



HAL
open science

La problématique de la consultation pour plainte d'insomnie en médecine générale : du vécu du médecin aux perspectives de soins

Juliette Chambe

► **To cite this version:**

Juliette Chambe. La problématique de la consultation pour plainte d'insomnie en médecine générale : du vécu du médecin aux perspectives de soins. Neurosciences [q-bio.NC]. Université de Strasbourg, 2019. Français. NNT : 2019STRAJ128 . tel-04368865

HAL Id: tel-04368865

<https://theses.hal.science/tel-04368865>

Submitted on 2 Jan 2024

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.

ÉCOLE DOCTORALE Sciences de la vie et de la santé

Équipe Lumière, rythme circadien, homéostasie du sommeil et neuropsychiatrie

Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, CNRS UPR 3212

THÈSE

présentée par

Juliette CHAMBE

soutenue le **12 décembre 2019**

pour obtenir le grade de

Docteur de l'université de Strasbourg

Discipline/ Spécialité Neurosciences

La problématique de la consultation pour plainte d'insomnie en médecine générale Du vécu du médecin aux perspectives de soins

THÈSE dirigée par

Monsieur BOURGIN Patrice Professeur, université de Strasbourg

Monsieur BONAH Christian Professeur, université de Strasbourg

RAPPORTEURS

Monsieur MERCIER Alain Professeur, Paris XIII

Madame IBANEZ Gladys Professeur, Sorbonne Université

AUTRES MEMBRES DU JURY

Madame SCHRÖDER Carmen Professeur, université de Strasbourg

Madame VASSY Carine Maître de conférences, Paris XIII

INVITÉ

Monsieur GEOFFROY Pierre-Alexis Maître de Conférences, Sorbonne Université

L'insomnie j'ai une idée de ce que c'est. J'en ai fait une sorte à l'époque où j'étais à l'université. Je dis « une sorte » parce que je n'ai pas la certitude que les symptômes correspondaient exactement à ce qu'on appelle communément « insomnie ». Si j'étais allée consulter dans un hôpital, j'aurais sans doute au moins appris si c'était de l'insomnie ou pas. (...) Je ne suis même pas allée voir un médecin. (...) Pendant ce mois-là, je n'ai pas passé une seule nuit de sommeil normale. Il suffisait que je me mette au lit avec l'idée de dormir pour qu'instantanément, comme par réflexe conditionné, je me sente complètement réveillée. Plus je m'efforçais de dormir, moins j'y parvenais. Je me sentais au contraire de plus en plus réveillée. J'essayai toutes les méthodes possibles mais rien n'y fit, pas même les somnifères ni l'alcool. Vers l'aube enfin, je sentais un assoupissement me gagner. Ce n'était cependant pas un véritable sommeil. À peine le bout de mes doigts effleurait-il le bord du sommeil que déjà je me réveillais. Je commençais à somnoler, mais je sentais ma conscience complètement éveillée me surveiller de la pièce voisine, à peine séparée de moi par une mince paroi. Mon corps physique flottait vaguement dans la clarté de l'aube, et juste à côté de moi je sentais le regard insistant et la respiration de ma conscience. Mon corps voulait dormir, ma conscience voulait rester éveillée.

Haruki Murakami, Sommeil

Remerciements

A mes directeurs

Vous m'avez suffisamment fait confiance pour accepter cette expérience de codirection, entre deux disciplines qui se côtoyaient peu. J'ose croire que c'est une réussite, au moins humaine. Merci de m'avoir laissé choisir mon sujet, et de m'avoir laissé la bride sur le cou, même si c'est parfois inconfortable. Ça fait grandir. Je ne regrette pas d'avoir joué les prolongations à vos côtés.

Monsieur le professeur Patrice Bourgin,

Vous m'avez ouvert les portes du « sommeil » avec une facilité dont je vous suis reconnaissante. Votre ouverture d'esprit, votre enthousiasme débordant et votre rigueur scientifique sont précieux. Vous avez l'œil pour percevoir le talent de chaque membre de votre équipe les pousser à tirer le meilleur d'eux-mêmes. Soyez assuré de mon respect sincère et de mon affection.

Monsieur le professeur Christian Bonah,

De nous être côtoyés d'abord hors du cadre académique à Médecins du Monde, a peut-être contribué à faire germer l'idée de cette codirection singulière. Votre regard décalé sur la médecine, vos collaborations pédagogiques et intellectuelles sont précieux. J'ai apprécié nos échanges foisonnants et leurs digressions. Soyez assuré de mon respect sincère et de mon affection.

Aux membres du jury

Monsieur le professeur Alain Mercier, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Vous avez contribué à me faire découvrir la recherche qualitative en médecine générale et à l'associer à une grande exigence scientifique. GROUMF est désormais plus qu'une onomatopée. Vous avez aussi été l'un des instigateurs de l'étude ECOGEN, qui a inspiré le cœur de ce travail. Votre présence était une évidence. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le professeur Carmen Schröder, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Vous avez contribué à mon apprentissage dans le domaine du sommeil, tant clinique que scientifique. Votre regard de spécialiste du sommeil est évident et nécessaire. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le docteur Gladys Ibanez, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Votre présence était une évidence pour moi : pour votre expertise dans le champ psycho-social de la médecine générale, l'un des piliers de ce travail et de notre pratique. Et aussi pour votre présence à certaines grandes étapes de ma vie professionnelle... Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame Carine Vassy, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Les sciences sociales sont l'un des trois piliers de ce travail, et sont aussi présentes dans le quotidien de la pratique de médecine générale. Vous avez accepté l'exercice de juger un travail hybride, entre science médicale et sciences humaines, et vous y apportez un regard complémentaire des autres disciplines représentées. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le docteur Pierre-Alexis Geoffroy, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de venir en tant qu'invité à cette soutenance. Votre expertise en psychiatrie et médecine du sommeil, extérieure à l'équipe du Pr Bourgin apportera un autre regard sur ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect

A mes collègues de la Maison de Santé du NHF ! Merci d'avoir toléré mes absences répétées (« j'peux pas j'ai thèse » ... « j'peux pas j'ai DMG » ... « j'peux pas j'ai Gaston »... « j'peux pas j'ai Ballon... Vacances... du temps libre... pas assez dormi... »). Vous donnez un sens au travail en équipe, au soin, à la médecine de premier recours. Nous partageons des valeurs qui m'aident à pédaler jusqu'au cabinet !

A mes collègues du DMG. D'une équipe de tarot nous sommes devenus plus qu'une équipe de rugby, et il faut bien ça pour entrer dans la mêlée des réformes, des stages, des cours... et en sortir discrètement de temps en temps (« j'peux pas j'ai thèse »)

A toutes mes rencontres professionnelles, internes et médecins, en particulier l'équipe d'Altkirch, qui m'a aidée à devenir médecin, avec un sens de l'accueil tout sundgovien !

A Anne-Catherine & C^{ie}, secrétaires augmentés qui survivent à nos idées enthousiastes, approximations, doléances...

A mes patients, qui savent parfois mieux ce qu'est la patience que le sommeil, m'apprennent beaucoup, et m'accordent leur confiance.

A Sylvain, mon compagnon, mon « baromètre » le plus fiable... Heureuse de partager notre attrait pour le ciel, ses lumières, et ses courants, la terre, ses arbres, ses espaces, son vivant sous-sol, et l'eau...

A mes parents. D'une manière ou d'une autre, vous n'êtes peut-être pas complètement étrangers à mon engouement pour le sommeil, ni à mon goût pour les sciences moins « dures »... Entre « pédagogie d'avant-gaaaaarde » et « kultur gêne et râle », j'ai dû y grappiller un peu d'inspiration...

Frérot, Frangine... tout tient là-dedans...

A Gaston, aventure vivante et vivace, qui m'aide à garder le sourire et les pieds sur terre !

Table des matières

INTRODUCTION	21
1 DEFINITION DE L'INSOMNIE	23
1.1 PHYSIOPATHOLOGIE	24
1.2 CLASSIFICATIONS ET TYPOLOGIES DE L'INSOMNIE	26
1.2.1 Insomnies sans comorbidités associées	29
1.2.2 Insomnies avec comorbidité organique, psychiatrique ou iatrogène.	30
2 ÉVALUATION DE L'INSOMNIE	31
3 TRAITEMENTS DE L'INSOMNIE CHRONIQUE	32
3.1 METHODES NON MEDICAMENTEUSES	33
3.1.1 Hygiène du sommeil : base commune de la prise en charge de l'insomnie chronique	33
3.1.2 Thérapie cognitivo-comportementale	33
3.1.3 Médecines alternatives	35
3.2 METHODES MEDICAMENTEUSES	35
3.2.1 Effet placebo	36
3.2.2 La phytothérapie	36
3.2.3 Les benzodiazépines	36
3.2.4 Les hypnotiques	37
3.2.5 Les anti-histaminiques	37
3.2.6 La mélatonine	38
3.2.7 Nouvelles molécules	39
4 PERSPECTIVE DE SANTE PUBLIQUE	40
5 LE TRIPTYQUE MEDECINE DU SOMMEIL – MEDECINE GENERALE – SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	42
PREMIERE PARTIE : MEDECINS GENERALISTES ET SOMMEIL	47
PARTIE 1.1. ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE QUANTITATIVE	49
1 SUMMARY	52
2 INTRODUCTION	53
3 METHODS	54
4 STATISTICAL ANALYSIS	55
5 RESULTS	56
6 DISCUSSION	61

7	REFERENCES	64
7.1	CONFLICTS OF INTEREST	66
7.2	AUTHORS CONTRIBUTIONS	66
PARTIE 1.2. ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS		67
1	RESUMES	70
2	INTRODUCTION	72
3	METHODE	72
4	RESULTATS	76
4.1	L'ACCUEIL DU PATIENT	76
4.2	ORGANISATION DE LA CONSULTATION	76
4.3	L'INTERROGATOIRE	77
4.4	EXPLICATIONS ET DECISION THERAPEUTIQUE	78
4.5	THERAPEUTIQUES ENVISAGEES	80
4.6	CONCLUSION DE CONSULTATION	83
5	DISCUSSION	84
6	BIBLIOGRAPHIE	87
DEUXIEME PARTIE : LA CONSULTATION		91
1	INTRODUCTION	95
1.1	CONTEXTE	95
1.2	OBJECTIFS	102
2	CADRE(S) CONCEPTUEL(S)	102
2.1	OBSERVATION PARTICIPANTE	102
2.2	METHODE MIXTE CONVERGENTE	104
3	METHODOLOGIE DE L'ETUDE	105
3.1	POPULATION	107
3.1.1	Internes investigateurs	107
3.1.2	Médecins	107
3.1.3	Patients	107
3.2	DEROULEMENT DE L'ETUDE	108
3.3	DESCRIPTION DE LA BASE DE DONNEES QUANTITATIVE	108
3.4	DESCRIPTION DU NETTOYAGE DE LA BASE DE DONNEES	109

3.4.1	A partir des codes « P06 »	109
3.4.2	A partir des prises de notes	110
3.5	ANALYSE	111
3.6	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	113
4	RESULTATS	114
4.1.	RESULTATS GENERAUX	114
4.1.1.	Recueil de données	114
4.1.1	Contenu des prises de note	116
4.1.2	Retranscription des consultations enregistrées	117
4.1.3	Descriptif des médecins	118
4.1.4	Comparaison des groupes de patients selon le code retenu pour l'insomnie	120
4.1.5	Comparaison de la population insomniacque au reste de la population consultante.	122
4.1.6	Description de la population insomniacque	125
4.1.7	Analyses multivariées	128
4.2	RESULTATS SPECIFIQUES EN RAPPORT AVEC LE DEROULEMENT TEMPOREL DE LA CONSULTATION	130
4.2.1	Résultats quantitatifs	130
4.2.2	Croisement avec les résultats qualitatifs	133
4.2.3	Analyse qualitative : résultats détaillés selon le moment de la consultation où apparaît la plainte d'insomnie	136
5	DISCUSSION	151
5.1	RESULTATS PRINCIPAUX	151
5.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	151
5.3	DU RESULTAT AU PROCESSUS : AU CŒUR DE L'INTERACTION PATIENT - MEDECIN	154
5.4	PROPOSITION DE THEORISATION : UN PARALLELE ENTRE LA TEMPORALITE DE L'INSOMNIE DANS LA CONSULTATION ET DANS L'HISTOIRE DES PATIENTS ET DE LEUR RELATION AVEC LE MEDECIN	155
5.5	INTERACTIONS AUTOUR DE L'INSOMNIE : AU-DELA DU MEDICAMENT	157
5.6	UN EFFET GENERATIONNEL	158
5.7	FREINS ET LEVIERS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE	160
6	CONCLUSION	162
7	REMERCIEMENTS	162
8	BIBLIOGRAPHIE	163
TROISIEME PARTIE : L'AGENDA DU SOMMEIL		167

1	INTRODUCTION	171
2	METHODES	172
2.1	OUTILS UTILISES	172
2.2	RECUEIL DES DONNEES	174
2.3	ANALYSE DES DONNEES	174
2.4	ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES	175
3	RESULTATS	175
4	DISCUSSION	180
5	CONCLUSION	184
6	BIBLIOGRAPHIE	185
QUATRIEME PARTIE : LA LUMINOTHERAPIE		187
1	SUMMARY	192
1	INTRODUCTION	193
2	METHOD	196
2.1	INFORMATION SOURCE AND SEARCH STRATEGY	196
2.2	STUDY SELECTION	196
2.2.1	Eligibility criteria	196
2.2.2	Databases screening: Study selection	197
2.3	DATA EXTRACTION AND REPORTING	197
2.3.1	Data collection process	197
2.3.2	Data items	197
2.4	RISK OF BIAS IN INDIVIDUAL STUDIES	198
2.5	DATA SYNTHESIS	198
2.6	RISK OF BIAS ACROSS STUDIES	199
3	RESULTS	200
3.1	STUDIES DESCRIPTION	200
3.2	META-ANALYSES OF LIGHT-THERAPY AND SLEEP MEASURES	204
3.2.1	Sleep latency	204
3.2.2	Total sleep time	205
3.2.3	Sleep efficiency	205
3.2.4	Wake after sleep onset	207
3.2.5	Phase shift	208

3.3	RESULTS ACCORDING TO INSOMNIA TYPOLOGY	208
3.4	RESULTS ACCORDING TO LIGHT THERAPY PERIOD	210
3.4.1	Morning Exposure	212
3.4.2	Evening Exposure	212
3.4.3	Daytime Exposure	214
3.4.4	Combined Morning-Evening Exposure	214
3.4.5	Focus on Dim Red Light	215
4	DISCUSSION	216
4.1	MAIN RESULTS	216
4.2	LIMITATIONS	216
4.3	POSITIVE RESULTS AND TRENDS	217
4.4	CHOICE OF THE CONTROL	217
4.5	PARAMETERS TO BE CONSIDERED	218
4.5.1	Insomnia typology	218
4.5.2	Circadian and non-circadian effect	219
4.5.3	Light characteristics	219
4.5.4	Period and duration of exposure	220
5	PRACTICE POINTS	221
6	RESEARCH AGENDA	221
7	BIBLIOGRAPHY	222
CONCLUSION		229
<hr/>		
1	REFLEXION SUR LA METHODE GENERALE DE LA THESE	231
2	RESULTATS PRINCIPAUX	232
BIBLIOGRAPHIE		239
<hr/>		
ANNEXES		257

Liste des tableaux

INTRODUCTION	21
TABLE 1. TYPOLOGIES DE L'INSOMNIE SELON LES CRITERES DE L'ICSD-3	28
PREMIERE PARTIE : MEDECINS GENERALISTES ET SOMMEIL	47
PARTIE 1.1. ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE QUANTITATIVE	49
TABLE 1. INSOMNIAC AND NON-INSOMNIAC GPs TYPE OF PRACTICE, DRUG CONSUMPTION AND PRESCRIPTION	57
TABLE 2: PREDICTIVE FACTORS OF GPs INSOMNIA	60
TABLE 3: PREDICTIVE FACTORS FOR PRESCRIPTION OF HYPNOTICS AND ANXIOLYTICS.	60
PARTIE 1.2. ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS	67
TABLEAU 1 : MEDECINS INTERROGES, CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES ET QUALITE DU SOMMEIL	74
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE LEUR RAPPORT AU SOMMEIL ET LEURS CONSULTATIONS POUR INSOMNIE	75
DEUXIEME PARTIE : LA CONSULTATION	91
TABLE 1. DESCRIPTIF DES MEDECINS MAITRES DE STAGE RECRUTES	118
TABLE 2. COMPARAISON DES MEDECINS RECRUTES AUX MEDECINS ALSACIENS (DONNEES SNIIRAM)	119
TABLE 3. COMPARAISON DES PATIENTS AYANT UN MOTIF, UN RESULTAT DE CONSULTATION « P06 », LES DEUX, AVEC LE CODAGE FINAL RETENU APRES NETTOYAGE DE LA BASE DE DONNEES	121
TABLE 4. DESCRIPTIF GENERAL DE LA POPULATION INSOMNIAQUE PAR RAPPORT AU RESTE DES CONSULTATIONS	122
TABLE 5. DESCRIPTIF GENERAL DES CONSULTATIONS ET PRESCRIPTIONS POUR L'INSOMNIE	123
TABLE 6. DESCRIPTIF DES MOTIFS ET RESULTATS DE CONSULTATIONS ASSOCIES A L'INSOMNIE	124
TABLE 7. ANALYSE MULTIVARIEE DES CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS AVEC INSOMNIE PAR RAPPORT AUX AUTRES CONSULTATIONS	125
TABLE 8. ANALYSE MULTIVARIEE DES CARACTERISTIQUES PSYCHO-SOCIALES DES PATIENTS AVEC INSOMNIE PAR RAPPORT AUX AUTRES PATIENTS	125
TABLE 9. DESCRIPTIF DE LA POPULATION INSOMNIAQUE AVEC ET SANS SOMNIFERES	126
TABLE 10. DESCRIPTIF DES CONSULTATIONS DE LA POPULATION INSOMNIAQUE AVEC ET SANS SOMNIFERES	126
TABLE 11. DESCRIPTIF DES PROBLEMES ASSOCIES AUX CONSULTATIONS DE LA POPULATION INSOMNIAQUE AVEC ET SANS SOMNIFERES	127
TABLE 12. ANALYSE MULTIVARIEE DES CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS POUR INSOMNIE AVEC ET SANS PRESCRIPTION DE SOMNIFERES	128
TABLE 13. ANALYSE MULTIVARIEE DES CARACTERISTIQUES PSYCHOSOCIALES DES PATIENTS INSOMNIAQUES AVEC ET SANS PRESCRIPTION DE SOMNIFERES	128

TABLE 14. ANALYSE MULTIVARIEE DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ASSOCIEES A LA PRESCRIPTION DE SOMNIFERES	128
TABLE 15. PRESCRIPTIONS SELON LE RANG DE MOTIF OU DE RESULTAT DE CONSULTATION	132
TABLE 16. DESCRIPTIF DE LA POPULATION REPARTIE SELON LE MOMENT DE LA CONSULTATION	133
TROISIEME PARTIE : L'AGENDA DU SOMMEIL	167
TABLE 1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS AYANT RETOURNE L'AGENDA HABITUEL OU LUMINO	176
TABLE 2. COMPARAISON DE LA REPARTITION DES PATIENTS PAR PATHOLOGIES, DES PATIENTS AYANT RETOURNE LEUR AGENDA ET CEUX VUS AU SERVICE DES TROUBLES DU SOMMEIL CHU STRASBOURG EN OCTOBRE 2015	177
TABLE 3. EFFECTIFS DE PATIENTS SELON L'AGENDA ET LE RETOUR OU NON	177
TABLE 4. ANALYSE UNIVARIEE DES FACTEURS ASSOCIES AU REMPLISSAGE CORRECT DE TOUS LES AGENDAS (N = 295)	178
TABLE 5. ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS ASSOCIES AU REMPLISSAGE CORRECT DE TOUS LES AGENDAS, REGRESSION LOGISTIQUE	179
QUATRIEME PARTIE : LA LUMINOTHERAPIE	187
TABLE 1. LEVEL OF PROOF SYNTHESIS	202
TABLE 2. SYNTHESIS OF BLT INTERVENTION	203
TABLE 3. RESULT SYNTHESIS DEPENDING ON INSOMNIA TYPOLOGY	209
TABLE 4. RESULTS SYNTHESIS ACCORDING TO LIGHT EXPOSURE PERIOD	211
TABLE 5. EFFECTS OF DIM RED LIGHT ON SLEEP	215
TABLE 6. LIGHT PARAMETERS TO BE CONSIDERED ACCORDING TO INSOMNIA TYPOLOGY	218

Liste des figures

INTRODUCTION	21
FIGURE 1. MODELE PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'INSOMNIE, D'APRES LEVENSON, CHEST 2015	24
PREMIERE PARTIE : MEDECINS GENERALISTES ET SOMMEIL	47
PARTIE 1.1. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE QUANTITATIVE	49
FIGURE 1: SLEEP LATENCY (▲) AND TOTAL SLEEP TIME (●) ACCORDING TO SLEEP DISTURBANCES SEVERITY GROUPS	58
FIGURE 2 : PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (▲) AND DYSFUNCTIONAL BELIEVES ABOUT SLEEP (●) ACCORDING TO SLEEP DISTURBANCES GROUPS	58
FIGURE 3 : GENERAL PRACTITIONNERS' PERSONAL SLEEP MANAGEMENT ACCORDING TO SLEEP DISTURBANCES GROUP	59
FIGURE 4 : PATIENTS SLEEP MANAGEMENT ACCORDING TO SLEEP DISTURBANCES GROUP	59
PARTIE 1.2. ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS	67
FIGURE 1 : NIVEAU D'EMPATHIE ET D'INSOMNIE DES MG INTERROGES	79
FIGURE 2 : THERAPEUTIQUES PRIVILEGIEES EN FONCTION DU SOIN QUE LES MG PORTENT A LEUR SOMMEIL	80
DEUXIEME PARTIE : LA CONSULTATION	91
FIGURE 1. SCHEMA GENERAL DU DISPOSITIF DE L'ETUDE	106
FIGURE 2. DIAGRAMME DE FLUX	115
FIGURE 3. NOMBRE DE CONSULTATIONS OBSERVEES PAR MEDECIN, POUR PATIENTS ADULTES ET PATIENTS INSOMNIAQUES	120
FIGURE 4. DUREE MOYENNE DE CONSULTATION POUR PATIENTS ADULTES ET PATIENTS INSOMNIAQUES PAR MEDECIN	130
FIGURE 5. REPARTITION DES CONSULTATIONS AVEC ET SANS PRESCRIPTION DE SOMNIFERES PAR MEDECIN	131
FIGURE 6. TAUX DE PRESCRIPTION EN FONCTION DU RANG DE RC « P06 »	132
FIGURE 7. DUREE DE CONSULTATION EN FONCTION DU MOMENT DE LA PLAINTÉ D'INSOMNIE EN CONSULTATION	134
FIGURE 8. ÂGE MOYEN EN FONCTION DU MOMENT DE LA PLAINTÉ D'INSOMNIE DANS LA CONSULTATION	135
TROISIEME PARTIE : L'AGENDA DU SOMMEIL	167
FIGURE 1A. PRESENTATION DE L'AGENDA HABITUEL	173
FIGURE 1B. PRESENTATION DE L'AGENDA SOMMEIL/LUMIERE	173
QUATRIEME PARTIE : LA LUMINOTHERAPIE	187
FIGURE 1. FLOW CHART OF STUDY SELECTION PROCESS	200

FIGURE 2. OBJECTIVE SLEEP LATENCY, FOREST PLOTS AND FUNNEL PLOTS. A: TREATED VS CONTROL; B: BEFORE VS AFTER.	204
FIGURE 3. TOTAL SLEEP TIME A: TREATED VS CONTROL; B: BEFORE VS AFTER.	205
FIGURE 4. SLEEP EFFICIENCY A: TREATED VS CONTROL; B: BEFORE VS AFTER.	206
FIGURE 5. BLT DOSE-RESPONSE CURVE ON SLEEP EFFICIENCY	206
FIGURE 7. BLT DOSE-RESPONSE CURVE ON WAKE AFTER SLEEP ONSET	207
FIGURE 8 . FOREST-PLOT OF OBJECTIVE MEASURES OF PHASE-SHIFT (PLASMA OR URINE MELATONIN, TEMPERATURE) BEFORE-AFTER IN THE BLT GROUPS	208
FIGURE 9. META-ANALYSES OF THE EFFECT OF BLT ON OBJECTIVE SLEEP OUTCOME, BY THE TIMING OF THE EXPOSURE	213

Liste des annexes

ANNEXES PARTIE 1.1..... 259

ANNEXES PARTIE 1.2..... 261

ANNEXES PARTIE 2..... 280

ANNEXES PARTIE 3..... 334

ANNEXES PARTIE 4..... 335

Introduction

« Il y est également question de prendre en charge l'univers vaste et confus de l'insomnie. Les troubles du sommeil, catégorie transnosologique s'il en est, condensent en effet l'ensemble des questions abordées à travers la prescription des médicaments psychotropes. Par la diversité de ses causes, l'insomnie incarne au plus près l'éventail des troubles traités ici par la médecine générale. » (Expertise Collective, Inserm 2012)¹

2

Le sommeil occupe près d'un tiers de nos vies. En tant que médecin généraliste, il occupe à la fois beaucoup moins de place dans nos consultations, et peut-être tout autant... Ce qui se dit sur le sommeil pendant les consultations n'en paraît que la partie émergée de l'iceberg. Régulièrement, lorsqu'au cours d'une consultation on interroge le patient sur son sommeil, cela ouvre sur une nouvelle dimension du soin et de la relation. Mais ouvrir cet espace n'est pas aisé. Pour le patient, il s'agit souvent de dévoiler une part de son intimité (*cf typologies (1.2.), évaluation (2.) et prise en charge non médicamenteuse (3.1)*). De l'aborder peut signifier bousculer un fonctionnement, certes insatisfaisant, mais qui a souvent trouvé un équilibre. Pour le médecin, c'est être disposé à prendre du temps en plus, à écouter, et parfois se retrouver dans une impasse, avec l'impression de ne pas pouvoir aider le patient, ni lui apporter de réponse adaptée³. C'est être prêt à entendre des récits de vie difficiles, et complexes à accompagner. C'est aussi le « risque » ou la « tentation » d'une réponse médicamenteuse, alors que des injonctions extérieures (que nous développerons plus loin) nous poussent à l'éviter.

Cela peut enfin renvoyer le médecin à ses propres limites : celle de sa propre expérience de sommeil, positive ou négative. Celle de son champ de compétences : il est régulièrement fait état d'un manque de connaissance des médecins dans ce domaine (comme dans d'autres⁴), qu'ils comblent parfois par des formations spécifiques, mais aussi par le savoir profane qu'ils en ont⁵. Les limites sont aussi celles de l'arsenal thérapeutique à sa disposition, régulièrement mis en défaut. Tous ces éléments peuvent conduire à des stratégies d'évitement, attitude classique quand on ne maîtrise pas un sujet⁶.

C'est ce paysage de l'insomnie et de la consultation de médecine générale que je souhaite explorer : le sommeil comme une fonction physiologique qui peut être perturbée, un phénomène de vie touchant aussi

¹ INSERM, "Pharmacodépendance en population générale."

² Ce document présente la synthèse et les recommandations du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective (annexe), pour répondre à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) concernant les consommations de médicaments psychotropes et le phénomène de pharmaco-dépendance. Le Centre d'expertise collective de l'Inserm, rattaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique d'Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), a assuré la coordination de cette expertise collective.

³ Gaboreau et al., "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire."

⁴ Bloy and Rigal, "General Practitioners' Relationship with Preventive Knowledge."

⁵ VEGA, "Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductible à de simples individus."

⁶ Chabrol and Callahan, *Mécanismes de défense et coping*.

personnellement le médecin ; l'insomnie comme plainte et motif du patient arrivant en consultation, qui devient un lieu de diagnostic, d'écoute, mais aussi de négociation voire confrontation autour de la prescription.

Auparavant, il est nécessaire d'en dresser les contours. Dans un premier temps, nous allons définir l'insomnie, et plus particulièrement l'insomnie chronique. Nous reprendrons certains mécanismes physiopathologiques qui sont impliqués dans la chronicisation de l'insomnie et sur lesquels se basent les stratégies thérapeutiques. Nous rappellerons les éléments de sa prise en charge à disposition du médecin généraliste. Ensuite, nous placerons l'insomnie chronique dans une perspective de santé publique, pour en comprendre les points de friction. Nous pourrions alors dresser les objectifs généraux de notre travail, et les objectifs spécifiques de chacune de ses parties.

Au cours de mon travail de thèse, en 2015, j'ai réalisé une synthèse sur la prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale pour la revue 'exercer' dans deux articles : le premier sur la démarche diagnostique⁷, le second sur la démarche thérapeutique⁸. Les définitions suivantes de l'insomnie et sa prise en charge s'y réfèrent.

1 Définition de l'insomnie

Le diagnostic d'insomnie est fondé sur la plainte du patient et est éminemment subjectif. C'est ainsi le patient lui-même qui va fixer son seuil de tolérance, en fonction de ses attentes par rapport au sommeil, et par rapport à ses conséquences sur la journée en termes de fonctionnement, de performance, d'humeur⁹.

De manière consensuelle, l'insomnie chronique peut être définie comme une plainte de sommeil caractérisée par une difficulté à l'initiation ou au maintien du sommeil, ou par un éveil trop précoce, dont résulte une insatisfaction globale. Cette plainte est accompagnée d'une gêne ressentie dans la journée et attribuée à la mauvaise qualité du sommeil. La notion de « sommeil non récupérateur » a été écartée des

⁷ Chambe et al., "Prendre En Charge l'insomnie Chronique En Médecine Générale Première Partie : Démarche Diagnostique et Évaluation."

⁸ Chambe et al., "Prendre En Charge l'insomnie Chronique En Médecine Générale Deuxième Partie : Démarche Thérapeutique."

⁹ Kyle et al., "The Glasgow Sleep Impact Index (GSII)."

nouvelles définitions, parce que cette plainte n'est pas spécifique à l'insomnie, mais se retrouve dans de nombreuses maladies organiques, en particulier l'apnée du sommeil¹⁰.

1.1 Physiopathologie

La physiopathologie du sommeil a des implications dans l'exploration de la plainte d'insomnie et sa prise en charge.

