temps de sommeil total : différence entre l'heure d'endormissement et celle du réveil, moins le temps d'éveil pendant la nuit
    - L'index d'efficacité du sommeil
    - La répercussion de l'insomnie sur la journée

- **Autoquestionnaires** : En complément, divers questionnaires ou échelles analogiques peuvent être utilisés, sans pour autant dispenser de l'approche clinique, pour repérer :
    - Une évaluation globale de la qualité de vie : la SF-36 fut la première échelle à être utilisée dans une enquête de prévalence de l'insomnie et de son retentissement sur la qualité de vie (52)
    - Une somnolence excessive : échelle de somnolence d'Epworth ;
    - Des troubles anxieux et dépressifs (responsables de la majorité des insomnies chroniques) : questionnaire QD2A de Pichot (Questionnaire d'Auto-Evaluation de la Dépression),
    - Questionnaire abrégé de Beck (échelle d'intensité)
    - Échelle HAD (évaluation de la sévérité de l'anxiété et de la dépression)
    - Le PSQI (91): Pittsburgher Sleep Quality Index, qui évalue la qualité du sommeil des 2 dernières semaines à travers 19 questions personnelles et 5 questions posées à l'entourage proche/familial. Il offre des informations importantes pour cibler les origines d'une insomnie.

- Le RIS (Regensburger Insomnie Skala) (92): un questionnaire de 2013, permettant une évaluation des paramètres du sommeil et de l'importance des symptômes psychologiques liés à une insomnie, en 10 questions (environ 5mn).
- Le DBAS (32) permettant d'identifier les croyances erronées et évaluer les aspects cognitifs sur lesquels peut agir une thérapie cognitivo-comportementale.

6.3. Prévention des troubles du sommeil : l'hygiène de sommeil (SHE)

Les règles élémentaires d'hygiène du sommeil à promouvoir selon la HAS sont (22) :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h)
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée (93), mais en général pas après 17 h.
- Éviter les repas trop copieux le soir.

Des facteurs « synchroniseurs » sont également reconnus par la HAS : la lumière et l'activité physique.

- En cas de difficultés d'endormissement, bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) et éviter lumière et activité le soir.
- En cas de réveil matinal trop précoce à l'inverse, favoriser l'activité et une ambiance lumineuse forte le soir, et ne pas s'attarder au lit quand on est réveillé.

L'éviction des écrans fait également partie des recommandations classiques : l'addiction à Internet chez les enfants et adolescents est un facteur de risque reconnu d'insomnie (94) ; une étude réalisée sur 2048 enfants en primaire au Massachusetts a par exemple mis en évidence que la présence de petits écrans ou d'une télévision dans l'environnement de sommeil, ou l'usage de la télévision, des DVDs ou des jeux vidéo, étaient associés à une durée de sommeil plus courte en semaine (95). Une autre étude de 2013 réalisée sur 1508 américains de tous âges (96) montrait qu'environ 90% des individus utilisait une technologie quelconque dans l'heure avant de se coucher (télévision, smartphone, console…), et que si les activités « passives » (lire, regarder la télévision) n'avaient qu'un faible impact sur le

sommeil, les activités « actives » (réseaux sociaux, jeux vidéo, téléphones) étaient associés à des difficultés à s'endormir, ou un sommeil perçu comme non réparateur.

Le rôle de l'hygiène de sommeil dans l'insomnie a été exploré par de multiples études. Son implication semble évidente : en effet, la TCC, une intervention psychothérapeutique basée sur l'Evidence Based Medicine (EBM), incorpore des notions d'hygiène de sommeil dans ses modalités de traitement. Les résultats des études restent cependant discordants.

D'un côté, la connaissance des règles d'hygiène de sommeil a été reconnue corrélée à une meilleure qualité de sommeil (97,98). Les pratiques de bons et mauvais dormeurs ont été étudiées, il a été retrouvé que les mauvais dormeurs utilisaient le lit pour des activités autres que le sommeil plus fréquemment, fumaient plus, buvaient plus d'alcool, faisaient plus de siestes (99).

D'un autre côté, en comparaison avec la TCC, l'application de règles d'hygiène de sommeil seule ne suffit pas à constituer un traitement efficace (100) et n'est pas forcément recommandée en traitement unique (101). Seules certaines pratiques sembleraient affecter l'incidence, la persistance et la rémission de l'insomnie : l'abstinence tabagique en soirée, l'amélioration de l'environnement de sommeil concernant lumière et bruit, et la régularisation des horaires de lever et de coucher (102).

Ces discordances peuvent être expliquées par des différences ou lacunes méthodologiques, par exemple un nombre de patients trop faible, un biais d'attrition important rendant difficile la généralisation des résultats. On peut aussi incriminer une complexité trop importante de la notion d'hygiène de sommeil, qui n'est pas une entité unique mais une multiplicité de règles : un individu appliquant un de ses aspects n'appliquera pas forcément les autres (103).

6.4. Associations développant des actions de prévention sur le sommeil

Il existe des associations et des réseaux spécialisés dans la prévention des troubles du sommeil. En voici quelques exemples :

- Association Prosom (http://www.prosom.org/), qui assure l'organisation et l'animation de formations, rencontres, conférences, la diffusion de supports adaptés à différents publics, en vue de mettre en place des actions de sensibilisation ou d'éducation sur le sommeil, la vigilance et les rythmes de vie.

Des démarches spécifiques sont destinées aux professionnels de santé, de l'éducation, de l'animation.

- L'Institut du Sommeil et de la Vigilance (https://institut-sommeil-vigilance.org/), créé en 2000, qui a pour objectif de promouvoir les maladies du sommeil et de l'éveil en tant que problème de santé publique. Il organise les Journées Nationales du Sommeil, réalise de nombreuses actions et édite des outils de communication (Passeport du Sommeil…).
- Le réseau Morphée (https://reseau-morphee.fr/), réseau de santé aidant à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil : insomnie, somnolence excessive, narcolepsie, somnambulisme… regroupant divers professionnels de santé, et organisant également des actions d'information et de formation.
- Association pour la prévention du handicap dû aux troubles du sommeil et de la vigilance (http://www.up2sv.org/): cette association organise des réunions de formation multidisciplinaires relatives aux pathologies du sommeil et de la vigilance, avec proposition d'aide à la prise en charge des patients dépistés à l'occasion d'un bilan de santé, suspects de pathologie du sommeil.

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs

Question posée : quelles sont les attentes des patients concernant le dépistage et la place de l'insomnie en consultation de médecine générale ?

Objectif principal : déterminer le point de vue du patient, et l'importance que revêt pour lui, de la nécessité d'un dépistage plus attentif de l'insomnie par son médecin généraliste.

2. Type d'étude

Nous proposons pour répondre à l'objectif une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, de manière multi-centrique au sein de plusieurs communes lorraines.

2.1. Historique

Depuis une trentaine d'années, les méthodes de recherche qualitative ont connu un important développement, d'abord en sciences sociales puis en recherche en santé, en marketing, gestion, éducation (104)…

Le développement et l'utilisation de la recherche qualitative a débuté dans les années 1920 en Amérique avec le courant « Ecole de Chicago » dirigé par R. Park, un sociologue qui incite ses étudiants à recueillir eux-mêmes des données, via des observations et des entretiens, afin de dégager opinions, attitudes et sentiments.

Ce n'est qu'à partir des années 1970-1980 que ces méthodes sont largement diffusées en France ; l'un des domaines dans lequel les méthodes qualitatives et le courant interactionniste auront le plus de succès sera la sociologie de la médecine.

2.2. Définition et principes de la recherche qualitative

La recherche qualitative résulte d'une tentative de voir les évènements, actions, valeurs… du point de vue des personnes étudiées. L'accent est mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation, ou contexte spécifique, influencent le phénomène étudié, lorsqu'il est complexe, subjectif, et ne peut être réduit à des éléments chiffrables (105). La stratégie de recherche est flexible et itérative (106).

Elle n'apporte pas de données en matière de prévalence, de causalité, d'effets ou de résultats, ses conclusions ne peuvent être généralisées d'un point de vue statistique. Elle cherche à décrire, comprendre, expliquer des phénomènes, répondant à des questions telles que « pourquoi ? », « qu'est-ce qu'il se passe ? », « comment ? », contrairement à la recherche quantitative qui cherchera à savoir « combien ? » ou « à quelle fréquence ? ».

Ce type de recherche est plutôt utilisé lorsque les situations sont nouvelles, complexes, et que les chercheurs ne savent pas encore précisément quelles questions poser et à qui.

La qualité d'une étude qualitative, comme pour la recherche quantitative peut être évaluée ; elle relève d'une méthode, d'un recueil de données, d'une interprétation, systématiques et rigoureuses (107).

2.3. Application au projet de recherche

L'étude qualitative utilise une démarche inductive, permettant de généraliser ce que l'on a observé sur quelques cas particuliers. L'objectif de « découverte » de la démarche inductive correspondait à notre objectif.

3. La population

3.1. Méthode de l'échantillonnage théorique ou empirique

Dans une étude qualitative, l'objectif est de construire, de générer des théories à partir des données collectées. La question de l'échantillonnage est donc particulière parce qu'elle ne peut se faire qu'à partir du terrain et de la récolte des données.

L'échantillon théorique est continu et graduel, orienté par les données recueillies et analysées, et les interprétations qu'en fait le chercheur. L'étendue de la population n'est donc pas connue à l'avance, les critères de sélection sont à redéfinir à chaque étape de recherche. On recherche en effet le maximum de variation du phénomène étudié, et les sujets sont choisis en fonction de cet objectif (105).

L'échantillonnage se termine, non après un nombre déterminé à l'avance d'inclusions, mais lors de l'arrivée à saturation des données, lorsque les informations fournies deviennent redondantes et que la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments (108).

3.2. Population étudiée

Il s'agit de patients souffrant d'insomnie.

Ont été sélectionnés hommes et femmes, de différentes tranches d'âge (18-35 ans, 35-60 ans, >60 ans), de professions diverses. Ont également été recherchés le statut marital (marié/célibataire), la présence d'enfants, et la présence de facteurs de risque d'insomnie reconnus : contexte psychologique, habitudes de vie (sportifs/sédentaires, toxiques, tabagiques/non tabagiques, alcool), travail de nuit.

Selon ces critères, une diversité maximale de cas était recherchée, pour recueillir le plus d'éléments et de points de vue différents possibles.

4. Elaboration du guide d'entretien

Le questionnaire a tout d'abord été rédigé préalablement à l'étude de manière libre, en s'appuyant sur des études qualitatives similaires, avec pour objectif de favoriser les réponses spontanées par des questions ouvertes (« pour vous, qu'est-ce qu'un bon sommeil ? ») mais aussi de cadrer l'entretien par des questions plus directives (« est-ce que votre généraliste vous a déjà interrogé sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet principal de la consultation ? »).

Il a été par la suite été réévalué plusieurs fois au fil des entretiens, les questions adaptées selon les discours obtenus des patients.

5. Recueil des données

Il a été demandé par téléphone ou de vive voix à 3 médecins généralistes de sélectionner des patients insomniaques, de leur parler de ma démarche, leur demander s'ils seraient d'accord pour participer, leur transmettre mon document informatif. Ces médecins généralistes ont été contactés préférentiellement car faisant partie de mon cercle professionnel. En cas d'accord de la part du patient, leur numéro de téléphone m'a été communiqué.

Au téléphone, le patient a été informé de l'anonymat, la confidentialité et la sécurisation des données. Une date de rendez-vous a été fixée au cabinet du généraliste concerné en-dehors de ses heures de consultation.

Les médecins généralistes sollicités m'ont communiqué les coordonnées d'un total de 22 patients. Sur ces 22 patients contactés par téléphone, 20 ont répondu, 18 ont accepté l'entretien (1 patient a refusé par manque de temps, 1 patient a refusé car ne souhaitait pas me parler après avoir réfléchi), 17 ont pu effectivement participer à l'étude (une patiente perdue de vue n'a pas répondu aux relances).

Un entretien a été réalisé par téléphone, la patiente ne pouvant pas se déplacer au cabinet à la suite d'une opération récente.

Une patiente a été recrutée spontanément, car faisant partie de mon cercle professionnel.

Les entretiens, en présentiel, ont été réalisés de septembre 2019 à février 2020. Ils ont été enregistrés avec un dictaphone et smartphone pour plus de sécurité, et retranscrits sur Microsoft Word mot à mot pour constituer le Verbatim. L'ensemble des données a été sauvegardé. Un numéro a été attribué à chaque patient, de P1 à P17.

Les entretiens avaient une durée allant de 9mn53s à 55mn06s, avec une médiane à 21mn29s.

6. Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Le Verbatim a été analysé et codé à la main selon une catégorisation inductive, en dégageant catégories, thèmes et sous-thèmes. Ce codage a été relu et corrigé par le Dr Couval, permettant une triangulation des données.

7. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée sur différentes bases de données : PubMed/Medline, CisMEF, le site de la HAS (https://www.has-sante.fr/), Google scholar, Google. Les références ont été collectées dans le logiciel Zotero.

Les mots-clés utilisés en français ont été :

- Insomnie
- Médecin généraliste
- Hygiène de sommeil
- Dépistage
- Prévention

- Traitement pharmacologique/non pharmacologique des troubles du sommeil
- Consultation de routine
- Questionnaire sommeil

Les mots-clés utilisés en recherche anglo-saxonne, souvent sous forme d'équation de recherche ont été :

- Insomnia
- General practitioner (GP)
- Sleep Hygiene
- Behavioural therapy
- Phamacological/non pharmacological treatment
- Mass screening
- Patient expectations

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Sur les 17 patients interrogés :

- 7 étaient des hommes, 10 étaient des femmes.
- Les patients étaient âgés de 29 à 86 ans, avec un âge médian à 61 ans. Les catégories d'âge se répartissaient comme suit :
    - 18-35 ans : 2
    - 35-65 ans : 10
    - >65 ans : 5
- Concernant le statut marital : 11 étaient mariés, 6 étaient célibataires.
- 13 avaient des enfants, 4 n'en avaient pas.
- 10 avaient une activité professionnelle, 7 étaient à la retraite, en invalidité ou sans emploi. 5 travaillaient avec des horaires décalés.
- Concernant les habitus et facteurs de risque d'insomnie :
    - 7 déclaraient une consommation de tabac régulière, 10 ne fumaient pas.
    - 3 déclaraient une consommation d'alcool régulière, 14 occasionnelle.
    - 11 déclaraient une consommation régulière de café, 6 n'en buvaient pas.
    - 10 déclaraient pratiquer une activité physique régulière, 7 étaient sédentaires.
    - 14 prenaient un traitement de fond pour une pathologie chronique.
    - 12 décrivaient un terrain psychologique à risque, avec manifestations actuelles ou passées, modérées ou sévère, d'anxiété ou de dépression.

2. Le sommeil : croyances, représentations, vécu

2.1. Caractérisation de l'insomnie

L'insomnie est occasionnelle ou permanente.

Les plaintes d'insomnie sont variées : difficultés d'endormissement, la plus fréquente, réveils nocturnes avec impossibilité de se rendormir, conduisant à des activités diverses (télévision, lecture, café…), réveils précoces. Le besoin de siestes est aussi considéré comme faisant partie du problème.

Une patiente rapporte également une diminution objective de la durée de sommeil, sans plainte car pas de retentissement dans la vie quotidienne.

P11 : *« Bon, j'ai appris en même temps qu'il y a des personnes qui n'ont besoin que de cinq heures de sommeil. […] J'en ferais peut-être partie. Quand je dors que 5 heures et que je me lève, ça va. »*

2.2. Causes de l'insomnie

2.2.1. Insomnie secondaire

Certains patients interrogés rapportaient une insomnie secondaire à une pathologie organique : SAOS, troubles urinaires (prostatisme, insuffisance rénale), douleurs aigües.

P2 : *« Problèmes avec la prostate, parce que ça me coupe la nuit en deux, ça me ruine la nuit. »*

D'autres rapportaient une insomnie secondaire à une pathologie, un contexte psychiatrique : deuil pathologique, dépression, personnalité anxieuse, burn-out suite au travail, stress post-traumatique (accident, maladie…).

P5 : *« Je suis quelqu'un d'assez anxieux déjà à la base, donc c'est vrai que ça aide pas pour s'endormir le soir. Plus des soucis familiaux […] sur un fond un petit peu déjà anxieux. »*

P13 : *« C'est depuis surtout ce cancer que je dirais mes insomnies se sont accentuées. […] mais c'est bon, ce cancer. Qui a été déjà la grosse panique, donc les réveils nocturnes, l'angoisse… »*

Enfin, on retrouve des insomnies iatrogènes, liées à une prise de médicaments ou substances : drogues à visée récréative, pollakiurie sous diurétiques, insomnie sous Androcur, introduction ponctuelle non justifiée d'un somnifère et insomnie suite à l'arrêt...

P6 : *« Quand j'allais en soirée je prenais de l'ecstasy. Vers 25-30 ans. Donc ben ça aussi ça provoquait des troubles et je sais que pour récupérer d'une nuit comme ça il faut plus de temps qu'une nuit ou deux pour régénérer. »*

P10 *: « Mais vous dormez pas ? » je dis non, j'arrive pas à dormir. Alors elles me donnaient un cachet. Et puis depuis j'ai pas pu m'en passer. »*

2.2.2. Insomnie psychophysiologique

Une majorité de patients rapportait des ruminations anxieuses avec une agitation psychique, un stress du réveil.

P1 : *« Si j'ai un souci je ne l'évacue pas facilement, je le ressasse le soir dans ma tête et ça m'empêche de dormir »*

2.2.3. Insomnie suite à un évènement de vie

Rentrent dans cette catégorie les insomnies suite à un évènement de vie récent ou ancien vécu comme traumatisant, d'ordre professionnel, personnel ou familial : divorce, pathologie chez un proche, hospitalisation, problèmes familiaux actuels ou passés. Ces insomnies au départ aigües (« short-term ») ont pu par la suite se chroniciser.

P4 : *« Bon après les 2 ans où mon mari a été malade, je peux pas dire… Je dormais pas … »*

2.2.4. Une mauvaise hygiène de sommeil

Certains patients rapportaient une origine professionnelle, surtout en cas de travail de nuit ou aux 3x8. La cessation d'activité professionnelle, également, est perçue comme génératrice d'insomnie, du fait d'une diminution de la fatigue physique.

P6 : *« J'ai travaillé aux 3 huit pendant 15 ans, donc je pense que ça joue aussi. »*

P2 *: « J'ai fait ça pendant 10-15 ans, travailler comme ça souvent en décalé, j'arrive plus à m'endormir avant 2-3 heures du matin »*

P12 : *« C'est vrai qu'on n'a plus cette fatigue physique, donc je me dis que j'ai plus beaucoup de fatigue physique, que c'est normal que j'aie moins de sommeil quand même. »*

Une modification des habitudes de vie (cure thermale, voyage…) était également perçue comme perturbatrice du sommeil. Des stimulations sensorielles extérieures (bruit ambiant) étaient parfois incriminées.

On retrouve également comme cause potentielle un coucher retardé avec un cycle de sommeil manqué.

P2 : *« Puis boum, et je rate ce moment-là, puis alors à ce moment-là je sais toujours pas reprendre un cycle d'1h-1h15 avant de retrouver du sommeil profond quoi. »*

2.2.5. Causes physiologiques

Beaucoup de patients rapportaient ne plus dormir aussi bien avec l'âge avec un besoin de sommeil moins important, un allongement de la durée des cycles de sommeil… Certaines patientes retrouvaient une véritable cassure de la qualité du sommeil à la ménopause.

P1 : *« Mais jusqu'à la ménopause ça allait bien, à part l'histoire du divorce ça allait, mais depuis la ménopause j'ai plus de mal à dormir. »*

D'autres reconnaissaient être atteints d'un retard de phase, sans forcément de plainte ou de retentissement associé. Un patient a confié se coucher très tôt et se lever très tôt, un rythme acquis depuis l'enfance qu'il n'a jamais pu abandonner. Une patiente a reconnu avoir pris un travail de nuit pour pouvoir s'adapter à ce retard de phase et respecter son rythme perçu comme naturel : le travail de nuit est alors une conséquence et non une cause primaire du sommeil perturbé.

P3 : *« Je m'endors relativement facilement. Avec des horaires bizarres, mais facilement. »*

P7 : « *Disons que j'ai toujours eu depuis ma tendre… jeune vie d'adulte des problèmes pour dormir la nuit, à savoir que je n'ai pas sommeil, donc je me couchais vers 2h du matin pour retrouver le service à 6h du matin, donc je dormais très peu […] Donc, j'ai pris un travail de nuit, qui me convenait très bien parce que comme les matinées j'étais très somnolente, ça me correspondait bien. »*

P15 : *« Ben après... Après c'est peut-être un rythme que j'ai depuis que je suis petit […] Chez la gardienne quoi, nos parents nous amenaient à une gardienne. On va dire j'allais au lit il était 7h du soir, j'étais réveillé à 4-5 h du matin. »*

Beaucoup de patients évoquaient une variation interindividuelle du besoin de sommeil, se basant sur l'exemple de proches ou de connaissances qui n'avaient pas les mêmes rythmes de sommeil ; on retrouve parfois un rapprochement génétique, les membres d'une même famille ayant la même qualité de sommeil.

P2 : *« ça doit être de famille je vous disais un peu comme ma mère… »*

P14 : *« Moi, je ne me sens pas fatigué, contrairement à ma femme qui a besoin de plus d'heures, plus de temps, plus de sommeil, on est pas égal je crois. »*

2.3. Description d'un bon sommeil

Un bon sommeil comprend pour la plupart des patients un critère de temps, une certaine durée à respecter se situant entre 6 et 8 heures (moyenne de 7 heures environ). Il existe aussi un critère de continuité, une notion de sommeil pérenne sans réveils nocturnes, avec un endormissement rapide et facile. On retrouve également la notion de sommeil réparateur, permettant de « se vider l'esprit » puis se réveiller frais et dispos, sans éprouver

de fatigue dans la journée. La facilité et la rapidité d'endormissement peuvent également entrer en ligne de compte.

P7 : « *Ah bah pour moi un bon sommeil, c'est de m'endormir dans les 5 minutes qui suivent et ne pas me lever toutes les 5 minutes et ne pas me réveiller toutes les 10 minutes. »*

P3 *: « Un bon sommeil ? c'est un sommeil réparateur, c'est dormir de suite pendant 6 heures. »*

P5 : *« On se réveille de bonne humeur. »*

P11 *: « C'est avoir la tête sur l'oreiller et pouvoir s'endormir comme ça. »*

2.4. Retentissement de l'insomnie

Les patients relayaient une véritable souffrance, une fatigue permanente en général mal vécue. Un mauvais sommeil suscitait des plaintes sur le fonctionnement psychique et cognitif, physique et social.

Des symptômes physiques divers ont été allégués : somnolence diurne, symptômes douloureux divers, impression de douleurs costales, douleurs abdominales, nausées, impression de souffle coupé, picotements et brûlures des yeux, mal-être généralisé avec sensation de faiblesse, de perte d'énergie et d'élan vital…

Les symptômes sur le plan psychique comprennent essentiellement des troubles de la concentration, une anxiété, de l'irritabilité, un ralentissement psychomoteur ou au contraire une agitation psychomotrice, de l'angoisse, une anhédonie avec baisse de moral et pleurs faciles, des obsessions autour du sommeil...

P12 : *« Je peux vous dire que la journée est longue, parce que la journée qui suit mon insomnie, je déplacerais des montagnes. [...] Plus active ! Speed à la limite. »*

Le retentissement social comprenait des difficultés à assurer ses obligations sur le plan familial et professionnel, peur de s'endormir au volant par exemple, sensation d'être inadapté à son contexte social, difficultés de compréhension lors d'une conversation, se priver de sortir le soir de peur de s'endormir.

P2 *: « Je veux dire à la limite je vais être bien 2-3 heures puis après dès 10 heures du matin j'ai le coup de barre quoi, je commence à piquer du nez quoi, ce qui est pas normal. »*

P6 : *« Oui, irritable, pas du tout en phase, je vais comprendre les choses moins vite. »*

P9 : *« J'ai envie de rien, je suis complètement… Je pense qu'à ça. Dormir, au moins dormir, penser à rien. »*

P10 : *« Le midi éventuellement mais le soir je vais nulle part. […] parce que je suis fatigué, quoi. Parce que même si je ne fais rien, quand je suis devant la télé je suis dans un fauteuil, tandis que si c'est pour m'endormir chez les gens… »*

2.5. Le sommeil en tant qu'entité

Le sommeil est vécu pour la majorité des patients interrogés comme un élément majeur de la vie, ayant une place importante dans le quotidien. Il est perçu comme un reflet de l'état de santé global du patient.

P8 : *« Ben c'est un bilan comme les autres sur l'état de santé du patient je pense, ça joue énormément le manque de sommeil sur la santé des gens. »*

Certains patients le décrivent même comme quelque chose d'intime, de très personnel, dont ils ont du mal à parler, et ne souhaitent pas s'ouvrir à leurs proches, et parfois même à leur médecin traitant.

P7 : *« Je pense qu'ils pensent comme moi, c'est pas un truc à crier sur les toits quoi. […] c'est de la vie intime. »*

P11 : *« Mais je peux pas, je peux pas en parler avec mon docteur, je peux pas, c'est… […] Parce que il y a des choses, qu'on peut pas dire… »*

Pour certains, il s'agirait d'un élément propre à chacun, qui vient naturellement et que l'on ne doit pas forcer.

P15 : *« C'est sûr qu'elle m'a dit, oui tu vas dormir, mais si c'est pour être forcé à dormir… Que ce soit un cachet qui me force et qui m'endorme quoi, c'est pas… »*

Beaucoup présentaient une grande détermination à prendre en charge cet aspect de leur santé, quitte à abandonner des habitudes leur tenant à cœur.

P12 : *« Moi ce que je recherche… […] C'est qu'est-ce que je fais mal qui m'empêche de dormir, qu'est-ce que j'ai fait pour me… […] Le café si vous voulez, c'est après le repas 13h30 et c'est fini. Pourtant ça me manque hein […] L'odeur du café… Le matin quand mon mari met la cafetière en route c'est… Ah… Moi c'est un moment subliminal, c'est… Mais là l'après-midi c'est fini. »*

3. Traitements actuels ou passés

3.1. En automédication

L'automédication concerne une majorité des patients interrogés. Elle repose sur une volonté de se traiter seul, sans l'aide du corps médical. Elle est souvent débutée suite à des conseils de l'entourage ou via une documentation par les médias.

On retrouve l'utilisation de produits à vocation primaire d'améliorer la qualité du sommeil, mais aussi d'autres médicaments dont ce n'est pas l'indication. Ce mésusage est aussi présent dans la prise des médicaments initialement prescrits par le médecin, parfois pris en quantité plus importante que la dose prescrite.

P9 : *« Je le dirai pas à Mme R, j'ai été 2 jours tellement… […] J'ai repris le cachet à 2h du matin. »*

3.1.1. Remèdes à base de plantes

On retrouve l'utilisation de tisanes de mélisse, de camomille, de tilleul, de verveine, de menthe, de valériane, de préparations de lait sucré. Ces méthodes sont souvent minimisées, leur efficacité paraissant douteuse chez une majorité de patients avant même de les avoir essayées.

P1 : *« J'ai essayé le lait avec du miel, des remèdes de bonnes femmes mais je ne dors pas. »*

3.1.2. Spécialités en vente libre en pharmacie

Ont souvent été cités la mélatonine, l'Euphytose (valériane/passiflore/aubépine), le Tranquital (valériane/aubépine), la doxylamine, plus rarement le Somdor, le L72, produits conseillés par le pharmacien ou l'entourage.

Les produits achetés en vente libre en pharmacie n'ont pas démontré d'efficacité satisfaisante pour une majorité de patients, à part dans quelques cas la mélatonine.

P12 : *« J'avais essayé un truc avec des plantes, tranqui je sais plus quoi… Ma pharmacienne m'avait dit « je peux prendre la boîte ça me fait rien du tout », moi aussi j'aurais pu prendre la boîte complète… C'est à base de plantes. Pfff. Ça m'a pas… »*

3.1.3. Utilisation détournée de médicaments

D'autres produits utilisés en automédication font l'objet d'un mésusage, comme l'Actifed, ou la prégabaline.

P6 : *« Donc oui je prends de la prégabaline pour m'aider. Pour m'endormir disons ça va, mais c'est pour la durée, ça m'aide si jamais je me réveille dans la nuit, si j'ai pris la prégabaline je peux me rendormir après plus facilement. »*

3.2. Techniques non médicamenteuses

Une modification de l'hygiène de vie a été tentée chez une minorité de patients : trouver un substitut au café, préférer la lecture aux écrans, faire du sport en journée, des repas légers le soir, avancer petit à petit l'heure du coucher… Ainsi, beaucoup de patients citaient la connaissance de soi-même comme un élément clé : attente du train de sommeil, connaissance de ses besoins et habitudes… Par exemple, une patiente a opté pour un travail de nuit pour être mieux adaptée à son chronotype personnel.

P10 : *« J'ai arrêté le café. […] Et à la place j'ai pris, c'est du Caro là, vous connaissez ce que c'est ? non ? C'est à base de plantes, j'ai dû le noter là-dessus… y a du seigle, de l'orge, de l'orge malté et de la chicorée. C'est en poudre. »*

De nombreux patients avaient testé ou entendu parler de l'acupuncture, l'hypnose, la relaxation, la sophrologie, le yoga, la maîtrise de sa respiration, la musique douce. Une consultation d'un ostéopathe ou d'un magnétiseur a aussi été citée. Ces méthodes ont rarement été jugées efficaces.

Certains ont également, à l'encontre des conseils prodigués par leur médecin, opté pour la mise en route de la télévision le soir, considérée comme un fond sonore à visée berçante ou comme une sorte d'« abrutissement » permettant d'éviter les ruminations anxieuses.

P4 : *« Alors Mme C m'avait dit surtout pas de télévision. Mais en fait la télévision je la regardais pas, c'est pour avoir un fond sonore, parce que je me retourne et je dors. »*

P13 : *« Mais c'est vrai que la télé, c'est devenu je dirais, quand je me réveille à 1h et que je me dis « oh là là la nuit est pas finie », et puis que je recogite que j'angoisse, hop je vais vite me chercher un écran quoi. »*

3.3. Traitements effectivement prescrits

Les traitements prescrits ont été majoritairement initiés ou proposés par le médecin traitant, parfois par un spécialiste (psychiatre).

Ils sont dominés par la prescription d'hypnotiques : benzodiazépines (alprazolam, prazépam) et dérivés : zopiclone, moins souvent de zolpidem ; mais aussi des anti-histaminiques, comme l'alimémazine, l'hydroxyzine, ainsi que de la doxylamine (Donormyl).

Ponctuellement, on retrouve une prescription de mélatonine (Circadin), de spécialités à base de plantes (ex : Tranquital), de l'étifoxine (Stresam) des tisanes de tilleul, de l'homéopathie.

Les traitements non médicamenteux proposés, plus rares, comprennent les conseils d'hygiène de sommeil, des exercices de respiration, des conseils « personnalisés » : se lever et changer de pièce, amorcer une lecture peu intéressante…

Certains patients traités par antidépresseurs ou anxiolytiques ont vu leur sommeil s'améliorer après traitement du problème psychiatrique sous-jacent.

P14 : *« Ah autrement avant, Lysanxia que je prenais au début de mon traitement, j'en prenais 1 ou 1 et demi, ça détend, moins d'anxiété fait qu'on dort mieux. »*

4. Connaissances du patient : l'hygiène de sommeil, les conséquences de l'insomnie au long terme

4.1. L'hygiène de sommeil

La notion d'« hygiène de sommeil » en ces termes exacts est peu connue de la plupart des patients.

Certaines notions, recoupant les recommandations de la HAS, restent familières :

- Eviter les excitants le soir : café, alcool, tabac
- L'activité physique : éviter le sport le soir, à pratiquer en revanche en début/milieu de journée pour retrouver une fatigue physique ; éviter la douche le soir
- L'ambiance de la chambre : température, obscurité, bruit
- Les écrans à éviter, préférer la lecture de courte durée ou la radio, la musique
- L'alimentation : éviter les repas trop lourds le soir ; les pommes ont été citées comme aliment favorisant l'endormissement
- Le coucher : pas trop tôt, à heures régulières, une chambre sombre, calme, avec une température modérée
- Respect d'un rythme intrinsèque à chacun
- Avoir des rituels de sommeil permettant d'induire l'endormissement

P5 : *« Oui. Quand on a une bonne connaissance de soi-même aussi, qu'on connaît ses habitudes, on arrive à corriger déjà des choses qui peuvent aider à dormir. »*

P3 : *« Je sais que le jour où je fais du sport, […] je dors beaucoup mieux, quand on se dépense on s'endort plus facilement, on est plus fatigué physiquement. »*

Ces notions, citées par de nombreux patients, ne sont cependant pas toujours appliquées.

P17 *: « Ben j'ai regardé la télé j'ai été voir les enfants. […] Ben le portable et la télé en même temps en fait. »*

4.2. Le retentissement au long terme de l'insomnie chronique

Les conséquences sur le plan cardiovasculaires de l'insomnie chronique sont mal connues des patients : 4 patients sur les 17 interrogés avaient reçu ce type d'informations, en s'informant par reportages télévisés ou internet. Le médecin traitant n'a été cité qu'une fois comme source d'information.

Une introspection importante et une curiosité sur la thématique du sommeil, retrouvée chez certains insomniaques chroniques, favorisait la documentation sur les répercussions de l'insomnie au long terme.

P2 : *« Oui oui, je vous dis et j'ai étudié comme ça justement, les cycles du sommeil, avec la préphase hein… Ben j'ai dû chercher, internet, […] mais dans des bouquins quoi, dans des livres justement où ils parlaient des cycles du sommeil et tout ça, où j'essayais de me caler justement… »*

P11 : *« Oui je sais. Je lis beaucoup. […] J'écoute beaucoup. Oui je sais tout ça. […] J'apprends de moi-même oui. »*

4.3. Les sources des connaissances du patient

Les informations concernant l'hygiène de sommeil relèvent selon la plupart des patients du bon sens, de l'éducation ; certains se renseignent par le biais des médias (télévision et émissions médicales, internet), d'autres par la lecture de magazines ou livres spécialisés, ces derniers le plus souvent ayant la plus forte introspection sur leurs difficultés de sommeil.

P7 : *« Ben c'est du bon sens quoi, c'est l'éducation… »*

P11 : *« Ben j'ai regardé sur internet, là pour dormir, essayer de prendre, mettre tous les atouts de côté pour dormir, puis j'ai écouté l'émission aussi de Michel Cymes, j'écoute beaucoup ce qu'il dit. »*

Si les conseils de l'entourage familial, amical ou professionnel, voire parfois de l'ostéopathe sont cités, le médecin traitant est rarement une source d'informations rapportée par les patients. Les patients travaillant en milieu médical auprès des patients (exemple d'une aide-soignante) ont de par leur formation professionnelle des notions d'hygiène de sommeil.

P16 : *« Alors il y a mon médecin traitant qui m'en a parlé mais j'en avais connaissance aussi de par mon métier, pour aussi conseiller les patients quand ils sont à l'hôpital et qu'ils arrivent pas à dormir. […] Mais c'est mes connaissances, et puis mon médecin généraliste qui me les a rappelés aussi. »*

5. Le sommeil en consultation

5.1. Les raisons ayant incité les patients à consulter

5.1.1. Liées au patient

Le patient consultant pour ses problèmes de sommeil, dira avoir tout essayé; le recours médical n'intervient que lorsqu'il aura l'impression de ne pouvoir s'en sortir seul. L'automédication aura été inefficace. Une altération certaine de la qualité de vie entraîne une exaspération poussant le patient à se tourner vers le corps médical.

P2 : *« Ben c'était un peu ça, j'avais essayé de mon côté ce que je vous ai dit actifed ou mélatonine que j'achetais en gros pot, j'avais fait des cures comme ça et puis finalement ça donnait pas quoi. »*

P6 *: « C'est que j'ai pas réussi à trouver une solution par moi-même. »*

Certains consultent car il s'agit d'un problème nouveau, auquel ils ne sont pas habitués. D'autres cèdent à la pression de leur entourage.

P15 *: « C'est ma femme qui a téléphoné c'est même pas moi, parce qu'elle en a marre que je la réveille quoi. »*

P16 : *« C'est pas quelque chose que je connaissais, puisque moi je suis quelqu'un qui de base dort beaucoup et qui n'a jamais eu de troubles de sommeil. »*

La peur d'une pathologie causale sous-jacente méconnue est également présente.

P12 : *« Et je me dis, est-ce que ces insomnies pourraient masquer une éventuelle pathologie ? »*

Enfin, des exemples familiaux ont été cités : exemple d'un parent ou d'une connaissance insomniaque à la qualité de vie altérée, ou ayant nécessité une médication par somnifères jusqu'à la fin de sa vie en souffrant des effets secondaires. Le patient consulte alors car appréhende le risque que la situation se reproduise dans son cas.

5.1.2. Liées au praticien

Le patient s'adressera alors à son généraliste, personne en qui il a confiance, avec laquelle il entretient un lien affectif. Ce lien affectif a également un impact sur l'observance future du patient.

P7 : *« Ben… Elle est médecin donc elle peut tout entendre. […] Donc ça m'a fait tilt, bon pour pas la mettre dans l'embarras, je vais essayer de faire un effort, donc voilà. C'est uniquement pour pas la mettre dans le jus quoi. Je l'aime bien cette femme. »*

P10 : *« Bah je fais confiance, quand ça ne va plus j'explique ça au Dr R. »*

Il est aussi rapporté un besoin d'expertise médicale, les conseils donnés par l'entourage n'étant plus suffisants.

P5 : *« Oui, j'en ai parlé autour de moi, mais c'est vrai que quand on consulte c'est différent, on a affaire à des personnes qui connaissent le problème. »*

5.2. Les freins au recours médical

Les patients expriment parfois des réticences à parler de leurs insomnies à leur médecin traitant. Pour certains patients, le recours médical est redouté par peur qu'on leur découvre une pathologie pouvant s'avérer invalidante dans la vie quotidienne, notamment sur le plan professionnel.

P2 *: « J'avais envie de savoir et à la fois de pas savoir […] je me suis dit si on me trouve ça, j'étais obligé d'arrêter de bosser. »*

Il existe également une peur du traitement avec une véritable défiance vis-à-vis d'une potentielle médication par hypnotiques. Les patients en redoutent une prescription trop rapide, injustifiée et ne traitant qu'un symptôme, autant que les effets secondaires. La polymédication et les interactions médicamenteuses sont également l'objet de réticences.

P3 : « *Oui voilà, déjà ça marche pas mal parce que j'aime pas ces cachets là, tout ce qui est addictif je voudrais pas en abuser ça c'est clair. »*

P4 : *« Je trouve que j'en ai pas besoin. Surtout l'anxiolytique. »*

P11 : *« Parce que j'aurai beau prendre des cachets, n'importe quoi, si j'ai un problème dans ma tête j'ai un problème… »*

Certains patients décrivent les troubles du sommeil comme une fatalité, et ainsi ne vont pas consulter car n'attendent pas de solution de la part du praticien pour cette situation perçue comme inévitable. D'autres émettent des doutes sur la disponibilité de moyens thérapeutiques. Enfin, certains estiment que c'est au patient lui-même de trouver sa solution, et que l'aide extérieure n'est pas envisageable.

P10 : *« Je vois pas… Qu'est-ce que vous voulez qu'on y fasse ? »*

P14 *: « Je pense que oui, maintenant est-ce qu'ils ont tous les leviers pour le faire je sais pas… »*

P11 : *« Ben je veux en parler à quelqu'un de tout ça, et puis qu'est-ce qu'il va me dire ? Il peut pas m'aider, on peut pas m'aider, c'est à moi seule de trouver la solution de mon problème. »*

D'autres n'iront pas consulter leur généraliste car ne l'estiment tout simplement pas assez compétent sur le sujet, ou auront des réticences à parler de ce domaine perçu comme intime.

P13 : *« Euh, je veux pas dénigrer, mais je trouve que… J'aimerais mieux presque un professionnel. »*

Enfin, certains patients n'expriment pas de souffrance faisant suite à leurs troubles du sommeil, et ne jugent donc pas utile d'en parler en consultation.

5.3. La place du sommeil dans une consultation de routine

Malgré une conscience globale de l'importance du sommeil pour la vie et le bien-être quotidiens, le sommeil sera évoqué par les patients plutôt en fin de consultation, soit pour un renouvellement de traitement pour les patients souffrant d'insomnies chroniques, soit signalé « au passage » comme motif annexe de consultation.

P7 : *« Oui il est sur la liste donc elle me demande si on continue ou si on continue pas, je lui dis oui et puis point final. On s'arrête là. »*

Du côté du médecin, le sommeil n'est jamais évoqué spontanément, sauf en cas de suivi d'une insomnie chronique, ou de la présence de facteurs de risque particuliers, surtout un terrain psychiatrique sous-jacent. L'échelle d'Epworth et le questionnaire de Hamilton ont été utilisés.

P17 : *« Si… Monsieur R me demande régulièrement… Ben après il sait que j'ai fait une dépression que j'avais du mal à dormir donc c'est vrai il me demande comment sont les nuits… »*

Les avis sont partagés concernant la question d'un dépistage plus systématique. Certains pensent que le sommeil devrait être plus abordé en consultation, notamment en raison de son aspect essentiel et physiologique. D'autres trouvent qu'il n'y a pas lieu, tant que le patient ne verbalise pas de difficultés, d'en parler spontanément.

P1 : *« Bah celui qui en souffre c'est sûr qu'on aimerait bien qu'on développe, qu'on nous explique plus de choses.* »

On retrouve également des divergences sur la nécessité d'une consultation dédiée, certains patients estimant qu'un problème de sommeil n'est pas assez important pour y consacrer une consultation entière, d'autres au contraire trouvant que la question pourrait aisément faire l'objet d'un interrogatoire et d'une analyse durant le temps d'une consultation.

P12 : *« Si ça perdure… Je pense pas que dans l'immédiat… »*

P14 *: « Non, je suis pas atteint à ce point-là, c'est pas mon plus gros problème. »*

P17 : *« Juste venir consulter que pour les insomnies ? oui ben oui ! »*

5.4. Les facteurs d'insatisfaction ou de non-compliance envers les solutions médicales proposées

5.4.1. Défiance envers les somnifères

Une grande majorité de patients a exprimé lors des entretiens une réticence à l'utilisation de somnifères. Les raisons sont principalement liées aux effets secondaires réels ou ressentis des hypnotiques, avec doute sur leur innocuité : ralentissement psychomoteur, somnolence délétère pour les activités diurnes et notamment la conduite, une impression de perte de mémoire, de perte de réflexes…

P11 : *« Quand on se lève, on est abattu. On n'a pas les idées, je vais dire, on n'est pas tout de suite réceptif dans la tête, on n'est pas… J'ai du mal à émerger le matin quand je prends un cachet. »*

P13 : *« Oh complètement… Je me reconnaissais plus, moi qui suis vive, qui suis vite… Je pose le pied et je démarre quoi… Là il était 10 heures du matin j'étais dans un état second complet… Et j'en avais pris qu'un petit quart quoi »*

Leur pouvoir addictogène est aussi très présent au sein des préoccupations des patients. L'accoutumance est redoutée avec impossibilité d'un sevrage après une prise au long terme.

P1 : *« Mais je voudrais pas prendre de ça tout le temps, juste dans ce passage de ma vie parce que c'était quelque chose de grave pour moi et que je m'en sortais pas mais après non si je peux éviter… »*

D'autres expriment une crainte vis-à-vis de la polymédication, et du risque d'interactions médicamenteuses.

P12 : *« Tout le monde sait, je suis sous Previscan. Non non. Ah non, je me permettrais pas… […] J'avais fait la bêtise une fois, quand j'étais en ménopause, d'acheter je ne sais plus quoi, et ça a tout déréglé mon Previscan. »*

La peur de la dépendance, physique ou psychique, est également un frein puissant. La dépendance psychique n'est pas perçue par tous les patients, mais a pu parfois être constatée lors d'un oubli accidentel de prise.

P11 : *« Et puis en plus je pense que c'est dans la tête, parce que il m'est arrivé de l'oublier, et j'ai dormi. »*

D'autres patients citent une possibilité de surdosage, ou d'inefficacité de la molécule prise.

P8 *: « Je pense que j'en prendrais pas ce serait pareil quoi. »*

Enfin, il existe une répugnance à devoir dépendre d'une médication pour trouver le sommeil, le sommeil étant perçu comme quelque chose de naturel, que l'on ne devrait pas « forcer ». Les hypnotiques sont perçus comme une solution « facile », de dernier recours ; une solution parfois à l'extrême qualifiée de « lâche ».

P11 : *« Et puis c'est de la lâcheté de pouvoir prendre un cachet pour dormir. »*

5.4.2. L'exemple de tiers

Plusieurs patients ont cité un exemple familial qu'ils ne souhaitaient pas suivre, d'une personne sous hypnotiques au long cours, subissant une somnolence diurne et une accoutumance au produit.

P4 : *« Mon dieu ce qu'elle prenait, je me disais "mais enfin je veux pas prendre tout ça". »*

Un fait divers récent est revenu aussi dans plusieurs entretiens : en 2017, une dame traitée par somnifères au long cours ayant provoqué un accident sur un passage à niveau en conduisant un bus scolaire (109).

P2 : « *La dame qui a tué des enfants au passage à niveau, bon finalement on dit qu'elle était depuis je sais pas combien de temps, c'était un peu les cachets comme ça qu'elle prenait. […] Mais j'ai trop connu ça avec ma mère, qu'avait été… Qu'avait ça pour s'endormir à la fin elle s'est retrouvée droguée* »

5.4.3. L'attitude du praticien

L'attitude du médecin en consultation est un facteur souvent cité d'observance ou de non-observance. La relation médecin-malade est perçue comme essentielle, la mise en confiance et l'empathie des éléments-clé dans la prise ou non du médicament proposé.

P11 : « *J'ai un psy qui est venu de voir, mais… […] Quand vous êtes déjà vous perturbée que vous avez un problème, si la personne en face de vous ne vous met pas en confiance, vous ne pouvez pas lui déballer vos problèmes. Donc je l'ai envoyé balader.* »

Un praticien qui ne prendra pas le temps de s'intéresser à la plainte, n'approfondira pas la demande en recherchant la cause du problème, n'inspirera pas confiance au patient qui sera donc réticent à prendre le traitement proposé. Ce peut être le cas lors d'une consultation avec un praticien connu de longue date, dont l'entretien est perçu comme trop superficiel.

P1 : *« Alors là, non, franchement non. On voit ça à toute vitesse, juste une minute. »*

P11 : *« Lorsqu'on vient voir un docteur déjà son temps est limité… […] Voilà, il a pas le temps. »*

P13 *: « Donc peut-être que je changerais de médecin que ce serait un nouveau médecin, il viendrait peut-être pour plus à poser des questions, pour me connaître. Peut-être que maintenant, on se connaît trop bien je sais pas. »*

Les patients ont parfois l'impression que leur problème n'est pas pris au sérieux par le praticien, manifestant un sentiment de dénigrement de la part du corps médical.

P1 : *« J'en ai parlé au Dr C il y a pas longtemps que j'avais du mal à m'endormir vous savez ce qu'elle m'a dit ? C'est pas méchant hein. « Vous avez de la camomille dans votre jardin, vous vous ferez des infusions de camomille », voilà ce qu'elle m'a répondu sans plus chercher. »*

P13 *: « « Ah ben oui vous êtes pas la seule » quoi. Voilà. »*

Parfois, la réticence du praticien lui-même lors de la prescription est perçue par le patient, qui en retour ne souhaitera pas prendre le produit prescrit.

P7 : *« Surtout qu'elle est pas pour elle en plus. […] bon pour pas la mettre dans l'embarras, je vais essayer de faire un effort, donc voilà. »*

D'autres décrivent une prescription ressentie comme trop hâtive d'un traitement symptomatique par hypnotique, encore une fois avant d'avoir recherché les causes du problème.

5.4.4. Le handicap perçu

Certains patients n'éprouvent pas de retentissement fonctionnel assez conséquent pour éprouver le besoin d'un traitement médicamenteux.

En effet, selon certains, l'insomnie ne comprendrait pas de danger immédiat, n'est pas une maladie contagieuse, ne cause pas de handicap immédiat mis à part peut-être esthétique. Elle n'est pas perçue comme une vraie maladie, et ne fait souvent pas partie des préoccupations principales des patients.

P12 : *« C'est pas mortel. Je pense que c'est ça aussi. C'est pas contagieux, c'est pas mortel, ça vous défigure pas, vous êtes pas handicapé, ça se voit pas. C'est pas… Je penserais ça. Manquer de sommeil, à part peut-être avoir des cernes sous les yeux, mais c'est tout. »*

6. Attentes des patients lors de leur consultation

6.1. L'attitude du praticien

Il est attendu de la part du praticien une écoute attentive, un interlocuteur qui prenne le temps d'échanger, de rassurer, de guider, d'informer également.

P1 : *« Bah celui qui en souffre c'est sûr qu'on aimerait bien qu'on développe, qu'on nous explique plus de choses. On aimerait bien qu'on nous rassure, qu'on nous guide quelquefois. »*

D'ailleurs, durant l'un des entretiens, l'origine des insomnies a été retrouvée à l'issue d'un interrogatoire poussé.

P12 : *« Ben écoutez je suis en train de me demander… Oui c'est vrai, vous avez raison. Si, si. Eh bien si je viens de penser à quelque chose. […] Il me semble que je vous ai dit que ça faisait bien à peu près 2 ans. Ah oui ! »*

Les patients souhaitent globalement une recherche approfondie des causes du problème, et non un traitement symptomatique simple.

P1 : *« Qu'il soit à mon écoute, qu'il essaye de savoir pourquoi je suis comme ça, pourquoi je ne dors plus, qu'est-ce qu'il se passe, savoir si j'ai eu des changements dans ma vie… »*

6.2. Une solution efficace

Les patients viennent bien sûr consulter leur médecin en attente d'une solution à leur problème. Beaucoup déclarent préférer une solution non médicamenteuse initialement, des conseils d'hygiène de vie, des « trucs » à appliquer, avant d'essayer une médication.

P6 : *« Ben forcément qu'elle m'apporte quelque chose que je ne connais pas encore. Après c'est sûr oui, niveau hygiène de vie… »*

P12 : *« Moi ce que je recherche […] C'est qu'est-ce que je fais mal qui m'empêche de dormir.»*

P16 : *« Ben pas forcément une solution médicamenteuse, mais plutôt une solution ben de relaxation, quelque chose qui puisse avoir le même effet médicamenteux, mais pas en ayant une prise médicamenteuse quoi. »*

Plus rarement, est attendue une proposition de produit à essayer, adapté à la situation.

P1 : « *Echanger plus, qu'on me guide, essayer ce produit, qui peut bien marcher…* »

6.3. Orientation vers un spécialiste

Certains patients souhaitaient être adressés à un spécialiste du sommeil. Les demandes visaient des consultations auprès d'un psychiatre, d'une diététicienne, d'un pneumologue, d'un neurologue.

Cependant l'attente était majoritairement portée sur les examens complémentaires, que ce soit pour dépister une apnée du sommeil, ou rechercher des déficiences dans la structure même du sommeil. Les patients se décrivant comme anxieux étaient souvent plus en demande de bilans complémentaires.

P2 : *« Là dans mon cas ce serait ça, ce serait m'orienter vers un spécialiste, pour faire l'examen de l'apnée pour voir d'où ça peut venir quoi, si c'est l'apnée, si après c'est le surpoids, le côté obésité, le côté sucres ou machin, ça serait bien d'avoir l'avis d'un spécialiste comme ça »*

P8 : *« Ben un bilan pour savoir d'où viennent ces troubles, je sais pas s'il y a des examens possibles, évaluer mon temps de sommeil, les phases de réveil tout ça »*

DISCUSSION

1. La méthode

1.1. Choix de la méthode

Nous avons choisi une étude qualitative, car servant mieux l'objectif initial de connaître un point de vue et récolter des arguments et des ressentis, en retranscrivant le vécu réel des patients. Cependant, l'étude qualitative n'est pas représentative statistiquement ; l'échantillon reste faible ; on ne peut être certain d'avoir obtenu la saturation des données.

Le patient est vu seul, en entretien semi-dirigé, face à une personne qu'il ne connaît pas, et qui bien que faisant partie du corps médical n'est pas encore docteur ; il peut ainsi s'exprimer librement sans craindre un jugement de la part de l'examinateur, ou d'une personne extérieure. A contrario, l'interrogatoire par une personne inconnue et l'enregistrement par le dictaphone placé devant le patient peut aussi provoquer une retenue initiale de sa part.

Etant novice dans la méthode des entretiens semi-dirigés, il est envisageable que le manque d'expérience de l'investigatrice ait pu nuire au bon recueil des données. Il est arrivé que certaines questions soient posées de manière fermée, que mes relances soient inappropriées, ou que je coupe malencontreusement la parole à un patient.

L'entretien semi-dirigé doit permettre la spontanéité, mais pose un certain cadre afin d'obtenir dans les grandes lignes les informations essentielles à l'étude. Ce cadre a pu, par moments, ne pas être respecté, et l'entretien partir à la dérive lorsque le patient était concentré sur un problème personnel sans rapport avec l'insomnie, sans que mes relances parviennent toujours à recentrer l'entretien. Une plus grande expérience dans la méthode des entretiens semi-dirigés aurait pu encore une fois pallier à ces difficultés.

1.2. Forces et limites de l'étude

1.2.1. Liées au recrutement

Une limite du recrutement dans cette étude est l'absence de randomisation. En effet, les médecins généralistes contactés pour la sélection de patients font partie de notre cercle professionnel. Le recrutement s'est donc fait majoritairement en milieu rural, puisque les médecins traitants ayant collaboré à l'étude travaillaient en milieu rural.

L'entretien réalisé par téléphone ne retranscrit pas le langage corporel, non verbal ; il peut en résulter des retranscriptions ou interprétations erronées. La quantité d'informations obtenues en revanche n'a pas été altérée, étant sensiblement la même que lors des entretiens en face-à-face.

Le recrutement de patients insomniaques, pour l'objectif initial de prévention primaire qu'est le dépistage, peut paraître surprenant. Il s'explique par plusieurs raisons :

- Tout d'abord, le fait que les patients insomniaques sont plus enclins à répondre aux questions, car font preuve d'introspection et s'interrogent souvent sur leur pathologie. Les entretiens de patients atteints de troubles du sommeil mais étant peu handicapés par ce trouble avec une gêne fonctionnelle minime, se sont ainsi globalement révélés moins riches en nouvelles informations.
- Nous pouvons également faire rentrer ce travail dans une démarche non pas de dépistage de masse, pour lequel il aurait fallu interroger un échantillon aléatoire de patients insomniaques ou non, mais de dépistage ciblé sur les facteurs de risque reconnus d'insomnie. Ce dépistage ciblé pourrait s'exercer sur les patients atteints de facteurs favorisants d'insomnie secondaire, comme décrits dans le DSM et l'ICSD (pathologie médicale ou psychiatrique, usage de médicaments ou de substances, travail posté…).

Ainsi, nous avons conscience que ces résultats ne sont pas représentatifs et ne peuvent être extrapolés à la population générale, ce qui n'était pas au départ l'objectif de l'étude qualitative réalisée.

1.2.2. Liées au guide d'entretien

Le questionnaire a été élaboré librement, en recherchant les informations pertinentes pour répondre à l'objectif de l'étude, et en s'inspirant en partie (pour la forme des questions), de guides d'entretiens retrouvés dans d'autres études ou articles. Le but était de favoriser les réponses et l'expression du ressenti des personnes interrogées.

Certaines questions trop formelles ou alambiquées ne suscitant pas de réponse (ou incomprises de la part des patients) ont été enlevées. D'autres plus ouvertes ont été rajoutées, par exemple : « qu'est-ce qu'un bon sommeil ? », cette question vaste permettant de lancer le patient dans le sujet. Il était également question d'utiliser une échelle numérique pour quantifier l'inconfort quotidien liée à l'insomnie ; cette idée a été abandonnée car trop difficile à expliquer pour les patients à l'oral.

1.2.3. Liées au contexte de l'entretien

Un autre obstacle a pu être la représentation que les patients se faisaient de moi. En effet, bien qu'ayant toujours expliqué en début d'entretien que j'étais étudiante en médecine rédigeant une thèse sur le dépistage des troubles du sommeil pour valider mon doctorat, et que je recherchais avant tout leur ressenti personnel, certains patients souhaitaient une expertise de ma part, un avis médical, et parfois avaient l'air de penser que j'étais moi-même spécialiste des troubles du sommeil.