Les mécanismes physiopathologiques connus de l'insomnie à ce jour empruntent à un éventail de modèles incluant la génétique, le biocellulaire, le neurobiologique, la psychologie jusqu'à des modèles socio-environnementaux. Une récente synthèse réalisée par Levenson propose un modèle intégré, présenté ci-dessous (figure 1). Proposant un regard plus global sur la problématique de l'insomnie, elle peut contribuer à la démarche diagnostique, expliquant certaines typologies de l'insomnie¹¹. La notion d'hyperéveil est centrale : l'insomnie est un « excès de vigilance » dont résulte « l'insuffisance de sommeil »¹².

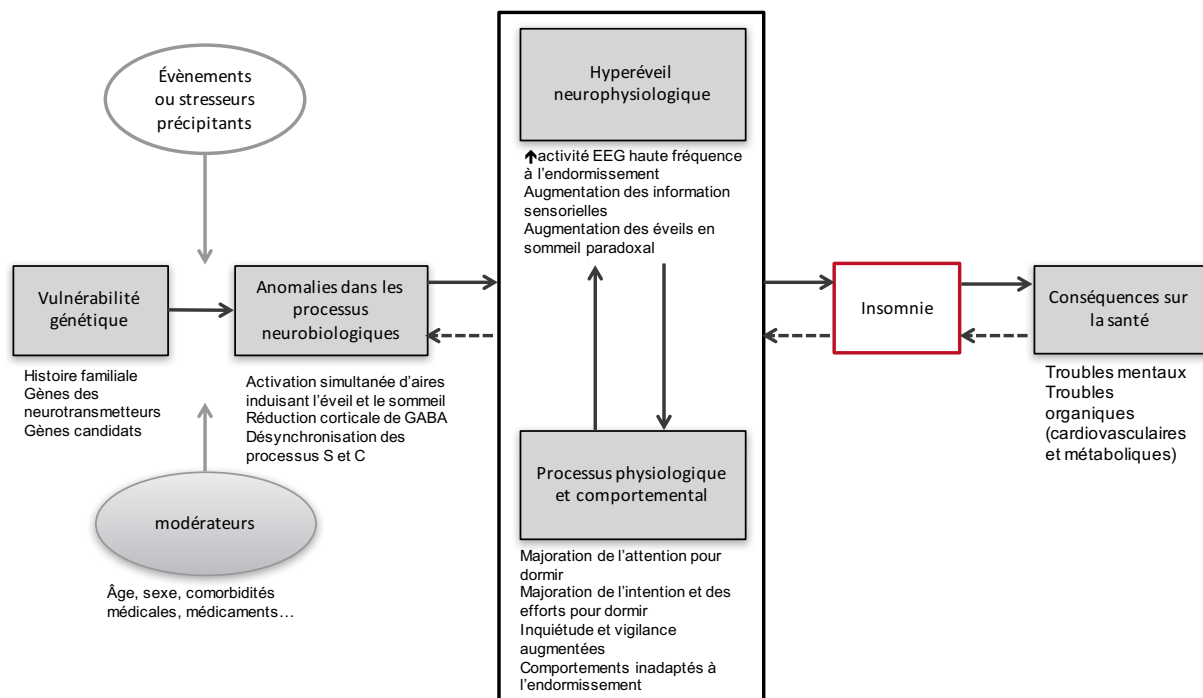


Figure 1. Modèle physiopathologique de l'insomnie, d'après Levenson, Chest 2015

Deux grands processus ont été décrits dans la régulation du rythme veille sommeil : les processus homéostatique et circadien¹³. Le processus homéostatique dépend de la phase d'éveil : schématiquement plus la période d'éveil est longue, plus la propension à s'endormir augmente. La récupération est rapide,

¹⁰ Guay and Morin, "L'insomnie : Quoi de Neuf Dans Le DSM-5?"

¹¹ Levenson, Kay, and Buysse, "The Pathophysiology of Insomnia."

¹² Riemann et al., "The Hyperarousal Model of Insomnia."

¹³ Borbély, "A Two Process Model of Sleep Regulation."

dans les premières heures du sommeil nocturne, mais aussi lors d'une sieste l'après-midi. Le processus circadien dépend de l'horloge interne, qui présente un rythme cyclique proche des 24h, spécifique à chaque personne : une phase facilitant la veille, suivie d'une phase facilitant le sommeil. C'est ce processus qui « prend le relais » pour maintenir le sommeil dans la deuxième partie de la nuit. Si ces deux processus ne sont pas synchronisés (par exemple lors d'un voyage transméri dien), le sommeil est fortement perturbé. Ces processus sont souvent expliqués aux insomniaques qui consultent un spécialiste du sommeil pour leur faire comprendre l'effet de certaines mauvaises habitudes.

La lumière est l'un des principaux synchroniseurs du processus circadien, en particulier le spectre de lumière bleue, ce qui a son importance dans l'effet des écrans, en particulier le soir et la nuit. La lumière a aussi un effet direct sur le système veille-sommeil, en particulier sur l'humeur et la vigilance¹⁴. Nous le développerons dans la dernière partie de la thèse. Avec la lumière, la température est l'un des principaux synchroniseurs des rythmes veille sommeil : la température centrale baisse à l'endormissement, et est au minimum en milieu de sommeil. La vasodilatation périphérique contribue à cette baisse de température. En pratique, cela explique les troubles du sommeil en cas d'hyperthermie, de chambre trop chaude, ou de « pieds froids ».

Le besoin de sommeil, en termes de durée et de chronotype (du matin, du soir), a une détermination génétique impliquant les gènes de l'horloge, mais aussi des gènes intervenant dans la plasticité neuronale, la réactivité au stress et la santé mentale¹⁵.

L'hyperéveil dans l'insomnie se traduit au niveau cortical par une instabilité du sommeil profond, mais aussi une fragmentation, et une diminution de la durée du sommeil paradoxal, qui serait responsable de la sensation d'éveil et de sommeil non réparateur dans l'insomnie¹⁶. Les centres de régulation du système veille-sommeil sont en interaction avec la quasi-totalité des régions cérébrales, et sont ainsi modulés par des éléments multiples, en particulier émotionnels et cognitifs. Les autres systèmes importants impliqués dans cet hyperéveil passent par une élévation du cortisol, de la température corporelle, de la fréquence cardiaque, et du tonus vagal¹⁷¹⁸. Ils permettent de faire le lien entre l'insomnie et les maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, douloureuses).

¹⁴ Hubbard et al., "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness."

¹⁵ Ban et al., "Genetic and Metabolic Characterization of Insomnia."

¹⁶ Perlis et al., "Psychophysiological Insomnia."

¹⁷ Vgontzas et al., "Chronic Insomnia Is Associated with Nyctohemeral Activation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis."

¹⁸ Covassin et al., "Cognitive Performance and Cardiovascular Markers of Hyperarousal in Primary Insomnia."

Plusieurs modèles comportementaux ont été élaborés pour expliquer l'insomnie, et sa chronicisation. Bootzin en 1973¹⁹, a décrit des stimuli qui facilitaient l'endormissement (un environnement calme, sombre), ou le gênait (le téléphone, l'inquiétude...).

Spielman a décrit en 1987 dans le modèle « 3P » des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants²⁰ qui se vérifient toujours dans la pratique. Les facteurs prédisposants, comme l'âge, le sexe, mais aussi le génotype, constituent le terrain « à risque » d'insomnie. Les facteurs précipitants représentent tous les évènements déclencheurs d'une insomnie aiguë, en particulier les facteurs de stress. Les facteurs perpétuants sont les éléments les plus étudiés de ce modèle, car ils constituent la base des thérapeutiques non médicamenteuses. Il s'agit des comportements et croyances qui entretiennent l'insomnie, comme par exemple le fait de prolonger la durée passée au lit pour « grignoter » du sommeil, alors que ce comportement a tendance à majorer l'anxiété liée au coucher, et à fragmenter le sommeil.

Le modèle cognitif a été développé plus récemment à partir des théories cognitivo-comportementales²¹. L'insomnie est associée chez les individus à des émotions souvent négatives, comme l'inquiétude, la tristesse, mais aussi des pensées intrusives. Il est décrit comme un cercle vicieux : suite à de premières nuits d'insomnie, la personne développe une inquiétude au risque de ne pas trouver le sommeil. Cela augmente sa vigilance au moment de l'endormissement, ce qui gêne le sommeil et renforce sa crainte, et entraîne un conditionnement négatif au coucher. Ce modèle reprend ainsi le principe des facteurs perpétuants.

Enfin, le modèle psychobiologique est une variante de ce modèle²². Il intègre la notion que le sommeil doit être un processus naturel, non intentionnel, et non attentionnel, alors qu'un insomniaque va justement augmenter son attention et sa volonté au moment de dormir. Le patient insomniaque va donc avoir tendance à « faire l'effort » de dormir.

1.2 Classifications et typologies de l'insomnie

La médecine du sommeil est une discipline récente, et la première classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) date de 1990. Trois classifications internationales sont actuellement utilisées : l'ICSD (*International Classification of Sleep Disorders*), élaborée par l'AASM (*American Academy of Sleep*

¹⁹ Bootzin, "Stimulus Control Treatment for Insomnia."

²⁰ Spielman, Caruso, and Glovinsky, "A Behavioral Perspective on Insomnia Treatment."

²¹ Harvey, "A Cognitive Model of Insomnia."

²² Espie et al., "The Attention-Intention-Effort Pathway in the Development of Psychophysiologic Insomnia."

Medicine), le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), élaboré par l'APA (*American Psychiatric Association*) et la CIM (*Classification Internationale des Maladies*)²³. La Classification internationale des soins primaires (CISP) ne rentre pas dans le détail des types d'insomnie. Ils sont classés sous le code générique P06 pour les perturbations du sommeil²⁴.

L'actuelle version de la CIM, la CIM-10, reste aussi assez vague sur cette définition, ce qui s'explique par une vocation très générale de cette classification. Le DSM-V²⁵ a été réalisé en parallèle avec l'ICSD-3²⁶, et les dernières versions de ces classifications sont très proches. Elles se rapprochent de considérations cliniques, pratiques en décrivant les critères diagnostiques, puis les sous-types cliniques et physiopathologiques, enfin les facteurs prédisposants et précipitants. Ils sont résumés dans la table 1.

²³ Buysse et al., "Clinical Diagnoses in 216 Insomnia Patients Using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 Categories."

²⁴ Jamoulle et al., *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2)*.

²⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM))*.

²⁶ "ICSD-3 Online Version - American Academy of Sleep Medicine (AASM)."

Table1. Typologies de l'insomnie selon les critères de l'ICSD-3

Types		
Chronique Critères A à E nécessaires	Aigüe Critères A à E nécessaires	Autre
<p>A. Le patient ou son aidant observe au moins un des éléments suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Difficulté d'initiation du sommeil 2. Difficulté de maintien du sommeil 3. Eveil plus précoce que souhaité 4. Résistance à aller au lit à un horaire approprié (enfants et personnes âgées démentes) 5. Difficulté à dormir dans l'intervention d'un parent ou d'un aidant (idem) <p>B. Le patient ou son aidant observe au moins une des difficultés suivantes liées au sommeil nocturne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fatigue/malaise 2. Attention, concentration, troubles de mémoire 3. Diminution des performances professionnelles, académiques, familiales ou sociales 4. Trouble de l'humeur/irritabilité 5. Somnolence diurne 6. Troubles du comportement (hyperactivité, impulsivité, agressivité) 7. Baisse de motivation/énergie/initiative 8. Propension aux erreurs/accidents 9. Préoccupation ou insatisfaction par rapport au sommeil <p>C. Les plaintes de sommeil/veille ne peuvent pas être simplement expliquées par une mauvaise opportunité ou de mauvaises circonstances pour dormir.</p>		<p>Les plaintes du patient ne présentent pas tous les critères d'insomnie aigüe ou chronique, mais nécessitent parfois d'être prises en considération et étayées.</p>
D. Les critères A et B arrivent au moins trois fois par semaine et sont présents au moins depuis 3 mois	D. Les critères A et B sont présents depuis moins de 3 mois.	
E. Les troubles du sommeil/de l'éveil ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble du sommeil.		
Sous-types		
<p>Par hygiène de sommeil inadéquate</p> <p>Psychophysiologique</p> <p>Idiopathique (rare)</p> <p>Paradoxaux (rare)</p> <p>Due à un (autre) trouble mental</p> <p>Due à (une) pathologie organique</p> <p>Due à une drogue ou substance</p>	<p>N'inclut PAS les troubles du rythme circadien, les troubles du sommeil liés au travail posté, ni le jet-lag.</p>	<p>Temps excessif au lit</p> <p>Court dormeur</p>

L'ICSD-3 a aussi l'intérêt de préciser, dans les notes, que la catégorisation reste assez théorique et qu'il existe un chevauchement entre les différents types. Il laisse donc une part de subjectivité pour le médecin et son patient.

Toutes les classifications s'accordent à dire qu'il y a plusieurs types d'insomnie. Les typologies d'insomnie sont encore en évolution et font l'objet de débats. Les classifications actuelles se basent sur la physiopathologie, séparant les insomnies sans et avec comorbidité associée. Une récente étude propose d'affiner ces typologies par un phénotype psychologique lié aux symptômes d'anxiété-dépression, en trois classes qui auraient l'intérêt de cibler des prises en charge différentes : l'insomnie modérée avec faible psychopathologie, l'insomnie sévère avec psychopathologie modérée, et l'insomnie précoce avec psychopathologie sévère²⁷.

1.2.1 Insomnies sans comorbidités associées

L'insomnie par hygiène de sommeil inadéquate reprend la notion de facteurs perpétuants. Elle est entretenue par des habitudes quotidiennes qui vont entraver une bonne qualité de sommeil nocturne et de vigilance diurne. Cela peut concerner le rythme de vie, de l'alimentation, de l'activité physique, l'environnement de la chambre, des habitudes de siestes, de temps excessif passé au lit...

L'insomnie psychophysologique est liée à des processus cognitifs et comportementaux exposés plus haut. L'insomnie paradoxale est une entité encore mal définie (9,2 à 40,3 % des insomnies chroniques, mais sur des données d'études de faible puissance²⁸). Elle semble liée à des dysfonctionnements des processus neurobiologiques. Elle peut être évoquée devant une inadéquation entre la plainte et la clinique. Le patient n'a pas l'impression de bien dormir, alors que l'entourage ou la polysomnographie objective des plages de sommeil normales.

Enfin, l'insomnie idiopathique est une entité rare, souvent intriquée avec d'autres types. Elle est définie comme évoluant depuis l'enfance, sans cause identifiable, et persistante sans interruption. Elle implique une vulnérabilité génétique, mais probablement aussi des éléments neurobiologiques, familiaux et environnementaux. Les insomnies paradoxales et idiopathiques sont en pratique assez difficiles à identifier.

²⁷ van de Laar et al., "Phenotypes of Sleeplessness."

²⁸ Geyer et al., "Sleep Education for Paradoxical Insomnia"; Coleman et al., "Sleep-Wake Disorders Based on a Polysomnographic Diagnosis. A National Cooperative Study"; Dorsey and Bootzin, "Subjective and Psychophysiologic Insomnia."

1.2.2 Insomnies avec comorbidité organique, psychiatrique ou iatrogène.

De multiples pathologies organiques donnent lieu à un inconfort qui se répercute sur la qualité du sommeil. Ainsi, les pathologies douloureuses, entraînant une mobilisation réduite, ou une gêne respiratoire sont fréquemment associées à une plainte d'insomnie. Les pathologies intrinsèques du sommeil sont aussi à évoquer, en particulier le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et le syndrome des jambes sans repos (SJSR), qui sont les plus fréquemment rencontrées en médecine générale (respectivement 9 % et 2 à 7% de la population adulte²⁹). Lorsque c'est possible, traiter la cause est un préalable indispensable au traitement de l'insomnie, bien que celle-ci puisse évoluer pour son propre compte.

Les troubles psychiatriques sont également très fréquemment associés à l'insomnie chronique, en particulier les troubles de l'humeur (17 à 50 % des insomniaques souffrent de dépression³⁰, et les troubles anxieux (25 à 45 % des insomniaques chroniques souffrent d'anxiété³¹). Là encore, ces troubles doivent être pris en compte dans la prise en charge de l'insomnie, bien que celle-ci ait aussi tendance à évoluer indépendamment de la pathologie psychiatrique.

Enfin, une cause iatrogène ou toxique doit être systématiquement recherchée.

En pratique clinique, il est souvent difficile de classer spécifiquement l'insomnie d'un patient dans l'une de ces catégories. En effet, un patient insomniaque et dépressif par exemple va réagir à cette insomnie par des stratégies d'hygiène de sommeil parfois inappropriées, ou développer une appréhension par rapport au sommeil qui comportera des éléments psychophysiologiques, ou une prise de substance éveillante ou hypnogène... Au total, les plaintes d'insomnies chroniques auxquelles le médecin généraliste est confronté sont souvent complexes³².

Nous utiliserons plusieurs manières de définir l'insomnie. Tout d'abord en se référant aux classifications internationales (ICSD-3, DSM-V).

Nous utiliserons aussi une définition de l'insomnie plus proche de la pratique des médecins généralistes : la classification internationale des soins primaires (CISP-2) code les perturbations du sommeil en P06, incluant autant l'apnée du sommeil que l'insomnie. L'insomnie n'y est pas détaillée, et en pratique nous avons constaté que sa définition est variable d'un médecin à l'autre, même si elle se rapproche des

²⁹ Simpson et al., "High Prevalence of Undiagnosed Obstructive Sleep Apnoea in the General Population and Methods for Screening for Representative Controls"; Güler et al., "The Prevalence of Restless Legs Syndrome in Edirne and Its Districts Concomitant Comorbid Conditions and Secondary Complications"; Ohayon, O'Hara, and Vitiello, "Epidemiology of Restless Legs Syndrome"; Léger et al., "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting."

³⁰ Buysse et al., "Prevalence, Course, and Comorbidity of Insomnia and Depression in Young Adults."

³¹ Soehner and Harvey, "Prevalence and Functional Consequences of Severe Insomnia Symptoms in Mood and Anxiety Disorders."

³² Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France."

classifications internationales plus complètes, avec notamment la notion de plainte par rapport au sommeil et de conséquences diurnes. Par mon exercice en consultation et les échanges avec mes collègues, j'ai pu constater que lorsque cette plainte est exprimée par les patients, tous les éléments nécessaires et suffisants pour le diagnostic de l'insomnie n'étaient pas systématiquement abordés en consultation, et parfois la seule notion sur laquelle le médecin généraliste base sa prise en charge est l'expression d'un « je ne dors pas bien ». Il nous a donc semblé important d'intégrer cette notion à notre travail, car l'exclure aurait donc impliqué de passer à côté d'une grande partie de la problématique.

2 Évaluation de l'insomnie

De multiples échelles et questionnaires ont été développés en médecine du sommeil à visée diagnostique et d'évaluation. Certaines paraissent plus adaptées que d'autres à la pratique de la médecine générale, en termes d'intérêt clinique et de faisabilité pratique. Nous n'aborderons ici que l'agenda du sommeil, qui fera l'objet de la quatrième partie de la thèse. C'est un outil développé depuis 1993³³ unanimement adopté par les centres spécialisés et recommandé par la HAS dans la prise en charge d'une plainte d'insomnie en médecine générale. Il retrace sous forme graphique la structure quotidienne du sommeil, rempli quotidiennement par le patient lui-même, à partir de sa perception du sommeil de la veille. Son caractère subjectif est particulièrement adapté à l'évaluation de l'insomnie, dont le diagnostic est basé sur la plainte du patient. Il peut être utilisé à tous les niveaux de la prise en charge du patient, le diagnostic, la thérapeutique et le suivi. A l'étape de diagnostic, il aide au diagnostic différentiel et à la caractérisation de la plainte d'insomnie. Il aide aussi le patient à s'auto-décrire sous forme graphique et à s'auto-évaluer (figure 2).

³³ Bastien, Vallières, and Morin, "Validation of the Insomnia Severity Index as an Outcome Measure for Insomnia Research."

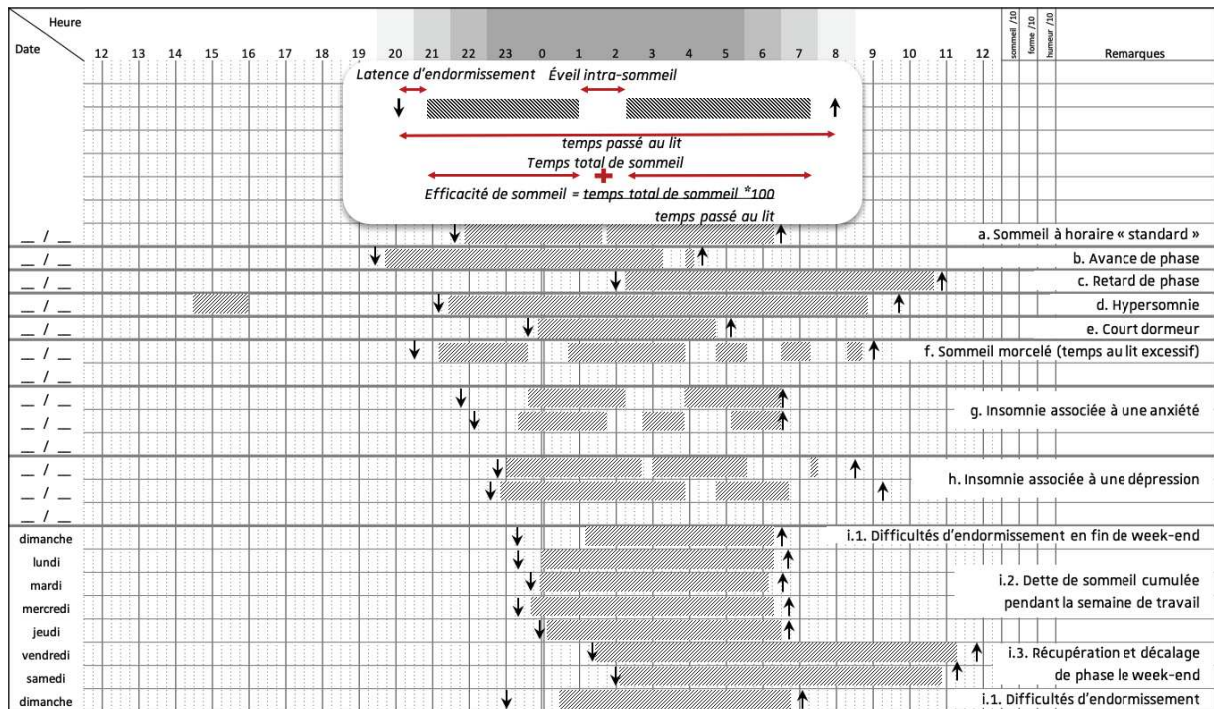


Figure 2. Exemples d'agenda du sommeil

La flèche vers le bas indique l'horaire de coucher, la flèche vers le haut l'horaire de lever. Les zones hachurées correspondent aux périodes où le patient estime avoir dormi. La latence d'endormissement est évaluée par l'intervalle entre la flèche du coucher et le début du sommeil. La durée de sommeil correspond à la somme des périodes grisées sur 24h. Le temps passé au lit est mesuré par la durée entre les flèches de coucher et de lever. L'efficacité de sommeil est calculée par le rapport entre le temps total de sommeil sur le temps passé au lit, en %. Une efficacité >85% est estimée bonne. On peut calculer la durée moyenne de sommeil en faisant la moyenne sur une semaine.

a. Sommeil considéré comme normal, à un horaire standard. b. L'avance de phase est habituellement observée chez les patients âgés, et c. le retard de phase chez l'adolescent. Ces éléments sont à éliminer en cas de plainte d'insomnie (= troubles du rythme circadien). Il s'agira alors d'une autre prise en charge que celle de l'insomnie. d. et e. L'hypersomnie et le court dormeur sont des phénotypes extrêmes. Dans le cas du court dormeur, il n'y a pas de répercussions diurnes. f. le sommeil morcelé est une structure fréquemment rencontrée dans les problèmes d'hygiène de sommeil. g. représente un agenda typique d'insomnie associée à une anxiété avec difficultés d'endormissement, éveils nocturnes prolongés et lever rapide après le réveil. h. représente un agenda typique d'insomnie associée à une dépression avec un endormissement facile, parfois des éveils nocturnes prolongés, et une clinophilie le matin. i. représente un rythme assez classique d'une personne en dette de sommeil pendant la semaine (i.2), qui récupère le manque de sommeil le weekend tout en se décalant (i.3), et ayant des difficultés d'endormissement avant la reprise du rythme de travail (i.1). Dans les diagnostics différentiels de troubles intrinsèques du sommeil, dans le cas de l'apnée du sommeil on peut observer des agendas du type d ou f ; dans le cas du syndrome des jambes sans repos, on peut observer un agenda du type g.

3 Traitements de l'insomnie chronique

La prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale est multiple, variée et protéiforme. Elle peut poser problème dans le choix thérapeutique et l'accompagnement du patient. Nous présentons ici les approches non médicamenteuses et médicamenteuses qui constituent l'arsenal thérapeutique accessible en première ligne au médecin généraliste.

3.1 Méthodes non médicamenteuses

3.1.1 Hygiène du sommeil : base commune de la prise en charge de l'insomnie chronique

L'éducation à l'hygiène de sommeil sensibilise le patient aux éventuelles mauvaises habitudes de sommeil. Quelle que soit la méthode thérapeutique finalement choisie avec le patient, l'application des principes de base d'hygiène du sommeil est considéré comme un prérequis indispensable et commun à toute prise en charge de l'insomnie. Dans certains cas, cela peut suffire à régler le problème, mais le plus souvent elle est associée à d'autres techniques³⁴.

L'agenda du sommeil, complété idéalement pendant deux semaines, peut servir de base d'échange sur l'hygiène du sommeil : il peut aider le patient à auto-enregistrer et auto-évaluer son sommeil, et à mettre en perspective la sévérité de ses troubles. Il permet de discuter de la régularité des horaires de coucher, de la place d'éventuelles siestes, de la durée du temps passée au lit, des décalages entre les semaines et le weekend, de la durée de sommeil qu'il souhaiterait obtenir.

En fonction des habitudes et des contraintes du patient, le médecin peut orienter la discussion sur les éléments diurnes, nocturnes, et de la période précédant le coucher, qui peuvent influencer le sommeil.

Il est intéressant d'explorer les activités de la journée, en se penchant sur les principaux synchroniseurs du rythme veille sommeil³⁵ : l'alternance lumière-obscurité³⁶, l'activité physique³⁷, l'alimentation, la régularité des repas dont la prise d'excitants, la vie professionnelle et sociale, contribuent à l'équilibre des rythmes veille-sommeil. Le médecin peut ensuite aborder la période qui précède le coucher, pour évaluer l'environnement de la chambre, l'existence de rituels de coucher ou de période de transition, l'usage des écrans³⁸.

3.1.2 Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une thérapie active centrée sur le problème (dans ce cas, l'insomnie). Elle vise à modifier les comportements inadaptés par une approche comportementale, et à agir sur les pensées dysfonctionnelles par une restructuration cognitive et sur les émotions par plusieurs approches. Elle est validée en première intention en tant qu'approche non médicamenteuse dans la prise

³⁴ Stepanski and Wyatt, "Use of Sleep Hygiene in the Treatment of Insomnia."

³⁵ Wirz-Justice, Benedetti, and Terman, *Chronotherapeutics for Affective Disorders*.

³⁶ Maanen et al., "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems."

³⁷ Montgomery and Dennis, "Physical Exercise for Sleep Problems in Adults Aged 60+."

³⁸ Falbe et al., "Sleep Duration, Restfulness, and Screens in the Sleep Environment."

en charge de l'insomnie chronique psychophysiologique³⁹. Elle est utilisée dans les insomnies associées à une comorbidité médicale ou psychiatrique⁴⁰.

La TCC appliquée à l'insomnie nécessite de prendre en considération les facteurs de vulnérabilité, précipitants et d'entretien de l'insomnie. Elle s'articule autour de l'hygiène de sommeil, le travail cognitif, le travail comportemental se déclinant en deux éléments, la restriction de sommeil et du contrôle du stimulus, et enfin la relaxation.

- **Le travail cognitif, ou analyse fonctionnelle**, consiste en l'identification des croyances erronées et des pensées dysfonctionnelles par rapport au sommeil. Ces pensées sont souvent le résultat des conséquences amplifiées suite à des souvenirs sélectifs des périodes d'insomnie et entraînent des ruminations excessives par rapport au sommeil⁴¹. Elles constituent un important facteur perpétuant de l'insomnie. L'identification de ces pensées permet de travailler sur la restructuration cognitive.
- **La restriction du temps de sommeil** est une approche comportementale qui vise à améliorer l'efficacité du sommeil en réduisant le temps passé au lit au temps de sommeil déclaré par le patient. Initialement décrit par Spielmann en 1987, cette approche est largement utilisée ce jour avec différentes variantes sans consensus quant aux modalités pratiques⁴².
- **La thérapie par contrôle du stimulus** a aussi été décrite par Spielman. Elle part du concept de *conditionnement* : une personne insomniaque va spontanément avoir tendance à rester davantage au lit pour gagner des minutes de sommeil. De ce fait, le patient aura des temps prolongés d'éveil au lit. Si l'on reprend la notion de « cercle vicieux de l'insomnie », ces moments d'éveils vont conforter la perception du patient de « ne pas arriver à dormir quand il se couche », et vont progressivement l'y conditionner. L'objectif du contrôle du stimulus est de se réapproprier le lit comme l'endroit où il dort⁴³.
- **La relaxation** vise à agir sur la composante d'hyperéveil mental et physique. Elle prend en compte les émotions négatives associées à l'insomnie. Différentes techniques peuvent être proposées : la relaxation musculaire progressive, training autogène visent à réduire les tensions somatiques ; la méditation pleine conscience s'attache à la composante cognitive⁴⁴.

³⁹ Siebern and Manber, "New Developments in Cognitive Behavioral Therapy as the First-Line Treatment of Insomnia."

⁴⁰ Geiger-Brown et al., "Cognitive Behavioral Therapy in Persons with Comorbid Insomnia."

⁴¹ Hiller et al., "Assessing Cognitive Processes Related to Insomnia."

⁴² Kyle et al., "Towards Standardisation and Improved Understanding of Sleep Restriction Therapy for Insomnia Disorder."

⁴³ Baillargeon, Demers, and Ladouceur, "Stimulus-Control."

⁴⁴ Larouche et al., "Evaluation of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Treat Chronic Insomnia."

La TCC demeure ainsi ce jour l'approche thérapeutique la plus validée et adaptée dans la prise en charge de l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités, recommandée par les sociétés savantes⁴⁵. Elle est pratiquée par quelques médecins généralistes, mais comporte néanmoins de multiples limites. La principale est l'accessibilité de cette prise en charge, en raison du faible nombre de soignants formés. Cette technique nécessite un investissement important de la part du patient, et du soignant en termes de temps de formation et de durée de consultation. Pour faire face à cette contrainte différentes solutions sont proposées : TCC de groupe, utilisation des techniques comportementales par des soignants non formés, le transfert de compétence à des paramédicaux⁴⁶. Deux techniques peuvent facilement être intégrées à la consultation de médecine générale sans formation spécifique : le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil. Ces méthodes ont fait leurs preuves dans la prise en charge à court et moyen terme⁴⁷.

3.1.3 Médecines alternatives

L'acupuncture est un traitement régulièrement utilisé par les patients insomniaques. Elle a été évaluée par une méta-analyse du groupe Cochrane en 2012⁴⁸. Elle n'a pas permis de conclure quant à l'efficacité de l'acupuncture en raison de la faible qualité méthodologique, avec la critique du choix du placebo et l'hétérogénéité des études.

De même, l'hypnose a été évaluée dans une récente revue systématique de littérature : Cette technique semble prometteuse, mais nécessite d'être évaluée par des études de meilleures qualité⁴⁹.

3.2 Méthodes médicamenteuses

Le somnifère idéal devrait avoir les caractéristiques suivantes : induire rapidement le sommeil, conserver la structure du sommeil, ne pas entraîner de somnolence résiduelle, ni de dépendance.

Le principe commun à la prescription de molécule hypnotique est d'informer le patient sur le fait que ce traitement a une durée limitée, dès l'instauration du traitement, idéalement dans l'attente que les mesures non médicamenteuses soient efficaces.

⁴⁵ Riemann et al., "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia"; Morgenthaler et al., "Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia."

⁴⁶ Davidson, Dickson, and Han, "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care."

⁴⁷ Baillargeon, Demers, and Ladouceur, "Stimulus-Control"; Kyle et al., "Towards Standardisation and Improved Understanding of Sleep Restriction Therapy for Insomnia Disorder."

⁴⁸ Cheuk et al., "Acupuncture for Insomnia."

⁴⁹ Chamine, Atchley, and Oken, "Hypnosis Intervention Effects on Sleep Outcomes."

3.2.1 Effet placebo.

Un seul traitement à ce jour remplit ces caractéristiques, le placebo. En effet, Winckler a montré dans une étude reprenant les essais interventionnels contre placebo pour les somnifères, que le placebo expliquerait 63% de l'effet des somnifères, tant sur les paramètres objectifs que sur les paramètres subjectifs⁵⁰. Une autre étude réalisée en Israël⁵¹ a évalué l'effet d'une prise consciente de placebo sur les critères objectifs du sommeil. Ils montrent une amélioration significative et cliniquement pertinente des critères objectifs du sommeil (latence d'endormissement, durée du sommeil, efficacité). Cette étude a cependant d'importantes limites en raison principalement de son faible échantillon et son évaluation sur une seule nuit. Les placebos purs n'existent pas en médecine ambulatoire. Certains utilisent l'homéopathie, pour laquelle aucune efficacité supérieure au placebo n'a été démontrée jusqu'à présent⁵².

3.2.2 La phytothérapie

Elle est aussi fréquemment prescrite. Dans la tradition phytothérapeutique française, on trouve une vingtaine de plantes, comme la valériane, l'aubépine, la passiflore, la camomille, le tilleul, la verveine, la mélisse, l'oranger. La valériane est le traitement le plus évalué, avec la camomille. Une récente méta-analyse n'a pas non plus identifié d'efficacité supérieure au placebo⁵³ à part pour la valériane, mais qui reste à démontrer. L'innocuité de certaines plantes, en particulier le tilleul, la verveine, l'oranger, la mélisse, l'aubépine et la passiflore permettent d'en conseiller l'emploi. En revanche d'autres, comme la balotte ou l'anémone pulsatile, présentent des risques d'effets indésirables graves⁵⁴.

3.2.3 Les benzodiazépines

Ce sont depuis les années 1970 parmi les traitements les plus utilisés à visée hypnotique actuellement. Leur efficacité sur la latence d'endormissement est prouvée, varie d'une molécule à l'autre, ainsi que l'effet sur la durée du sommeil. Leurs effets secondaires sont bien connus et documentés : tolérance, syndrome de sevrage, somnolence résiduelle, risque de chute, en particulier chez les personnes âgées⁵⁵... à long terme, la consommation de benzodiazépines modifie la structure du sommeil⁵⁶. Cet effet est réversible à l'arrêt du traitement, bien que la qualité du sommeil ne soit pas améliorée. C'est donc un traitement à éviter autant que possible.

⁵⁰ Winkler and Rief, "Effect of Placebo Conditions on Polysomnographic Parameters in Primary Insomnia."

⁵¹ Rogev and Pillar, "Placebo for a Single Night Improves Sleep in Patients with Objective Insomnia."

⁵² Cooper and Relton, "Homeopathy for Insomnia."

⁵³ Leach and Page, "Herbal Medicine for Insomnia."

⁵⁴ "Management of Insomnia."

⁵⁵ Brandt and Leong, "Benzodiazepines and Z-Drugs."

⁵⁶ Poyares et al., "Chronic Benzodiazepine Usage and Withdrawal in Insomnia Patients."

3.2.4 Les hypnotiques

Les hypnotiques non benzodiazépines, ou Z-drugs, (zopiclone et zolpidem) sont arrivées sur le marché en 1984 et 1987. Si initialement elles étaient présentées comme des alternatives intéressantes aux benzodiazépines, on retrouve malheureusement de nombreux effets secondaires comparables, en particulier le syndrome de sevrage et la tolérance, ainsi que certains cas de mésusage sévère⁵⁷. Cela a amené à des rectificatifs d'AMM, en limitant sa durée de prescription à 28 jours dès 1991⁵⁸. L'Organisation Mondiale de la Santé a inscrit le en 1998 cette substance sur la liste des psychotropes, au même titre que les benzodiazépines⁵⁹, ce qui a été repris par arrêté en France en 2002⁶⁰. Si l'AMM est limitée à 28 jours, on observe cependant une augmentation des consommations au long cours de ces molécules⁶¹. Le 26 juin 2014, le service médical rendu de ces molécules a été réévalué à la baisse, entraînant une baisse de remboursement de 65% à 15%⁶². Enfin, un arrêté du 7 janvier 2017 a renforcé la réglementation avec la prescription de zolpidem sur ordonnance sécurisée⁶³.

Il n'existe pas de consensus sur l'effet des benzodiazépines et z-drugs utilisées ponctuellement. Il semble qu'une utilisation itérative permette de conserver l'effet thérapeutique sans développer de tolérance⁶⁴. Les effets à long terme restent mal évalués. On ne peut donc pas conclure si la balance bénéfique/risque d'une consommation ponctuelle de ces traitements dans l'insomnie est favorable.

3.2.5 Les anti-histaminiques

Ils sont connus pour leurs effets secondaires sédatifs. Parallèlement à la limitation de la prescription de somnifères, on observe une augmentation de prescription des anti-histaminiques dans cette indication⁶⁵. La doxylamine, la doxépine et diphényldramine sont les mieux évaluées, et ont d'ailleurs été intégrées au rapport de l'ANSM sur les benzodiazépines en 2017⁶⁶. Leur intérêt réside dans l'absence de dépendance

⁵⁷ Orriols et al., "Benzodiazepine-like Hypnotics and the Associated Risk of Road Traffic Accidents"; Brandt and Leong, "Benzodiazepines and Z-Drugs."

⁵⁸ Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite.

⁵⁹ WHO Expert Committee, Report, and World Health Organization, *WHO Expert Committee on Drug Dependence*.

⁶⁰ Arrêté du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes.

⁶¹ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

⁶² Commission de la transparence, "Réévaluation Du Service Médical Rendu Des Benzodiazépines Hypnotiques et Apparentés à La Demande de La Commission, En Application de l'article R-163-21 Du Code de La Sécurité Sociale."

⁶³ Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale.

⁶⁴ Perlis et al., "Durability of Treatment Response to Zolpidem with Three Different Maintenance Regimens."

⁶⁵ Beaton and Moree, "The Expanding Role of H1 Antihistamines."

⁶⁶ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

physique, et peu d'effet de tolérance⁶⁷. Pourtant, ces molécules sont peu évaluées dans cette indication. Leurs principaux effets secondaires sont présentés par une somnolence résiduelle importante en raison de leur demi-vie longue, et par leurs effets atropiniques. Des risques de mésusages, surtout récréatifs chez les jeunes ont été signalés⁶⁸.

3.2.6 La mélatonine

Elle participe à la régulation des rythmes circadiens et agit comme soporifique en induisant le sommeil. Elle existe sous deux formes : une forme à libération immédiate en préparation magistrale (2 à 4 mg en général, pas de consensus) et une forme à libération prolongée (Circadin® 2mg). L'efficacité du traitement par mélatonine dépend des indications et des modalités de prescription. Il est validé dans les troubles du rythme circadien à type de syndrome de retard de phase. Son efficacité est dépendante du moment de la prise de la mélatonine par rapport au début de la sécrétion endogène de mélatonine l'individu⁶⁹. Elle entraîne une avance de sa phase et agit ainsi sur la latence d'endormissement.

Une méta-analyse a évalué l'effet de la mélatonine sur plusieurs paramètres du sommeil⁷⁰ : on retrouve une amélioration objective de la latence d'endormissement de 5 minutes, et une amélioration subjective des autres paramètres du sommeil. Son effet est modeste, mais semble se maintenir dans le temps, et son profil d'effets secondaires reste bénin. La prescription de la mélatonine à libération prolongée (Circadin® 2mg) a l'AMM dans l'insomnie chronique chez le sujet âgé de plus de 55 ans. Une altération de la sécrétion de la mélatonine peut être observée avec le vieillissement et l'administration de la mélatonine à libération prolongée semble efficace sur les troubles de l'endormissement et du maintien de sommeil avec une très bonne tolérance et l'absence d'accoutumance à la différence des somnifères usuels⁷¹. Il existe cependant peu d'études l'évaluant, et l'efficacité de la mélatonine à libération prolongée n'est pas encore suffisamment validée dans l'insomnie chronique. La HAS a émis une recommandation de durée maximum de 3 semaines de prescription⁷².

⁶⁷ Lankford et al., "Efficacy and Safety of Doxepin 6 Mg in a Four-Week Outpatient Trial of Elderly Adults with Chronic Primary Insomnia."

⁶⁸ ANSM, "Usage détourné des médicaments anti-tussifs et antihistaminiques chez les adolescents et jeunes adultes," 2016.

⁶⁹ van Geijlswijk, Korzilius, and Smits, "The Use of Exogenous Melatonin in Delayed Sleep Phase Disorder."

⁷⁰ Ferracioli-Oda, Qawasmi, and Bloch, "Meta-Analysis."

⁷¹ Lyseng-Williamson, "Melatonin Prolonged Release."

⁷² "Haute Autorité de Santé - Quelle Place Pour La Mélatonine (Circadin®) Dans Le Traitement de l'insomnie ? - Fiche BUM."

Les agonistes des récepteurs à la mélatonine (ramelteon, tasimelteon) semblent avoir des effets équivalents, tout en restant modestes⁷³. Un auteur relève un risque de somnolence résiduelle accrue au volant⁷⁴(44). Ils ne sont actuellement pas commercialisés en Europe.

3.2.7 Nouvelles molécules

Les agonistes de l'orexine (suvorexant, filorexan, SB-649868, seltorexant...) sont en cours de développement, et certaines commercialisées aux Etats-Unis⁷⁵. Elles empruntent une nouvelle voie, plus spécifique, de régulation du cycle veille-sommeil. Leur efficacité sur la durée du sommeil et la qualité subjective du sommeil semble démontrée cliniquement pertinente, et durable⁷⁶. Leur principal effet indésirable est une somnolence résiduelle. Leur évaluation par rapport aux traitements de référence et chez les personnes à risque d'addiction reste à faire⁷⁷.

-

Nous choisirons d'utiliser le terme de somnifères pour parler de tous les médicaments utilisés pour induire le sommeil, quelle que soit la classe thérapeutique, et le terme d'hypnotiques lorsqu'il s'agit spécifiquement des molécules hypnotiques selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) des médicaments.

-

Revenir sur les éléments de diagnostic et de prise en charge de l'insomnie permet d'en prendre la mesure de la complexité. La palette d'exploration est particulièrement large : elle implique nécessairement du temps pour le médecin, mais aussi pour le patient de dévoiler l'intimité de sa vie sous de nombreux aspects. Enfin, le contraste est fort entre les options thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses : les premières nécessitent un accompagnement dans la durée, et la motivation des deux parties pour les mener à bien ; les secondes apportent une réponse plus immédiate. Cela peut les rendre complémentaires, mais l'on entrevoit la tentation facile du médicament.

⁷³ Kuriyama, Honda, and Hayashino, "Ramelteon for the Treatment of Insomnia in Adults."

⁷⁴ Miyata et al., "The Effects of Acute Treatment with Ramelteon, Triazolam, and Placebo on Driving Performance, Cognitive Function, and Equilibrium Function in Healthy Volunteers."

⁷⁵ Pałasz et al., "Dual Orexin Receptor Antagonists - Promising Agents in the Treatment of Sleep Disorders"; Brooks et al., "The Selective Orexin-2 Receptor Antagonist Seltorexant Improves Sleep."

⁷⁶ Michelson et al., "Safety and Efficacy of Suvorexant during 1-Year Treatment of Insomnia with Subsequent Abrupt Treatment Discontinuation."

⁷⁷ Patel, Aspesi, and Evoy, "Suvorexant."

4 Perspective de santé publique

Si l'on se place du point de vue de l'épidémiologie et de la santé publique, l'insomnie chronique est un problème qui touche une large population. La plainte de mauvais sommeil concernerait 30 à 50% de la population adulte en France⁷⁸. L'insomnie chronique plus spécifiquement est estimée entre 5 et 7%, selon les études, la classification utilisée et le pays étudié⁷⁹. En interrogeant la population générale adulte en France, une des plus larges études, réalisée en 2000, retrouvait une prévalence de l'insomnie à 19% selon les critères du DSM-IV, dont 6% d'insomnie sévère⁸⁰.

Les conséquences de l'insomnie chronique en termes de morbi-mortalité sont importantes : l'insomnie est un facteur de risque de maladies organiques, psychiatriques, altère la qualité de vie⁸¹, et a des répercussions sur le travail⁸².

Le lien entre l'insomnie et les troubles psychiatriques est maintenant bien établi, tout particulièrement dans les troubles anxio-dépressifs⁸³. Un temps total de sommeil inférieur à six heures est associé à une augmentation de l'incidence des pathologies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, les coronaropathies⁸⁴, le diabète⁸⁵ et à une surmortalité chez l'homme comparable à celle liée aux troubles respiratoire du sommeil⁸⁶.

Le coût de l'insomnie est majeur. Le coût direct est représenté par la consommation de soins, en termes de consultations et de prise médicamenteuse. Plusieurs études françaises ont montré que les patients souffrant d'insomnie sévère consultaient plus souvent leur médecin, prenaient davantage de médicaments, près de 20 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine (BZD) ou apparenté en 2012, et 30 % des insomniaques en consomment régulièrement⁸⁷. *Ces éléments seront développés dans la troisième partie de la thèse.* Le coût indirect de l'insomnie, difficile à mesurer précisément, serait largement supérieur au coût direct⁸⁸. Les personnes avec des difficultés d'insomnie ont

⁷⁸ Chan-Chee et al., "[Epidemiology of insomnia in France]."

⁷⁹ Ohayon, O'Hara, and Vitiello, "Epidemiology of Restless Legs Syndrome."

⁸⁰ Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France."

⁸¹ Soehner and Harvey, "Prevalence and Functional Consequences of Severe Insomnia Symptoms in Mood and Anxiety Disorders."

⁸² Chambe et al., "Prendre En Charge l'insomnie Chronique En Médecine Générale Première Partie : Démarche Diagnostique et Évaluation."

⁸³ Ohayon, "Epidemiology of Insomnia."

⁸⁴ Sabanayagam and Shankar, "Sleep Duration and Cardiovascular Disease."

⁸⁵ Gottlieb et al., "Association of Sleep Time with Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance."

⁸⁶ Vgontzas et al., "Insomnia with Short Sleep Duration and Mortality."

⁸⁷ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

⁸⁸ Daley et al., "The Economic Burden of Insomnia."

un taux d'absentéisme au travail double par rapport aux bons dormeurs⁸⁹. Ils ont une moindre productivité et davantage d'accidents du travail et de la circulation⁹⁰.

Les autorités publiques s'intéressent à l'insomnie essentiellement par le biais des psychotropes qui peuvent être prescrits, de leur bon usage. Leur approche est avant tout cadré sous forme économique, comme le stipule en début d'introduction le rapport *sur le bon usage des médicaments psychotropes* de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé en 2006, par la députée Maryvonne Briot ⁹¹: « *La dépense pharmaceutique des Français – plus de 30 milliards d'euros en 2004 – place la France au deuxième rang, après les Etats-Unis, parmi les pays de l'Organisation de coopération et développement économique (OCDE). S'agissant plus particulièrement des médicaments psychotropes, la consommation française est la plus importante de celles des autres pays de l'Union européenne.* » ⁹²

L'objectif des pouvoirs publics, à ce niveau-là, est non seulement de promouvoir le bon usage des psychotropes, mais surtout d'en réduire les coûts en ciblant les prescriptions et consommations estimées inadaptées.

L'agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) surveille régulièrement la consommation des psychotropes, dont les somnifères. Elle objective le rôle de prescripteur des médecins généralistes, qui prescrivent plus de 80% du volume de ces prescriptions. Cette proportion semble normale au vu de l'organisation du système de soins : l'accès au médecin généraliste est de premier recours, et la majorité des troubles du sommeil est uniquement pris en charge à son niveau⁹³. De plus, lorsque les patients nécessitent un soin de deuxième ligne, comme la psychiatrie, les médecins généralistes, comme coordinateurs des soins, sont amenés à renouveler des ordonnances prescrites par d'autres spécialistes. Ces considérations faites, il est logique de cibler les médecins généralistes pour la compréhension des pratiques autour de l'insomnie chronique.

⁸⁹ Metlaine, Leger, and Choudat, "Socioeconomic Impact of Insomnia in Working Populations."

⁹⁰ Léger et al., "Medical and Socio-Professional Impact of Insomnia."

⁹¹ Briot and Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*.

⁹² Le cahier des charges du rapport Briot reposait sur six questions : 1/ *Les caractéristiques et les spécificités de la consommation de médicaments psychotropes en France par comparaison avec les autres pays européens* ; 2/ *Les principaux facteurs explicatifs de l'évolution de la consommation dans notre pays* ; 3/ *L'utilisation des médicaments psychotropes au regard des bonnes pratiques* ; 4/ *L'efficacité des actions engagées par les pouvoirs publics et l'assurance maladie afin de lutter contre les prescriptions inadaptées* ; 5/ *Les alternatives thérapeutiques* ; 6/ *La dépendance aux psychotropes*.

⁹³ Morin et al., "Epidemiology of Insomnia."

5 Le triptyque Médecine du sommeil – Médecine générale – Sciences humaines et sociales

Le sujet de l'insomnie est ainsi cadré par sa définition nosologique et son explication physio-pathologique, son identification à partir de prescriptions spécifiques, et du potentiel addictif d'une partie des substances médicamenteuses employées dans le traitement. Face à ce triptyque explication-prescription-addiction du « je dors mal / je ne dors pas » ce travail de thèse se positionne à partir de l'entité clé quotidienne de la pratique médicale et plus particulièrement en médecine générale, la consultation. L'entité-unité « consultation », au cœur de la pratique médicale, de l'expression de la plainte d'insomnie et de sa prise en charge, confédère un autre triptyque qui correspond à mon positionnement d'enseignante-chercheuse. Maîtresse de conférence et membre d'un Département de Médecine Générale à la faculté de médecine de Strasbourg je suis engagée logiquement dans l'enseignement et la recherche en médecine générale. En même temps, je suis membre de l'unité CNRS « Lumière, rythme circadien, homéostasie du sommeil et neuropsychiatrie » du professeur Patrice Bourgin, au sein de l'Institut des neurosciences cellulaires et intégratives. Enfin, je collabore de longue date avec le département de sciences humaines et sociales (SHS) en médecine et l'UMR SAGE 7363 du professeur Christian Bonah, initialement pour des enseignements conjoints, puis progressivement sur les projets de recherche. Ainsi mon positionnement d'enseignante-chercheuse est construit également sous forme d'un triptyque qui allie médecine générale, service spécialisé des maladies du sommeil et les SHS en médecine. Une première partie de la construction de mon travail de recherche de thèse se construit au sein de ce triptyque. Elle consiste à s'interroger de manière critique sur la subjectivité du côté de l'observateur – praticien qui est le médecin consultant. Dans le cadre de l'évocation du sommeil identifié par une plainte, un trouble ou une maladie, quelle est l'interférence du vécu personnel de l'observateur sur l'objectivation, et la gestion du trouble chez les personnes en consultation ? Cette interrogation s'est faite d'abord d'un point de vue épidémiologique avec un axe médecine du sommeil – médecine générale, pour évaluer la prévalence de l'insomnie chez les médecins généralistes, ainsi que ses conséquences éventuelles sur la prise en charge des patients. Cela a permis de situer quantitativement le sujet, et de soulever un questionnement sur les mécanismes sous-tendant cette interférence. Ce questionnement a mobilisé l'axe médecine générale-SHS par une enquête qualitative auprès des médecins généralistes. Cette double enquête, d'abord quantitative puis qualitative sur l'un des facteurs rarement explorés, la subjectivité du médecin, est complétée par une deuxième ligne d'enquête qui est l'une des pièces maîtresses de ce travail de thèse. Le lieu d'investissement est ici l'entité-unité « consultation », avec la mise en place sous forme de méthode mixte convergente quantitative et

qualitative d'une observation participante et présenteielle d'un corpus de plus de 1000 consultations de médecine générale. L'analyse en détail de l'énonciation, de la prise en considération et la prise en charge d'une plainte de « je dors mal / je ne dors pas » complète la ligne médecine générale – SHS en médecine par le développement d'une méthodologie complexe et sérielle d'observation de pratiques. Son analyse s'est enrichie du regard de la médecine du sommeil, à cet endroit dans un entre-deux qui cherche à préciser en pratique quotidienne de ville la nécessité et la possibilité de préciser la définition et l'identification des troubles du sommeil que revêt la plainte « je dors mal / je ne dors pas ». En ce sens le troisième pan de mes recherches s'est focalisé sur l'étape d'évaluation et de suivi de l'insomnie par la construction, l'adaptation et l'utilisation en pratique de médecine générale courante d'un outil de la médecine du sommeil : l'agenda du sommeil. Sur ce même axe d'entre deux médecine générale – médecine du sommeil, mais cette fois sur l'étape thérapeutique de l'insomnie se place la quatrième et dernière partie de mon travail, qui elle cherche à évaluer par une méta-analyse une potentielle future stratégie thérapeutique non médicamenteuse, la luminothérapie.

Ainsi l'ensemble des quatre parties de ce travail de thèse explorent de manière centrifuge à partir de la consultation en médecine générale (mon positionnement princeps) selon des méthodologies multiples et variés (métaanalyse, enquêtes qualitative ; observation participante mixte quanti-qualitative) quatre aspects de troubles du sommeil qui pour moi représentent le positionnement de la médecine générale plus largement. À savoir, d'une part son renforcement par un dialogue avec les autres spécialités sur des plaintes / maladies précises pour pousser l'identification et l'objectivation des phénomènes observés aussi loin que possible. En même temps ce positionnement entre dans et entretient un dialogue avec les SHS en médecine afin de rendre compte et justice à la complexité et la multiplicité d'une représentation bio-psycho-sociale de la médecine générale, l'insomnie et de ses plaintes en étant une parfaite illustration.

La première partie de la thèse que nous présentons part ainsi du point de vue du médecin généraliste. La vision du sommeil et de l'insomnie étant avant tout subjective, il nous a paru nécessaire de se faire d'abord une idée sur le sommeil propre des médecins généralistes. La qualité de leur sommeil, leur rapport au sommeil et aux somnifères. Notre hypothèse était ici que leur propre subjectivité par rapport au sommeil et à l'insomnie pouvait influencer leur manière d'appréhender le sujet avec leurs patients.

Pour cela nous les avons interrogés de deux manières : dans un premier temps, à l'aide d'un questionnaire autoadministré pour recueillir des données épidémiologiques sur leur sommeil, estimer la prévalence de l'insomnie, leur consommation d'hypnotique et rechercher une association entre leurs troubles du sommeil et leur prise en charge. Cela fera l'objet de la première section de la première partie. Elle est présentée sous le format d'un article en anglais, dans sa version modifiée lors de sa dernière soumission à une revue. Dans un second temps, à partir du constat et des hypothèses générées par les premiers résultats, nous en avons rencontré pour mieux comprendre leur représentation du sommeil, comment ils parlaient de leur pratique, et aborder leur raisonnement. Cela fera l'objet de la seconde section de la première partie. Elle est présentée sous la forme d'un article en français, dans sa version soumise à une revue.

Pour comprendre *l'utilisation des somnifères au regard des bonnes pratiques*, il nous a paru nécessaire de nous affranchir des éléments chiffrés de la consommation de somnifères. Pour cela, une évaluation déclarative a paru insuffisante, ce qui nous a orienté vers l'observation des pratiques. Pour cela nous avons observé leurs consultations en y recherchant tous les éléments qui pouvaient se rattacher à la plainte de sommeil. Cela fera l'objet de la deuxième partie de la thèse. Cette partie, contrairement aux autres, est volontairement présentée dans un format plus étoffé. En effet, la méthodologie et le cadre d'analyse choisis pour cette partie est d'inspiration sociologique, et il nous a paru nécessaire d'en conserver le développement.

Le temps et le lieu de la consultation sont ceux de la rencontre avec le patient. Il nous a permis d'entendre aussi ce que le patient exprimait à ce moment, comment il participait à l'élaboration de sa prise en charge. Le constat et les difficultés mises en avant dans cette consultation nous ont donc amenés à nous interroger sur l'exploration de l'insomnie, son suivi et la thérapeutique.

Nous avons souhaité confronter des recommandations à la pratique : pour cela, nous avons cherché à évaluer comment les patients s'appropriaient l'agenda du sommeil. L'agenda est un outil de base dans la pratique de médecine du sommeil, peu utilisé en médecine générale. Pour cette raison, nous avons évalué l'appropriation de cet outil par les patients d'un service spécialisé dans les troubles du sommeil. Cela fera l'objet de la troisième partie de la thèse.

Enfin, au vu des difficultés exprimées par les médecins généralistes et les patients concernant le traitement de l'insomnie, nous nous sommes penché sur une potentielle alternative thérapeutique, non médicamenteuse, la luminothérapie. Les données sont nombreuses pour les troubles affectifs saisonniers, troubles de l'humeur et les troubles du rythme circadien mais son intérêt dans l'insomnie chronique n'est

pas encore bien établi. Les bases théoriques suggèrent un effet potentiel sur différents paramètres de l'insomnie (latence d'endormissement, durée et efficacité du sommeil, mais aussi un effet sur les conséquences diurnes de l'insomnie). Une récente méta-analyse a montré qu'il existait un effet positif de la luminothérapie dans l'insomnie, principalement sur la composante circadienne (Van Maanen). Cette étude ne détaillait pas les caractéristiques de la lumière ni le moment d'exposition dans la journée. Nous avons donc souhaité aller plus en détail et nous pencher sur les aspects pratiques de l'utilisation de la luminothérapie dans l'insomnie, en particulier pour envisager son application en médecine générale. Pour y répondre, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature avec méta-analyse. Cela fera l'objet de la quatrième et dernière partie de la thèse.

Première partie : médecins généralistes et sommeil

Partie 1.1. Enquête épidémiologique quantitative

-

Comme nous l'avons vu, la pratique des médecins généralistes concernant l'insomnie chronique est identifiée au travers leurs prescriptions de somnifères. Celle-ci est pointée du doigt comme excessive, et des facteurs explicatifs sont recherchés. De nombreux facteurs ont été relevés : ils concernent la formation médicale, l'organisation des soins avec le paiement à l'acte qui entraîne un besoin de « rendement », un manque de temps, une attente des patients insomniaques¹... Ces éléments sont déjà bien documentés. Nous avons voulu aborder cette question en nous intéressant à un élément auto-réflexif et moins documenté, le propre sommeil des médecins généralistes. Ils sont considérés comme une population à risque pour des facteurs prédisposant à l'insomnie : le burnout, les pathologies psychiatriques². Cela peut amener à une automédication, en particulier en ce qui concerne les sédatifs, ce d'autant plus qu'en France, un médecin peut s'auto-déclarer médecin traitant et s'auto-prescrire des médicaments³. L'objectif de cette première partie était d'évaluer l'association entre la consommation personnelle des généralistes et leurs habitudes de prise en charge des patients se plaignant de troubles du sommeil. Ils ont répondu à un questionnaire auto-administré recueillant des données sociodémographiques ainsi que des données épidémiologiques sur leur sommeil à l'aide de deux questionnaires validés. Nous avons aussi recueilli leur consommation d'hypnotiques, et recherché une association entre leurs troubles du sommeil et leur prise en charge.

¹ Davy, Middlemass, and Siriwardena, "Patients' and Clinicians' Experiences and Perceptions of the Primary Care Management of Insomnia"; Gaboreau et al., "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire."

² Appleton, House, and Dowell, "A Survey of Job Satisfaction, Sources of Stress and Psychological Symptoms among General Practitioners in Leeds."; Cathébras et al., "[Burn out among French general practitioners]."

³ Montgomery et al., "A Review of Self-Medication in Physicians and Medical Students."