P11 : *« Mais franchement, vous, vous étudiez ça, mais quand c'est nerveux, vous croyez qu'on peut faire quelque chose ? »*

Le fait que les entretiens se déroulent au cabinet du médecin généraliste, et non en milieu neutre ou familier comme leur domicile, a pu également provoquer une certaine retenue de la part des patients.

2. Comparaison des résultats aux données de la littérature

2.1. L'hygiène de sommeil

Les patients connaissent, sans nommer le terme exact, des notions d'hygiène de sommeil. Certaines croyances ou règles observées étaient dénuées de fondement : par exemple, aucune publication n'a été retrouvée concernant le rôle favorisant des pommes dans le sommeil.

De même, une croyance répandue et citée par certains patients stipule que le sommeil avant minuit est « plus réparateur ». Cette idée reçue se base sur la réalité physiologique du sommeil : le sommeil lent profond (phases 3 et 4 du cycle de sommeil) qui efface les fatigues, réhabilite les fonctions et redistribue l'énergie, est presque totalement accompli dans les premières heures de la nuit, en recouvrement des 3 ou 4 premiers cycles (110). Son effacement progressif dans la seconde moitié de l'espace de sommeil, explique l'apparition et la facilitation des insomnies de l'adulte et surtout des personnes âgées. Ainsi, indépendamment de l'heure objective de coucher, ce sont les premières heures de sommeil qui peuvent revêtir le caractère le plus « réparateur ».

Ces règles de sommeil étaient souvent appliquées, notamment par les patients se sentant très concernés par leur sommeil, et très actifs sur la prise en charge de leur santé globale ; cependant, les écrans restent omniprésents dans la vie quotidienne, et il est très difficile pour chacun d'envisager une soirée sans utilisation de la télévision.

2.2. Les facteurs favorisant l'insomnie

Instinctivement et sans avoir reçu d'enseignement formel, les patients reconnaissaient des variations interindividuelles de la qualité du sommeil. En effet, la génétique est l'un des facteurs influençant le sommeil (14). Un adulte dort en moyenne 8 heures par nuit, mais les extrêmes peuvent aller de 4-6h30 (courts dormeurs) à 9-10h30 (longs dormeurs). Cela peut être en partie expliqué par un polymorphisme des gènes de l'horloge interne humaine (CLOCK-genes) qui interviendraient dans la sensibilité aux effets de la privation de sommeil et le rythme circadien de l'individu (54).

Plusieurs patients retraités décrivaient une baisse de la qualité du sommeil survenue avec l'âge. Ce fait a été démontré (fig.7) : en effet, en vieillissant, la macro (durée totale de sommeil, stades de sommeil) comme la micro structure du sommeil sont altérées (111). Les horaires de sommeil se trouvent avancés (coucher et lever plus précoces), l'endormissement est plus long, le sommeil est plus fragmenté et plus léger, la durée de sommeil lent profond (stades 3 et 4) est diminuée alors qu'au contraire la durée de sommeil léger (stades 1 et 2) est augmentée. Les altérations du sommeil paradoxal sont plus modérées, présentes surtout à partir de 80 ans. La fréquence des siestes diurnes et des épisodes de somnolence diurne augmente. L'apparition de comorbidités liées à l'âge (douleur chronique, dépression, mictions nocturnes…) peut aussi altérer la qualité du sommeil.

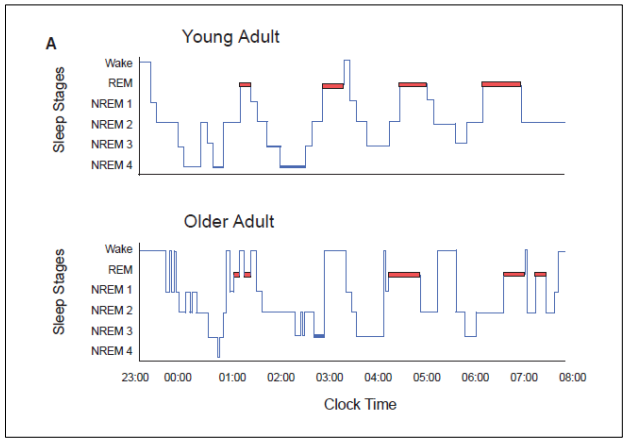


Figure 7: Comparaison entre l'hypnogramme d'un sujet jeune et d'un sujet âgé. Mander et al. – 2017 – Sleep and Human Aging

Une notion non mentionnée par les patients était la variabilité due au sexe : lors du vieillissement, les hommes subissent une altération plus importante du sommeil profond que les femmes. Les mécanismes impliqués comprennent la sécrétion de testostérone, des différences morphologiques de certaines structures cérébrales, et des facteurs environnementaux.

2.3. Le retentissement de l'insomnie

Les patients décrivaient une baisse de vigilance (38), comme décrit dans la littérature, ainsi que des troubles de la mémoire.

Une irritabilité (37) revenait également souvent dans les plaintes des sujets interrogés.

Les patients exprimaient une impression de variabilité interindividuelle, l'impression de ne pas être égaux en termes de sensibilité au manque de sommeil. Une étude de 2004 (53) a exposé cette variabilité, et des gènes du sommeil et de la régulation circadienne ont en effet été décrits. Les retraités, plus âgés, témoignaient parfois d'une meilleure tolérance au manque de sommeil, qui a été également retrouvée par ailleurs (55).

Nous avons recueilli des manifestations somatiques diverses : douleurs diffuses, picotements des yeux, que nous n'avons pas retrouvées dans les données de la littérature.

2.4. Les traitements de l'insomnie

2.4.1. Traitements proposés par le praticien

Le médecin généraliste du patient avait le plus souvent initié un traitement par molécules Z (zolpidem/zopiclone). La prescription de somnifères reste élevée, il s'agit souvent de la première réponse apportée à la plainte du patient, ce en dépit de la demande des patients eux-mêmes qui préféreraient une thérapeutique non médicamenteuse, et des recommandations médicales sur le traitement de première intention de l'insomnie (22,90).

Souvent, la réticence du patient à utiliser les hypnotiques prescrits, s'explique en partie par les réticences montrées par le praticien à les prescrire. En effet, ceux-ci sont conscients des effets secondaires et du risque de dépendance et d'addiction, et les prescrivent souvent à contre-cœur par manque de temps ou de moyens thérapeutiques (23), ce qui est ressenti par le patient. Cela rejoint la notion psychanalytique du « contre-transfert », décrit comme la réponse émotionnelle du praticien aux stimuli provenant du patient (112). On peut également évoquer un probable effet nocebo (113), en s'attendant à ce qu'un traitement que le praticien répugne à prescrire soit moins efficace.

De plus, les patients sont demandeurs d'un traitement non pharmacologique, alors que la TCC est recommandée par la HAS. Le développement des TCC a fait l'objet d'une thèse (114), avec élaboration d'un guide à destination des médecins généralistes décrivant comment utiliser un agenda de sommeil et énonçant les principes du contrôle du stimulus et de la restriction de sommeil.

2.4.2. Traitements effectivement pris par le patient

De nombreux patients interrogés prennent un traitement hypnotique de manière chronique, encore une fois contrairement aux recommandations en vigueur (84). Les hypnotiques sont reconnus comme étant des molécules à fort pouvoir addictif, avec une consommation souvent prolongée.

Le mésusage, selon le ministère de la Santé (115), est « une utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques ». Entre la prise de médicaments non destinés au traitement des troubles du sommeil (ex : prégabaline) ou la prise d'hypnotiques au long terme, le mésusage est répandu parmi les patients. Une consultation dédiée au sommeil et à l'éducation thérapeutique autour de ce dernier, permettrait d'aborder en détails la question de la médication.

2.5. Le dépistage des troubles du sommeil

En consultation, l'insomnie est peu dépistée. Les patients le reconnaissent : la question n'est jamais posée spontanément par le praticien ; les outils d'aide au diagnostic et au dépistage sont très peu utilisés contrairement aux recommandations de bonnes pratiques. Il serait par ailleurs intéressant d'évaluer les connaissances des médecins généralistes quant à l'existence et l'utilité de tels outils.

2.6. Le recours à un spécialiste et aux examens complémentaires

Les patients sont souvent en demande d'un diagnostic plus poussé, quitte à faire appel à un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil. La HAS recommande cependant le recours à un spécialiste dans certains cas bien précis (22) : les insomnies rebelles avec ou sans escalade thérapeutique et les insomnies inexpliquées, atypiques, qui pourront être adressées à un psychiatre. La réassurance simple du patient anxieux (parfois exacerbée par la multiplication des examens complémentaires rassurants) n'entre donc pas dans ce cadre.

Par ailleurs, le choix d'éventuelles techniques d'exploration relève du spécialiste du sommeil ; en effet les données obtenues, données objectives, peuvent ne pas se recouper avec les données subjectives (plainte exprimée par le patient).

La polysomnographie n'est pas indiquée en première intention pour le diagnostic de l'insomnie, d'ajustement ou de l'insomnie chronique, ni pour le diagnostic de l'insomnie due à des troubles psychiatriques. Elle est indiquée lorsque sont suspectés des troubles associés à l'insomnie : troubles liés à la respiration, mouvements périodiques des membres, somnolence diurne, trouble du rythme circadien, diagnostic incertain, traitement bien conduit inefficace, sommeil conservé non réparateur.

Enfin, l'actimétrie (bracelet enregistreur de mouvements porté pendant plusieurs jours et nuits consécutifs) permet de relever les rythmes d'activité et de repos, mais sans grande précision ; elle peut aider à clarifier la sévérité de l'insomnie, en complément de l'agenda du sommeil. Elle n'est pas non plus indiquée en première intention pour le diagnostic, l'évaluation de la sévérité, et la prise en charge de l'insomnie.

Les doléances des patients concernant la recherche plus poussée d'une étiologie à leurs troubles, bien que compréhensibles, n'entrent donc pas toujours en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques.

3. Ouverture : propositions d'adaptation des pratiques

3.1. Délivrance de l'information : parallèle avec un conseil minimal type sevrage tabagique

Le sevrage tabagique peut faire l'objet d'un dépistage systématique par le médecin traitant (116). Ce dépistage se fait par l'emploi de deux questions : « fumez-vous ? » et « souhaitez-vous arrêter ? ». Simplement poser la question, peut induire jusqu'à 60% de tentatives de sevrage tabagique dans le mois suivant la consultation (117).

L'impact du manque de sommeil chronique sur le risque cardiovasculaire global n'est plus à prouver (66) ; il serait peut-être intéressant d'étudier les conséquences d'un dépistage plus systématique, à l'image du conseil minimal, en posant la question « comment dormez-vous ? » en consultation de routine chez un patient susceptible de développer une insomnie secondaire.

De plus, rares sont les patients conscients des conséquences sur le plan cardiovasculaire de l'insomnie chronique. Une information plus complète suivant un dépistage plus systématique chez les patients présentant des facteurs de risque, permettrait peut-être une prise de conscience de la part des patients du caractère primordial d'un bon sommeil, non seulement sur le court terme mais aussi de façon pérenne.

Cette information pourrait être délivrée par le praticien lui-même ; on pourrait également, toujours dans l'optique d'une mesure de prévention primaire, gérer cet aspect essentiel de la santé en collaboration avec un(e) infirmièr(e) ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe). Ce dispositif instaure une coopération pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrés au cabinet des praticiens (118); dans le cadre d'un protocole autorisé par l'Agence Régionale de Santé, ces infirmiers interviennent auprès de patients atteints de maladies chroniques (diabétiques de type 2, patients à haut risque cardiovasculaire, patients tabagiques, troubles cognitifs chez les personnes âgées…) et effectuent des actions de prévention. On pourrait imaginer, par des mesures d'éducation thérapeutique liées au sommeil, l'ajout d'une corde supplémentaire à cet arc.

Une orientation vers des associations de prévention des troubles du sommeil, type PROSOM ou réseau Morphée, serait aussi à envisager. Ces associations fournissent des supports didactiques adaptés à leur public, ce qui permettrait aux médecins généralistes peu à l'aise sur le sujet d'orienter efficacement leurs patients.

3.2. La démarche du praticien

Il ressortait de la majeure partie des entretiens que les patients souffrant d'insomnie ne se sentaient pas assez écoutés, compris, et avaient l'impression que leur plainte n'était pas entendue de leur praticien. Ils étaient parfois en demande d'examens complémentaires, avec une vraie volonté d'aller au fond du problème et de trouver une étiologie précise.

Une des raisons pour laquelle les troubles du sommeil sont peu explorés, est le manque de temps des médecins généralistes (23,27), surtout lorsque cette plainte survient en motif additionnel d'une consultation classique. Il pourrait être pertinent d'adapter nos pratiques en proposant systématiquement, devant cette plainte d'insomnie souvent évoquée en fin de consultation, un autre rendez-vous qui serait consacré exclusivement à son exploration et aux possibilités thérapeutiques, avec vigilance accrue sur le sujet du mésusage. Lorsque la question est posée ouvertement, les opinions sont partagées sur l'utilité d'une telle consultation. Cependant le besoin de reconnaissance de la plainte est, lui, universel, et une consultation à part entière permettrait également au patient lui-même de faire le point sur cet aspect essentiel de la vie, parfois considéré comme intime ou tabou (du fait de sa dimension onirique ?).

Lors de cette consultation, une attitude ouverte et empathique serait attendue ; un interrogatoire policier et l'utilisation d'outils validés de dépistage comme recommandé (22) permettrait au patient de se rendre compte que son problème est pris au sérieux. Cette consultation permettrait également au praticien de prendre le temps d'expliquer l'utilité (ou

non) d'explorations complémentaires et de faire le point sur la nécessité d'un traitement, médicamenteux ou pas.

L'attitude du praticien est un facteur d'observance ou de non-observance d'un traitement, et joue également un rôle dans l'effet placebo (ou nocebo) d'une prescription, et donc dans son efficacité (119). En effet, la bienveillance du praticien et son degré de conviction vis-à-vis du traitement qu'il propose seront des moteurs puissants. Il est essentiel que le patient se sente compris, considéré, et entouré de bienveillance, ce qui est la première étape d'une prise en charge efficace, qu'elle soit médicamenteuse ou non. D'ailleurs, une partie de la défiance omniprésente des patients envers les hypnotiques peut être attribuée aux réticences du praticien, qui, parfois contraint à en prescrire par manque de temps ou de moyens thérapeutiques, est lui-même conscient des risques de dépendance et d'addiction et met en garde le patient.

3.3. La formation continue

Une formation des praticiens ou des infirmiers à la thérapie cognitivo-comportementale, tant attendue des patients mais difficile à mettre en œuvre sur le plan financier et de l'accessibilité, pourrait permettre de généraliser ce traitement de première intention.

Pour encourager les professionnels à se former, on pourrait imaginer une prise en charge de la formation et/ou une reconnaissance financière de la complexité de la consultation. En effet, la TCC est un parcours certes ardu, mais qui procure un soulagement au long terme, contrairement à la prescription médicamenteuse qui reste efficace ponctuellement sans améliorer la qualité du sommeil de façon pérenne.

CONCLUSION

L'insomnie est une pathologie répandue : en France, une revue systématique d'études épidémiologiques avait estimé la prévalence de l'insomnie (définie selon les critères du DSM-IV) à 15 à 20%. Malgré les conséquences à court et long terme sur le plan physique, psychiatrique et socio-professionnel, le sommeil reste un sujet peu abordé en consultation de médecine générale.

L'objectif de l'étude était de recueillir le point de vue de patients insomniaques sur le dépistage du sommeil en consultation, dans une optique d'adaptation des pratiques orientée vers la prévention primaire et secondaire.

Une étude qualitative multicentrique a été menée auprès de patients volontaires, recrutés via plusieurs médecins généralistes faisant partie de mon cercle professionnel. Les entretiens ont été enregistrés entre septembre 2019 et février 2020 grâce à un canevas semi-structuré, ce jusqu'à saturation des données. Les verbatims ont été retranscrits exhaustivement, puis codés par catégorisation inductive, avec triangulation des données par un autre chercheur.

Les 17 patients ont été interrogés, en recherchant la plus grande diversité de profils possible. Les causes de l'insomnie étaient variées ; un bon sommeil était caractérisé par un critère de durée et de continuité, perçu comme un élément naturel voire intime de la vie qu'il faut préserver et avant tout ne pas « forcer ». Les règles d'hygiène de sommeil sont globalement bien connues (bien que pas toujours appliquées) contrairement aux conséquences cardiovasculaires au long terme du manque de sommeil qui restent majoritairement ignorées. Côté traitements, la défiance envers les somnifères était omniprésente, dénoncés comme pourvoyeurs d'effets secondaires, de dépendance, d'addiction ; un mésusage a été détecté chez plusieurs patients. En consultation, les patients reconnaissent que le thème du sommeil est peu évoqué, en tout cas jamais spontanément par le praticien, et beaucoup le déplorent ; ils attendent de la part du praticien une attitude ouverte, empathique, et une recherche approfondie des causes du problème, rarement effectuée du fait du manque de temps. Ils souhaitent avant tout une thérapeutique non médicamenteuse, et sont globalement demandeurs de consultation spécialisée et d'examens complémentaires.

Ce travail permet une ouverture et des suggestions d'adaptation des pratiques. En amont, bien que ne faisant pas l'unanimité au sein des avis recueillis, un dépistage systématique calqué sur celui du tabac pourrait être effectué ; les impacts d'une telle mesure resteraient à évaluer. Bien que le recours à un spécialiste ou à des explorations du sommeil

soit difficile à obtenir et rarement justifié selon les recommandations actuelles de bonnes pratiques, une consultation dédiée à l'analyse et au traitement de l'insomnie pourrait être systématiquement proposée au patient dès l'expression de la plainte. Cette consultation permettrait de refaire le point sur l'étiologie des troubles du sommeil, les mesures d'hygiène de sommeil, d'éducation thérapeutique, et discuter du traitement, qu'il soit médicamenteux ou non. Cette information, s'inscrivant dans un objectif de prévention primaire et secondaire, pourrait être délivrée par le médecin lui-même ou par une personne formée. Une écoute attentive et empathique de la part du praticien favoriserait par ailleurs l'observance du patient, et constitue la première étape du traitement.

Le développement des thérapeutiques non médicamenteuses, comme la thérapie cognitivo-comportementale, est également une piste à explorer. Plébiscitée par les recommandations de bonnes pratiques, demandée par les patients, et dépourvue des effets secondaires redoutés des hypnotiques, la TCC présente en effet des résultats positifs sur le long terme et reste sous-prescrite par méconnaissance ou par manque de moyens. L'amélioration du développement professionnel continu pourrait répondre à cette attente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention
2. Corbillon E, Xerri B. Guide méthodologique: comment évaluer a priori un programme de dépistage? ANAES - Service évaluation technologique; 2004 mai.
3. La Conseil Médical du Canada. Module compétences en matière de communication - Un bref historique de la communication médecin-patient [Internet]. 2020. Disponible sur: https://inscriptionmed.ca/modulecomm/competences-en-communication-medicale/un-bref-historique-de-la-communication-medecin-patient/
4. Sandman L, Munthe C. Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. Health Care Anal. mars 2010;18(1):60-84.
5. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sci Soc Sante. 2007;Vol. 25(2):43-66.
6. Trudel JG, Leduc N, Dumont S. Communication entre soignant et soigné: historique, définitions et mesures. Psycho-Oncol. juin 2013;7(2):130-6.
7. Le nouveau visage de la relation patient – médecin [Internet]. Profil Médecin. 2017 [consulté 19 janv 2020]. Disponible sur: https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/
8. Bartholome WG. A Revolution in Understanding: How Ethics Has Transformed Health Care Decision Making. QRB - Qual Rev Bull. janv 1992;18(1):6-11.
9. Cassell EJ. Talking with Patients: Clinical technique. MIT Press; 1985. 220 p.
10. HAS. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
11. Eric Murillo-Rodriguez, Oscar Arias-Carrion, Abraham Zavala-Garcia, Andrea Sarro-Ramirez, Salvador Huitron-Resendiz. Basic Sleep Mechanisms: An Integrative Review. Cent Nerv Syst Agents Med Chem. 24 avr 2012;12(1):38-54.
12. Fabre V, Adrien J, Bonnavion P, Hamon M. Régulation de la veille et du sommeil : les acteurs moléculaires. Bull Académie Natl Médecine. oct 2011;195(7):1551-65.

13. Bernard S, Gonze D, Čajavec B, Herzel H, Kramer A. Synchronization-Induced Rhythmicity of Circadian Oscillators in the Suprachiasmatic Nucleus. Friston KJ, éditeur. PLoS Comput Biol. 13 avr 2007;3(4):e68.

14. Moreau S, Pia D'Ortho M, Baruch D. Guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte, à l'usage du médecin généraliste [Internet]. 2014 déc 15. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf

15. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [consulté le 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/troubles-du-sommeil-lenfant-ladulte

16. Lack LC, Wright HR. Chronobiology of sleep in humans. Cell Mol Life Sci. mai 2007;64(10):1205-15.

17. Adan A, Almirall H. Horne & Östberg morningness-eveningness questionnaire: A reduced scale. Personal Individ Differ. 1991;12(3):241-53.

18. Naylor E, Bergmann BM, Krauski K, Zee PC, Takahashi JS, Vitaterna MH, et al. The Circadian *Clock* Mutation Alters Sleep Homeostasis in the Mouse. J Neurosci. 1 nov 2000;20(21):8138-43.

19. Katzenberg D, Young T, Finn L, Lin L, King DP, Takahashi JS, et al. A CLOCK Polymorphism Associated with Human Diurnal Preference. Sleep. sept 1998;21(6):569-76.

20. Masson-Pévet M. La mélatonine dans le système circadien. J Société Biol. 2007;201(1):77-83.

21. Dr J.P. Giordanella. Rapport sur le thème du sommeil [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006 déc [consulté le 16 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf

22. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.

23. Pricaz F. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire (ICP): analyse comparative des difficultés ressenties par les médecins et les patients de l'arc alpin. :394.

24. Duret F, Florio D. Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin. :240.

25. O'Mahony AB. Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Ile de France. :84.

26. Morand M. Intérêt d'un outil de repérage précoce des troubles du sommeil chez l'adulte en médecine générale: expérimentation de l'outil par 41 médecins généralistes en région Aquitaine et Franche-Comté et recueil de leurs opinions sur l'outil. :246.

27. 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.

28. Arthot L. Insomnie de l'adulte : prise en charge en première intention par les médecins généralistes en Pays de Loire. :83.

29. 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.

30. Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. Presse Médicale. 1 nov 2005;34(19, Part 1):1358-62.

31. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: Distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. J Psychiatr Res. mai 1997;31(3):333-46.

32. 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.

33. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. déc 2011;59(6):409-22.

34. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. J Psychiatr Res. janv 2003;37(1):9-15.

35. Beck F. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. :5.

36. Sommeil et performance au quotidien - Résultats de l'enquête INSV-MGEN 2012 [Internet]. 2012 mars 17. Disponible sur: https://institut-sommeil-vigilance.org/12eme-journee-du-sommeil-sommeil-et-performance-de-lexcellence-au-quotidien-2012/

37. Ohayon MM, Lemoine P. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. L'Encéphale. juin 2004;30(3):222-7.

38. Killgore WDS. Effects of sleep deprivation on cognition. In: Progress in Brain Research [Internet]. Elsevier; 2010 [consulté le 22 nov 2018]. p. 105-29. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444537027000075

39. Cumulative Sleepiness, Mood Disturbance, and Psychomotor Vigilance Performance Decrements During a Week of Sleep Restricted to 4–5 Hours per Night. Sleep [Internet]. 1 avr 1997 [consulté le 9 févr 2020]; Disponible sur: https://academic.oup.com/sleep/article/20/4/267/2732104/Cumulative-Sleepiness-Mood-Disturbance-and

40. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature. 17 juill 1997;388:235-6.

41. Walker MP. The Role of Sleep in Cognition and Emotion. Ann N Y Acad Sci. mars 2009;1156(1):168-97.

42. Diekelmann S, Born J. Diekelmann S, Born J. The memory function of sleep. Nat Rev Neurosci 11: 114-126. Nat Rev Neurosci. 1 févr 2010;11:114-26.

43. Harrison Y, Home JA. The Impact of Sleep Deprivation on Decision Making: A Review. :14.

44. Killgore WDS, Kahn-Greene ET, Lipizzi EL, Newman RA, Kamimori GH, Balkin TJ. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. Sleep Med. juill 2008;9(5):517-26.

45. Killgore WDS, McBride SA, Killgore DB, Balkin TJ. The Effects of Caffeine, Dextroamphetamine, and Modafinil on Humor Appreciation During Sleep Deprivation. Sleep. juin 2006;29(6):841-7.

46. Babkoff H, Zukerman G, Fostick L, Ben-Artzi E. Effect of the diurnal rhythm and 24 h of sleep deprivation on dichotic temporal order judgment. J Sleep Res. 2005;14(1):7-15.

47. Haack M, Lee E, Cohen DA, Mullington JM. Activation of the prostaglandin system in response to sleep loss in healthy humans: Potential mediator of increased spontaneous pain: Pain. sept 2009;145(1):136-41.

48. Kundermann B, Spernal J, Huber MT, Krieg J-C, Lautenbacher S. Sleep Deprivation Affects Thermal Pain Thresholds but Not Somatosensory Thresholds in Healthy Volunteers: Psychosom Med. nov 2004;66(6):932-7.

49. Furchtgott E, Willingham WW. The Effect of Sleep-Deprivation upon the Thresholds of Taste. Am J Psychol. mars 1956;69(1):111.

50. Thomas M, Sing H, Belenky G, Holcomb H, Mayberg H, Dannals R, et al. Neural basis of alertness and cognitive performance impairments during sleepiness. I. Effects of 24 h of sleep deprivation on waking human regional brain activity. J Sleep Res. 18 déc 2000;9(4):335-52.

51. Killgore WDS, McBRIDE SA. Odor identification accuracy declines following 24 h of sleep deprivation. J Sleep Res. juin 2006;15(2):111-6.

52. Hatoum HT, Kong SX, Kania CM, Wong JM, Mendelson WB. Insomnia, Health-Related Quality of Life and Healthcare Resource Consumption: A Study of Managed-Care Organisation Enrollees. PharmacoEconomics. 1998;14(6):629-37.

53. Systematic Interindividual Differences in Neurobehavioral Impairment from Sleep Loss: Evidence of Trait-Like Differential Vulnerability. Sleep [Internet]. 1 mai 2004 [consulté le 9 févr 2020]; Disponible sur: https://academic.oup.com/sleep/article/27/3/423/2707965/Systematic-Interindividual-Differences-in

54. Von Schantz M. Phenotypic effects of genetic variability in human clock genes on circadian and sleep parameters. J Genet. déc 2008;87(5):513-9.

55. Duffy JF, Willson HJ, Wang W, Czeisler CA. Healthy Older Adults Better Tolerate Sleep Deprivation Than Young Adults: INCREASED TOLERANCE OF SLEEP DEPRIVATION WITH AGE. J Am Geriatr Soc. juill 2009;57(7):1245-51.

56. Beck F, Léon C, Pin-Le Corre S, Léger D. Troubles du sommeil : caractéristiques sociodémographiques et comorbidités anxiodépressives. Étude (Baromètre santé INPES) chez 14734 adultes en France. Rev Neurol (Paris). 1 nov 2009;165(11):933-42.

57. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young Adults. Biol Psychiatry. mars 1996;39(6):411-8.

58. Ford DE. Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: An Opportunity for Prevention? JAMA. 15 sept 1989;262(11):1479.

59. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. Med Hypotheses. mai 2010;74(5):928-33.

60. Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, Resnick HE, Redline S, Baldwin CM, et al. Association of Sleep Time With Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance. Arch Intern Med. 25 avr 2005;165(8):863.

61. Kato M, Phillips BG, Sigurdsson G, Narkiewicz K, Pesek CA, Somers VK. Effects of Sleep Deprivation on Neural Circulatory Control. Hypertension. mai 2000;35(5):1173-5.

62. Ogawa Y, Kanbayashi T, Saito Y, Takahashi Y, Kitajima T, Takahashi K, et al. Total Sleep Deprivation Elevates Blood Pressure Through Arterial Baroreflex Resetting: a Study with Microneurographic Technique. Sleep. déc 2003;26(8):986-9.

63. Duss SB, Brill A-K, Bargiotas P, Facchin L, Alexiev F, Manconi M, et al. Sleep-Wake Disorders in Stroke—Increased Stroke Risk and Deteriorated Recovery? An Evaluation on the Necessity for Prevention and Treatment. Curr Neurol Neurosci Rep [Internet]. oct 2018 [consulté le 22 nov 2018];18(10). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s11910-018-0879-6

64. Khan MS, Aouad R. The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. Sleep Med Clin. juin 2017;12(2):167-77.

65. Shankar A, Syamala S, Kalidindi S. Insufficient Rest or Sleep and Its Relation to Cardiovascular Disease, Diabetes and Obesity in a National, Multiethnic Sample. PLoS ONE [Internet]. 30 nov 2010 [consulté le 10 févr 2020];5(11). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995019/

66. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur Heart J. juin 2011;32(12):1484-92.

67. Thomas SJ, Calhoun D. Sleep, insomnia, and hypertension: current findings and future directions. J Am Soc Hypertens. févr 2017;11(2):122-9.

68. Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE, et al. Association of Usual Sleep Duration With Hypertension: The Sleep Heart Health Study. Sleep. août 2006;29(8):1009-14.

69. Kario Kazuomi, Pickering Thomas G., Matsuo Takefumi, Hoshide Satoshi, Schwartz Joseph E., Shimada Kazuyuki. Stroke Prognosis and Abnormal Nocturnal Blood Pressure Falls in Older Hypertensives. Hypertension. 1 oct 2001;38(4):852-7.

70. Lanfranchi PA, Pennestri M-H, Fradette L, Dumont M, Morin CM, Montplaisir J. Nighttime Blood Pressure in Normotensive Subjects With Chronic Insomnia: Implications for Cardiovascular Risk. Sleep. juin 2009;32(6):760-6.

71. Sherwood A, Steffen PR, Blumenthal JA, Kuhn C, Hinderliter AL. Nighttime blood pressure dipping: the role of the sympathetic nervous system. Am J Hypertens. 1 févr 2002;15(2):111-8.

72. Chae CU, Lee RT, Rifai N, Ridker PM. Blood pressure and inflammation in apparently healthy men. Hypertens Dallas Tex 1979. sept 2001;38(3):399-403.

73. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. Sleep. mai 2008;31(5):619-26.

74. Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador JM, Meier-Ewert HK. Cardiovascular, Inflammatory, and Metabolic Consequences of Sleep Deprivation. Prog Cardiovasc Dis. janv 2009;51(4):294-302.

75. Danesh J, Collins R, Appleby P, Peto R. Association of Fibrinogen, C-reactive Protein, Albumin, or Leukocyte Count With Coronary Heart Disease: Meta-analyses of Prospective Studies. JAMA. 13 mai 1998;279(18):1477.

76. Roucou I, Cote-Rey A, Pricaz F. INSOMNIE CHRONIQUE PRIMAIRE VUE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : DIFFICULTÉS ET SOLUTIONS DE PRISE EN CHARGE. :1.

77. Conseil Scientifique - Domaine de la Santé. Prise en charge des insomnies en médecine générale. 2018.

78. Montgomery P, Dennis JA. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 22 avr 2002 [consulté le 2 juin 2020];2002(2). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7017640/

79. Shergis JL, Ni X, Jackson ML, Zhang AL, Guo X, Li Y, et al. A systematic review of acupuncture for sleep quality in people with insomnia. Complement Ther Med. juin 2016;26:11-20.

80. Nordio M, Romanelli F. Efficacy of wrists overnight compression (HT 7 point) on insomniacs: possible role of melatonin? Minerva Med. déc 2008;99(6):539-47.

81. Lu J, Shao R-H, Hu L, Tu Y, Guo J-Y. Potential antiinflammatory effects of acupuncture in a chronic stress model of depression in rats. Neurosci Lett. avr 2016;618:31-8.

82. Benard A, Canarelli T, Billioti de Gage S. Etat des lieux de la consommation des benzodiazepines en France [Internet]. ANSM; 2017 avr p. 60. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaaf04713f0c280862555db0c8.pdf

83. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. The Lancet. mars 2012;379(9821):1129-41.

84. Haute Autorité de Santé, Commission de la Transparence. Bon usage du médicament: quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie? [Internet]. 2015 [consulté le 2 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf

85. Plainte d'insomnie: une place pour la phytothérapie traditionnelle. Rev Prescrire. févr 2005;25(258):110-4.

86. Ziegler G, Ploch M, Miettinen-Baumann A, Collet W. Efficacy and tolerability of valerian extract LI 156 compared with oxazepam in the treatment of non-organic insomnia--a randomized, double-blind, comparative clinical study. Eur J Med Res. 25 nov 2002;7(11):480-6.

87. Gallacher J, Elwood P, Pickering J, Bayer A, Fish M, Ben-Shlomo Y. Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). J Epidemiol Community Health. oct 2012;66(10):869-73.

88. Gage SB de, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ [Internet]. 27 sept 2012 [consulté le 2 mars 2020];345. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231

89. M.Hein, P.Hubain, P.Linkowski. Prise en charge de l'insomnie : recommandations pour la pratique en médecine générale. Revue médicale de Bruxelles. 14 avr 2016;

90. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med. 15 oct 2008;4(5):487-504.

91. Centre du Sommeil et de la Vigilance, Paris. PSQI: Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh [Internet]. [consulté le 2 mars 2020]. Disponible sur: http://maxime.elbaz.free.fr/examens/psqi.pdf

92. Crönlein T, Langguth B, Popp R, Lukesch H, Pieh C, Hajak G, et al. Regensburg Insomnia Scale (RIS): a new short rating scale for the assessment of psychological symptoms and sleep in insomnia; Study design: development and validation of a new short self-rating scale in a sample of 218 patients suffering from insomnia and 94 healthy controls. Health Qual Life Outcomes. 2013;11(1):65.

93. Yang P-Y, Ho K-H, Chen H-C, Chien M-Y. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. J Physiother. sept 2012;58(3):157-63.

94. Chen Y-L, Gau SS-F. Sleep problems and internet addiction among children and adolescents: a longitudinal study. J Sleep Res. 2016;25(4):458-65.

95. Falbe J, Davison KK, Franckle RL, Ganter C, Gortmaker SL, Smith L, et al. Sleep Duration, Restfulness, and Screens in the Sleep Environment. Pediatrics. 1 févr 2015;135(2):e367-75.

96. Gradisar M, Wolfson AR, Harvey AG, Hale L, Rosenberg R, Czeisler CA. The Sleep and Technology Use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America Poll. J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med. 15 déc 2013;9(12):1291-9.

97. Brown FC, Buboltz WC, Soper B. Relationship of Sleep Hygiene Awareness, Sleep Hygiene Practices, and Sleep Quality in University Students. Behav Med. janv 2002;28(1):33-8.

98. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. Sleep Med Rev. août 2015;22:23-36.

99. Jefferson CD, Drake CL, Scofield HM, Myers E, McClure T, Roehrs T, et al. Sleep Hygiene Practices in a Population-Based Sample of Insomniacs. Sleep. mai 2005;28(5):611-5.

100. Chung K-F, Lee C-T, Yeung W-F, Chan M-S, Chung EW-Y, Lin W-L. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 23 juill 2018;35(4):365-75.

101. An American Academy of Sleep Medicine Report, Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, et al. Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep. 1 nov 2006;29(11):1415-9.

102. Jansson-Fröjmark M, Evander J, Alfonsson S. Are sleep hygiene practices related to the incidence, persistence and remission of insomnia? Findings from a prospective community study. J Behav Med [Internet]. 11 juill 2018 [consulté le 22 nov 2018]; Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s10865-018-9949-0

103. Yang C-M, Lin S-C, Hsu S-C, Cheng C-P. Maladaptive Sleep Hygiene Practices in Good Sleepers and Patients with Insomnia. J Health Psychol. janv 2010;15(1):147-55.

104. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 329 p.

105. Goudreau J. L'approche qualitative et la recherche en éducation. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):70-70.

106. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [consulté le 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011

107. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.

108. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

109. Jacob E. Drame de Millas: la conductrice du bus prenait un somnifère aux effets secondaires dangereux [Internet]. Le Figaro.fr. 2019 [consulté le 1 juin 2020]. Disponible sur: https://www.lefigaro.fr/actualite-france/drame-de-millas-la-conductrice-du-bus-prenait-un-somnifere-aux-effets-secondaires-dangereux-20190404

110. Stades III et IV: le sommeil lent et profond [Internet]. [consulté le 15 juin 2020]. Disponible sur: http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/savenir/3type/stade34.php

111. Mander BA, Winer JR, Walker MP. Sleep and Human Aging. Neuron. avr 2017;94(1):19-36.

112. Denis P. Incontournable contre-transfert. Rev Fr Psychanal. 2006;Vol. 70(2):331-50.

113. Wartolowska K. The nocebo effect as a source of bias in the assessment of treatment effects. F1000Research [Internet]. 11 mars 2019 [consulté le 16 juin 2020];8. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635979/

114. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France. [Internet]. Université Paris 7 - Denis Diderot; 2010 [consulté le 16 juin 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3488_101028-MOREAU-these_.pdf

115. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Mésusage [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [consulté le 15 juin 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/mesusage

116. Hill C, Laplanche A. Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003. :16.

117. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. 1995;162-9.

118. Asalée : un dispositif accessible aux infirmières libérales [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2018 [consulté le 14 juin 2020]. Disponible sur: https://www.actusoins.com/302963/asalee-un-dispositif-accessible-aux-liberales.html

119. Maxie B, Nathalie P, Thelma W, Luana C. The Role of Patient–Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. Int Rev Neurobiol. 2018;139:211-31.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

1) Age, sexe profession, statut marital, traitement, OH/tabac, enfants, activité physique

2) LE SOMMEIL :

   a. Pour vous, qu'est-ce qu'un bon sommeil ?

   b. Souffrez-vous/avez-vous déjà souffert d'insomnie ? Si oui depuis quand ? mode d'apparition, manifestations ?

   c. Quelle place tient le sommeil dans votre quotidien/quel est chez vous le retentissement du manque de sommeil ? Comment vous sentez-vous quand vous avez mal dormi ? à quel point vous sentez-vous handicapé par ce trouble ?

   d. Avez-vous déjà essayé de vous traiter seul ? Si oui, comment ?

3) LE SOMMEIL EN CONSULTATION

   a. Seriez-vous prêt à consacrer une consultation entière à discuter avec votre médecin généraliste de vos problèmes d'insomnie ? Si oui, quelles sont vos attentes sur cette consultation ? (attitude du praticien, solutions proposées, temps de consultation)

   b. Avez-vous déjà spontanément parlé de vos troubles du sommeil à votre généraliste ? si oui,

      - Qu'est-ce qui vous a poussé à faire appel à un professionnel de santé ? (impact sur la qualité de vie, solutions essayées inefficaces, confiance en médecin ?)

      - Dans quelles circonstances ? début/milieu/fin de consultation ? Les solutions proposées : lesquelles ? ont-elles été satisfaisantes ? si non pourquoi ?

   c. A-t-on déjà évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil ? Si oui pouvez-vous m'exposer vos connaissances ?

d. Votre généraliste vous a-t-il déjà questionné sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet de la consultation ? (si oui cb de fois est-ce arrivé ?)

e. Pensez-vous que les troubles du sommeil sont suffisamment évoqués en consultation de médecine générale ? Si non, pourquoi ?

4) EXPLICATIONS CONCERNANT LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET COGNITIF

a. Etiez-vous conscient de ces implications du manque de sommeil ?

b. Après en avoir été informé, auriez-vous plus tendance à consulter ?

c. Après en avoir été informé, pensez-vous que le médecin traitant devrait plus questionner sur l'insomnie ?

5) OUVERTURE : y a-t-il des choses que nous n'avons pas abordées dont vous voudriez parler ?

ANNEXE 2 : Classifications des troubles du sommeil

	La classification DSM-5	**La classification ICSD3**
Domaines cliniques recensés	-Insomnie -Hypersomnolence -Narcolepsie -Troubles du sommeil liés à la respiration -Troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien -Les parasomnies (syndrome des jambes sans repos, cauchemars, troubles du comportement en sommeil paradoxal…)	-Insomnie -Troubles respiratoires liés au sommeil -Hypersomnolence centrale -Troubles du rythme circadien -Parasomnies -Mouvements anormaux au cours du sommeil
Critères diagnostiques de l'insomnie chronique	A- Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un ou plusieurs des symptômes suivants : • Difficultés à initier le sommeil (chez le mineur, sans l'intervention des parents) • Difficultés à maintenir le sommeil, avec réveils fréquents ou difficultés à se rendormir après des réveils (chez le mineur, sans intervention des parents) • Réveil matinal avec incapacité de se rendormir B- La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou autre domaine important du fonctionnement. C- Les troubles du sommeil se produisent au moins 3 nuits par semaine D- Les troubles du sommeil sont présents depuis au moins 3 mois E- Les troubles du sommeil se produisent malgré la possibilité adéquate de sommeil F- L'insomnie n'est pas mieux expliquée par, et ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (ex : narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, du rythme circadien, une parasomnie…) G- L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogue, médicament) H- La plainte d'insomnie n'est pas expliquée par d'autres troubles mentaux ou problèmes d'ordre médical	Le diagnostic d'insomnie chronique est caractérisé par « une difficulté persistante à l'initiation du sommeil, sa durée <6h, sa consolidation, ou sa qualité, qui se produit malgré des circonstances et opportunités adaptées, et nuit aux activités diurnes », et est défini par 6 critères : A- Le patient ou un de ses parents (pour les mineurs) rapporte au moins un des éléments suivants : • Des difficultés à l'endormissement : *plus de 20mn pour s'endormir chez l'adulte jeune, 30mn chez le sujet âgé* • Des difficultés à maintenir le sommeil, rester endormi *: réveils de plus de 30mn* • Un réveil précoce *: se réveiller au moins 30mn avant l'heure choisie* • Refus d'aller se coucher à une heure appropriée • Des difficultés à aller dormir sans l'intervention d'un parent B- Le patient ou ses parents observent un ou plus des éléments suivants au cours de la journée, liés aux difficultés de sommeil nocturne : • Fatigue ou mal-être • Troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention • Altération de la vie sociale, familiale, professionnelle ou fléchissement des résultats scolaires • Irritabilité, troubles de l'humeur • Somnolence diurne • Troubles comportementaux (hyperactivité, impulsivité, agressivité…) • Perte de motivation/initiative/énergie • Tendance à l'erreur/aux accidents • Préoccupations ou insatisfaction par rapport au sommeil C- Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas être expliquées exclusivement par le manque d'occasion de dormir (un temps suffisant accordé au sommeil) ou par un contexte inadapté au sommeil (environnement adéquat : sûr, sombre, calme et confortable) D- La perturbation du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins 3 fois par semaine E- La perturbation du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis au moins 3 mois F- Les troubles veille/sommeil ne sont pas mieux expliqués par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie.

ANNEXE 3 : Fiche d'information donnée au patient

Alice MATHON
Interne de médecine générale, 5e semestre
alicemathon@hotmail.fr

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale, en 9e année de mon cursus de médecine. Pour compléter ma formation et terminer mes études, j'effectue une thèse portant sur les troubles du sommeil, plus précisément : le dépistage de l'insomnie en médecine générale.

Dans le cadre de mon travail, je souhaiterais recueillir votre avis sur ce sujet passionnant, et en parler avec vous lors d'un entretien, pendant lequel je vous poserai quelques questions et nous pourrons discuter des réponses de manière ouverte.

Cet entretien sera enregistré par dictaphone, me permettant par la suite de retranscrire vos propos pour les intégrer à ma thèse. Ces données seront anonymisées.

J'ai demandé à votre médecin, en cas d'accord de votre part, de me transmettre votre numéro de téléphone afin de pouvoir vous contacter et convenir d'un rendez-vous à son cabinet. Je suis joignable facilement par mail (ci-dessus) en cas de questions de votre part.

En vous remerciant par avance de bien vouloir contribuer à ma formation et dans l'attente de vous rencontrer,

Alice Mathon

ANNEXE 4 : Verbatim des entretiens

PATIENT 1

Patient numéro 1, Mme J, Plombières-les-Bains. Ca va être un entretien je vais vous poser des questions, le but c'est de discuter, de donner votre ressenti, je suis là pour agrémenter l'entretien, ce sont vos impressions que je cherche à recueillir.

P1 : Pas de souci.

On va commencer par quelques questions de base : votre âge ?

P1 : Je vais avoir 62 ans au mois d'août, je suis de 1957.

Votre boulot/ancien boulot ?

P1 : Je gère des appartements dans l'entreprise Cornu, je m'occupe de locations, je vais être en retraite au 1er septembre.

Vous êtes mariée ?

P1 : J'étais mariée, j'ai divorcé et je vis avec Mr Cornu depuis 25 ans.

Vous avez des enfants ?

P1 : Oui, un garçon et une fille.

Est-ce que vous prenez des traitements dans la vie de tous les jours ?

P1 : Non, juste là en ce moment parce que je me suis faite piquer par une tique et le Dr C m'a donné un antibiotique pendant 14 jours. Autrement je ne prends pas de médicaments, je n'aime pas les médicaments je suis plutôt homéopathie, si je peux me soigner par homéopathie ça me va très bien.

D'accord. Est-ce que vous fumez ?

P1 : Non.

Niveau consommation d'alcool ?

P1 : Pas du tout, ou alors un verre de bon vin avec le fromage. Pas de café, pas d'alcool.

Niveau activité physique ?

P1 : Quand je peux, j'adore faire de la marche et du vélo.

Très bien, c'était une première partie pour cadrer le personnage. Maintenant on va passer à quelques questions sur votre sommeil, je suppose que si vous êtes là c'est que vous souffrez ou avez souffert d'insomnie ?

P1 : Alors bah déjà au moment de mon divorce, ça travaille quand même de changer sa vie tout ça, et là ça m'empêchait de dormir. Je suis quelqu'un d'assez nerveux et anxieux, si j'ai un souci je ne l'évacue pas facilement, je le ressasse le soir dans ma tête et ça m'empêche de dormir. Alors en période là c'est vrai que j'ai pris des somnifères, mais ça n'a pas duré très longtemps et j'ai diminué très vite la dose. Par exemple si je fais un grand voyage, comme quand j'ai fait le grand tour du Pérou pendant 3 semaines, on bougeait tous les jours, on voyait plein de choses, c'était plus du tout la vie tranquille, et pour être sûre d'arriver à… Parce que moi mon problème c'est que j'ai du mal à m'endormir le soir. Le matin je dormirais mais le soir j'ai du mal de m'endormir. Donc à ce moment-là quand je fais des grands voyages comme ça, Mme C elle me prescrit un petit truc, un petit somnifère léger et là mon séjour il est agréable quoi. J'arrive à dormir et je suis bien. Mais je n'en fais pas une accoutumance, après j'essaye de… Après c'est dur une fois qu'on a pris ça, il faut réduire tout doucement la dose pour revenir à une vie normale. Mais c'est tout autrement, en ce moment je n'en prends pas, je ne prends rien, je me débrouille avec… Voilà ce que je prends :

(une boîte de gélules à base de plantes)

Dans votre quotidien, avez-vous l'impression que le sommeil tient une place importante ?

P1 : Ah oui !

Quand vous êtes insomniaque, à quel point vous sentez-vous handicapée ? Sur une échelle de 0 à 10 ?

P1 : Ah ben je dirais 5, je dors quand même mais je voudrais bien m'endormir facilement le soir, pas à 2 ou 3h du matin parce que quand il faut se lever à 7h c'est difficile…

Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule ?

P1 : Ah ben j'essaye, oui, je ne prends pas de somnifère alors j'ai des petites astuces, je prends par exemple ce genre de produits, mais tout se rejoint, c'est un peu toujours les mêmes choses, des infusions à base de plantes. C'est que des plantes, de la mélisse, des choses comme ça, des gouttes homéopathiques, du L72, des infusions chez le pharmacien de Plombières où il y a tout un tas de mélanges d'herbes. J'essaye de faire avec ça, ça marche bien, j'en prends une le soir j'arrive à m'endormir. Et là depuis peu j'arrive même à refaire la sieste le midi, cela ne m'était pas arrivé depuis des années, cela fait 2 jours de

suite que je m'endors devant le journal pendant à peu près une demi-heure, et après je me sens bien ! Je vais essayer de le conserver parce que c'est génial !

D'accord.

P1 : Je ne fais que des choses comme ça, je ne veux pas de somnifères sauf si je dormais plus du tout. Mais ça ça me facilite, j'arrive à m'endormir avec. Par contre je les prends en même temps que mon antibiotique ça n'a pas d'incidence ?

Non, aucune.

P1 : Mais si on en prend assez souvent est-ce que ça a une incidence sur la santé ? Par rapport à ce qu'il y a dedans ? Vous en pensez quoi ?

Les doses sont pas énormes, ce sont des plantes, un complément alimentaire, il n'y a pas de surdosage avec ça.

P1 : Moi ça marche bien sur moi. Je veux pas passer aux somnifères, seulement si je dormais pas du tout mais c'est pas le cas. Voilà.

Alors le sommeil en médecine générale. Est-ce que vous pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation entière à discuter avec le médecin généraliste juste de troubles du sommeil ?

P1 : Une consultation entière ? non, je pense que je ne suis pas handicapée au point de faire une consultation entière, si j'ai un souci je lui en parle à la fin de la consultation, mais pas de consultation entière pour ça. Si, quand j'étais pas bien du tout quand j'ai divorcé, là j'avais besoin de dormir, quoi il fallait trouver une solution, mais à l'heure actuelle non, je suis pas handicapée au point d'avoir une consultation entière avec un médecin.

A ce moment par exemple, ça vous est arrivé d'avoir besoin de consulter juste pour ça ?

P1 : Euh oui quand j'ai eu mon divorce, là je dormais plus ça me travaillait tellement je dormais plus. Je n'arrivais plus à trouver le sommeil.

Je vais vous demander de vous replonger un peu dans cette période-là, en allant en consultation chez votre médecin traitant, qu'est-ce que vous attendiez de son attitude, des solutions qu'il propose ?

P1 : Qu'il soit à mon écoute, qu'il essaye de savoir pourquoi je suis comme ça, pourquoi je ne dors plus, qu'est-ce qu'il se passe, savoir si j'ai eu des changements dans ma vie etc, là j'en avais c'était dû à mon divorce quoi. J'avais un mari super qui avait plein de qualités, on

était une famille heureuse et il est tombé amoureux d'une autre femme. Et ma vie a basculé forcément. Et ça il faut arriver à l'encaisser, ça vous perturbe quand même pas mal il a fallu changer ma vie, déménager etc, se remettre en question complètement quoi, donc moi je suis quelqu'un qui cogite beaucoup donc la nuit forcément voilà, ça empêche de dormir.

Donc vous avez consulté à ce moment-là.

P1 : Parce que c'est horrible de passer des nuits blanches, on accumule la fatigue et on n'est pas bien du tout, il faut absolument dormir dans la vie, on peut pas rester plusieurs nuits sans dormir.

C'est sûr, il y a des conséquences bien connues sur le plan psychologique mais aussi cardiovasculaire.

P1 : Oui je pense que le sommeil c'est très important !

Donc vous avez déjà du coup spontanément parlé à votre généraliste de vos soucis d'insomnie.

P1 : Oui, donc à ce moment-là elle m'a donné un petit traitement, et après ça a pas duré très longtemps, pas quelque chose de fort. Chez moi ça marche quand même facilement parce que je ne suis pas habituée aux somnifères, vous voyez j'arrive avec de l'homéopathie donc le moindre truc ça marche donc elle m'avait donné un petit traitement. Le temps a passé et j'aire pris le dessus, retrouvé le sommeil et voilà.

D'accord. Qu'est-ce qui vous a poussée en premier lieu à faire appel à un professionnel de santé ? Vous aviez l'impression que vous n'arriviez plus à le gérer seule ?

P1 : Non. J'étais tellement mal dans ma peau tout ça, j'y arrivais pas. L'homéopathie j'avais essayé ça faisait rien, j'avais trop d'angoisse, c'était trop lourd à gérer pour moi. Il y a peut-être quelque chose dans les somnifères qui vous rend un peu zen, qui vous permet de vous endormir plus facilement.

Donc quelles solutions ont été proposées à ce moment-là ?

P1 : Oh je ne me souviens plus, elle m'a donné des somnifères mais je me rappelle plus du tout la marque, je peux plus vous dire ça fait longtemps c'était dans les années 90. C'est loin.

D'accord. Et cette solution a été satisfaisante pour vous au final ?

P1 : Oui j'ai retrouvé le sommeil, et on se bat dans la vie on se reconstruit et on continue. Fallait ça pour m'aider. Mais je voudrais pas prendre de ça tout le temps, juste dans ce passage de ma vie parce que c'était quelque chose de grave pour moi et que je m'en sortais pas mais après non si je peux éviter…

Est-ce que quelqu'un votre généraliste ou autre médecin a déjà parlé avec vous de la notion d'hygiène de sommeil ?

P1 : Se coucher à heures régulières, pas d'alcool le soir, oui, il y a internet, je regarde un peu qu'est-ce qu'il faut faire pour s'endormir facilement, je regarde des conseils sur internet, avec le médecin je n'en ai jamais vraiment parlé, surtout sur internet ou des émissions à la télé. Je me sensibilise à ça.

Qu'avez-vous donc comme notions sur l'hygiène de sommeil ?

P1 : Aller au lit à des heures régulières, ne pas dormir dans une chambre trop chauffée, ne pas prendre d'excitants, genre café alcool, voilà, je sais pas s'il y a d'autres choses.

C'est déjà pas mal, c'est pour évaluer vos connaissances par rapport à ça.

P1 : Par exemple je faisais de l'aquagym, j'aimais bien le soir, mais le problème c'est que quand je vais à l'aquagym je ne dors pas avant 2h du matin je suis complètement réveillée et je ne dors pas, j'ai essayé le lait avec du miel, des remèdes de bonnes femmes mais je ne dors pas si bien que j'ai arrêté l'aquagym là je vais reprendre à la retraite mais je vais y aller en journée. Mais jusqu'à la ménopause ça allait bien, à part l'histoire du divorce ça allait, mais depuis la ménopause j'ai plus de mal à dormir, le sommeil change non ?

Oui les hormones changent, c'est un autre équilibre. Le sommeil peut être moins profond, plus fractionné. Vous dormez moins ?

P1 : Je n'ai plus du tout le même sommeil depuis la ménopause. Je dors moins, et j'aurais besoin d'une petite sieste à midi alors qu'avant cela ne m'effleurait même pas. Il me faut 6-7h de sommeil dans l'idéal.

D'accord. Une autre question, votre médecin vous a-t-il déjà questionné sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet premier de la consultation ?

P1 : Non. Si j'ai des trucs je lui en parle mais sinon on en parle pas.

Est-ce que vous pensez qu'on parle suffisamment de l'insomnie en consultation de médecine générale ?

P1 : Bah celui qui en souffre c'est sûr qu'on aimerait bien qu'on développe, qu'on nous explique plus de choses. On aimerait bien qu'on nous rassure, qu'on nous guide quelquefois. Oui ce serait bien qu'on en parle plus, mais en général quand on va en consultation le médecin il a pas forcément le temps d'épiloguer là-dessus, voilà c'est vite fait. J'en ai parlé au Dr C il y a pas longtemps que j'avais du mal à m'endormir vous savez ce qu'elle m'a dit ? C'est pas méchant hein. « Vous avez de la camomille dans votre jardin, vous vous ferez des infusions de camomille », voilà ce qu'elle m'a répondu sans plus chercher.

Et qu'est-ce que vous attendriez justement de ce genre de consultation ?

P1 : Echanger plus, qu'on me guide, essayer ce produit, qui peut bien marcher, donner des conseils, demander comment on vit, donner des conseils, peut-être qu'il y a des choses que j'applique pas bien, ce serait bien de développer ça.

C'est pour ça que je posais la question de savoir si une consultation dédiée à ça vous intéresserait, parce que comme vous avez dit il faut prendre le temps avec le patient.

P1 : Oui mais elle m'a dit juste pour la camomille, les remèdes-là je les connais… Mais ce serait bien si elle pouvait nous guider ? Vers quelqu'un de spécialisé ? Je pense pas être assez atteinte pour aller voir des personnes spécialisées dans le sommeil, ça existe ?

Oui ça existe, des généralistes qui font des DU sommeil, et des neurologues qui travaillent dans des centres du sommeil, mais il faut se déplacer.

P1 : Moi c'est pas vraiment la grosse insomnie, les gens malades du sommeil il y a différents stades non ?

Il y a différents types de troubles du sommeil, insomnie psychique…

P1 : Voilà moi c'est psychique, je cogite tout le temps, alors forcément le soir si un petit truc m'a travaillée pendant la journée le soir ça va ressortir et ça m'empêche de dormir. Alors comment on peut gérer ça ? Qu'est-ce qu'il faut faire ?