*La prescription de somnifères par les médecins généralistes
est associée à leur usage personnel de ces médicaments, et
non au fait d'être insomniaque*

*Hypnotic prescription by GPs is associated with their personal
drug consumption but not by their insomnia status*

Chambe Juliette^{1,2,3}, Kobayashi Frisk Mio^{2,3}, Charton Lea¹, Lefebvre François⁴, Will Sandrine¹, Rat Cédric⁵,
Bourgin Patrice^{2,3}

Institutional affiliations:

1: General Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Strasbourg, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg France

2: Sleep Disorders Center - CIRCSom, University Hospital of Strasbourg 1, place de l'hôpital, 67000 Strasbourg France

3: Institute for Cellular and Integrative Neurosciences, CNRS UPR 3212, 5 rue Blaise Pascal – 67000 Strasbourg France

4: Public Health Department, Faculty of Medicine, University of Strasbourg, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg France

5: General Medicine Department, Faculty of Medicine, 1, rue Gaston Veil. 44000 NANTES. INSERM U892 - CNRS U6299 - CRCNA

Funding: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Correspondence to: Juliette Chambe, General Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Strasbourg, Strasbourg France, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg France, phone: 0033 3 68 85 35 07 fax: 0033 3 68 85 35 18 juliette.chambe@unistra.fr

Word Count: 2724

Number of Tables: 3

Number of figures: 4

Number of appendices: 2

1 Summary

French general practitioners (GPs) are known to widely prescribe medications to treat insomnia despite their negative effects. GPs' easy access to self-medication may affect their mental representation of sleep and hypnotics, and subsequently their professional behavior. Our aim was to examine the association between GPs personal hypnotic drug consumption habits and their management of patients with sleep disturbances.

A randomized sample of Alsatian GPs participated in a survey based on questionnaires including the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Dysfunctional Beliefs About Sleep in 10 questions to characterize sleep, and an evaluation of their management strategies regarding sleep for both patients and themselves.

Two hundred and forty-nine GPs were included (response rate of 51%). Demographics of the GPs sample were representative of those of the Alsatian GP population. Fifteen percent of the survey respondents met insomnia criteria. For the management of their own sleep disturbances, 14.3% of GPs were taking hypnotic drugs and 8.7% were taking anxiolytics, with greater drug consumption in the insomnia group. In a multivariate analysis, GPs who personally consumed these medications prescribed significantly more of them to patients, whereas their insomnia status had less impact. Other factors such as gender and type of practice were not associated with a higher prescription rate.

Our results indicate that GPs' personal drug consumption can have a significant impact on the management of their patients, therefore suggesting that actions towards GPs health improvement may also benefit to their patients and the public.

Keywords : Insomnia, physician, sedatives, hypnotics, anxiolytics, prescription

2 Introduction

Insomnia is a highly prevalent and costly sleep condition, with substantial mental and physical consequences. Chronic insomnia is diagnosed on complaints of disturbed sleep, sleep-related distress and daytime impairment. According to international classifications (DSM-V or ICSID-3⁴), chronic insomnia is defined on the association of at least one nocturnal disturbance, at least 3 times per week for 3 months, and the presence of diurnal consequences. Insomnia disorder should be distinguished from a poor sleep complaint, which is more frequently observed, ranging for example from 30 to 50% in the adult population of France⁵. The prevalence of chronic insomnia is estimated between 5 to 7% depending on the study or country⁶. One of the largest epidemiological studies conducted in France, based on DSM-IV criteria, showed a 19% prevalence of insomnia in the general population, including 6% with severe insomnia⁷. Insomnia is the ninth most frequent motive of consultation in general practice⁸ and 20 to 33% of GPs' patients report suffering from this disorder⁹.

Insomnia, despite its public health context, remains poorly treated. Current consensus favor non-pharmacological therapies, such as sleep hygiene or more specifically cognitive behavioral therapy (CBT-I). CBT-I has a good level of evidence and is recommended as a first line grade A treatment¹⁰. Unfortunately, some patients fail responding to CBT-I, which cannot be implemented for a very large number of them either. Indeed, only a few general practitioners are properly qualified for CBT-I¹¹. Chronic insomnia remains therefore mainly treated with benzodiazepines and other sedatives, with negative long-term effects, especially a risk for the users to develop pharmaco-tolerance, dependence and withdrawal syndrome¹². Moreover, hypnotic consumption in the elderly increases the risk of falls and related fractures¹³. It also favors daytime sleepiness and a French study highlighted an increased risk of traffic accidents with a risk ratio of 1.39 with benzodiazepine use and even 2.46 among zolpidem users who took more than one pill¹⁴.

⁴ American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders*; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM))*.

⁵ Chan-Chee et al., "[Epidemiology of insomnia in France]."

⁶ Chan-Chee et al.; Ohayon, "Epidemiology of Insomnia."

⁷ Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France."

⁸ Letrillart et al., "ÉCOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GENérale."

⁹ Léger et al., "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting."

¹⁰ Qaseem et al., "Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults"; Riemann et al., "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia"; Schutte-Rodin et al., "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults."

¹¹ Davidson, Dickson, and Han, "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care."

¹² Allain et al., "Postural Instability and Consequent Falls and Hip Fractures Associated with Use of Hypnotics in the Elderly"; Glass et al., "Sedative Hypnotics in Older People with Insomnia"; Casati, Sedefov, and Pfeiffer-Gerschel, "Misuse of Medicines in the European Union," 2012.

¹³ Brandt and Leong, "Benzodiazepines and Z-Drugs."

¹⁴ Orriols et al., "Benzodiazepine-like Hypnotics and the Associated Risk of Road Traffic Accidents."

Overall, the prescription of sleeping pills for insomnia is a public health concern in many countries¹⁵. France has one of the highest prescription rate of sleeping pills in Europe, with a defined daily dose (DDD) of 32.1 per 1000 patients per day. This French DDD is comparable to that observed in Norway and Sweden (35.1 and 36.8, respectively), but higher as compared to other countries with a DDD below 15 per 1000 patients-day, such as Denmark, UK or Germany¹⁶. Despite campaigns designed to target awareness both among physicians and the general public on their negative side effects, prescription remains very high, foremost by GPs. It is therefore critical to further understand the prescription patterns within each of the countries in order to address this issue.

One aspect of the problem might be related to GPs' mental perception of insomnia and hypnotics consumption. High rates of self-medication have already been raised as a concern, especially with hypnotics¹⁷. This begs the question whether GPs' own consumption of hypnotics is associated with different prescription pattern when taking care of their patients¹⁸.

Thus, we decided to investigate the association between GPs personal use of hypnotics and their prescription habits in a representative cohort of GPs in Alsace region in France. Our secondary objective was to uncover additional factors contributing to a higher prescription rate, with a special focus on GPs own insomnia complaint.

3 Methods:

The questionnaires were sent to 484 GPs randomly selected from the regional list by email or by postal mail with a prepaid return envelope. To maximize the response rate, we provided prepaid return postage envelopes and we used short questionnaires, as recommended in the literature¹⁹. All answers were anonymous, and the study was approved by the ethical board of the University of Strasbourg.

Participating GPs responded to a self-administered questionnaire composed of the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)²⁰ and the Dysfunctional Beliefs About Sleep in 10 items (DBAS-10)²¹. The PSQI evaluates the

¹⁵ Lu et al., "Doctor Shopping Behavior for Zolpidem Among Insomnia Patients in Taiwan"; Murphy et al., "Benzodiazepine Use, Misuse, and Harm at the Population Level in Canada"; Norman et al., "Zolpidem Prescribing Practices before and after Food and Drug Administration Required Product Labeling Changes."

¹⁶ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

¹⁷ Montgomery and Dennis, "Physical Exercise for Sleep Problems in Adults Aged 60+."

¹⁸ Scheepers et al., "A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care."

¹⁹ Kellerman and Herold, "Physician Response to Surveys. A Review of the Literature."

²⁰ Buysse et al., "The Pittsburgh Sleep Quality Index."

²¹ Edinger and Wohlgenuth, "Psychometric Comparisons of the Standard and Abbreviated DBAS-10 Versions of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire."

quality of sleep, sleep duration, sleep latency, and sleep disturbances. It is scored on a scale from 0 to 21, with those scoring over 5 classified as poor sleepers. The DBAS-10 evaluates 4 dimensions of sleep behaviors and beliefs that contribute to poor sleep habits: worries about daytime effects of poor sleep, feelings of helplessness, unrealistic expectations about sleep, and sleep hygiene. Subjects are asked to score the strength of the belief in each assertion from 0 ('strongly disagree') to 10 ('strongly agree'). A higher score indicates a more dysfunctional belief about sleep. We also implemented additional questions aimed at providing relevant data on demographics and sleep disturbances management (both pharmacological and non-pharmacological, for both their patients and themselves). These additional questions were derived from the EQUINOX study²². Hypnotics were classified in two categories, defined as benzodiazepines receptor agonists (BZRA) and anxiolytics (other benzodiazepines (BZ)).

For analysis, GPs were split into 5 groups based on the PSQI²³, ranging from a group with no sleep disturbances (group 0) to groups with increasing sleep disturbances, from light (group 1: less than once a week), moderate (group 2: once or twice a week), severe (group 3: at least 3 times per week but without daytime consequences), to chronic insomnia (group 4: at least 3 times per week with daytime consequences).

4 Statistical analysis

Statistical analysis was performed using Bayesian inference with R 3.0.2 software. The characteristics of each group was described with mean and credibility interval (CI) of 95%. A primary descriptive analysis compared each group to the reference group (group 0), with a calculation of posterior probability (PP). Strength is high when PP is close to 0% or 100%, and we defined a significant difference as PP below 2.5% or over 97.5%. Then, we compared insomniacs (group 4) to the others (groups 0-3). A multivariate analysis was conducted to evaluate possible associations between GPs' personal sleep disturbances and how they treat their patients. In this multivariate analysis BZRA and BZ data were pooled together as both medications are very similar.

²² Léger et al., "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting."

²³ Buysse et al., "The Pittsburgh Sleep Quality Index."

5 Results

Two hundred and forty-nine GPs answered the questionnaire (51% response rate), with an average age of 53.6 years (range 28-74 years) and a gender distribution of 69% for men and 31% for women, corresponding roughly to that of GP population in the region. About fifty-two percent worked alone and 47.5% in a group practice. Almost half of them (47.4%) provided care outside of office hours, with a mean of 2.5 night-shifts per month. Table 1 describes insomniac and non-insomniac GPs sleep characteristics, drug consumption and practice. Chronic insomnia criteria were met by 14.86% (CI 10.99-19.82) of respondents.

Table 1. Insomniac and non-insomniac GPs type of practice, drug consumption and prescription

Characteristic	Total	Groups 0-3	Group 4	PP in %	
	[CI] (n=249)	[CI] (non-insomniac) (n=212)	[CI] (insomniac) (n=37)		
Sex (M, %)	69.4	70.6	62.1	80.1	
Age	53.6 [52.5 ; 54.6]	53.6 [52.4 ; 54.7]	53.6 [50.8 ; 56.3]	49.1	
Practice	Rural (%)	23.7	37.5	18.9	ref
	Peri-urban (%)	32.4	25.0	27.03	51.2
	Urban (%)	43.9	37.5	54.0	86.2
	Group vs Single practice (%)	47.2	47	41.2	10.5
	Night-shift (%)	35.1	47	52.94	4.4
Sleep latency (min)	15 [13 ; 16]	13** [11 ; 14]	26** [17 ; 33]**	>99.9	
Total sleep time (hours)	6:40 [6:31 ; 6:46]	6:46 ** [6:39 ; 6:52]	6:08 ** [5:31 ; 6:25]	<0.1	
DBAS score	3.74 [3.49 ; 3.98]	3.6 * [3.35 ; 3.90]	4.41* [3.73 ; 4.86]	98.6	
GP's care and drug consumption	Hypnotics (%)	14.4	10.6**	35.1**	>99.9
	Anxiolytics (%)	8.7	8.5	10.8	62.3
	Natural products (%)	13.0	11.6	21.6	92.9
	Sleep hygiene (%)	85.5	86.7	77.8	10.8
	Consult a specialist	3.0	2.5	5.4	73.2
Patients' care and drug prescription	Hypnotics (%)	86.3	85.4	91.4	86.8
	Anxiolytics(%)	71.0	69.9	77.1	82.9
	Natural products(%)	44.0	46.1	31.4	4.8
	Sleep hygiene(%)	100	100	100	-
	Refer to specialist(%)	40.9	43.2	27.8	3.6

Legend : CI : 95% credibility interval; *PP : posterior probability <2.5% or >97.5%; **PP : posterior probability <0.5% or >99.5%. Total sleep time was decreased progressively with groups severity and was significantly reduced from 6:46 (group 0) to 6:08 in insomniacs (PP <0.1%). Conversely sleep latency increased from 8 minutes (group 0) to 26 minutes in insomniacs (PP>99.9%) (Figure 1).

As shown in figure 2, PSQI significantly increased from group 0 (mean 1.77 [1.33; 2.15]) to 4 (8.49 [CI [7.07; 9.43] PP>99.9). Similarly, DBAS significantly increased from 3.74 to 4.41 (PP 98.6). Looking more specifically at each of the 4 dimensions of DBAS, some common concerns appear in all 5 groups, most notably regarding daytime consequences and sleep expectations. The insomnia group on the other hand had significantly higher concerns regarding loss of sleep control and daytime consequences (PP 1.2%).

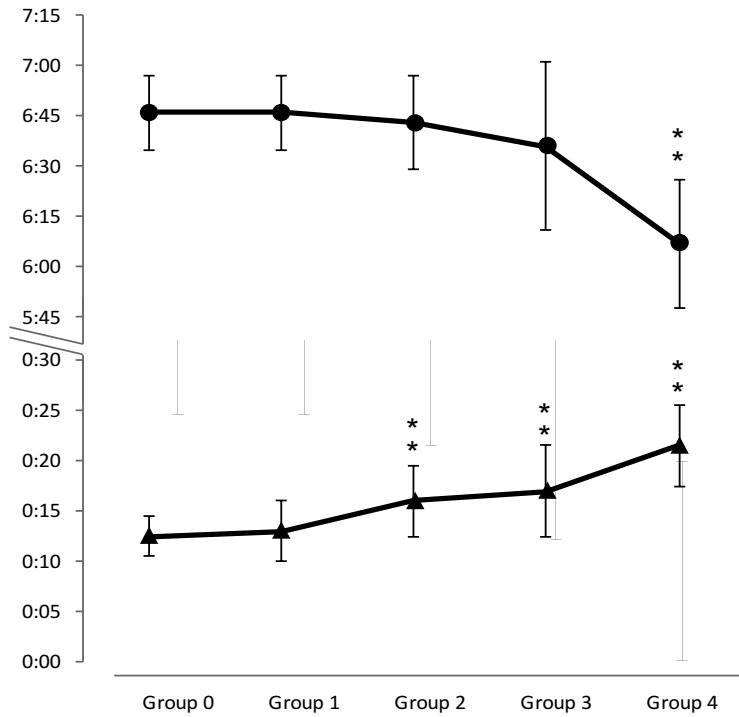


Figure 1: Sleep latency (▲) and total sleep time (●) according to sleep disturbances severity groups

Group 0: no sleep problems; Group 1: sleep disturbances <1/week; Group 2: 1-2/week; Group 3: ≥3/week; Group 4: ≥3/week with daytime consequences, chronic insomnia. comparison to group 0 : *PP : <2.5% or >97.5%. **PP : <0.5% or >99.5%

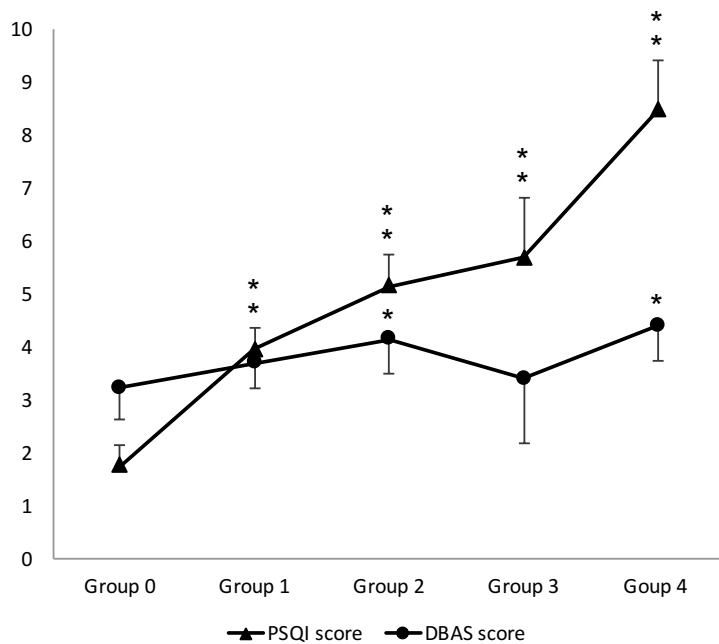


Figure 2 : Pittsburgh sleep quality index (▲) and dysfunctionnal beliefs about sleep (●) according to sleep disturbances groups

Group 0: no sleep problems; Group 1: sleep disturbances <1/week; Group 2: 1-2/week; Group 3: ≥3/week; Group 4: ≥3/week with daytime consequences, chronic insomnia. comparison to group 0 : *PP : <2.5% or >97.5%. **PP : <0.5% or >99.5%. Score ranges: PSQI 0-21; DBAS 0-10

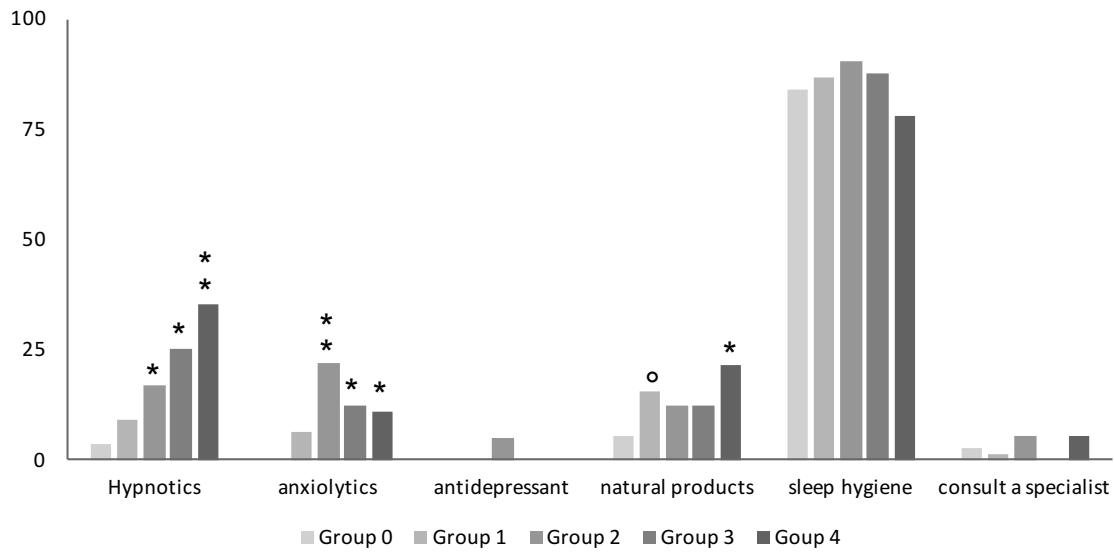


Figure 3 : General practitioners' personal sleep management according to sleep disturbances group

Group 0: no sleep problems; Group 1: sleep disturbances <1/week; Group 2: 1-2/week; Group 3: ≥3/week; Group 4: ≥3/week with daytime consequences, chronic insomnia. Comparison to group 0 : *PP : <2.5% or >97.5%. **PP : <0.5% or >99.5%, °PP <5.0% or >95%

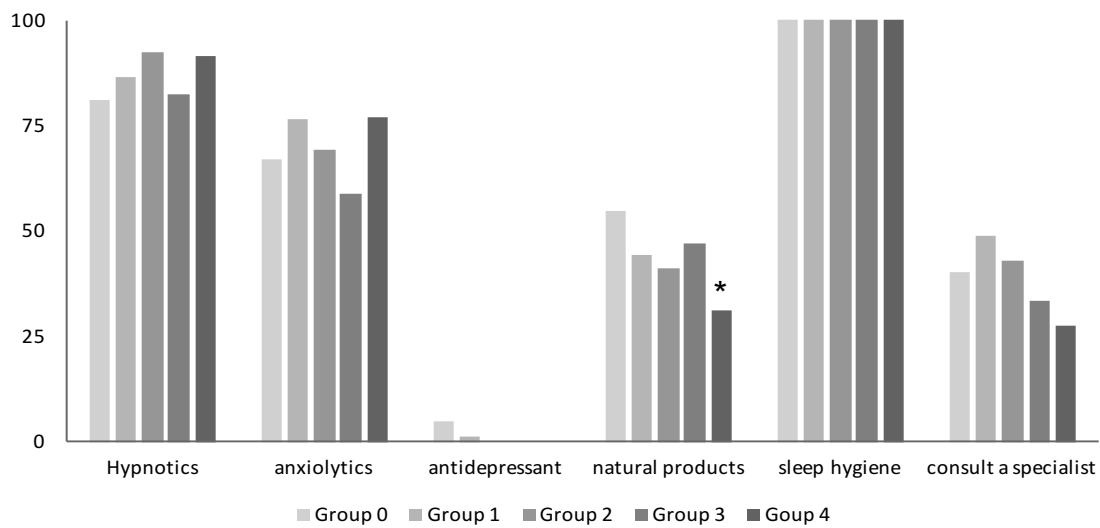


Figure 4 : Patients sleep management according to sleep disturbances group

Group 0: no sleep problems; Group 1: sleep disturbances <1/week; Group 2: 1-2/week; Group 3: ≥3/week; Group 4: ≥3/week with daytime consequences, chronic insomnia. Comparison to group 0 : *PP : <2.5% or >97.5%.

Overall, 14.3% of GPs self-medicated with BZRAs, 8.7% were taking BZ, 13% took natural products, and 0.8% took antidepressants. The use of BZRAs was significantly higher in those with greater sleep disturbances (group 4: 35.1%, vs group 0 : 3.6%; PP<0.1%), while the use of BZ was significantly greater in

group 2 and 4 (22% and 10.8% respectively; PP <0.1) (Figure 3). Age, gender and type of practice (single/group practice, rural/urban, shift-work) were not predictive of insomnia (table 2).

Table 2: Predictive factors of GPs insomnia

	OR	95% CI	PP (%)
Age [50-60] (vs<50)	0.65	0.22 ; 1.85	21.05
Age ≥ 60 (vs <50)	1.17	0.36 ; 3.77	60.80
Sex (F/M)	1.27	0.48 ; 3.27	69.10
Single practice	0.57	0.24 ; 1.33	9.56
On call	0.49	0.18 ; 1.29	7.82
Urban vs rural	0.98	0.33 ; 3.04	47.58

Legend : OR: odds ratio, CI: credibility interval, PP posterior probability

Regarding the type of therapeutic response of GPs to their patients (table1), 100% of GPs declared providing sleep hygiene advice to their patients. Almost half of the physicians also prescribed natural products, although those with insomnia tended to prescribe less than others (31.4% vs 46.1%, PP 4.8%). GPs with insomnia also tend not to refer their patients to a specialist (27.8% vs 43.2%, PP 3.6%) (Figure4).

Fourty GPs (15.6%) cited "other therapeutic approaches" without any further details (2 referred to acupuncture or homeopathy, 2 to psychotherapy). BZRA were the most prescribed medications (86% of GPs), followed by BZ (71% of GPs), with a majority consisting of short-acting drugs (91%). Finally, GPs who personally used hypnotics and/or anxiolytics prescribed significantly more of these drugs to their insomniac patients (OR 8.41, PP 98.2%), but there was no significant association with their own insomnia status in the multivariate analysis (OR 2.23, PP 78.30%, Table 3).

Table 3: Predictive factors for prescription of hypnotics and anxiolytics.

	OR	95% CI	PP (%)
Hypnotics or anxiolytics consumption	8.41	1.13 ; 109.95	98.20*
Insomnia	2.23	0.39 ; 20.25	78.30
Sex (F/H)	0.71	0.21 ; 2.59	28.80
Night-shift	1.25	0.38 ; 4.35	64.00
Single practice	0.76	0.22 ; 2.53	32.50

Legend : OR: odds ratio, CI: credibility interval, *PP : posterior probability <2.5% or >97.5%

6 Discussion

The present work reports on insomnia prevalence and severity as well as drug consumption among a group of 249 Alsatian GPs. The analysis did not identify predictive factors for insomnia among GPs, but reveals a strong association between GPs' personal drug use and their prescription patterns, a result independent on their insomnia status.

This is one of the first studies investigating insomnia among GPs in France. Compared to other works²⁴, the participation rate of GPs in our study was high, 51%, which allowed us to study a cohort highly representative of the Alsatian GPs population²⁵. This indicates a great interest in the subject matter within the profession. The questionnaire was anonymous, thus limiting social desirability bias. The major limitation of the study was the fact that it is based on a self-administered declarative questionnaire. Indeed, this could lead to imprecisions in sleep data, such as sleep duration and latency, or bias in reporting on their insomnia management. However, the coherence of our results suggest that those limitations have little impact on the data reliability, as supported by the responses to the PSQI showing progressive changes in sleep latency, sleep duration and sleep efficiency according to severity groups. Indeed, higher sleep latency and lower total sleep time correlate with insomnia severity, which supports our categorization and results (fig 1). Moreover, our DBAS data were comparable to those reported by Edinger and coll. in their psychometric study of the DBAS-10. The average scores in our non-insomniac groups were very close to each other and very similar to Edinger's results (group 0: 3.14; group 1: 3.65 vs 3.35 in Edinger et al.). DBAS findings from our insomnia group were also within a similar range to those observed in Edinger's insomnia cohorts (group 4: 4.4 vs 4.34 and 4.85 in Edinger et al.).

Several hypotheses can be raised to interpret our finding of a strong association between GPs' personal drug use and their prescription patterns. One could be that GPs' mental picture of insomnia care could influence their prescription habits, with a greater focus on biomedical rather than a psychopathological approach. One could also thought that, when GPs are used to take medication, their mental picture of the treatment is more in favor or even trivalize the prescription, especially for those who experience benefits from such treatments. French general practitioners have a strong habit of drug prescription. According to a 2005 study, more than 90% of consultations in France resulted in a

²⁴ Scott et al., "A Randomised Trial and Economic Evaluation of the Effect of Response Mode on Response Rate, Response Bias, and Item Non-Response in a Survey of Doctors."

²⁵ Ordre National des Médecins, "La Démographie Médicale En Région Alsace - Situation En 2013."

prescription, while this was the case for less than 50% of consultations in the Netherlands and less than 72% in Germany²⁶. This could also explain higher rate of prescription of natural substances, as it could be seen as a strategy aimed at delivering some products, yet avoiding BZ or BZRAs.

GPs unanimously reported providing sleep hygiene advices to their patients, although insomniac GPs tend not to apply those advices to themselves. This surprised finding might be explained by the fact that GPs may refer to a wide range of practices. Indeed, none of them explicitly mentioned CBT-I, although it is currently considered as the first-line treatment²⁷. GPs overall have a negative attitude towards BZ and BZRAs and a positive attitude towards non-drug therapy²⁸, but the access to CBT-I remains extremely limited. A recent review evaluating effectiveness of CBT-I in primary care was promising, but also raised the question of which health care provider should practice CBT-I²⁹. Indeed, current prospectives consider that CBT-I could be provided not only by physicians, but also psychologists or nurses.

Little attention has been paid to physicians' sleep and the current study is one of the first to investigate insomnia among GPs. The insomnia prevalence reported here is within the range of that of the other available studies using similar criteria³⁰, despite a few discrepancies. Notably, there was no significant difference in the prevalence of insomnia according to age and gender. This might be explained by the demographics of the GP population in France, since most French GPs are males (69% here) and within the age range of 48 to 65 years (75% in our study).

Hypnotic consumption in our GPs population was 14.3%, which is within the range of other studies³¹. Interestingly, over 10% of GPs without insomnia-related complaints used sedatives. This might partly be explained by self-prescription for specific purposes such as long flight travel or night shifts, as suggested by a complementary qualitative study³². Finally, other factors were analyzed such as GPs insomnia status, gender and type of practice (single vs group practice; night-shift vs exclusive daytime practice), but these were not found to be predictive for drug prescription.

²⁶ IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, and Institut Ipsos. Paris. FRA, *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*.

²⁷ Qaseem et al., "Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults"; Riemann et al., "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia."

²⁸ Sriwardena et al., "General Practitioners' Preferences for Managing Insomnia and Opportunities for Reducing Hypnotic Prescribing."

²⁹ Davidson, Dickson, and Han, "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care."

³⁰ Bjorvatn et al., "High Prevalence of Insomnia and Hypnotic Use in Patients Visiting Their General Practitioner"; Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France"; Ohayon and Bader, "Prevalence and Correlates of Insomnia in the Swedish Population Aged 19-75 Years"; Schutte-Rodin et al., "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults."

³¹ Montgomery et al., "A Review of Self-Medication in Physicians and Medical Students."

³² Bourgeois-Jacquet, "Le sommeil du médecin généraliste."

Insomnia prevalence and drug consumption reported here should bring attention to GPs mental health status. Family physicians are an at-risk population, for psychological and addiction problems³³. Forty percent of French physicians' disability insurance payout is related to psychiatric disorders. Insomnia could be considered an indicator of psychological distress, and a warning sign for other psychiatric disorders such as burnout, depression, anxiety, and alcohol disorders, that are all associated with chronic insomnia³⁴. Our results suggest that physician health is an important public health concern and appropriate measures should be taken to maintain physician health and well-being, to not only reduce the prescription of sedatives, but also to improve the care they can provide to their patients.

³³ Soler et al., "Burnout in European Family Doctors."

³⁴ Léger et al., "Daytime Consequences of Insomnia Symptoms among Outpatients in Primary Care Practice"; Ohayon, "Observation of the Natural Evolution of Insomnia in the American General Population"; Ohayon and Bader, "Prevalence and Correlates of Insomnia in the Swedish Population Aged 19-75 Years."

7 References

- Allain, H., Bentué-Ferrer, D., Polard, E., Akwa, Y., Patat, A. (2005) Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs & Aging*, 22, 749–765.
- American Academy of Sleep Medicine International Classification of Sleep Disorders. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, USA, 2014.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM)). American Psychiatric Association, Washington DC, USA, 2013.
- ANSM (2017, march 8) État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Retrieved from http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaaf04713f0c280862555db0c8.pdf.
- Bjorvatn, B., Meland, E., Flo, E., Mildestvedt, T. (2017) High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Family Practice*, 34, 20–24.
- Bourgeois-Jacquet, M. (2014) Le sommeil du médecin généraliste: Comment son propre vécu influence-t-il sa perception de l'insomnie et sa pratique ? Étude qualitative auprès de 24 généralistes alsaciens non insomniaques. Medical thesis, Strasbourg, France.
- Brandt, J., Leong, C. (2017) Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs RD*, 17, 493–507.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193–213.
- Casati, A., Sedefov, R., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012) Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*, 18, 228–245.
- Chan-Chee, C., Bayon, V., Bloch, J., Beck, F., Giordanela, J.-P., Leger, D. (2011) [Epidemiology of insomnia in France]. *Revue d'épidémiologie Santé Publique*, 59, 409–422.
- Davidson, J.R., Dickson, C., Han, H. (2019) Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes. *British Journal of General Practice*. 69, e657–e664.
- Edinger, J.D., Wohlgenuth, W.K. (2001) Psychometric comparisons of the standard and abbreviated DBAS-10 versions of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep questionnaire. *Sleep Medicine*, 2, 493–500.
- Glass, J., Lanctôt, K.L., Herrmann, N., Sproule, B.A., Busto, U.E. (2005) Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, 331, 1169.
- IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). (2005), *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Cnamts, Paris. FRA
- Leger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J.P., Delahaye, C., Paillard, M. (2000) Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 9, 35–42.
- Léger, D., Partinen, M., Hirshkowitz, M., et al. (2010) Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep Medicine*, 11, 999–1009.
- Léger, D., Partinen, M., Hirshkowitz, M., Chokroverty, S., Hedner, J., (2010) EQUINOX (Evaluation of daytime Quality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatient's eXperience) Survey Investigators Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. *Sleep Medicine*, 11, 987–998.
- Letrilliart, L., Supper, I., Schuurs, M., et al. (2014) ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *Exercer, La Revue Francophone De Médecine Générale*, 25, 148–157.

- Lu, T.-H., Lee, Y.-Y., Lee, H.-C., Lin, Y.-M. (2015) Doctor Shopping Behavior for Zolpidem Among Insomnia Patients in Taiwan: A Nationwide Population-Based Study. *Sleep*, 38, 1039–1044.
- Montgomery, A.J., Bradley, C., Rochfort, A., Panagopoulou, E. (2011) A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine*, 61, 490–497.
- Murphy, Y., Wilson, E., Goldner, E.M., Fischer, B. (2016) Benzodiazepine Use, Misuse, and Harm at the Population Level in Canada: A Comprehensive Narrative Review of Data and Developments Since 1995. *Clinical Drug Investigation*, 36, 519–530.
- Norman, J.L., Fixen, D.R., Saseen, J.J., Saba, L.M., Linnebur, S.A. (2017) Zolpidem prescribing practices before and after Food and Drug Administration required product labeling changes. *SAGE Open Medicine*, 5, 1–5.
- Ohayon, M.M. (2002) Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Review*, 6, 97–111.
- Ohayon, M.M. (2009) Observation of the natural evolution of insomnia in the american general population. *Sleep Medicine Clinics*, 4, 87–92.
- Ohayon, M.M., Bader, G. (2010) Prevalence and correlates of insomnia in the Swedish population aged 19–75 years. *Sleep Medicine*, 11, 980–986.
- Ordre National des Médecins (2013). *La démographie médicale en région Alsace - Situation en 2013*, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/alsace_2013.pdf.
- Orriols, L., Philip, P., Moore, N., et al. (2011) Benzodiazepine-like hypnotics and the associated risk of road traffic accidents. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 89, 595–601.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M.A., Cooke, M., Denberg, T.D., (2016) Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125–133.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., et al. (2017) European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26: 675–700.
- Scheepers, R.A., Boerebach, B.C.M., Arah, O.A., Heineman, M.J., Lombarts, K.M.J.M.H. (2015) A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 683–698.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., Sateia, M. (2008) Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine* JCSM Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 4, 487–504.
- Scott, A., Jeon, S.-H., Joyce, C.M., et al. (2011). A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 126.
- Siriwardena, A.N., Apekey, T., Tilling, M., Dyas, J.V., Middleton, H., Orner, R. (2010) General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 731–737.
- Soler, J.K., Yaman, H., Esteva, M., et al. (2008) Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25, 245–265.

7.1 Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest with organization(s) with financial interest in the subject matter of the paper.

JC received fundings to attend one national conference from ADS Alsace

PB received fundings to attend national and international conferences from Adiral assistance, LVL Alsace, Pharma dom, ADS Alsace, Bioprojet pharma

7.2 Authors contributions

All authors contributed to the conception and design of the study. Data collection was carried out by SW and the analysis of the data by FL. JC wrote the first draft of the manuscript and all authors approved the final version.

Partie 1.2. Enquête qualitative par entretiens

-

Lors de l'enquête présentée en première partie, nous avons demandé aux médecins qui l'acceptaient de nous laisser leurs coordonnées pour réaliser des entretiens sur le sujet. Ce travail a fait l'objet de la thèse de Marion Bourgeois-Jacquet³⁵, dont je joins le résumé :

« Plus d'un tiers de la population présente des troubles du sommeil, parfois associés à des risques médicaux et socio-professionnels conséquents. Les médecins y sont particulièrement exposés, avec une forte tendance à l'automédication en psychotropes. Quelle perception a le médecin généraliste de son propre sommeil? Comment se prend-il en charge et comment cela influence-t-il sa pratique et ses prescriptions ? Nous avons mené une étude qualitative par théorisation ancrée auprès de 24 médecins généralistes alsaciens. Ils se considéraient en bonne santé et n'étaient pas insomniaques, même s'ils avaient tous vécu des mauvaises nuits. Celles-ci généraient une fatigue perturbant la concentration et l'écoute en consultation. Par facilité ou manque de temps ils étaient presque tous leur propre médecin traitant, et reconnaissaient recourir ponctuellement à l'auto-prescription d'hypnotiques. Pour préserver leur satisfaction au travail et éviter l'épuisement professionnel, ils ont développé des stratégies favorisant leur équilibre : gestion du sommeil, organisation du temps de travail, loisirs. Ils s'estimaient petits prescripteurs de somnifères, privilégiant les règles d'hygiène et la phytothérapie, que paradoxalement ils n'envisageaient pas pour eux-mêmes. Ils jugeaient les consultations d'insomnie pénibles par leur caractère chronophage, intrusif, et par la difficulté à sevrer les patients dépendants, peu ouverts aux alternatives. « Politiquement incorrects », les somnifères provoquaient un sentiment de culpabilité partagée par les médecins qui « cédaient » à la prescription et les patients qui « l'exigeait ». Cela était contrebalancé par la satisfaction de sevrages réussis, soutenu dans leurs discours par les autorités de santé et les spécialistes. Au final, nous avons identifié des déterminants à la décision thérapeutique concernant l'insomnie: dans les cas typiques, les médecins généralistes appliquaient les recommandations, tout en restant empathiques avec le patient. Mais les situations rencontrées se révélaient souvent plus complexes. La sensibilité, le vécu et l'état de santé du médecin influençaient alors davantage le contenu de la consultation et de l'ordonnance. »

³⁵ Bourgeois-Jacquet, "Le sommeil du médecin généraliste."

Lors de la soutenance, le jury a fait des commentaires sur la méthodologie et l'analyse. Pour résumer, nous avons sélectionné des médecins intéressés par le sommeil et précisément informés de la question de recherche. C'est un biais important pour une étude qualitative. De plus, la grille d'entretien ne permettait pas suffisamment d'ancrer les entretiens sur la pratique des médecins. Enfin, ces éléments avaient eu pour conséquence de limiter l'analyse et l'interprétation que nous avons pu en faire. Nous avons souhaité répéter cette étude en tenant compte des remarques du jury, et en sollicitant le soutien méthodologique d'une ingénieure en sociologie. J'ai ainsi encadré la thèse d'exercice de David Brahon en 2016-2017, ainsi que l'article que nous avons rédigé à partir de son travail. Dans l'article que nous présentons ci-après, j'ai participé à l'élaboration de la grille d'entretien, à la double analyse des entretiens et à leur interprétation, à la rédaction finale ainsi que la réalisation des graphiques et tableaux.

-

*Profils et pratiques des médecins généralistes en matière de prise en charge des problèmes de sommeil :
une étude qualitative*

David Brahon¹, Juliette Chambe^{1,3}

1 : Département de médecine générale, Faculté de Médecine, Strasbourg, France

2 : Maison Interuniversitaire des Sciences de l'Homme – Alsace, SAGE UMR 7363, Université de Strasbourg, France

3 : Institut des neurosciences cellulaires et intégratives, CNRS UPR 3212, 5 rue Blaise Pascal – 67000 Strasbourg France

Auteur correspondant : Juliette Chambe

Email : Juliette.chambe@unistra.fr

Adresse : 4, rue Kirschleger, 67000 Strasbourg

Nombre de signes (résumé, références et figures comprises) : 35 271

Nombre de mots : 5712

Mots clés : insomnie, médecine générale, recherche qualitative, décision médicale

Key words : insomnia, general practice, qualitative research, decision-making

Remerciements : nous remercions sincèrement Estelle Czerny, ingénieure de recherche à SAGE, pour son aide méthodologique et ses conseils à toutes les étapes de ce travail.

1 Résumés

English Abstract

Background: Insomnia is a frequent and complex complaint in general practice, which still too often leads to chronic prescription of sleeping pills. As an aspect of this prescription, the human factor, related to the practitioner, has been identified, without understanding all its dynamics.

Objective: To understand how general practitioners' personal sleep experience is interrelated with their way of conducting insomnia consultations.

Method A qualitative study was carried out using a comprehensive sociological approach, based on 12 general practitioners' interviews. The interview grid combined an illustration of the practices with an exploration of their sleep experience.

Results

There is a breaking point after their experience of insomnia. Physicians make connections between the way they receive and address the complaint, and both their experiences of bad and good nights.

A parallel emerges between their way of taking care of their sleep and that of patients, regardless of the quality of their own sleep. Periods of excessive work strain lead to sleep disorders, which affects the quality of their care. Their own relationship to medication influences their prescriptions: through their positive or negative experience of sleeping pills, but also through their conception of illness and care. Physicians with biomedical perception are more likely to achieve a drug response than those with bio-psycho-social perception. For the latter, the patient-centered approach and shared decision-making seem to be well integrated and provide them a more comfortable way to handle sleeping pills prescriptions.

Conclusion The experience of sleep and sleeping pills by physicians is one of the intrinsic factors that affects their reasoning. Their concern for healthy behaviours and well-being can affect not only their therapeutic approach, but also their doctor-patient relationship.

Résumé français

Contexte : L'insomnie est une plainte fréquente et complexe en consultation de médecine générale, qui aboutit encore trop souvent à une prescription chronique de somnifères. Parmi les éléments influençant cette prescription, le facteur humain, lié au médecin a été identifié, sans en comprendre tous les mécanismes.

Objectif : Comprendre comment l'expérience personnelle du sommeil des médecins généralistes s'articule avec leur manière de mener les consultations pour insomnie.

Méthode Une étude qualitative a été réalisée selon une approche sociologique compréhensive, à partir de 12 entretiens de médecins généralistes. La grille d'entretien associait une illustration des pratiques et l'exploration de leur vécu du sommeil.

Résultats

Il existe un point de rupture après leur expérience d'insomnie. Les médecins font des liens entre la manière d'accueillir la plainte, de la traiter, et leur vécu des mauvaises comme des bonnes nuits.

Il ressort un parallèle entre leur manière de prendre soin de leur sommeil et de celui des patients, indépendamment de la qualité de leur sommeil. Les périodes de surmenage au travail conduisent à des troubles du sommeil, qui retentissent sur la qualité de leur prise en charge. Leur propre rapport au médicament influence leurs prescriptions : par l'expérience positive ou négative des somnifères, mais aussi par leur conception de la maladie et du soin. Les médecins ayant une vision biomédicale aboutissent plus facilement à une réponse médicamenteuse que ceux qui ont une vision bio-psycho-sociale. Pour ces derniers, l'approche centrée patient et la décision partagée semble alors intégrée et leur permet d'appréhender plus sereinement la prescription des somnifères.

Conclusion Le vécu du sommeil et des somnifères par les médecins est l'un des facteurs intrinsèques qui influencent leur raisonnement. L'importance qu'ils accordent à leur hygiène de vie et leur bien-être peut modifier leur approche thérapeutique, mais aussi leur relation médecin-patient.

2 Introduction

L'insomnie est définie comme une plainte subjective nocturne, associée à des répercussions sur le fonctionnement diurne³⁶. Cela concerne autour de 15 à 20% de la population française adulte³⁷. Les stratégies thérapeutiques associent souvent une approche pharmacologique et non pharmacologique. La prescription d'hypnotiques est indiquée seulement pour les insomnies aiguës, mais on observe en France une des chronicisations les plus importantes d'Europe³⁸. Les médecins généralistes (MG) interviennent en première ligne pour la traiter, mais des difficultés ont été identifiées en lien avec la complexité de l'insomnie, leur formation, et le faible usage des outils d'évaluation, comme l'agenda du sommeil par exemple³⁹. Un facteur humain peut aussi interférer avec leur prise en charge : une association entre la consommation personnelle d'hypnotiques et leurs prescriptions a été montrée, sans en identifier les mécanismes sous-jacents.⁴⁰ Pour les appréhender, il nous est paru nécessaire de partir de leur expérience personnelle du sommeil. Nous sommes partis de l'hypothèse que la qualité de leur sommeil et la manière de le régler pouvait refléter leur santé mentale, mais aussi leur conception de la maladie et du soin. Le syndrome d'épuisement professionnel, ou *Burnout*, est fréquent chez les médecins⁴¹, et associé à des conduites addictives comme la prise de benzodiazépines⁴². Notre objectif était de comprendre comment l'expérience personnelle du sommeil des MG s'articulait avec leur manière de mener les consultations pour insomnie.

3 Méthode

Une étude qualitative auprès de douze MG installés dans la région Alsace Lorraine Champagne Ardennes a été réalisée. Ils étaient recrutés par la méthode de proche en proche en restant vagues sur la question de recherche pour limiter les biais de recrutement et désirabilité. La grille d'entretien a été construite avec deux médecins (DB, JC) et une ingénieure d'études en sociologie (EC) selon le modèle de l'entretien ethnographique⁴³. Il leur était d'abord demandé d'évoquer leur pratique à partir de la dernière consultation pour troubles du sommeil, puis de réagir à des retranscriptions de consultations réelles, et enfin d'aborder

³⁶ American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders*.

³⁷ Chan-Chee et al., "[Epidemiology of insomnia in France]"; Beck, Richard, and Léger, "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."

³⁸ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

³⁹ Pearse, "Use of the Sleep Diary in the Management of Patients with Insomnia," May 1993.

⁴⁰ Verger et al., "Hypnotic and Tranquillizer Use among General Practitioners in South-Eastern France and Its Relation to Occupational Characteristics and Prescribing Habits."

⁴¹ Dumesnil et al., "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville"; Soler et al., "Burnout in European Family Doctors."

⁴² Cathébras et al., "[Burn out among French general practitioners]."

⁴³ Beaud, "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique»."

leur rapport plus personnel au sommeil. Les caractéristiques sociodémographiques étaient recueillies en fin d'entretien. Une approche compréhensive a été retenue car elle permet de mieux saisir la signification des phénomènes subjectifs pour les acteurs, sans les dénaturer à partir du récit du médecin⁴⁴. Après une première analyse thématique du texte, avec triangulation sur les deux premiers entretiens (DB, JC et EC), une double analyse longitudinale des entretiens a été réalisée (DB, JC) pour dresser un portrait de chaque médecin et de sa trajectoire puis en extraire des profils. Nous avons terminé avec une analyse interprétative des différences et similitudes des discours, avec obtention d'un consensus entre les trois chercheurs. Pour anonymiser les entretiens, le prénom et le nom des médecins étaient modifiés en respectant l'origine sociale et générationnelle. Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique des facultés de médecine, d'odontologie, de pharmacie et des hôpitaux universitaires de Strasbourg le 24 août 2015.

⁴⁴ Starks and Trinidad, "Choose Your Method"; Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.

Tableau 1 : médecins interrogés, caractéristiques professionnelles et qualité du sommeil

Médecins (surnom)	Durée entretien (min)	Age	Sexe	MSU	Type d'exercice		durée de travail /semaine (h)	Gardes	Durée du sommeil (h)	Satisfaction du sommeil		Solutions pour leur sommeil
					lieu	Seul / groupe				Questionnaire	Entretien	
Monique BERGER	40	52	F	Oui	SR	G	35-40	-	7-8	▲	▲	BZD
Géraldine HUET	50	43	F	Oui	U	G	37	-	9	▲	✗	BZD/ Lumino
Didier GIRAULT	45	57	H	Oui	U	G	55-60	-	7	✓	▲	Lumino /lecture
Robert DUPONT	35	58	H	Oui	SR	G	70	Oui	4-6	✓	▲	Télé /alcool
Laurent MEUNIER	45	54	H	Oui	R	S	55	Oui	6-7	✓	▲	Télé /jeux vidéo
Eric MARIN	30	54	H	Oui	SR	G	60	Oui	7	✓	▲	Lumino
Franck THOMAS	32	60	H	Oui	U	G	64	Oui	6	✓	✓	Rien
Isabelle LEROUX	55	63	F	-	SR	S	64	-	5	✗	✗	Lecture /sport/télé
Frédéric ROYER	26	49	H	-	R	S	60	Oui	7	✓	✓	Sieste
Anne JACQUET	25	58	F	-	R	S	45	-	8	✓	✓	Lecture /sport
Gérard GROS	70	47	H	-	U	S	54	Oui	5-6	✓	✓	Lecture /télé
Jean Pierre SCHMITT	90	68	H	-	U	S	60	-	7	✓	✓	rien

Satisfaction du sommeil : ✓ Tout à fait satisfait, ✓ Plutôt satisfait, ▲ Moyennement satisfait, ▲ Troubles occasionnels, ✗ Insomnie

Légende : le nom des médecins est anonymisé. SR : semi-rural, U : urbain, R : rural. G : exercice en groupe, S : exercice seul. BZD : benzodiazépines, Lumino : luminothérapie

Légende : le nom des médecins est anonymisé. RO : renouvellement d'ordonnance

Médecins	Prend soin de son sommeil	Changement après une expérience d'insomnie	Appréciation des consultations insomnie	Empathie	Benzodiazépines				Alternatives thérapeutiques		
					Usage personnel	Motif de prescription	Perception générale	Avis sur prescription	Conviction intérêt phyto/homéopathie	Avis sur règles hygiéno-diététiques	Consultations SANS prescription
Monique BERGER	▲	✓	✗	✓	✓ Oui actuel	Demande temps	✓	▲	▲	▲	✗ Rares
Géraldine HUET	✓	✓	✓	✓	✓	RO	✗	✗	✓	✓	✓ Majoritaires
Didier GIRAULT	✓	✓	▲	✓	✓ occasionnel	RO	✓	✗	✗	▲	✓ fréquentes
Robert DUPONT	✗	✗	✗	✗	✗ Jamais	Temps	✓	✓	▲	✗	✗
Laurent MEUNIER	✓	▲	○	✓	✗	Temps	✗	✗	✓	✓	✗
Eric MARIN	✓	▲	○	○	▲ Rare/passé	RO	✗	✗	▲	✓	✓
Franck THOMAS	✓	✗	▲	○	▲	Temps	✓	▲	✓	▲	✓
Isabelle LEROUX	✗	✓	✗	✗	▲	Temps	✗	▲	▲	✓	▲ Peu fréquentes
Frédéric ROYER	✓	▲	○	✓	✗	RO	✗	✗	✓	▲	▲
Anne JACQUET	✓	✓	✗	✓	▲	Demande	✗	▲	▲	✓	▲
Gérard GROS	✓	✓	▲	✓	✗	RO	✗	✗	✓	✓	✓
Jean Pierre SCHMITT	✓	✗	✓	✓	✗	RO	▲	✗	▲	✓	✗

✓ très positif, ✓ Plutôt positif, ○ neutre, ▲ Mitigé, ▲ plutôt négatif, ✗ négatif

Tableau 2 : caractéristiques de leur rapport au sommeil et leurs consultations pour insomnie

4 Résultats

Douze MG, huit hommes et quatre femmes entre 43 et 58 ans ont été interrogés, d'octobre 2015 à avril 2016. Leur type d'exercice était varié : seuls ou en groupe, en milieu rural ou urbain, maître de stage ou non. Les entretiens, réalisés au cabinet ou à leur domicile ont duré entre 25 et 90 minutes. Un portrait était réalisé pour chacun. Nous avons identifié des caractéristiques de médecins par rapport à leur sommeil et à la prise en charge des patients insomniaques (tableaux 1 et 2). Pour les besoins de la démonstration, les résultats seront décrits en suivant le déroulement d'une consultation-type. Afin de faciliter la lecture, la première personne est conservée dans plupart des citations.

4.1 L'accueil du patient

Dès l'accueil du patient insomniaque, chaque médecin a un avis préconçu. Robert Dupont, 58 ans court dormeur travaillant 70 heures par semaine : « *[n'apprécie] pas du tout, j'essaye de les déguster pour qu'ils ne reviennent pas.* ». Il trouve ces consultations « *difficiles parce que ça ne m'intéresse pas tout simplement* ». D'autres comme Géraldine Huet (43 ans, insomniaque compatissante) « *les apprécie beaucoup [...] et trouve que c'est assez gratifiant* », et Didier Girault (57 ans, prescripteur pragmatique) nuance : « *je les apprécie quand j'ai réussi* ». Les plus à l'aise avec ces consultations en apprécient le côté relationnel. « *C'est un domaine dans lequel la relation médecin patient intervient grandement je trouve (...) conflictuelle parfois mais encore une fois c'est toujours intéressant* » (Laurent Meunier, 54 ans, ayant l'expérience de mauvaises nuits, suivant un groupe Balint).

Ils ne considèrent pas toujours l'insomnie comme une maladie à part entière. Isabelle Leroux, (insomniaque de 63 ans qui refuse de se traiter) distingue les « *vraies maladies* » des « *petits bobos et troubles du sommeil* ». Les médecins qui apprécient ces consultations considèrent que « *forcément quelque part c'est un problème d'ordre médical... c'est tellement riche les troubles du sommeil.* » (Gérard Gros, 47 ans, travaillant beaucoup, attentif à la qualité de son sommeil). La majorité ont un avis mitigé, que Jean-Pierre Schmitt (69 ans, bon dormeur attentif à son hygiène de vie) résume ainsi : « *ça devient un problème d'ordre médical à partir du moment où les gens ont franchi la porte du cabinet, ça c'est sûr.* »

4.2 Organisation de la consultation

Les troubles du sommeil sont le plus souvent abordés par le patient, « *toujours à l'occasion d'autre chose* » (Isabelle L). La consultation s'organise en fonction du temps que le médecin est prêt à y consacrer « *D'autres*

alternatives que le Stilnox® ou que la consultation qui dure une demi-heure j'en ai pas. » (Géraldine H). Le temps apparaît alors plutôt une conséquence qu'une cause : *« parce que ça demande de l'énergie. »* (Géraldine H). *« À partir du moment où on ne creuse pas trop la question et qu'on le renouvelle c'est une consultation facile. »* (Frank Thomas, 60 ans bon dormeur et prescripteur raisonné).

4.3 L'interrogatoire

Tous les médecins « explorent [l'insomnie] par l'interrogatoire essentiellement » (Anne J) pour « faire le tri » (Isabelle L), et « creuser un peu pour trouver la cause » (Frédéric R). La majorité retient « la plainte du patient » et « la définition du patient ».

Les médecins qui ont un vécu d'insomnie ont tendance à personnaliser leur définition : « oui, c'est ce que je vis de temps à autre, oui c'est chiant. C'est le fait d'avoir envie de dormir mais de ne pas y arriver » (Didier G). « C'est surtout la notion de réveils anxiogènes » (Monique B (qui se décrit des réveils anxiogènes). Isabelle L leur demande « s'ils s'énervent quand ils sont réveillés et qu'est-ce qu'ils font à ce moment-là, s'ils restent au lit... J'essaie de leur faire analyser... ». Elle-même, « à 3 heures [se] lève et débarrasse la table. C'est un cercle vicieux car si je me suis réveillée à 4 heures évidemment le soir je suis fatiguée. ». Les médecins qui dorment bien identifient mieux « différents types d'insomnie » (Frédéric Royer), avec « insomnie d'endormissement (...) plutôt liée à l'anxiété » et « réveil en milieu de nuit plutôt lié à la dépression » (Laurent M).

Ils évoquent en priorité les troubles psychologiques : *« une dépression ? Ça c'est la première des choses à faire »* (Laurent M) *« L'anxieux qui rumine »* (Gérard G). Ils les associent aux problèmes socio-économiques : Didier G évoque *« des problèmes au travail, harcèlement... tout de suite c'est l'insomnie. »* Il fait le lien avec son vécu : *« le boulot en retard, des trucs qui tombaient en panne, c'était infernal »*. Pour Monique B *« L'événement professionnel typique c'est quand tu as un patient avec une pathologie lourde et que tu dois prendre des décisions compliquées »*. C'est *« un cercle vicieux. La nuit d'après tu ne dors pas parce que tu as mal travaillé »*. Anne J l'oppose à un cercle vertueux : *« le jour où j'ai bien dormi c'est sûr que je travaillerai mieux 'rire' je gère beaucoup le stress avec du sport »*. L'évolution générale de la société affecte le sommeil *« le travail surtout, les attentats, (...) on voit plus de gens pour ça qu'il y a quelques années »* (Frédéric R). Géraldine H fait le lien avec son vécu *« J'essaie de couper les infos parce que dès qu'il y a une info j'ai l'impression d'être à fleur de peau. (...) Les gens qui (les) voient en boucle toute la journée, toute la soirée je ne sais pas comment ils font pour dormir »*.

Les étiologies organiques sont évoquées au second plan mais assez systématiquement, surtout par les médecins moins sensibles à la dimension psychologique : « *les apnées du sommeil* », les « *problèmes thyroïdiens* », les « *douleurs d'arthrose* », « *leur état rénal* » (Isabelle L), « *la démence* » (Robert D).

Les médecins explorent plus ou moins l'hygiène de sommeil car : « *ça prend du temps. Il faut savoir ce que font les gens, s'ils ont des écrans dans la chambre à coucher ce genre de choses.* » (Didier G). Ils ont tendance à être plus attentifs aux éléments importants pour eux : Gérard G « *fait la chasse au café, aux excitants, au coca, (...)* Moi si je prends un coca le soir, je ne dors pas ». Géraldine H « *recherche aussi s'il y a dans son environnement des appareils électromagnétiques. Personnellement j'ai eu des troubles du sommeil donc j'ai été confrontée à ça* ».

4.4 Explications et décision thérapeutique

Leur démarche thérapeutique varie selon les a priori qu'ils ont sur les attentes des patients, leur approche relationnelle et leur empathie. Pour Monique B, « *s'ils viennent, c'est qu'ils veulent des médicaments* ». Comme pour elle-même, elle « *met presque toujours un somnifère quand même pour répondre à sa demande* ». Isabelle l'identifie les « *bonnes femmes* » qui « *avaient la constipation (...) maintenant c'est le sommeil, il y a des modes comme ça...* ». Elle trouve que « *les gens sont quand même obsédés par leur sommeil, c'est incroyable ça. [...] On ne peut pas avoir une solution à tous les problèmes. [...] C'est un peu chiant quand même* ». Pourtant, elle « *ne pense pas que mon trouble du sommeil influe sur mon travail, enfin je n'espère pas* ».

Concernant leur approche relationnelle, le médecin plutôt paternaliste « *témoigne au patient de [son] intérêt, (...) explique aussi le pourquoi des choses* » et est « *encore plus ferme que ça, c'est clairement non en fait* » (Eric M). Géraldine H « *il se couche pour son âge j'estime un peu tôt (...) donc je n'ai rien rajouté* ». C'est une technique pour refuser « *de prescrire des trucs qui me font mal au stylo* » (Isabelle L). Les médecins qui ont une approche centrée patient comme Frédéric R ou Frank T « *discute* », « *argumente* », « *tombe d'accord* ». Gérard G identifie quand « *deux personnes ne communiquent pas, elles n'ont pas les mêmes préoccupations* ». Il propose « *de plus saisir l'attention du patient* ». Jean-Pierre S accepte de « *négoier* » un compromis « *prenez-en un de temps en temps si vous avez besoin. C'est la canne pour marcher* ». La prescription semble alors moins douloureuse.