Pas de solution miracle madame, c'est peut-être de cela dont vous préfèreriez parler en consultation ?

P1 : Ce qui marche pas mal avec moi, qui m'évade bien, c'est la lecture donc je lis tous les soirs pendant 30-45mn.

Et ça vous avez trouvé seule, on ne vous l'a pas dit en consultation.

P1 : Non. J'ai trouvé toute seule. J'aime lire et la journée j'ai pas le temps pour l'instant, donc j'aime bien si je vais au lit vers 21h30 j'aime être tranquille et je lis. Quand je sens que ça commence à fatiguer j'essaye de m'endormir et c'est pas trop mal comme système. Comme ça on cogite pas on est dans son livre et on a plus facile de s'endormir.

C'est mieux que les écrans.

P1 : C'est une belle évasion et j'ai remarqué que je dormais beaucoup mieux si je lisais que si je regardais la télévision ou un film. J'ai remarqué par moi-même.

D'accord. On a un peu fait le tour de mes questions à moi, est-ce qu'il y a autre chose que l'on n'a pas évoqué dont vous aimeriez parler ?

P1 : Non, est-ce que le sport le soir c'est pas trop bon par exemple, donc il vaut mieux que je fasse l'aquagym dans la journée comme je suis très réactive à l'eau ? Le vrai sport comme vélo ou marche est-ce que c'est bon, est-ce que ça peut avoir une incidence positive sur le sommeil ?

Oui, mais pas le soir toujours.

P1 : Et le soir vous auriez des astuces ?

Ce n'est pas vraiment le but de l'entretien….

P1 : Bah je sais pas, par rapport aux contacts que vous avez eus, ce que les gens vous rapportent ?

Un peu comme vous, et après dans les traitements des troubles du sommeil d'origine psychologique il y a la thérapie cognitivo-comportementale, aller voir un psychologue qui apprenne des techniques de sommeil, pour s'endormir, d'auto-hypnose.

P1 : Oui je fais la respiration aussi !

Ce genre de choses oui, c'est à essayer surtout si vous n'avez pas envie de vous mettre aux médicaments.

P1 : Ah non, maintenant je ne vais plus travailler, je vais continuer mon sport m'occuper plus de moi, ça devrait avoir une incidence positive sur mon sommeil non ? Je suis quelqu'un de nerveux, si j'ai eu une journée bien chargée le soir j'arrive pas à m'endormir alors que quand on est en retraite on est plus zen, plus cool, on prend le temps de vivre, ça devrait avoir une incidence positive sur le sommeil. Et en alimentation il y a des choses excitantes à pas prendre le soir ?

Pas trop de sucres rapides le soir si possible.

P1 : Le soir je mange un fruit un yaourt, c'est pas des sucre rapides si ? Et des crudités de la soupe, voilà quoi. J'ai une maison avec un jardin, hier soir il faisait beau je me suis couchée à peu près à 22h j'ai lu jusqu'à 23h une belle histoire et après je me suis endormie jusqu'à 7h du matin, 23h-7h c'est correct non ? Là c'est pas vraiment des troubles du sommeil.

Non mais je ne vais pas interviewer que des patients qui ont des troubles du sommeil, mon but c'est d'évaluer si on en parle assez en consultation.

P1 : Alors là, non, franchement non. On voit ça à toute vitesse, juste une minute. Si je fais une cure thermale, je m'endors tout le temps à 2h du matin, pourquoi ? Alors que j'ai pas de souci particulier je suis zen je fais ma cure, pourquoi je dormais qu'à 2h du matin ? Est-ce que c'est l'eau qui agit comme ça ?

Vos habitudes sont bien bousculées.

P1 : Chaque fois que je sors en camping-car j'ai du mal de m'endormir aussi, c'est sûr que ma vie est changée.

Le sommeil c'est une question d'habitudes, de rituels. Quelques éléments vont vous aider à plonger dans le sommeil et il faut que ce soient toujours les mêmes. Mais après de votre côté il faudrait peut-être réfléchir à prendre un rendez-vous juste pour ça, si c'est évoqué en toute fin de consultation le médecin aura forcément moins le temps.

P1 : Oui la camomille et c'est bon quoi, ça m'a fait rire. Mais si les petits systèmes fonctionnent c'est pas méchant, ça a pas d'incidence énorme sur ma santé hein ? Et c'est peut-être psychologique, je me dis j'ai pris des gouttes je vais dormir ?

Vous avez l'impression que vous seriez dépendante de ce rituel ? Un cachet qui fait dormir ?

P1 : Ah je prendrais pas des somnifères, mais peut-être oui je me demande s'il y a pas ça aussi, je sais pas. Mais des fois j'arrête j'essaye quand je serai à la retraite je vais essayer de ne rien prendre du tout, de me laisser aller vraiment, pour voir si c'est psychologique ce qu'il en est vraiment.

Oui faites le test bien sûr ! Il y a d'autres choses dont vous voudriez parler ?

P1 : Non, je suis contente de prendre ma retraite, j'ai 62 ans, je vais essayer de faire du sport tout ce que je peux, j'ai remarqué que quand je fais du sport c'est un bien-être incroyable, le vélo c'est magique. On est une bande de bonnes copines avec les vélos de route et électriques. Je m'éclate mais je peux pas en faire autant que je veux en ce moment,

mais quand je serai en retraite je vais passer ma vie dessus. Je vais faire un beau circuit dans la montagne, une dizaine de kilomètres, je pourrais faire ce circuit-là en vélo tous les matins ? Ce serait bénéfique pour ma santé vous en pensez quoi ?

C'est super, c'est une très bonne habitude.

P1 : Et il y a des bonnes montées ! je dois garder ça c'est une bonne hygiène de vie, avec la piscine, l'aquagym, et la marche le lundi. Et ça doit être bon pour le moral. Le sommeil ça devrait suivre. J'ai remarqué que quand je fais du vélo, je prends ma douche, et j'ai l'impression d'être comme une cocotte-minute dont on aurait tiré la soupape. Alors moi ça je vais le pratiquer. Tant que je pourrai je le ferai. Sinon au niveau santé rien de particulier, la piqûre de tique ça m'a fait du souci, et puis j'ai une hernie discale.

PATIENT 2

J'ai un petit questionnaire, dont on peut dévier. C'est moi qui pose les questions, mais on peut dévier c'est libre. Alors une première partie sur vous, votre âge ?

P2 : Moi c'est 65 ans.

D'accord. Votre profession ?

P2 : Retraité. J'ai été jusqu'à 63. Y a une histoire de bonus malus là maintenant pour les retraites, chuis passé à ce moment là, la retraite normale c'était à 62 j'ai même fait un an de plus.

Et vous faisiez quoi comme boulot du coup ?

P2 : En derniers temps j'étais chauffeur livreur.

D'accord.

P2 : J'ai été longtemps dans la grande distribution, commercial, oui j'ai fait 25-30 ans dans la grande distribution, et puis là les 10 dernières années j'étais chauffeur-livreur quoi.

OK. Vous êtes marié ?

P2 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P2 : Un grand, oui.

Donc un garçon d'accord. Est-ce que vous prenez des traitements dans la vie de tous les jours ?

P2 : Oui oui, ben oui comme la tension, le truc contre le rhume des foins, après bon ben c'est des problèmes de prostate donc j'ai des médicaments contre la prostate, et j'ai été opéré, et j'ai même développé un petit cancer. Donc j'ai été soigné tout ça, maintenant j'ai été opéré, donc j'ai moins de soucis qu'avant quoi et tout. Encore quelques-uns dans les insomnies, quand on doit se lever la nuit justement c'est le problème, quand vous êtes réveillé souvent pour ce genre de choses, après vous avez toujours comme moi vous avez du mal à me rendormir par exemple. Et puis là j'en avais parlé genre au Dr C parce que il y avait quelques temps ça me revenait, c'était vraiment, ça me revenait comme au début quand j'étais en train… Comment dire, problèmes avec la prostate, parce que ça me coupe la nuit en deux, ça me ruine la nuit, au bout de 3h de sommeil tac.

Vous êtes obligé de vous lever ?

P2 : Je suis obligé de me lever. Pour partir pour 3h quoi. Donc après parfois plus ou moins de soucis quoi.

Ça on va l'aborder. Je termine d'abord sur le contexte, le personnage. Niveau consommation d'alcool et de tabac ?

P2 : Non. Je fume pas et je bois plus, enfin une petite bière de temps en temps mais c'est tout quoi. Consommation réduite quoi.

Du café ?

P2 : Café oui.

Le matin midi soir ?

P2 : Non, le matin souvent, le matin 1 mug, 1 mug ½.

D'accord. Et niveau activité physique ?

P2 : Ben…non. C'est le problème. Elle me dispute Mme C, j'ai encore repris des kilos là y a pas longtemps, ben quand j'ai arrêté je me suis retrouvé à la retraite, j'ai eu 6 mois à peu près bien, quoi on a commencé la cure et tout, et puis juste derrière paf on m'annonce, merde je dois faire un examen, c'était un remplaçant un de vos collègues étudiants qui remplaçait un jour le Dr C, qui prescrit une... Un… relevé, justement come je vous l'expliquais les problèmes de prostate machin, taux de PSA, pouf, allez hop, alors là ben derrière urologue machin, après la biopsie, ben cancer quoi. Donc dans la foulée…

C'était il y a combien de temps ça ?

P2 : Ben je dirais 2 ans, bien 1 an ½ quoi. C'était le tout début de l'année passée, en 2017 au mois d'avril que j'ai été à la retraite, et ça je l'ai appris janvier début février 2018, puis ça a enchaîné derrière, passé, comment biopsie, j'ai été examiné tout ça donc la présomption, derrière bon on m'apprend que j'ai un cancer que c'est cancéreux, et puis euh après je suis passé en arthroscopie du genou au mois de novembre, aussi quoi donc toute la fin d'année, je veux dire entre le coup que j'ai pris derrière les oreilles et après là sur la fin d'année, c'est un peu comme ça qu'on s'est relâchés quoi. On avait commencé à marcher avec mon épouse, mais là après ces problèmes de genou, juste après on avait refait la cure en 2018 peut-être un mois après, c'est mon genou qui m'embête, je peux plus marcher j'ai mal quoi, bon derrière arthroscopie du genou ils m'ont enlevé un morceau de cartilage là, et puis derrière après je vais réattaquer les radiothérapies là, donc sur décembre et puis janvier de cette année radiothérapie quoi, et puis le temps de se remettre et tout c'est là que l'exercice c'est tombé quasiment à zéro là il faut reconnaître.

C'est pas un jugement, c'est pour vous demander l'état des choses.

P2 : Non mais je sais, faut marcher marcher, bon après c'est vrai que quand il y a la radiothérapie, bon j'ai eu l'arthroscopie ça commençait à aller mieux , mais quand le genou commençait à aller mieux paf je commençais les séances de radiothérapie là, et puis en bas derrière tu marches pas, tu t'encroûtes quoi.

Beaucoup de choses se sont enchaînées.

P2 : Voilà. Beaucoup de choses, c'est un enchaînement, je vous disais 6 mois bien et puis bing , voilà derrière puis tout quoi, je dis merde problème sur problème. En espérant maintenant que ça se tasse et puis que ça aille mieux, maintenant comme le cancer est passé je veux dire derrière moi, comme ça a été pris je pense assez au début, je me fais pas de souci avec ça. Après mon genou ça va aller mieux, c'est vrai que mon genou c'est lié à un peu de surpoids et machin, mais en plus avec ma femme on essayait de faire des efforts pour mieux manger, faire moins de plats cuisinés tout préparés comme on faisait auparavant, on a essayé d'améliorer, et au contraire on a pas arrêté en fait de grossir puis tout. Bon après c'est sûr qu'il y a eu le manque d'activité physique, parce que juste après la première année j'avais commencé bon ben je marchais pas mal, j'allais faire une petite randonnée dans la forêt là-derrière, et tout donc ça s'était bien passé, et puis quand il y a eu cet enchaînement d'évènements vous arrêtez tout, et après c'est dur de reprendre. Après c'est dur de recommencer. Bon là j'ai quelques travaux à la maison alors bon y a ça qui fait faire un peu, puis, mais bon, c'est vrai que depuis on s'est pas vraiment remis dans un

rythme, machin, de marcher correctement, bon ben on va voir si des fois avec ça, on peut remettre une routine en route, quelque chose, si on peut se remettre à perdre un peu de poids, parce que ça ferait aussi du bien pour mes genoux, par exemple moi et tout, et pour le dos, parce que je sens que quand je marche… en venant je sens que ça me pèse dans le dos et puis tout quoi. Que ça refait. Après quand vous reprenez il y a des douleurs qui reprennent, effectivement il faudrait que je sorte avec mes bâtons de marche là, parce que effectivement quand j'appuyais dessus ça me soulageait je sentais que j'avais moins mal au dos et tout. Mais là rien que de marcher en venant de la maison, je suis à 400-500m quoi je veux dire c'est pas beaucoup je suis venu à pied, mais bon ben je vous le dis que dans le dos ben je le sentais quoi. Voyez c'est ce genre de trucs quoi. Et puis effectivement au niveau du sommeil, quoi qu'il y a peut-être un truc…

On va attaquer le questionnaire sur le sommeil si vous le voulez bien. Ma première question, c'est : pour vous, qu'est-ce qu'un bon sommeil ?

P2 : Un bon sommeil, ce serait quand je me lève pas fatigué, mais je connais plus ça depuis un bon bout de temps, ce serait quand j'arrive à dormir au moins 6 ou 7 heures d'affilée quoi et que je me lève pas vraiment fatigué quoi.

D'accord. Il y a un critère de durée pour vous.

P2 : Oui, il y a quand même un critère de durée. Parce que justement en ce moment je suis trop coupé. Et puis même quand j'ai des… Parce qu'elle m'a donné des petits comprimés que je prends une fois de temps en temps… Justement quand j'ai envie de dormir un peu plus, mais je lui ai dit ça me fait effet une fois sur 2 seulement, déjà j'en prends une fois ou 2 la semaine, et puis en plus ça me fait effet qu'une fois sur deux. Que j'arrive à dormir disons, 6 heures d'affilée quoi je veux dire. Parce que après je me lève, voyez encore comme cette nuit, je me réveille, je veux dire à la limite je vais être bien 2-3 heures puis après dès 10 heures du matin j'ai le coup de barre quoi, je commence à piquer du nez quoi, ce qui est pas normal. Donc là j'aurais tendance après, après ça m'arrive à nouveau dans l'après-midi de repiquer du nez comme ça quoi. Et le soir, après je vous ai expliqué j'ai eu un rythme, quand j'étais chauffeur livreur, puis j'ai beaucoup travaillé de nuit quoi. Alors c'est vrai que j'avais pris l'habitude de dormir euh déjà un peu plus tôt dans la matinée, des fois je rentrais vers 5-6h du matin, en ayant au contraire lutté dans la nuit pour pas piquer du nez au volant d'un camion bon, essayer quand même de pas s'endormir au volant quoi. Euh donc j'ai fait ça pendant 10-15 ans, travailler comme ça souvent en décalé, j'arrive plus à m'endormir avant 2-3 heures du matin. Alors j'ai essayé, les écrans et la télé, enfin j'arrive pas encore, elle me dit faut pas les écrans et tout, mais tourner comme ça, c'est pareil ça vous fait… Moi ça peut pas ça, après je vais être trop nerveux quoi je veux dire, si t'as pas quelque chose pour

t'occuper l'esprit, ben comme la télé ou l'ordinateur, qui sont les plus fréquents quoi, plus encore que les livres, pourtant je lis encore pas mal, mais je veux dire c'est inévitable pour s'endormir. Si j'essaye de m'endormir que je coupe tout, pareil ça me trotte dans la tête, et puis bon ça va bien 15-20mn mais quand ça dure 1h-2h, le sommeil il vient pas, moins il vient je veux dire, plus vous angoissez ou machin, puis finalement vous arrivez pas à vous endormir, après c'est de mauvaise qualité, et puis tout quoi.

Ça fait combien de temps à peu près que vous avez des soucis de sommeil comme ça?

P2 : Euh ça fait très longtemps, depuis… J'ai eu plusieurs fois des trucs décalés comme ça, et puis c'est vrai que ça fait très longtemps.

Depuis que vous avez un travail de nuit? Même avant?

P2 : Oh même avant. Quand j'étais de journée, quand j'étais en grande distribution voilà c'était le truc des responsabilités ou machin, ça te revenait, j'avais disons 2-3h on pouvait tirer au canon, où c'est très dur. Mais par contre passé ces 2 à 3 heures-là, ou 2 cycles de sommeil, après je suis, j'ai l'impression d'être plus somnolent, plus apte à entendre, à percevoir le moindre bruit qui va me déranger, tout ça et puis alors là après pour se rendormir, c'est foutu quoi des fois.

Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul?

P2 : Ben oui j'ai essayé quelques trucs, parce que de très longtemps je me souviens qu'à une époque je prenais par exemple un tilleul tous les soirs, j'avais pris un truc comme ça, et je me souviens que le jour où j'avais arrêté par exemple, ça me faisait effet quand même. Parce qu'à un moment donné j'avais arrêté, les premières nuits tu te dis merde je dors moins bien, je m'endormais moins bien, que depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois que je prenais mon tilleul tous les soirs quoi. Et puis j'ai essayé des comprimés de mélatonine là, donc j'en ai acheté par moments, j'ai fait des cures comme ça, de l'actifed là, ce qu'on trouve en pharmacie, les produits un peu comme ça quoi. Qui conviennent soi-disant, la mélatonine, pour vous aider à vous endormir machin et tout. Mais bon.

Ça n'a pas fonctionné?

P2 : Par moments quoi. Ce n'était pas constant. J'ai rien trouvé de très constant. De temps en temps ça me faisait faire une bonne nuit peut-être oui, plus longue où j'étais moins nerveux et tout quoi, mais c'était très cyclique quoi. A la limite des fois sans rien prendre ça me fait la même chose des fois et tout.

D'accord. Est-ce que vous seriez prêt à consacrer une consultation entière, avec votre médecin, juste pour parler des troubles du sommeil? Est-ce que vous avez déjà consulté pour ça?

P2 : Eh ben pas complètement, mais je me suis posé la question parce qu'à un moment donné, je me suis demandé si j'avais pas les symptômes d'apnée du sommeil. Je voulais… Mais j'avais reculé parce que apnée du sommeil et permis de conduire, camion, c'est rédhibitoire quoi. Donc je me suis dit… J'avais envie de savoir et à la fois de pas savoir, parce que en activité je me suis dit si on me dit vraiment que j'ai le syndrome d'apnée du sommeil, ma foi il faut je sais plus combien, plus d'une centaine de fois ou je sais plus quoi, je me suis dit si on me trouve ça, j'étais obligé d'arrêter de bosser, de conduire des camions et puis tout ça quoi.

Vous préfériez ne pas savoir.

P2 : Voilà. Honnêtement j'ai repoussé l'échéance quoi.

Donc vous avez pas consulté pour ça.

P2 : Maintenant, j'aimerais bien savoir, j'avais vu un commercial qui est à Remiremont, il était là pour passer une nuit sous contrôle avec l'appareillage pour savoir, pareil, s'il faisait des apnées du sommeil quoi. C'est vrai que j'avais repensé au truc, le truc aussi c'est que j'ai une belle-soeur qui a un appareil là, qui l'aide à respirer là et tout la nuit, mais bon, elle m'avait dit que c'était peut-être ça que j'avais quoi, pareil que je manquais d'oxygène par moments. Après c'est vrai que si je regarde, parce que j'ai aussi eu une information là-dessus sur l'apnée du sommeil, j'avais suivi une petite séance à vous expliquer quand même et tout, et puis je veux dire que je me reconnaissais pas mal dans le côté somnolence que je vous disais que j'ai actuellement et tout ça, il y a le côté sucre, genre si on entend encore l'émission le mardi soir le Dr Cymes et l'Adriana, ils disaient qu'avec le sucre là par exemple tu dors mal, aussi ou ça peut te faire des symptômes un peu comme ça quoi. Mais de ce côté là, de la journaliste qui avait fait 1 an sans sucres ajoutés là je crois, elle disait que depuis elle dormait mieux, qu'elle avait pas ce coup de bambou, ces coups de fatigue dans la journée, comme on dit le coup des 11h du matin ou le coup des 5h de l'après-midi, les coups de fatigue comme ça ou les coups de pompe que les gens ressentent, c'était avec l'histoire des sucres rapides et lents qui donnaient ces effets de bambou qu'on ressent. Et moi je me demandais, entre l'apnée et ça, on sait pas quoi, y a peut-être les deux, entre le côté c'est vrai sucres, actuellement c'est un peu trop les glaces, mais bon d'un côté la chaleur, on se donne bonne conscience, ben la chaleur c'est bon il faut quand même qu'on refroidisse un peu, et bon même avec ma femme presque tous les midis après le repas,

donc c'est notre dessert quoi c'est notre cornet de glace mais bon c'est peut-être pas très bon entre autres choses.

Ok. Imaginons que vous veniez consulter juste pour vos troubles du sommeil. Que vous veniez parler de ça à votre médecin généraliste. Qu'est-ce que vous attendriez de la part de votre médecin généraliste, qui vous dise?

P2 : Là dans mon cas ce serait ça, ce serait m'orienter vers un spécialiste, pour faire l'examen de l'apnée pour voir d'où ça peut venir quoi, si c'est l'apnée, si après c'est le surpoids, le côté obésité, le côté sucres ou machin, ça serait bien d'avoir l'avis d'un spécialiste comme ça, qui me dirait si je souffre de l'apnée du sommeil, puis d'un autre côté au niveau diététique, on a essayé déjà de le faire mais soit on n'a pas continué soit mal fait, on avait essayé à un moment donné de mieux manger, on achète du frais, légumes, mais on a pris tous les deux. Depuis qu'on est à la retraite. Après il y a l'activité, je sais que quand je suis venu mardi je me suis dit le truc bon ben il faudrait peut-être qu'on se décide à rejoindre le club de marche là qu'il y a sur Plombières là pour le coeur tout ça, on contacte les gens et qu'on s'oblige à un truc comme ça, une sortie régulière, comme ça ça nous mettrait dans le bain, refaire un peu plus d'activité ce serait mieux.

Un bon point de départ oui. est-ce que vous avez déjà spontanément parlé de vos troubles du sommeil à votre généraliste?

P2 : Oui j'ai eu l'occasion, parce qu'à un moment donné là ces derniers temps je dormais mal et puis tout, donc j'ai dit de temps en temps j'aimerais bien faire une nuit….

C'est quoi qui vous a poussé à faire appel à elle? Vous aviez tout essayé ça avait pas marché?

P2 : Ben c'était un peu ça, j'avais essayé de mon côté ce que je vous ai dit actifed ou mélatonine que j'achetais en gros pot, j'avais fait des cures comme ça et puis finalement ça donnait pas quoi. Alors d'un autre côté je suis aussi toujours réticent à prendre le somnifère fort et puis tout quoi. Parce que bon déjà à l'époque où je conduisais je voulais pas en prendre quand je conduis, j'avais peur de, entre ça l'alcool on fait attention à tout, quand on est chauffeur on peut pas faire. La dame qui a tué des enfants au passage à niveau, bon finalement on dit qu'elle était depuis je sais pas combien de temps, c'était un peu les cachets comme ça qu'elle prenait, à la fois pour la tension machin mais elle prenait aussi pour dormir et puis tout, donc tu sais pas combien de temps ça peut rester, ou le corps s'habituer, tu deviens capable de moins d'attention et tout.

Vous êtes conscient des dangers de ces molécules-là.

P2 : Voilà. Maintenant c'était délicat dans ce cas-là quoi.

Quand vous en avez parlé à Mme C, c'était dans quelles circonstances? C'était toute la consultation, c'était juste à la fin?

P2 : Non non c'était juste une partie parce que justement comme je vous dis j'ai été pas mal embêté un peu avant d'arrêter de travailler, puis au moment où j'ai arrêté avec la prostate, là, et là c'était infernal, c'était toutes les heures quoi, une fois que j'étais levé, je pouvais me lever 5-6 fois dans la nuit, donc là il y a des moments t'en as marre quoi, donc c'était plutôt dans ce cadre-là que je lui en avais parlé.

Est-ce que c'était le sujet principal de la consultation?

P2 : Euh… Non. Je pense pas. Non, c'est venu en complément, ça a dû venir à la fin, après la consultation normale, en disant voilà je suis fatigué machin, mais parce que j'arrive plus à dormir correctement, quoi parce que quand tu te lèves, et moi comme je me lève en plus avec des problèmes d'écoulement, d'urines tout ça, je veux dire tu restes longtemps sur les toilettes, si tu restes longtemps ça va bien qu'i faut que quand tu te lèves tu es au radar, alors tu passes 2 minutes aux toilettes tu rentres, tu te recouches, à la limite tu te rendors plus facilement, mais quand ça vient pas, ou quand je passe 5 ou 10mn aux toilettes, ben finalement c'est trop tard, le cycle il est passé et t'arrives pas à le rechoper, donc des fois c'est 1 heure-1 heure un quart, moi j'ai bien vu, parfois 1h30 qu'il me fallait, pour… Avant de replonger un autre coup quoi. Alors ça me coupait la nuit c'est dans ce cadre-là que j'avais dû lui demander de me filer quelque chose, de voir si je pouvais avoir un truc qui calme ou machin, qui me permette de faire 3-4 heures d'affilée.

Et donc là, quelles ont été les solutions qu'elle vous a proposées?

P2 : Eh ben ça avait été le petit comprimé, le donormyl là, c'est ce que je vous dis que je prends maintenant, qu'elle prescrit encore de temps en temps, et que je prends de temps en temps.

Et ça fonctionne?

P2 : Non pas tous les jours je prends pas ça tous les jours, je prends une fois, deux fois la semaine, deux fois maximum la semaine.

D'accord. Et donc c'est le maximum que vous avez pris, vous avez jamais pris plus fort?

P2 : Non. non j'ai jamais essayé… Mais j'ai trop connu ça avec ma mère, qu'avait été… Qu'avait ça pour s'endormir à la fin elle s'est retrouvée droguée, parce que au début c'était je

sais plus combien un machin, puis après c'était deux, deux et demie, trois… Pas simple pour redescendre à la fin avant qu'elle meure malheureusement, mais je veux dire elle était dépendante de ça, puis elle n'arrivait pas, on a senti, elle faisait une accoutumance, mais elle ça faisait depuis l'âge de 25 ans qu'elle avait pris des somnifères comme ça, à la fin ça fait quand même des dégâts… ça… Elle était… Elle arrivait à dormir avec du mal, à s'endormir et tout, après ça la rendait un peu vaseuse des fois, elle avait du mal à émerger des fois et tout quoi.

D'accord. Donc le donormyl ça a été satisfaisant pour vous?

P2 : Oui, ça me fait de temps en temps, je dis je le prends, une fois sur deux je le prends et souvent ça me fait faire une nuit un peu plus longue quoi, des fois je fais 6-7 heures d'affilée, quoi.

Sans vous lever?

P2 : Sans me réveiller ou machin quoi. Donc ça me suffit quoi, après si c'est ça je voulais pas m'accoutumer, bon à la fois avant quand j'étais encore en activité à cause de la conduite tout ça, je voulais pas un truc qui m'assomme ou qui me fait des coups de barre, euh dans la journée, en camion c'est le problème, par des chaleurs comme ça t'as le coup de barre, et puis malheureusement toi t'es attendu, donc tes kilomètres il faut que tu te les manges quand même, parce que t'as un entrepôt, ils attendent ta marchandise, puis ton créneau il est d'1/2h maximum, t'as pas le temps de dire voilà, y a des fois t'as envie de piquer du nez mais on peut pas, t'es attendu, tu peux pas faire ce que tu veux quoi, donc là c'est inévitable, donc à ce moment-là… Vous butez tout le temps, il y a 2 heures de route machin et tout et c'est le truc comme ça, à l'époque je me mettais plus au café dans la journée, dans la journée c'était café, c'était même les jours où c'était plus difficile c'était même guronsan ou un truc comme ça, pour vraiment se maintenir éveillé, parce que tu peux pas te permettre en tapant même soit 38 soit 19 tonnes dans les mains, on peut pas faire n'importe quoi non plus, je veux dire on en voit déjà assez de fous sur la route, et tout qui font n'importe quoi. Quand le poids en plus qui joue…

Faut rester vigilant. Ok. Est-ce qu'on a déjà évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil?

P2 : Oui, ben elle m'en avait parlé un peu Mme C parce que justement, quand on avait parlé de sommeil, c'est là qu'elle m'avait redit, mais le problème c'est que c'est un peu, je veux dire, quand j'étais en grande distribution, travailler une bonne partie à des horaires où normalement les gens dorment et tout, donc vous parlez hygiène, en essayant de dire le soir il faut se calmer, boire sa tisane, je vous dis ce que j'ai fait à des périodes, puis essayer de

se calmer, pas regarder trop la télé, plus d'écrans, et tout ça, de lire ou de faire comme ça, de s'approcher doucement du sommeil, mais chacun a des habitudes, c'est très difficile de lutter contre. Moi j'arrive pas à dormir, j'arrive pas même si je vais au lit à 21h, je veux dire, ben c'est sûr je vais pas pouvoir m'endormir avant 1h30 du matin, au plus tôt, ça ça va être presque mon plus tôt, sauf les soirs où je suis crevé, si tiens comme hier soir, à minuit, paf je vais piquer un coup du nez, mais à 1h30 j'étais réveillé, voyez, à l'inverse, puis j'ai somnolé, peut-être 1h et tout, parce que j'ai raté un bout de film, ou la fin et puis tout, en disant merde, m'endormir et puis tout. Mais après de 1h30 je peux très bien me rendormir qu'à 4h ou 5h du matin, vous voyez, pour me réveiller à 9h, donc je sais qu'au niveau de l'hygiène on connaît, on sait ce qu'il faut faire…

Et que savez-vous de ce qu'il faut faire? Vous m'avez dit pas d'écran le soir…

P2 : Voilà, pas d'écrans normalement plutôt lire, essayer de se coucher de se calmer, pas de trucs violent, pas de sport comment le soir machin et tout ça, il y a des choses pour plus se calmer et puis tout quoi, d'être plus calme, mais je veux dire comme moi c'est plutôt nervosité intérieure,

Psychologique?

P2 : Voilà. Qui fait que ça va me trotter dans la tête, vous savez c'est comme l'angoisse là, j'ai connu ça à des périodes où j'avais du mal à m'endormir avant minuit ou 1h du matin, et d'autres fois à l'inverse je me levais vers 2-3h du matin, ben ça m'empêchait pas que le soir, et puis au contraire au début tu commences…. Au début j'essayais des fois de me coucher plus tôt, et au début ben t'essayes, et finalement, de rester calme et tout, ben en fait t'es pas vraiment en sommeil quoi, t'es au calme machin tout ça mais ça trotte quand même dans la tête quoi je veux dire. Donc t'arrives pas à t'endormir. Après c'est l'angoisse de l'heure j'appelle. T'as l'angoisse de l'heure hein, après tu regardes puis tu dis putain je suis toujours réveillé quand même, à 2h30 du matin, et puis finalement, t'as beau te coucher à 21h-21h30, à 22h30 tu dors pas, à 23h30 tu dors toujours pas, et puis après tu te dis ça va être vraiment dur de me réveiller, est-ce que je vais bien entendre mon réveil à 10h30 quoi tu vois, parce que là fallait se lever quoi.

Il y a ce stress-là qui se rajoute quoi.

P2 : Voilà. C'est, après c'est plus du tout comme ça, c'est comme en ce moment, la nuit… Là il faudrait à l'inverse de la journée, ouvrir tout et tout, mais à Plombières c'est une ville qui résonne facilement quoi, t'as toujours un con, l'autre soir je croyais que c'était la livraison du boulanger qui est 50m plus haut que chez moi, mais non t'avais des gens on avait l'impression qu'ils déménageaient à 3h du matin, des portes vlan de voiture et tout, et ça

résonne comme pas possible, on est une vallée très encaissée, en plus moi j'habite juste, la rivière elle est couverte, hein la rivière est couverte, alors ça fait une caisse de résonnance. Je me souviens les premiers jours, où on était arrivés, le bistrot d'en face s'était fait livrer des fûts de bière de 30L, honnêtement le 1er coup j'avais fait un bond dans le fauteuil comme ça quoi, je veux dire parce que paf quand il fait tomber son truc t'avais l'impression qu'il y avaient 500kg qui étaient tombés quoi. Mais oui, ça fait un caisson et tout, le moindre pas, quand les gens ils courent, des fois t'as des gamins ou machin, des 20kg qui jouent sur la terrasse ou qui jouent devant le bistrot juste sous nos fenêtres, c'est les deux bistrots qui ont leurs terrasses et tout, des fois les gamins ils jouent tu te dis c'est pas possible, tu vas voir le môme il pèse 15kg tout mouillé, mais comme il s'amuse à sauter sur la terrasse, t'as l'impression que c'est des personnes de 150kg, boum boum qui sont en train de jouer quoi.

Donc les bruits, les vibrations vous dérangent.

P2 : Ah oui oui on sent, on les ressent c'est incroyable vu comme on est placé je veux dire, et puis le moindre bruit alors faut pas qu'il y ait une mobylette ou quelque chose comme ça qui passe dans la rue je veux dire, surtout en ce moment… On devrait laisser les fenêtres ouvertes, on est pas les seuls, puisque la coiffeuse, j'entendais une curiste qu'était à l'hôtel d'Alsace, en plus en ce moment avec les travaux qui sont rue des S qui est complètement en travaux là depuis… Pour 6 mois là, ben les gens c'est pareil, ils essaient d'ouvrir, en ce moment les ouvrier craignant la chaleur tout ça ils démarrent dès 6 heures du matin, donc dès 6 heures paf ils ont leur tractopelle ça fait des bruits infernaux, là c'est bon tu peux plus dormir quoi je veux dire, moi au bout d'1/2h comme ça tu peux pas quoi, même si t'étais mort pis que t'avais envie de faire 1 heure ou 2 de plus, ben tu peux quasiment pas ou faut que tu fermes toutes les fenêtres, et tu fais plus rentrer d'air frais…

Donc on peut pas non plus rattraper le matin quoi.

P2 : Voilà. On peut pas rattraper le matin , comme en ce moment on rattrape pas.

D'accord. Est-ce que quand vous êtes venu chez le médecin, votre médecin vous a parlé de votre sommeil alors que c'était pas le sujet de la consultation? Est-ce qu'elle-même, elle a évoqué le sujet alors que c'était pas le sujet de la consultation?

P2 : Directement… Non je crois pas. J'en ai pas souvenir. Je pense que c'est moi qui l'avais interrogée et tout quoi. Parce que pour l'apnée du sommeil elle m'a quand même fait une lettre pour me présenter à un cardiologue.

Un pneumologue?

P2 : Oui. La lettre je crois que je l'ai dit à l'époque…

Vous aviez pas trop envie.

P2 : Voilà j'ai eu un peu peur. Parce que je me suis dit si jamais… En même temps, j'avais appris, y avait un commercial qui avait fait là, et qui s'était retrouvé effectivement reconnu en apnée du sommeil, et c'est vrai que j'avais pas voulu savoir, et donc la lettre était restée là et j'avais pas suivi, j'étais pas resté au cardiologue qui voulait me filer un appareil ou m'envoyer en consultation à l'hôpital.

Ben maintenant vous allez pouvoir faire les démarches, vous êtes à la retraite.

P2 : Maintenant je devrais pouvoir le faire c'est vrai.

Est-ce que vous trouvez qu'on évoque suffisamment les troubles du sommeil en consultation de médecine générale? Est-ce qu'on en parle assez?

P2 : Personnellement non je trouve que non, justement parce que… Je pense qu'il y a des problèmes, beaucoup de gens, il y a peut-être d'autres causes et tout mais je veux dire qui ont des troubles du sommeil, pour des questions de nervosité, maintenant de téléphone, on parle des écrans mais y en a beaucoup qui sont accros, génération aux réseaux sociaux et tout ça. J'étais juste en train d'essayer de me localiser, parce que j'ai horreur j'aime pas ça, j'avais fait justement quand je faisais mes marches, parce que je voyais ma dernière date de localisation, c'était au mois de juin mais 2018, j'avais 17 degrés le 9 juin, les paramètres, vous avez été localisé le 9 juin 2018, c'est dernier coup que j'ai mis la localisation, pour la marche c'est vrai que j'essayais de suivre, et pis pour voir euh comment, le parcours que je faisais, avec l'application que j'avais quoi, mais depuis les applications voyez comme on est un peu trop espionnés, on se dit à ce niveau là quand je vois ce qui se passe sur les réseaux sociaux, le peu que t'arrives à consulter quand même et tout dont ils parlent ça me va pas tellement. Donc j'aime pas trop savoir qu'on peut me suivre comme ça tout le temps voyez… Tout ça c'est sans se rendre compte des dangers que ça peut représenter, parce que t'es espionné quoi, mine de rien on le voit rien que sur l'ordi, cliquer sur l'ordi, cliquer un truc même tu vois que… récemment c'est pareil, des fois tu remplis un truc, des fois je vais pas jusqu'au bout, ben en fait c'est trop tard, t'es espionné quand même, après c'est enregistré parce que après ils vous relancent en disant "ah c'est pas terminé, votre demande…" que ce soit pour des vacances ou n'importe quoi, un truc sur amazon ou un produit comme ça, et puis paf "si vous êtes intéressé…" et tu reçois même des mails, donc la preuve que vous êtes bien espionné parce que c'est des trucs… Maintenant vous voulez vous renseigner sur une assurance, sur n'importe quoi, je veux dire, et puis tout, ou sur des contrats obsèques ou des trucs comme ça, ou des mutuelles, bah c'est la folie, entre les appels téléphoniques à la maison, l'isolation, les mutuelles, ce midi j'en ai encore envoyé paître… Ils commencent,

Mme T agent de la sécurité sociale on vient pour votre dossier ça commence comme ça, et puis finalement au bout tu te rends compte c'est pour te proposer une autre mutuelle quoi, voir exactement ce que t'as comme mutuelle et pis tout quoi.

Vous aimez pas trop les téléphones, vous aimez pas trop être pisté quoi.

P2 : Oui j'aime pas trop, et pis c'est vrai que je suis pas… Trop habitué bon… Disons c'est le côté utilitaire quoi, je vois pas maintenant comme tous les jeunes c'est plus un téléphone c'est un appareil photo, un appareil à musique, tout ce que vous voulez, sauf de… Trucs à comprendre, dernière application qui est sortie y a une semaine pour montrer comment vous allez vieillir, comment vous pouvez vieillir, tous les trucs comme ça où les gens sautent dessus quoi, je veux dire je suis pas de cette génération-là.

Vous pensez que ça ça peut nuire au sommeil?

P2 : Ben je pense que oui, quand je vois beaucoup de gens qui sont accros, je suis sûr que les petits jeunes c'est pareil, 12-13 ans je suis sûr, je suis sûr qu'ils doivent dormir avec le téléphone sous l'oreiller hein!

Et vous pensez que ce n'est pas bon?

P2 : Eh ben ça, je pense que c'est pas bon non. Non parce que tu regardes rien que… Moi j'ai toujours fait attention, le DAS, le débit d'absorption près de l'oreille, ils en ont parlé pour les hommes là l'avoir dans la poche c'était pas bon pour les testicules, et pis tout, je pense que c'est pas très bon ça, s'ils ont baissé même s'ils font des appareils qui sont plus fins c'est pas pour rien.

Vous pensez qu'on devrait en parler de ça en consultation?

P2 : Ben je pense pour certaines personnes oui, parce qu'il y a des médecins... Je vous dis même pour des gamins qui ont des sommeils… Parce que on entend d'après les documentaires télé ou machin, les jeunes ils dorment de moins en moins, ou de plus en plus tard, mais je suis sûr qu'il y en a beaucoup, eux ils sont dans leur chambre c'est peut-être pas la télé mais c'est peut-être l'écran, ou c'est aussi les messages avec les copains à distance, les trucs de harcèlement, même dans les collèges où les mômes ils ont, quoi, 12-13 ans, et donc ils se groupent des fois, maintenant c'est par messagerie pour envoyer des vacheries sur l'un ou sur l'autre, et le plus faible dans ces cas-là bam, il s'en prend un coup derrière les oreilles, quelque chose de bien. Parce que l'anonymat… Quand je vois moi ça m'arrive de dire… bon je lis plutôt l'Equipe, mais vous pouvez pas vous empêcher… Partout il y a des trucs de réseaux sociaux, avec des commentaires, le moindre truc, et pis tout, vous lisez les commentaires, donc des fois ça m'arrive d'aller voir les commentaires, et tu te dis

mais t'es deg pour lui quoi je veux dire, pour ces gens-là, l'anonymat ça devrait être supprimé! Et il faudrait qu'on puisse contrôler, parce que t'as des gens, mais ils débitent un fiel pas possible en se traitant, en s'insultant, sur tout ça, des fois ça parlait d'un club, ou machin, t'as un supporter qui vient, puis t'as l'autre qui est du club… Paris-OM quoi, bon t'as l'autre qui va venir "pauvre con!" et machin et tout ça, qui connaît rien au foot, des trucs comme ça quoi, et apparemment pour les moindres trucs là… Avec mon épouse on regarde la télé le midi, on suit actuellement le jeune Paul là, il passe à la trappe là avec sa maladie, oui aussi il est malade, de, comment, c'est comment, Asperger là? Et tout mais là bon il est à moitié autiste et tout ça, mais bon sur les réseaux sociaux je recherchais pour voir justement un truc, je tombe sur des pages facebook et tout, et pour voir où il allait se caser dans mes mails de midi, j'étais allé voir un truc comme ça. Et c'est incroyable, y en a "ouais on peut plus le traiter, il commence à prendre la grosse tête…"

On s'éloigne un peu du sujet là…

P2 : Oui, pour montrer que ça c'est sûr, les jeunes et les téléphones au niveau du sommeil ça doit être affolant, parce que je suis sûr qu'ils doivent… Je vous dis à mon avis s'ils ont pas les parents… Pouvez plus maintenant, les parents vous avez plus le droit à la fessée, vous avez plus le droit à rien de toute façon avec les mômes. Faut les caresser dans le sens du poil. Non et puis les parents ils cèdent tout de suite. Donc tu vois des gamins, même pas c'est pire que ça, l'autre jour j'ai vu les petits, en fait le petit qui a 2-3 ans, il a déjà le iPhone des parents dans les mains pour commencer à jouer, bon ben il a son petit jeu, de petit serpent machin…

Et vous les écrans, est-ce que vous avez l'impression que ça vous fait quelque chose?

P2 : Honnêtement, non.

Au niveau du sommeil, non. Vous avez pas l'impression…

P2 : Non, non. Parce que la télé à la limite je la laisse, je sais qu'elle va couper à 3h du matin, bon ben des fois j'ai la tête dans l'oreiller, mais à la limite je me laisse encore le son, pour…

Ça vous berce?

P2 : Voilà, je l'entends plus ou moins bien, ben en fait je sais qu'elle va s'éteindre donc qu'elle durera pas toute la nuit, mais à la limite ça m'évite de…

Cogiter?

P2 : Voilà de cogiter, de machiner comme ça. Des fois je la laisse exprès. Je veux dire touche pour appuyer sur le bouton, des fois je le fais, mais y d'autres fois je sais qu'elle va s'arrêter peut-être une heure après, mais je la laisse tourner parce qu'en fait ça me fait un bruit de fond qui couvre les autres trucs, pis auquel je m'intéresse plus ou moins, qui me permet de garder… Parfois plus ennuyeux machin, et puis ça me permet de plonger plus vite dans le sommeil, que si j'avais éteint et que je m'étais mis dans le noir machin que j'aurais lu autre chose qui aurait pu me passer par la tête, truc vous repensez à un souci de la journée ou du lendemain, des fois vous appréhendez un rendez-vous, ne serait-ce que le lendemain, en me disant tiens j'ai ça à faire j'ai ça à faire et tout, puis ça commence à cogiter, puis des fois faut après difficile de trouver le sommeil comme ça…

C'est quoi les conséquences d'un mauvais sommeil pour vous ?

P2 : Moi là actuellement, c'est le manque d'énergie que j'ai dans la journée quoi, je me sens trop mou quoi après et puis tout. Encore ce matin je me suis levé, bon ben il était 7h quand j'ai dû me réveiller, 7h-7h15, euh ben après passé aux toilettes, j'ai commencé à faire un peu de sudoku et tout, mais je veux dire bon à 8h je suis descendu tout ça, mais à 10h j'avais mon coup de barre quoi. Voyez ça c'est le truc je me dis, je me dis tiens tu as mal dormi cette nuit quoi je veux dire, c'est pas normal quoi que j'aie le… Le jour où j'ai mal dormi comme ça que je dors mal, paf dans la journée je me sens somnolent, envie de rien faire, quoi je veux dire déjà si t'es pas courageux pour d'autres chose ou machin, ça te donne pas l'énergie pour faire plus et puis pour te remuer, tu devrais te remuer, je veux dire t'as envie d'en faire encore moins, et t'es là plutôt somnolent dans le fauteuil ou machin, c'est je crois la conséquence du mauvais sommeil.

Si j'essaie de récapituler un peu pourquoi vous dormez mal. Il y aurait le fait que vous vous levez à cause de la prostate, qui vous empêche de dormir

P2 : En ce moment un peu moins.

Un peu moins. Le fait que vous cogitez le soir, …

P2 : Oui ça…

Et la 3e chose ce serait éventuellement les apnées du sommeil c'est ça?

P2 : Ben ce serait oui voilà quelque chose comme ça.

Donc il y a quand même plusieurs facteurs.

P2 : Il y a le coup du ronflement, des fois je me lève… Parce que je sens y a des fois le matin ça me… Bon je sais pas si… Oui je dois ronfler, et quand j'ai dormi justement un peu plus, y a des fois je me lève beaucoup plus avec la bouche sèche, et puis des glaires, dans la bouche, qui même le matin… Souvent la moindre odeur machin et tout ça… et ça me fait vomir, ou ça me donne les symptômes du vomissement et puis tout, parce que je vais me réveiller, puis avoir eu du mal, mais ça c'est des nuits où j'ai passé plus longtemps à dormir, j'ai dû ronfler justement, ça a dû s'accumuler et puis ça me fait une bouche sèche avec plus de glaires, et quand je me réveille c'est un des symptômes aussi où je sais que j'ai dormi plus longtemps. Ça souvent c'est lié aussi euh… Avec une période où je suis plus coupé, je vais… Je vais me lever peut-être plus souvent, je vais boire plus entre deux, je vais aller peut-être aussi aux toilettes, mais je vais boire plus, j'ai pas ce problème-là en me réveillant j'ai moins la bouche sèche et moins de glaires dans la bouche à évacuer le matin. Je suppose que c'est les conséquences de quand on dort, selon comme on dort.

Et donc vous vos soucis de sommeil, il y a quand même plusieurs causes qui s'intriquent.

P2 : Oui, oui, il y a certainement, il y a plusieurs choses ça c'est clair et net.

Il y a du psychologique aussi.

P2 : Une partie oui, parce que je dirais que j'ai pas d'imagination mais c'est vrai que je lis aussi quand même pas mal, des romans policiers science-fiction qui m'intéressent, mais des fois c'est la vie courante qui ressort.

Vous êtes anxieux? Vous vous décririez comme anxieux?

P2 : Euh j'ai toujours été… Oui on m'a toujours défini comme assez anxieux, assez nerveux. Autant ça se voit pas forcément extérieurement, mais intérieurement j'ai toujours été... ça ça doit être de famille je vous disais un peu comme ma mère et tout ça, je lui ressemblais pas mal, et c'est vrai que c'était beaucoup de choses, ça a toujours cogité, ça a toujours existé quoi, je veux dire, je me sens… D'aussi loin que je me souvienne ça a toujours été quelque chose qui a joué quoi, sur le sommeil notamment, de ce côté... Je vous dis si j'ai le malheur de me réveiller dans la nuit, j'ai des… Très souvent embêté parce que pour me rendormir il me faut vraiment du temps, des fois… J'apprécie toujours les moments où j'ai pu me lever comme ça je vous dis un peu au radar et me recoucher, j'ai eu des périodes comme ça, mais à la limite je suis content quand ça m'arrive ça, parce que souvent c'est plutôt de me réveiller le temps de me lever comme ça 5 minutes bah c'est trop tard quoi je veux dire bah j'ai raté des fois la petite phase, de présommeil là machin, où on part doucement à et tout en semi-éveil là et tout puis boum, et je rate ce moment-là, puis alors à ce moment-là je sais toujours pas reprendre un cycle d'1h-1h15 avant de retrouver du sommeil profond quoi.

Vous avez déjà bien réfléchi, vous avez analysé votre situation.

P2 : Oui oui, je vous dis et j'ai étudié comme ça justement, les cycles du sommeil, avec la préphase hein…

Toutes ces infos vous les avez trouvées où ?

P2 : Ben j'ai dû chercher, internet, je crois que j'ai dû, je dois avoir des bouquins, j'avais à l'époque, beaucoup plus jeune, on n'avait peut-être pas autant internet, et dans les 25-30 ans je devais avoir cet âge-là, j'ai dû trouver ça, mais dans des bouquins quoi, dans des livres justement où ils parlaient des cycles du sommeil et tout ça, où j'essayais de me caler justement… En me disant… Je savais parce qu'il y avait des périodes où je me disais, par exemple vers 21h10 ou 22h10, que hop je sentais que j'avais le coup comme ça, donc je connaissais à peu près mon cycle, bah je trouve que mon cycle, il s'est un peu agrandi, j'ai l'impression que avant je faisais vraiment sur 1h, j'avais mon temps comme ça et je savais que c'était pas la peine, si j'allais me coucher à 22h20 c'était trop tard quoi, je savais que j'avais raté et le prochain truc ça allait être vers 23h10, il y a eu une période comme ça 30-40 ans où je savais que c'était un peu dans ces eaux-là. Mais là j'ai plus l'impression que je suis plus sur 1h20 minimum, voire 1h30. Entre 1h20 et 1h30 mon cycle comme ça de la phase, les 2-3 phases de sommeil et tout qu'on connaît. J'ai encore des souvenirs de ça.

D'accord.

P2 : Voilà, je sais pas si ça a pu vous servir à quelque chose.

Si, tout à fait, on arrive à la fin parce qu'il y aura d'autres patients après. C'était très intéressant.

PATIENT 3

Déjà, pour situer un peu le personnage. Votre âge ?

P3 : 52 ans.

D'accord. Votre profession ?

P3 : Directeur des jeux au casino de Plombières.

D'accord. Vous êtes marié ?

P3 : Non, célibataire.

OK, vous avez des enfants ?

P3 : Non. J'ai une belle-fille qui est tout comme qui est grande maintenant.

D'accord. Est-ce que vous prenez des traitements dans la vie de tous les jours ?

P3 : Euh ouais pour un glaucome. Un collyre à mettre tous les jours.

OK. Niveau consommation de tabac, d'alcool, de café ?

P3 : Tabac pas mal, café un petit peu et alcool un petit peu aussi mais pas… Voilà.

D'accord, à quels horaires dans la journée à peu près ?

P3 : Le tabac toute la journée. L'alcool en mangeant, un verre de vin en mangeant, parfois un apéritif mais c'est pas tous les jours non plus, et puis une soirée de temps en temps.

Et le café, ça vous arrive d'en prendre le soir ?

P3 : Café… euh oui bah je travaille la nuit donc on va être un peu décalé, forcément j'en prends le soir quand je travaille la nuit, et quand il faut que je dorme j'en prends moins voire pas le soir.

OK. Niveau activité physique ?

P3 : Misère. Pas sportif (rire). Il manque la volonté

D'accord. On peut vous encourager mais pas faire à votre place

P3 : Absolument, j'en suis conscient c'est déjà ça.

D'accord. Alors, pour vous qu'est-ce que c'est qu'un bon sommeil ?

P3 : Un bon sommeil ? c'est un sommeil réparateur, c'est dormir de suite pendant 6 heures.

Il y a quand même un critère de temps pour vous.

P3 : Oui, il y a un critère de temps, bien qu'il soit beaucoup plus réduit maintenant par rapport à quand j'étais jeune, où je pouvais dormir 10 heures sans problème. Et plus on avance dans l'âge…. J'ai toujours entendu dire ça et ça se vérifie vraiment, je sais que j'ai besoin de moins, beaucoup moins de sommeil.

C'est-à-dire, maintenant vous êtes passé de 10 heures à 6 heures ?

P3 : Parfois quand j'ai un peu plus à récupérer je vais dormir 7 heures voire 8 de temps en temps mais en général 5 ou 6 heures ça va.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà souffert d'insomnie ?

P3 : Oui ça m'est déjà arrivé, bien sûr.

Depuis quand ? C'est apparu comment ?

P3 : Non c'est une fois de temps en temps comme ça. Oui c'est rarissime, c'est pas régulier. C'est une fois comme ça de temps en temps, on sait pas pourquoi, on n'arrive pas à dormir, on se retourne dans le lit pendant 2 heures et… Comme ça arrive à tout le monde j'imagine.

D'accord. Il n'y a pas eu d'épisode long où vous arriviez pas à dormir, c'étaient vraiment des petits épisodes comme ça…. D'accord. Alors dans votre quotidien, est-ce que vous avez l'impression que le sommeil tient une place importante ?

P3 : Euh oui c'est important dans la vie le sommeil forcément.

Quand vous n'avez pas dormi, vous avez l'impression d'être moins fonctionnel ? ça impacte beaucoup votre qualité de vie ?

P3 : Ah oui absolument. Si je dors pas oui. En fait je travaille de nuit donc j'ai un rythme de vie un peu décalé par rapport à la normale. Mais parfois je fais des journées, une fois de temps en temps c'est rare mais une à deux fois par mois j'ai une journée à faire. Du coup là obligé de prendre un cachet, parce qu'avant j'en prenais pas mais c'était impossible de m'endormir, je m'endors tous les jours à 5h, il fallait que je me lève à 7 du coup c'était foutu quoi. Et là j'étais pas opérationnel du tout. Surtout la journée. Encore la nuit ça va, si j'ai pas dormi la nuit d'après c'est vrai que comme c'est mon rythme naturel entre guillemets…

C'est quoi votre rythme naturel ?

P3 : Bah je m'endors plus vers 4h30-5h. Et je me lève vers 13-14h, grosso modo c'est ça.

C'est le rythme plutôt imposé par votre travail ou votre rythme à vous ?

P3 : C'est mon rythme plus à moi, parce que je sors quand même plus tôt que ça du travail, à 3h je suis rentré en semaine, mais c'est ma soirée quoi.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul ? Pour les problèmes d'insomnie ?

P3 : Bah il y a des cachets super efficaces donc voilà. Mais j'en prends pas trop.

Qu'est-ce que vous avez pris comme initiative vous pour mieux dormir ?

P3 : Pfff… Pas grand-chose… Je sais que le jour où je fais du sport, ça arrive quasiment jamais, mais je dors beaucoup mieux, quand on se dépense on s'endort plus facilement, on est plus fatigué physiquement. Sinon non, j'ai jamais rien fait de spécial parce que j'ai jamais besoin, je m'endors relativement facilement. Avec des horaires bizarres, mais facilement.

Il y a ce qu'on appelle un retard de phase.

P3 : Un retard de phase ?! Okay

Est-ce que le cas échéant, si jamais vous ne dormiez pas bien sur une longue période, est-ce que vous pensez que vous seriez prêt à accorder une consultation entière avec votre médecin traitant à parler de ça ?

P3 : Si j'avais vraiment des gros soucis, oui je pense, oui.

Et vous attendriez quoi du praticien ? Qu'il vous propose quoi comme solutions ?

P3 : Je sais pas, déjà je pense que je le ferais moi-même, voilà, j'irais faire du sport…

Vous essayeriez d'abord tout seul.

P3 : Oui voilà, déjà ça marche pas mal parce que j'aime pas ces cachets là, tout ce qui est addictif je voudrais pas en abuser ça c'est clair. Mais c'est parfait ça me va très bien, parce que c'est super efficace.

Est-ce que déjà vous avez parlé d'insomnie en consultation ?

P3 : Non.

Jamais ? Vous n'avez jamais eu besoin de demander à votre médecin traitant…

P3 : Non, seulement dans un cas particulier où il a fallu que je demande de l'aide, des comprimés, ma mère en prenait elle m'en a donné un une fois, je me suis dit tiens c'est super efficace.

Donc quand même vous en avez parlé à un moment avec le généraliste.

P3 : Eh bien oui j'ai demandé pour avoir ces cachets.

Et c'était quoi ces cachets du coup?

P3 : Du Zopiclone.

Du zopiclone, d'accord. Vous en avez pris sur quelle période à peu près ?

P3 : Très occasionnellement, quand j'ai besoin de me lever un matin et que je sais que je dormirai pas la nuit, du coup j'en prends un à minuit et je vais dormir jusqu'à 7h sans problème. Et encore la moitié d'un ça me suffit même. C'est pour ça, j'ai 2 boîtes elles me font largement plus d'un an.