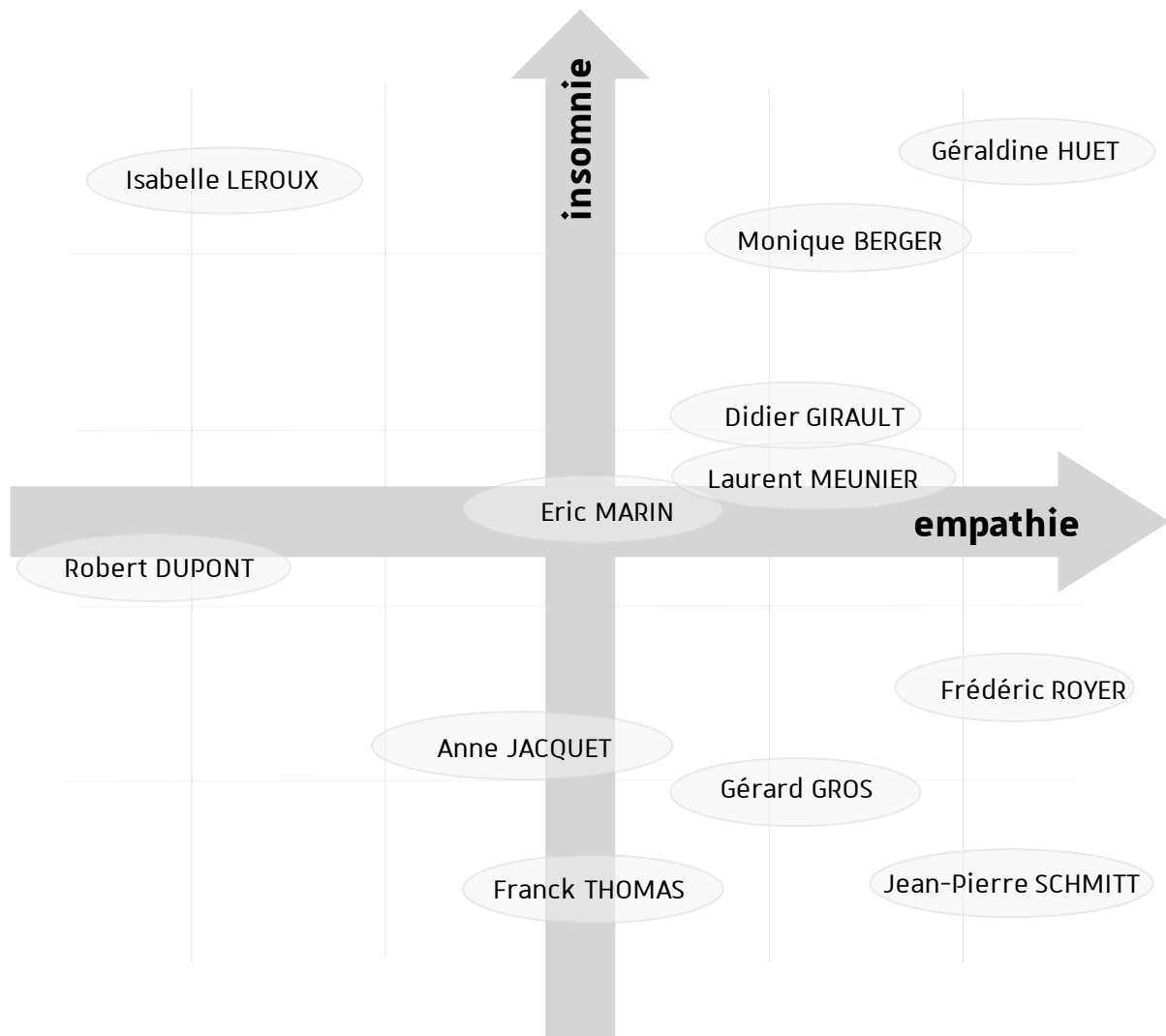


Figure 1 : niveau d'empathie et d'insomnie des MG interrog es

Légende : Les médecins ont été plac es en fonction des résultats illustr es tableaux 1 et 2, et nuanc es par les portraits r ealis es. Le quadrillage correspond aux niveaux d'évaluations renseign es dans les tableaux.

Leur degré d'empathie (figure 1) modifie aussi leur démarche thérapeutique. Robert D manque d'empathie pour ces patients, a tendance à éviter le sujet ou passer la main rapidement. Il garde une démarche rigoureuse, mais centr e sur la prescription : « *Je prescris un vrai somnifère type zopiclone ou zolpidem en fonction de la durée d'action que je souhaite [...]. Si c'est un problème dépressif je prescris un antidépresseur* ». Isabelle L a même une attitude de rejet et oppose l'insomnie aux « *vraies maladies* » : « *justement parce que moi je vois bien qu'il y a d'autres moyens* ».

Les médecins faisant preuve d'empathie, insomniaques ou non, ont une approche plus globale. Leur expérience de mauvais comme de bon sommeil les sensibilise : Gérard G : « *Oui  a c'est bon j'ai connu. J'ai*

de l'empathie, c'est important dans notre travail ». Il apprécie son sommeil « j'ai l'impression de bien me réparer et je me dis que c'est vraiment important ».

Les médecins souffrant encore d'insomnies dévient vers la sympathie. Ils ont tendance à transférer leurs propres solutions sur leurs patients : non médicamenteuses pour Géraldine H « Vous voyez le truc tout simple, je n'aurais jamais eu mon trouble, je n'aurais pas pu aider les gens pour ça. ». A l'inverse Monique B banalise le recours au somnifère « que je sais que maintenant on peut prendre sur une courte période et s'en débarrasser facilement. En tout cas moi j'ai réussi (...) je pense que les patients font pareil ».

4.5 Thérapeutiques envisagées

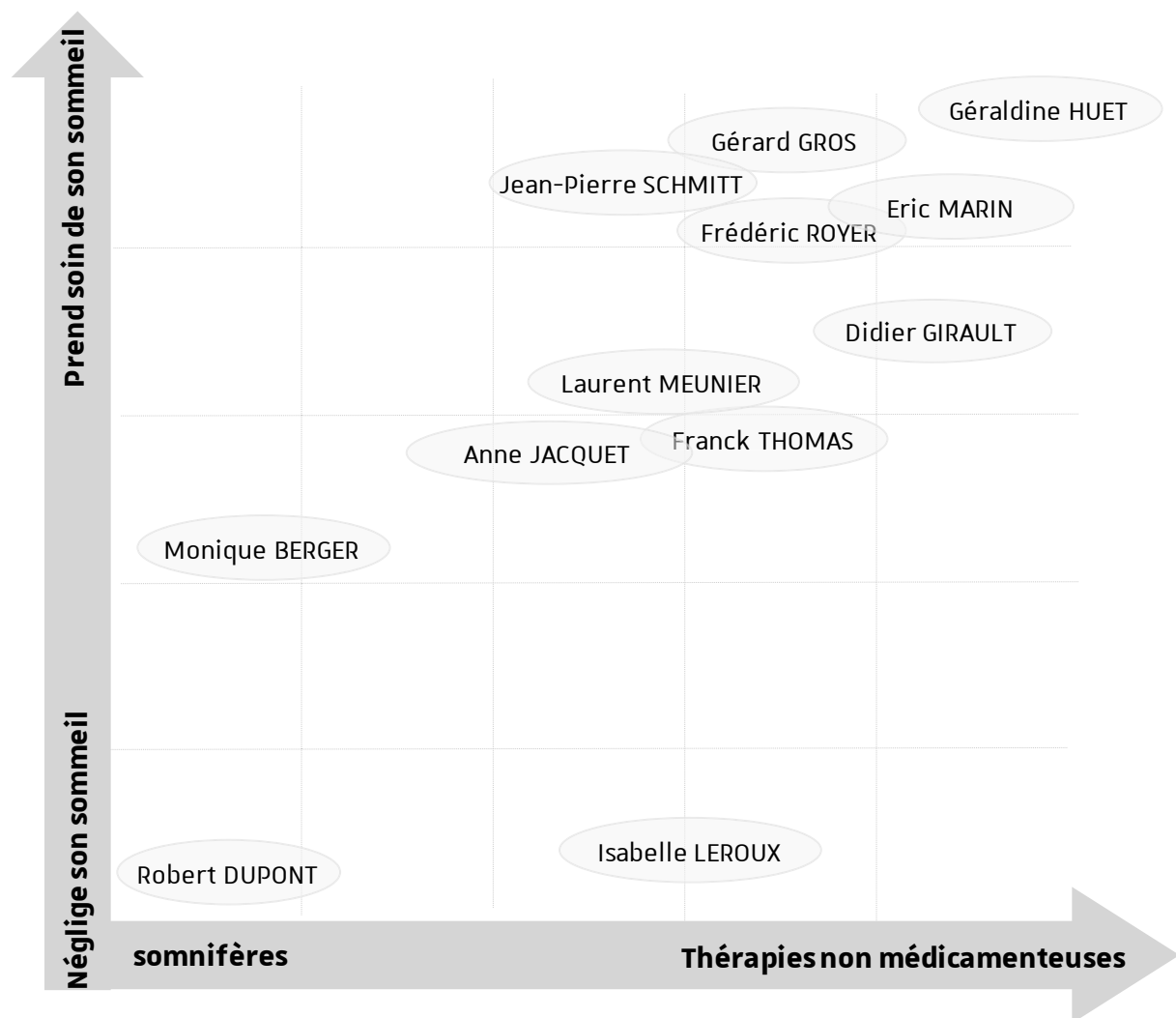


Figure 2 : thérapeutiques privilégiées en fonction du soin que les MG portent à leur sommeil

Les médecins ont été placés en fonction des résultats illustrés tableaux 1 et 2, et nuancés par les portraits réalisés. Le quadrillage correspond aux niveaux d'évaluations renseignés dans les tableaux.

Les médecins détaillent l'éventail thérapeutique selon une même gradation mais l'appliquent de manière très variée (Figure 2).

Certains médecins ne prennent pas soin de leur propre sommeil, et cela se retrouve dans leur abord de l'hygiène de sommeil : Robert D estime que « *c'est inapplicable car les gens ne veulent pas changer de rythme de vie, les gens font ce qu'ils veulent.* », comme lui-même lorsqu'il « *rentrait tard du boulot, encore excité. Je n'ai pas pris de somnifères, j'ai regardé deux films* ». Isabelle L « *des fois je me mets devant la télé pour m'endormir, j'ai aussi une télé dans mon lit* », et elle omet d'évoquer la télévision avec ses patients. Par contre, elle leur conseille ce qui lui réussit « *une activité dans la journée, marcher* », car elle « *dort très bien le mardi soir parce que je fais de la marche nordique* ». Monique B regrette de ne pas y consacrer du temps mais estime que « *la plupart du temps les patients te disent 'je fais déjà tout ça mais je ne dors quand même pas'* ». Cela correspond à son vécu : « *c'est vrai moi ça m'est arrivé [...] tu ne tiens pas en place et tu ne veux tellement pas revivre ça que tu prends ton comprimé, sans essayer sans* ». D'autres médecins jugent les règles hygiéno-diététiques primordiales pour eux comme pour leurs patients : Géraldine H « *les préconise systématiquement* », pour « *ne pas prescrire en première intention* ». Elle-même se « *couche à heure fixe (...) et investit beaucoup par rapport au sommeil* ». Frédéric R qui prend soin de son sommeil estime que « *ce n'est pas seulement pour le sommeil, c'est valable pour tout* ».

Les nombreuses autres techniques non-médicamenteuses évoquées par les médecins sont souvent tirées de leur propre expérience : Didier G « *prend un thé, un petit bouquin et se met un peu à méditer* » ; Jean-Pierre S propose la « *sophrologie* ». Géraldine H insiste sur les « *ondes électromagnétiques* » après avoir « *discuté avec une voisine* » et « *débranché ses appareils* ». D'autres citent la luminothérapie « *à titre personnel* » (Eric M), comme Didier G « *je m'en suis servi durant l'hiver alors ça a un effet extraordinaire* ». Enfin, Géraldine H évoque l'arrêt de travail, ça lui est « *carrément arrivé d'annuler tous ses rendez-vous* », et Robert D les vacances : « *il est en stress permanent à cause du boulot. Donc là il faut prendre des vacances. Moi je n'en prends pas* ».

Aucun des médecins ne relate une expérience personnelle de phytothérapie ou d'homéopathie et la place qu'ils leur donnent relève souvent de la croyance. Pour Robert D, « *C'est quand même des molécules actives, [...] ça peut suffire dans des cas légers* ». La majorité le prescrit comme un placebo « *ils sont contents (...) je ne sais pas si c'est efficace mais ils prennent quelque chose* » (Isabelle L), ou Jean-Pierre S

« *botte en touche avec du magnésium dont tu connais l'efficacité tout à fait limitée 'rire'* ». Didier G estime que « *les plantes, il faut y croire et il faut que le patient y croie* » et préfère « *un traitement somnifère très court (...) souvent à demi-dose* ».

Les somnifères sont « *un dernier recours* » (Eric M) pour les médecins interrogés. Ils distinguent la primo-prescription du renouvellement chronique. Tous « *[évitent] autant que possible le réflexe médicament (...) surtout si c'est une personne jeune.* » (Gérard G) « *le mieux c'est de ne pas en donner. C'est comme les cigarettes* » (Frédéric R). L'initiation est alors « *ponctuelle* » ou « *occasionnelle* » et ils en anticipent l'arrêt. A l'inverse, la prescription chronique semble inévitable, faite à contrecœur : « *essayer de supprimer ce qui est prescrit depuis des années... Là par contre... ! 'rire'* ». Parce que « *c'est la première chose pour laquelle elle vient, le reste elle s'en fout* ». C'est aussi une question de tolérance « *il vaut mieux lui laisser son Temesta® que d'essayer autre chose* » (Monique B), et de hiérarchisation : « *il y a peut-être autre chose à discuter* » (Franck T). Géraldine H semble la seule à se battre « *parce que j'ai une grand-mère qui a le même âge que ces gens et chez qui j'ai fait pareil* ». A travers ces prescriptions chroniques les médecins témoignent d'une évolution historique des thérapeutiques. La « *génération Temesta®* » est considérée comme un progrès comparée aux « *produits beaucoup plus forts comme le Rohypnol®* » (Isabelle L). Puis la prise de conscience des risques liés à ces molécules fait évoluer leur pratique : « *On a quand même un esprit beaucoup plus critique sur ce qu'on prescrit par rapport à il y a 30 ou 20 ans. Le Médiator® et compagnie. On ne croit plus dur comme fer à ce que les labos nous disent, avant on était d'une naïveté incroyable* » (Isabelle L). L'évolution actuelle est liée au « *contexte général de la société* », avec « *une sensibilisation parce qu'on le dit dans les médias (...) aussi un petit peu la mode écologique par derrière* » (Jean-Pierre S).

Tous les médecins interrogés évoquent le sevrage, avec beaucoup d'essais, des techniques variées, de rares réussites et leurs échecs. Didier G a « *à leur offrir une baisse de qualité de vie, c'est difficile à vendre* ». Monique B qui réussit à se sevrer « *leur dit de poser le comprimé sur la table, ça a l'air tout bête et ça marche* ». C'est quelque chose qu'elle « *ne connaissait pas avant, que tu acquiers par l'expérience* ».

Une composante émotionnelle apparaît au moment de la prescription : « *vraiment honte* » (Isabelle L). « *pas contraint et forcé bien sûr mais quelque part on le fait à contrecœur* » (Jean-Pierre S), ou au contraire « *plaisir de passer pour quelqu'un de plutôt difficile en affaires* » (Gérard G). Cela fait écho à la représentation qu'ils ont des somnifères, et à l'expérience personnelle qu'ils en ont. Laurent M, parmi les plus réticents a

« toujours respecté sa promesse, je n'ai jamais pris d'hypnotiques. (...) Je n'aime pas du tout c'est pour ça que j'ai du mal à les prescrire ». Jean-Pierre S « n'a jamais essayé d'en prendre, ne peux pas en parler à titre personnel » mais a eu une mauvaise expérience du Toplexil® « une fois étant de garde (...) impossible de faire quoi que ce soit ». C'est pourtant pour lui « un produit qui peut dépanner, la grand-mère tu lui files deux cuillères à café de Toplexil® le soir ». Robert D, après avoir pris « une fois un Temesta® 1mg et [a] dormi 72 heures » l'a remplacé par « du whisky, c'est un somnifère le whisky ». Didier G en fait un usage très ponctuel, a « une boîte avec un demi-comprimé plus 13 qui sont entiers », « ça peut servir » comme pour ses patients. Eric M évoque en parallèle leur « usage totalement déviant » et le sien : « j'ai utilisé toute la gamme de psychotropes 'rire' ». Il a ensuite modéré son usage personnel et ses prescriptions avec « un peu de zolpidem ou un peu de zopiclone en fonction du résultat que je voulais obtenir » avant d'arrêter définitivement. Les médecins insomniaques comme Monique B qui s'est « toujours prescrit toute seule » les somnifères trouve le « discours très diabolisant pendant les études » et nécessaire de le « dédiaboliser ». Géraldine H est ambivalente : les somnifères sont à « utiliser à bon escient. Donc ce n'est pas tout blanc ou tout noir ». Elle minimise son usage personnel en généralisant « Quand vous allez poser la question aux médecins, vous allez comprendre que tout le monde prend quelque chose à un moment ou un autre ». Puis interpelle l'enquêteur : « je pense que je vais essayer le Seresta® (...) je ne sais pas si vous l'avez déjà testé ? »

4.6 Conclusion de consultation

La fin de consultation est un moment clé, les médecins identifient communément l'insomnie comme motif du « pas de la porte » « qui vient se greffer souvent à la fin de la consultation » « ça finit avec 'sur l'ordonnance vous me mettez un peu de ci, un peu de cela' ». (Gérard G). C'est interprété comme « une tactique » « pour éviter que tu approfondisses » (Monique B) « une fois que j'ai sorti l'ordonnance » (Isabelle L). Certains l'acceptent « la plupart du temps », ou « sous la contrainte » (Anne J) quand d'autre comme Géraldine H refusent en proposant « une consultation dédiée au sommeil sinon ce n'est pas possible ».

La satisfaction que les médecins retirent de ces consultations dépend de leur capacité à ne pas prescrire, la prescription est vécue comme un « *renoncement* » (Eric M), même s'ils semblent s'assouplir « à *force avec l'âge* » et tolèrent mieux de « *se laisser faire* » (Frédéric R). La satisfaction est aussi « *d'arriver à résoudre le problème (...) c'est assez gratifiant* » (Géraldine H). Ils l'associent à la satisfaction des patients

: « *tu vois les gens qui traversent une période difficile, tu les revois quand ça va mieux, ça fait plaisir quand même. Pas forcément se glorifier mais c'est de voir quelqu'un qui a de nouveau le sourire* » (Jean-Pierre S).

5 Discussion

Faisant suite à une première thèse⁴⁵, ce travail a pris en compte les remarques du jury pour revoir la méthodologie. L'originalité de cette étude est l'approche sociologique, pour laquelle une ingénier d'études en sociologie est intervenue à tous les stades de l'étude. Le recrutement était sur la base du volontariat chez des médecins parfois connus de l'enquêteur (DB), avec une grande diversité de profils, malgré un manque de médecins jeunes. Sa position d'interne a pu entraîner un biais de désirabilité qui s'est ressenti avec quelques médecins. Pour limiter la subjectivité des chercheurs, la totalité des entretiens a fait l'objet d'une double analyse, et une triangulation a été réalisée à plusieurs étapes. Le propre rapport au sommeil des médecins investigateurs a pu orienter l'interprétation des résultats, mais l'un était insomniaque et l'autre non.

Nous avons voulu explorer l'articulation de l'expérience personnelle du sommeil des médecins généralistes avec leur prise en charge des patients se plaignant d'insomnie. Les résultats de notre étude montre qu'ils identifient des liens avec leur vécu des mauvaises comme des bonnes nuits, et avec leur répercussion sur la journée. Nous avons identifié un point de rupture dans la manière d'accueillir la plainte et de la traiter chez les médecins qui ont vécu des périodes d'insomnie, actuelle ou passée.

Il ressort des entretiens un parallèle entre leur manière de prendre soin de leur sommeil et de celui des patients, ce quelle que soit la qualité de leur sommeil. Les médecins qui « négligent leur sommeil », ne soignant pas leur insomnie, « tirant sur la corde », ou s'endormant avec l'alcool ou la télévision, ont moins d'empathie, et sont moins enclins à consacrer du temps à cette plainte. Ces résultats concordent avec ceux de Scheepers et Wallace, plaçant le bien-être du médecin comme une condition à la qualité des soins⁴⁶. La majorité des médecins interrogés travaillait plus de 50 heures par semaine. Nombre d'entre eux avaient d'ailleurs eu des périodes de surmenage au travail conduisant à des troubles du sommeil, et reconnaissaient

⁴⁵ Bourgeois-Jacquet, "Le sommeil du médecin généraliste."

⁴⁶ Scheepers et al., "A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care"; Wallace, Lemaire, and Ghali, "Physician Wellness."

une influence sur leur prise en charge. Le burnout, fréquent dans la profession, en particulier la composante « épuisement émotionnel », est donc un élément critique⁴⁷.

Leur propre rapport au médicament va influencer leurs prescriptions : les médecins ayant apprécié les effets des somnifères ont tendance, par empathie voire compassion, à en prescrire plus facilement et en minimiser les risques⁴⁸. Certains ont tiré des leçons de leurs expériences passées et tendent à limiter leurs prescriptions. Ceux qui désapprouvent la prescription de somnifères tentent de l'éviter avec plus ou moins de succès, et s'impliquent davantage dans les prises en charge non médicamenteuses. Mais ce rapport au médicament tient aussi à leur conception de la maladie et du soin : les médecins ayant une vision biomédicale aboutissent plus facilement à une réponse médicamenteuse. Ceux qui ont une vision bio-psycho-sociale recherchent des solutions plus globales. L'approche centrée patient⁴⁹ et la décision partagée⁵⁰ semblent alors intégrées au moins partiellement à ces consultations complexes. Cela apparaît comme une solution possible pour appréhender plus sereinement la prescription, en particulier celle des somnifères.

L'insomnie n'était pas toujours reconnue comme une maladie par les médecins. Ce résultat concorde avec ceux de Gaboreau, qui retrouvait que cette représentation était aussi partagée par les patients⁵¹, ce qui engendrait des retards à la consultation⁵².

Le côté chronophage des consultations classiquement décrit était une des difficultés principales pour appliquer une approche éducative, plus adaptée à la prise en charge de l'insomnie. Notre étude a permis d'identifier que c'est quand même le médecin lui-même qui organise son temps et choisit délibérément de consacrer ou non du temps à cette plainte. La motivation apparaît alors comme un ressort possible. La motivation intrinsèque peut être le bien-être professionnel du médecin⁵³ ; une motivation extrinsèque pourrait être d'intégrer la prise en charge de l'insomnie aux cotations de type « consultation complexe » prévue pour les consultations à fort enjeu de santé publique⁵⁴.

⁴⁷ Cathébras et al., "[Burn out among French general practitioners]."

⁴⁸ Will, "Insomnie chez les médecins généralistes alsaciens."

⁴⁹ Constand et al., "Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare."

⁵⁰ Llorca, "L'accord Mutuel Librement Consenté Dans La Décision Médicale."

⁵¹ Gaboreau et al., "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire."

⁵² Gourier-Féry, Chan-Chee, and Léger, "Insomnie, Fatigue et Somnolence : Prévalence et État de Santé Associé, Déclarés Par Les plus de 16 Ans En France Métropolitaine. Données ESPS 2008."

⁵³ Scheepers et al., "A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care."

⁵⁴ Assurance Maladie, "La Convention Nationale 2016-2021 Entre Les Médecins Libéraux et l'assurance Maladie. Synthèse."

Les éléments que nous avons donc retrouvés par rapport au vécu du sommeil des médecins permettent de mettre en lumière certains comportements. Cependant, ils s'intègrent dans un modèle de compréhension plus global de la décision médicale⁵⁵, et n'en sont qu'un élément parmi d'autres. La problématique de l'insomnie permet une illustration exemplaire de ce modèle. Le modèle de la triade de la médecine factuelle (ou EBM) se retrouve en effet dans le discours des médecins interrogés : les données de la science, évolutive dans le temps, l'expérience des médecins, et les valeurs et attentes des patients⁵⁶. L'expérience des médecins dans ce modèle se réfère généralement à l'expérience clinique, mais elle pourrait peut-être être élargie. Le vécu des médecins s'intègre dans les facteurs intrinsèques qui influencent le raisonnement du médecin, mais aussi dans la relation médecin-patient.

⁵⁵ Llorca, *Du Raisonnement Médical à La Décision Partagée. Introduction à l'éthique En Médecine.*

⁵⁶ Djulbegovic and Guyatt, "Progress in Evidence-Based Medicine."

6 Bibliographie

- Allen, Justin, Bernard Gay, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, and Paul Ram. The European Definitions OfThe Key Features of the Discipline of General Practice, The Role of the General Practitioner and A Description of the Core Competencies of the General Practitioner / FamilyPhysician. WONCA Europe., 2011.
- ANSM. "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France." ANSM, décembre 2013. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655de e103a.pdf.
- ANSM. "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France," Avril 2017. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaaf04713f0c280862555 db0c8.pdf.
- Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale (n.d.). Accessed November 7, 2019.
- Assurance Maladie. "La Convention Nationale 2016-2021 Entre Les Médecins Libéraux et l'assurance Maladie. Synthèse," 2016. https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf.
- Balint, M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 1978.
- Bloy, G. "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien." *Revue française des affaires sociales*, no. 1 (2005): 101–25.
- Bloy, G, and Schweyer, F-X. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.
- Chan-Chee, C., V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, and D. Leger. "[Epidemiology of insomnia in France]." *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique* 59, no. 6 (December 2011): 409–22. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.05.005>.
- Charmaz, K. "Constructivist and Objectivist Grounded Theory." In *Constructing Grounded Theory : A Practical Guide through Qualitative Analysis*, SAGE publications., 208. London (GB), 2006.
- Commission de la transparence. "Réévaluation Du Service Médical Rendu Des Benzodiazépines Hypnotiques et Apparentés à La Demande de La Commission, En Application de l'article R-163-21 Du Code de La Sécurité Sociale." Avis. Haute Autorité de Santé, juin 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/stilnox_reeval_ri_avis1_ct11444_ct13218.pdf.
- Constand, M-K, MacDermid, J-C, Dal Bello-Haas, V, and Law, M. "Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare." *BMC Health Services Research* 14 (June 19, 2014): 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
- Duvivier, É. *Dormir. Parlant - couleur - 16mm*, Documentaire. Art et Science, 1975. <https://medfilm.unistra.fr/wiki/Dormir>.
- Fassin, D, and Bensa, A. *Les politiques de l'enquête - Epreuve ethnographique*. La Découverte., 2008. <https://www.cairn.info/politiques-de-l-enquete--9782707156563.htm?contenu=sommaire>.
- Favier, C. "Quels patients pour quels médecins ? : étude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée." Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2014.
- Fellah-Thuet, Y. "Consultation avec plaintes de sommeil: place des hypnotiques et alternatives au traitement à partir de 851 consultations de médecine générale." Strasbourg, France, 2017.

- Gaboreau, Y, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, and Imbert P. "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire." *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*, no. 130 (2017): 52–59.
- Galbraith, S, Bowden, J, and Mander A. "Accelerated Longitudinal Designs: An Overview of Modelling, Power, Costs and Handling Missing Data." *Statistical Methods in Medical Research* 26, no. 1 (February 2017): 374–98. <https://doi.org/10.1177/0962280214547150>.
- Glaser, B-G, and Strauss A-L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, 1967.
- Gude, T, Valgum P, Anvik T, Baerheim A, and Grimstad H. "A Few More Minutes Make a Difference? The Relationship between Content and Length of GP Consultations." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31, no. 1 (March 2013): 31–35. <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.751698>.
- Guével, M-R, and Pommier J. "Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeu et illustration." *Sante Publique* Vol. 24, no. 1 (April 12, 2012): 23–38.
- INSERM. *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Collection Expertise collective. Paris: Inserm, 2012. <http://hdl.handle.net/10608/2072>.
- INSERM. "Pharmacodépendance en population générale." In *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Collection Expertise collective., 155–74. Paris: Inserm, 2012. <http://hdl.handle.net/10608/2072>.
- IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, and Institut Ipsos. Paris. FRA. *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Paris: Cnamts, 2005.
- Irving, G, Neves, A-L, Dambha-Miller, H, Oishi, A, Tagashira, H, Verho A, and Holden, J. "International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: A Systematic Review of 67 Countries." *BMJ Open* 7, no. 10 (November 8, 2017): e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>.
- JADDO. "Un Train En Marche." *Juste Après Dresseuse d'ours* (blog), 2008. <http://www.jaddo.fr/2008/05/19/un-train-en-marche/>.
- Jamouille, M., M. Roland, J. Humbert, and J.F. Brulet. *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2) : Deuxième Version*. Belgique: Care Editions ASBL, 2000.
- Kessel, N, and Bonah C. "Revolutionary Markets? Approaching Therapeutic Innovation and Change through the Lens of West German IMS Health Data, 1959–1980." In *Therapeutic Revolutions - Pharmaceuticals an Social Change in the Twentieth Century*, University of Chicago Press., 97–125. Chicago, USA, 2016.
- Le Moigne, Ph. "La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences." Paris : CESAMES-MILDT, 2004.
- Lécallier, D, and Michaud, P. "L'entretien Motivationnel - Une Évolution Radicale de La Relation Thérapeutique." *Alcoologie et Addictologie* 26, no. 2 (2004): 129–34.
- Leger, D., C. Guilleminault, J. P. Dreyfus, C. Delahaye, and M. Paillard. "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France." *Journal of Sleep Research* 9, no. 1 (March 2000): 35–42.
- Léger, D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty, S, Hedner, J, and EQUINOX (Evaluation of daytime QQuality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatient's eXperience) Survey Investigators. "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting: EQUINOX Survey of 5293 Insomniacs from 10 Countries." *Sleep Medicine* 11, no. 10 (December 2010): 987–98. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.019>.

- Letrillart, L, Supper, I, , MSchuers, Darmon, D, Boulet, P, Favre, M, Guérin, M-H, and Mercier, A. "ECOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GENérale." *Exercer*, Exercer, no. 114 (2014): 148–57.
- MacKinnon, G. L., and W. A. Parker. "Benzodiazepine Withdrawal Syndrome: A Literature Review and Evaluation." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 9, no. 1 (1982): 19–33. <https://doi.org/10.3109/00952998209002608>.
- Madrak, L. N., and M. Rosenberg. "Zolpidem Abuse." *The American Journal of Psychiatry* 158, no. 8 (August 2001): 1330–31. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1330-a>.
- Nicholson, A. N., and P. A. Pascoe. "Hypnotic Activity of an Imidazo-Pyridine (Zolpidem)." *British Journal of Clinical Pharmacology* 21, no. 2 (February 1986): 205–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1986.tb05176.x>.
- Nieuwlaat, R, Wilczynski, N, Navarro, T, Hobson, N, Jeffery, R, Keenanasseril, A, Agoritsas, T et al. "Interventions for Enhancing Medication Adherence." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 11 (November 20, 2014): CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>.
- OFDT. "Médicaments Psychotropes - Synthèse Des Connaissances - OFDT." Observatoire français des drogues et des toxicomanies, fev 2019. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychothropes/>.
- Ohayon, M-M. "Epidemiology of Insomnia: What We Know and What We Still Need to Learn." *Sleep Medicine Reviews* 6, no. 2 (April 2002): 97–111.
- OMS. "Constitution de l'organisation Mondiale de La Santé," 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>.
- Pearlman, C. A., and R. Greenberg. "Medical-Psychological Implications of Recent Sleep Research." *Psychiatry in Medicine* 1, no. 4 (October 1970): 261–76. <https://doi.org/10.2190/qcgy-2a8u-nh01-6824>.
- Philip, C, and De Battista, P. "Mise en œuvre de la méthodologie de l'observation participante dans le cadre d'un mémoire de M2." *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* N° 59, no. 3 (2012): 207–21.
- Prescrire. "Dépendance Aux Hypnotiques : Zolpidem et Zopiclone Aussi." *Rev Prescrire* 20, no. 210 (2000): 675–76.
- Rosman, S. "Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas." In *Singuliers généralistes*, Métiers Santé Social., 117–32. Presses de l'EHESP, 2010. <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213.htm>.
- Sanger, D. J., G. Perrault, E. Morel, D. Joly, and B. Zivkovic. "The Behavioral Profile of Zolpidem, a Novel Hypnotic Drug of Imidazopyridine Structure." *Physiology & Behavior* 41, no. 3 (1987): 235–40. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(87\)90359-3](https://doi.org/10.1016/0031-9384(87)90359-3).
- Sellers, E. M. "Clinical Pharmacology and Therapeutics of Benzodiazepines." *Canadian Medical Association Journal* 118, no. 12 (June 24, 1978): 1533–38.
- Stead, L-F., Buitrago, D, Preciado, N, Sanchez, G, Hartmann-Boyce, J, and Lancaster, T. "Physician Advice for Smoking Cessation." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 5 (May 31, 2013): CD000165. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.
- Touat, B. "Comparaison Internationale de l'usage de Psychotropes Dans Huit Pays Européens Entre 2007 et 2014." presented at the 38ème journée des économistes de la santé français, Lyon, 2016. <https://www.ces-asso.org/comparaison-internationale-de-l%E2%80%99usage-de-psychothropes-dans-huit-pays-europ%C3%A9ens-entre-2007-et-2014-b>.