Donc vous prenez ça de manière très occasionnelle.

P3 : Voilà, dès que j'ai une matinée à faire ou dès qu'il faut que je travaille la journée.

Vous savez que ça marche. D'accord. Est-ce qu'on a déjà évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil ?

P3 : Non.

Ça vous dit rien ce terme-là ? Une bonne hygiène de sommeil ?

P3 : Si, une bonne hygiène de sommeil, c'est dormir à des heures régulières, fixes, c'est les 3 phases de sommeil, paradoxal profond ou je ne sais quoi ?

Oui, endormissement, léger, profond, paradoxal en effet.

P3 : Oui c'est ça, et c'est selon les besoins de chacun j'imagine, certains ont besoin de 8h, de 7h, de 6h, après voilà régulièrement.

Donc pour vous l'hygiène de sommeil c'est se coucher à heures régulières ?

P3 : Oui, ça fait partie même si c'est pas vraiment mon cas… Je peux pas me permettre de conseiller sur les trucs que j'applique pas… Mais une bonne hygiène de sommeil je pense que c'est ça, surtout les heures régulières, moi je sais que c'est pas normal de dormir le jour, le corps est pas fait pour ça. Je sais pas exactement tout ce qui se passe hein…

D'accord. Est-ce que votre généraliste vous a déjà questionné sur le sommeil alors que c'était pas le sujet principal de la consultation ?

P3 : Euh… oh je crois qu'elle m'en parle de temps en temps. Pas spécialement Mme C mais il y a d'autres médecins oui. Oui c'est un sujet qui revient assez souvent.

D'accord. Vous avez l'impression quand même que c'est évoqué.

P3 : Oui de temps en temps.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on en parle assez en consultation de routine en médecine générale ?

P3 : Oui je pense. Parce que si quelqu'un a des problèmes de sommeil il en parle j'imagine.

Est-ce que vous pensez que le médecin devrait l'évoquer systématiquement ?

P3 : Non.

D'accord.

P3 : Non, sinon on pourrait évoquer plein de choses aussi comme ça spontanément, quand on a pas de souci on va pas parler tout

D'accord, je vous entends.

P3 : Vous allez être spécialiste dans le sommeil ? ou c'est juste pour votre thèse ?

C'est juste pour ma thèse. J'irai pas dans le sommeil après mais disons que j'ai fait quelques recherches préalables à la thèse et je me suis aperçu que le sommeil était presque en lui-même un facteur de risque cardiovasculaire si vous voulez. On interroge beaucoup en consultation sur le tabac, sur l'alcool, sur la prise de poids, tout ce qui est facteur de risque cardiaque, et le sommeil jamais, alors qu'un mauvais sommeil ça fait aussi partie des facteurs de risques d'infarctus alors qu'on ne le sait pas forcément.

P3 : Carrément pas ! et il y a vraiment des études, c'est vrai ?

Oui oui.

P3 : Ok, donc j'ai tous les facteurs de risque quoi en gros.

Oh pas tous si? Vous fumez, vous faites pas d'exercice ? Mais vous n'êtes pas en surpoids…

P3 : Si si, je me sens un petit peu… Je fais attention.

L'avantage, c'est que c'est des facteurs de risque corrigeables chez vous.

P3 : C'est vrai.

Vous avez une action possible dessus.

P3 : C'est vrai, j'en suis conscient.

C'est déjà bien, certains ont des facteurs de risques et n'y peuvent rien faire, par exemple l'hérédité, les antécédents…

P3 : C'est vrai.

Vous le tabac vous pouvez l'arrêter…

P3 : Oui je sais je le dis tout le temps en plus. (Rire)

En tout cas voilà. Est-ce qu'il y a des choses sur votre sommeil que vous voudriez aborder dont on n'a pas forcément parlé ?

P3 : Je réfléchis, pas spécialement.

D'accord. Je vous remercie.

PATIENT 4

Alors pour placer un petit peu le contexte, vous m'avez dit vous avez 73 ans, qu'est-ce que vous faisiez comme boulot ?

P4 : Bouchère.

D'accord. Vous êtes mariée ?

P4 : Je suis veuve depuis 10 ans, 9 ans exactement. Mon mari est décédé en 2 ans d'une tumeur au cerveau.

D'accord. Vous avez des enfants ?

P4 : Oui, 2 enfants, une fille de 52 ans et un fils de 50 ans.

D'accord. Est-ce que vous prenez des traitements dans la vie de tous les jours ?

P4 : Oui alors j'ai pour la thyroïde du Levothyrox, je suis sous Seroplex en gouttes j'en prends 3 gouttes et je crois que je vais encore aller en diminuant, et puis du Kenzen 4 et j'en prends que la moitié. Parce que je vois Mme C que depuis 3-4 ans, j'étais vers un médecin de Xertigny parce que j'habitais Ruaux et il m'a traitée pendant un certain temps et il me disait « Thérèse vous savez votre tension augmente » et plus il augmentait la dose de Kenzen plus j'avais de tension. Et alors je lui ai dit écoutez ça va plus, je descends à 4. Et puis c'était peu de temps avant qu'il arrête, puisqu'il a pris sa retraite, je dis je vais prendre que la moitié, vous pouvez regarder mon dossier, chaque fois que je viens je prends que la moitié d'un et ça va très bien.

D'accord. Niveau tabac, alcool, café ?

P4 : Non. Jamais. Café peut-être un peu trop. Mais depuis quelques jours j'ai bien diminué, je crois qu'aujourd'hui je n'en ai pris qu'une tasse. J'en suis gourmande parce que les petits nespresso sont très bons mais comme c'est la chaleur les fruits les machins je suis un petit peu… j'ai les intestins pas dérangés mais ballonnés.

D'accord. Et quand vous buvez du café vous en buvez le matin, le midi le soir ?

P4 : Euh au petit dej, je me lève très tôt, au petit dej je vais prendre un grand bol de thé avec des tartines et après tout ça je mange quelques noix accompagnées d'un café et d'un carré de chocolat et puis quelques fois j'en prenais un sur les coups de 10h du matin. Depuis quelques jours je n'en prends plus, j'en ai même pas pris après le repas de midi ce que je faisais souvent et ça me manque pas. Il suffit de se raisonner je crois.

Pourquoi plus le midi ?

P4 : Je sais pas, il paraît que c'est pas bon… Et pour les intestins surtout…

Et le soir vous en prenez pas ?

P4 : Non. Non hier soir j'en ai pas pris non plus avant-hier soir non plus. Je suis en train de me demander parce que là il fait chaud c'est facile de boire beaucoup d'eau, bon l'hiver j'en prenais quelquefois pour me réchauffer, me réconforter si je puis dire. Alors je prendrai un faux café, du Cérécof, c'est même pas de la chicorée c'est de l'orge, enfin c'est un truc .

Et niveau activité physique ?

P4 : Ecoutez, j'ai fait pendant 3 ou 4 ans de la gym, je n'en fais plus parce que bon j'ai des problèmes de cervicales, et j'ai expliqué à une jeune femme qui me faisait faire l'exercice qu'il y avait des trucs que je pouvais pas faire, parce qu'elle s'occupe plutôt d'enfants… Après il y avait eu un coach un monsieur qui savait très bien faire, il avait compris que pour les cervicales il fallait pas non plus trop tirer sur les épaules. J'ai préféré arrêter donc ça va bien, puis j'ai fait ma première cure l'année dernière, et puis… On était parties sur quoi ?

Sur l'activité physique.

P4 : L'activité physique. Alors j'aime autant vous dire qu'en ce moment, l'activité physique, parce que j'ai pas mal de terrain là où je suis, alors tondeuse, débroussailleuse, fin plein de trucs, non je m'ennuie pas et je bouge.

D'accord, vous bougez. Est-ce que vous bougez plus le matin, plus le midi, plus le soir ?

P4 : En ce moment j'ai ralenti un petit peu parce que l'après-midi en plein soleil je ne peux pas. Et puis le soir même quand j'ai fait (c'est tout pentu chez moi) même quand j'ai fait beaucoup de travail de rocaille de trucs comme ça, eh bien je fais le tour de mon petit pâté de campagne qui fait 3 presque 4km, voilà, je marche.

OK très bien. On va passer sur votre sommeil. Pour vous, qu'est-ce que c'est un bon sommeil ?

P4 : Un bon sommeil. Qu'est-ce que c'est un bon sommeil ? Je me le demande. Je peux pas dire que … Je me réveille, toutes les heures et demie, Mme C m'avait expliqué que c'était un peu le train du sommeil. Depuis quelques temps, allez depuis 3 semaines 1 mois, je me couche un peu plus tard parce que j'avais tendance à me mettre après mon repas du soir quand c'était pas encore le plein été, je me mettais dans mon fauteuil, et systématiquement je m'endormais dans mon fauteuil, je me réveillais sur les coups de 23h – 23h et quart, je retournais me coucher, j'allumais la télé, je m'endormais assez rapidement, et après de nouveau vers 2h du matin et puis 4h. Et puis je me levais toujours vers 5h30. Maintenant je me couche un peu plus tard, je m'endors pas dans mon fauteuil, je me couche un peu plus tard sur les coups de 22h30, et j'arrive à me réveiller bien sûr à 5h15-5h30 mais je ne me lève pas, je branche la télé je regarde les infos et j'ai fait des progrès je me lève qu'à 6h30. Voilà. Je dirais presque que ça va mieux. Alors Mme C m'avait dit surtout pas de télévision. Mais en fait la télévision je la regardais pas, c'est pour avoir un fond sonore, parce que je me retourne et je dors. Je la branche je la programme une demi-heure, et je me rendors quand même, voilà. Mais il faut savoir que ça fait des années et des années que j'ai eu ce même rythme de sommeil, je me souviens qu'il y a encore 25 ans je me réveillais toujours sous les coups de 3-4h du matin, de bouger mon mari se réveillait aussi, je descendais dans ma cuisine, je buvais un petit café avec un petit gâteau, on prenait cette petite collation à 3h30 du matin et on se rendormait jusqu'à 5h30. j'ai toujours eu ce rythme-là. Voilà. Bon après les 2 ans où mon mari a été malade, je peux pas dire… Je dormais pas … Mes enfants et moi étions prévenus que sa tumeur était un glioblastome et qu'il y avait un maximum de 2 ans de vie, y avait rien à faire, il a été opéré mais bon voilà, alors comme on nous avait dit qu'il y avait un maximum de 2 ans de vie, la nuit j'étais sans arrêt en éveil parce que j'avais peur qu'il se réveille pas… Là j'ai eu une période difficile. Mais je reconnais que depuis 1 mois ½ ça va mieux. J'espère que ça va continuer.

D'accord. Vous ne m'avez pas tout à fait répondu sur la question du bon sommeil pour vous…

P4 : Alors je me demande parce que… Alors peut-être qu'un bon sommeil… J'ose même pas dire parce que je crois que ça me manquerait, c'est de m'endormir à 23h , me réveiller à 6h du matin "ouf t'as bien dormi"! Et je sais pas si ça me manquerait pas mes petits réveils, je m'y suis tellement habituée…

Il y a quand même un critère de temps pour vous, une certaine durée.

P4 : Voilà, voilà, peut-être, oui.

D'accord. Donc la question suivante: est-ce que vous avez déjà souffert d'insomnie vous m'avez dit oui, depuis quand?

P4 : Depuis quand? Il fut un temps, mon fils avait 13 ans et il en a 50, il était somnambule et mes enfants avaient 2 chambres, nous dormions au premier étage et ils avaient 2 chambres au 2e étage, et une nuit mon fils étant somnambule, avec son poing il a cassé un carreau et il voulait sortir par la fenêtre. C'était la première fois qu'il faisait ça, il se levait j'allais le recoucher. Sitôt après on avait mis un matelas souple devant la fenêtre pour qu'il ne puisse plus, mais j'étais quand même à l'écoute. Je pense que là aussi j'ai vécu… voilà. Ça a dû perturber un peu mon sommeil ça aussi.

Donc déjà à partir d'un âge plutôt jeune.

P4 : Bah oui, parce que mon fils avait 14 ans, là il en a 50 maintenant, vous voyez. Mais quand j'étais enfant, je suis allée à la maternelle très jeune, à l'époque, j'avais à peine 3 ans, j'étais la seule à ne pas faire de sieste, parce que je ne dormais… je ne faisais pas de sieste. Et puis c'est vrai que je sais pas trop ce que c'est que de faire comme les ados qui des fois font des grasses matinées… non. Alors j'en arrivais à penser que j'avais pas besoin de tant de sommeil que ça.

D'accord.

P4 : Je sais pas, c'est peut-être ça.

Est-ce que vous vous sentez handicapée par vos insomnies?

P4 : Non.

Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule?

P4 : Oh bah j'ai déjà essayé de prendre des trucs…

Qu'est-ce que vous avez essayé?

P4 : L'Euphytose, ça, et puis alors j'ai peut-être une mauvaise habitude j'ai été voir sur internet il y a des trucs qui correspondent ou pas, surtout je prends du Levothyrox et tout ça, donc en ce moment… Et puis il y a un certain temps… Je ne prends plus rien, et y a un an un peu plus d'un an j'ai fait de l'acupuncture, je pense que ça ne me faisait pas grand chose. L'homéopathie non plus.

Qui c'est qui vous a amenée à l'acupuncture, qui vous a proposé ça?

P4 : Avec mon fils aussi, parce qu'à 14 ans il a fait un zona ophtalmique, et il a été hospitalisé 8 jours avec des rayons dans l'œil, et puis il souffrait toujours, et le médecin m'avait dit vous savez la souffrance elle part pas du jour au lendemain, puis j'avais une de mes clientes qui était curiste à Plombières, qui m'a dit mais vous savez pas il y a une bonne acupunctrice à Plombières, et moi j'ignorais totalement. On est allés la voir, elle m'a dit la même chose, non elle m'a dit pas la même chose, elle m'a dit son œil je le compare à une orange qui est pourrie et très abîmée, qui va pas se réparer du jour au lendemain, mais je peux lui enlever sa douleur en 1 ou 2 séances. Mais déjà au bout de la 1e séance il n'a plus souffert. Alors c'est comme ça que je suis arrivée à l'acupuncture, mais bon après j'avais des douleurs cervicales, des problèmes de sinusite… Mais si je fais un retour en arrière… J'ai toujours quand même traîné ces problèmes, donc je pense pas que ça guérisse. C'est mon avis.

Ok, donc c'est chronique chez vous, ça vous handicape pas plus que ça, et vous vous attendez pas à ce qu'on vous guérisse. D'accord. Et donc, vous avez essayé l'acupuncture, aussi des traitements, des cachets?

P4 : Des cachets pour dormir? Non jamais, je me suis toujours refusée à ça.

Pourquoi?

P4 : Pourquoi? eh bien 2 fois j'ai fait, parce que mon mari a eu d'autres problèmes de santé, des pontages coronariens sévères, j'avais pas mal de souci, et 2 fois dans ces moments-là, le docteur qui m'a suivi à Epinal m'a dit c'est un excès de fatigue, et puis une autres fois pareil, j'ai fait on peut pas dire un ictus amnésique mais j'ai coupé, il y en a un qui m'a dit c'est un peu comme un bug dans un ordinateur, mais vous n'avez pas de séquelle. Et c'est vrai que quand je suis revenue, fatiguée mais voilà. ça m'est arrivé 2 fois, une fois peu de temps après quand mon mari était à Nancy pour ses pontages coronariens, puis après son intervention de sa tumeur au cerveau, bah c'était difficile. C'était la nuit de Noël, notre fille nous avait invités à passer Noël chez elle, et mon mari changeait beaucoup, parce que sa tumeur touchait la compréhension et la parole, donc il était devenu un peu aigri bien sûr, alors il a pas voulu y aller. Et dans la nuit j'ai senti ma tension qui montait, oh làlà, et puis

vous voyez tout ce qui peut venir, et c'est là que j'ai fait… Voilà. Donc j'ai été hospitalisée pendant la nuit, et tout de suite comme c'était la nuit de Noël ils m'ont fait des tests pour l'alcool, et le lendemain mon mari a téléphoné à mes enfants qui habitent tout près de Metz, et ils sont venus tous les deux, et ils ont expliqué au médecin qui m'a suivie à l'hôpital à Remiremont, et le médecin a dit « oui, on n'a rien vu », il m'avait fait passer une IRM, rien de spécial, rien du tout, il m'a dit, « il vous faut 2 mois de repos ». Comment voulez-vous que je parte 2 mois me reposer quand j'étais seule avec mon mari que je pouvais pas laisser ? ses médicaments c'était moi qui lui donnais, il était sous chimio tout le temps, enfin bref voilà.

D'accord.

P4 : Mais là c'est vrai que j'ai eu des passages de sommeil difficile là.

Et là même là vous ne preniez rien, vous ne traitiez pas.

P4 : Ah non non, jamais. Une fois, avec l'antidépresseur, parce que l'antidépresseur c'était mon médecin de xertigny qui m'en avait donné quand le cas de mon mari s'est aggravé, et là j'ai pas apprécié au final, parce qu'il m'a dit "Thérèse, vous allez passer des moments difficiles, je vais vous donner…" je crois qu'il m'avait mis sous deroxat à l'époque. Et puis un anxiolytique au début, quand on prend un antidépresseur on donne un anxiolytique, c'était je sais plus quoi, et je… ça ne convenait pas du tout, alors j'ai arrêté tout de suite l'anxiolytique, puis il m'avait baissé à 12 l'antidépresseur, mais ce que je n'ai pas apprécié c'est que, d'ailleurs je lui ai dit, "vous avez anticipé, mais peut-être que j'avais pas besoin de ça", parce que ce sont mes enfants qui me le disent souvent, quand j'ai des petits soucis d'intendance, une machine qui tombe en panne, ça me contrarie, mais chaque fois que mon mari a eu des problèmes, je gère toujours très bien. Les grosses choses, je suis bien présente.

D'accord.

P4 : Voilà, bon, alors c'est pour ça que les médicaments, je suis pas tellement… Mme C aussi m'avait donné du Lexomil, que je n'ai pas pris. Elle m'a dit je vous le donne à tout hasard quand elle m'a mise sous Seroplex, mais je n'en ai pas pris.

Et c'est quoi qui vous effraie dans ce genre de médicaments?

P4 : Je trouve que j'en ai pas besoin. Surtout l'anxiolytique. Je sais pas. J'étais opposée longtemps à l'antidépresseur, je l'avais arrêté plus d'un an, et Mme C m'a remis celui-là il y a 8-10 mois, j'étais pas bien… Parce que j'étais locataire, enfin bref… Elle m'a dit oh làlà et c'est l'hiver je vais vous mettre pour 3 mois, j'y suis encore, je vais voir avec elle mais je crois qu'on va quand même diminuer.

D'accord. Vous avez pas l'impression d'en avoir besoin.

P4 : Je pense pas. Mais on est dans un système aussi avec ça, parce que j'ai l'impression que j'en ai pas besoin, mais je craindrais presque que si j'arrête ça me reprenne, je sais pas, pour l'instant je reste avec mes 3 gouttes pendant un certain temps, peut-être que je passerai à 2 gouttes, et puis voilà.

D'accord. C'était pour le Laroxyl. Le sommeil en consultation. Est-ce que vos pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation entière juste pour discuter du sommeil?

P4 : Oh ben si vous voulez…

Je veux dire, vous, est-ce que vous pensez que ça vaudrait le coup de parler du sommeil, de consulter juste pour ça?

P4 : Je pense pas, parce que..; là vous me posez une question… Je me sens pas… Je suis habituée à ces petites coupures, je me lève 2 fois la nuit j'y suis habituée, et j'ai réussi à me gérer un peu, je vous dis, je branche la télé mais c'est un peu pour avoir un semblant de présence, parce que c'est vrai que c'est difficile d'être seule, mais j'en suis même pas sûre vous voyez. J'essaye, par exemple, quand mon fils va venir en vacances huit jours avec son fils, faudrait que j'essaye quand ils seront là, si je me lève de pas remettre la télé. Peut-être que je peux essayer de faire ça aussi oui.

Donc vous vous ne consulteriez pas le médecin juste pour le sommeil.

P4 : Non, non non.

Vous parleriez éventuellement des troubles du sommeil à la fin de la consultation?

P4 : Oui c'est ça. Bien sûr j'ai essayé le tilleul, c'est encore pire d'abord j'aime pas top ça, et puis si on prend des infusions on a encore plus besoin d'aller aux toilettes. Puis qu'est-ce que j'avais pris aussi? Les trucs… Somdor ou ce qu'on trouve en pharmacie des trucs comme ça… Non j'imaginais peut-être à tort qu'il suffit de prendre un truc comme ça mais non… Je suis habituée à ...

Donc vous avez déjà essayé plusieurs choses.

P4 : Ah bah oui j'ai essayé… Je sais plus… Des trucs que l'on trouve en pharmacie sans ordonnance…

La mélatonine peut-être?

P4 : Ah non la mélatonine ça me convient pas du tout.

Vous avez essayé et ça vous convient pas?

P4 : Oui c'était Mme H l'acupunctrice qui m'avait dit d'en prendre, et non ça m'énervait plutôt. ça peut arriver ça?

Oui, un effet paradoxal ça peut arriver.

P4 : Ah bon.

Qu'est-ce que vous aviez essayé d'autre? De l'Euphytose? Du L72?

P4 : L72 oui. C'est Mme C qui me le donnait. Je n'ai pas trouvé de grande… Est-ce que ça peut être héréditaire? Parce que maman était comme ça…

Il peut y avoir des prédispositions oui.

P4 : Ah oui.

Donc je suppose que vous avez déjà parlé à Mme C de votre trouble du sommeil.

P4 : Oui bien sûr puisqu'elle m'a proposé…

Qu'est-ce qui vous a poussé à faire appel à un professionnel de santé?

P4 : Parce que Mme C me demandait justement, à chaque fois que je la vois tous les 2 mois, elle me demande "et votre sommeil?" je dis "bon c'est toujours comme ça". Elle me propose d'aller voir une jeune femme qui fait une thèse sur le sommeil, bien sûr.

Mais au début, quand vous lui en avez parlé pour la première fois. Qu'est-ce qui vous a poussée à faire appel à un médecin?

P4 : Parce que quelques fois… Je pensais que je dormais pas assez, et maintenant en réfléchissant, je pense que j'ai mon capital sommeil… Parce que si j'additionne les moments de sommeil que j'ai, je dois approcher les 6 heures donc peut-être que ça me suffit... ça me suffirait pas je pense que… Parce que je suis libre de mon temps, bon pas l'été je me mets pas devant la télé mais l'hiver quand j'ai fini de déjeuner les midis, bon ben je me mets dans mon fauteuil et je regarde les infos… Pour ma belle-soeur qui est un peu plus âgée que moi, elle dit "moi quand je regarde les infos je m'endors". Moi je ne m'endors jamais l'après-midi, je sais pas ce que c'est que de faire une sieste, donc si je manquais de sommeil je pense que peut-être je m'assoupirais.

D'accord. Donc votre docteur Mme C elle vous a donné quoi comme solution pour l'insomnie?

P4 : Bon ben elle m'avait donné du L72, et puis elle m'avait dit "ne mettez pas la télévision, pas d'écrans", bon ça on le sait, voilà, mais j'ai quand même… C'est même pas… Comme je vous dis c'est pour entendre un truc… Elle m'a dit "dans ce cas là mettez-vous plutôt une petite musique" mais bon c'est pas facile dans ma chambre, et puis j'ai pas d'appareil pour écouter, parce que je vous dis la télé je la programme 1/2h, en 10-15mn je dois dormir. Bon je me réveille tous les jours entre 4h30 et 5h du matin, c'était l'heure à laquelle on se réveillait quand on était en activité. Et je pense que j'ai gardé… Voilà. Et je me suis réveillée… C'est des drôles de trucs, j'étais chez ma fille, parce que les 2 derniers mois de vie de mon mari c'était à central à Nancy et la première semaine je dormais à côté de lui, et puis l'oncologue et neurologue m'ont dit « là c'est plus possible », parce que la nuit il arrachait ses trucs je lui remettais, alors ils m'ont dit "vous dormez pas le jour vous dormez pas la nuit, c'est pas possible", alors comme mes enfants il y en a un qui habite près de Thionville ma fille tout près de Metz, et ils venaient tous les soirs voir leur père, alors des fois je repartais chez un ou chez l'autre, et la nuit où mon mari est décédé j'étais chez ma fille, et je me suis réveillée à 5h du matin. Ce rêve semi-éveillé… Mais la veille j'avais eu tellement mal… J'étais en train de dire à mon mari "bon ben voilà je vais rester seule avec les enfants mais je prendrai bien soin d'eux". Quand ils m'ont téléphoné à 7h, je leur ai dit "à quel moment mon mari est décédé ?". Ils m'ont répondu 5h du matin. Bon. Il y a aussi des petits trucs qui se passent. Ça m'a pas fait mal, je vis très bien avec ça, voilà. Donc mais 5h moins le quart - 5h c'est une heure à laquelle je me réveille. Mais maintenant je somnole un petit peu dans mon lit.

Donc les solutions que Mme C vous a proposées ça vous a convenu ? Des conseils ?

P4 : J'ai dit je remets quand même la télé parce que j'ai du mal…

Vous ne suivez pas trop.

P4 : Ben juste ça, le reste… Voyez, en discutant, je discute assez souvent avec ma belle-soeur, elle vient quelques fois marcher avec moi, elle me dit "oh làlà ça me fait du bien quand je marche je dors bien la nuit". Ben moi je marche encore plus qu'elle, c'est pas ça qui me fait mieux dormir, je dors, c'est tout. C'est pas avec ça que je dormirai mieux c'est-à-dire que je ferai 2h de plus de sommeil. Les rares fois où nous sortions quand nous étions en activité et puis jeunes, on se couchait à 3h du matin, à 6h au plus tard on était debout quand même.

D'accord. Est-ce qu'on a déjà évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil ?

P4 : Non, hygiène non. Ça signifie quoi hygiène de sommeil ?

Tous les petits trucs, toutes les habitudes de vie, qu'il faut avoir pour espérer avoir un bon sommeil.

P4 : Oui.

Est-ce que vous savez à quoi ça peut correspondre ?

P4 : Ben je suppose pas boire d'alcool, j'en bois pas, c'est vraiment exceptionnel s'il y a un repas de famille et que je bois, fumer j'ai jamais fumé, donc je pense que tout ça voilà. Euh… Je fais pas des gros repas, je fais plutôt des petits repas 4-5 que 3 gros repas.

Qu'est-ce qu'il y a d'autre comme petites règles?

P4 : Je fais ma toilette le soir une fois que j'ai fini mon dîner, je vais faire ma toilette, je mets mon pijama comme ça je suis prête quand je vais aller me coucher, quoi encore… Je vois pas tellement… Je lis quelques fois… J'ai beaucoup lu quand j'étais plus jeune, mais maintenant avec les verres machin… Et comme je lis comme ça je vois toujours mal, ça m'est plus difficile pour lire, mais c'est vrai que je lisais beaucoup avant de m'endormir, maintenant plus trop. Je m'endors de fatigue. Il y a autre chose?

Comme règles? Se coucher à heures régulières, vous avez parlé des rituels de sommeil, les choses à faire toujours dans le même sens, pas d'alcool, pas de tabac, pas d'excitants, pas de café, les repas léger vous l'avez dit, la température de la chambre est aussi importante.

P4 : Je me surprends parfois à dormir au-dessus du drap.

Pas d'activité physique après 18 heures en théorie.

P4 : Oui, je marche, mais bon ben je pense pas que marcher… Je marche pas… Puis en marchant je rencontre des voisins avec qui je papote….

La pièce sombre aussi, sans trop de lumière, sans trop de bruit, le fait d'aller dans son lit juste pour dormir et pas faire plusieurs activités dans son lit.

P4 : Ah non vous voulez dire comme certains tablette ou machins, j'ai pas de tablette. Je lis, j'ai le téléviseur en face mais…

C'est tout un tas de petites choses que les gens connaissent pas forcément, donc j'interroge pour savoir l'état de vos connaissances.

P4 : Et voyez, la preuve que quand je branche la télé pour me rendormir, rien ne m'intéresse. C'est pas… Je me suis jamais maintenue en éveil la nuit pour regarder quelque chose.

C'est pour avoir un bruit de fond.

P4 : Voilà c'est tout.

D'accord. Est-ce que votre médecin, Mme C ou n'importe qui d'autre, vous a déjà questionnée sur votre sommeil alors que c'était pas le sujet principal de la consultation?

P4 : Euh... non. On a parlé…

Spontanément comme ça ça n'arrive pas forcément.

P4 : Déjà on a fait connaissance il y a 2 ans, quand mon médecin habituel a pris sa retraite, M.H, non non.

Même votre médecin habituel, votre médecin d'avant, ne vous avait jamais trop parlé de sommeil si c'était pas le sujet.

P4 : Non, non, mais je le connaissais peut-être depuis trop longtemps, il était étudiant en médecine en même temps que le frère de mon mari donc voilà, et je pense que quand on se connaît trop on aborde pas tout, il me demandait "alors la piscine ?" parce qu'on en avait fait faire une, le ski l'hiver, bon ben voilà…

C'était pas trop votre santé quoi.

P4 : Oui C'était des trucs… Voilà quoi.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on évoque suffisamment les troubles du sommeil en médecine générale?

P4 : Ben écoutez, à mon avis personnel oui, c'était bien, parce que Mme C a abordé le sujet dans la conversation, mais je pense qu'elle me connaît bien, et même elle me donne pas non plus de somnifères, bon c'est vrai que je suis peut-être hypersensible hyper nerveuse… Un de nos médecins m'avait dit, parce que mon père a été tué dans un accident, 3 semaines avant ma naissance. Alors bon je sais plus pour quelle raison j'avais été voir, peu importe… si, si la première fois que mon médecin de Xertigny m'avait mise sous deroxat, il m'a dit "mais vous devriez aller voir un psy en même temps". Je suis allée voir un psy, et il m'a dit "mais vous avez le ressenti de votre maman, elle a pris le décès" ça faisait 10 mois que mes parents étaient mariés, "vous avez tout ressenti", il y a bien un petit peu de ça aussi, donc voilà. Bon il y a pas que ça mais bon.

Pourquoi est-ce que vous êtes allée voir un psychologue?

P4 : Un psychiatre, sur les conseils du médecin, qui m'a dit "quand on prend un antidépresseur, il vaut mieux faire…"

C'était pas pour le sommeil au départ mais pour la dépression.

P4 : Ah non pas du tout pour le sommeil, non.

Est-ce que vous avez déjà essayé autre chose à part l'acupuncture pour le sommeil ? L'hypnose ? Thérapie psychologique ?

P4 : Euh ma fille m'avait parlé comme j'étais il y a 2 ans, j'ai passé quelques jours chez elle parce qu'il fallait que je l'aide pour des trucs, et puis elle me dit tiens, mais vous savez c'était une jeune femme au demeurant très sympathique, elle est installée à Gérardmer je crois maintenant, elle faisait… elle était pas médecin du tout mais… Alors j'arrivais pas moi, elle me disait "vous allez vous détendre", alors j'étais assise sur une chaise qui était bien confortable que ça, ou je m'étais allongée par terre peut-être que j'aurais pu me détendre c'était plus fort que moi… Alors je sais plus comment ça s'appelait... "Alors vous vous imaginez sortir de chez vous, prendre un chemin, vous descendez les escaliers", j'ai jamais réussi… J'y suis allée 2 fois… Non c'est pas mon truc.

Ça n'a pas bien fonctionné.

P4 : Non, non. Pas du tout.

Vous y alliez au départ pour le sommeil ?

P4 : Euh non, pour l'état général, peut-être arrêter l'antidépresseur, pour tout ça peut-être, je me souviens déjà plus voyez, parce que ma fille la connaissait et voilà, ça m'a rien apporté j'ai dit basta.

D'accord. Ok. Est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé dont vous aimeriez parler autour du sommeil chez vous?

P4 : Autour du sommeil, ben… Pis voyez, je prends, euh… on m'avait dit une fois que le deuil il fallait presque 7 ans pour le faire. Euh… Je crois que c'est un petit peu ça, je commence à m'habituer peut-être à ça. Etant petite et comme mes parents n'étaient mariés que depuis 10 mois et mon père a été tué, bon j'ai pas eu de frères et sœurs, j'ai toujours souffert d'être seule, et je dis bien je n'ai pas été malheureuse parce que maman étant obligée de travailler surtout les étés, j'étais en vacances chez 2 de mes tantes, une qui avait 2 sœurs, une qui avait des enfants, donc c'étaient presque mes frères et sœurs enfin bref. Mais je n'ai jamais aimé la solitude. Jamais jamais jamais. Et maman me disait toujours

quand j'étais à l'école, c'était un plaisir pour moi, je voulais même y retourner après goûter, pour y retrouver mes copains copines. Alors je pense que c'est ça, quand j'ai quitté la maison, qui appartenait à mon mari, sa sœur et son frère, bon j'avais pas peur de quitter cette maison parce que je me sentais pas chez moi dans cette maison, c'est une maison du côté de mon mari, d'une mère et d'une grand-mère très… C'était un matriarcat dans cette famille donc je me sentais pas chez moi. Là où je suis c'est où j'étais quand j'étais petite chez ma grand-mère, pour faire faire des réparations, la petite maison m'appartient enfin bref, j'y suis très bien, et je pense que je commence seulement à bien m'y habituer. C'est peut-être pour ça aussi que je suis, à mon avis je dors plus calmement… Et moi qui étais assez peureuse, un peu froussarde, ça fait neuf ans que j'y suis, les travaux dans la maison n'étaient pas terminés, un coup d'épaule dans la porte de ma chambre on pouvait rentrer, eh bien je n'y ai jamais pensé, je n'ai jamais eu peur j'ai jamais… Mais bon c'est sûr qu'on s'habitue difficilement à une présence de 45 ans…

C'est sûr.

P4 : Et quelques fois je me dis, bon j'aime pas dire le terme "copain" parce que c'est pas de mon âge, "ami" c'est ami dans le bon sens du terme, parce que j'étais venue aussi il y a 9 ans aussi avec sa femme, nous étions à M chez mes cousins, et puis on a sympathisé tout de suite et ils sont venus plusieurs fois à la maison, et puis sa femme est décédée il y a 2 ans ½-3 ans d'un cancer généralisé après avoir eu un cancer du sein. Et les derniers temps, les 6 derniers mois, il l'accompagnait et il me téléphonait presque tous les soirs pour m'expliquer comment c'était, alors que je savais très bien comment c'était… C'est dur un peu. J'ai revécu ça au travers… Et j'aurais dû lui dire "arrête c'est trop, Pascal ça suffit", voilà. Et donc il vit encore… Bon comme il était comptable, il était prof de comptabilité et de droit, il me rendait service, de temps en temps il me téléphone "tiens je vais à Plombières tu viens manger avec moi ?", et quelques fois je me pose la question, "et si ça allait plus loin ?", je ne pense pas que je pourrais revivre, avoir quelqu'un dans mon lit. Voyez, bon… Je sais pas. Mais pour l'instant je suis bien… Bon je pense que je commence à m'habituer, c'est un travail de longue haleine, y en a qui le font peut-être plus vite je sais pas… Mais je sais pas. Disons que je peux pas dire que ça ça me branche, voilà. J'aime bien faire des petits repas, avoir des conversations, il est venu avec ma comptable pour ma déclaration de revenus parce que l'ancienne comptable que j'avais quand nous étions en activité elle a des gros problèmes de santé, donc il m'a dit "si tu veux je viens pour prendre un petit peu, comment dirais-je, pour savoir comment c'est pour toi", parce que j'ai trois locataires dans la ferme où j'habitais, enfin… Bon ben ça me plaît quand il vient, bon là je l'ai invité à manger, voilà. Bon c'est très bien comme ça, mais voyez, je dis pas que ça se fera pas j'en sais rien, d'ailleurs

on n'en a jamais parlé ni l'un ni l'autre, voilà. Voyez, quand je pense que je commence à m'habituer, je me pose moins de questions peut-être je sais pas.

Vous vous habituez à être seule.

P4 : Oui oui.

Et vous avez l'impression que vous dormez un peu mieux depuis 1 mois ½.

P4 : Plus sereinement, oui.

Parce que vous pensez que vous vous habituez.

P4 : Oui, oui.

Donc avant vous dormiez peut-être un peu moins bien…

P4 : Je pense que c'étaient tous les soucis que je ressassais.

Vous ressassez quand même avant de vous endormir?

P4 : Beaucoup moins. Et c'est drôle à dire parce que depuis le temps… Quand j'étais petite j'étais quand même là aussi, je m'adapte à ma nature. La nature. J'ai un énorme chêne, j'ai plein de trucs, j'ai des petits oiseaux, j'ai.. Bon. Et je suis contente, je suis quand même bien, j'apprécie. Je commence à bien bien apprécier. Parce qu'au début… Oh je faisais ce qu'il y avait à faire parce que c'était comme ça voilà, tandis que maintenant j'éprouve plus de plaisir à être là. Je me dis si un jour pour... c'est 1km600 de Plombières, bon il m'arrive de descendre à pied, remonter voilà, comme je peux le faire c'est pas ça, mais je me dis que si un jour je ne peux plus conduire pour une raison ou pour une autre, je quitterai là pour prendre un appartement au cœur de Plombières, mais en me disant ça je me dis "t'es pas à Plombières ici". Et puis dans la nature.

D'accord. Vous avez l'impression que le contexte nature et petite maison ça vous apaise, vous pensez que vous dormiriez moins bien en pleine ville ?

P4 : Ah oui tout à fait, je me plairais pas. D'ailleurs ça a toujours été comme ça, j'ai horreur de la foule. Je me souviens qu'une fois, à Plombières au moment de l'ascension il y a la fête foraine, et puis alors il y a 65, plus presque 70 ans, il y avait un monde fou c'est plus comme maintenant, et j'aimais pas trop, et un jour maman m'a posé la question, m'a dit "mais enfin mais les enfants aiment bien aller sur les manèges" et je lui ai répondu "mais tu crois que c'est marrant, quand on est petit on a le nez dans les fesses des gens" vous voyez comme quoi… C'est un peu ça. Et je vais faire des courses bien sûr comme tout le monde, vite fait

bien fait, je sais ce que je dois faire, je fais la plupart quand même à Plombières aussi, et autant il y a encore 15 ans… Bon si j'allais à Metz je me promenais au centre de Metz maintenant plus du tout…. Mais bon enfin c'est aussi l'effet d'avancer en âge, on n'a plus les mêmes envies les mêmes besoins je crois….

D'accord. Qu'est-ce qui vous gênerait dans le fait d'habiter en ville?

P4 : Le fait d'habiter en ville. Je me sentirais pas à l'aise.

Trop de monde, de bruit ?

P4 : Oui trop de bruit, la foule, et puis alors je suis hypersensible aux odeurs. En ce moment chez moi c'est un plaisir, parce que j'ai un énorme mais alors énorme tilleul, oh làlà le matin et le soir il dégage, j'en prends plein les narines voyez, ça va. Et ça disons que je l'appréciais pas de la même façon, je me suis mariée à 20 ans, j'ai eu ma fille j'avais pas tout à fait 22 ans, mon fils 2 ans après, parce qu'après tout de suite la boucherie-charcuterie, j'avais pas le temps, les enfants plus tout ça, je dis pas que j'ai pas eu une vie heureuse parce qu'on avait quand même 8-10 jours de vacances l'hiver pour aller au ski avec les enfants, et puis au mois d'octobre après la saison j'avais l'autorisation de prendre les enfants avec nous pour qu'ils soient avec nous aussi en vacances…. Non on a eu une vie… Mais j'appréciais pas pareil.

D'accord.

P4 : Tandis que là maintenant… Voilà. Je pense que la sagesse vient en vieillissant. C'est peut-être un peu ça. C'est peut-être ce qui explique aussi que mon sommeil soit un peu meilleur.

D'accord. Vous avez l'impression quand même que ça s'améliore un peu avec le temps.

P4 : Ah oui. Oui oui. Mais même l'autre jour je me suis dit "tu vas aller voir cette dame, et tu vas commencer par lui dire "ben écoutez ça va mieux", et c'est quand même ce que je vous dis.

C'est bien, je suis contente d'avoir votre expérience.

P4 : Oui oui. Comme quoi aussi peut-être qu'il faut pas toujours tout de suite se focaliser comme beaucoup avec des médicaments, quand j'étais à la boucherie que nous avions la boucherie, dans la rue juste en face en décalage en face de chez moi il y avait une dame qui était veuve aussi, et qui prenait des médicaments, euh à 18 heures pour pouvoir dormir à 19h, elle se couchait à 19h, des trucs pour dormir, et le matin fallait qu'elle en prenne pour

être mieux réveillée. Mon dieu ce qu'elle prenait, je me disais "mais enfin je veux pas prendre tout ça". Non je crois que je pourrais pas. Et je me souviens que par 2 fois j'ai subi des interventions chirurgicales, c'était parce que j'ai été opéré 3 fois d'un hallux valgus, 3 fois parce que ça a été raté, et la première ou la 2e fois je me souviens plus, la veille au soir ils m'avaient donné un cachet, je crois que c'était atarax. Les maux de tête que j'ai eus toute la nuit…

Donc en plus vous supportez pas bien.

P4 : A devenir folle. Après je sais pas, j'ai eu des intolérances à certains médicaments, certains antibiotiques…. Mais pour en revenir à ça aux intolérances, après la naissance de mon fils peut-être 2 ans après, j'ai pris la pilule. Et puis je me suis pas rendu compte au bout de 5 ou 6 mois j'étais malade j'étais pas bien du tout, et en fait quand j'ai été consulter avec ça, les analyses de sang ont fait que j'avais une hépatite médicamenteuse. Alors j'ai eu un régime sévère 1 an, et j'ai fait une cure à Vichy, et je ne sais pas si c'est la cure qui m'a fait du bien ou le médecin sur lequel je suis tombée c'était une femme, elle m'a bien auscultée tout, elle m'a dit "écoutez votre foie n'est pas malade, il sera très lent, alors la moindre contrariété, quelque chose qui vous écœure, vous aurez du mal à le digérer, et même et surtout les médicaments" passant par le foie. Je me suis toujours souvenu de ça. Ben voyez… Voilà. Tout ça explique...

Ok. Est-ce que, vous m'avez dit que vous avez pris la pilule. Est-ce que les changements hormonaux de la vie, la pilule ou après la ménopause…

P4 : Oui j'ai oublié de vous dire, je suis encore sous traitement hormonal.

Est-ce que vous avez l'impression que les hormones ont influé sur votre sommeil? Vous pouvez dire non…

P4 : Je ne sais pas, non non je ne sais pas du tout parce que, bon c'est sûr c'est ma gynéco à Epinal qui m'a mise tout de suite à 50-51 ans elle m'a dit, "bon ben écoutez je vais vous aider", alors que j'ai pas vraiment de problème, mais elle a voulu me faciliter peut-être les choses, bon je suis pas tombée sur le bon truc tout de suite, on a dû peut être donner… On a dû changer deux fois c'est tout, et puis là la gynéco qui me suit à Epinal tout de suite elle me dit "non non, vous pouvez continuer", je prends progestérone et estreva à faibles doses, quelques fois il m'arrive encore d'avoir les seins un peu douloureux, alors j'arrête momentanément l'estreva et puis voilà.

D'accord.

P4 : Mais bon tant qu'elle... je la vois une fois tous les 6 mois. Je la vois pour ça et puis elle est aussi endocrino donc… Mme C me fait mes traitements pour l'hypothyroïdie.

D'accord. Bon ben je crois qu'on a un petit peu fait le tour.

P4 : Oui, j'ai pas été de grande utilité pour vous si?

Si, il y avait des choses intéressantes.

P4 : Ce que j'en conclus c'est quelques fois peut-être on tombait trop facilement dans le fait de prendre des somnifères et quand je dis somnifères je connais pas les noms mais enfin… de trucs qui sont quand même pas forcément bons. Et quand j'entends des fois soit à la radio soit… Qu'il faut les prendre sur une période très courte, il y en a qui les prennent 2, 3, 4 ans voire presque à vie, je me pose des questions.

Mais vous savez qu'il ne faut pas les prendre trop longtemps. Ok. Parfait.

P4 : Et voyez même au début où j'habite maintenant, il m'arrivait encore de me lever la nuit comme je faisais avec mon mari pour boire un petit truc, me faire à la limite un déca, maintenant ça fait au moins 2 ans, oui 2-3 ans, que je ne l'ai plus fait ça me lever la nuit pour consommer. Non non.

D'accord.

P4 : Je me relève because pipi quoi mais voilà. Mais ça bon c'est pareil, je crois que tout le monde en est là à partir d'un certain âge.

PATIENT 5

Bon on va commencer, je vous explique mon sujet de thèse : les troubles du sommeil, plus précisément le dépistage des troubles du sommeil par le médecin traitant, est-ce que le médecin traitant en parle assez en consultation, et plus précisément, est-ce que les patients trouvent que le médecin en parle assez en consultation. Voilà. Donc sentez-vous libre de parler, je suis là pour guider l'entretien, c'est vous qui me donnez votre ressenti. On va commencer par quelques questions autour de vous : votre âge ?

P5 : 47 ans.

Votre profession ?

P5 : Actuellement je suis sans emploi, mais je vais démarrer une formation bientôt.

D'accord. Vous êtes marié ?

P5 : Non, célibataire.

D'accord, est-ce que vous avez des enfants ?

P5 : Non.

Est-ce que vous prenez des traitements tous les jours ?

P5 : Non.

Est-ce que vous fumez ?

P5 : Je prends un traitement pour arrêter de fumer depuis une dizaine de jours.

D'accord. Ça fonctionne ?

P5 : Plus ou moins… Après tout dépend de l'environnement où je suis j'ai envie de dire, si je suis avec des personnes qui fument j'aurai plus de tendance à vouloir refumer, mais si je suis tout seul là je vais arriver à m'en passer, ou si j'ai de l'activité quelque chose qui m'occupe l'esprit je pense pas à la cigarette.

D'accord. Niveau consommation d'alcool ?

P5 : Pfff… une fois de temps en temps, en tout cas pas tous les jours c'est sûr, tous les 3 jours peut-être, pas plus.

Niveau activité physique, est-ce que vous faites du sport ?

P5 : Oui, du tennis de table.

A quelle fréquence dans la semaine, à quels horaires ?

P5 : Une fois par semaine, le soir, entre 5 heures et 7 heures, parfois un peu plus tard, des fois un peu pour ça que j'ai du mal à m'endormir avec le sport.

On va rentrer dans le vif du sujet, le sommeil. Pour vous, qu'est-ce que c'est qu'un bon sommeil ?

P5 : Euh… Ben déjà pas manger trop le soir je pense. C'est pas regarder la télé trop tard.

Vous me donnez les astuces pour avoir un bon sommeil. Mais pour vous, quand vous avez bien dormi, qu'est-ce que c'est ?

P5 : On se réveille de bonne humeur, par exemple, on a pas de courbatures de choses comme ça, c'est tout je pense.

D'accord. Est-ce qu'il y a un critère de durée par exemple ? Dormir tant d'heures pour dire que vous avez bien dormi ?

P5 : Ben disons que c'est vrai que j'ai remarqué qu'avec l'âge j'ai tendance à moins dormir, moins d'heures disons, il y a quelques années je dormais 7 heures 8 heures d'affilée, maintenant c'est plus 5-6 heures, pas plus.

D'accord. Donc si vous êtes là c'est parce que vous avez déjà des soucis de sommeil. Depuis quand est-ce que vous manifestez de l'insomnie comme ça ?

P5 : Moi ça a toujours été plus ou moins, je suis quelqu'un d'assez anxieux déjà à la base, donc c'est vrai que ça aide pas pour s'endormir le soir. Plus des soucis familiaux qui viennent se greffer dessus j'ai envie de dire. Sur un fond un petit peu déjà anxieux.

Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul ?

P5 : Pour le sommeil ? Par quoi ? J'essaye de pas trop manger trop le soir parce que j'ai remarqué qu'en mangeant beaucoup c'est vrai que des fois on s'endort mais c'est pas un sommeil réparateur ; de pas faire trop d'activités physiques trop tard, c'est-à-dire que si je m'arrête à 7 heures, bah je vais m'endormir, me coucher à 9h, et pas par exemple à 8h et me coucher tout de suite après, là je sais que le sommeil, j'arriverai à m'endormir mais le lendemain j'aurai pas suffisamment dormi, je serai fatigué.

Donc vous essayez d'appliquer des consignes d'hygiène de sommeil ?

P5 : Voilà, d'hygiène de vie !

Et vous n'avez jamais pris de médicament pour ça ?

P5 : Si, l'homéopathie, des choses à base de plantes, ça m'aide mais c'est pas suffisant j'ai envie de dire.

D'accord. En moyenne, vous vous couchez à quelle heure ?

P5 : Ça dépend des journées, quand je suis bien fatigué ça va être 9h le soir, sinon 11h, 11h30.

D'accord, et vous vous réveillez à quelle heure le matin après ?

P5 : Je sais pas, 5h30-6h du matin…

C'est l'heure à laquelle vous voudriez vous réveiller ou vous aimeriez dormir un peu plus ?

P5 : C'est l'heure à laquelle je me réveille, et c'est difficile de se rendormir à ce moment-là.

Des réveils nocturnes ?

P5 : Oui, plus maintenant qu'avant.

Est-ce que vous pensez que vous seriez prêt à consacrer une consultation entière à discuter de cela avec votre médecin traitant ?

P5 : Non.

La dernière fois qu'on vous a vu, c'était à la fin de la consultation.

P5 : Oui. Mais là depuis, ça s'est arrangé, je dors mieux. Pas forcément par rapport au médicament que vous m'avez donné, mais ça va mieux.

D'accord. Il y a eu un facteur déclenchant, quelque chose qui a changé ?

P5 : Non pas du tout. C'est que… peut-être une accumulation de la fatigue sur une durée qui fait que.

D'accord. Donc vous avez déjà spontanément parlé de vos troubles du sommeil à votre généraliste, qu'est-ce qui vous a poussé à nous en parler ? Impression de ne pas pouvoir vous en sortir tout seul ?

P5 : Oui, j'en ai parlé autour de moi, mais c'est vrai que quand on consulte c'est différent, on a affaire à des personnes qui connaissent le problème.

On vous a proposé du Donormyl. Est-ce que ce que l'on vous a proposé a été satisfaisant pour vous ?

P5 : J'ai arrêté le traitement parce que je me suis rendu compte qu'en voiture j'avais tendance à somnoler, alors je sais pas si c'est le médicament ou pas, et j'ai lu le papier dedans qui disait que ça pouvait venir de ça, alors j'ai arrêté.

Vous l'avez pris combien de jours avant d'arrêter ?

P5 : Une semaine.

Vous aviez l'impression que ça a fonctionné un peu sur le sommeil ou pas du tout ?

P5 : Non.

D'accord. Est-ce que en consultation on a déjà parlé avec vous d'hygiène de sommeil ?

P5 : Non.

Est-ce que vous savez ce que c'est ? Pouvez-vous m'exposer vos connaissances là-dessus ?

P5 : C'est éviter d'être devant un écran avant de s'endormir ?

Oui, vous m'avez parlé aussi du sport, des écrans…

P5 : Je sais pas, peut-être la lecture, lire trop longtemps c'est pas bon non plus parce que si on lit quelque chose qui nous intéresse on a tendance à vouloir prolonger, peut-être lire juste un chapitre puis je dors.

Alcool et tabac ?

P5 : Oui, et le café aussi. Par moments j'avais tendance à en boire avant de dormir, et puis je m suis rendu compte que ça pouvait venir de ça aussi. 1h ou 2h avant je buvais un café, et puis j'ai arrêté.

Maintenant vous ne le faites plus. Et l'ambiance de la chambre ?

P5 : La température, j'ai toujours une vingtaine de degrés dans la chambre, sauf quand on ne peut pas faire autrement et qu'il fait très chaud. Ne pas surchauffer la chambre avant de dormir, même l'hiver. Et le bruit et la lumière.

Est-ce que votre généraliste vous a déjà questionné sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet principal de la consultation ?

P5 : Pas du tout, c'est moi qui en ai parlé quand j'avais ce problème-là.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on parle assez de l'insomnie en consultation, est-ce que vous pensez que c'est un sujet que l'on évoque assez ?

P5 : En consultation non, mais c'est vrai que dans les médias, journal et télé, on en parle plus. Le fait de venir en consultation… Pis c'est vrai qu'on peut se renseigner assez facilement, et internet…

Vous vous renseignez plus avec internet ?

P5 : Pas trop non, moi j'ai plus envie de dire je suis plus lecture que téléphone. Les choses que j'ai envie de retenir plus, je préfère les lire que sur un téléphone.

D'accord. Donc vous ne pensez pas qu'on devrait en consultation plus en parler que ça, c'est vraiment à vous d'amener le sujet.

P5 : Je pense qu'il y a des patients qui peuvent avoir des problèmes, j'ai pas d'idée en tête, mais ça peut des fois venir… Le sommeil est lié … Je me suis perdu.

Pas de souci. Donc vous spontanément pour aller chercher des informations vous préférez aller seul chercher dans la lecture, ailleurs, plutôt qu'avec un professionnel de santé.

P5 : Oui. Quand on a une bonne connaissance de soi-même aussi, qu'on connaît ses habitudes, on arrive à corriger déjà des choses qui peuvent aider à dormir.

Ok, on arrive à la fin du questionnaire. Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous aimeriez parler à propos de vous, de votre sommeil ?

P5 : J'en ai parlé la dernière fois, je suis quelqu'un d'anxieux déjà et puis j'ai des problèmes familiaux, j'ai une sœur qui est alcoolique, donc c'est vrai que c'est pas fait pour m'aider, surtout qu'il y a deux jours elle est tombée, elle s'est cassé l'épaule, je vais la voir à l'hôpital demain, c'est pas tout près…

Donc vos soucis de sommeil sont surtout attribués à l'anxiété ?

P5 : Ah oui, principalement.

Donc vous pensez que si vous étiez moins anxieux ça se passerait mieux.

P5 : Ah oui, si mes problèmes personnels étaient en partie réglés, ça simplifierait beaucoup le soir quand je veux m'endormir.

Parce que vous dormez combien d'heures par nuit à peu près ?

P5 : Oh, 5-6h.

Et ça vous suffit ?

P5 : Oui. Bon parfois ça m'arrive de faire une petite sieste mais c'est rare. Il faut vraiment que je sois fatigué, d'une longue journée la veille, avoir fait du sport, au tennis de table en compétition on jour le dimanche matin on démarre à 9h parfois jusqu'à 13h, là quand je rentre je fais une sieste. Je sais que c'est pas trop conseillé le soir pour dormir.

Après si la sieste est courte <1h ça peut rester correct.

P5 : Oui c'est jamais moins d'une heure.

Ok, c'est à peu près bon pour moi ; je vous remercie !

PATIENT 6

Donc ma thèse porte sur les troubles du sommeil, plus précisément l'insomnie, plus précisément l'insomnie en consultation et le dépistage de l'insomnie par le médecin traitant. Donc pour situer un peu le personnage : votre âge ?

P6 : 43.

Votre profession ?

P6 : Menuiserie.

D'accord. Vous êtes marié ?

P6 : Non.

Vous prenez un traitement tous les jours ?

P6 : Oui.

Qu'est-ce que vous prenez ?

P6 : Alors prégabaline.

D'accord. Est-ce que vous avez des enfants ?

P6 : Non.

Donc vous vivez seul à la maison. Ok. Vous fumez ?

P6 : Je vapote, j'ai arrêté grâce à ça.

D'accord. Niveau consommation d'alcool ?

P6 : Oui, ça m'arrive.

Occasionnel ? pas tous les jours ?

P6 : Non pas tous les jours, une bière un verre de vin.

Plutôt à quel moment de la journée ?

P6 : Le soir.

D'accord. Niveau activité physique, vous faites du sport ?

P6 : Euh malheureusement non. Je bouge pas mal au travail.

Donc on comprend que vous soyiez crevé après. Ok. Donc le sommeil. Pour vous, c'est quoi un bon sommeil ?

P6 : 8 heures. Ce que je ne fais plus depuis longtemps, et donc oui je prends de la prégabaline pour m'aider. Pour m'endormir disons ça va, mais c'est pour la durée, ça m'aide si jamais je me réveille dans la nuit, si j'ai pris la prégabaline je peux me rendormir après plus facilement. Si je me réveille sinon après c'est quasi impossible. Forcément… c'est pas que ça travaille là-haut mais forcément quand on arrive plus à dormir on va cogiter à tout et n'importe quoi.

Donc pour vous un bon sommeil il y a quand même un critère de durée. Au moins 8 heures.

P6 : Oui. On va dire que quand le corps en a assez je pense que on se réveille de soi-même. Après c'est une hygiène de vie. Mais là depuis 2 ans où je suis au travail, je travaille sur 2 postes matin et après-midi, et sinon j'ai travaillé aux 3 huit pendant 15 ans, donc je pense que ça joue aussi.

D'accord. Ça fait depuis quand que vous avez des soucis pour dormir ?

P6 : Euh je dirais depuis 8 ans. On va dire que c'est vraiment là où je m'en suis rendu compte.

Et le facteur déclenchant pour vous c'était quoi ?

P6 : Alors j'étais 8 ans en imprimerie et je suis quelqu'un qui s'investit pas mal, et je supportais mal les gens au travail, qui sont pas tous très sains, on va vous chercher des noises… Et ça j'ai eu du mal à l'ingurgiter, et en fait je travaillais beaucoup, je faisais des heures en plus, et je sortais encore le week-end. Donc là déjà le sommeil j'en avais pas beaucoup. Et donc au bout de ces 8 ans, j'ai voulu arrêter j'ai fait une rupture conventionnelle parce que j'ai fait un burn out. C'était pas encore la mode à l'époque, je savais pas que c'était un burn out mais ça en avait tous les traits. Donc j'ai mis un certain temps avant de m'y remettre, où je suis parti en Bretagne, et 2 ans après mon grand-père est mort, donc voilà, je pense que tout ça n'a pas été… Donc j'ai pris un traitement, je crois que c'était la sertraline.

C'est un anti-dépresseur plutôt.

P6 : Je prenais pas encore la prégabaline.

Donc vous reliez surtout le début à des soucis au boulot.

P6 : Oui. C'était surtout ça.

D'accord. Vous vous sentez comment quand vous avez mal dormi ? Vous pouvez décrire un petit peu ?

P6 : Oui, irritable, pas du tout en phase, je vais comprendre les choses moins vite. Oui plutôt ça.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul ?

P6 : C'est-à-dire ?

De changer vos habitudes de vie, de prendre des médicaments seul…

P6 : Ben oui, l'automédication je prenais surtout dès que j'avais des douleurs du dafalgan codéiné sinon c'est tout. J'essaye vraiment de limiter tout ce qui est antibiotiques.

Et pour le sommeil ?

P6 : Non. J'ai recommencé à courir, mais ça ne changeait rien. Même quand j'étais fatigué, je me disais bon là ça fait 2 jours que je dors pas bien le 3^{e} ça ira, mais en fait ça change rien.

D'accord. Une nuit de sommeil type pour vous, c'est de quelle heure à quelle heure ?

P6 : Euh… On va dire de 23h à 7h.

D'accord. Des réveils la nuit ?

P6 : Ben là ça fait une semaine où ça se passe très bien.

Bonne nouvelle !

P6 : Toujours à l'aide de la prégabaline, je ne me réveille plus. J'essaye de limiter le café aussi, par périodes j'en buvais beaucoup.

Justement, je voulais interroger un peu vos connaissances sur l'hygiène de sommeil. Est-ce que vous savez ce que c'est ?

P6 : Alors pas du tout, on entend beaucoup parler de l'apnée du sommeil…

Là je ne parle pas de la même chose. L'hygiène du sommeil, ce sont les conditions à réunir pour passer une bonne nuit. Vous diriez que c'est quoi ?

P6 : Bah tout ce qui est tablettes, PC, téléphones, écrans, la lumière ? Peut-être pas tellement important, mais on éteint les lumières, une chambre sombre, après oui l'alcool le tabac tout ça c'est des excitants. J'ai tendance à manger plus le soir, c'est peut-être pas le mieux…

C'est plutôt recommandé de manger léger le soir en effet.

P6 : Pas de films d'horreur aussi…

Ça va un peu avec les écrans. Ce sont des notions qu'on a déjà évoquées avec vous en consultation ?

P6 : Non.

Alors le sommeil en consultation. Est-ce que vous seriez prêt à consacrer une consultation complète à discuter de ça avec votre généraliste ?

P6 : Pourquoi pas.

Qu'est-ce que vous attendriez de cette consultation, les solutions, l'attitude du praticien… ? Comment vous aimeriez que cette consultation se passe ?

P6 : Ben forcément qu'elle m'apporte quelque chose que je ne connais pas encore. Après c'est sûr oui, niveau hygiène de vie…

Vous aimeriez qu'on vous donne des conseils plus ciblés ?

P6 : Oui je pense que ça pourrait aider, rien que d'y penser déjà.

Donc vous avez déjà parlé de vos troubles du sommeil à votre généraliste. Qu'est-ce qui vous a poussé à en parler ?

P6 : C'est que j'ai pas réussi à trouver une solution par moi-même.

Vous auriez aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P6 : Non, pas spécialement…

D'accord. Est-ce qu'il y a déjà un médecin que vous avez vu en consultation, qui vous a déjà questionné sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet au départ ? Question difficile…

P6 : C'est possible, mon ancien généraliste le Dr J. qui est en retraite.

Est-ce que vous pensez qu'on en parle assez en médecine générale, qu'on questionne assez sur l'insomnie ?

P6 : Non, je pense qu'on en parle pas assez, c'est quelque chose de très important pour moi.

Est-ce que vous savez que l'insomnie est aussi un facteur de risque cardiovasculaire, au même titre que l'alcool, le tabac, le surpoids et le cholestérol ? un mauvais sommeil selon des études, les gens insomniaques chroniques sont plus à risque d'AVC, d'infarctus, de diabète… Aviez-vous ce genre de notions.

P6 : Non, par contre, je sais quand je dors pas assez, si vraiment au bout d'une semaine j'ai pas six heures par nuit, je sais que dans le corps il se passe quelque chose, et chez moi quand j'ai pas assez dormi j'ai des côtes qui se resserrent, et quand j'essaye de m'étirer ça fait comme des coups de couteau, je sais pas si j'explique ça bien…

Je comprends. Et donc vous reliez ça au manque de sommeil, c'est systématique.

P6 : Oui tout à fait.

Donc vous êtes traité pour votre sommeil, vous prenez de la prégabaline. C'est le Dr J. qui vous l'avait prescrite au départ ?

P6 : Oui.

Et ça fonctionne bien chez vous ?

P6 : Oui. En fait c'est mon beau-père qui m'avait donné ça, il avait plein de boîtes qui servent à rien. J'ai essayé, j'ai vu que ça m'aidait, et c'est comme ça que j'ai demandé à en avoir. C'était des 75mg, et j'ai tellement besoin de dormir que j'en ai pris beaucoup, 5 à 6 je crois, pour que ça fasse de l'effet. Pour dormir normalement. Et puis par la suite on est passé à 200mg, puis 400 voire 600mg pour dormir, puis une fois quand je suis venu voir le Dr J. j'ai essayé de baisser. Je sais que ça peut créer des problèmes au foie, donc j'ai réussi à calmer, mais j'ai dû remonter un peu, je suis à 100-150 quelque chose comme ça.

Donc au départ c'est vous qui avez voulu essayer, ce n'est pas le médecin qui a commencé à le prescrire.

P6 : Oui. J'en ai parlé parce que je voulais savoir s'il y avait encore autre chose, mais ne pas arriver à des somnifères, donc il m'a dit que c'était la limite avant le somnifère donc je suis resté à ça.

D'accord. Vous avez déjà essayé autre chose, justement des somnifères ?

P6 : Mes parents en ont. Mais je trouve que c'est trop assommant. Et j'ai pas envie de tomber là-dedans.

Qu'est-ce qu'ils ont ? C'était quoi comme somnifère vous vous rappelez ?

P6 : Zopiclone.

D'accord. Donc vous avez essayé, vous trouviez que ça vous assommait trop, et vous aviez peur de tomber dans la dépendance c'est ça ?

P6 : Oui, je pense qu'on s'y habitue vite, par facilité…

Et la prégabaline, vous pensez pas tomber dans la dépendance ?

P6 : Non, parce que je peux arrêter, mais j'ai déjà essayé je vais pas arriver à dormir, on va dire que quand je sais que je travaille pas, quand j'ai un jour de congé, je vais baisser ou alors ne pas en prendre, je sais que je vais pouvoir mieux gérer mon temps.

Vous n'avez pas l'impression d'être accro.

P6 : Non.

D'accord. Et avant la prégabaline, vous aviez essayé autre chose, d'autres molécules ou à base de plantes ?

P6 : Ça n'avait pas d'effet. En général ce qu'on prescrit d'abord avant d'aller plus loin, y avait le stresam, et ça fonctionnait pas. Je crois que c'est tout.

D'accord, ça n'avait pas trop fonctionné. Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous aimeriez bien parler à propos de votre sommeil ?

P6 : Euh… Si on se drogue ça n'aide pas non plus… Mais c'était il y a longtemps.

Qu'est-ce que vous appelez se droguer ?

P6 : Ben quand j'allais en soirée je prenais de l'ecstasy. Vers 25-30 ans. Donc ben ça aussi ça provoquait des troubles et je sais que pour récupérer d'une nuit comme ça il faut plus de temps qu'une nuit ou deux pour se régénérer c'est certain.

D'accord. Bon vous avez arrêté depuis ?

P6 : Oui (rire). Ça passe. Comme les petites voitures.

Très bien, je vous remercie.

PATIENT 7 – ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE

Alors déjà quelques petites questions à propos de vous, votre âge, profession ?

P7 : Ben j'ai 65 ans, j'ai eu 65 ans au mois de mai, je suis infirmière retraitée.

D'accord. Vous êtes mariée ?

P7 : Veuve.

Vous avez des enfants ?

P7 : Deux.

D'accord. Est-ce que vous fumez ?

P7 : Oui.

Vous êtes à combien de cigarettes par jour à peu près vous diriez ?

P7 : Oh pas tout à fait un paquet.

D'accord. Ça fait longtemps que vous fumez ?

P7 : Oui, depuis l'âge de 27 ans.

D'accord. Niveau consommation d'alcool ?

P7 : Niet ! Occasionnellement.

D'accord. Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P7 : Oui j'ai une insuffisance rénale qui engendre des complications donc j'ai des médicaments pour ne pas avoir ces complications-là.

Vous pouvez me dire ce que c'est ?

P7 : Alors c'est pas pour l'insuffisance rénale c'est pour des torsades de pointes que j'ai faites il y a 10 ans, c'est l'aténolol 25. J'ai de l'allopurinol aussi, j'ai du crestor, je continue… Oh non excusez-moi j'ai une jeune chienne… Qu'est-ce que j'ai encore… Elle me perturbe… Un instant… Je me dépêche.

Prenez votre temps, on n'est pas pressés !

P7 : Ah t'es pénible hein. Oui parce que j'ai tellement l'habitude de le prendre que je sais même plus… Donc oui. Parce que là j'ai une fracture du col du fémur qui a été opérée il y a

3 4 semaines donc je suis un peu molle. Donc crestor, amlor aussi, rabéprazole évidemment, et puis c'est tout finalement. Et oui des antalgiques aussi, parce que j'ai eu de l'ostéoporose il y a quelques années qui m'a occasionné pas mal de fractures, donc j'ai des antalgiques à prendre quand j'en ai besoin.

Qu'est-ce que c'est comme antalgiques ?

P7 : Du dafalgan codéiné.

D'accord, vous ne prenez pas plus fort.

P7 : Non non pas pour le moment, celui-ci me convient. J'étais sous morphine, sous durogesic, mais la codéine me suffit maintenant. Je ne la prends pas systématiquement évidemment.

D'accord. Mais le durogesic c'était suite à votre fracture ?

P7 : Oui, suite à une période de fracture oui.

D'accord, ok pour les traitements. Est-ce que, quand vous êtes en forme et pas avec votre fracture du col, est-ce que vous faites de l'activité physique ?

P7 : Beaucoup de marche !

A quel moment de la journée à peu près vous faites ça ?

P7 : Souvent l'après-midi.

D'accord, bon pour les petits détails autour de vous, on va passer au vif du sujet : pour vous, qu'est-ce que c'est qu'un bon sommeil ?

P7 : Ah bah pour moi un bon sommeil, c'est de m'endormir dans les 5 minutes qui suivent et ne pas me lever toutes les 5 minutes et ne pas me réveiller toutes les 10 minutes.

Donc c'est quelque chose de continu, sans interruption.

P7 : Voilà, voilà.

Donc vous avez déjà souffert ou souffrez actuellement d'insomnie ?

P7 : Voilà. Disons que j'ai toujours eu depuis ma tendre… jeune vie d'adulte des problèmes pour dormir la nuit, à savoir que je n'ai pas sommeil, donc je me couchais vers 2h du matin pour retrouver le service à 6h du matin, donc je dormais très peu du fait qu'il fallait que je me prépare, que je fasse la route, que je passe par les vestiaires pour me trouver à 6h du matin

dans le service. Donc, j'ai pris un travail de nuit, qui me convenait très bien parce que comme les matinées j'étais très somnolente, ça me correspondait bien.

Oui ?

P7 : Maintenant du fait que je suis en retraite, j'ai recours au zopiclone un petit peu pour m'aider à dormir.

D'accord. Et vos soucis d'insomnie, il y a eu un facteur déclenchant, il y a quelque chose qui a provoqué ça ou c'est venu un peu tout seul ?

P7 : Non je pense qu'il y a eu un facteur déclenchant, j'ai eu beaucoup de problèmes psychologiques familiaux quand j'étais petite, et je n'avais jamais vu de psy jamais personne, et je pense que tout ça s'est accumulé.

D'accord. Comment est-ce que vous vous sentez quand vous avez mal dormi ?

P7 : Ben maintenant je dors bien donc… Je peux pas vous dire comment je me sens.

La question c'est plutôt les conséquences sur vous du manque de sommeil, quand vous avez passé une mauvaise nuit.

P7 : De l'énervement, et un peu d'angoisse quoi.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule ?

P7 : Non.

Jamais essayé de prendre des médicaments seule ? Modifier votre hygiène de vie ?

P7 : Mon hygiène de vie était je pense bonne, mais je pense pas… Les premiers c'était avec Mme R.

D'accord. Donc c'est elle qui a commencé à vous traiter ?

P7 : Oui, à ma demande.

Donc qu'est-ce que c'est le traitement ?

P7 : Du zopiclone que je ne prends plus beaucoup maintenant, qu'on a remplacé par un cica… je ne sais plus quoi ?

Circadin ?

P7 : Voilà.

C'est de la mélatonine.

P7 : Qui moi me réussit bien aussi. J'ai encore une boîte de zopiclone que je n'ai pas touchée encore depuis mon dernier rendez-vous, et là ça dure depuis 6 mois, 9 mois ça va faire.

D'accord. Donc ça fait 6 à 9 mois que vous ne prenez plus de zopiclone.

P7 : Si, j'en prends une fois de temps en temps mais plus tous les soirs systématiquement. Une boîte j'en ai pour 3 mois puisque je la vois tous les 3 mois.

D'accord. Est-ce que vous pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation entière juste pour discuter de vos problèmes de sommeil ?

P7 : Oh non.

Pourquoi ?

P7 : Pfff… ça ne me paraît pas… pour moi j'arrive à gérer donc…

Ce que vous avez actuellement vous convient bien.

P7 : Tout à fait. Là c'est un peu exceptionnel parce que je ne marche plus, mais avec le circadin ça re roule donc…

D'accord. Donc à quel moment est-ce que vous avez commencé à parler avec Mme R. de vos soucis de sommeil ?

P7 : Oh il y a une dizaine d'années, quand je me suis retrouvée en retraite.

D'accord. Pourquoi, ça s'est aggravé avec le passage à la retraite ?

P7 : Ben non mais j'étais un petit peu à l'envers, du fait que je ne dormais pas de bonne heure le soir, le matin j'avais tendance à traîner au lit et puis bon bah j'avais quand même une fille encore à la maison et fallait bien que je m'en occupe et puis elle sera pas endormie toute la journée, qu'elle vive aussi !

Pourquoi est-ce que vous avez fait appel à elle ?

P7 : Elle me suivait déjà, c'était mon médecin traitant donc je lui en ai parlé, c'est tout.

Et là pour le coup est-ce que c'était le sujet principal de la consultation ?

P7 : Non, je pense pas. Non, non .

D'accord. Et donc elle vous a donné le zopiclone, c'est la première chose que vous avez essayée ?

P7 : Oui je crois oui.

Il n'y a pas eu d'autres choses ?

P7 : Non.

D'accord. Est-ce qu'on a déjà parlé avec vous de la notion d'hygiène de sommeil ? est-ce que ça vous dit quelque chose ?

P7 : Rien du tout.

Alors l'hygiène de sommeil c'est en fait les critères, les conditions à réunir pour passer une bonne nuit.

P7 : Non, j'ai pas souvenir d'avoir entendu ça.

Si moi je vous demande pour vous, quelles sont les conditions à réunir pour passer une bonne nuit ?

P7 : Ça peut m'intéresser ! (rire)

Oui mais vous est-ce que vous avez des notions là-dessus ? est-ce que vous savez ce qu'il faut faire pour dormir bien ?

P7 : Oui, bouger dans la journée, se lever, ne pas aller sur les écrans mais ça c'est pas ma spécialité donc c'est pas mon problème, et puis ben moi je sais que je dois pas prendre de douche avant d'aller me coucher parce que ça me réveille plus, ça me booste plus donc je la prends le matin. Sinon, ben qu'est-ce que vous voulez que je vous dise… Voilà !

Des petits conseils, comme chambre sombre, le bruit, les excitants…

P7 : Ah oui ! Ben pour dormir la journée, j'ai été obligée de faire chambre sombre, pour pouvoir retrouver l'ambiance de la nuit. Se mettre au bruit, éviter le bruit et tout.

C'est un médecin qui vous a dit ça ou quelqu'un d'autre ? Comment l'avez-vous su ?

P7 : Ben c'est du bon sens quoi, c'est l'éducation…

Est-ce que votre généraliste vous a déjà questionnée sur votre sommeil alors que c'était pas le sujet principal de la consultation ?

P7 : Non, non, non, on en parlait, elle aimait pas trop prescrire ça mais bon ça s'arrêtait là quoi. Mais discuter vraiment, non.

D'accord. Est-ce que vous auriez bien aimé qu'on en discute un peu plus en consultation ?

P7 : Pffff…

Pas nécessairement.

P7 : Non.

D'accord. Est-ce que vous pensez que l'insomnie c'est une question que l'on pose suffisamment en médecine générale, ou est-ce que vous pensez qu'on devrait plus en parler ?

P7 : C'est vrai que les médecins autour de nous, si on n'en parle pas, ils posent pas la question ça c'est sûr. C'est mon impression.

Et vous en pensez quoi ?

P7 : Bah peut-être que soulever le problème, ça ferait peut-être du bien à certaines personnes de pouvoir en parler quoi. Pas s'enfermer dans leur problème. Parce que c'est un peu tabou le fait de prendre des comprimés pour dormir, les gens n'aiment pas.

Ah. Pourquoi est-ce que vous pensez que c'est tabou ?

P7 : Ben pour moi, je sais que je ne m'en vante pas.

Pourquoi ?

P7 : Bah… Pourquoi, parce que je pense que les autres comprendraient pas autour de moi pourquoi je veux dormir absolument…

Vous pensez que c'est pas un problème qui est reconnu par le reste de la population ?

P7 : Ben reconnu non, si… Mais les gens n'en parlent pas non plus !

Et pourquoi à votre avis ils n'en parlent pas ?

P7 : Je pense qu'ils pensent comme moi, c'est pas un truc à crier sur les toits quoi.

Pour vous ça reste quelque chose du domaine du privé.

P7 : Voilà tout à fait, c'est de la vie intime.

C'est intéressant ce que vous me dites. Vous trouvez que c'est un domaine vraiment privé, à ne pas forcément exposer aux autres.

P7 : Tout à fait.

Mais avec votre médecin, ça vous dérange pas d'en parler ?

P7 : Ben non, je le dis carrément ouvertement, et on s'étale pas dessus quoi.

Et pourquoi avec votre médecin ça vous dérange pas d'en parler et avec vos proches ça vous dérange ?

P7 : Ben… Elle est médecin donc elle peut tout entendre, mais les autres… je sais pas, je pense qu'ils comprendraient pas… puis je trouve que c'est sensible, c'est des trucs que je garde pour moi.

D'accord. Est-ce que vous auriez voulu qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P7 : Non. Pas spécialement.

Quand vous parlez du sommeil en consultation avec Mme R., c'est à quel moment dans la consultation ? plutôt au début, au milieu, à la fin ?

P7 : Au renouvellement d'ordonnance.

Donc à la fin plutôt.

P7 : Oui il est sur la liste donc elle me demande si on continue ou si on continue pas, je lui dis oui et puis point final. On s'arrête là. Surtout qu'elle est pas pour elle en plus.

Peu de médecins sont pour en effet. Mais j'ai l'impression que vous en prenez pas beaucoup.

P7 : Non je fais attention j'en prends plus beaucoup, on a discuté justement avec Mme R des fois, suite à l'accident de la personne qui conduisait le car, qui s'était plantée sur un passage à niveau… et les médias avaient dit que la veille elle avait pris du zopiclone, donc Mme R m'a dit que les lois si j'ai bien compris qu'elle avait le droit d'en délivrer mais pas tous les mois et qu'il fallait au moins 42 jours entre chaque délivrance. Donc ça m'a fait tilt, bon pour pas la mettre dans l'embarras, je vais essayer de faire un effort, donc voilà. C'est uniquement pour pas la mettre dans le jus quoi.

Ah c'est sympa (rire)

P7 : Je l'aime bien cette femme.

Oui je peux comprendre ! Quand vous prenez du zopiclone c'est la moitié ou un entier ?

P7 : Bah des fois la moitié c'est vrai.

Et ça fonctionne aussi bien ?

P7 : Oui, je pense qu'il y a un peu de psychologie là-dedans, de psychique aussi.

Pourquoi ? En quoi c'est psychique ?

P7 : Je sais pas, je me dis si je le prends pas et je dors pas je vais m'énerver, et puis quand je le prends ben je sais que je vais être zen cette nuit, du fait des problèmes rénaux j'urine toutes les demi-heures et j'ai toujours peur de pas m'endormir et de compter les moutons jusqu'au matin quoi.

Et avec le zopiclone vous arrivez à passer une nuit sans vous lever ?

P7 : Non je me lève, mais je me rendors tout de suite.

D'accord.

P7 : C'est ça l'avantage.

D'accord. Donc vous avez conscience que le zopiclone a une action propre mais aussi psychologique.

P7 : Tout à fait. Il m'est arrivé déjà de me coucher sans rien hein, en me disant tu verras bien. Il y a certaines nuits où je me suis relevée le prendre ou un demi ça dépend des heures, et d'autres nuits où ça passait bien quoi.

Vous avez pas peur d'être accro ?

P7 : Non (rire) on verra bien ! Je suis pas d'une nature pessimiste ! si ça vient on verra avec Mme R. !

D'accord. Maintenant je vais vous parler de quelque chose qui est pas très connu de la population générale, le sommeil et le risque cardiovasculaire. Les insomniaques chroniques ont en fait un risque plus élevé de faire un AVC, de faire un diabète, de faire un infarctus, et ceci au même titre que la cigarette, que le surpoids, que le manque d'activité physique, le sommeil c'est un facteur de risque cardiovasculaire aussi. La population n'est pas forcément au courant. Est-ce que ça vous disait quelque chose ?

P7 : Non, au point de vue cardiaque non. Les 2 autres les activités physiques et la cigarette oui je sais ça.

Ce sont les facteurs connus. Le sommeil l'est un peu moins. Maintenant que vous êtes informée, est-ce que vous auriez plus tendance à vous en inquiéter ?

P7 : Dans l'immédiat non, peut-être que cet après-midi ça me trottera dans la tête, peut-être que la nuit prochaine j'y penserai…

Je veux dire dans le futur, pas forcément maintenant.

P7 : Je me ferme pas, je peux y penser.

D'accord. Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous auriez bien aimé parler à propos de votre sommeil ?

P7 : Bah non…

Donc si je résume : vous avez des soucis de sommeil depuis que vous êtes très jeune, que vous avez « réglés » avec votre métier en bossant la nuit et en dormant le jour, et quand vous êtes arrivée à la retraite ça n'a plus été parce qu'il vous fallait vivre le jour et dormir la nuit, et c'est à ce moment-là que vous avez initié un traitement, quand vous étiez plus jeune vous n'aviez pas de traitement.

P7 : Pas du tout.

Et on est sur du zopiclone de temps en temps, du circadin de temps en temps, et ça vous convient.

P7 : Tout à fait.

Parfait c'est bon pour moi, vous m'avez dit des choses vraiment très intéressantes, je vous remercie !

PATIENT 8

Bon, alors, déjà, pour situer un petit peu le personnage, votre âge ?

P8 : 51 ans.

D'accord. Votre boulot ?

P8 : Je passe en invalidité là suite à un harcèlement, une déprime, et comme je suis fonctionnaire ils m'ont mis en incapacité totale de travail. Je suis sous antidépresseurs depuis 5 ans.

OK. C'était quoi comme boulot ?

P8 : Administratif à l'état civil.

D'accord. Vous êtes mariée ?

P8 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P8 : Oui deux plus un de mon mari. De remariage.

Vous prenez un traitement tous les jours ?

P8 : Oui.

Vous m'avez dit, antidépresseur ?

P8 : Antidépresseur, et des cachets pour dormir.

D'accord. Qu'est-ce que c'est que vous prenez ?

P8 : Alors je sais jamais… zopiclone plus un cachet rose, théralène.

D'accord. Niveau habitudes de vie, est-ce que vous fumez ?

P8 : Non j'ai arrêté.

Depuis quand ?

P8 : J'ai arrêté, repris, là j'ai re arrêté depuis 2-3 mois.

D'accord, donc c'est récent. Niveau consommation d'alcool ?

P8 : Non, le week-end.

Occasionnel.

P8 : Oui.

Vous faites de l'activité physique ?

P8 : Là j'ai repris un petit peu de sport oui.

Qu'est-ce que vous faites ?

P8 : Des fessiers, abdos, un peu en salle, des cours collectifs, et de la marche.

D'accord. Plutôt à quel moment de la journée l'activité ?

P8 : En fin d'après-midi et la marche en début d'après-midi.

D'accord. On passe dans le vif du sujet le sommeil, pour vous qu'est-ce que c'est un bon sommeil ?

P8 : Un bon sommeil c'est dormir au moins 6 heures consécutives sans me réveiller, ce qui est très rare.

D'accord. Donc il y a un critère de temps pour vous, il faut qu'il y ait une certaine durée de sommeil. Ça fait combien de temps que vous dormez pas bien ?

P8 : Ben depuis la déprime, ça fait… Depuis que j'ai arrêté de travailler en fait, ça va faire 5 ans.

D'accord. Ça a été déclenché par quoi ?

P8 : Ben des cauchemars, je me réveille, du stress, quand je me couche j'arrive pas à déconnecter, je sens que je suis fatiguée mais j'arrive pas à trouver le sommeil en fait.

D'accord, à quoi vous attribuez ça ? Au début ça a commencé comment ?

P8 : Au début je me rappelle plus trop.

C'était quelque chose… La cause c'était le boulot, la famille… ?

P8 : Non c'était le travail pour le coup, c'est le travail qui a engagé la déprime, par contre au début je dormais la journée, là ça fait au moins 3 ans que je fais jamais de sieste même si je dors pas la nuit quoi.

D'accord. Vos habitudes de sommeil, vous vous couchez à quelle heure, vous vous levez à quelle heure ?

P8 : Alors je me couche vers 1h, je me relève à 6h, je déjeune, et des fois je me recouche de 8h30 à 9h30.

D'accord, pas de sieste ?

P8 : Non.

D'accord. Vous vous sentez comment quand vous avez mal dormi ?

P8 : Oh ben très mal.

Vous pourriez décrire un peu ?

P8 : Les yeux qui piquent, j'arrive pas à me poser et dormir dans la journée mais je sens que je suis fatiguée.

D'accord. Donc pas de sieste.

P8 : Non je me mets devant la télé, et faut pas me demander ce qu'il se passe à la télé mais je dors pas.

Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter seule ?

P8 : C'est-à-dire ?

De prendre des médicaments, de changer des choses dans votre vie, toute seule, pour améliorer votre sommeil ?

P8 : Non.

Vous avez jamais essayé de traitement en libre accès par exemple en pharmacie ?

P8 : A part écouter de la musique zen, c'est tout, mais ça fait rien.

D'accord. Est-ce que vous seriez prête à consacrer une consultation entière à discuter de vos soucis de sommeil avec votre généraliste ?

P8 : Oui.

Vous feriez, vous avez déjà fait ?

P8 : Non.

Dans l'hypothèse d'une telle consultation, vous attendriez quoi du médecin en face de vous, qu'est-ce que vous voudriez qu'il vous propose ?

P8 : Ben un bilan pour savoir d'où viennent ces troubles, je sais pas s'il y a des examens possibles, évaluer mon temps de sommeil, les phases de réveil tout ça, je pense que c'est un souci d'endormissement, ou je sais pas d'où vient le problème quoi. Des fois je suis très fatiguée et j'arrive pas à dormir non plus.

Malgré la fatigue.

P8 : Parce que j'ai essayé d'arrêter mon traitement pendant une semaine, j'ai pas dormi plus. Je me suis dit au bout d'un moment ça va bien me fatiguer je vais dormir, ben non.

D'accord. C'est quoi comme antidépresseur que vous prenez ?

P8 : Euh sertraline ?

Sertraline. D'accord.

P8 : De 3 je suis passée à 1 par jour, donc là je diminue quand même beaucoup.

Vous avez diminué toute seule ?

P8 : Oui.

Et ça va ?

P8 : Je suis un peu à fleur de peau mais ça va.

Donc est-ce que vous avez spontanément parlé de vos soucis de sommeil avec votre généraliste ?

P8 : Oui.

C'est quoi qui vous a poussée à faire appel à un professionnel de santé ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez eu envie d'en parler ?

P8 : Ben une solution.

D'accord. Et c'était dans quelles circonstances dans la consultation, au début au milieu à la fin ?

P8 : J'en ai parlé plutôt au début à mon psychiatre parce que je voyais un psychiatre, et ben jusqu'à ce que j'ai été suivie par ce psychiatre-là, c'est d'ailleurs lui qui m'a donné le théralène en plus, parce que je lui ai dit même avec tous les médicaments je dors quand même pas, et puis après Mme R quand je suis venue dans la région, jusqu'avant j'étais pas dans cette région…

D'accord. Et quand vous êtes allée voir Mme R c'était pour ça ou c'était pour autre chose au départ ?

P8 : Ben pour mon traitement plus ça qui est lié plus ou moins.

D'accord. Et elle elle vous a proposé quoi ?

P8 : Elle a continué en fait le traitement du psychiatre.

Le zopiclone c'était le psychiatre qui vous l'avait mis ?

P8 : Alors j'ai eu zolpidem, zopiclone, et là j'ai zopiclone.

Et c'est le psychiatre qui l'a commencé ?

P8 : Oui.

Vous trouvez que c'est satisfaisant comme solution ?

P8 : Non.

Pourquoi ?

P8 : Je pense que j'en prendrais pas ce serait pareil quoi.

D'accord. Pourtant vous dites que vous avez essayé d'arrêter et que pendant une semaine vous ne dormiez pas.

P8 : Je dormais pas plus que là. En fait je me suis dit si déjà vu que des fois 4h je suis encore debout, je sens que je suis fatiguée à 23h mais impossible, je vais au lit, je me relève, je me retourne, je me relève, et puis bon on est énervé quand c'est comme ça. Je pense qu'à force on trouve de moins en moins le sommeil, donc je me suis dit « ben si j'en prends pas de plusieurs jours peut-être que ça va tomber d'un coup la fatigue ». Eh ben non.

D'accord.

P8 : Après il y a des phases où je dors quand même mieux que d'autres.

Il y a une raison particulière ?

P8 : Je peux pas vous dire.

C'est par cycles ?

P8 : Oui.

Ok. Est-ce que vous connaissez la notion d'hygiène de sommeil ? ça vous dit quelque chose ?

P8 : Euh non. Si, pas fumer, pas boire, ces choses-là.

Ben voilà. Ces choses justement.

P8 : Pas regarder un téléphone portable, lire, essayer de lire, mais alors si je lis le lendemain je me rappelle plus, donc ça c'est embêtant aussi, qu'est-ce que je peux faire d'autre… La respiration. Se concentrer sur sa respiration et déstresser.

Vous avez essayé des solutions non médicamenteuses ? L'hypnose ?

P8 : Je fais de l'hypnose mais c'est plus pour le stress et la confiance en soi.

L'acupuncture vous avez essayé ?

P8 : Pffff j'en avais fait mais j'ai l'impression que ça me fait rien.

Donc vous avez quand même essayé.

P8 : Mais il y a longtemps.

D'accord. C'était pour le sommeil ou pour…

P8 : C'était pour le stress.

Pour le stress. Ok. Euh pour revenir sur l'hygiène de sommeil, vous m'avez parlé un petit peu des écrans, est-ce qu'il y a autre chose que vous pourriez me dire, dans les conditions à réunir pour passer une bonne nuit ?

P8 : Le régime alimentaire aussi je pense, pas prendre un repas énorme et puis se sentir mal, pas rester devant un écran, lire ou essayer de respirer… Après non c'est tout je vois pas.

L'atmosphère de la chambre ?

P8 : Non pas du tout.

Chambre sombre, température pas trop élevée, on dit 18-20° en général. Ces notions-là, c'est votre médecin qui vous en a parlé, c'est vous qui connaissiez d'avant ?

P8 : Non je connaissais d'avant.

Et pour vous c'est quoi ? C'est de l'éducation ? C'est du bon sens… ? D'où vous tenez ces infos-là ?

P8 : …

Question difficile ?

P8 : Ben… L'hygiène alimentaire c'est plus ou moins de l'éducation, après le bon sens c'est sûr que si on se met devant un écran… ça semble logique quoi c'est pas ça qui va nous aider à dormir, et après la respiration plus par le biais du sport, et je suis allée voir aussi un ostéopathe et tout ça il nous en parle un petit peu.

On déconseille aussi l'activité le soir c'est pour ça que je vous ai demandé au début à quel moment de la journée vous faisiez votre activité. Vous m'avez dit un petit peu le soir. Est-ce que vous auriez bien aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P8 : Ben oui.

Oui ? Parce que vous auriez attendu quoi du spécialiste ?

P8 : Ben moi j'ai dans la tête qu'ils font des examens pour voir ben comment notre endormissement se passe et nos phases de réveil. Donc c'est ça que j'attendrais pour dire où est le souci, est-ce qu'on peut améliorer, sans médicaments quoi, comme je suis pas trop pour les médicaments.

Pourquoi vous êtes pas trop pour les médicaments ?

P8 : Ben parce que là j'ai des soucis de mémoire, donc je pense que c'est dû aux antidépresseurs j'ai fait des examens et je me dis que tous ces cachets-là c'est néfaste quoi.

Néfaste pour quoi ?

P8 : Ben l'antidépresseur déjà, si c'est lui qui me fait perdre la mémoire, c'est pas très très bon, et puis je vais pas vivre toute ma vie sous antidépresseurs quoi, faudra bien m'en sortir de ces cachets. Après je sens que c'est hyper difficile.

C'est plus l'antidépresseur qui vous embête que le zopiclone j'ai l'impression, vous me parlez surtout de l'antidépresseur.

P8 : Après vous voyez parler comme ça… *(elle s'essuie les yeux)*

Ah, ça vous…

P8 : Hm.

Ça vous replonge un peu dans tout ça. Vous voulez qu'on arrête ?

P8 : Non…

Bon. Question un petit peu plus terre-à-terre. Votre médecin, est-ce qu'il vous a déjà questionné sur le sommeil alors que c'était pas le sujet de la consultation.

P8 : Euh non je pense pas. Je ne pense pas, je peux pas vous l'affirmer parce que j'ai pas toutes les consultations en tête, les soucis abordés…

Est-ce que vous pensez qu'on parle assez des troubles du sommeil en médecine générale ?

P8 : Non.

Vous aimeriez qu'on en parle plus ?

P8 : Oui.

Pourquoi ?

P8 : Ben c'est un bilan comme les autres sur l'état de santé du patient je pense, ça joue énormément le manque de sommeil sur la santé des gens. Le fait de se sentir bien pas bien quoi. Moi je sais que si je dors pas c'est encore pire, je me sens pas bien.

Vous m'avez parlé d'agitation, d'énervement, les yeux… Alors faut savoir aussi que le sommeil c'est un facteur de risque cardiovasculaire en fait, les gens sont pas forcément au courant, mais les insomniaques chroniques ont un surplus de risque de faire du diabète, de faire un AVC, de faire un infarctus. Les gens ne le savent pas forcément.

P8 : Non pas du tout.

Vous étiez au courant ?

P8 : Non, du tout.

Non, pas trop. Est-ce que ça vous pousserait à plus en parler à votre médecin, ou autour de vous, de savoir ce genre de choses ?

P8 : J'en parle déjà parce que c'est un gros problème pour moi, donc je pense que ça me pousserait pas plus.

Vous arrivez quand même à en parler autour de vous de ça ?

P8 : Oui.

D'accord. Pas de difficultés à vous ouvrir.

P8 : Non ça va.

Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous aimeriez bien parler ? A propos toujours autour de votre sommeil, vos habitudes ?

P8 : Ben non, le fait que pour moi je pense que c'est lié à la dépression chronique quoi énormément.

Ce serait plutôt ça le facteur déclenchant.

P8 : Hm. Parce que je vois des fois mon mari il me dit « mais tu penses à quoi pour pas dormir » ? Des fois je pense à des choses d'autres fois je pense pas spécialement à des choses j'ai pas de stress à ce moment là mais même j'arrive pas à trouver le sommeil.

L'antidépresseur ça fait combien de temps que vous le prenez ?

P8 : 5 ans.

5 ans. Et le médicament pour le sommeil aussi ?

P8 : Oui.

Et c'est parce qu'il y a 5 ans vos problèmes de boulot ont débuté ?

P8 : Je me souviens quand je travaillais, le soir je m'écroulais dans mon lit, le lendemain j'étais réveillée sans réveil sans problème quoi.

Et qu'est-ce qu'il s'est passé il y a 5 ans pour que vous commenciez ce traitement-là ?

P8 : Ben c'est quand j'ai arrêté de travailler et tout, suite au harcèlement au travail.

D'accord. Et quand vous étiez, disons, plus jeune, que vous travailliez ailleurs, vous aviez pas de souci de sommeil.

P8 : Non. J'ai jamais été une grosse dormeuse mais j'avais un sommeil qui me… Comment dire… Reposant.

Récupérateur.

P8 : J'avais pas l'impression d'être fatiguée comme là.

D'accord. Ok. Je vérifie si j'ai tout ce qu'il me faut.

P8 : Et après à ajouter, c'est le mal-être la journée, parce qu'on sent qu'on est fatigué et on trouve pas le sommeil, ça c'est pénible.

C'est frustrant c'est sûr.

P8 : J'arriverais à me reposer à dormir une heure… Là c'est pas le cas… La journée je ne dors jamais, j'ai beau me poser 2 heures ça ne va rien changer.

Vous avez essayé les petits moyens, les tisanes, la mélatonine…

P8 : Oui, j'avais acheté de la mélatonine à la pharmacie ça a rien fait, les tisanes je prends de la verveine de la menthe… Après je pense qu'on est tellement dans un concept qu'on se

dit déjà « est-ce que je vais dormir ? » donc déjà c'est un stress, et c'est vrai c'est pas bon quoi… arriver à se dire je suis sûre que je vais aller me coucher je vais dormir… Je pense qu'on amplifie un petit peu….

Il y a aussi oui une grosse dimension psychologique avec ça.

P8 : Oui voilà.

Et donc le zopiclone, vous dites que vous avez essayé d'arrêter et qu'au final c'était pareil ? Pourquoi est-ce que vous aviez repris alors après ?

P8 : Ben pour… ben c'était pareil non, je dormais beaucoup moins, mais ce que je me suis dit c'est au bout d'un moment forcément je vais dormir mieux, et ça n'a pas fait donc j'ai repris pour… Je dors quand même mieux avec les médicaments, je dors 5h consécutives quand même.

D'accord. Ok. Et vous prenez ½ ou 1 entier ?

P8 : Un entier. Et un théralène, je sais pas si ça fait plus ou pas, mais du coup j'ose pas l'enlever.

D'accord. Et donc vous avez essayé d'arrêter l'antidépresseur toute seule. Ok. Est-ce qu'il y a autre chose que vous vouliez évoquer ?

P8 : Non.

Bon, c'est bon pour moi.

PATIENT 9

Alors. Pour situer un petit peu le personnage déjà quel âge avez-vous ?

P9 : J'ai 76 ans.

D'accord. Votre profession, ancienne profession ?

P9 : Euh ben j'ai gardé mes enfants, j'ai travaillé chez Bracard l'atelier Bracard comment, comme piqueuse, après à la SEP et après j'ai gardé mes enfants, mes 3 enfants.

OK. Donc vous êtes mariée ?

P9 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P9 : 3.

3 enfants. Est-ce que vous prenez des traitements tous les jours ?

P9 : Euh ben le zopiclone tous les soirs.

Est-ce qu'il y a autre chose ?

P9 : Ben non, pour l'instant. En ce moment j'ai une épine calcanéenne qui me fait souffrir, ça fait 8 mois que je me soigne, alors bon ben je prends mon cachet à 9h30.

Qu'est-ce que c'est comme cachet ?

P9 : Le zopiclone, je le prends, à minuit je me réveille tellement que je souffre du pied, et puis après je dors plus avant 5 heures.

D'accord. Vous prenez des antidouleurs pour le pied ?

P9 : Pour le pied non, je prends pas du tout parce que j'ai pris des séances de kiné et bon, maintenant que ça partira comme c'est…

Est-ce que vous fumez ?

P9 : Non.

Niveau consommation d'alcool ?

P9 : Non.

D'accord. Niveau activité physique ?

P9 : Je ne sors plus du tout. Voilà.

D'accord, pas trop de sport, pas de marche.

P9 : Non, c'est fini.

Donc on passe dans le vif du sujet, le sommeil ! pour vous, c'est quoi un bon sommeil ?

P9 : Un bon sommeil, c'est dormir. Penser à rien, dormir.

Hm.

P9 : Voilà, c'est tout.

D'accord… Euh… Vous avez des troubles du sommeil, ça fait depuis quand à peu près ?

P9 : Ça fait bien 15 ans.

Ca fait 15 ans. C'est apparu suite à un évènement particulier ?

P9 : Je peux pas dire, non. Euh… comment… non.

Vous vous rappelez pas suite à quoi c'est apparu. D'accord. Quand vous avez mal dormi, vous êtes comment ?

P9 : Ben je suis fatiguée.

Et vous pouvez me décrire un peu l'état dans lequel vous êtes ?

P9 : Euh… J'ai envie de rien, je suis complètement… Je pense qu'à ça. Dormir, au moins dormir, penser à rien.

Est-ce qu'il y a des manifestations physiques ?

P9 : Non.

Plus psychiques.

P9 : Oui.

D'accord. Votre rythme de sommeil ? une nuit de sommeil typique chez vous ?

P9 : Oh 6 heures, 7 heures. Oui.

Et vous vous couchez à quelle heure à peu près ?

P9 : Alors maintenant en ce moment, je dors à 21h30 parce que je sais que je vais… Dans ma tête… C'est dans la tête hein c'est vrai… Je pense que je vais pas dormir, alors je vais aller au lit de bonne heure, et puis je dors jusqu'à minuit je suis contente, minuit et demie bon je mets une bande parce que j'ai mal dans mon pied, ça me lance, et puis jusqu'à 5 heures à me retourner.

D'accord. Et vers 5 heures vous arrivez à vous rendormir quand même ?

P9 : Je me rendors jusqu'à 8 heures.

Jusqu'à 8 heures, d'accord. Donc j'ai l'impression vous me dites c'est pire en ce moment à cause du pied ?

P9 : Oui.

Et avant quand il y avait pas le pied c'était comment ?

P9 : Avant ça allait, bon je dormais, avec mon cachet, mais bon, je sais que j'ai mon cachet, si je le prends pas c'est pas la peine d'insister hein, je dormirai pas. Du tout du tout du tout.

D'accord. Ça fait combien de temps que vous le prenez le cachet le zopiclone ?

P9 : Oh ça fait bien 10-15 ans.

10-15 ans. D'accord. Vous le prenez depuis le début que vous avez commencé à mal dormir.

P9 : Voilà.

D'accord. Est-ce que vous vous souvenez au début, si vous avez essayé de vous traiter toute seule ?

P9 : J'ai essayé.

Qu'est-ce que vous avez essayé ?

P9 : J'ai essayé, j'ai dit bon je vais peut-être, j'étais un mois à ne pas en prendre. Je n'ai pas dormi pendant 3 semaines. Et j'en pouvais plus, je n'en pouvais plus, je me dis… J'avais une hantise c'était de partir au lit j'ai dit mais c'est pas possible je vais pas dormir, c'est vraiment… C'est une drogue… Maintenant je sais que c'est une drogue.

D'accord. Des effets secondaires de ce médicament ?

P9 : Je peux pas… Bon je perds un petit peu la tête…

Vous pensez que c'est à cause de ça ?

P9 : Je sais pas.

D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres effets secondaires ?

P9 : Euh… non.

Somnolence la journée ?

P9 : Ah non non, je me lève le matin je suis bien. Même si je penche je suis bien. Je suis pas endormie comme des autres médicaments que je prenais dans le temps, que j'avais, comment, j'étais à moitié endormie et puis… non, on peut pas dire, comment, je suis bien le matin quand je me lève.

Qu'est-ce que vous preniez dans le temps ? C'était pour quoi ?

P9 : Ben pour dormir toujours.

Et c'était quoi ?

P9 : Xanax ?

Xanax oui c'est possible. Parce que vous m'avez dit que vous preniez du zopiclone depuis 10 à 15 ans mais avant ça vous preniez du xanax ?

P9 : Oui j'en prenais déjà.

D'accord. Aussi pour le sommeil ?

P9 : Pour le sommeil.

Donc ça fait quand même plus de quinze ans…

P9 : Oui oui, ça fait plus de 15 ans.

D'accord. Donc vous est-ce que vous avez déjà essayé des petits moyens, par exemple ce qu'on trouve en pharmacie sans ordonnance…

P9 : Oui, oui. J'ai… Le mois que j'étais pendant 1 mois hein comment, Mme R elle voulait plus m'en donner, j'ai essayé, mais il y avait rien à faire, même avec les médicaments qu'ils mettent à la pharmacie ça faisait rien.

C'était quoi que vous aviez essayé à la pharmacie ? Vous vous rappelez ?

P9 : Non, je me rappelle plus.

La mélatonine, du L72, non ? ça vous dit rien ? euphytose ?

P9 : Non, non. C'était tout simple, comment, qu'ils disaient qu'on pouvait dormir et puis hop.

D'accord. Donc ça a pas trop marché pour vous.

P9 : Non non.

Ok.

P9 : Ils montrent à la télévision, « nuit calme »… Ha. Les nuits calmes.

Vous avez essayé ?

P9 : Ha oui.

Et ça a pas marché ?

P9 : Non !

D'accord. Le sommeil en consultation : est-ce que vous seriez prête à consacrer une consultation complète à parler que de ça avec votre généraliste ?

P9 : Ben moi ça ne me fait rien, euh comment, pour quoi faire ?

Pour discuter de ça, pour avoir un petit peu les sources du problème, comment est-ce qu'on peut améliorer le traitement, est-ce que vous feriez une consultation juste pour ça ?

P9 : Ben oui je veux bien.

Vous attendriez quoi de cette consultation ?

P9 : Ben j'attendrais que j'aie plus à dire d'aller au lit qu'il faut que je prenne mon cachet. Voilà. C'est que je voudrais arrêter mais que je puisse dormir.

Ce qui vous ennuie le plus c'est ce cachet à prendre.

P9 : Oui.

Ça vous embête d'être dépendante de ce cachet ?

P9 : Voilà. Et je pense que j'ai peur, quand j'étais, dimanche j'étais voir ma sœur qui a fait un AVC, elle est complètement dans le coltard, et ça m'a… J'ai dit pourvu que mes médicaments ce soient pas des médicaments qui fassent ça, euh…

Après vous avez pas fait un AVC vous.

P9 : Ben non, mais je dis, parce que comme elle me dit Mme R elle me dit arrêtez de prendre ça. Ben je dis vous êtes marrante…

D'accord. Donc est-ce que vous… Je suppose que vous vous êtes déjà plainte au généraliste de vos troubles du sommeil, vous en avez déjà parlé.

P9 : Ben oui, oui !

Qu'est-ce qui vous a poussée à faire appel à un médecin ? Pourquoi est-ce que vous avez fait appel à un médecin pour ça ?

P9 : Ben parce que y en a pas… On peut pas les avoir sans ordonnance !

Et au tout début ? Essayez de vous souvenir…

P9 : Ben je crois que c'est l'ancien… Parce que je sais plus combien de temps qu'ils sont là… ça fait bien 15 ans qu'ils sont là, oui… Ben c'est au moment-là qu'elle m'a dit bon du zopiclone et puis voilà, et ça a commencé comme ça, bon le premier jour ben c'était formidable, et puis c'était ça pour tout le temps. Parce que je suis bien, je prends mon cachet je suis bien je vais au lit, je suis pas… Bon je suis pas dans le coltard hein.

La première fois que vous en avez parlé, pourquoi est-ce que vous en avez parlé ?

P9 : Parce que j'arrivais pas à dormir.

D'accord. Et ça vous handicapait dans la vie de tous les jours ?

P9 : Ah bah oui. J'étais tellement nerveuse que bon voilà.

Et quand vous en parlez c'est plutôt en début, en milieu, en fin de consultation ?

P9 : Non, je lui dis, bon ben j'étais là… Mes médicaments toujours les mêmes bon voilà…

Donc plutôt à la fin au renouvellement ?

P9 : Oui oui.

Vous arrivez à en parler facilement avec votre généraliste ?

P9 : Oui.

C'est un sujet sur lequel vous arrivez à vous ouvrir.

P9 : Oui, oui. Et elle me dit « ben oui mais il faudrait que vous arrêtiez ». Ben oui ben oui mais… Je sais que M.R, comment, il veut plus m'en donner, alors ben j'ai dit bon ben on ira voir Mme R, puis c'est Mme R qui a dit bon ben on va en mettre puis voilà ça a commencé comme ça.

Vous avez déjà essayé de diminuer la dose, de prendre ½ par exemple ?

P9 : Non.

Ça peut être un bon début.

P9 : Oui. Ouais. Je peux vous le dire, je le dirai pas à Mme R, j'ai été 2 jours tellement… Que j'avais mal mon pied… J'ai repris le cachet à 2h du matin. Tellement que ça… Je hurlais dans le lit, j'en pouvais plus, j'avais mal, et j'ai repris un cachet et puis je me suis endormie. Mais 2 jours de suite hein, c'était fini, j'ai dit non, j'ai dit je dormirai pas ça fait rien, je dormirai pas matin. Voilà.

Est-ce qu'on a déjà parlé avec vous de l'hygiène de sommeil ? Est-ce que vous savez ce que c'est ?

P9 : Non.

L'hygiène de sommeil ce sont toutes les petites règles, les petites consignes, qu'on doit appliquer pour passer une bonne nuit. Est-ce que vous savez ce que c'est ?

P9 : Non.

Qu'est-ce que vous feriez, vous, pour passer une bonne nuit ?

P9 : Être calme.

Oui, qu'est-ce que vous appelez être calme ?

P9 : Ben, partir au lit sans penser à quoi que ce soit, et à bien dormir.

D'accord. Est-ce que vous avez des rituels de coucher ?

P9 : Oui je ne dors que sur le côté droit.

D'accord, est-ce qu'il y a des choses que vous faites, immanquablement, avant de vous coucher ?

P9 : Je prends ma douche. Ça je peux pas aller au lit sans prendre ma douche.

D'accord. Des petites notions comme par exemple pas d'excitants avant de se coucher, pas d'activité avant de se coucher… Est-ce que vous pouvez me donner ce genre de petites notions ?

P9 : Ben oui, être calme, et puis regarder la télé, pas des films d'horreur hein, regarder la télé, je sens que j'ai envie d'aller au lit, j'y vais, que ce soit 21h30 ou 22h30, j'y vais quand ça me dit dans ma tête de me dire « bon il faut que j'aille au lit ».

Et l'ambiance de votre chambre ?

P9 : Bien.

Il faut que ce soit sombre, il faut qu'il y ait pas de bruit…

P9 : Ah il faut que j'aie un petit peu de lumière de dehors.

La température de la chambre aussi ?

P9 : Oui, 10 degrés.

10 degrés ??

P9 : Oh oui, j'ai mis un petit peu de chauffage hier soir…

C'est froid 10 degrés.

P9 : Ben oui, il faisait froid, j'ai dit « allez je vais mettre du chauffage ». Je dors bien.

Ok. Votre médecin traitant, il vous a jamais donné des petites consignes comme ça pour mieux dormir ?

P9 : Non.

D'accord. Est-ce que vous auriez bien aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P9 : Non.

Est-ce que votre généraliste, que ce soit M ou Mme R vous a déjà questionnée sur votre sommeil alors que c'était pas le sujet initial de la consultation ?

P9 : Jamais, non.

Est-ce que vous pensez que ça devrait être plus abordé en consultation, ou est-ce que vous trouvez qu'on en parle suffisamment ?

P9 : Oui, comment, j'aimerais bien qu'on me dise quoi faire.

D'accord. Donc vous pensez qu'on devrait en parler un peu plus.

P9 : Bah oui.

Et pourquoi ?

P9 : Ben parce qu'on me dit toujours « c'est pas bon, c'est pas bon, c'est pas bon », mais je voudrais bien arrêter, j'aimerais bien, ça je suis d'accord pour arrêter, mais moi si c'est pour passer 8 jours, 10 jours à pas dormir, mais je deviens folle hein.

D'accord. Ok. Alors, il faut savoir aussi, c'est pas très connu de la population, les insomnies chroniques c'est aussi un facteur de risque cardio vasculaire, c'est-à-dire que ceux qui dorment pas de manière chronique, ont plus de risque de faire des AVC, de faire du diabète, de faire des infarctus par exemple. Est-ce que vous saviez ça ? Est-ce que c'est des notions que vous aviez ?

P9 : Non. Non.

D'accord. Est-ce que maintenant que vous êtes informée, vous auriez plus tendance à vous en préoccuper ?

P9 : Bah oui.

Ok. Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous voudriez parler ?

P9 : Non, je voudrais dormir c'est tout.

J'ai l'impression que votre souci ça tourne vraiment beaucoup autour du médicament-là que vous voudriez arrêter quoi.

P9 : Bah oui.

Vous avez jamais essayé d'autres petits moyens l'hypnose, l'acupuncture, les trucs comme ça ?

P9 : Non.

Vous êtes pas convaincue que ça marcherait ?

P9 : Non, non. Je crois pas.

Et votre médecin traitant vous l'a jamais proposé ?

P9 : Non.

D'accord.

P9 : Euh, je vais pas commencer à 76 ans, bon.

Il n'y a pas d'âge.

P9 : Ah oui.

Parce que vous savez que dans nos études de médecine, on nous dit qu'en première intention on peut proposer de la thérapie cognitivo comportementale, c'est-à-dire une thérapie psychologique. Vous, si vous avez jamais essayé, ça vaudrait peut-être le coup.

P9 : Oui. Non.

Mais je vous sens pas convaincue.

P9 : Non.

Pourquoi ? Vous pensez que ça marcherait pas ?

P9 : Non, parce que je sais que j'étais un mois, je me souviens, le coup de mon pied là, elle m'a dit bon on arrête le zopiclone et on va, comment, on va essayer, que j'y arriverais et tout ça. Et pendant 3 semaines j'ai pas dormi pas dormi pas dormi. Oh non non, je deviens folle moi.

Vous êtes très préoccupée par votre sommeil en journée ? Vous y pensez beaucoup ?

P9 : Euh oui. Oui. Parce que je dis… Oui, je prends mon cachet ben oui.

D'accord. Et à part le zopiclone vous avez dit, vous prenez rien d'autre.

P9 : Non.

Rien pour le cœur, rien pour la tension.

P9 : Non. Euh j'ai que pour le pied… Et puis ça fait 3 semaines que j'en ai pas pris. Euh… Pour le sang.

Pour le sang ? Kardegic ?

P9 : Attendez, non c'est pour le cœur…

C'est un petit sachet ?

P9 : Oui c'est un tout petit sachet.

A prendre le midi ?

P9 : Oui.

D'accord. Ok, donc pour vous, vous êtes sous zopiclone mais vous trouvez pas que ce soit satisfaisant comme solution ?

P9 : Si, si je suis satisfaite, je prends mon zopiclone, pourvu que j'en aie dans mon tiroir, bon si j'en ai pas mais j'en suis malade… ça commence le matin je dis je vais pas dormir de la nuit, et puis ça travaille et puis ça travaille.