- Vassy, C, and Derbez, B. *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin., 2019. <http://iris.ehess.fr/index.php?4377>.
- Vega, (Anne). "Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductible à de simples individus." *Médecine* 6, no. 8 (2010): 382–86.
- WHO. "WHO | 3. Defined Daily Dose (DDD)." Accessed November 6, 2019. http://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/.

Deuxième partie : La consultation

Les deux premières parties de notre travail sont basées sur des éléments déclaratifs, quantitatifs et qualitatifs des MG. Dans cette partie centrale de la thèse, nous avons investi l'entité-unité « consultation » pour observer ce qui se passe lors d'une plainte de « je dors mal / je ne dors pas ». Pour cela nous avons mis en place sous forme de méthode mixte convergente quantitative et qualitative d'une observation participante et présentielle d'un corpus de plus de 1000 consultations de médecine générale.

Au cœur des consultations avec une plainte d'insomnie : Une recherche observationnelle de terrain en consultation de médecine générale.

1 Introduction

1.1 Contexte

L'insomnie chronique a un statut particulier par rapport à d'autres maladies. En effet, celle-ci est souvent abordée à partir de la question du médicament plutôt que de la plainte du patient. Plainte et diagnostic sont difficiles à objectiver et à quantifier et la consommation de médicaments hypnotiques est régulièrement suivie. Une autre raison tient à une « consommation » et une « prescription » élevée en France, au regard d'autres pays européens. Mais d'où proviennent ces chiffres ? Que signifient-ils ?

Les principaux fournisseurs de chiffres concernant l'usage des médicaments, dont les psychotropes à visée hypnotique sont, d'une part, ceux qui les vendent, par le biais de leur chiffre d'affaires, et d'autre part ceux qui les remboursent, l'Assurance Maladie.

Actuellement, la méthode de référence qui permet de comptabiliser de manière comparable les consommations de médicaments utilise la dose définie journalière pour 1000 habitants et par jour (DDJ)¹.

Dans notre travail, les psychotropes se réfèrent à tous les médicaments à visée psychiatrique : antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, et hypnotiques. Les médicaments cités comme hypnotiques sont les classes médicamenteuses spécifiquement à visée hypnotiques, ils regroupent :

- certaines benzodiazépines : estazolam, loprazolam, lormétazépam, nitrazépam et tétrazépam
- des médicaments apparentés aux benzodiazépines : zolpidem et zopiclone.

Les médicaments cités comme somnifères regroupent les hypnotiques, ainsi que les autres benzodiazépines, lorsque celles-ci sont utilisées à visée hypnotique. Nous avons choisi de ne pas y intégrer les anti-histaminiques H1, qui n'ont pas le même mécanisme d'action, et surtout n'entraînent pas la même dépendance au traitement.

La première source d'information est celle des données de vente de médicaments. Des organismes privés les collectent, en particulier IMS Health. Il s'agit d'une société de conseil pour les industries du médicament

¹“WHO | 3. Defined Daily Dose (DDD).”

principalement, et qui a accès à des données internationales². Un travail de recherche a utilisé ces données pour comparer l'usage des psychotropes dans 8 pays européens, dont la France³. Entre 2007 et 2014, la France se situe dans les forts consommateurs d'hypnotiques avec 32 DDJ/1000 habitants/jour, proche de la Finlande, la Norvège et l'Espagne, alors que l'Allemagne et le Royaume-Uni en consomment trois fois moins (7.8 et 10.8 DDJ/1000 habitants/jour). Ces données interrogent, conditionnent des actions de santé publique pour encadrer les prescriptions bien que les raisons de ces différences restent peu élucidées.

L'autre source d'information est celle des données de remboursement des médicaments, collectées cette fois par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) produit régulièrement un état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. Il est réalisé à partir du système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui collige les données de remboursement de tous les assurés. Une seconde base de données réalisée par la CNAM est l'échantillon général des bénéficiaires (EGB), qui représente un centième de la population couverte par l'assurance maladie et permet un suivi longitudinal de cette population⁴. Les données issues de ces bases recourent celles de l'industrie pharmaceutique en termes de volume de d'unités (boîtes, comprimés) remboursées en France. Elles apportent en plus des informations sur le profil des patients, et des informations longitudinales sur les durées de traitement :

Par exemple, l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines réalisé par l'ANSM en 2012 affiche les chiffres suivants⁵ :

- 22 benzodiazépines ou apparentées sont commercialisées en France en 2011 ;
- 134 millions de boîtes vendues en 2010 dont 50,2 % d'anxiolytiques et 37,6 % d'hypnotiques ;
- 183 millions d'euros de chiffres d'affaires en 2010, soit 0,7 % du montant total des ventes de médicaments en France ;
- En 2010, 20 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine ou apparentée ;
- 60 % des consommateurs de benzodiazépines ou apparentées sont des femmes ;

² Kessel and Bonah, "Revolutionary Markets? Approaching Therapeutic Innovation and Change through the Lens of West German IMS Health Data, 1959–1980."

³ Touat, "Comparaison Internationale de l'usage de Psychotropes Dans Huit Pays Européens Entre 2007 et 2014."

⁴ IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, and Institut Ipsos. Paris. FRA, *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*.

⁵ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

- *Le temps de traitement médian est de 7 mois pour une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique ou apparentée ;*
- *Environ la moitié des sujets traités par une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique le sont plus de 2 ans (avec ou sans interruption de traitement) ;*
- *Environ la moitié des patients sous benzodiazépine hypnotique (ou apparentée) ou anxiolytique ne bénéficie que d'une seule délivrance/prescription.*

L'état des lieux analogue de 2017 permet de suivre cette évolution⁶. Même si la France reste parmi les 3 plus gros consommateurs, il note une tendance globale à la baisse des consommations de benzodiazépines, de 10% en France, et une tendance à la convergence des consommations en Europe.

S'ils ouvrent des pistes de réflexion, n'oublions pas que ces chiffres restent une estimation indirecte de la prescription et de l'achat d'hypnotiques sans refléter la consommation : tous les patients ne vont pas chercher les médicaments prescrits à la pharmacie, et les médicaments pris à la pharmacie ne sont pas tous consommés non plus. Dans le cas des maladies chroniques, cette différence a été estimée à moins de 50% de traitements effectivement pris⁷.

« *Le suivi des consommations médicamenteuses intéresse de nombreux intervenants : les décideurs de politiques de santé, les industries pharmaceutiques, les professionnels de santé, les économistes, les sociologues, ainsi que les consommateurs.* ». Comme le rappelle le collectif d'experts de l'INSERM qui a réalisé une synthèse sur les « Médicaments psychotropes – consommations et pharmacodépendances » à la demande de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies) en 2012⁸, l'intérêt que chaque acteur porte à ces données est guidé par des objectifs différents :

Au niveau des décideurs de politiques de santé, ce sont d'une part des objectifs de santé publique pour encadrer l'utilisation de produits à risque de mésusage tout en en garantissant l'accès thérapeutique, d'autre part des objectifs d'économie de la santé et de limitation des dépenses. Ils ont des répercussions concrètes sur l'usage et la prescription des médicaments. Par exemple, dans les dernières années l'encadrement de la prescription des benzodiazépines hypnotiques a évolué. Une première fois en 2014,

⁶ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

⁷ Nieuwlaat et al., "Interventions for Enhancing Medication Adherence."

⁸ INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances.*

avec une baisse du taux de remboursement de 65 à 15% pour 5 molécules, préconisé par la Commission de transparence de la haute autorité de santé en raison d'un intérêt thérapeutique limité et d'un constat de mésusage⁹. Une seconde fois en 2017, un arrêté ministériel, sur conseil du directeur général de l'ANSM a resserré le cadre de prescription du zolpidem qui était déjà sur la liste I des stupéfiants avec une durée limitée de prescription à 28 jours, en ajoutant la contrainte d'une ordonnance sécurisée¹⁰.

Au niveau des industriels, il s'agit avant tout d'intérêts commerciaux, à la fois pour assurer leur part de marché, et optimiser les stocks.

Les professionnels de santé s'intéressent à ces chiffres davantage pour des questions de santé publique, de qualité des soins et de gestion des risques dans leur pratique clinique. Par exemple, certains chiffres de consommation de psychotropes révèlent aussi le risque de mésusage de ces produits.

Les professionnels de santé engagés dans l'addictologie, par le biais d'organismes comme l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), exploitent ces sources pour identifier les conduites à risque et mieux comprendre les mésusages de ces médicaments¹¹. Ainsi, ils confirment les chiffres de consommation en France, parmi les plus élevés d'Europe, et en précisent les risques de dépendance : ces produits sont cités parmi les premières substances psychoactives ayant entraîné une dépendance, et ceci, chez 9% des sujets qui en ont consommé.

Les sociologues s'y intéressent pour la compréhension des phénomènes de société autour de l'usage de ces médicaments. Dans la synthèse de l'INSERM, ils se sont interrogés sur le phénomène de pharmacodépendance en population générale, en particulier par rapport à l'insomnie. Ils citent une étude de Le Moigne de 2004¹², qui a identifié que les prescriptions de somnifères étaient rarement isolées sur l'ordonnance, et complétaient souvent une ordonnance pour d'autres problèmes de santé, souvent chroniques. Ils ont pu mettre en évidence une relation linéaire entre le nombre d'ordonnance en médicaments psychotropes et le nombre d'ordonnance en médicaments somatiques, quelle qu'en soit la spécialité. Après des entretiens réalisés avec des usagers de psychotropes en particulier dans l'insomnie, ils ont mis en évidence que ces prescriptions sortaient du cadre psychiatrique. Elles répondaient aussi dans

⁹ Commission de la transparence, "Réévaluation Du Service Médical Rendu Des Benzodiazépines Hypnotiques et Apparentés à La Demande de La Commission, En Application de l'article R-163-21 Du Code de La Sécurité Sociale."

¹⁰ Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale.

¹¹ OFDT, "Médicaments Psychotropes - Synthèse Des Connaissances - OFDT."

¹² Le Moigne, "La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences."

la majorité des cas à des problématiques sociales, ainsi qu'à la définition plus large de la santé comprenant aussi une notion de bien-être général (Organisation mondiale de la santé)¹³.

Enfin, les « consommateurs », ou « usagers » s'y intéressent pour répondre aux interrogations qu'ils peuvent avoir sur ces médicaments, pour leur usage personnel ou de leur entourage.

De leur côté, les épidémiologistes ont évalué l'insomnie à partir de la population concernée par ce trouble. Si l'on considère la plainte de mauvais sommeil, cela concernerait 30 à 50% de la population adulte en France¹⁴. L'insomnie chronique plus spécifiquement est estimée entre 5 et 7%, selon les études, la classification utilisée et le pays étudié¹⁵. En interrogeant la population générale adulte en France, une des plus larges études, réalisée en 2000, retrouvait une prévalence de l'insomnie à 19% selon les critères du DSM-IV, dont 6% d'insomnie sévère¹⁶.

Ainsi, l'insomnie concerne une part importante de la population adulte française, et l'on sait que lorsqu'il y a une prescription de psychotropes, ce sont en majorité les médecins généralistes qui les prescrivent.

L'état des lieux de 2012 rappelle que « *Les benzodiazépines sont prescrites essentiellement par les médecins généralistes* » (à 90%). De même, en 2017 : « *Les traitements sont initiés par des médecins généralistes dans environ 82 % des cas* »¹⁷. Ce sont des chiffres bruts de taux de prescriptions, qui ne sont pas rapportés proportionnellement au nombre de patients vus en consultation par les généralistes, et par les autres spécialistes qui prescrivent des psychotropes. L'évolution de ces taux de prescription entre 2012 et 2017 apparaît importante, et la diminution globale du volume de prescription de psychotropes se retrouve essentiellement par le fait des médecins généralistes.

Une étude internationale réalisée en 2010 pour caractériser l'insomnie s'est intéressée aux patients adultes qui consultent un médecin généraliste¹⁸. Après recrutement de 13 124 patients par le biais de 647 médecins généralistes de 10 pays (hors France), proposant une enquête par questionnaires sur le sommeil. 15.6% de ces patients qui étaient déjà traités pour une insomnie ont été exclus, mais les auteurs ont pu en inclure un

¹³ OMS, "Constitution de l'organisation Mondiale de La Santé."

¹⁴ Chan-Chee et al., "[Epidemiology of insomnia in France]."

¹⁵ Chan-Chee et al.; Ohayon, "Epidemiology of Insomnia."

¹⁶ Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France."

¹⁷ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

¹⁸ Léger et al., "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting."

nombre important puisque 42% patients en plus présentaient les critères DSM-IV de l'insomnie sans recevoir de traitement médicamenteux. Il n'était pas précisé s'ils en avaient parlé à leurs médecins, mais 22% d'entre eux prenaient des anxiolytiques, et 22% des antidépresseurs. Ce chiffre de 42% interroge : parmi eux, combien ont évoqué l'insomnie avec leur médecin ? Combien d'entre eux ont reçu des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses ?

Une étude transversale multicentrique réalisée en France, ECOGEN (Elements de la COnsultation en médecine GENérale)¹⁹ s'est intéressée au contenu des consultations de médecine générale en 2012. Son dispositif était original : il s'est appuyé sur le réseau des maîtres de stage de médecine générale (MSU) par l'intermédiaire de 27 départements de médecine générale. Après une formation, 54 internes ont observé les consultations de 128 MSU à raison de vingt jours répartis sur cinq mois de stage. Ils ont recueilli de manière systématique tous les motifs de consultation, les procédures de soin mises en place par le médecin pour y répondre (par exemple clarification de la plainte, examen clinique partiel ou complet, prescriptions...). Enfin, ils ont noté les résultats de la consultation : par résultat, on entend les problèmes diagnostiqués par le médecin, classiquement une pathologie, mais cela pouvait aussi être symptôme en cours d'exploration, ou une problématique médico-sociale. Tous ces éléments ont été codés à l'aide de la classification internationale des soins primaires (CISP-2)²⁰. Sur 20 613 consultations, 3.2% des patients consultaient pour une perturbation du sommeil. En prenant uniquement la population adulte, cette plainte était présente et traitée dans 3.9% des consultations. L'analyse spécifique de ces consultations est encore en cours. Cette proportion n'est pas une prévalence de l'insomnie dans la population consultant en médecine générale, mais la proportion de consultations où cette plainte est traitée. Ce n'est donc pas contradictoire avec les chiffres retrouvés par l'étude de Léger, mais de données complémentaires par rapport aux consultations de médecine générale.

En somme, nous avons actuellement accès aux deux bouts de la chaîne : par l'épidémiologie, nous avons un regard sur le malade et la maladie, avec une estimation de la prévalence de l'insomnie dans la population et de ses caractéristiques. Par les données sur les médicaments, nous avons une estimation de la prescription et des consommations de somnifères.

¹⁹ Letrillart et al., "ECOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GENérale."

²⁰ Jamouille et al., *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2)*.

Les chiffres de consommation de médicaments peuvent paraître préoccupants. Les recommandations de pratique proposées par la Haute Autorité de Santé, et les critiques des pratiques par les observatoires de santé, la CNAM, l'ANSM se basent sur ces données. Pourtant, s'ils dressent un constat, ils ne permettent pas une compréhension des phénomènes de la consultation en pratique, ni des processus qui aboutissent à une prescription. Nous avons des informations indirectes, déclaratives, sur les phénomènes sociaux qui peuvent expliquer ces prescriptions. La sociologie des médecins s'est penchée sur les habitudes de prescription des médecins français, et leur formation centrée sur le biomédical. La consultation, qui est le lieu où se décide la prescription, reste une boîte noire. Nous disposons donc de peu d'informations directes sur les éléments non matériels et plus difficilement quantifiables de la consultation : qu'il s'agisse de conseils diététo-hygiéniques, d'éducation thérapeutique, d'une écoute thérapeutique, ou encore du déroulement des consultations qui n'aboutissent pas à une prescription.

La synthèse de l'INSERM sur les pharmacodépendances en population générale pointe aussi cette lacune : *« Toutefois, les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs ne donnent à voir qu'une partie des mécanismes sociaux qui bâtissent le recours aux médicaments psychotropes. En effet, il reste à comprendre comment ces mécanismes aiguillent la nature du recours et, par suite, quels types de plaintes ou de difficultés sont effectivement traités par ce moyen en médecine générale. »*²¹

L'étude ECOGEN a commencé à ouvrir cette boîte noire grâce à une méthodologie de recherche spécifique, adaptée à la pratique de la consultation.

Fort des résultats de cette étude, nous avons demandé l'autorisation aux coordinateurs principaux de l'étude de reprendre la méthodologie quantitative et la majeure partie de la grille de recueil qu'ils avaient élaboré, afin de décliner l'étude localement en Alsace, avec un objectif ciblé sur les troubles du sommeil. Pour avoir une approche plus compréhensive du processus, il nous a paru nécessaire de compléter cette étude par un recueil qualitatif du contenu des consultations, que nous détaillons plus loin.

C'est ce qui nous a amené à construire un dispositif d'enquête avec une méthodologie mixte, basée sur l'observation participante des internes en médecine générale.

²¹ INSERM, "Pharmacodépendance en population générale."

1.2 Objectifs :

Lorsque nous avons construit ce projet, l'objectif général était de décrire et analyser des attitudes thérapeutiques et des conduites tenues par le médecin généraliste face à une plainte d'insomnie (écoute, conseils et prescription). Nous avons donc dans un premier temps eu une approche exploratoire des données, qui a fait l'objet d'une première thèse d'exercice par Yasmina Fellah-Thuet²², que j'ai dirigée. Pour cette thèse, elle a utilisé les données de 2 semestres de recueil quantitatif ainsi que les prises de notes. Elle n'a pas exploité les enregistrements. Sa thèse a permis de défricher les données recueillies : d'une part, nous avons pu affiner la méthodologie de recodage et classement des consultations avec plainte de sommeil. D'autre part, elle a fait émerger des hypothèses que nous avons souhaité approfondir par une nouvelle analyse des données. Le résultat le plus marquant de ce travail était l'impression que la prescription était quasi systématique lorsque la plainte d'insomnie arrivait en fin de consultation, et qu'elle était beaucoup plus modérée lorsqu'elle arrivait plus tôt dans la consultation.

Nous avons donc émis l'hypothèse que la temporalité de la plainte dans la consultation était déterminante pour la manière dont le médecin généraliste y répondait. De plus, cela faisait écho au discours des médecins généralistes face au manque de temps pour prendre correctement en soin certains problèmes de santé, dont l'insomnie.

Ainsi, dans le cadre de ma thèse, j'ai choisi d'analyser ces consultations sous l'angle de la gestion du temps de consultation, avec pour objectif d'évaluer les éléments temporels liés aux consultations avec plainte d'insomnie : durée, initiation/ recueil de la plainte, rapport entre le moment de la consultation où se fait la demande et la prescription.

2 Cadre(s) conceptuel(s)

2.1 Observation participante

L'observation participante nous a paru un dispositif particulièrement adapté à la consultation de médecine générale et à la place du stagiaire.

Il a alors une place qui a été théorisée sous le terme de « participant observateur » : il fait partie intégrante de la communauté qu'il observe, tout en étant hiérarchiquement en apprentissage. Cela limite la pression

²² Fellah-Thuet and Chambe, "Consultation avec plaintes de sommeil."

et la peur de jugement du médecin accueillant. Il est par principe accepté par le médecin maître de stage, et de fait par le patient, ou du moins la grande majorité²³. Il maîtrise déjà les codes du langage médical et de la consultation²⁴. Cependant, il garde une distance par rapport à ce qu'il observe, ce stage étant souvent son premier ou 2^{ème} contact avec la pratique de médecine générale, qui est singulière dans le paysage médical²⁵. Cette distance reste relative car il en a les codes initiés à l'hôpital, et un regard a priori de la médecine générale, positif ou négatif, mais rarement neutre²⁶. Ce cadre est donc théoriquement idéal pour l'observation participante, mais il faut garder à l'esprit ses limites. Ses limites sont liées à l'interne d'une part : la manière dont il va s'approprier l'étude et son rôle d'investigateur, dont il va se placer dans la consultation, comme « simple observateur » ou comme participant à part entière, sa manière de retranscrire ce qu'il observe, après une rapide formation à la posture de participant observateur. Les limites du cadre sont aussi posées par le médecin observé : il accepte le stagiaire et les travaux qu'il a à accomplir durant son stage, et l'observation des consultations, de son cabinet, de ses dossiers... La présence d'un tiers en consultation va modifier, même involontairement, l'attitude du médecin pendant sa consultation. D'ailleurs cet aspect est reconnu comme formateur pour le maître de stage et valorisé financièrement depuis 2016 dans les forfaits de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)²⁷. La pratique observée habituellement par l'interne en stage, tout en reflétant la pratique habituelle du médecin reste déformée par cette présence. De même, se sachant observé dans le cadre d'une étude universitaire, le médecin aura aussi tendance à être plus attentif à sa pratique. Nous le verrons plus loin, nous avons modifié le mode de présentation de l'étude auprès des MSU suite au premier semestre d'observation, où certains savaient que le sujet traitait du sommeil. Pour éviter d'influencer l'interrogatoire des médecins par la suite, cette information n'a été communiquée qu'à la fin de la période d'observation. L'attitude et le comportement du patient va aussi être modifiée par la présence d'un tiers en consultation, ainsi que par la particularité du cadre de l'observation, présenté en début de consultation.

Enfin, les relations entre chaque protagoniste vont aussi influencer le déroulé de la consultation : selon le médecin et l'idée qu'il se fait de son rôle de MSU, et selon le stagiaire et la place qu'il s'octroie dans la consultation, cela peut faciliter ou au contraire limiter le déroulement de l'étude et de l'observation. La

²³ Bloy, "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale."

²⁴ Philip and Battista, "Mise en œuvre de la méthodologie de l'observation participante dans le cadre d'un mémoire de M2."

²⁵ Bloy and Schweyer, *Singuliers généralistes*.

²⁶ Bloy, "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale."

²⁷ Assurance Maladie, "La Convention Nationale 2016-2021 Entre Les Médecins Libéraux et l'assurance Maladie. Synthèse."

relation interpersonnelle du MSU et de l'interne, qui peuvent avoir des conceptions proches ou éloignées de leur métier va aussi rentrer en compte, comme G Bloy a pu le mettre en évidence dans ses travaux²⁸.

2.2 Méthode mixte convergente

La méthode mixte convergente utilise conjointement les méthodes de recherche quantitative et qualitative, sur un même objet²⁹. Comme nous l'avons vu dans les limites de l'observation participante, une manière de les lever est de réaliser une triangulation. Celle-ci peut avoir lieu en faisant un recueil multiforme.

Le recueil quantitatif à partir d'une grille de recueil précise du déroulé de la consultation nous permet de mesurer ce qui est observé. Les observateurs étant multiples et l'objet observé faisant l'objet d'interprétation, une même consultation risque d'être codée de manière différente par chaque investigateur. Bien qu'une harmonisation ait été réalisée par une formation initiale et des réunions ultérieures, l'expérience de l'étude nationale ECOGEN a permis de pointer cette variabilité persistante.

La prise de note libre, avec une trame schématique des consultations avec plainte de sommeil a été décidée pour étayer les observations codées. Les enregistrements ont été proposés avec un double objectif de contrôle qualité et de niveau d'analyse supplémentaire.

Le caractère convergent de la méthode a en premier lieu été utilisé pour corriger le codage de la grille de recueil. Lorsqu'une modification était réalisée dans le codage, la décision était explicitée et faisait l'objet d'un consensus.

Le nettoyage de la base de données par cette méthode a commencé à faire émerger des questionnements et des hypothèses. Ils ont été notés pour être ensuite étayés par l'analyse des prises de notes et l'écoute des consultations.

Ainsi, l'analyse quantitative et qualitative ont été réalisées en parallèle.

²⁸ Bloy, "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale."

²⁹ Guével and Pommier, "Recherche par les méthodes mixtes en santé publique."

3 Méthodologie de l'étude

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé un travail exploratoire, avec 5 internes volontaires, sur un premier semestre de stage auprès de praticiens de médecine générale. En s'appuyant sur le recueil quantitatif de l'étude ECOGEN, nous y avons associé une observation qualitative ciblée. Ils ont observé le déroulement de demi-journées de consultations de leurs maîtres de stage après leur accord et celui de leurs patients. Les demi-journées d'observation étaient choisies de manière aléatoire. Lorsqu'une plainte relative au sommeil était abordée, ils prenaient des notes suivant une trame ouverte, et si possible enregistraient le déroulé de la consultation dans son ensemble. Ces observations ont permis un recueil quantitatif présentiel, et non déclaratif. Des réunions de suivi avec les internes et les maîtres de stage ont établi la faisabilité et l'acceptabilité de l'étude a posteriori. Les réunions ont fait l'objet d'une prise de notes initialement, puis d'enregistrements. Enfin, il était demandé aux internes pour leur mémoire de stage de relater leur expérience d'investigateur. Ce matériel a aussi été consulté pendant l'analyse. Cette phase exploratoire a permis d'affiner la méthodologie de l'étude. Les résultats de cette phase ont été intégrés à l'analyse. Le schéma général du dispositif est résumé figure 1.

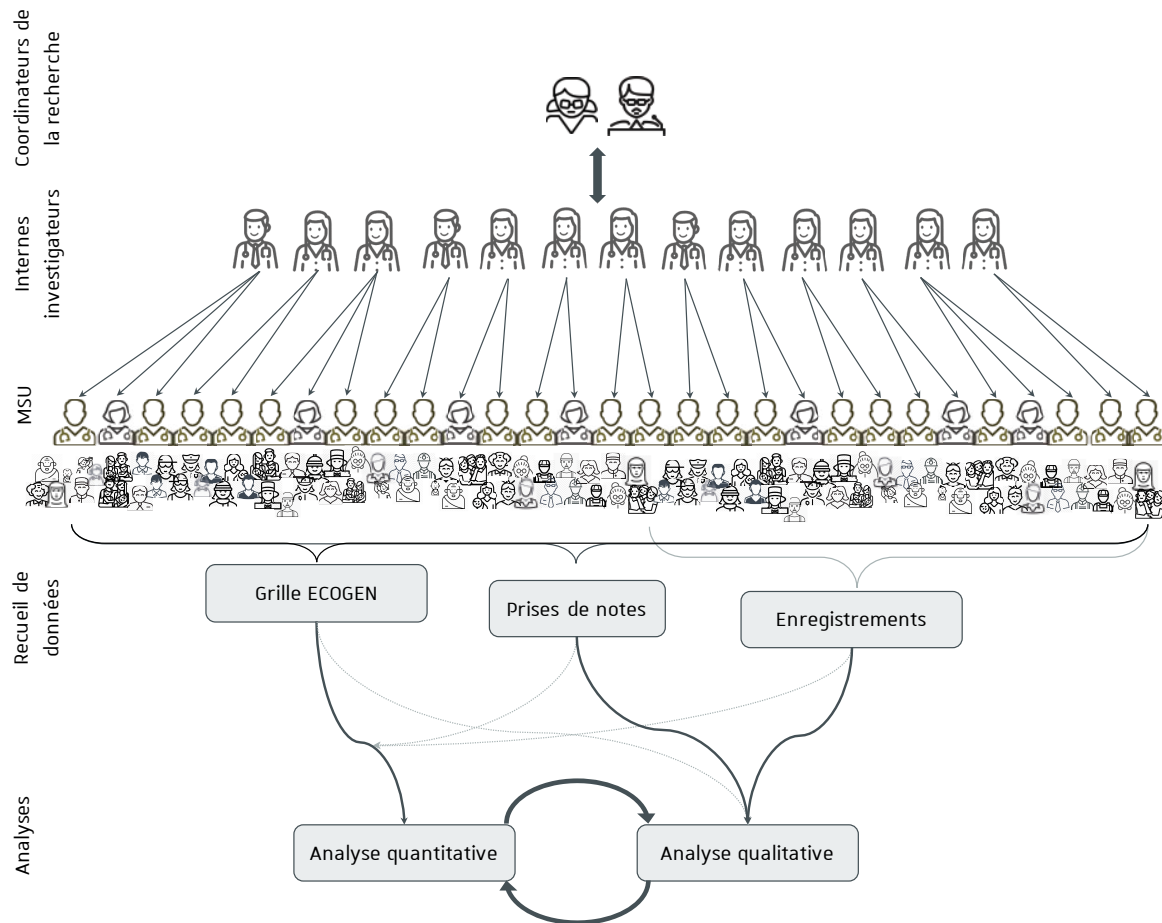


Figure 1. Schéma général du dispositif de l'étude

3.1 Population

3.1.1 Internes investigateurs :

Dans un premier temps, j'ai recruté des internes en premier niveau de stage auprès du praticien. C'est un stage qui se prête bien à une étude observationnelle, car il est structuré en trois étapes : l'observation active du maître de stage, puis la pratique en supervision directe, sous le regard de son maître de stage, enfin l'autonomie avec une pratique seul et une supervision indirecte. La phase d'observation est donc inhérente à ce stage. Ils étaient tous volontaires pour participer à l'étude et avaient obtenu l'accord de leurs praticiens. En contrepartie de leur participation, ils pouvaient utiliser les données de l'étude pour réaliser leur mémoire de DES (diplôme d'études supérieures) et leur thèse d'exercice. Le rapport de stage attendu devait porter sur leur retour d'expérience d'investigateur.