Donc cette solution vous convient, mais ça vous convient pas d'être dépendante de ça.

P9 : Voilà.

C'est ça en fait. D'accord, Ok.

P9 : Parce que moi je suis pas pour les médicaments, je prends des médicaments quand je suis obligée d'en prendre. Et après bon j'arrête. Et je suis pas une femme à prendre des médicaments en permanence.

Pourquoi vous dites que vous êtes pas pour les médicaments ?

P9 : Je suis pas pour les médicaments pour autre chose. Par exemple si j'aurais quelque chose, bon, pour mon pied je me suis soignée, bon ben j'étais au kiné et puis c'est tout. Comment. Mais je suis pas une femme à prendre beaucoup des cachets. Non.

Donc vous venez voir votre généraliste à peu près tous les mois, pour renouveler le zopiclone ?

P9 : Oui.

Et vous êtes satisfaite de la façon dont la consultation se passe ?

P9 : Ben oui, je dis « je viens pour… » ah oui, ça y est.

Ok. Ecoutez on est bon, c'est bon pour moi.

PATIENT 10

Alors, déjà pour cadrer un petit peu le personnage, quel âge avez-vous ?

P10 : 86, je suis né en 33.

D'accord. Quel était votre métier ?

P10 : Euh pour terminer j'étais receveur des PTT à Saint-Amé.

Vous fumez ?

P10 : Non. Je fume plus du tout mais à une époque je fumais. Alors on me demande à l'hôpital « vous fumez » ? oui. « combien ? » une gauloise tous les dimanches. Je fumais ma gauloise tous les dimanches. Et un beau jour j'ai une de mes filles qui s'est mise à fumer ça m'a dégoûté de la voir fumer, j'ai complètement arrêté. Non le tabac j'ai jamais été fumeur, j'avais peur de manquer de souffle quand je faisais du vélo, comme j'aimais beaucoup le vélo, je ne voulais pas fumer.

Et l'alcool ?

P10 : L'alcool ben c'est pareil, bon l'apéritif c'est rare avant un repas, et puis un verre de vin en mangeant à midi, un verre de vin rouge. Et à un moment donné avant d'être receveur j'étais facteur, ben je partais en principe les clients, vous savez à la campagne on vous paye volontiers un coup de rouge, ben je refusais à tout le monde. Le soir après mon travail avec un copain on allait boire un demi ou n'importe, mais autrement non, côté-là l'alcool non.

D'accord, vous êtes marié ?

P10 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P10 : J'en ai eu 4, j'en ai perdu un garçon à l'âge de 15 ans, mais j'ai encore 3 filles, et 7 petits-enfants qui sont mariés déjà.

Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P10 : Oh ben oui.

Qu'est-ce que vous prenez ?

P10 : Le mieux c'est… J'ai pris les ordonnances…

Vous êtes organisé.

P10 : Oui, je suis un bon client du Dr R. Oh ça… C'est les médicaments.

Alors… Enantone, rabéprazole, pancréatine, vitamine D, Ansulose, zopiclone, Kaleorid et Diprosone. D'accord. C'est pas mal pour le transit tout ça. Pour les intestins.

P10 : Oui. Et donc là c'est pour les yeux j'en ai qu'un.

Du Monoprost pour les yeux. Ok. Et ça je l'ai pas vu…

P10 : Ça c'est les poches, parce que j'ai une stomie.

Vous avez une stomie ?

P10 : Oui j'ai des poches.

Suite à quoi ? Qu'est-ce qu'il y a eu comme opération ?

P10 : Eh bien j'ai été opéré de la prostate en 98, radiothérapie à Epinal, j'ai eu 35 séances en 99, et puis j'ai été reconnu surirradié parce que vous savez les problèmes qu'il y a eu à l'époque… Reconnu surirradié à 3%. Il y en a d'autres qui ont été bien plus secoués que moi, mais enfin vous voyez 3% c'est assez pour me détraquer un peu. Puis j'ai eu pas mal d'échographies, scanner, enfin. Et puis à la fin j'ai été voir le Pr à Remiremont qui m'a

envoyé voir le Pr S à l'hôpital civil de Strasbourg. Alors là c'est différentes choses, entre autres le spencer, ça n'allait pas, alors un beau jour ça n'allait plus du tout, sans rendez-vous j'ai pris un taxi et puis j'ai été à Strasbourg, j'ai demandé le professeur il était pas là le professeur. Son adjoint quand il a vu come ça allait, il a été d'accord, le lendemain j'étais sur le billard il m'a tout enlevé.

Qu'est-ce qu'il vous a enlevé ?

P10 : Ben le spencer parce que j'avais un spencer, je sais déjà plus comment que c'est. Il m'a tout enlevé.

Au niveau de l'intestin ?

P10 : Oui, oui. Et alors après ça, quand le docteur le professeur il l'a vu il m'a remis… Mais j'en avais marre. Il m'en avait des fois parlé, faut tout enlever, et puis faire une stomie. J'ai dit « allez-y d'accord ». Alors une fois que j'ai été dans la chambre de l'hôpital, le soir, la nuit les infirmières vous savez ce que c'est elles passent toutes les heures à peu près, elles me trouvaient toujours les yeux grands ouverts. « Mais vous dormez pas ? » je dis non, j'arrive pas à dormir. Alors elles me donnaient un cachet. Et puis depuis j'ai pas pu m'en passer parce que le jour que j'ai essayé que le Dr R de pas en prendre, ou au début en prendre que la moitié, bah je dormais pas de la nuit, alors à la fin il m'a prescrit un cachet tous les jours.

On va se concentrer un petit peu là-dessus. D'abord, pour vous, pouvez-vous me décrire ce que c'est qu'un bon sommeil ?

P10 : Ben, un bon sommeil c'est quand je m'endors le soir et que je me réveille le matin à 6-7 heures, quand il faut que pour ça que j'aie pris de l'air, que j'aie jardiné un peu… Maintenant je peux plus je suis fatigué j'arrive plus, mais que je m'occupe… Dites-vous bien qu'on aille marcher à un moment donné avec ma femme, il y croyait même pas rien, tous les après-midis j'allais marcher 3/4h-1h, maintenant je peux plus. On va quand même le matin jusqu'à colruyt en courses, et le jour où je pourrai plus aller ça ira mal, parce que même si j'ai mal aux jambes si je suis fatigué, je me force à y aller tous les jours.

Vous aviez l'impression que marcher ça vous aidait à dormir plus tard ?

P10 : Oui, oui quand je bricolais un petit peu dehors ben tout ça ben oui. C'est-à-dire que le docteur m'avait dit qu'il fallait pas que j'aille au lit trop tôt, regarder un peu la télé, enfin... Alors tous les jours je regarde la télé, je m'endors à moitié devant mais enfin tant pis, jusqu'à 22h30 et puis là je fais ma toilette et tout et puis à 23h-23h15 je suis au lit. Alors quand ça va bien, j'arrive des fois à dormir jusqu'à 4-5h mais il y a des fois à 2h je suis réveillé même avec le cachet.

Et vous vous rendormez pas ?

P10 : Pffff.

D'accord. Et vous vous levez à quelle heure le matin ?

P10 : Ben je me force puisque avec ça, une poche pour la nuit je bouge pas du lit avant 7h. J'essaye de me reposer, même si je dors pas, mais enfin, je regarde l'heure à mon radio réveil, c'est long hein.

Donc vous restez éveillé jusqu'à 7h dans votre lit ?

P10 : Oui.

D'accord. Ok, ça fait depuis quand que vous avez des soucis de sommeil comme ça ?

P10 : Ben je vous dis depuis l'opération, en, comment, en 2014 oui c'est ça.

D'accord. Et c'est quoi qu'on vous avait donné du coup après cette opération ? Le zopiclone vous m'avez dit ?

P10 : Oui.

Le médicament vous l'avez commencé à ce moment-là et vous avez jamais pu arrêter c'est ça ?

P10 : J'ai essayé, en prendre que la moitié d'un, mais j'ai dit non. Et puis alors, même maintenant quand j'en prends un des fois le soir, si ça va pas, j'ai des fois mal partout, je prends un doliprane, les 2 à la fois ça va des fois mieux pour dormir. Pas à chaque fois.

Euh, comment vous vous sentez quand vous avez mal dormi ?

P10 : Ben je suis fatigué. Je lis le journal, ma femme elle vient voir, je m'endors à moitié dessus, bon. Le midi ça va je mange et puis après on joue une partie de cartes, quand une partie de cartes ça va, mais je vais voir les informations, et des fois avant la fin des infos je vois plus quoi, j'entends mais je dors à moitié quoi.

D'accord. Vous faites des siestes l'après-midi ?

P10 : Je regarde la télé 1h jusqu'à 14h, bon sûrement je dors à moitié. Mais je me couche pas sur un lit c'est sûr, assis sur un fauteuil.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul ? De prendre des médicaments qu'un médecin ne vous ait pas forcément prescrits ?

P10 : Bah je fais confiance, quand ça ne va plus j'explique ça au Dr R.

C'est bien. D'accord. Est-ce que vous pensez que vous seriez prêt à faire une consultation complète avec votre médecin généraliste par exemple, à parler que de vos problèmes de sommeil ?

P10 : Ben peut-être pas plus que j'ai déjà.

Donc vous ne pensez pas que ça vaille une consultation complète.

P10 : Depuis le temps vous voyez bien, en 2014 ça fait déjà 5 ans…

Qu'est-ce qu'il s'est passé en 2014 ?

P10 : Ben c'est là qu'ils m'ont posé le… Depuis là j'ai des tuyaux, des poches…

Je croyais que vous m'aviez dit que ça fait plus longtemps l'opération.

P10 : L'opération… Ben avant d'arriver à la pose de la, comment….

De la stomie.

P10 : De la stomie, on a essayé différentes choses, le docteur… Les sondes, fallait que je les mette moi-même, je n'arrivais pas, une fois j'étais arrivé à Epinal mais j'avais mal comme tout, et ils m'ont dit en sortant de train à Remiremont j'étais venu par le train, venez tout de suite à l'hôpital et… ça fait mal, c'est atroce… Alors après ils ont essayé le spencer.

Hm. Mais le zopiclone. On clarifie.

P10 : Alors le zopiclone c'est vraiment après que j'aie eu ces poches-là, en 2014, que à l'hôpital elles voyaient que je dormais pas donc elles donnaient un cachet, puis si elles oubliaient de m'en donner ben je leur en réclamais.

Donc le zopiclone c'est depuis 2014, c'est pas depuis la première intervention.

P10 : Non, non.

Ok.

P10 : Ben non, la première c'est quand j'ai été opéré de la prostate en 98.

C'est pas depuis 98 que vous le prenez.

P10 : Non non.

D'accord. Avant, est-ce que vous aviez des problèmes de sommeil ?

P10 : Non, pas vraiment.

Pas spécialement. C'est apparu vers 2014 quand vous avez été opéré.

P10 : Oui après que j'ai été à l'hôpital qu'ils m'en ont donné pour dormir. Si j'en avais pas, ben je voyais les heures tourner, l'infirmière qui venait qui disait bonjour.

Et c'est que vous ruminez ? vous vous sentez excité ? il y a des pensées… ?

P10 : J'ai pas sommeil c'est tout.

Vous avez pas sommeil. D'accord. Ok. Donc est-ce que vous avez déjà spontanément parlé de vos insomnies à votre médecin généraliste, sans qu'il vous demandé ?

P10 : Eh ben quand je suis revenu de l'hôpital quand j'ai demandé pour qu'il me donne… Là faut que j'y vienne tous les mois hein, peut pas m'en donner à renouveler.

Tout à fait.

P10 : Ben c'est depuis là que j'ai dit que j'arrivais pas à dormir à l'hôpital elles me donnaient ça, c'était pas tout à fait le nom-là, mais enfin je dis, il me faut un cachet pour dormir.

D'accord. Est-ce que vous trouvez que c'est satisfaisant comme solution ?

P10 : Ben je vois pas d'autre solution.

Et on a déjà essayé de proposer autre chose ?

P10 : S'il vous plaît ?

Est-ce qu'on a déjà essayé de vous proposer autre chose ?

P10 : Ce qu'il y a c'est que ça fait un petit moment qu'on me dit… je buvais un café, et c'était pas un fort, tous les midis, j'ai arrêté le café.

Hm.

P10 : Et à la place j'ai pris, c'est du carola, vous connaissez ce que c'est ? non ? C'est à base de plantes, j'ai dû le noter là-dessus… y a du seigle, de l'orge, de l'orge malté et de la chicorée. C'est en poudre.

D'accord.

P10 : Alors j'en prends, là ça fait un moment j'en prends tous les matins pour déjeuner. Avec des tartines de beurre, confiture, miel. Tandis que le midi à la place du café je prends ça et puis bon, ça me va.

Vous prenez quand même un café le matin ?

P10 : Non, pas du tout. J'en prenais que le midi et j'ai arrêté le midi, parce que peut-être que le café il m'empêche de dormir ou quoi que ce soit, alors j'ai repris du carola, les trucs de

seigle et de chicorée, et bon c'est plutôt assez bon, ça me remplace mon café, et un petit bout de chocolat avec et ça passe.

Est-ce que vous avez l'impression que ça a amélioré votre sommeil ? Remplacer le café par ça ?

P10 : Non.

Pas spécialement.

P10 : Non, non. En plus ça fait pas tellement de temps que j'ai arrêté de boire du café. Parce qu'avant je buvais que du café, j'arrivais jamais autrement. Puis j'ai dit bon ben je vais essayer. Et alors je buvais aussi autre chose, je buvais toujours un verre de vin en mangeant à midi, du vin rouge, puis j'ai arrêté de boire le vin, je bois plus. Alors le vin rouge c'était pas tellement pour le sommeil, c'est la poche parce que… Vous savez quand ça lâche, ben… Voyez bien les inondations, et depuis que j'ai fait ça j'ai pas eu de problèmes, pourtant il y a eu un soir, parce qu'il faut pas oublier quand je mets la poche de nuit, d'ouvrir le robinet pour que ça coule dans la poche de nuit, et ça m'est des fois arrivé, un matin où il était quoi, 4h, houlà, je mets la main… Ici, la poche à la jambe pareil, qui était énorme, puisqu'elle coulait pas… Oh j'ai allumé tout de suite, j'ai ouvert la poche, puis après ben j'ai re sommeillé un peu, c'est depuis qu'il y a les nouvelles poches, les anciennes poches ça aurait lâché… des fois le temps de sortir du lit en vitesse, mais ça m'est arrivé dans le couloir, de pas arriver aux toilettes…

D'accord. Est-ce que vous avez essayé des médicaments sans ordonnance, que l'on trouve en pharmacie, pour le sommeil ?

P10 : Oh non, et puis j'aime pas les tisanes.

Vous n'aimez pas les tisanes. D'accord. Vous avez le droit. Est-ce que vous savez ce que c'est que l'hygiène de sommeil ?

P10 : De quoi ?

L'hygiène de sommeil. L'hygiène de sommeil, c'est toutes les petites choses, consignes, toutes les habitudes de vie, que l'on applique pour avoir un bon sommeil. Qu'est-ce que vous pensez que ça peut être ?

P10 : C'était du fait que j'étais opéré, et quand même de temps en temps, le mois prochain je vais voir le docteur, et j'ai quand même toujours mal à …. J'ai plus qu'un rein… Alors c'est… C'est comment…

Je vous parle en fait de petits moyens, de petites règles, pour avoir un bon sommeil. Vous m'avez parlé du café, vous savez qu'il faut pas boire de café c'est un excitant, vous m'avez parlé de l'activité physique, faire de l'activité physique dans la journée ça vous permet de mieux dormir la nuit, est-ce qu'il y a d'autres petites consignes comme ça dont vous vous rappelleriez ?

P10 : Non puis, ce qu'il y a c'est que le soir, pour le repas, je mange uniquement une assiette de soupe, une cuillère de pâtes et un petit suisse, et puis c'est tout.

Donc vous mangez léger le soir.

P10 : Très très léger le soir. Avec ça, ben quand on m'invite chez ma famille ou ailleurs, je dis non le soir pas question. Le midi éventuellement mais le soir je vais nulle part.

Pourquoi ?

P10 : Ben, parce que je suis fatigué, quoi. Parce que même si je ne fais rien, quand je suis devant la télé je suis dans un fauteuil, tandis que si c'est pour m'endormir chez les gens… Pis alors printemps dernier, j'ai quand même voulu bêcher mon jardin parce que le monsieur qui devait le faire s'était fait une entorse, et j'ai réussi alors à faire tous les jours puis à la fin le samedi quand il a fallu achever j'ai achevé, oh ça a été quand même un ou deux jours, puis il y a eu aussi tondre la pelouse, j'en ai passé un bon bout de temps… Depuis là, je suis venu voir le docteur, j'étais à bout, j'avais plus de force, et depuis je ne bêche plus le jardin, je suis fatigué, je suis usé. Je suis au bout du rouleau.

D'accord. Et malgré ça vous arrivez pas à passer des nuits correctes ?

P10 : Je vous dis ça arrive, quelques fois je suis bien content quand je me réveille à 4-5h c'est rare, parce que j'ai pris en plus du cachet du doliprane. Alors pourquoi ce jour-là j'ai réussi à dormir, ça m'a réveillé.

D'accord. Donc vous prenez du zopiclone, c'est satisfaisant pour vous ?

P10 : De toute façon j'essaye de pas en prendre plus qu'un par jour, parce que je sais qu'il faut pas… D'ailleurs ils mettaient dessus la notice, fallait plus sujet à Alzheimer si… Si on insiste trop sur les cachets.

D'accord.

P10 : Donc j'en prends un.

D'accord. Est-ce qu'on a déjà essayé autre chose chez vous pour dormir ?

P10 : Non.

C'était toujours du zopiclone ?

P10 : Oui. A l'hôpital c'était peut-être pas tout à fait le nom-là, mais c'était pareil, c'était des petits cachets pour dormir.

D'accord. Est-ce que vous auriez aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P10 : Oh non. Pas plus, non. Je suis… du fait que je suis très fatigué même si je fais rien, et puis avec cette poche-là…

D'accord. Est-ce que votre médecin généraliste vous a déjà posé des questions sur le sommeil, alors que c'était pas le sujet principal de la consultation ? Est-ce que en consultation pour, par exemple, votre poche, on vous a déjà demandé « au fait le sommeil, comment c'est ? » ?

P10 : Ben d'office, comme je vais tous les mois le revoir… On en reparle pas de trop, mais il y a des fois où je viens que pour ça.

Des fois vous venez que pour ça quand même.

P10 : Uniquement pour ça, alors que là c'est tous les 3 mois, et je viens le voir uniquement pour ça.

Et quand vous venez uniquement pour ça, vous discutez comment ? Vous discutez de quoi ?

P10 : Si rien de spécial je vais pas l'embêter longtemps parce qu'il y a des clients qui attendent, mais autrement quand je viens pour ça ou pour autre chose, je viens comme ça, papier et je note avant, parce que quand je viens au docteur j'oublie tout. Donc je note avant.

C'est facile pour vous d'en parler avec le généraliste ? ça se passe bien ? De parler du sommeil avec le généraliste ?

P10 : Depuis qu'il est ici quoi, avant c'était le Dr H, mais depuis que ça a débuté l'opération de la prostate, je suis allé voir un autre docteur, à St Amé. Parce que Dr H il y avait toujours plein de monde, alors que celui-là ça passait vite. Alors il y a eu une fois, j'ai eu un problème, je viens le voir, pourtant il me donnait déjà des… Pour la prostate il me donnait déjà des médicaments, mais pas plus. Et puis ce coup-là, je me rappelle plus ce qu'il y avait, je lui dis ce qu'il en est, il me donne 3 médicaments. Le matin c'était un samedi, j'appelle le médecin de service, de Vagney, il dit « mais j'avais dit que… » c'est le docteur qui me suit habituellement il sait ce que j'ai, il m'a donné ça sur les 3 il y en avait 2 que j'ai qu'il fallait pas… Et il y en avait surtout un, c'était même marqué sur la notice qu'il fallait surtout pas me donner. Et il m'a plus revu le docteur hein, j'ai changé.

Quel rapport avec le sommeil là ?

P10 : Ben… Ce qu'il y a eu c'est que après le Dr H m'a envoyé voir un spécialiste à Epinal, il m'a dit opération de la prostate, risque de cancer, fallait faire des rayons…

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on parle suffisamment du sommeil, de l'insomnie, en médecine générale ? Est-ce que vous trouvez qu'en consultation on en parle assez ?

P10 : Je vois pas… Qu'est-ce que vous voulez qu'on y fasse ?

Je sais pas, je vous demande votre avis.

P10 : Non non, j'ai déjà assez d'autres problèmes, il y a le sommeil mais bon.

D'accord. Ok. Euh… Il faut savoir aussi, je sais pas si vous le savez, l'insomnie chronique est un facteur de risque cardiovasculaire. Au même titre que le surpoids, le tabac, ou l'alcool, ceux qui dorment pas de manière chronique ont plus de risques de faire du diabète, de faire un AVC, de faire un infarctus, de développer aussi des maladies cognitives. Est-ce que vous saviez ce genre de choses ?

P10 : Oh, plus ou moins, mais enfin …

Vous aviez appris ça où ?

P10 : Oh je sais pas, en discutant, avec la famille ou n'importe…

Vous avez pas vu spécialement un reportage, ou internet, ou… ?

P10 : Non.

Maintenant que vous savez cela, pensez-vous que le généraliste devrait questionner plus sur l'insomnie ?

P10 : Non.

Pas spécialement.

P10 : Non. C'est tout le reste… J'ai déjà plus qu'un œil, je vois rien du tout, et puis j'ai été une fois à l'hôpital, alors là ils savaient pas… Le SAMU et puis les pompiers ils sont venus d'ailleurs en force à 2 voitures, et ils m'ont emmené tout de suite, j'ai été 4 jours à l'hôpital pour le cœur. Puis au bout de 4 jours, ils m'ont proposé de faire l'épreuve d'effort, le vélo. Depuis 4 jours que j'avais pas bougé, l'épreuve d'effort devait avoir lieu 2-3 jours après, j'ai sorti les jambes du lit puis j'ai pédalé dans le vide, parce que moi le vélo, j'ai connu ça étant en Bretagne étant allé en vélo un peu partout, alors quand j'ai été sur le vélo, ben l'aiguille il fallait qu'elle descende pas en-dessous de 60. Il avait beau serrer les freins, il avait parlé de me mettre une pile mais quand il a vu ça il a dit non. Ce qu'il y a, c'est que je m'en suis jamais rendu compte, mais quand je montais les cols en montagne, c'est même là que

j'avais le plus de plaisir j'avais toujours la force, j'ai monté le Ventoux, de 300m à 1900 en 21km sans mettre pied à terre, et pourquoi parce que j'ai un cœur qui bat moins vite. J'aurais fait le tour de France. Alors là j'avais été à l'hôpital et puis depuis j'ai pas eu de problème de cœur. Le cœur c'est le moteur. Tout le reste bat de l'aile, mais si il y a encore le cœur, il tient debout.

M.C. Le zopiclone. Est-ce qu'il vous fait des effets secondaires ?

P10 : Oh je crois pas.

Pas de somnolence en journée ?

P10 : Quand je vais au lit à 23h-23h30, au lieu de me réveiller à 2h pis je dors déjà pas, plutôt que dans la journée j'aie envie de dormir.

D'accord. Est-ce qu'il y a des choses qu'on a pas abordées et dont vous aimeriez bien parler, autour de votre sommeil ?

P10 : Parce que jusqu'à ce que je sois opéré tout ça ça allait. Dans la mesure où je pouvais avoir un peu d'exercice et tout ça. Mais autrement non.

D'accord. Je vérifie si je vous ai bien tout demandé. Oui, les rituels de sommeil. Est-ce que vous avez des rituels de sommeil, des choses que vous faites tout le temps avant de vous coucher ?

P10 : Quand je quitte des fois… J'ai plus trop suivi le feuilleton ou quelque chose, je m'en vais, je vais aux toilettes, je vais à la salle de bains parce qu'il faut que je me lave les jambes, je me prépare, et puis après je mets la poche pour la nuit, parce que là bon y a pas besoin de ma femme, tandis que tous les 2 jours, le matin ça va tout seul, mais tous les 2 jours faut qu'elle enlève tout, pour le remettre. Et justement depuis qu'ils l'ont changée pourtant c'est de la marque, pareil, ils ont trouvé un nouveau système que ça décolle plus alors qu'avant quand ça marchait c'était du cirque, alors que là elle arrivait mais pratiquement pas, je vois l'autre fois, elle avait les 2 poches pleines, si c'était le système d'avant tout lâchait, tandis que là, il s'agit que ça tienne. Alors là le matin je me lève je fais la toilette et pour que ça se fasse mieux je me lève à 7h, vers 8h moins le quart par là ma femme elle me fait, parce qu'au début c'était une infirmière, elle lui a montré et depuis c'est ma femme qui le fait chaque fois, qui nettoie tout, qui recolle tout en place, alors là l'histoire des poches matin et soir c'est vraiment un rituel. Puis les médicaments c'est moi qui m'en occupe, je prends ce qu'il faut.

D'accord. Bon ben écoutez c'est bon pour moi.

PATIENT 11

Alors juste pour cadrer un petit peu le personnage, votre âge ?

P11 : 67.

D'accord. Votre profession ou ancienne profession ?

P11 : Je travaillais à la SEP, ouvrière sur des machines.

D'accord. Donc vous êtes mariée ?

P11 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P11 : 1 enfant. 35 ans.

Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P11 : Pour dormir.

Pour dormir.

P11 : Et avant c'était pour les nerfs aussi mais j'ai essayé d'arrêter.

Qu'est-ce que vous prenez pour dormir ?

P11 : Z'avez pas mon dossier là ?

Je peux regarder.

P11 : Vous pouvez regarder, parce que je me rappelle plus de ce qu'il me donne le docteur. C'est pas un secret de toute façon.

Votre date de naissance ?

P11 : 08/02/1952.

Alors, il y a du valdoxan, zopiclone, et de l'alprazolam. D'accord. L'alprazolam vous en prenez tous les jours ?

P11 : Non, j'ai essayé d'arrêter ça, et pour les nerfs parce que je suis trop… Faut que j'arrête un peu là parce que je commence à avoir des trous de mémoire avec tous les cachets que je prends. Donc je prends le cachet pour dormir, pas tout le temps, cette nuit par exemple j'en

n’ai pas pris, alors je me suis levée pour en prendre la moitié d’un, et à 4h je dormais pas, c’est terrible.

D’accord. On continue juste un peu sur vos habitudes de vie, est-ce que vous fumez ?

P11 : Non, j’ai arrêté.

Vous avez arrêté il y a longtemps ?

P11 : 2012.

Niveau consommation d’alcool ?

P11 : Pas du tout. Enfin si le week-end à l’apéro, mais pas la semaine.

Et activité physique ?

P11 : Je marche beaucoup et je fais de la piscine 3 fois par semaine, de l’aquabike, de l’aquagym.

Plutôt à quel moment de la journée en général ?

P11 : Le matin.

Plutôt le matin. Ok. Donc on passe sur votre sommeil. Pour vous, comment vous décririez un bon sommeil ?

P11 : Je sais même plus ce que c’est… C’est avoir la tête sur l’oreiller et pouvoir s’endormir comme ça, et moi j’y arrive pas, je me mets au lit à 20h30 le soir je suis fatiguée, 23h j’ai des sensations d’étouffement, c’est des angoisses, et je prends un bouquin pour lire, pour essayer de… Je lis beaucoup le soir. Et quand le sommeil arrive, que j’arrive plus à lire, j’éteins la lumière, j’essaye de dormir, et là je repars en pleine ébullition, donc je relis 1/4h, et souvent après je m’endors.

Une nuit de sommeil typique pour vous, ça ressemble à quoi ? Vous vous couchez à quelle heure, réveillez à quelle heure… ?

P11 : Normal, une nuit de sommeil… Avec cachet ou sans cachet ?

Dites-moi les deux.

P11 : Avec cachet je dors vers 22h30 et je me réveille à 7h le matin. Et sans cachet, je dors vers 23h je me réveille à 5h, et je suis réveillée dans la nuit.

D’accord. Ça fait combien de temps que vous avez du mal à dormir comme ça ?

P11 : 10 ans.

10 ans. Il y a eu un évènement déclenchant, quelque chose ?

P11 : Oui.

Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

P11 : Familial. Euh mon mari m'a trompé, j'ai découvert qu'il avait une maîtresse, et ça m'a perturbée beaucoup.

D'accord. Donc un trauma plutôt psychologique a priori au départ. Euh, est-ce que vous pouvez me décrire comment vous êtes quand vous avez mal dormi ? Quels sont les symptômes ?

P11 : Les symptômes, là je suis en plein symptôme, voyez j'ai pas… Je suis pas active, je suis fatiguée, je dormirais pas pour autant je fais pas la sieste… Je pleure facilement, voilà les symptômes quand je suis fatiguée et que j'ai pas dormi. Cette nuit j'ai pas dormi par exemple. J'ai dormi vers 4h du matin jusqu'à 7h.

Et vous aviez pris le cachet ?

P11 : Oui, quand je me suis relevée, je l'ai pris à minuit je sentais que je dormirais pas. J'essaye de m'en passer. Mais quand je sens que je commence à avoir des palpitations, des angoisses, je suis obligée de… Parce que je m'énerve.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule, avant de prendre ce cachet-là ?

P11 : Homéopathie j'ai essayé oui, les tisanes j'ai essayé oui, j'ai essayé les tisanes lendor j'avais essayé pas mal, et ça m'a rien fait. Et l'homéopathie non plus.

Hm. Vous avez rien essayé d'autre ? Des médicaments en libre service en pharmacie ?

P11 : Si, Donormyl.

Donormyl, d'accord.

P11 : Ça me fait… J'essaye justement, Donormyl, j'essaye de plus reprendre celui-là, et de prendre Donormyl à la place pour ne plus… pour essayer de casser un peu… Parce que c'est moins fort quand même le Donormyl… Donc je fais ça là. J'en ai acheté, et je prends plus ceux-là en ce moment, j'essaye de faire avec ceux-là pour m'en passer.

Et vous y arrivez un peu ?

P11 : Oui, ça m'arrive.

D'accord. Donc le zopiclone c'est du coup pas tout le temps, vous alternez avec le Donormyl.

P11 : Voilà.

Et vous prenez quoi, ½ ? 1 comprimé ?

P11 : Un demi.

Un demi comprimé. D'accord. Donc vous avez déjà parlé de vos soucis d'insomnie avec votre médecin généraliste, c'est quoi qui vous a poussée à faire appel à un professionnel de santé ?

P11 : Pour ça… C'est déjà… C'est-à-dire que quand ça m'est arrivé cette histoire-là avec mon mari, en plus l'année-là j'ai perdu mon frère d'un cancer, donc j'ai plein de choses de la même année, et je me confie à personne, vous êtes la première à qui je le dis d'ailleurs, et puis… Ben je dormais… Disons que j'avais des crises d'angoisse, je pleurais tout le temps ça n'allait pas... Je faisais de la dépression. Alors je suis allée voir le Dr R, et il m'a donné un traitement pour ça. Oui, c'était un genre de dépression que j'ai fait. Et puis il faut que je vous dise une chose, c'est mon père qui faisait des dépressions qui s'est suicidé, maman qui était dépressive à la fin de sa vie, les 10 dernières années… Alors je sais pas si c'est de famille j'en sais rien… J'ai pas envie de faire comme mon père… Il prenait rien pour les nerfs. Alors… Maman, elle est morte naturellement.

D'accord. Donc la solution qu'il vous a proposée à ce moment-là, c'était de prendre le zopiclone, est-ce que vous trouvez que c'est satisfaisant ?

P11 : Hm… Ben disons que… Je sais pas, à mon niveau, je trouve qu'il est bien le Dr R, peut-être que c'est la solution de facilité quoi. Et les antidépresseurs et puis les somnifères… Je veux dire c'est… J'aimerais bien pouvoir faire autre chose quoi. Je sais pas j'ai entendu parler de la… Comment qu'on appelle ça, les gens qui soignent par… L'hypnotique…

L'hypnose ?

P11 : Oui.

Vous aimeriez essayer ça ?

P11 : Ben oui. Je sais pas, je m'intéresse parce qu'ils font pas mal de choses, ils opèrent sous hypnose donc… Je sais pas, peut-être que c'est possible.

Faudrait que vous demandiez à être orientée.

P11 : Ben à qui ?

A votre médecin. Oui parce que moi du coup je connais pas non plus trop les praticiens de la région.

P11 : J'espère que ça va vous aider ce que je vous dis, vous avez déjà eu d'autres contacts comme ça ?

Oui, je vous assure que c'est intéressant ce que vous me dites ne vous inquiétez pas.

P11 : Parce que c'est vrai que ça m'ennuie d'être dépendante d'un somnifère, c'est horrible… Et puis en plus je pense que c'est dans la tête, parce que il m'est arrivé de l'oublier, et j'ai dormi. Je me suis réveillée, je me suis dit « je l'ai pas pris », et je pense que c'est une… J'ai vu maman, c'est une habitude de vie, c'est… Maman elle le voulait ce cachet, et puis… Et puis c'est de la lâcheté de pouvoir prendre un cachet pour dormir.

Pourquoi vous trouvez que c'est de la lâcheté ?

P11 : Au début j'étais contente d'avoir ça pour dormir. Quand on dort on pense pas, mais quand on dort pas, on pense à plein de choses. Puis je sais pas, je pense que c'est ça.

Donc vous pensez qu'il y a aussi une dépendance un peu psychologique au cachet ?

P11 : Oui.

Ok. Est-ce que vous pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation complète à parler juste du sommeil ?

P11 : Ben je sais pas, avec qui ?

Avec votre généraliste par exemple.

P11 : Ah le Dr R… Mais je peux pas, je peux pas en parler avec mon docteur, je peux pas, c'est…

Pourquoi ?

P11 : Parce que il y a des choses, qu'on peut pas dire… Je peux pas… Moi ce que je vous ai dit par exemple, la cause de mon mal-être, c'est un mal-être que j'ai, j'ai pas envie, je peux pas lui dire. Je sais pas, j'y arriverais pas à lui parler. Je suis bien avec lui, je l'aime bien il est bien, mais il y a des choses qu'on peut pas dire.

Vous pensez que vous pourriez pas parler ouvertement de vos troubles du sommeil ?

P11 : Mais je lui ai déjà dit que je dormais pas. Et que j'étais… Il sait que je suis très nerveuse, très angoissée alors… Et je sais pas. Je sais que ce problème-là il vient de moi, je sais que j'ai un problème nerveux, je sais que c'est moi voilà… Je suis trop angoissée comme fille.

D'accord. Est-ce que vous savez ce que c'est que l'hygiène de sommeil ?

P11 : Non.

Alors l'hygiène de sommeil, c'est toutes les petites consignes, les petites règles, d'hygiène de vie si vous voulez, qu'on applique pour passer une bonne nuit. Qu'est-ce que vous diriez que c'est à votre avis ?

P11 : Aller se coucher toujours à la même heure, c'est-à-dire quand le premier sommeil arrive ne pas rester, quand vous sentez que vous avez envie de dormir faut y aller. Se détendre, respirer par le ventre… J'ai essayé, j'ai regardé… Peut –être qu'il faudrait que je fasse du yoga pour apprendre ça. Et puis se détendre, c'est pour ça je prends un livre le soir, un livre moi ça me permet de… Ben c'est pas des livres, je veux dire, intellectuels, des livres qui me détendent que je prends, et j'aime bien, j'adore, je suis là-dedans moi.

Pas d'écrans ?

P11 : Pardon ?

Pas d'écrans ?

P11 : Non le soir je regarde pas la télé, je prends pas mon ordi, je… Pas du tout.

Pas d'excitants non plus le soir ?

P11 : Pas de café, pas de trucs comme ça.

Et l'ambiance de la chambre ?

P11 : Elle est tempérée, 16-17, on la chauffe pas, moi j'aime pas non plus…

D'accord. Donc vous savez quand même que la chambre faut que ce soit pas trop chaud, qu'il faut que ce soit sombre, qu'il faut qu'il y ait pas trop de bruit…

P11 : Oui…

D'accord. Ces connaissances-là, ces petits « trucs » que vous appliquez vous les avez appris où ?

P11 : Ben j'ai regardé sur internet, là pour dormir, essayer de prendre, mettre tous les atouts de côté pour dormir, puis j'ai écouté l'émission aussi de Michel Cymes, j'écoute beaucoup ce qu'il dit, puis c'est comme ça que j'ai… Et puis en parlant autour de moi, on me disait essayer de respirer par le ventre, déjà pour marcher je fais ça… Il faut dire que je suis tellement angoissée, même, je fais de la rando avec mes copains et copines, mon mari, tellement je suis angoissée, quand je monte, je… tellement j'ai des boules là…

Le souffle un peu coupé ?

P11 : Oui.

D'accord. Est-ce que vous auriez aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P11 : Euh… Je sais pas si ça… Mais franchement, vous, vous étudiez ça, mais quand c'est nerveux, vous croyez qu'on peut faire quelque chose ?

En fait, dans nos études, ce qu'on nous apprend, c'est que la première chose qu'on peut faire quand c'est nerveux comme ça, c'est un suivi psychologique, ce qu'on appelle des thérapies cognitivo comportementales, qui marchent en général bien en première intention. Vous je n'ai pas l'impression que vous avez eu un suivi psychologique ?

P11 : Non.

Après, je suis consciente que l'offre de soins en psychiatrie et psycho dans les Vosges est très compliquée.

P11 : Même à l'hôpital, j'ai été opérée de la hanche, j'ai un psy qui est venu de voir, mais… J'ai pas voulu, un psy… Vous vous rendez compte, il était assis en face de moi il me parlait pas, et quand vous êtes déjà vous perturbée que vous avez un problème, si la personne en face de vous ne vous met pas en confiance, vous ne pouvez pas lui déballer vos problèmes. Donc je l'ai envoyé balader, et puis il est pas revenu il a pas insisté, il a fait son boulot. Ça je sais pas.

Il faudrait trouver un thérapeute qui soit spécialisé là-dedans, ça existe.

P11 : Oui, je me renseignerai peut-être.

Hm. Est-ce que votre généraliste, donc Dr R, vous a déjà questionnée sur votre sommeil alors que c'était pas le sujet principal de la consultation ?

P11 : Non.

D'accord. Euh. Est-ce que vous pensez qu'on parle suffisamment du sommeil en consultation de médecine générale ?

P11 : Non.

Pourquoi ?

P11 : Ben Parce que, lorsqu'on vient voir un docteur déjà son temps est limité, vous venez le voir pour quelque chose de précis, et puis… Moi je lui demande… Voilà, je demande au Dr R de me renouveler mes médicaments, il me les renouvelle, et puis il me demande si j'ai besoin d'autre chose c'est tout.

Donc vous pensez qu'il n'y a pas le temps en consultation de parler de ça ?

P11 : Oui. Mais je critique pas hein le Dr R, je… Y a pas assez de toubibs de toute façon alors… Je critique pas du tout hein sa façon de nous recevoir. C'est… Voilà, il a pas le temps.

Hm. C'est pour ça que je vous demandais au début si vous étiez prête à faire une consultation juste pour ça.

P11 : Je sais pas ça.

Pas spécialement.

P11 : Je sais pas. Il faudrait que je le fasse de moi-même, faudrait que je trouve quelqu'un, prendre rendez-vous avec un thérapeute. Hm. Peut-être, je sais pas, je verrai bien, je peux pas continuer non plus comme ça. Je suis fatiguée.

Alors il faut savoir aussi que l'insomnie chronique, c'est un facteur de risque cardiovasculaire au même titre que le tabac… Quand on est insomniaque chronique, on a plus de risque de faire du diabète, des AVC, des infarctus…

P11 : Oui je sais.

Ça vous le saviez déjà ? Vous l'avez appris où ?

P11 : Je lis beaucoup. Je lis beaucoup, j'écoute beaucoup les émissions, sans être portée là-dessus j'aime bien écouter Michel Cymes.

D'accord.

P11 : J'écoute beaucoup. Oui je sais tout ça.

Donc c'est pas le médecin qui vous en a parlé, c'est plutôt vous par les médias.

P11 : J'apprends de moi-même oui.

D'accord. Donc vous êtes quand même pas mal renseignée.

P11 : Ouais. Mon mari il me le dit tout le temps, c'est dangereux de pas dormir comme tu dors pas. Bon, j'ai appris en même temps qu'il y a des personnes qui n'ont besoin que de cinq heures de sommeil.

Hm.

P11 : J'en ferais peut-être partie.

Après c'est à vous de voir si vous êtes fatiguée après les nuits que vous passez.

P11 : Je suis fatiguée ce matin, parce que j'ai pas dormi du tout cette nuit. Mais quand je n'ai que 5-6 heures de sommeil ça va. Et là j'ai pas dormi jusque 4 heures, 4 heures j'ai été obligée de me lever pour prendre la moitié d'un cachet pour dormir au moins 2 heures. C'est pas bon un cachet parce que après je me lève je suis pas bien, je suis pas… Dans mes… Je suis pas bien dans ma tête, quoi, je suis pas bien, dans le corps et tout, je suis fatiguée, ça me fatigue. Quand je dors que 5 heures et que je me lève, ça va.

Donc vous avez l'impression que le cachet a des effets secondaires.

P11 : Hm.

Vous pouvez me décrire un petit peu ?

P11 : Ben l'état d'abattement. Quand on se lève, on est abattu. On n'a pas les idées, je vais dire, on n'est pas tout de suite réceptif dans la tête, on n'est pas… J'ai du mal à émerger le matin quand je prends un cachet.

D'accord. Donc vous avez l'impression de dormir, mais d'être quand même un peu dans le coltard en se réveillant.

P11 : Voilà, c'est ça.

D'accord.

P11 : Dans le coltard, c'est ça.

D'accord. Et ça dure longtemps ?

P11 : Non, là j'ai eu tout le matin mais là ça va aller. Ce matin je devais conduire je suis pas partie, parce que… Je ferais des bêtises je conduirais comme ça… Et c'est vrai que… j'ai lu aussi que la femme qui a eu un accident là, elle était sous somnifères aussi. Et Mme… Quelquefois chez Mme R elle m'a dit que c'était pas bien ce que je faisais, je veux dire de prendre des cachets tout le temps comme j'ai fait, elle me dit vous perdez de la… Vous perdez la mémoire un peu, je m'en rends compte, et puis on perd… Ben des réflexes.

Vous vous trouvez moins réactive ?

P11 : Ben quand je suis sous cachets oui.

D'accord. Ok. Est-ce qu'il y a des choses dont vous voudriez parler qu'on n'a pas trop abordées autour de votre sommeil ?

P11 : Non. C'est… Mon mari il croyait lui c'est quelqu'un qui veut te soigner, j'ai dit non c'est une étudiante qui est en médecine, elle veut… Ah oui c'est dommage qu'il me dit… Ben non je lui dis, je vais lui donner… Mon ressenti c'est tout. Si ça peut vous aider je sais pas. Ça vous aide vous ?

Oui.

P11 : Ah bon ?

Honnêtement oui.

P11 : Les activités. Je suis bien quand je fais des activités.

D'accord. Vous avez pas l'impression que ça vous aide à dormir après ?

P11 : Non. Quand je marche c'est encore pire, le soir je suis super fatiguée, ma tête elle est en pleine ébullition.

Vous êtes fatiguée physiquement mais pas mentalement. C'est ça en fait.

P11 : Voilà. Je vais à la piscine, je tue le corps, c'est trop bien, et la tête… C'est même pas la peine… je suis incapable de dormir 5 minutes après-midi, j'ai les yeux qui me brûlent là tout à l'heure. Et je dors pas.

Les yeux vous brûlent quand vous êtes fatiguée ?

P11 : Ben oui aujourd'hui je regardais les infos, j'aurais bien dormi mais je peux pas, et j'avais les yeux qui me brûlaient, je suis fatiguée.

D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres manifestations physiques comme ça à part les yeux qui brûlent ?

P11 : Non ; je suis fatiguée… Non, j'ai rien d'autre.

Et donc pourquoi est-ce que vous voulez arrêter les antidépresseurs ?

P11 : Ben, parce que…. J'aimerais arrêter tout, alors j'arrête tout doucement, pour essayer de m'en passer, parce que je peux pas continuer comme ça, ça fait 10 ans, je peux pas… Je veux pas finir comme maman, dépendante comme ça…

Vous avez peur de la dépendance, c'est ça qui vous embête ?

P11 : Oui. Oui. Après j'ai déjà essayé de prendre du donormil pour ne pas aller voir systématiquement le Dr R pour me faire des ordonnances… Parce que je viens le voir que pour ça… Mais pffff. Je vais essayer de faire comme ça, de pouvoir m'en passer. Mais de toute façon tant que c'est dans ma tête je pense que je m'en sortirai pas.

C'est ce que je pense, vous vous faudrait une psychothérapie chez quelqu'un qui soit spécialisé là-dedans.

P11 : Parce que j'aurai beau prendre des cachets, n'importe quoi, si j'ai un problème dans ma tête j'ai un problème…

Hm. Mais vous le savez, vous l'avez cerné j'ai l'impression.

P11 : Oui. C'est… Et puis c'est même plus profond que ça, je peux pas tout vous dire mais c'est plus profond que ça, avec mon mari, c'est… C'est quelque chose qui est cassé, qui est gâché, c'est quelque chose qui m'a fait trop de mal, et puis… Et puis autre chose encore… Pour ça je crois pas qu'on pourra m'aider.

On pourra vous aider de manière médicamenteuse vous voulez dire ?

P11 : Non moralement, je pense pas…

Ah vous pensez que même une psychothérapie ça vous aiderait pas ?

P11 : Ben je veux en parler à quelqu'un de tout ça, et puis qu'est-ce qu'il va me dire ? Il peut pas m'aider, on peut pas m'aider, c'est à moi seule de trouver la solution de mon problème. Je suis malheureuse. J'ai été heureuse, et tout a basculé, ma vie. J'étais comme une petite fille à qui on reprend la poupée, j'étais pleine de naïveté, de rêves, et puis… J'ai tellement souffert que j'ai pas parlé, j'en ai parlé à personne, j'ai pas extériorisé tout ça, et puis voilà… C'est ça mon problème. Bon je suis venue vous voir parce que je voulais pas vous laisser, mais je sais pourquoi je suis comme ça. C'est un problème dans ma tête qui fait que je dors pas. Ben alors… J'espère que ça peut vous aider.

PATIENT 12

Alors. Déjà pour cadrer un petit peu le personnage : votre âge ?

P12 : 69.

Votre profession ?

P12 : Je suis retraitée.

Ancienne profession ?

P12 : Secrétaire notariale.

D'accord. Vous êtes mariée ?

P12 : Mariée.

Vous avez des enfants ?

P12 : J'ai deux grands garçons, un qui est marié ma belle-fille qui est adorable, j'ai deux adorables petites-filles, ça c'est mes choupinettes, et un deuxième fils qui vit seul à Angers.

D'accord.

P12 : C'est mes amours, je suis un peu maman juive.

D'accord. C'est peut-être un compliment (rire). Niveau habitudes de vie, est-ce que vous fumez ?

P12 : Non. Je ne bois pas non plus.

Voilà c'était la question d'après.

P12 : Je veux dire, raisonnablement, bon, s'il y a un verre de vin dans un repas oui, mais je veux dire…

Occasionnel.

P12 : Occasionnellement, vraiment.

D'accord ; Niveau activité physique ?

P12 : Je fais de la marche.

Hm.

P12 : Sauf pendant la canicule parce que c'est quand même pas, on va dire, le top, mais je fais de la marche tous les jours. En physique aussi je fais du jardin, puisque c'est moi qui le fais, mon mari ne… Donc voilà, sauf que les gros travaux c'est mon petit voisin qui me les fait. Mais tout le restant c'est moi.

D'accord ; C'est plutôt à quel moment de la journée que vous faites de l'activité ?

P12 : Ben dans la journée quand même, hein…

Pas trop en soirée ?

P12 : Non, ce que je fais dans la journée, classiquement, ménage mais pas tous les jours parce que c'est pas mon truc… C'est propre mais je veux dire c'est pas une phobie. Le repassage… Habituellement comme il fait pas beau je fais beaucoup de mots fléchés, je me suis remise à lire, je tricote…

D'accord.

P12 : Voilà, donc si j'ai mes petites-filles qui viennent en vacances, ben là, aussi bien faire de la luge d'été à la Bresse, que d'aller à Fraispertuis… Fin les activités cinéma et tout quoi. Je laisse pas mes petites-filles à la maison quoi. Je suis occupée quoi.

D'accord. Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P12 : Euh, j'ai des traitements, pour la tension, le sang parce que je suis sous Previscan donc, depuis 2 ans j'ai eu un souci cardiaque j'ai tachycardé très très très très fort, donc tous les petits maux de l'arthrose mais vu que je suis sous anticoagulants j'ai pas droit à grand-chose, et puis depuis 10 jours je suis sous traitement pour la thyroïde, parce que l'analyse m'a révélé un taux de 12.7, mais qu'on n'avait pas… Que Mr R avait volontairement… Parce que comme on dit dans les Vosges, le taux va sauter, c'est-à-dire que ça montait, 6, 7, ça redescendait, ça remontait, donc il ne voulait pas. Mais depuis 10 jours je suis sous traitement.

D'accord.

P12 : J'ai des traitements homéopathiques pour l'arthrose, et puis quoi. C'est pas mal.

C'est déjà bien. Alors, on va passer dans le vif du sujet, le sommeil. Pour vous, comment vous décririez un bon sommeil ?

P12 : Ben disons… Je vais vous dire tout de suite. Le soir actuellement j'ai du mal de m'endormir. Alors j'ai déjà évité, je sais pas si ça fait partie de vos questions, tout ce qui était

excitants, c'est-à-dire café, j'ai arrêté à partir de 13h30. Moi qui suis une grande amatrice de café, c'est un gros sacrifice parce que là même si je vais rentrer, je ne prendrai pas de café alors que j'en meurs d'envie, ni thé, ni en été de coca cola, tout ce qui est excitants j'ai arrêté. Pas de repas chargé le soir. Et pour moi un bon sommeil, c'est ne pas se réveiller la nuit, avoir une nuit complète.

D'accord. Donc continuité.

P12 : Oui. Mais alors, tant qu'on est dans la partie, je pense que le fait d'être déjà plus âgée, de ne plus avoir de profession on va dire, c'est vrai qu'il n'y a plus de stress professionnel, même si je peux avoir un stress… Je suis très maman poule et mamie encore plus, donc je peux avoir du stress qui n'est pas un stress professionnel mais qui est lié à mes enfants, mon 2e fils qui est tout seul à Angers… qui a beau avoir un bac +5 mais qui a pas de situation mirobolante, je suis obligée de l'aider, ça me cause du stress et c'est vrai que je pense que ça m'empêche de dormir. Je ne prends aucun traitement, je refuse un traitement médical pour dormir. Moi je cherche des solutions… Alors est-ce que j'ai dérangé mon horloge biologique en me couchant de plus en plus tard ?

Pourquoi est-ce que vous vous êtes couchée de plus en plus tard ?

P12 : Parce que les émissions à la télé, les émissions bien, sont tardives.

Hm.

P12 : Des enquêtes, des choses, c'est pas du prime-time, bon the Voice tout ça c'est pas mon truc à moi. Donc il y a des émissions qui sont très très bien, mais qui sont tardives. Je me dis qu'à force… Parce que moi le soir, j'ai une insomnie la nuit dimanche à lundi. Mais vraiment l'insomnie. Je me couche… Je le sais, je n'ai pas… Pas un picotement, pas un bâillement, j'ai pas les stores qui se baissent, je suis en pleine forme. Je vais me coucher, alors je lis un peu avant… Rien, mais rien. Alors j'ai obstrué aussi le radio-réveil, parce que ça je trouve que c'est… C'est vraiment… c'est nocif, soit ils sont rouges, bleus, verts, moi il est vert, l'impression d'avoir une veilleuse dans la chambre… La chambre n'est pas chauffée parce qu'on ne chauffe pas la chambre… Et là, rien. C'est-à-dire à 3h19 je vais aux toilettes, peut-être inconsciemment une envie de pipi, rien. Alors je me recouche. J'essaye de pas bouger, je reste… Alors tranquille. Je respire calmement, je pense à des choses positives, je vais pas penser aux dernières catastrophes qui s'est passées… Et j'attends. Et comme cette nuit de dimanche à lundi, à 6h moins le quart le TGV il passe pour se mettre en place à Remiremont. Puis il repasse à 6h18. Et là je me dis « t'as toujours pas dormi… ». Donc la semaine d'auparavant, à 5h02 du matin exactement j'étais debout. Je peux vous dire que la

journée est longue, parce que la journée qui suit mon insomnie, je déplacerais des montagnes.

C'est-à-dire ?

P12 : Bah ! Je rangerais la maison, je… Pas, mais pas un poil, pas un pet de fatigue ! Je suis… on dirait jamais que j'ai passé une nuit blanche. Ça peut me faire tout un tas de cuisine, de machins…

Vous êtes presque plus active quand vous avez passé…

P12 : Plus active ! Speed à la limite. Par contre c'est la première fois la semaine dernière quand j'ai eu cette insomnie, on va dire très très… Parce que là ça a vraiment été la nuit blanche totale, euh, je me suis mise sur le canapé je sais plus à quelle heure, je ne fais jamais la sieste. Je n'ai jamais fait de sieste de ma vie, je ne fais pas le sieste parce que… Et là je me suis vraiment endormie. J'ai été réveillée par…. Je me suis demandé ce qu'il y avait à la télé, parce que j'avais dû… J'ai zappé vraiment… Et j'avais mon portable qui sonnait c'était ma sœur. Elle m'a dit « mais t'es… ? » oh je lui ai dit « excuse-moi j'ai eu une insomnie, et là… j'ai pioché ». Alors elle me dit « bah c'est bon… » alors je lui dis « non… » alors après j'étais pas bien j'avais mal à la tête, j'étais pas…

Vous avez fait une sieste et ça vous a pas fait du bien, c'est ça que vous dites ?

P12 : Oui, c'était tardif, il était… Je regardais un… j'aime bien les jeux de lettres… Et je me suis endormie. Alors de toute façon je suis incapable de vous dire ce que c'était, mais j'étais pas bien après, j'étais vasouillarde, impression d'avoir mal à la tête, déjà canapé c'est pas la position la plus…

Hm. Et comment s'est passée la nuit d'après ?

P12 : Bien. Par exemple, là on est mercredi. J'ai eu ma dernière insomnie la nuit de dimanche à lundi.

Hm.

P12 : Donc lundi impeccable. Hier mardi, j'ai eu un petit peu de mal à m'endormir hier soir, mais je me suis très bien endormie puisque je me suis réveillée ce matin à 8 heures, je mets le réveil à 8 heures maintenant que je suis retraitée hein. J'ai appuyé sur le petit bouton, je me suis retournée, et je me suis rendormie, jusqu'à 9 heures. Et c'est seulement aujourd'hui que j'ai un peu le contrecoup… Aujourd'hui je suis un peu plus, un petit peu plus fatiguée.

D'accord. Une nuit de sommeil type, chez vous ?

P12 : Ah. On va dire… Il fut un temps on va dire c'était aux alentours de 23h30-23h45 jusqu'à, on va dire 7 heures.

D'accord. Et maintenant ?

P12 : Non, là maintenant c'est… Alors est-ce que je vais au lit trop tard et que je passe un cycle d'endormissement ? Je pense que…

C'est possible.

P12 : Mr R m'a dit je pense que votre horloge biologique est déréglée, mais je pense que c'est ma faute à moi, à force de veiller…

Vous veillez, et puis surtout vous me dites qu'il y a des écrans quand même avant le coucher, si vous regardez la télé.

P12 : Oh bah oui, oui.

C'est… Vous savez que c'est pas top !

P12 : Ben oui. Actuellement j'essaye de lire… Mr R il me dit « écoutez Mme M si vous n'arrivez pas, vous avez une insomnie la nuit, vous vous levez, vous changez de pièce, parce qu'il faut pas rester dans son lit, vous prenez un bouquin, vous prenez un nanard. ». Je lui dis « bah pourquoi un nanard ? ». Mais il me dit « parce que ça va vous endormir, tandis que si vous prenez un livre qui vous plaît qui vous intéresse, vous allez aller jusqu'au bout ! ». Et puis je crois que le sommeil avant minuit est plus réparateur.

D'accord. Ça fait depuis quand que vous avez des insomnies ?

P12 : Alors maintenant je pense que ça fait bien 2 ans.

Il y a eu un facteur déclenchant, il y a eu quelque chose qui est arrivé de particulier ?

P12 : Mon mari me dit que c'est dû à l'âge, que j'accepte pas de vieillir, bon je suis pas la seule mais… Alors peut-être qu'il y a peut-être une raison d'âge aussi…

D'accord.

P12 : Je sais pas moi. Euh… Qu'en dit le corps médical ?

Oui c'est possible qu'il y ait une raison d'âge, mais quand même assez souvent on retrouve un facteur déclenchant, soit psychologique, soit physique, c'est souvent psychologique. Mais si chez vous y a rien, ça peut être dû à l'âge.

P12 : Non, non. Je sais que je stresse facilement pour ma famille, même mes petites-filles elles me le disent… L'année dernière j'ai eu l'occasion de garder G, ma 2e petite-fille, qui nous a fait une mononucléose avec une hépatite absolument épouvantable, puisque… Ils habitaient Sarreguemines, et le médecin a dit qu'il avait rarement vu une petite fille avec une… Et je l'ai eue 15 jours, et c'est la petite qui me disait de ne pas stresser, « mais mamie on l'aura ce vilain... » qu'elle me disait. Et c'est vrai que j'étais dans un stress… Comment… Les 15 jours que je l'ai eue, et puis après c'est mon fils, ma belle-fille, l'aînée des petites-filles est venue, ils sont venus les 3… euh… On se téléphonait tous les jours, j'avais tout ce qu'il fallait ici en consultation, les analyses et tout, mais… Et mon fils me disait « ne stresse pas, maman ». Si !

D'accord. Vous êtes quand même nerveuse de base.

P12 : Oui. J'ai jamais été… Oui.

Du coup, quand vous avez mal dormi, vous vous sentez comment ? vous m'avez dit plutôt speed ?

P12 : Ah oui.

Est-ce qu'il y a des manifestations physiques, c'est-à-dire des yeux qui piquent, par exemple des palpitations…

P12 : Non. Non, pas spécialement.

D'accord.

P12 : De toute façon je suis soignée pour mon rythme cardiaque donc… Non je vous dis j'ai pas l'impression d'avoir passé une nuit blanche, je suis en pleine forme.

Ça vous arrive tous les combien de faire des insomnies ?

P12 : Ah… 3-4 jours quand même.

D'accord. Donc au moins une fois par semaine.

P12 : Oui. Au moins une fois par semaine. Et comme j'ai dormi plus longtemps ce matin, je suppose, je subodore, que ce soir je vais mal… Alors maintenant ce que je fais, je m'occupe plus de mon mari. Si je sens, mais c'est rare en ce moment, que j'ai des petits picotements, les bâillements, je fonce direct au lit. Parce que s'endormir sur le canapé, mon mari me réveille, et là c'est… C'est foutu.

Hm. Est-ce qu'il y a des rituels de sommeil chez vous ?

P12 : C'est-à-dire ?

Des choses que vous faites, automatiquement, tous les soirs avant de vous endormir, dont vous avez besoin pour vous endormir. Y en a qui se douchent toujours avant de se coucher, d'autres qui lisent un tel nombre de pages…

P12 : Alors maintenant, je m'oblige à lire un peu pour me… Euh… Pour ne pas penser au fait que je vais peut-être pas dormir, donc pour avoir quelque chose de… Penser à des choses positives et non pas… J'ai pas de rituels, à part le démaquillage le soir, le lavage de dents, toilettes… Non, j'ai pas un rituel particulier, je pense que c'est une routine un peu.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule ?

P12 : Non. Ah non ! Oh là là non ! Mon dieu non !

Pas de médicament en libre service en pharmacie ?

P12 : Ah non non, du fait que je suis sous anticoagulants moi, je vais chez n'importe qui, même chez l'oto rhino, c'est… Tout le monde sait, je suis sous Previscan. Non non. Ah non, je me permettrais pas…

Médicaments à base de plantes ?

P12 : J'avais fait la bêtise une fois, quand j'étais en ménopause, d'acheter je ne sais plus quoi, et ça a tout déréglé mon Previscan, et la dame de l'époque qui n'est plus en vie m'a appelée, « qu'est-ce que vous avez fait ? ». J'avais pris des médicaments, des prescriptions, des gélules où il y avaient des plantes, des plantes qui…

Millepertuis ?

P12 : Je ne sais plus quoi. Je crois que c'était pour les ballonnements. Qui contrariaient complètement… Donc c'est tout, j'ai même ramené au pharmacien. Aucune médication toute seule.

D'accord. Est-ce que vous pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation entière à discuter avec un médecin de vos soucis de sommeil ?

P12 : Si ça perdure… Je pense pas que dans l'immédiat…

Vous pensez pas que dans l'immédiat vous en avez besoin.

P12 : Non. Mais c'est vrai que, éventuellement… Bon, je serais encore en activité, je me dis oui parce que je pense que je tiendrais pas le rythme, parce que là c'est vrai qu'en ne

travaillant plus, rien ne m'empêche de faire une sieste, même si je ne le veux pas… Mais comme aujourd'hui, c'est vrai que je suis un peu plus, on va dire flagada, que d'habitude, mais je sais pourquoi euh… Dans l'immédiat, faire des tests plus poussés je pense que vous voulez dire ? Peut-être une hospitalisation avec tous les machins pour voir ?

Non, là pour le moment, je vous parle juste d'une consultation, juste pour ça.

P12 : Oh pour le moment…

Pour le moment vous n'en avez pas spécialement besoin.

P12 : Oui. Non. Non.

Est-ce que vous aimeriez qu'on vous oriente vers un spécialiste ?

P12 : J'en sais rien. Je trouve que c'est à peu près… Est-ce que… Moi ce que je recherche… Oui peut-être… C'est qu'est-ce que je fais mal qui m'empêche de dormir, qu'est-ce que j'ai fait pour me…

Vous recherchez surtout à améliorer un peu vos habitudes de vie, plus qu'un médicament en fait ?

P12 : Oui, voilà. Alors j'ai essayé, euh, faudrait que je retente l'expérience, d'avancer mon heure de coucher, ne serait-ce que d'un quart d'heure, je vais pas avancer d'une demi-heure ça sert à rien, je vais être une demi-heure au lit à pas... Mais je pense qu'il faudrait que j'essaye de revenir à un rythme…

Quart d'heure par quart d'heure c'est pas mal… Et vous pouvez regarder la télé en replay… Déjà au niveau habitudes de vie c'est pas mal ! Vous évitez les excitants, l'ambiance de la chambre est bonne, y a pas de lumière, pas de bruit…

P12 : Non on a un triple vitrage ultra seulement refait donc on entend rien, j'ai une bonne hygiène de vie aussi en alimentation….

Des repas pas trop lourds le soir ?

P12 : Je peux dire que Mr R a eu mon analyse de sang mensu…euh annuelle il y a 15 jours, il me dit toujours que je fais pâlir toute une région avec mon cholestérol et compagnie, c'est absolument… Alimentation saine on va dire !

Alimentation saine, et vous faites pas trop d'activités trop tard le soir… Le café vous m'avez dit que vous avez restreint…

P12 : Ah oui ! Le café si vous voulez, c'est après le repas 13h30 et c'est fini. Pourtant ça me manque hein. Je vous certifie, surtout en hiver, rentrer après avoir été en ville, prendre un petit café… L'odeur du café… Le matin quand mon mari met la cafetière en route c'est… Ah… Moi c'est un moment subliminal, c'est… Mais là l'après-midi c'est fini.

Parce que dans tout ce que vous me dites, vous avez vraiment une bonne hygiène de vie, une bonne hygiène de sommeil.

P12 : Je pense, oui. Je vais faire de la marche tous les matins. C'est-à-dire que… j'habite pas à Remiremont même, mais comme à St-Nabord il y a rien, je prends ma petite voiture, je me gare aussi bien.. Un parking qui est éloigné, en ville, je descends jusqu'en bas de la ville à pied. Pour marcher. Je fais ça, même s'il pleut moi ça me gêne pas, mon mari lui ça le gêne, moi non si bien équipée !

D'accord. Donc vous avez déjà spontanément parlé de vos soucis de sommeil à votre généraliste. C'est quoi qui vous a poussée à faire appel à un professionnel de santé ?

P12 : Ben c'est parce que… C'est toujours quand j'en ai parlé à Mr R, je lui dis écoutez j'ai quand même des insomnies. Je dis pas que ça m'inquiète, mais il arrive un moment, je me dis ça fait des fois 2, 3 par semaine, alors est-ce que c'est normal ? C'est pour ça que je lui en ai parlé, parce que j'ai eu peur que ça masque une maladie ou quelque chose, je sais pas. Alors je me suis dis comme la… J'en sais rien, moi je suis pas dans la médecine dans rien, je me suis dit là comme j'ai vu que la thyroïde c'est vraiment catastrophique, d'abord j'ai plus qu'un grain de riz j'ai passé une écho… et je me dis, est-ce que ces insomnies pourraient masquer une éventuelle pathologie ?

D'accord. Donc vous vous êtes inquiétée qu'il y ait un problème sous-jacent, c'est pour ça que vous en avez parlé.

P12 : Oui, voilà. Euh, je suis pas bileuse hein.

(rire). C'était plutôt en début, en milieu, en fin de consultation ?

P12 : C'était déjà l'autre soir quand je suis allée… après j'ai fait une otite quand même, comme les enfants.

Donc au départ, c'était pas vraiment pour ça que vous consultiez.

P12 : Non mais je lui ai dit déjà plusieurs fois, et quand je lui ai dit, donc c'est vrai que… Je lui ai dit mes petits trucs pour le radio réveil, comme j'ai une grande confiance en Mr R, je pense qu'il m'aurait pas laissée… Et il a pensé qu'il était bon que je vous rencontre.

D'accord. Donc j'ai une question sur l'hygiène de sommeil, mais vous m'en avez vraiment parlé assez extensivement, parce que vous faites vraiment toutes les bonnes choses. Et toutes ces choses, toute cette hygiène de vie, vous l'avez appris où ? Plutôt les médias, plutôt les livres, plutôt votre éducation, c'est le médecin qui vous en a parlé ?

P12 : Euh… C'est-à-dire ? Ce que vous appelez l'hygiène de vie… ?

Tout ce que vous faites : l'ambiance de la chambre, éviter les excitants, les repas…

P12 : Oh ça peut être exactement les magazines, bon je ne suis pas non plus une fada des émissions médicales, parce que si vous regardez les émissions médicales si vous allez sur Internet, là c'est fini vous vous suicidez hein… Parce que vous avez tous les mots, j'ai pas de bouquin de médecine à la maison, mais c'est des petits trucs effectivement, que j'ai pu entendre lors d'émissions. C'est vrai que je regarde quand même des émissions, un peu de tout… j'ai quand même aussi regardé des émissions, on va dire qui traitent du sommeil, le peu que j'ai regardé, lu, des revues médicales qu'on trouve chez les médecins… Je prends en pharmacie les petits trucs des fois... éventuellement aussi mon problème d'arthrose qui me gène, plus le regard des autres sur ma main que… Et puis c'est vrai que je lis beaucoup, je ne lis pas les magazines people, mais je vais lire mon… S'il y a un magazine qui traite sur le sommeil, je vais quand même peut-être l'acheter ou le regarder, mais je ne vais pas aller… J'ai des problèmes de thyroïde, Mr R il me dit « vous essayez de trouver vos symptômes, je ne vous les dis pas ». je ne suis pas allée sur internet en tapant… Je n'ai pas été du tout.

D'accord. Donc ces infos-là, c'est plutôt les médias, les livres, ce que vous lisez, c'est pas forcément votre médecin qui vous en a parlé, a priori vous vous êtes renseignée. D'accord. Est-ce que votre médecin généraliste vous a déjà posé des questions sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet principal de la consultation ?

P12 : Non, on en a parlé comme ça, mais je l'ai pas… C'est moi qui lui en ai pas…

D'accord. Lui ne vous en a jamais parlé comme ça.

P12 : Parce que j'en ai pas éprouvé le besoin encore, mais c'est maintenant c'est de voir la répétition c'est ça… Je me dis quand même, alors bon ok j'ai 69 ans… je pense que… quand j'entends les petites mamies (je suis pas encore une mamie quand même !) à la boulangerie, « j'ai pas dormi ! ». Bon, c'est vrai qu'on a quand même moins d'activités, on a plus de contraintes aussi. Il n'y a plus la contrainte… Bon vous vous avez des contraintes, moi j'ai plus de contraintes. Je peux me lever à l'heure que je veux, je peux faire ce que je veux dans la journée, si j'ai pas envie de faire mon repassage je le fais pas je le fais le

lendemain, je veux dire… C'est vrai qu'on n'a plus cette fatigue physique, donc je me dis que j'ai plus beaucoup de fatigue physique, que c'est normal que j'aie moins de sommeil quand même.

D'accord. Est-ce que vous trouvez qu'on parle suffisamment du sommeil en médecine générale ? est-ce que vous trouvez que c'est suffisamment évoqué en consultation ?

P12 : J'en sais rien. Je sais pas. J'ai pas trop l'impression non… On parle beaucoup de… ça fait peut-être pas partie du sujet, je suis un peu anti-téléthon parce que mes 2 fils, surtout mon fils aîné, est asthmatique, et je trouve que pour l'asthme, il est asthmatique depuis ses 18 mois, j'ai cru que je le perdais à 18 mois. Et je trouve qu'on ne fait pas de recherches sur l'asthme. Je trouve. On va parler de plein de trucs. Et je pense que effectivement, on fait pas cas, on prend pas cas non plus, de ce manque de sommeil.

Hm. A votre avis, pourquoi ?

P12 : Parce que… C'est un peu passé dans les mœurs, ça n'engendre peut-être pas de médicaments, pas de recherche particulière… On dort pas on dort pas, tu dors pas aujourd'hui tu dormiras demain… Euh… C'est pas mortel. Je pense que c'est ça aussi. C'est pas contagieux, c'est pas mortel, ça vous défigure pas, vous êtes pas handicapé, ça se voit pas. C'est pas… Je penserais ça. Manquer de sommeil, à part peut-être avoir des cernes sous les yeux, mais c'est tout.

D'accord, c'est intéressant. Hm. Vous arrivez facilement à en parler à votre généraliste de vos soucis de sommeil ?

P12 : Oui j'en ai déjà parlé… Mais disons que c'est pas ma principale préoccupation. Mais comme on en a parlé l'autre jour et qu'il m'a dit que vous veniez, qu'ils étaient ravis de vous accueillir, j'ai dit « c'est vrai, c'est peut-être le moment, peut-être qu'il y a des petites astuces que je ne sais pas, ou que je ne pense pas », tout en précisant, j'ai toujours refusé, parce que je lui ai dit, je ne veux pas de médicaments pour dormir. Pas de somnifères, je n'en veux pas. J'avais essayé un truc avec des plantes, tranqui je sais plus quoi… Ma pharmacienne m'avait dit « je peux prendre la boîte ça me fait rien du tout », moi aussi j'aurais pu prendre la boîte complète… C'est à base de plantes. Pfff. Ça m'a pas…

Ça n'a pas marché.

P12 : Non. Ça ne m'a pas perturbée non plus.

D'accord. Euh… Alors je rebondis un peu sur ce que vous disiez tout à l'heure, que le manque de sommeil ça se voit pas, je sais pas si vous êtes au courant, mais en fait les

insomnies chroniques sont aussi un facteur de risque cardiovasculaire, au même titre que le tabac, au même titre que le surpoids, manquer de sommeil de façon chronique ça favorise, il y a un surplus de risque de faire un AVC, de faire du diabète, de faire un infarctus, et les gens sont pas forcément au courant de ça. Ça vous disait quelque chose ?

P12 : Non.

Après je pense pas que vous soyiez réellement dans ce cas-là, vous m'avez décrit quelque chose de ponctuel…

P12 : Euh je suis limite ! J'ai tachycardé en mars 2017 je me suis retrouvée à l'hôpital plus vite que je l'aurais voulu ! C'est Mr R qui s'est occupé de moi, parce que j'ai eu affaire à un médecin régulateur, c'est rare mais qui ne m'a pas faite hospitaliser sur-le-champ, on a téléphoné en pleine nuit bien sûr il était 1h15 du matin. C'est la bonne heure, vous ne stressez pas, vous avez le cœur qui… Ah… J'ai l'impression que tout allait exploser, et tout simplement, « ah mais vous êtes sous Previscan » ! Je sais encore son nom. C'est terrible. « vous ne risquez rien, allez voir votre médecin traitant demain matin, prenez un léger sédatif ». Et là, je n'ai pas de sédatif. « ben prenez un doliprane ». Hm. Ben je me dis, on dit des fois, on parle du SAMU qui a eu des problèmes, à Strasbourg et puis peut-être à Nancy aussi, je me dis que j'ai eu quand même de la chance, quand Mr R m'a pris, il m'a dit qu'il avait été très léger sur ce coup-là le médecin, et Mr T le cardiologue, il a dit… Alors vous êtes interne je pense… à un interne qui était avec… « qu'est-ce qu'ils ont été légers sur ce coup-là ! ». J'ai tachycardé à 225.

D'accord. Et c'était une nuit où vous ne dormiez pas ?

P12 : Si.

Ça vous a réveillée ?

P12 : Ah oui. Alors je me suis demandé, j'ai réveillé mon mari, et je lui ai dit « j'ai le cœur qui s'emballe ». Et c'est vrai que ce problème cardiaque m'a… Même si je suis bien traitée j'ai jamais… Mr R avait même fait l'électrocardiogramme qu'il avait faxé au centre de cardiologie de R, et je… Mince je sais plus ce que je vous disais… ça n'a jamais recommencé, mais ça m'inquiète quand même un peu, au fond de soi on peut quand même avoir, se dire que d'un seul coup ça aurait pu…

C'était quand cet évènement-là ?

P12 : Mars 2017.

Il y a 2 ans donc.

P12 : 2 ans oui.

Et ça fait 2 ans que vous dormez pas ?

P12 : Ben écoutez je suis en train de me demander… Oui c'est vrai, vous avez raison. Si, si. Eh bien si je viens de penser à quelque chose. Des fois j'ai l'angoisse de m'endormir.

Pourquoi ?

P12 : Et de pas me réveiller.

Vous avez peur de pas vous réveiller ?

P12 : Oui, je pense, c'est possible oui. Il me semble que je vous ai dit que ça faisait bien à peu près 2 ans. Ah oui !

Donc il y a bien eu quelque chose au final.

P12 : Ben oui, finalement il y a eu quelque chose.

Il y a peut-être eu un facteur déclenchant.

P12 : Oui. Parce que j'ai été réveillée en plein dans mon sommeil, que je le veuille ou non j'ai été réveillée en plein.

Hm. Peut-être que vous avez peur de refaire un évènement de ce genre ?

P12 : Peut-être. Même si je suis que… je suis parfaitement bien suivie par Mr R il y a pas de souci… De toute façon quand on vient on est pesé, on est tout, y a pas de souci. Mais… Ben oui, je suis en train de penser que vous avez fait la relation et moi aussi je suis en train de me dire « ah oui, ça fait un peu plus de… ». Oui.

Donc il y a peut-être de ça aussi.

P12 : C'est vrai que bon, Mr R quand je suis venue ici pour la première fois, j'avais un gros souci de tension, donc il m'a fait acheter un tensiomètre en me demandant, sauf la 1e semaine parce que je suis montée à… 21-23… Et mon ancien médecin me disait que c'était nerveux, donc j'ai changé, mais il m'a dit, « n'en abusez pas ». C'est-à-dire que, je viens ici tous les 3 mois, je prends juste ma tension, des fois je me dis « tiens, j'ai l'impression d'avoir les joues un peu… », les palpitations… Je prends pour me rassurer mais c'est tout, je n'en abuse pas.

Oui, parce que quand on se met à avoir la psychose de la tension…

P12 : C'est foutu je pense.

Ça stresse encore plus.

P12 : C'est tous les matins, midis, soirs… non non.

Ok. Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous aimeriez parler autour de votre sommeil ?

P12 : Je vois pas.

Vous m'avez dit plein de choses intéressantes là.

P12 : Ben je suis contente ! Si je peux participer positivement à votre thèse, à votre soutenance ! Ben non, je crois que j'ai fait le tour… Je fais pas de… Je fais des rêves farfelus mais je suis pas la seule… Non, c'est…

Vous parliez tout à l'heure d'une hospitalisation avec tout un tas de tests, vous aimeriez qu'on fasse ce genre de choses ?

P12 : Non, pas dans l'immédiat. Si ça perdure, si je vois vraiment que j'ai… Que vraiment ça empire, que vraiment ça devient récurrent, pourquoi pas. Mais dans l'immédiat…

Pour le moment vous n'estimez pas en avoir besoin.

P12 : Non. J'arrive à récupérer quand même, même si aujourd'hui, je suis beaucoup plus calme que quand je travaillais ou que j'avais les enfants en bas âge… Mon mari toujours aux 4 coins de l'Europe donc j'avais tout dans la maison, les garçons, mon travail, euh… Tout, tout ce qui était… L'intendance d'une maison on va dire. Mais là ça allait. Voilà maintenant, c'est sûr que j'ai beaucoup moins de… D'activités pénibles on va dire, et si j'ai des activités même pénibles style bêcher le jardin, c'est mon petit voisin qui me le fait ! Donc… je pense… oui je me répète mais je pense que ça peut aussi être lié à l'âge, parce qu'on a quand même… Même quand j'ai mes petites-filles que j'adore avoir, je suis pas plus fatiguée que ça parce que je suis bien organisée. Je ne veux pas… Comment je dirais ça… Quand elles repartent je suis pas « ah ben elles sont parties… », non, mais les chambres du premier où elles couchent je fais au fur et à mesure, je ne me prends pas la tête, c'est tranquille.

D'accord. J'ai tout ce qu'il me faut !

PATIENT 13

Alors votre âge déjà ?

P13 : J'ai 55 ans.

D'accord, votre profession ?

P13 : Je suis mère au foyer.

OK. Vous êtes mariée ?

P13 : Je suis mariée, j'ai deux enfants.

Niveau consommation de tabac ?

P13 : J'ai jamais fumé.

Et l'alcool ?

P13 : Bon, je bois occasionnellement.

Et niveau activité physique ? Est-ce que vous faites du sport ?

P13 : Euh oui, je fais de la piscine, bon j'ai un petit peu ralenti quand même tout ça, avec les insomnies, beaucoup de fatigue. Mais je fais du ski, je fais du vélo, je fais de la marche, et je suis très active à la maison. Dans les travaux de force. Voilà, on a… Rénové une vieille ferme, et donc j'ai toujours été, voilà. De bonne constitution. Et je remuais bien quoi.

Ok. Et l'activité physique, c'est plutôt à quel moment de la journée ?

P13 : Euh, maintenant que les enfants sont grands, j'essaye le matin.

D'accord, plutôt le matin. Est-ce que vous prenez des traitements tous les jours ?

P13 : Oui. Donc j'ai eu un cancer de la thyroïde, en 2001, et je prends du Levothyrox, voilà. Et c'est depuis surtout ce cancer que je dirais mes insomnies se sont accentuées.

D'accord.

P13 : Bon, j'étais pas une grosse dormeuse avant. Et mes parents non plus, on est des couches tôt et on se lève de bonne heure. À 3-4h le matin ça me dérangeait pas de me lever pour apprendre, faire mes études, c'était… Pas de problème. Après, j'ai eu donc deux enfants, la première j'ai eu beaucoup de problèmes de sommeil avec elle pendant six ans et demi. Je travaillais à l'époque, je me relevais bien 12 fois par nuit. Et ça a duré six ans, quoi.

Là, j'ai beaucoup trinqué au niveau du sommeil. Entre guillemets. Ouais. Et puis bon, ça s'est calmé, mais c'est bon, ce cancer. Qui a été déjà la grosse panique, donc les réveils nocturnes, l'angoisse, je suis quand même je dirais, je porte beaucoup la famille, aussi bien le mari aussi. Sans, que tout s'écroule quoi. Et puis ben la nuit pour lutter contre l'angoisse, je me relevais, parce que je sentais pas mon mari m'épauler, et je zappais la télé. C'est ma seule façon d'avoir pu affronter ces peurs nocturnes quoi. Et après ça été un cercle vicieux.

Le cancer c'était quand ?

P13 : C'était en 2001. Et j'ai fait une récidive trois ans après, et j'ai eu la rémission en 2005 à peu près. Voilà.

D'accord. Et vous diriez que c'est depuis ça que les insomnies se sont aggravées ?

P13 : Ah oui, ah oui oui oui, oui.

D'accord. Qu'est-ce que vous appelez « ne pas être une grosse dormeuse » ?

P13 : Eh ben, euh… Pfff… Disons, pas une grosse dormeuse… Chais pas, je vais me coucher à dix heures, et euh… à 4-5 heures je peux être réveillée quoi. Chais pas, peut-être que j'ai quand même mes six heures, mais c'est vrai que maintenant avec mes insomnies, c'est un gros problème de faire des… je dirais faire des veillées, des repas, de recevoir du monde…. Je calcule quoi. Ah oui.

C'est-à-dire vous calculez ?

P13 : Eh ben pour recevoir, parce que je tiens pas le soir, je ne tiens pas. Ah ouais, je sens que c'est une lutte c'est une lutte, le soir je tomberais, hein, je m'endormirais facilement mais je dirais à 11h30-minuit ça y est je suis réveillée quoi, et puis là j'y arrive plus hein. Et donc j'ai trouvé une solution, parce que tout au début de mon cancer le Dr R m'avait donné des… Des somnifères, j'ai essayé une fois…

Qu'est-ce que c'est que vous avez essayé ?

P13 : Oh je ne sais plus. Je pourrais plus vous dire, parce que j'ai fait qu'une fois et quand j'ai vu dans l'état que j'étais le lendemain, je me suis dit « ah non, allez hop je me débrouille toute seule, je vais trouver ».

Et dans quel état vous étiez le lendemain ?

P13 : Oh complètement… Je me reconnaissais plus, moi qui suis vive, qui suis vite… Je pose le pied et je démarre quoi… Là il était 10 heures du matin j'étais dans un état second

complet… Et j'en avais pris qu'un petit quart quoi, je me suis dit non tant pis, j'affronte le… On verra bien, et puis... Et bon j'en ai beaucoup parlé autour de moi, j'ai essayé un peu de sophrologie, je faisais du yoga, je fais des tas de choses, parce que je suis quand même une grande anxieuse, une grande nerveuse, et là j'ai trouvé depuis 2-3 ans, c'est des gouttes homéopathiques… Oui je sais pas si c'est correct… Qui viennent de Belgique, du laboratoire Redon, et c'est à base de plantes, apparemment il y a 13 plantes mélangées, euh ils conseillent d'en prendre 4 à 8 heures et 8 au moment du coucher. Et là je vois rien qu'hier soir par exemple quand j'ai plusieurs semaines d'insomnie et puis que je commence à avoir vraiment mal au ventre, que j'ai le moral qui flanche, que j'ai plus de force, plus de concentration, tous les phénomènes que peut, hein, apporter l'insomnie…

Justement, j'aimerais bien que vous me décriviez un petit peu comment vous êtes quand vous avez pas dormi.

P13 : Alors au bout de plusieurs semaines, parce que j'essaye toujours de lutter contre tous ces médicaments, ça va être plus de concentration. Rien que de faire une liste de courses, une montagne. Prendre un coup de téléphone, faire des démarches… Bon je gère beaucoup quand même hein la maison, je veux dire c'est moi qui porte quand même… ça devient compliqué. J'ai vite les larmes qui arrivent, le moral qui flanche. Et puis les maux de ventre. A partir de 10h30-11h alors là j'ai des envies de vomir terribles, et là c'est le signe que l'insomnie a été trop… Oui. Et j'arrive pas souvent à faire de sieste l'après-midi, quand on me dit « essaye de récupérer », ah non c'est pas du… C'est pas dans mon état quoi. Alors après je me dis « bon, ça va revenir la nuit suivante » mais c'est pas pour ça que…

Quand vous dites que vous faites des insomnies, c'est que vous vous réveillez la nuit ou que vous arrivez pas à vous endormir ?

P13 : Oui. J'arrive m'endormir, si, je pense que j'arrive facilement m'endormir, mais c'est je me réveille dans la nuit. A partir de, ouais, 11h, des fois ça y est, 11h-minuit c'est… la nuit est finie quoi.

Vous arrivez pas à vous rendormir.

P13 : Ah non. Alors là, je me lève, je cogite, je… Je prends… J'ai du mal même à lire, je n'arrive pas à lire, ouais. Je trouve l'esprit part trop dans tous les sens, quoi, ouais. Par contre avec ces gouttes, ça me permet de… Je sens que je me réveille, mais boup je repars dans le sommeil tranquille quoi. Et j'ai l'impression, bon là j'en ai pris, ce matin ça va, j'étais opérationnelle. Mais bon, j'aime pas de trop prendre de médicaments, honnêtement voilà.

D'accord. A part le Levothyrox et ces gouttes-là vous prenez rien d'autre ?

P13 : Non, j'essaye de prendre des compléments, je prends de la vitamine D en ce moment, j'ai pris aussi pour le foie des compléments, comment qu'on dit ;… Alimentaires là, pour épurer le foie. Voilà. Quelque chose comme ça. Mais c'est tout, non j'ai pas plus de traitements non plus pour la ménopause, non.

Est-ce que vous avez des rituels de sommeil ?

P13 : Euh… Disons que maintenant, avec toujours ces gros problèmes, j'aime bien arriver le soir, rentrer dans ma bulle on va dire. Pour vraiment m'isoler, je préfère que mon mari aille voir sa télé tranquille, et moi je suis toute seule, voilà, et puis hop je rentre tranquillement dans le sommeil et ça va bien, quoi. Oui. Si par exemple il y a eu une soirée, qu'on a été invités que je rentre à la maison, c'est sûr que j'arrive pas à trouver le sommeil, alors là c'est pas la peine je suis trop agitée après. Oui. Oui donc, il y a quand même… C'est pas simple quand même.

Et c'est que vous cogitez ?

P13 : Oh je me sens agitée, je me sens… Oui, oui. Je suis quand même anxieuse hein, je m'en fait souvent pour les enfants, quand c'est pas les enfants c'est pour ma mère, quand c'est pas ma mère c'est autre chose, pour un oui pour un non, je suis vraiment une grande anxieuse… Mais avant j'arrivais à le gérer, je veux dire… Ouais, ouais ouais. Que là non ça devient difficile.

Est-ce que vous avez essayé d'autres médicaments à part ces petites gouttes homéopathiques dont vous m'avez parlé ?

P13 : Non, non non, j'ai rien trouvé d'autre.

Mélatonine vous avez pas spécialement tenté ?

P13 : Ah si… Oui mais c'est trop gentil on va dire. Si si, j'avais essayé des petites choses comme ça, pour eux c'est des petites choses, parce que, j'essaye 3 semaines et je vois bien que… je me dis sur le coup c'est génial ça marche, puis après, ah non, la nature elle revient vite au galop quoi.

Vous vous rappelez pas ce que c'est du coup ?

P13 : C'était « nuit »… Vous savez ils faisaient de la pub à la télé.

« Nuit calme » ?

P13 : Oui des choses comme ça. J'avais essayé aussi l'homéopathie, j'avais essayé… Ouais. Mais non. Rien n'a marché. Pour l'instant j'ai que ces petites gouttes qui me sauvent la vie on va dire, que j'ai toujours de côté, que je conseille aussi à ma fille qui a le même problème, on est quand même… Voilà, et pourtant j'ai un fils qui dort très bien, donc je me dis « est-ce que c'est toute la famille ? ». J'en sais rien… Mon mari qui a eu un cancer de la thyroïde aussi il y a 1 an, la même chose, bon il est plus âgé, il y a aussi peut-être l'âge qui joue, pareil dort très mal aussi. Mais il se lève pas, il est pas comme moi à se lever et puis à retourner la maison quoi.

D'accord. Pour vous, ça serait quoi un bon sommeil ?

P13 : Euh, ce serait arriver à se coucher vers 10 heures, et puis me lever vers 6h30 sans être réveillée quoi, ça serait… Voilà hein. Même un peu moins s'il faut, mais… Sans le réveil quoi, surtout.

Il y a plus un critère de continuité plus qu'un critère de temps.

P13 : Oui c'est ça. Je pense que j'ai pas besoin énormément, mais au moins que je me réveille pas en disant…

D'accord. Donc ça on a vu… Est-ce que vous pensez que vous feriez une consultation avec un médecin, pour parler juste de ça ?

P13 : C'est-à-dire, un généraliste ou un professionnel ?

Oui, un généraliste par exemple.

P13 : Euh, je veux pas dénigrer, mais je trouve que… J'aimerais mieux presque un professionnel. On me dirait on va dans un centre on examine votre sommeil, je serais partante.

Vous préfèreriez qu'on vous oriente vers un spécialiste.

P13 : Oui. Parce que bon, j'en ai déjà parlé, j'ai l'impression que, ouais, bon on va essayer ça, on essaye ça…. Mais on n'entend pas bien ma demande.

Vous avez l'impression de pas être entendue, de pas être prise en compte ? Qu'est-ce qui vous donne cette impression ?

P13 : Je sais pas comment… Ben j'en ai déjà parlé autour de moi, à M.R tout ça, et puis bon c'était… Hein, il me prescrivait des somnifères hein, mais après quand il m'a dit… On essayait de voir si je correspondais, pour voir si j'étais vraiment insomniaque ou pas,

apparemment c'était pas ça, bon… Alors je trouvais que… Là je me suis sentie pas comprise, ouais. Alors j'ai dit bon j'insiste pas, quoi. Après j'essaye de trouver ma solution à moi puis voilà, c'est peut-être pour ça que je me dis… Ouais.

D'accord. Au début, qu'est-ce qui vous a poussée à faire appel à un professionnel de santé, à votre généraliste ? Pourquoi vous êtes allée en parler ?

P13 : Oh parce que je sentais que le moral flanchait, j'arrivais plus… Au début je disais « bah allez un mois ça va passer, deux mois et puis… ». Et puis j'avais quand même les enfants à l'école, j'avais un mari qui travaillait, et… Je sentais que je m'épuisais, que j'avais plus de ressources quoi. Ouais. Alors… Et puis bon, je suis du genre quand même battante, et je me disais « bon ça va passer ça va passer, on y va on y va »… Et là je voyais quand même… Ouais… C'est-à-dire c'est quand je sens que j'ai plus mes forces quoi.

Il y avait un épuisement.

P13 : Voilà c'est ça. Oui.

D'accord. Donc pour vous en fait, votre docteur a proposé des somnifères, pour vous c'était pas satisfaisant ?

P13 : Non, non. J'aurais bien aimé qu'il m'oriente, je dirais, pour faire un bilan, ou vers un professionnel. Je pense que chacun a ses spécialités, et voilà. Bon après j'ai pas insisté hein, je… Je me dis bon, il juge que je suis pas dans le critère je suis pas dans le critère quoi, et puis voilà quoi… mais bon, je souffre toujours d'insomnie quand même, pour moi c'est… Je sais pas si c'est de l'insomnie, si, c'est quand même de l'insomnie quand on se réveille plusieurs fois comme ça ? Oui.

D'accord. Est-ce que la notion d'hygiène de sommeil ça vous dit quelque chose ?

P13 : Euh, l'hygiène je pense que c'est par exemple avoir des rituels, non ? C'est un peu ça ? C'est-à-dire pas de télé dans les chambres, pas de portable… C'est vrai que je suis pas tout respectueuse de tout ça.

Qu'est-ce que vous en savez de l'hygiène de sommeil, pour vous ça correspond à quoi ? Vous m'avez dit les écrans ?

P13 : Oui c'est parce que j'ai vu, sur des magazines comme on dit, dès que je vois insomnie pouf je suis attirée par ça, et puis j'essaye de comprendre si je corresponds, si ça peut m'aider, si… J'ai été voir aussi sur internet, dès que je croise une info je suis… Je suis preneuse quoi. Hm. Euh…

Vous vous renseignez plus par vous-même que ce que vous attendez du généraliste ?

P13 : Oui. Oui c'est peut-être pas très bien j'en sais rien mais… Hein… Oui, je… Oui c'est un peu ça.

Et donc vous m'avez dit les écrans. Qu'est-ce que vous pourriez me dire d'autre ?

P13 : Euh… Peut-être l'alimentation, les… Je dirais quoi encore… Bon le sport pas le soir, je sais qu'il faut pas ça, ou je faisais du yoga mais ça ne perturbait pas, pas plus pas moins… Le café les choses-là quoi je… Mais j'en prends pas. Je vois pas de différence, c'est… Voilà. Mais c'est vrai que la télé, c'est devenu je dirais, quand je me réveille à 1h et que je me dis « oh là là la nuit est pas finie », et puis que je recogite que j'angoisse, hop je vais vite me chercher un écran quoi. Puis des fois je m'endors devant, et hop je repars un petit peu, et hop je me réveille, et on recommence. Puis des fois je vais vite éteindre, je me dis ça y est c'est bon je sens le sommeil arriver, vite j'éteins tout, et je me remets dans le calme pour retomber dans le sommeil. Mais je dirais, c'est une fois sur deux, c'est un peu… Voilà. Ouais. Ouais ouais.

C'est à quel rythme vos nuits d'insomnie disons ? C'est toutes les nuits ?

P13 : Oh c'est tout le temps. Sauf que là…

Ça va un peu mieux avec vos gouttes peut-être ?

P13 : Avec les gouttes. Voilà. C'est tout. Autrement c'est tout le temps, je ne passe plus une bonne nuit ça c'est clair.

D'accord. Est-ce qu'on vous a déjà posé la question du sommeil alors que ce n'était pas le sujet principal de la consultation au départ ?

P13 : Non. Non je pense pas.

Spontanément, on n'a jamais abordé avec vous, on vous a jamais dit « au fait, comment vous dormez ? ».

P13 : Non, non je me vois pas… C'est toujours moi qui en parlais. Je vois au CHU à Brabois avec le Dr K où le contact est très bon, combien de fois je lui ai dit « le gros problème c'est le sommeil », je lui ai dit bon le reste on arrive gérer la nervosité, mais l'insomnie… « Ah ben oui vous êtes pas la seule » quoi. Voilà. Vous êtes pas la seule. Ben vous êtes pas la seule. Et j'avais croisé justement une étudiante, j'aurais presque aimé l'attraper dans le couloir pour lui dire, parce qu'elle était en train de chercher les conséquences du cancer de la thyroïde… Bon alors j'ai pas osé, mais… Elle parlait avec un médecin… Et je me suis dit oh j'aurais

bien aimé l'aborder pour lui expliquer que j'étais un cas bien précis, depuis le cancer, ça a été… Il y a eu des choses quoi… Ouais. Il y a des incidences qui se sont répercutées quoi. Ouais.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on parle suffisamment du sommeil en médecine générale ? Est-ce que vous pensez que c'est suffisamment évoqué en consultation avec le généraliste ?

P13 : Peut-être pas assez. Quand même pas assez, non.

Pourquoi ?

P13 : Ben… Pourquoi ? Parce qu'ils nous le posent pas, tout simplement parce qu'on en parle pas, parce que… Bon, le Dr R c'est donc mon médecin traitant depuis des années, mais peut-être qu'on se connaît trop maintenant, donc c'est moi qui parle, c'est moi qui lui dis « voilà je dors pas ça, je suis ça ça ça » hein. Donc peut-être que je changerais de médecin que ce serait un nouveau médecin, il viendrait peut-être pour plus à poser des questions, pour me connaître. Peut-être que maintenant, on se connaît trop bien je sais pas. Peut-être. Je peux pas vous dire, je sais pas de trop à vrai dire.

Vous aimeriez qu'on en parle plus en consultation ?

P13 : Euh ouais, j'aimerais bien, s'il arrivait à me trouver… Mais quand l'autre fois ça remonte à une paire de mois, j'ai dû lui soulever, je vous dis il m'a fait un genre de série de questions, puis il m'a dit « ah ben non vous correspondez pas ». Bon, ben j'ai laissé tomber quoi.

Je pense qu'il dépistait plus l'apnée du sommeil ? Il vous demandait si vous étiez somnolente en journée ?

P13 : Peut-être, peut-être. Je pourrais même plus vous dire.

Je pense que c'est ça. C'est le questionnaire qu'on propose d'habitude pour dépister les apnées du sommeil plus que pour l'insomnie nerveuse ou psychologique comme vous décrivez.

P13 : Mais je pense que c'est quand même beaucoup psychologique hein. Plus psycho. Ouais.

Hm. Alors, il y a quelque chose que les gens savent pas forcément, les insomnies chroniques, les gens qui dorment pas de manière chronique, c'est un facteur de risque cardiovasculaire.

P13 : Si, je sais.

C'est au même titre que le tabac ou le surpoids, il y a un surrisque d'AVC, de diabète…

P13 : Oui, oui.

Donc ça vous étiez au courant ? Vous l'avez appris où ?

P13 : Je l'ai appris dans des magazines, et puis encore l'autre fois je me suis dit « oh là là il faudrait que je fasse attention au sommeil, il faudrait que je trouve une solution ». Et… si, si, c'est bien ça qui m'inquiète… Parce que je fais attention à mon hygiène de vie, mais je peux pas…

Et vous aimeriez qu'on vous propose quoi en fait ?

P13 : Hm… Eh ben qu'on teste mon sommeil sur une nuit, qu'on voie comment je dors la nuit, hein si vraiment dans une nuit on pouvait me dire « bah voilà vous avez… effectivement vous ne dormez pas, là vous êtes réveillée mais là c'est un sommeil profond… ». Ouais, ouais. Qu'on prenne plus au sérieux mon cas. Mais après je me dis bon, on fait avec ce qu'on nous donne quoi. Je peux pas aller… J'essaye d'en parler. C'est pour ça, j'ai dû en parler au Dr R je pense, puis c'est pour ça aussi qu'il m'a conduite vers vous en disant « attendez j'ai une jeune fille qui fait ça ». C'est pour ça en fait qu'on en est là. J'ai dû donc en reparler encore une fois je pense. Ça revient quand même souvent sur le tapis, on peut pas dire le contraire.

Mais vous avez pas l'impression qu'on répond de manière satisfaisante en fait ?

P13 : Non. Et c'est vrai que j'ai vu dernièrement, oui, des risques au niveau cardio. Ouais. Mais je sais pas quoi faire hein. Quoi faire ? Je me dis bon essayons de faire un peu de sport pour essayer de sauver le reste et puis voilà… Mais… Je peux pas…

Après les écrans vous savez que c'est pas top avant le coucher. Vous me dites que vous regardez quand même pas mal la télé ?

P13 : Oh je regarde pas la télé la journée, les choses comme ça loin de là. Je la regardais au moment de m'endormir peut-être vous voyez, et encore au programme vers 21h.

C'est ça le souci, c'est les écrans avant de s'endormir qui perturbent le sommeil.

P13 : Là il faudrait pas de télé du tout ?

C'est compliqué parce que les gens regardent beaucoup la télé le soir, mais c'est pas forcément bon pour ceux qui ont des problèmes de sommeil.

P13 : Donc il vaudrait mieux quoi ? Parce qu'à une époque j'essayais la musique douce pour m'endormir, mais je suis tellement, j'avais tellement l'angoisse avec ce cancer hein, parce qu'il a fallu quand même le traverser, ça a duré longtemps…

PATIENT 14

Alors, pour cadrer un petit peu le personnage, quel est votre âge ?

P14 : 61 ans.

Votre boulot ?

P14 : Retraité depuis 15 jours.

Félicitations ! (rires) vous faisiez quoi avant ?

P14 : J'étais agriculteur.

D'accord. Vous êtes marié ?

P14 : Oui.

Vous avez des enfants ?

P14 : 2, oui.

OK. D'accord. Est-ce que vous fumez ?

P14 : Non

Est-ce que vous avez fumé ?

P14 : Jamais.

Niveau consommation d'alcool ?

P14 : Très peu.

Occasionnelle ?

P14 : Occasionnelle, des fois on prend une 1 bouteille qui fait la semaine en mangeant, mais ça c'est pas… La bouteille fait la semaine.
D'accord. Niveau activité physique ?

P14 : Ben dans mon métier on travaille un peu, on bouge beaucoup, puis je fais du VTT aussi.

Régulièrement ?

P14 : Pas tout le temps mais j'en fais. Mais je marche tout le temps dans mon métier.

D'accord. Est-ce que vous prenez des traitements tous les jours ?

P14 : Eh ben en ce moment oui, puisque j'ai des antidépresseurs… Ah…

Vous vous rappelez de ce que c'est ?

P14 : Oh ça va revenir ! Primpéran, prin… Brin…

Prégabaline ?

P14 : Non, Brindelix.

Brintellix.

P14 : Brintellix !

D'accord. Est-ce que vous prenez autre chose à part ça ?

P14 : Non. Non. Occasionnellement, des antiA quand je suis un peu trop anxieux. Le toubib m'a prescrit du… Quand ça va pas que j'ai pas la pêche.

D'accord. Consommation de café ?

P14 : Très peu. Seulement le matin au petit déjeuner, éventuellement dans une soirée.

Ok. On va rentrer dans le vif du sujet. Pour vous, comment vous décririez un bon sommeil ?

P14 : Haha ! Un bon sommeil c'est déjà bien s'endormir, bien s'endormir, et si on peut ne pas se réveiller dans la nuit, c'est l'idéal et arriver au matin, ça c'était avant.

Ça fait combien de temps que vous avez des soucis de sommeil ?

P14 : Ben c'est avec mon problème… C'est avec ma dépression, je suis anxieux quoi, c'est la deuxième fois, j'ai eu un épisode l'année dernière et puis... Quand il vous a appelé, j'arrivais pas à m'endormir, c'était pénible de se trouver à 2h du matin et de pas dormir.

Pourquoi vous arriviez pas à dormir ?

P14 : Bah… je cogite. Donc maintenant ça va mieux je m'endors bien, mais je me réveille à 2h. Pour 1h-1h30 de temps.

Et qu'est-ce que vous faites pendant cette heure de temps ?

P14 : Bah… on dit qu'il faut se lever et aller lire, mais j'ai pas envie. Je fais, je cogite, forcément, automatiquement, il y a des cogitations qui se passent bien et des cogitations moins bien quoi. Quelques fois j'arrive à faire d'une traite. Mais quand on se réveille, c'est 1h-1h30. Puis ma femme c'est pareil donc...

Et vous arrivez à vous rendormir après?

P14 : Ouais, souvent Si c'est 2h, j'arrive à m'endormir vers 3h30-4h.

Une nuit de sommeil type chez vous, ça ressemble à quoi?

P14 : A ça. Justement.

Vous vous couchez à quelle heure le soir ?

P14 : 22h30… et on se lève à 7h30… On en a refait un bout entre 4h et 7h30. ça fait un cumul d'heures à peu près potable pour moi, je ne me sens pas fatigué, contrairement à ma femme qui a besoin de plus d'heures, plus de temps, plus de sommeil, on est pas égal je crois. Je fais une sieste volontiers à midi. Voilà.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul?

P14 : Euh.. Tout seul pas vraiment, sous conseil avec des plantes,

Qu'est-ce que c'était ?

P14 : Du…valériane.

D'accord. Et vous avez pris des médicaments qu'on trouve en libre service à la pharmacie par exemple ?

P14 : Non. Le médecin justement quand j'étais allé le voir, il m'avait prescrit du Zopiclone. Mais j'en ai pas pris.

D'accord, pourquoi ?

P14 : Parce que il se trouvait que le jour d'après ça allait pas trop mal, je me suis endormi normalement, et puis bon c'est quand même pas un produit d'enfer. Il m'a dit « vous le prenez, si vous êtes 2-3 nuits sans dormir ». Sinon on ne joue pas avec ce genre de produit.

C'est-à-dire, « on joue pas avec ce genre de produits » ?

P14 : C'est-à-dire qu'on n'en prend pas systématiquement… enfin après moi dans mon cas, il y a peut-être des personnes âgées qui arrivent vraiment plus à dormir… Après il y a des risques d'accoutumance et compagnie !

D'accord. C'est quoi « et compagnie » ? c'est quoi qui vous fait peur dans le zopiclone ?

P14 : Bah, c'est le produit en lui-même, c'est marqué dessus, quand même, ne pas consommer trop longtemps… c'est que de la chimie, certains produits sont peut-être moins violents.

D'accord. Comment vous vous sentez quand vous avez pas assez dormi ? Quand vous êtes fatigué ?

P14 : Mais c'est rare que je n'ai pas assez dormi. C'est rare que le fait de ne pas dormir assez, que je sois fatigué.

D'accord. Donc au final, vous avez des insomnies, mais vous vous en sortez bien parce que vous avez suffisamment d'heures.

P14 : Au pire je fais une sieste qui est vraiment réparatrice, 10 minutes, je le faisais avant en étant bien. Au début de mes soucis, je n'arrivais plus à faire ma sieste. ça implique plein de choses, hein, j'étais en dépression. Et maintenant j'arrive à faire une sieste, sur le coin de la table, là 10 minutes. Et c'est reparti.

Et c'est rafraîchissant ? C'est une sieste efficace ?

P14 : Ah oui. Mais je le faisais déjà avant en étant bien, c'est…

Ok. Qu'est-ce que vous faites avant de vous coucher ? Juste avant de vous coucher ?

P14 : Souvent on regarde la télé, malheureusement… Ben on s'occupe, quoi voilà, ça m'arrive de lire. J'aime lire. Quand j'étais vraiment pas bien je lisais, je limitais tous les écrans. Je supprime tous les écrans, les vrais écrans, c'est-à-dire tablette, machin… Il y a eu un soir je me suis amusé à regarder une vidéo un truc jusqu'à 9h30-10h, ben j'étais pas bien, je sais pas si c'est lié directement mais l'histoire de lumière bleue…

Et la télé quand même oui ?

P14 : La télé oui, moi c'est plutôt soporifique… en ce moment un peu moins, mais quand je vais bien franchement, je m'endors devant, et je vais me coucher, et je m'endors comme une masse.

Paradoxalement. OK. Est-ce que vous seriez prêt à consacrer une consultation entière juste pour discuter de vos problèmes de sommeil ?

P14 : Non, je suis pas atteint à ce point-là, c'est pas mon plus gros problème.

D'accord. Donc, vous avez parlé spontanément de vos troubles de sommeil à votre généraliste ? Il vous a proposé quoi comme solution ?

P14 : Je vous ai dit, Zopiclone.

Il y a eu autre chose de proposé ?

P14 : Ah autrement avant, Lysanxia que je prenais au début de mon traitement, j'en prenais 1 ou 1 et demi, ça détend, moins d'anxiété fait qu'on dort mieux.

C'est à partir de quel moment que vous avez commencé à en parler de vos problèmes de sommeil ?

P14 : A partir du moment où ça m'embêtait, c'est-à-dire au début de ma déprime un peu là. Autrement je dors bien quand même.

OK. *Est-ce qu'on a déjà évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil ?*

P14 : Oui, indirectement.

Qu'est-ce que c'est pour vous l'hygiène de sommeil ?

P14 : L'hygiène du sommeil déjà c'est pas forcément manger de trop, c'est éviter les écrans par exemple, et c'est quoi, se préparer au sommeil, être détendu...

C'est des choses que vous appliquez ?

P14 : Plus ou moins on peut dire, oui.

Votre médecin vous a déjà conseillé là-dessus ?

P14 : Pas forcément le médecin, puisque j'ai quand même vu d'autres personnes, alors j'ai vu une magnétiseuse, j'ai vu une personne qui fait de la médecine chinoise aussi. Comme c'est pas mon plus gros souci…

D'accord. Donc vous avez essayé des méthodes non médicamenteuses ?

P14 : Eh ben comme je vous disais. La médecine chinoise ça fait depuis 2 ans que j'y vais de temps en temps pour mes soucis de… C'est une personne du CMP, la première fois que j'ai eu mes soucis je suis passé par le CMP en parlant au médecin. La personne qui m'a

reçu fait aussi de la médecine chinoise. J'ai fait quelques séances pour travailler le sujet quoi.

D'accord. Parce que vous savez qu'on peut conseiller des choses comme l'hypnose, l'acupuncture… Voilà c'était un peu la question, est-ce que vous avez essayé ce genre de choses…

P14 : Ben l'hypnose, j'en ai fait une séance une fois, avec une autre personne du CMP. C'était plus pour contrecarrer ma dépression, c'est quand même plus violent. Bon l'hypnose oui, mais il faut rentrer dans le truc.

Vous avez réussi ?

P14 : Pas complètement non.

Ça n'a pas été trop efficace.

P14 : Non, enfin… ce qui m'a sorti de la dépression de la première fois… J'ai eu un souci en juillet, une fois le mois de septembre ça allait mieux, j'ai arrêté les antidépresseurs au mois de mars, ça a bien été jusqu'au mois d'octobre de cette année, avec une rechute. Et si, je pense que la médecine chinoise m'a bien aidé, avec la médication, avec… C'est paroxétine que j'avais l'année dernière…

La consultation de la médecine chinoise ça consiste en quoi ?

P14 : Euh c'est avec le doigt, elle pousse son ongle à certains endroits des pieds et des mains, c'est pas des aiguilles, c'est digital. Vous connaissez pas du tout ? Elle fait des appuis avec le bout de l'ongle et quand ça agit tu as l'impression qu'elle enfonce l'ongle, alors qu'elle appuie pas. Y a plein de points.

Je connaissais pas. OK. Est-ce que vous auriez aimé que l'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P14 : Ben non, pas spécialement.

D'accord. Est-ce que votre médecin vous a déjà posé des questions sur votre sommeil alors que c'était pas le sujet initial de la consultation?

P14 : Peut-être, dans la discussion, mais je pense pas que ce soit lui qui l'a abordé, s'il y a quelqu'un qui l'a abordé c'est moi.

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on parle suffisamment des troubles de sommeil en médecine générale ?

P14 : Je pense que oui, maintenant est-ce qu'ils ont tous les leviers pour le faire je sais pas…

Qu'est-ce que vous appelez les leviers ?

P14 : Ben les médicaments, ou autres choses quoi.

Vous pensez que on n'a pas les moyens de répondre à cette demande là ?

P14 : Je ne sais pas, il y a le zopiclone, mais je pense qu'il y a autres choses, peut-être des choses plus légères, tout dépend des pathologies je pense aussi y a pas qu'une forme, y a des gens qui s'endorment pas, d'autres se réveillent…

D'accord. Vous, on vous a proposé que le Zopiclone ?

P14 : Oui parce que c'était temporaire, spontané, c'était à un moment bien précis.

D'accord. Car il faut savoir que l'insomnie chronique c'est aussi un facteur de risque cardiovasculaire, les insomniaques chroniques ont plus de risques de faire du diabète, des infarctus, des AVC, ce n'est pas forcément connu de la population générale, ça vous disait quelque chose ça ?

P14 : Oui, je sais que ça influe sur ça.

Vous avez appris ça où ?

P14 : Bah une chose ou l'autre, on l'entend à la radio, je veux dire télé, ou je sais pas quoi…

Plutôt reportage à la télé ?

P14 : Oui, reportage.

OK. Donc les troubles du sommeil vous arrivez facilement en parler avec votre généraliste ? Vous arrivez à vous ouvrir sur le sujet ?

P14 : Oh c'est pas un souci. Ah oui si j'en ai.

D'accord. Est-ce qu'il y a des choses que l'on a pas abordées dont vous aimeriez bien parler autour du sommeil ?

P14 : Pfff… Non, je ne sais pas quoi aborder d'autre, mais je pense que les personnes sont différentes vis-à-vis du sommeil. On peut pas dire qu'il faut forcément 7 h de sommeil. Je

sais pas. Je pense que… Mais c'est sûr que l'hygiène du sommeil ça doit être important, surtout pour les gens qui sont chroniques.

Et tout le monde n'applique pas ça de la même manière, on trouve souvent des très mauvaises habitudes dont les gens arrivent pas à se débarrasser.

P14 : Je pense que la pire ça doit être les écrans, la tablette et le PC. C'est vrai que… Le soir, c'est un moment privilégié : tu rentres du boulot, et il faut quand même malheureusement y aller, parce qu'il y a plein de choses à voir là-dessus, et puis après quand t'y vas, c'est 10h du soir. Le système est là. Je pense que la télé n'a pas tout à fait le même impact en terme d'écran.

Pourquoi vous dites ça ?

P14 : Ben je pense, j'ai entendu dire que la télé n'est pas si toxique qu'un écran proche avec la lumière bleue et compagnie.

Vous avez entendu dire ça ou vous l'avez constaté vous-même ?

P14 : Je l'ai entendu dire. Non ? ça vous paraît pas… ? Les effets sont pas les mêmes… ?

Je n'ai pas cette notion-là. Vous en savez peut-être plus que moi !

P14 : Non bah je sais pas… J'ai entendu dire que tablette ou téléphone, y avait pas le même… Quand on a le nez dessus…

Après quand on a le nez dessus c'est sur la vision quoi. Ça peut impacter ou provoquer une myopie quand on a le nez dessus. Mais la télé c'est autant de lumière bleue, c'est les mêmes écrans.

P14 : Mais alors à ce compte-là, il y a plus personne qui peut dormir. Qui regarde pas la télé ? Les principaux programmes sont à ce moment-là quoi.

Vous avez raison, mais après tout le monde n'est pas insomniaque non plus, il y en a que ça affecte pas du tout.

P14 : Ah mais moi c'est soporifique. Ça c'est différent. Moi à la télé je regarde un truc de chansons, de variétés, dans 10 minutes je… Voilà quand je fonctionne normal.

C'est ça votre somnifère en fait.

P14 : Ah mais oui, je m'endors là, je me lève et je me couche dans mon lit, et je dors instantanément. Il y a des gens qui disent, « quand je m'endors devant la télé, j'arrive plus à

m'endormir après ». Moi c'est pas mon cas. Bon, j'insiste pas quand ça va pas. Après, on peut parler du moment où on doit se coucher c'est toujours pareil. Les gens qui se couchent très tard… Certains se couchent à 21h30 d'autres à 23h.

Vous vous couchez vers quelle heure en général ?

P14 : Entre 22 et 23h ça s'arrête là.

D'accord.

P14 : Je me suis rendu compte l'autre fois qu'on avait fait une sortie, je me suis couché à 1h-1h30, j'ai dormi d'une traite jusqu'à du 9h matin. Je me suis demandé est ce que c'est si important que ça de se coucher plus tôt ?

Après c'est à vous de voir ce qui vous convient !

P14 : Le problème aussi c'est ce qu'on fait entre 21h30 et 23h, si c'est systématiquement 4 h de télé, je trouve pas que ce soit tip top, l'hygiène de vie comme on dit, c'est dormir, pas dormir, lire…

Et vous lisez pas vous ?

P14 : Si, j'aime bien lire. Et il faut manger des pommes avant de dormir, c'est un fruit qui est très bon pour s'endormir.

Ah, je savais pas non plus, vous m'apprenez plein de choses !

PATIENT 15

Alors déjà, pour cadrer un petit peu le personnage, votre âge ?

P15 : 38.

D'accord, votre boulot ?

P15 : Plombier-chauffagiste.

D'accord. Vous êtes marié ?

P15 : Oui.

Vous *avez des enfants ?*

P15 : Oui, une fille.

OK, *niveau consommation d'alcool ?*

P15 : Ben… Raisonnable on va dire.

Occasionnelle ?

P15 : Oui.

De tabac, est-ce que vous fumez ?

P15 : Oui.

Vous êtes à combien de cigarettes par jour à peu près ?

P15 : On va dire... maxi 10.

D'accord. Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P15 : Non.

OK. Au niveau activité physique ?

P15 : Un peu de marche… On va dire...

D'accord. Plutôt régulièrement ?

P15 : Le dimanche quoi comme ça... Pas tous les jours.

Et consommation de café ?

P15 : Ben... on va dire... 3 cafés le matin… Voilà… Mais des cafés quoi.

Pas ensuite dans la journée ?

P15 : Que le matin.

OK. Pour vous, comment vous décririez un bon sommeil ?

P15 : Un bon sommeil pour moi c'est dormir, allez on va dire, dormir à 21h puis se lever à 6h le matin...

D'accord, il y a un critère de durée pour vous ?

P15 : 8 h de sommeil en gros.

D'accord, donc vous avez déjà souffert d'insomnie ?

P15 : Ah oui, j'en souffre encore.

Depuis quand ?

P15 : Ça fait... Je sais pas moi... Une dizaine d'années.

D'accord, *il y a eu un événement déclenchant particulier ?*

P15 : Je pensais au départ que c'était le stress, donc j'ai changé de travail, j'ai pris quelque chose de plus calme… On va dire… Moins de stress, parce qu'un chauffagiste est toujours embêté avec les dépannages, les machins… Puis quand on cogite tout le temps et qu'on dort pas la nuit… et… je pensais que c'était ça mais non c'est pas ça, c'est... Je sais pas… Je vois pas d'éléments déclencheurs... Je pensais que c'était dû au stress au départ

Et finalement quand il y a moins de stress ça change pas ?

P15 : Ça change pas. On dort avec rien dans la tête mais voilà.

Comment vous vous sentez quand vous avez mal dormi ?

P15 : Et ben... Vaseux ... On va dire... Quand je vais au travail. Après dans la journée ça va… Sur le coup de midi, enfin midi-1h, on va dire, j'ai un coup de barre… Et ben le soir je dors de bonne heure et je me lève très tôt, mais je me réveille très tôt… je me réveille très tôt… je me réveille il est 2h et demi du matin.

D'accord, donc *une nuit typique pour vous, ça ressemble à quoi ?*

P15 : Une nuit typique c'est dormir à 8h et demie, être réveillé à 2h et demi.

Vous vous couchez à 8h et demie le soir ?

P15 : Oui, je dors, poum, ça tombe tout seul !

Et socialement comment vous vous débrouillez ? parce que c'est assez inhabituel de se coucher à 8h30 !

P15 : Ben après... Après c'est peut-être un rythme que j'ai depuis que je suis petit, parce que quand mes parents travaillaient d'équipe, on va dire, on allait au lit très tôt parce que qu'on se levait très tôt pour aller à la gardienne…

Pour aller où ?

P15 : Chez la gardienne quoi, nos parents nous amenaient à une gardienne. On va dire j'allais au lit il était 7h du soir, j'étais réveillé à 4-5 h du matin.

Et vous vous leviez à 4-5h du matin pour commencer la journée ? Et c'est un rythme que vous avez gardé en fait ?

P15 : Ben je pense. Même si je vais au lit tard, admettons, on fait une java... On va dire jusqu'à 4-5h du matin, 9h du matin je suis réveillé. Mais par contre l'après-midi je vais faire une bonne sieste. On va dire une sieste de 2h, de 14h jusque 17h, puis après.. ben je vais redormir à 8h, on va dire et demie, mais là je vais être réveillé à 1h du matin puis après je ne redors plus.

Vous faites quoi quand vous êtes réveillé comme ça?

P15 : La télé, on peut pas faire grand-chose… Voilà quoi.

D'accord. Qu'est-ce que vous faites avant de dormir le soir?

P15 : Je mange, je regarde les informations et je dors, voilà. J'ai pas d'activité, je lis pas, je suis pas quelqu'un qui lit beaucoup.

Ok. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter tout seul ?

P15 : J'ai essayé plein de choses, j'ai essayé des tisanes... J'ai essayé... Ben j'étais venu voir madame R pour avoir… Je veux pas raconter de conneries, c'était de la mélatonine. Qui marchait mieux, on va dire, mais c'est pas ça quoi… Après je veux pas prendre de somnifères, je veux pas prendre des trucs comme ça parce que ça devient une accoutumance et puis je veux pas de…

C'est ça qui vous fait peur dans les somnifères ? l'accoutumance ?

P15 : Voilà, je veux pas des trucs comme ça.

Vous avez déjà essayé ?

P15 : Non je suis pas chaud quoi. C'est sûr qu'elle m'a dit, oui tu vas dormir, mais si c'est pour être forcé à dormir… Que ce soit un cachet qui me force et qui m'endorme quoi, c'est pas… je préfère quelque chose de plus cool quoi.

Les insomnies c'est tous les jours pour vous ?

P15 : Ben... oui en général oui…

Ok. Donc vous ce n'est pas une nuit de 8h de sommeil en fait que vous avez ?

P15 : Ou alors mon corps a besoin que de ça mais je me sens des fois fatigué mais après la journée ça va, je suis pas à plat... Je suis quelqu'un d'assez nerveux donc ça marche… Je veux dire...

D'accord. Actuellement vous prenez quelque chose du coup ?

P15 : Ben le… Je sais plus le nom du médicament, c'est la mélatonine, 2 mg de mélatonine. Bon voilà, c'est mieux, mais…

Pas parfait mais c'est mieux ?

P15 : Voilà ouais.

Est-ce que vous pensez que vous seriez prêt à consacrer une consultation complète juste pour discuter de ça avec votre médecin traitant ?

P15 : Ben ouais, ça me gêne pas moi.

Vous l'avez déjà fait ?

P15 : Ben oui, justement pour me prescrire ce médicament elle m'en a parlé.

D'accord. *Il y a beaucoup de personnes qui parlent de leur insomnie comme ça en fin de consultation en passant.*

P15 : Non non, je suis venu consulter que pour ça. En général j'ai pas de problème de santé. Elle me voit que vraiment pour un mal de dos ou des trucs comme ça par rapport à mon boulot mais…

D'accord, et à ce moment là qu'est ce qui vous a poussé à venir consulter chez elle?

P15 : C'est ma femme qui a téléphoné c'est même pas moi, parce qu'elle en a marre que je la réveille quoi.

Ce n'était pas vraiment votre initiative en fait ?

P15 : Non, parce que quand on vit avec ça, on est un peu habitué quoi.

La solution qu'elle vous a proposée vous avez trouvé ça satisfaisant ?

P15 : Ah ben oui, après moi je veux pas avoir plus... Elle m'a dit de toute façon je veux pas te prescrire de somnifères… Parce que… elle m'a dit « je peux t'en prescrire si tu en veux vraiment » mais moi je veux pas quoi, je veux pas... Il faut que je trouve un autre moyen, autre chose que de manger des cachets pour dormir.

Est-ce que vous avez essayé des moyens non médicamenteux ?

P15 : Ben des tisanes après... L'acupuncture je sais que… Il y a peut-être d'autres choses qui pourraient fonctionner ? ça non j'ai jamais essayé.

Vous seriez ouvert à ce genre de choses ?

P15 : Ah oui... Si ça peut aider…

Est ce qu'on a évoqué avec vous la notion d'hygiène de sommeil ?

P15 : Non, je vois pas…

L'hygiène de sommeil c'est toutes les habitudes, les petits « trucs » à faire pour passer une bonne nuit. Par exemple éviter les excitants. Est-ce que vous avez des idées sur ce genre de petites règles que l'on doit appliquer ?

P15 : Non, pas du tout.

La température de la chambre… ?

P15 : Ben ça c'est un problème parce que moi j'adore dormir dans une chambre qui est froide, parce que c'était comme ça chez moi avant, et moi… J'ai une femme qui est plutôt frileuse donc on va dire, quand je vais au lit avant elle le radiateur je le coupe mais elle, la pauvre, elle le remonte donc moi je me réveille... J'ai la bouche sèche, euh voilà quoi.

D'accord.

P15 : Mais je sais que je dors mieux quand c'est froid, quand la chambre est froide, quand c'est frais quoi.

D'accord. Et vous faites pas mal d'écran avant de dormir ?

P15 : Je suis pas du tout… Non moi je suis pas du tout ordi. Donc… Mais la télé, suis pas addict. C'est les informations et voilà quoi.

Ok.

P15 : Même si admettons je vais au cinéma, je vais… La télé m'endort et ça depuis que je suis... on va dire... que j'ai 17-18 ans. J'avais la télé dans la chambre, c'était toujours la télé qui m'endormait. Il me faut... Même une radio, ça suffit. C'est le son en fait.

C'est le son plus que l'image ? Vous savez que l'écran ça peut maintenir éveillé ?

P15 : Oui, mais moi ça m'endort.

D'accord. Est-ce que vous auriez bien aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste des troubles du sommeil ?

P15 : Ben on peut voir, ça peut être toujours intéressant... à voir.

Vous seriez pas opposé à l'idée ?

P15 : Non.

Ok. Votre généraliste du coup c'est Madame R. Est ce qu'elle vous a déjà questionné sur le sommeil alors que c'était pas le sujet de la consultation ?

P15 : Non.

D'accord, elle ne l'a jamais évoqué?

P15 : Peut-être, après j'ai jamais trop vu, voilà... Je suis pas quelqu'un qui va au docteur pour rien donc non… Peut-être… Je peux pas dire oui… je sais pas...

D'accord.

P15 : Elle m'en a peut-être parlé mais je ne me souviens plus.

Est-ce que vous pensez qu'on en parle assez, en consultation, des troubles du sommeil en médecine générale ?

P15 : Ben… Je pense qu'on parle beaucoup plus du stress je pense que du sommeil, parce que… Maintenant le mal là c'est beaucoup le stress on en revient toujours à ça. Alors est-ce que le sommeil, ça peut être aussi le sommeil... je sais pas.

Et vous pensez que ça devrait être différent ?

P15 : Ben... Oui, c'est sûr que des fois ça pourrait aider quoi.

Vous arrivez facilement à en parler avec votre médecin?

P15 : Ah oui, oui je suis venu pour ça donc j'ai pas hésité à en parler quoi.

Parce qu'il faut savoir que les insomnies chroniques c'est aussi un facteur de risque cardiovasculaire au même titre que le tabac, que l'alcool, que le surpoids. Ceux qui sont insomniaques chroniques ont plus de chance de faire du diabète, des infarctus, des AVC. Vous étiez au courant de ce genre de choses ?

P15 : Oui.

Vous avez appris ça où ?

P15 : Ben par rapport à mes parents, mon père a eu des problèmes… Il a fait un infarctus, et ma maman elle fait de l'apnée du sommeil, elle a une machine qui, voilà.

D'accord… et vous saviez donc que les problèmes de sommeil ça pouvaient causer ce genre de choses ?

P15 : Ben oui, par rapport à ce qu'ils ont dit.

Est-ce que vous avez des rituels de sommeil ? Des petites choses que vous faites automatiquement avant de vous endormir ?

P15 : On va dire que avant de m'endormir, je vais regarder la télé, après je n'ai pas de rituel bien spécial. Je me couche je dors quoi.

OK. J'aurais bien aimé revenir sur ce que vous m'avez dit, le rythme de sommeil que vous avez eu pendant votre enfance. Vous avez essayé de le modifier quand vous avez grandi ?

P15 : Oui j'ai essayé, c'est sûr j'ai toujours essayé d'aller au lit plus tard. Quand on est plus jeune… Plus on va dans l'âge, plus on essaye... On grandit je veux dire, donc on sort ou machin, mais j'ai toujours été… Et moi j'ai jamais eu besoin de réveil pour aller au travail, jamais…

D'accord.

P15 : Je suis toujours réveillé, on va dire, un quart d'heure ou 20 minutes avant le réveil quand je passe une bonne nuit. Parce que je passe pas toujours que des mauvaises nuits, c'est pas tous les jours quand même. Mais je suis toujours réveillé avant le réveil.

Vous mettez le réveil à quelle heure ?

P15 : Ben moi je prends le boulot à 6h le matin donc on va dire, je mets mon réveil à 5h moins le quart quoi.

Et vous êtes toujours réveillé avant parce que vous vous couchez très tôt.

P15 : Voilà.

Est-ce qu'il a des choses qu'on n'a pas abordées dont vous aimeriez bien parler sur votre sommeil ?

P15 : Ben non, je pense que le tour est fait...

C'est intéressant parce que j'ai jamais eu de patient qui se couchait aussi tôt et qui avait de telles habitudes en fait ! C'est assez inhabituel.

P15 : Même madame R a été étonnée quand je lui ai dit que mes... Elle nous connait depuis qu'on est gosses, parce qu'avant il y avait un médecin avant elle… « c'est pas possible que tu allais au lit à 7h ! » j'ai dit si, si si, on mangeait à 18h et au lit à 19h parce que là-bas c'était comme ça, mais on dormait tout de suite. On va dire que c'était… voilà !

Merci, je crois que j'ai tout ce qu'il me faut !

PATIENT 16

Alors pour situer un petit peu le personnage, votre âge ?

P16 : 29 ans.

D'accord. Profession ?

P16 : Aide-soignante

Est-ce que vous êtes mariée ?

P16 : Non.

Est-ce que vous avez des enfants ?

P16 : Non plus !

Est-ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P16 : Oui, Androcur et œstrogènes.

D'accord.

P16 : Et du Kerlone pour la tachycardie.

Ok et donc c'est pourquoi ces traitements ?

P16 : Alors l'Androcur et les œstrogènes c'est pour mon syndrome des ovaires polykystiques, et du coup le kerlone c'est pour mes problèmes de tachycardie.

D''accord, ça fait longtemps que vous avez des problèmes de tachycardie ?

P16 : Ouais.

D'accord, niveau consommation d'alcool ?

P16 : Pas de façon régulière…

Ok, occasionnelle ?

P16 : Occasionnelle.

Consommation de tabac ?

P16 : Ben je dois arrêter de fumer, c'est un petit peu compliqué, mais c'est en projet… !

D'accord, ça fait combien de temps que vous fumez à peu près ?

P16 : Euh… Pffff, j'ai commencé à 16 ans…

Oui ?

P16 : J'ai arrêté un petit peu puis j'ai repris, donc ça fait plus de 10 ans quoi.

Et là vous en êtes à combien de cigarettes par jour à peu près ?

P16 : Alors vu que je suis en train de diminuer, je me fixe à 4 cigarettes là par jour.

Ça marche, au niveau consommation de café ?

P16 : Alors comme j'essaye de diminuer en journée, de prendre mon petit déjeuner, après le repas de midi et… allez 3 cafés par jour… Et quand je suis de nuit par contre c'est une assez grosse consommation de café, après ça dépend des nuits que je fais, mais il y a certaines nuits ou je vais boire beaucoup de café.

D'accord, et niveau activité physique ?

P16 : Euh…. Je fais de la marche.

Oui ?

P16 : Et je faisais de la natation, mais depuis mes 2 opérations, j'ai pas pu reprendre parce qu'au niveau abdos c'est pas bien refait encore donc…

Qu'est-ce que c'était comme opération ?

P16 : Une coelioscopie pour une kystectomie.

D'accord.

P16 : Et j'en ai eu 2 en l'espace d'un mois, 2 interventions.

D'accord, toujours en rapport avec le SOPK ?

P16 : Ouais.

D'accord, euh alors, on passe dans le vif du sujet. Le sommeil. Pour vous, ça serait quoi un bon sommeil ?

P16 : Un bon sommeil pour moi, c'est dormir 8 heures sans interruption.

D'accord, donc il y a un critère de durée qui est de 8 heures ?

P16 : Oui.

Ça fait combien de temps que vous avez des soucis de sommeil ?

P16 : Et bien ça fait depuis, euh… 6 mois.

D'accord, c'était quoi l'évènement déclenchant a priori ?

P16 : Ben le traitement Androcur, enfin, on a, les médecins ont ciblé l'Androcur parce que je n'avais pas de troubles du sommeil avant la prise du traitement, et vu que j'ai un dérèglement hormonal, ça peut être ça aussi qui fait ce trouble du sommeil, mais dans le référentiel des effets secondaires dus à l'Androcur il y a l'insomnie qui est dedans…

D'accord, c'est apparu d'un coup après avoir pris l'Androcur ?

P16 : Non, c'est venu petit à petit.

C'est venu progressivement, vous pouvez me décrire un petit peu les insomnies, ce que ça fait, est-ce que c'est plutôt des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ?

P16 : Alors j'ai les 2, alors soit c'est un problème d'endormissement, soit c'est entre minimum 2 réveils par nuit, voire plus, voire pas du tout de sommeil, ou un sommeil qui dure 3 heures et après plus rien, enfin après, plus de sommeil, plus moyen de dormir…

D'accord, alors que vous avez besoin de 8 heures de sommeil a priori, d'accord. Est-ce que vous avez déjà essayé de vous traiter seule ?

P16 : Non, alors je fais de la relaxation…

Oui ?

P16 : Je fais des exercices de respiration, mais enfin, je veux dire, des fois ça va fonctionner, des fois ça va pas fonctionner… Et sinon après, traitement tout ça, non.

Et quand vous avez mal dormi, c'est quoi les symptômes prédominants ?

P16 : Euh… troubles de la concentration, euh… un peu de nervosité par moment, euh… et puis l'impression d'être un peu ailleurs, en fait pas être concentrée, pas être vraiment complètement là quoi enfin… Et puis avoir des moments dans la journée de coups de barre quoi.

D'accord, et il y a des symptômes physiques, genre des yeux qui piquent, des palpitations, des trucs comme ça ?

P16 : Euh…non.

Pas spécialement, ok. Ça fait longtemps que vous travaillez de nuit ?

P16 : Ça fait un an.

D'accord, et ça au début ça ne perturbait pas forcément le sommeil ?

P16 : Non, ça me perturbait pas du tout, j'arrivais à… Après c'était plus la bascule de revenir de jour, qui était compliquée, mais sinon quand je rentrais, je dormais tout de suite, il n'y avait pas de souci quoi.

Ok, donc vous avez consulté qui, en premier lieu, pour les soucis de sommeil ?

P16 : Mon médecin traitant.

Le médecin généraliste ?

P16 : Oui.

C'était juste pour ça que vous avez consulté au départ ?

P16 : Non, c'était pour tous les effets indésirables en fait que j'avais, et euh … ben par rapport au traitement, euh… j'avais des sensations de malaise, des céphalées assez importantes, ben l'insomnie... Euh… j'ai eu des hématomes qui apparaissaient, et puis ben pareil, je… la tension qui est assez élevée par moment, j'ai… des crises de tachycardie malgré mon traitement, donc du coup on a répertorié tous ces symptômes-là et on m'a diminué en fait le traitement d'Androcur parce que pour l'instant il n'y a pas d'autre traitement possible. Ils essayent de trouver une autre molécule, mais en fait c'est, ils voulaient me mettre sous metformine, mais au final c'est pas possible parce que je serais en hypoglycémie quasiment tout le temps et vu que par moment avec mon traitement j'ai des hypoglycémies, parce qu'en fait j'ai une intolérance à l'insuline.

Oui ?

P16 : Donc du coup, c'est un peu compliqué de régler tous les soucis en fait…

Ils mettent de la metformine dans le SOPK ? Je ne savais pas du tout ça !

P16 : Ouais…

C'est intéressant, j'aurais dû me renseigner là-dessus.

P16 : Mais le problème, c'est que ça fait en fait sur certaines personnes, ça diminue, en fait du coup ça les met en hypoglycémie…

C'est normal, c'est un antidiabétique…

P16 : Donc, au final, et puis en plus avec l'OPK, on est obligé de diminuer la consommation de sucre, parce que, ben déjà pour tout ce qui est douleur, et puis pareil par rapport à l'insuline, le sucre n'est pas stocké correctement.

Quel rapport avec les douleurs ?

P16 : Alors ils disent que ça peut des fois, le fait d'avoir… enfin que l'insuline se développe, enfin soit en augmentation, peut apporter des douleurs, des douleurs musculaires, tout ça…

Et c'est arrivé chez vous ?

P16 : Non.

D'accord, un effet indésirable qui n'est pas arrivé !

P16 : Qui n'est pas arrivé, voilà, sur tant d'autres !

D'accord, ok, donc le sommeil en consultation, est-ce que vous seriez prête à consacrer une consultation entière juste pour discuter des problèmes de sommeil avec votre généraliste ?

P16 : Euh… oui !

D'accord, et vous attendriez qu'on vous propose quoi comme solution ?

P16 : Ben pas forcément une solution médicamenteuse, mais plutôt une solution ben de relaxation, quelque chose qui puisse avoir le même effet médicamenteux, mais pas en ayant une prise médicamenteuse quoi.

D'accord.

P16 : La relaxation ou euh…. je sais pas, ce qui peut être proposé, je sais que j'avais été voir une ostéopathe pour voir s'il n'y avait pas un autre problème qui pouvait bloquer en fait ce manque de sommeil, enfin ce sommeil, en au final je me sentais détendue à la fin des consultations, mais pas au niveau sommeil… Enfin je veux dire, je dormais bien après la séance parce que voilà, le travail avait été fait, ça m'apportait un gros coup de fatigue, donc je dormais bien, mais après ça résout pas le souci… Après je serais pas contre aussi faire peut-être de la sophrologie.

Oui ?

P16 : Ça peut être pas mal aussi, ou l'hypnose.

Mais vous avez pensé quand même à pas mal d'autres alternatives non médicamenteuses, pourquoi les médicaments ça vous embête ?

P16 : Parce que, ben j'en ai pris beaucoup avec mes problèmes de santé, plus ben, la morphine que j'ai pu avoir l'année dernière avec mes opérations, mes anesthésies, donc c'est vrai que mon foie il a quand même pas mal dégusté, et du coup je voulais pas non plus apporter encore d'autres traitements malgré, enfin, en plus de ceux que j'ai déjà, parce que c'est pas non plus des… surtout l'Androcur, c'est pas un traitement anodin, donc euh… je ne voulais pas rajouter quelque chose de plus quoi.

D'accord, ok, je vois. Donc qu'est qui vous a poussé en premier lieu à faire appel à un professionnel de santé pour discuter des troubles du sommeil ?

P16 : Ben parce que ça a une atteinte sur ma vie quotidienne …

Oui ?

P16 : Et, euh… c'est pas quelque chose que je connaissais, puisque moi je suis quelqu'un qui de base dort beaucoup et qui n'a jamais eu de troubles de sommeil et là c'est quelque chose que je ne connais pas et euh… et puis c'est pareil, j'accumule de la fatigue mais je ne récupère pas la fatigue que j'ai perdue entre guillemets…

Oui ?

P16 : Il y a des fois ou je vais vraiment être très fatiguée, et je vais avoir 12 heures de sommeil, mais en moyenne je dors 5 heures, 5-6 heures par nuit.

D'accord.

P16 : Avec des coupures.

Il y a des siestes après, l'après-midi ?

P16 : Euh… alors, on m'a conseillé d'en faire…

Oui ?

P16 : Sauf que le soir j'arrivais encore moins à dormir et pourtant je faisais qu'une demi-heure de sieste, voire une heure parce que le temps de m'endormir… Donc je mettais une heure de sieste mais au final je pense que je faisais juste une demi-heure de sieste, le temps de m'endormir, et euh… et voilà !

D'accord, et une nuit typique, heure de coucher, heure de lever, ça ressemble à quoi chez vous à peu près ?

P16 : Ben quand je travaille, je vais me coucher vers 22 heures, 22h30 grand maximum et lever, 05h heures, 05h40, 05h50.

D'accord, et quand vous ne travaillez pas ?

P16 : Quand je travaille pas, ben du coup vu que j'arrive pas à dormir, ben je vais me coucher plus tard, en espérant me fatiguer un peu plus pour espérer une nuit de meilleure qualité, mais des fois ça marche, des fois ça marche pas…

D'accord, est-ce que on a déjà avec vous évoqué la notion d'hygiène de sommeil ?

P16 : Hum… oui, pas d'écrans avant de dormir, pas d'excitants, pas de thé, pas de caféine…

Oui ?

P16 : Euh… dès que je sens la sensation de fatigue, il faut que j'aille me coucher tout de suite pour éviter de casser le sommeil…

Oui ?

P16 : Et puis, euh…et puis pas regarder la télé trop le soir, c'est tous les conseils qu'on m'a donnés. Après, mon médecin traitant m'avait conseillé, m'avait proposé de l'homéopathie, je ne sais plus le nom, mais c'est un petit comprimé à prendre le soir avec l'hormone du sommeil…

La mélatonine ?

P16 : Ouais, ben du coup j'ai essayé, mais j'ai pas trouvé… je pense que c'est pour des personnes où c'est pas récurrent.

Oui…

P16 : Et je veux pas faire appel à un somnifère, ce qu'elle m'avait proposé, pour récupérer un petit peu et de mettre un somnifère à micro dose, mais j'ai pas, j'ai pas voulu !

D'accord, toujours par peur de la polymédication et… ?

P16 : Ben je me suis dit si j'ai besoin d'un médicament pour dormir, ça veut dire que j'en aurai besoin à la longue, et que le souci principal ne sera pas réglé au final…

Donc régler d'abord la cause puis…

P16 : Puis après voir pour un traitement mais si je peux éviter ça m'arrangerait bien.

Ok, donc vous suivez les petits conseils d'hygiène de sommeil, vous évitez les écrans le soir. La température de la chambre ?

P16 : 20 degrés, entre 19 et 20 degrés.

D'accord, et tous ces petits conseils, c'est votre médecin généraliste qui vous les a donnés, ou c'est plutôt l'entourage, c'est plutôt les médias, c'est plutôt du bon sens ?

P16 : Alors il y a mon médecin traitant qui m'en a parlé mais j'en avais connaissance aussi de par mon métier, pour aussi conseiller les patients quand ils sont à l'hôpital et qu'ils arrivent pas à dormir, je leur conseille de pas être trop sur les écrans, d'éteindre la télé ou de la mettre un petit peu moins fort s'il y a besoin d'une présence. Mais c'est mes connaissances, et puis mon médecin généraliste qui me les a rappelés aussi.

D'accord, est-ce que votre généraliste vous a déjà posé des questions sur votre sommeil alors que ce n'était pas le sujet principal de la consultation ?

P16 : Non.

D'accord, est-ce que vous pensez que l'on en parle suffisamment en médecine générale, du sommeil ?

P16 : Non…

Pourquoi ?

P16 : Ben… on va plus se focaliser sur tout ce qui est symptomatique, mais on va pas forcément des fois poser la question sur la qualité du sommeil, ou sur le sommeil, enfin moi je parle par rapport à mon médecin traitant, c'est pas quelque chose, si je lui en parle pas ou que je l'aiguille pas vers cette piste-là, euh… elle y serait pas allée.

D'accord, et vous pensez qu'il y a une raison particulière à ça ou… ?

P16 : Ben je pense que, c'est parce qu'elle sait que de base, j'ai pas de problème de sommeil, et c'est pas quelque chose à laquelle elle a peut-être pensé tout de suite, mais je pense que je lui aurais dit, tout de suite, enfin quand j'étais petite en lui disant j'ai des problèmes de sommeil, je pense que là elle aurait plus appuyé sur savoir si je dors bien, savoir si y a pas de problème d'insomnie, tout ça…

D'accord, il faut savoir aussi que les insomnies chroniques, c'est un facteur de risque cardio-vasculaire, au même titre que le tabac, l'alcool, le surpoids, les insomniaques chroniques ont une tension plus élevée et ont plus de risques de faire des infarctus, de faire du diabète, entre autres. Etiez-vous au courant de ce genre de notions ?

P16 : Oui.

Comment le savez-vous ?

P16 : Mon médecin traitant…

Pareil, c'est lui qui vous a informé, d'accord. Est-ce que vous auriez aimé que l'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P16 : Hum… ben après, enfin je sais pas si moi, mon cas serait intéressant pour un médecin du sommeil, parce que c'est, moi je me pose la question, si on m'enlève l'Androcur, est-ce que la qualité de mon sommeil reviendra, comme je l'avais avant ? Et pour moi c'est ça, parce que depuis le traitement que ça va pas du tout !

Oui, dans la mesure où la cause est connue, d'abord traiter la cause, ça semble logique. Donc quand vous en avez parlé à votre médecin traitant, elle vous a proposé quoi comme solution ? Le somnifère, que vous n'avez pas voulu…

P16 : Et du coup elle m'a fait prendre des comprimés en homéopathie.

Donc ce n'était pas spécialement satisfaisant pour vous ? Pour vous ça n'a pas très bien marché ?

P16 : Non, et puis faire des exercices de respiration, tout ça, et puis ben pareil pas boire de café le soir, pas de thé et même à la limite, elle me disait de prendre des infusions pour aider le sommeil.

Oui ?

P16 : Et ça marche pas, ça me fait boire, ça m'hydrate mais ça me fait rien d'autre.

D'accord, est-ce qu'il y a des choses que nous n'avons pas abordées autour du sommeil dont vous auriez envie de me parler ?

P16 : Ben là comme ça, non, je trouve qu'on a parlé de tout !

On a fait le tour. Très bien !

PATIENT 17

Pour cadrer un petit peu le personnage…quel âge avez-vous ?

P17 : 34 ans.

D'accord, vous faites quoi comme boulot ?

P17 : Aide-soignante à domicile.

Ok, vous êtes mariée ?

P17 : Pacsée.

Vous avez des enfants ?

P17 : Deux enfants.

D'accord, est ce que vous fumez ?

P17 : Non.

Au niveau consommation d'alcool ?

P17 : Occasionnelle.

Occasionnelle d'accord, activité physique ?

P17 : Pas du tout !

D'accord, est ce que vous prenez un traitement tous les jours ?

P17 : Et ben… en ce moment du tranquital du coup.

D'accord, du tranquital, autre chose ou c'est tout ?

P17 : Non… c'est tout.

D'accord, le sujet est le sommeil : pour vous c'est quoi un bon sommeil ? Est-ce que vous pouvez me décrire un bon sommeil ?

P17 : Dormir, mais sans se réveiller plusieurs fois par nuit…

D'accord, pour vous il y a plutôt un critère de continuité du coup ?

P17 : Oui.

D'accord, ne pas se réveiller… vous avez des insomnies en ce moment ?

P17 : Ben j'ai du mal à m'endormir le soir et je me réveille plusieurs fois dans la nuit.

C'est depuis quand ?

P17 : Ben j'ai toujours eu un sommeil difficile mais là c'est plus récurrent, ça fait quelques mois…

Il y a eu un facteur déclenchant particulier ?

P17 : Un accident de voiture et un arrêt de travail de 2 mois, et après des soucis quand j'ai repris le travail, sur l'ambiance de l'équipe, sur l'ambiance générale…

OK, comment vous vous sentez quand vous avez pas bien dormi ? Quels sont les symptômes ?

P17 : De la fatigue et de l'énervement, moins supporter les choses…

Est ce qu'il y a des symptômes physiques, des yeux qui piquent, des palpitations ?

P17 : Non.

D'accord, est ce que vous pouvez me décrire une nuit de sommeil type, comment vous dormez ?

P17 : Ben déjà je suis pas au lit avant 23h, il me faut entre une demi-heure et 1 heure avant de m'endormir, et après je vais dormir 2-3 heures, je vais regarder l'heure et soit je vais me rendormir tout de suite, soit il va me falloir un quart d'heure une demi-heure, voire jusqu'à 1h30 avant de pouvoir me rendormir… Et ça peut se passer 2-3 fois dans la nuit. Alors jamais des réveils de 1h30, 2-3 fois, mais même si je mets 1h30 avant de me rendormir, je vais quand même me re-réveiller, juste regarder l'heure juste tout ça, et après je suis debout à 6h moins le quart pour aller au travail.

À quoi vous attribuez ça c'est que vous cogitez ?

P17 : Oui je cogite beaucoup, je fais des angoisses, j'écoute si les enfants tout va bien, s'ils appellent pas, s'ils descendent pas…

Ils ont quels âge vos enfants ?

P17 : 8 et 5 ans.

D'accord, vous avez déjà essayé de vous traiter toute seule ?

P17 : Non.

D'accord, les petits médicaments en pharmacie vous avez jamais trop essayé tout ça ?

P17 : Non jamais.

D'accord, est ce que vous avez des rituels de sommeil ?

P17 : Non.

D'accord, est ce que vous pensez que vous seriez prête à consacrer une consultation entière à discuter que de ça avec votre médecin traitant ?

P17 : Juste venir consulter que pour les insomnies ? oui ben oui !

Vous l'avez déjà fait ?

P17 : Ben la dernière fois oui c'était pas que pour les insomnies, je venais consulter pour la fin de mon accident de travail et de là on a parlé du fait que j'arrivais pas à dormir, donc je lui ai demandé des médicaments pour pour m'aider à dormir. Et il y a déjà un an et demi auparavant, j'avais déjà pris du tranquital donc vu que ça avait bien marché sur moi il m'a reconseillé de reprendre ça.

D'accord, donc c'est vous qui aviez évoqué le sujet, c'est pas le médecin qui vous a demandé comment vous dormez ?

P17 : Non.

Ça jamais été évoqué spontanément en consultation ?

P17 : Si… Monsieur R me demande régulièrement… Ben après il sait que j'ai fait une dépression que j'avais du mal à dormir donc c'est vrai il me demande comment sont les nuits…

D'accord, et le tranquital c'est satisfaisant pour vous ?

P17 : Oui.

Pas d'effets secondaires ?

P17 : Non.

Vous en prenez tous les jours ?

P17 : Oui.

D'accord, et cela fait combien de temps à peu près ?

P17 : Ça doit faire un mois et demi là.

D'accord, est ce que vous avez essayé d'autres choses qu'on vous a prescrites ou pas ?

P17 : On m'avait donné pour le gamin des gouttes L72 pour le sommeil, j'avais essayé mais ça n'avait pas du tout d'effet.

Et votre enfant ça marchait ?

P17 : Ben il dort très bien la nuit, c'est juste qu'il se lève de bonne heure le matin. Mais non ça lui plaisait pas de se lever plus tard…

D'accord, ok, donc le tranquital ça marche bien pour vous. Est-ce que vous savez ce qu'est l'hygiène de sommeil ?

P17 : Du tout.

Ce sont les petites règles d'hygiène de vie à appliquer pour passer une bonne nuit, est ce que vous sauriez m'en citer quelques-unes ?

P17 : Éviter les écrans avant d'aller au lit ?

Oui c'en est une, quoi d'autre ? Les excitants, le sport…

P17 : Oui…

L'ambiance de la chambre, elle est comment l'ambiance de votre chambre ?

P17 : C'est-à-dire ?

La température, la luminosité…

P17 : La température ben elle est pas chauffée notre chambre donc elle a une température assez basse, la luminosité généralement j'avance dans le couloir dans le noir et je vais au lit sans lumière…

D'accord donc…qu'est-ce que vous faites avant de vous coucher ?

P17 : Ben j'ai regardé la télé j'ai été voir les enfants.

Donc il y a quand même des écrans avant le sommeil ?

P17 : Oui.

D'accord, le portable aussi ? ou non juste la télé ?

P17 : Ben le portable et la télé en même temps en fait.

D'accord, vous faites des siestes les après-midis ?

P17 : Oui.

Tous les après-midis systématiquement ?

P17 : Quand je suis toute seule à la maison que j'ai pas les enfants, donc les lundi mardi jeudi vendredi oui systématiquement.

D'accord, est ce que vous auriez bien aimé qu'on vous oriente vers un spécialiste du sommeil ?

P17 : Non.

Ok, est ce que vous pensez qu'on parle assez des troubles du sommeil en médecine générale ? Est-ce que vous trouvez que c'est un sujet qui est suffisamment évoqué ?

P17 : Ben moi le médecin me demande à chaque fois si je dors bien donc après on m'a jamais conseillé on m'a voilà mais… Est-ce que c'est bien évoqué…? À part là du coup oui vu qu'il y a un an et demi j'étais pas bien, finalement on m'en a parlé mais avant on m'a jamais parlé du tout… On n'avait jamais posé la question si je dormais bien.

D'accord, vous arrivez à en parler facilement avec votre médecin ? Vous arrivez bien à vous ouvrir il y a une bonne discussion ?

P17 : Oui.

D'accord, donc vous trouvez que c'est bien pris en charge et vous ce que vous attendiez c'est un médicament qui vous aide un peu ?

P17 : Voilà et le Tranquital… Je voulais pas un médicament… Je voulais des plantes… Je voulais pas des somnifères.

Pourquoi ?

P17 : À cause de la dépendance…

D'accord, pourquoi vous avez peur de la dépendance ? il y a des gens autour de vous qui… qu'est-ce qui vous fait peur là-dedans ?

P17 : Non… On sait que ces médicaments-là lorsqu'on les prend on a du mal à s'en passer, donc je préfère être sur des plantes plutôt que sur des médicaments plus forts.

D'accord, il faut savoir aussi que l'insomnie chronique… les gens qui dorment pas mais vraiment tout le temps c'est un facteur de risque cardiovasculaire au même titre que le tabac au même titre que l'obésité par exemple les gens qui dorment pas ont plus de risque de faire du diabète de faire des AVC, des infarctus est ce que vous étiez au courant de ça ?

P17 : Non.

Votre médecin vous en a jamais parlé ?

P17 : Non.

Est-ce que vous auriez plus de chance d'en parler autour de vous maintenant que vous le savez ?

P17 : Oui après…

Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées que vous aimeriez bien parler ? autour de votre sommeil toujours ?

P17 : Non, après je sais que c'est en grande partie dû à mes angoisses, il faut que j'arrive à régler les angoisses pour arriver à régler le sommeil…

D'accord, vous savez qu'il y a une source psychologique qu'il faut régler avant… parce que disons étant plus jeune, avant cette histoire de dépression vous dormiez bien ?

P17 : Non, parce que j'ai toujours angoissé pour tout… c'est… Je vais être en vacances pendant une semaine je vais reprendre le travail, je sais que la nuit d'avant je dors pas que vais me poser la question sur comment vont être les patients que j'ai… La peur de louper le réveil déjà s'il y a un évènement qui se produit le lendemain, c'est sûr que je dors pas beaucoup de la nuit donc… ça a toujours été. Après je me suis toujours couchée très tard et j'ai toujours fait des métiers ou je me levais très tôt.

D'accord, qu'est-ce que vous avez fait comme autre métier ?

P17 : J'ai été aide-soignante en maison de retraite avant.

D'accord, donc aide-soignante du coup les horaires ont pas changé ? à domicile ?

P17 : Dans la maison de retraite je prenais à plus 6h-6h et demie alors que là c'est à 7h chez le premier patient.

D'accord, et vous avez rien pris comme médicament pour vos angoisses ?

P17 : Si, j'ai pris il y a un an et demi mais j'ai arrêté parce que je pensais que ça allait mieux, mais ça va pas forcément mieux.

D'accord…

P17 : On va dire que le tranquital m'aide à mieux dormir.

Est-ce que vous vous réveillez quand même malgré le tranquital ?

P17 : Moins, moins, moins longtemps, voilà ça va être vraiment le plus souvent le réveil avant de m'endormir aussi.

D'accord…

P17 : J'ai toujours du mal à m'endormir quand je vais au lit.

Vous avez essayé la mélatonine ?

P17 : Non.

C'est pas mal pour l'endormissement.

P17 : D'accord.

C'est surtout l'indication principale pour les gens qui ont du mal à s'endormir, c'est pas hyper efficace pour les réveils nocturnes mais plus pour l'endormissement, c'est pas des plantes mais c'est en vente libre en pharmacie, c'est à peu près la même force disons.

P17 : D'accord !

Voilà ok donc je crois que j'ai tout ce qu'il me faut, il y a autre chose dont vous vouliez me parler ?

P17 : Non.

ANNEXE 5 : Codage des entretiens

Catégorie 1 : Le sommeil : vécu, représentations, croyances

- Thème 1 : Caractérisation de l'insomnie

  Sous-thèmes :

  - Occasionnelle ou permanente
  - Difficultés d'endormissement
  - Réveils nocturnes, nuit fractionnée
  - Absence totale de sommeil
  - Levers répétés
  - Réveils précoces
  - Impression de ne pas dormir assez sur des critères objectifs (durée mesurée de sommeil), mais pas de plainte sur le retentissement
  - Besoin de siestes en journée

- Thème 2 : Cause de l'insomnie

  Sous-thèmes :

  - Evènement de vie déclenchant : divorce, deuil, pathologie chez un proche, problèmes familiaux actuels ou passés, hospitalisation
  - Habitudes de vie :
    - Modification des habitudes : cure thermale, voyage en camping-car…
    - Travail de nuit, 3x8
    - Charge mentale familiale
    - Retraite entraînant une diminution de la fatigue physique
    - Coucher retardé, cycle de sommeil manqué
  - Pathologie organique :
    - SAOS
    - Troubles urinaires : prostatisme, insuffisance rénale
    - Douleur sur épine calcanéenne
  - Pathologie psychiatrique :
    - Personnalité anxieuse, paranoïa, ruminations anxieuses
    - Deuil pathologique
    - Dépression
    - Agitation psychique, stress du réveil
    - Burn out suite au travail
    - Stress post-traumatique (accident, maladie…)

- Iatrogène :
  - pollakiurie sous diurétiques
  - insomnie sous Androcur
  - drogues à visée récréative
  - introduction non justifiée d'un somnifère et insomnie suite à l'arrêt
- Physiologique :
  - Génétique : besoin de sommeil diminuant avec l'âge, allongement de la durée des cycles de sommeil avec l'âge
  - Hormonal : ménopause
  - Stimulations sensorielles extérieures : bruit ambiant, sport
  - Retard de phase, rythme décalé acquis de l'enfance
  - Variation interindividuelle du besoin de sommeil

- Thème 3 : Retentissement de l'insomnie

  Sous-thèmes :
  - Somnolence diurne : « coup de barre » en milieu de matinée et début d'après-midi
  - Sensation de perte d'énergie, d'élan vital
  - Retentissement psychique : irritabilité, baisse de moral, pleurs faciles, troubles de la concentration, anxiété, angoisse, anhédonie, obsessions autour du sommeil, ralentissement psychomoteur ou au contraire agitation psychomotrice
  - Retentissement physique : symptômes douloureux divers, picotements des yeux, douleurs abdominales, nausées, mal-être généralisé, impression de souffle coupé, sensation de faiblesse
  - Retentissement social : ne pas pouvoir remplir ses obligations sociales, ne pas être opérationnel, ne pas sortir le soir de peur de s'endormir
  - Retentissement global important ressenti sur la santé

- Thème 4 : Description d'un bon sommeil

  Sous-thèmes :
  - Une durée idéale, variant de 6 à 8 heures
  - Pas de réveil nocturne, critère de continuité
  - Facilité d'endormissement
  - Pas de fatigue dans la journée
  - Sensation d'être reposé, bonne humeur
  - Ne penser à rien, se vider l'esprit

- Thème 5 : Le sommeil en tant qu'entité

  Sous-thèmes :

  - Un élément important de la vie, une place importante dans le quotidien
  - Une grande détermination à prendre en charge cet aspect de la santé
  - Un élément intime dont on aurait du mal à parler, un tabou
  - Un élément naturel propre à chacun, qu'on ne doit pas forcer
  - Reflet de l'état de santé global du patient

Catégorie 2 : Les connaissances du patient

- Thème 1 : L'hygiène de sommeil

  Sous-thèmes :

  - Eviter le soir la consommation d'excitants : alcool, café, tabac, thé
  - Se coucher à heures régulières
  - Ne pas se coucher trop tôt
  - Avoir des rituels de sommeil permettant d'induire l'endormissement
  - Eviction de l'activité physique le soir, mais importante en journée : faciliterait l'endormissement plus tard
  - Pas de douche le soir
  - Eviction des écrans
  - Préférer la lecture le soir mais pas trop longtemps, la radio, la musique
  - Ambiance de la chambre : température modérée/basse (20 degrés), bruit, sombre
  - Alimentation : repas léger le soir, manger des pommes
  - Se coucher dès qu'arrive la sensation de fatigue
  - Respect d'un rythme et d'une durée intrinsèques à chacun
  - Sommeil avant minuit plus réparateur

- Thème 2 : Le retentissement sur le long terme de l'insomnie chronique

  Sous-thèmes :

  - Peu de connaissances globalement
  - Introspection et recherche d'une cause favorisant la documentation

- Thème 3 : Les sources des connaissances du patient

  Sous-thèmes :

  - Bon sens

- Education
- Médias : internet, télévision (émissions médicales), radio
- Livres, magazines
- Conseils de l'entourage, proches et amis
- Ostéopathe
- Formation professionnelle
- Médecin rarement cité

- Thème 4 : des notions connues mais pas toujours appliquées

Catégorie 3 : La place du sommeil en consultation

- Thème 1 : Dépistage des troubles du sommeil

  Sous-thèmes :

  - Sommeil non évoqué spontanément par le praticien si pas de trouble du sommeil connu
  - Evoqué spontanément uniquement en cas de point d'appel : antériorités, terrain anxio-dépressif
  - Moyens employés en consultation : échelle d'Epworth et questionnaire Hamilton
  - Non perçu comme essentiel par certains patients si pas de plainte initiale du sujet
  - Devrait être plus systématique selon certains patients, car retentissement important sur la santé
  - Si abordé, trop rapidement

- Thème 2 : Quand aborder le sommeil en consultation

  Sous-thème :

  - Souvent à la fin, en tant que motif annexe
  - Rarement au début, si plainte principale
  - Pas de nécessité de consacrer une consultation dédiée
  - Nécessité d'une consultation dédiée

Catégorie 4 : Les solutions thérapeutiques

- Thème 1 : L'automédication

  Sous-thèmes :

- A base de plantes : mélisse, tisanes de camomille, tilleul, verveine, menthe, valériane
- Homéopathie
- Spécialités en vente libre en pharmacie : Euphytose, Somdor, Doxylamine/Donormyl, mélatonine, Stresam, Lendor, L72, Tranquital (valériane/aubépine)
- Méthodes minimisées comme « remèdes de bonne femme » : lait + miel
- Utilisation détournée de médicaments : Actifed, prégabaline
- Mésusage de traitements prescrits avec prise plus importante
- Sources de l'automédication : conseils de l'entourage, renseignements dans les médias

- Thème 2 : Les méthodes non médicamenteuses

  Sous-thèmes :

  - Modification des habitudes de vie :
    - lecture mieux qu'écrans, diminuer les écrans
    - arrêt du café le soir, voire arrêt complet
    - repas légers
    - adoption du travail de nuit mieux adapté au chronotype
    - avancer l'heure de coucher petit à petit
  - Télévision à visée de fond sonore perçue comme berçante, ou permettant d'éviter les ruminations anxieuses
  - Apprendre à se connaître : attente du train de sommeil, connaissance de ses besoins et habitudes
  - Acupuncture
  - Hypnose
  - Sophrologie, yoga
  - Relaxation, respiration
  - Ostéopathie
  - Magnétiseur
  - Musique douce

- Thème 3 : Proposés par le médecin

  Sous-thèmes :

  - Hypnotiques : zolpidem, zopiclone
  - A base de plantes : camomille, Tranquital (valériane/aubépine), tisanes de tilleul, homéopathie

- Mélatonine
- Benzodiazépines : alprazolam, prazépam
- Anti-histaminiques : Alimémazine, hydroxyzine, doxylamine
- Non médicamenteux : règles d'hygiène de sommeil, exercices de respiration, lecture peu intéressante, se lever et changer de pièce

Catégorie 5 : Les freins au recours médical

- Thème 1 : La peur du diagnostic
  - Sous-thème : SAOS empêchant la prise du volant

- Thème 2 : Pas de souffrance ressentie

  Sous-thèmes :
  - Pas de danger immédiat
  - Pas de contagion
  - Pas de handicap immédiat à part esthétique
  - Non perçu comme une « vraie » maladie
  - Ne fait pas partie des préoccupations principales

- Thème 3 : Fatalité, impression qu'il n'y a rien à faire

  Sous-thèmes :
  - Pas d'attente de solution de la part du praticien
  - Doutes sur la disponibilité des moyens thérapeutiques
  - Situation perçue comme inévitable
  - Pas d'aide extérieure possible, au patient de trouver sa solution

- Thème 4 : La peur du traitement

  Sous-thèmes :
  - Peur de la mise en route d'un traitement médicamenteux non justifié
  - Défiance vis-à-vis d'une potentielle médication par hypnotiques, perçus comme un traitement « violent »
  - Peur de la polymédication et des interactions médicamenteuses

- Thème 5 : Le praticien
  - Sous-thème : médecin généraliste perçu comme non compétent

Catégorie 6 : Les raisons ayant poussé le patient à consulter

- Thème 1 : Raisons personnelles

  Sous-thèmes :

  - Impression d'avoir tout essayé
  - Problème nouveau
  - Consultation pour un autre motif puis sommeil évoqué
  - Impression de ne pouvoir s'en sortir seul
  - Exaspération, épuisement
  - Automédication inefficace
  - Altération de la qualité de vie, retentissement sur les activités quotidiennes
  - Demande de l'entourage
  - Peur d'une pathologie causale sous-jacente
  - Exemple familial à ne pas suivre

- Thème 2 : Raisons liées au praticien

  Sous-thèmes :

  - Confiance en leur généraliste
  - Lien affectif avec médecin traitant
  - Besoin d'une expertise médicale, conseils donnés par l'entourage insuffisants

Catégorie 7 : Attentes des patients lors de leur consultation

- Thème 1 : L'attitude du praticien

  Sous-thèmes :

  - L'écoute : origine de l'insomnie pouvant être retrouvée durant l'entretien après écoute et questions orientées et approfondies
  - Le temps, échanger plus
  - Rassurer
  - Guider
  - Informer
  - Analyser les causes du problème, rechercher des failles dans des comportements
  - Ne pas seulement traiter de manière symptomatique
  - Pas d'attentes si situation perçue avec fatalisme

- Thème 2 : Une solution efficace

  Sous-thèmes :

  - Une solution non médicamenteuse en priorité
  - Des conseils d'hygiène de vie, des « trucs » à appliquer avant d'essayer une médication
  - Proposition de produit à essayer

- Thème 3 : Orientation vers un spécialiste

  Sous-thèmes :

  - Pneumologue
  - Diététicienne
  - Neurologue
  - Psychiatre
  - Bilan et examens complémentaires poussés, polysomnographie, détermination de la structure du sommeil

Catégorie 8 : Les facteurs d'insatisfaction / non compliance envers les solutions médicales proposées

- Thème 1 : Défiance envers les somnifères

  Sous-thèmes :

  - Les effets secondaires des médicaments :
    - somnolence délétère pour activités diurnes notamment conduite
    - impression de perte de mémoire
    - perte de réflexes
    - ralentissement psychomoteur
  - Doutes sur l'innocuité
  - L'accoutumance, l'impossibilité d'un sevrage après prise trop longue
  - La dépendance physique et psychique
  - L'inefficacité
  - Peur du surdosage
  - Peur de l'interaction médicamenteuse et de la polymédication
  - Perçu comme solution de dernier recours
  - Perçu comme une solution « facile », voire comme de la lâcheté

- Thème 2 : L'exemple de tiers

  Sous-thèmes :

  - Familial : exemple d'accoutumance et dépendance d'un parent avec somnolence
  - Sociétal : fait divers d'endormissement au volant sous somnifères

- Thème 3 : L'attitude du praticien

  Sous-thèmes :

  - Manque de temps
  - Impression que le problème n'est pas pris au sérieux, sensation de dénigrement
  - Manque de compétences
  - Pas de recherche approfondie de la cause
  - Entretien trop superficiel avec un praticien connu de longue date
  - Traitement symptomatique mis en route trop rapidement selon le patient
  - Réticence du praticien lui-même lors de sa prescription
  - Relation médecin-malade : pas d'empathie ressentie, pas de mise en confiance

- Thème 4 : Pas de compliance car problème perçu comme mineur et peu handicapant

VU

NANCY, le **08 juillet 2020**
Le Président de Thèse

Professeur Bernard KABUTH

NANCY, le **10 juillet 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11213C**

NANCY, le **20 juillet 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Alors que l'insomnie est largement répandue en population française (15 à 20%) et constitue un problème de santé publique majeur, elle reste très peu dépistée en consultation. La HAS recommande pourtant, de la part du médecin généraliste, une approche active de la question du sommeil lors de l'évaluation de santé globale du patient. Dans le cadre de l'approche centrée patient, nous avons souhaité retranscrire le point de vue de ces derniers sur la place du sommeil en consultation.

Matériel et méthodes : Nous avons proposé pour répondre à l'objectif une étude qualitative multi-centrique par entretiens semi-dirigés de patients souffrant d'insomnie. Les entretiens ont été retranscrits puis codés manuellement selon une catégorisation inductive.

Résultats : 17 entretiens ont été réalisés, jusqu'à saturation des données. Un bon sommeil était défini par une certaine durée et continuité ; le retentissement de l'insomnie était à l'origine de plaintes sur le fonctionnement physique, psychique, cognitif et social. L'automédication était répandue ; du côté du généraliste, la prescription d'hypnotiques était dominante. Les notions d'hygiène de sommeil sont globalement connues des patients, bien que souvent non appliquées ; les conséquences au long terme sur le plan cardiovasculaire sont peu connues et le médecin rarement cité comme source d'information. Il existe une défiance vis-à-vis des somnifères, sources de dépendance et d'effets indésirables. En consultation, le sommeil n'est jamais évoqué spontanément par le praticien en l'absence de plainte exprimée. Les avis sur un dépistage plus systématique et sur l'orientation vers un spécialiste sont partagés. Les demandes étaient axées sur une attitude empathique du praticien, une écoute attentive, et une solution en priorité non médicamenteuse.

Conclusion : Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs points essentiels : la prescription fréquente de somnifères, qui s'effectue en dépit des recommandations et des demandes des patients ; l'écoute empathique faisant partie du traitement, et facteur primordial d'observance. La demande d'examens complémentaires n'entre pas toujours en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques. Nous pourrions proposer une adaptation des pratiques, via un conseil minimal calqué sur celui du sevrage tabagique ; une proposition systématique d'une consultation dédiée dès l'expression de la plainte ou chez les patients présentant des facteurs de risque, comprenant une recherche étiologique approfondie et une part d'éducation thérapeutique, qui pourrait également être assurée par une infirmière ; une amélioration de la formation médicale dont l'impact serait à évaluer, pour une orientation plus systématique vers une thérapeutique non médicamenteuse.

TITRE EN ANGLAIS: Insomnia screening in general practice: patient representations and expectations on sleep importance during a consultation

THÈSE : Médecine Générale – année 2020

MOTS-CLÉS : *Médecine générale, insomnie, attentes, dépistage, hygiène de sommeil, observance, recommandations HAS*

UFR : UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-les-NANCY Cedex