3.1.2 Médecins :

Ensuite, les internes devaient demander l'autorisation aux médecins généralistes maîtres de stage les accueillant pour participer l'étude, a minima pour le recueil de données écrites. Nous avons rencontré quelques difficultés avec les praticiens : difficulté à comprendre la place de « simple observateur », peur du jugement et du regard de « la faculté » sur leur pratique, réticence de certains internes à présenter la totalité de l'étude au praticien, en particulier l'enregistrement, interrogations sur les objectifs de l'étude. Forte de cette expérience, les semestres suivants j'ai contacté moi-même les médecins pour leur présenter l'étude et le rôle des internes. Le projet était présenté comme « une observation des pratiques en médecine générale. » Il était précisé que l'objet exact de l'étude leur serait donné à la fin du recueil afin de ne pas influencer leur pratique. Le profil de chaque MSU participant a été recueilli a posteriori en reprenant les éléments de l'étude ECOGEN, ainsi qu'une estimation du type de patientèle (en termes d'âge et de régime d'exonération) (annexe 1).

3.1.3 Patients :

Lors des périodes d'observation, l'étude était proposée à tous les patients se présentant en consultation de médecine générale ou vus lors de visites à domicile. Ils étaient inclus s'ils donnaient leur accord oral pour l'étude, d'une part pour le recueil de données écrit, d'autre part, dans un deuxième temps, pour l'enregistrement. Nous envisagions une bonne acceptabilité : lors de l'étude nationale ECOGEN, le taux de refus de présence de l'interne avait été de 0.8%, et aucun refus de l'étude lorsque l'interne était présent.

3.2 Déroulement de l'étude :

Chaque interne réalisait une observation des consultations su MSU lors de 6 à 8 demi-journées par MSU, choisies de manière aléatoire.

Le recueil des données s'effectuait selon 3 modalités :

- Un recueil quantitatif selon une grille d'observation structurée (*annexe 2*)
- Un recueil qualitatif selon une trame d'observation ouverte (*annexe 3*)
- Un enregistrement audio de chaque consultation, lorsque le médecin et le patient avaient donné leur accord.

Les observations ont été réalisées dans les mêmes conditions que lors de l'étude ECOGEN³⁰, après un temps de formation, et une mise au point après deux demi-journées d'observation. Ces étapes étaient nécessaires pour harmoniser la manière de compléter les grilles de recueil.

Un contrôle qualité est prévu, en deux temps :

- Une vérification de la grille par le maître de stage universitaire sur trois consultations prises au hasard,
- Une consultation enregistrée par chaque étudiant, et reprise en groupe.

Les consignes concernant le codage des troubles du sommeil et la prise de note qualitative était volontairement très large : contrairement à l'étude ECOGEN, où le codage était réalisé en fonction des résultats de consultation, les internes avaient pour consigne de coder la plainte d'insomnie dès que le patient ou le médecin l'évoquait, et ce indépendamment du contexte, et de l'exploitation éventuelle de ce motif au cours de la consultation. L'objectif de cette sélection « large » était d'avoir accès facilement à toutes ces consultations et de pouvoir juger dans un deuxième temps de la pertinence d'inclure chacune d'elles dans l'étude. Un nettoyage précis de la base de données était effectué ensuite.

3.3 Description de la base de données quantitative

Les données étaient recueillies selon la grille standardisée proche de celle utilisée dans l'étude ECOGEN, réalisée de 2011 à 2013 par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et basée sur la CISP-2 (Classification internationale des soins primaires) de la WONCA (cf annexe 4).

³⁰ Letrillart et al., "ECOGEN : Étude Des Éléments de La Consultation En Médecine GENérale."

Elles portaient sur la date et la durée de la consultation, les données socio-démographiques du patient, et le contenu de la consultation détaillé comme suit :

- Les motifs de consultation (MC)
- Les actes réalisés au cours de la consultation, ou « procédures » (P). Il s'agit de tous les actes réalisés par le médecin pendant la consultation, par l'examen clinique, une vaccination, un appel téléphonique à un confrère, une prescription d'arrêt de travail...
- Les conclusions de la consultation, ou « résultats de consultation » (RC)
- L'ordonnance médicamenteuse le cas échéant.

Les données des médecins et des patients étaient anonymisées à la source grâce à un code alphanumérique.

3.4 Description du nettoyage de la base de données

Pour le codage comme pour l'interprétation des résultats se pose la question de la définition de l'insomnie. En effet, cette définition va déterminer quelles consultations sont retenues ou exclues et va modifier les résultats. Nous avons vu les différentes définitions de l'insomnie, en fonction des classifications actuelles. Cependant, les échanges qui ont lieu pendant une consultation de médecine générale ne permettent pas toujours de vérifier les critères diagnostiques de ces classifications. Pour cette raison, nous avons préféré un abord pragmatique.

3.4.1 A partir des codes « P06 »

Pour réaliser le nettoyage de la base de données, nous avons dans un premier temps utilisé les verbatim associés au code « P06 ». Le codage P06 de la CISP-2 qui nous intéressait correspondait à l'intitulé "*perturbation du sommeil*". Il se référait au chapitre "*Psychologique*". Il inclut : insomnie, cauchemar, apnées du sommeil, somnambulisme, somnolence. Il exclut : syndrome du décalage horaire A88, et syndrome des jambes sans repos N04. Il s'agit d'un diagnostic, la perturbation du sommeil doit constituer une plainte majeure, qui, de l'avis tant du patient que du médecin, n'a pas d'autre problème pour origine mais existe par elle-même. Une insomnie se caractérise par une insuffisance quantitative ou qualitative du sommeil qui doit, de l'avis du patient, être insatisfaisant depuis longtemps. Dans l'hypersomnie, il existe une torpeur diurne excessive ainsi que des attaques de sommeil qui limitent les performances du patient.

En effet, il regroupe les « perturbations du sommeil », incluant l'insomnie, le syndrome d'apnées du sommeil, le somnambulisme et la somnolence, mais pas le décalage horaire (A88) ni le syndrome des jambes sans repos (N04)³¹. Les étudiants avaient pour consigne de compléter chaque code, autant que possible par du texte pour le préciser. Nous avons considéré comme une insomnie toutes les consultations pour lesquelles l'interne avait codé « insomnie », quels que soient les éléments cliniques à notre disposition. De même, lorsqu'il y avait un codage précisant simplement « troubles du sommeil », nous avons retenu le diagnostic d'insomnie lorsqu'il y avait des éléments de prise en charge (en particulier la prescription de somnifères) cohérents, ou des éléments de la prise de notes des internes qui s'y rapportaient. Quand ces verbatim indiquaient clairement une autre perturbation du sommeil que l'insomnie, nous avons exclu ces consultations.

3.4.2 A partir des prises de notes

3.4.2.1 Exclusion :

Les prises de notes de consultations nous ont permis de confirmer ces exclusions et de vérifier les consultations où il persistait un doute. Nous avons utilisé ces mêmes retranscriptions pour ajouter certaines consultations où n'apparaissait pas le code P06. Nous avons exclu les consultations où l'insomnie était clairement un problème aigu et réactionnel, en particulier dans le cadre de pathologies virales, par exemple : « *Patient présentant un syndrome grippal. Ses symptômes l'empêchent de dormir mais il ne s'attarde pas dessus. Désire uniquement le traitement pour ses symptômes.* »

« *Brûlures épigastriques et dyspepsie qui empêchent le patient de dormir ; Le médecin conseille de surélever la tête du lit, prescrit du gaviscon et de l'esoméprazole.* »

Nous avons aussi exclu les consultations où les patients répondent clairement qu'ils dorment bien :

« *Qualité du sommeil demandé par le médecin. Pas de plainte de la part du patient.* »

« *Le médecin demande rapidement à la fin de la consultation de sa sœur « vous dormez bien ? Êtes-vous déprimée ? » Le médecin explore le contexte psychosocial, évoque le stress de s'occuper de sa sœur et de sa mère. La patiente répond rapidement qu'elle n'a pas de soucis pour dormir, évoque simplement une fatigue la journée.* »

³¹ Jamouille et al., *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2)*.

Ensuite, nous avons exclu les consultations où le code avait été mis « en excès », typiquement lorsqu'un patient venait pour un syndrome viral, une rhino-pharyngite, à cause de laquelle il avait mal dormi la nuit précédente.

3.4.2.2 Cas litigieux :

Pour les consultations où un doute persistait, nous avons décidé de les conserver ou les exclure par consensus entre 2 chercheurs (Y F-T et moi-même) :

- Lorsqu'il n'y avait pas de codage, mais des éléments de prise de notes se rapportant à une possible insomnie. Par exemple « *toplexil represcrit. Pour l'insomnie ??? sûrement (pas de toux)* » ou « *qualité du sommeil abordé par le médecin. Se plaint de réveil nocturne mais refuse catégoriquement de prendre des médicaments pour dormir* ».
- Lorsque l'insomnie semblait secondaire à une pathologie chronique, ou intriquée avec un syndrome d'apnées du sommeil, nous les avons conservées car cela fait partie des causes secondaires d'insomnie, et des risques de chronicisation du trouble.

Ces consultations ont été intégrées car elles nous semblaient compléter l'éventail des situations d'insomnie rencontrées en médecine générale, et étayer le propos.

3.4.2.3 Prescription de somnifères, sans codage :

Enfin, nous avons choisi d'ajouter toutes les consultations où l'on retrouvait dans les prescriptions du zopiclone ou du zolpidem, molécules exclusivement prescrites à visée hypnotique. Nous n'avons pas ajouté d'autres molécules benzodiazépines qui peuvent être utilisées à visée hypnotique, en raison d'un risque de confusion et de sur-interprétation.

3.5 Analyse :

L'analyse des données a été réalisée selon une méthode mixte. Son intérêt consiste en la possibilité de croiser une étude quantitative avec une approche d'inspiration ethno-anthropologique³².

³² Fassin and Bensa, *Les politiques de l'enquête - Epreuve ethnographique*.

La partie quantitative de l'analyse a été réalisée à partir de la grille de recueil de données. Comme décrit plus haut, nous nous sommes servis du recueil qualitatif pour affiner le nettoyage de la base de données. L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide d'un biostatisticien (Dr François Lefebvre). Elle a comporté une partie descriptive et une partie inférentielle.

Nous avons dans un premier temps fait une analyse statistique descriptive de la prévalence de la plainte d'insomnie, des comorbidités associées, des procédures et thérapeutiques mises en place pendant la consultation. L'analyse statistique descriptive des variables quantitatives s'est faite en donnant pour chaque variable, les paramètres de position (moyenne, médiane, minimum, maximum, premier et troisième quartiles) ainsi que les paramètres de dispersion (variance, écart-type, étendue, écart interquartile). Le caractère gaussien des données a été testé par le test de Shapiro-Wilk et par des diagrammes quantiles-quantiles.

Le descriptif des variables qualitatives s'est fait en donnant les effectifs et proportions de chaque modalité dans l'échantillon. Chaque fois que cela a été utile, des tableaux croisés ont été donnés avec effectifs, proportions par ligne, proportions par colonne et proportions par rapport au total, pour chaque case du tableau.

Une analyse inférentielle a recherché les facteurs associés à la plainte d'insomnie, puis ceux associés à la prescription ou non prescription d'hypnotiques. L'analyse inférentielle pour les variables qualitatives s'est faite soit avec un test du X^2 soit avec un test exact de Fisher, selon les effectifs théoriques des tableaux croisés. Les comparaisons de variables quantitatives entre groupes ont été réalisées soit par un test de Student (lorsque la variable d'intérêt était gaussienne), avec correction éventuelle pour tenir compte de l'hétérogénéité des variances (test de Welsh), soit par un test non-paramétrique dans le cas contraire (test de Mann-Whitney-Wilcoxon). Pour les comparaisons entre plus de deux groupes, les analyses ont été faites soit par une analyse de la variance (cas gaussien) soit par son équivalent non-paramétrique, à savoir le test de Kruskal-Wallis (données non gaussiennes).

Une analyse multivariée a été réalisée avec l'ensemble des variables d'intérêt suivie d'une méthode de sélection descendante pas-à-pas basée sur la minimisation de l'AIC (critère d'information d'Akaike) a été réalisée.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R dans sa version 3.4.3 ainsi qu'avec tous les logiciels requis pour mener à bien les analyses.

Les notes d'observation et les retranscriptions des enregistrements de consultation ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Le choix de la méthode s'est inspiré de la recherche inductive par théorisation ancrée, selon un modèle constructiviste³³. Il s'agit d'une méthode inductive, où les données recueillies et analysées donnent la direction à suivre. Le sujet précis n'est pas défini au préalable, seul le champ de recherche est prédéfini. L'analyse et l'interprétation des données se fait par comparaison continue, avec un retour permanent aux données pour vérifier les hypothèses émergentes. Nous nous sommes approché d'un modèle constructiviste plutôt que positiviste, comme décrite initialement en 1967 par Glaser et Strauss³⁴ : la démarche vise à théoriser un phénomène : non pas de concevoir de grandes théories, mais plutôt d'expliquer les thèmes issus de l'analyse, de les mettre en relation et d'en extraire le sens. L'approche compréhensive, plus constructiviste, prend en compte la partialité du chercheur, ainsi que le contexte plus large où se situe le travail. Comme nous l'avons abordé dans les objectifs (2.3), les premiers résultats de l'analyse mixte ont fait émerger des hypothèses théoriques, que nous avons vérifiées en reprenant les données quantitatives et qualitatives de l'étude.

3.6 Considérations éthiques et réglementaires

Le projet a fait l'objet d'un avis favorable du comité d'éthique des facultés de médecine, d'odontologie, de pharmacie et du CHRU de Strasbourg en novembre 2014 (*avis n°AMK/BG/ 2014/ dossier 2014-48, annexe 5*). Les données écrites étaient anonymisées à la source grâce à un code alphanumérique : une lettre d'anonymat pour chaque médecin, connue uniquement des internes et non de l'investigateur principal, et un numéro pour chaque consultation sous la forme jour-mois-numéro de consultation.

Les enregistrements ont été transformés pour ne pas reconnaître les voix, et détruits une fois retranscrits. Lors de la retranscription, les éléments d'identification (noms, lieux) ont été modifiés.

³³ Charmaz, "Constructivist and Objectivist Grounded Theory."

³⁴ Glaser and Strauss, *The Discovery of Grounded Theory*.

4 Résultats

Dans un premier temps, nous présentons les principaux résultats généraux, afin d'avoir des repères sur les données globales de l'étude. Ensuite, nous traiterons les résultats plus spécifiques à notre question de recherche.

Les résultats des analyses statistiques sont présentés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives, et comparées avec le test adéquat (Chi-2). Les variables qualitatives sont présentées avec la moyenne et le S.E.M., et comparées avec le test adéquat. La différence statistique significative retenue avec un risque alpha de 5% est présentée sous la forme du p.

4.1. Résultats généraux

4.1.1. Recueil de données

Treize internes ont participé au recueil de données : 5 au semestre de novembre 2013 à avril 2014, 4 au semestre de mai 2014 à octobre 2014, et 4 au semestre de novembre 2014 à avril 2015. 29 MSU différents ont été observés, dont certains par plusieurs internes pendant la même période de recueil ou pendant 2 périodes successives. Parmi eux, 14 ont accepté l'enregistrement. Nous n'avons pas de données précises du taux de refus, qui n'a pas été relevé pendant l'étude, mais les internes n'avaient aucun refus lorsqu'ils étaient présents en consultation, et ils nous ont signalé un faible nombre de consultations où leur présence n'était pas acceptée. En ce qui concerne l'enregistrement, le refus a été précisé dans les notes pour 2 consultations.

Au total, 1188 consultations exploitables ont été recueillies, dont 1013 adultes. Un total de 83 consultations contenaient soit un motif (MC), soit un résultat de consultation (RC) avec troubles du sommeil. Nous avons vérifié 37 consultations à partir des verbatim de la base de données, des retranscriptions et des enregistrements. Cela nous a amené à exclure 12 consultations qui concernaient un trouble respiratoire du sommeil ou des troubles intermittents liés à une infection ORL. Nous avons ajouté 14 consultations, après lecture des retranscriptions et si nécessaire écoute des consultations. Enfin, nous avons ajouté 17 consultations où une prescription de zopiclone ou zolpidem était retrouvée. Au total, après nettoyage de la base de données, nous avons retenu 102 consultations avec plainte d'insomnie. Sur ces consultations, 82 avaient une prise de notes retranscrite (sur un total de 116 prises de notes), auxquelles nous avons ajouté 2 consultations qui apparaissaient dans les prises de notes mais dont le code n'a pas permis de retrouver

les données quantitatives. Enfin, 32 ont été enregistrées, et 29 enregistrements ont été exploitables, dont 3 qui n'avaient pas de prise de notes associée.

Ces résultats sont résumés dans le diagramme de flux, figure 2.

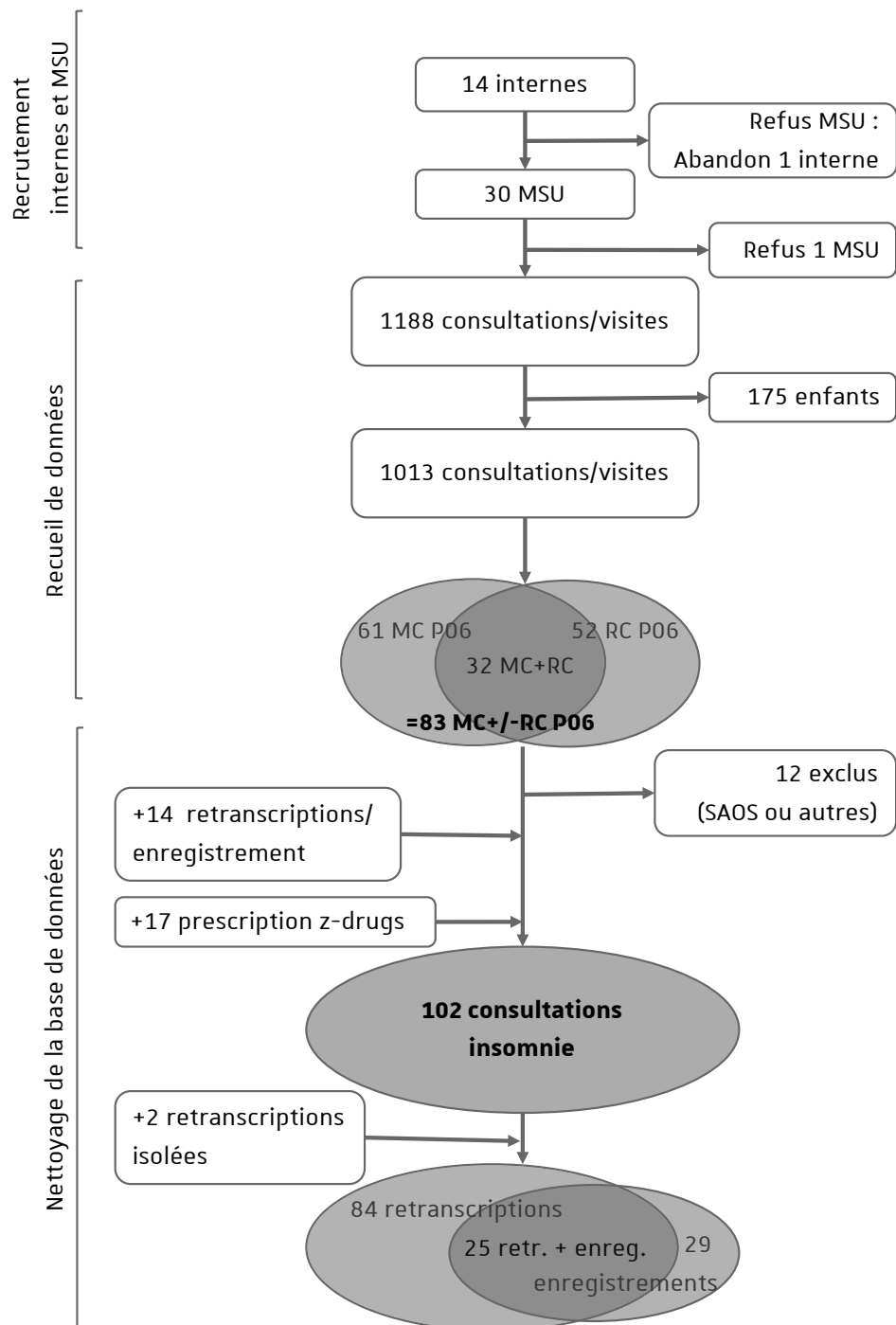


Figure 2. Diagramme de flux

4.1.1 Contenu des prises de note

Les prises de notes sont développées de manière très variable d'une consultation à l'autre et d'un interne à l'autre. Les exemples ci-après illustrent les différents types de notes qui ont été prises.

Chez un même médecin, la note est brève lorsqu'il n'y a pas de développement : « *Qualité du sommeil demandé par le médecin. Pas de plainte de la part du patient.* » (S06-06-1, exclu). A contrario, la consultation est détaillée lorsque le trouble du sommeil est développé : « *Motif sommeil initié par le patient en début de consultation. Demande du patient : se plaint d'asthénie, de réveils fréquents avec un sommeil qu'il dit être de mauvaise qualité avec sensation de sommeil léger. Pas de problème d'endormissement. Par ailleurs il s'agit d'un patient atteint de SAOS et qui ne met pas toujours son masque PPC. Il prend de la Valériane jusqu'à 4 comprimés par jour. Cette plainte s'intègre dans un contexte d'anxiété chez un patient ancien fumeur de cannabis et sans activité professionnelle. Il est suivi actuellement par une psychologue pour reconditionnement au sommeil par TCC. Il dit ne pas appliquer tous les conseils prodigués. Il se couche entre 23h et 3h du matin et ne fait pas beaucoup d'activité physique la journée. Dr S. lui propose dans un premier temps de mettre son masque PPC toutes les nuits. Il lui propose de faire une nuit blanche afin d'avoir une dette de sommeil et ainsi de recadrer ses cycles de sommeil. Il lui explique l'importance de poursuivre à tout prix ces activités habituelles, en l'occurrence la pêche. Un week-end de pêche est prévu le week-end mais il ne veut pas y aller car il se sent trop fatigué. Dr S. lui explique qu'un traitement médicamenteux n'est pas adapté à son cas (trouble chronique entrant dans le cadre d'anxiété généralisée avec antécédent d'addiction) Le patient paraît rassuré et satisfait de la réponse en fin de consultation » (S-06-06-7).*

Certains internes ont détaillé les échanges, reprenant parfois les enregistrements : « *Après la longue liste des antécédents et traitements pris par la patiente à fortes doses elle décrit : « Je n'ai pas dormi de la nuit, je suis exténuée physiquement et psychiquement. (...) - Redites moi les symptômes qui vous gênent le plus, c'est la fatigue ? - Je ne dors pas la nuit donc je prends un peu de xanax®. - L'insomnie c'est à cause de quoi ? - Je pense que c'était le xéloda® qui m'énervait. J'avais parfois des palpitations, j'étais speed, la nuit quand tu ne dors pas tu cogites toujours, j'étais exténuée, tout prenait des proportions dans ma tête. » (q-23-07-2).*

Parfois, ils ajoutent un commentaire personnel avec leur impression ou des échanges avec le médecin : « *Comme c'est un nouveau patient, on sent le médecin plus libre de donner son point de vue, et de mettre les pieds dans le plat « ça rend gaga. Pourquoi vous le prenez ? » « ... décès de ma femme ». Pourtant il*

lance encore après l'idée du sevrage qui obtiendra un Non. Le patient est accessible à la discussion et répond toujours après un temps de réflexion (comme pour peser ses mots). (...) Mais patient non convaincu, que l'on sent rassuré par la prise médicamenteuse. (...) Le médecin semble assez à l'aise. Probablement car c'est un nouveau patient et que les habitudes ne sont pas encore enclavées entre le médecin et son patient. » (K-25-06-1)

4.1.2 *Retranscription des consultations enregistrées*

Les 29 consultations enregistrées représentaient un total de 619 minutes d'enregistrement. Toutes les consultations ont été écoutées au moins une fois. Elles ont été retranscrites soit en intégralité, soit partiellement pour certaines consultations très longues, lorsqu'elles étaient centrées sur un autre problème que l'insomnie. Dans ce cas, la ou les parties concernant l'insomnie étaient intégralement retranscrites, et une partie des autres éléments l'était aussi. Ceci a permis d'avoir une idée du contenu et du ton général de l'échange. (exemples en annexe 6)

4.1.3 Descriptif des médecins

Table 1. Descriptif des médecins maîtres de stage recrutés

Lettre	d'anonymat	enregistrement	âge	genre	lieu d'exercice	seul/ groupe	rendez-vous /libre	secrétariat	consultations /an	Durée travail /semaine (h)	Gardes	semaines de vacances/an	abonnement / revues médicales	visiteurs médicaux
A	non	55	homme	urbain	groupe	rdv	sur place	5000	50	non	8	prescrire	oui	
AA	non	62	homme	urbain	seul	rdv	sur place	8000	60	non	6,5	gratuites	oui	
AB	oui	45	femme	rural	groupe	rdv	sur place	*	55	oui	8	prescrire	oui	
AC	oui	66	homme	urbain	seul	rdv	non	5000	40	non	6	prescrire	non	
AD	oui	49	homme	rural	groupe	rdv	sur place	5434	65	oui	6	prescrire	non	
AE	oui	58	femme	urbain	groupe	rdv	sur place	4000	70	non	6	non	oui	
BF	non	63	homme	urbain	seul	les deux	non	6000	38	oui	6	prescrire	non	
C	oui	64	femme	urbain	groupe	les deux	sur place	4799	32	non	10	prescrire exercer pratiques rhizomes	non	
D	oui	57	femme	urbain	groupe	les deux	sur place	4793	50	non	8	pratiques prescrire asf caf	non	
E	non	54	homme	urbain	seul	rdv	téléphonique	7711	56	non	9	non	non	
GZ	non	56.5	homme	rural	seul	les deux	téléphonique	6500	60	oui	10	prescrire	non	
H	non	63	homme	urbain	groupe	sans rdv	téléphonique	4000	50	non	6	non	non	
I	non	51	femme	urbain	groupe	rdv	sur place	4800	45	non	4	prescrire	oui	
J	non	58	homme	urbain	groupe	rdv	sur place	4000	55	non	8	prescrire	oui	
K	oui	41	homme	rural	groupe	rdv	sur place	5400	60	oui	4	prescrire exercer	non	
L	non	43	homme	rural	seul	les deux	non	6099	40	oui	6	concours revue orl	oui	
M	oui	56	homme	rural	groupe	rdv	sur place	6000	40	oui	5,5	non	non	
N	non	59	femme	rural	groupe	les deux	téléphonique	5527	65	oui	5	la revue du praticien prescrire	oui	
O	non	58	homme	rural	groupe	les deux	non	6000	*	oui	6	prescrire	oui	
P	oui	63	homme	urbain	seul	sans rdv	sur place	6500	75	non	7	non	non	
Q	oui	57	homme	urbain	seul	rdv	sur place	4000	70	non	8	revues gratuites	oui	
R	oui	63	homme	urbain	groupe	les deux	sur place	4000	40	non	6	non	non	
S	oui	51	homme	rural	seul	sansrdv	non	7000	beaucoup	oui	5	prescrire	non	
SOS	non	35	homme	urbain	groupe	sans rdv	téléphonique	*	*	*	*	*	*	
T	oui	63	homme	urbain	groupe	sans rdv	sur place	3500	55	non	4	prescrire	oui	
U	non	50	femme	rural	groupe	*	*	*	50	*	*	*	*	
V	oui	57	homme	urbain	seul	rdv	non	6700	40	non	7	prescrire	non	
W	non	67	homme	urbain	seul	les deux	non	4500	60	non	5	non	oui	
Y	non	60	homme	urbain	seul	sans rdv	non	>6500	30	non	6	gratuites	oui	

Les médecins, tous maîtres de stage des universités, étaient variés en terme d'âge, de sexe, et de mode d'exercice : seuls ou en groupe, avec ou sans rendez-vous, avec ou sans secrétariat. Ils avaient des volumes de consultations annuelles très variables, de même que leurs conditions de vie en terme de durée hebdomadaire de travail ou de vacances. Parmi les revues auxquelles ils déclaraient être abonnés, la revue Prescrire était majoritaire, et souvent leur seul abonnement payant. Près de la moitié d'entre eux déclaraient recevoir les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques.

Table 2. Comparaison des médecins recrutés aux médecins alsaciens (données SNIIRAM)

	ÉTUDE			DONNÉES SNIIRAM			p
	total	Hommes	femmes	total	Hommes	femmes	
Effectif (%)	29	22 (76%)	7 (24%)	1977	1223 (62%)	754 (38%)	0.032
Âge moyen	56.0	56.4	54.9	52.8	56.1	47.4	0.609
Exercice en ville %	65.5	68.1	42.9	83.7	82.8	85.0	0.066
Rural %	34.5	4.5	57.1	16.3	17.2	15.0	
En groupe %	57.1	42.9	100	41.0	39.4	43.5	0.008
Consultations/an	5452	5611	4783	4866	*	*	*
Enfants %	17.6	16.1	22.9	18.4	20.5	16.6	
Personnes âgées %	17.1	19.4	8.8	15.3	13.6	16.7	0.227
ALD %	30.7	28.8	36.6	19.7	21.7	18.1	
CMU %	11.6	7.7	24.8	6.6	6.4	6.7	

Les médecins recrutés pour notre étude étaient comparables aux médecins de la région en termes d'âge, et de genre (tableau 2). Ils différaient pour la répartition rurale et urbaine, ainsi que pour le mode d'exercice, seul ou en groupe. Il n'y avait pas de différence significative en termes de type de patientèle (enfants, personnes âgées, affection longue durée ou couverture maladie universelle), et le volume de consultation annuelle déclaré était proche de la moyenne régionale.

Le nombre de consultations totales recueillies par médecin est très variable, avec un minimum à 4 consultations (adultes), et un maximum à 94. De même, le nombre de consultations avec plainte d'insomnie varie de 0 à 11 consultations (figure 3).

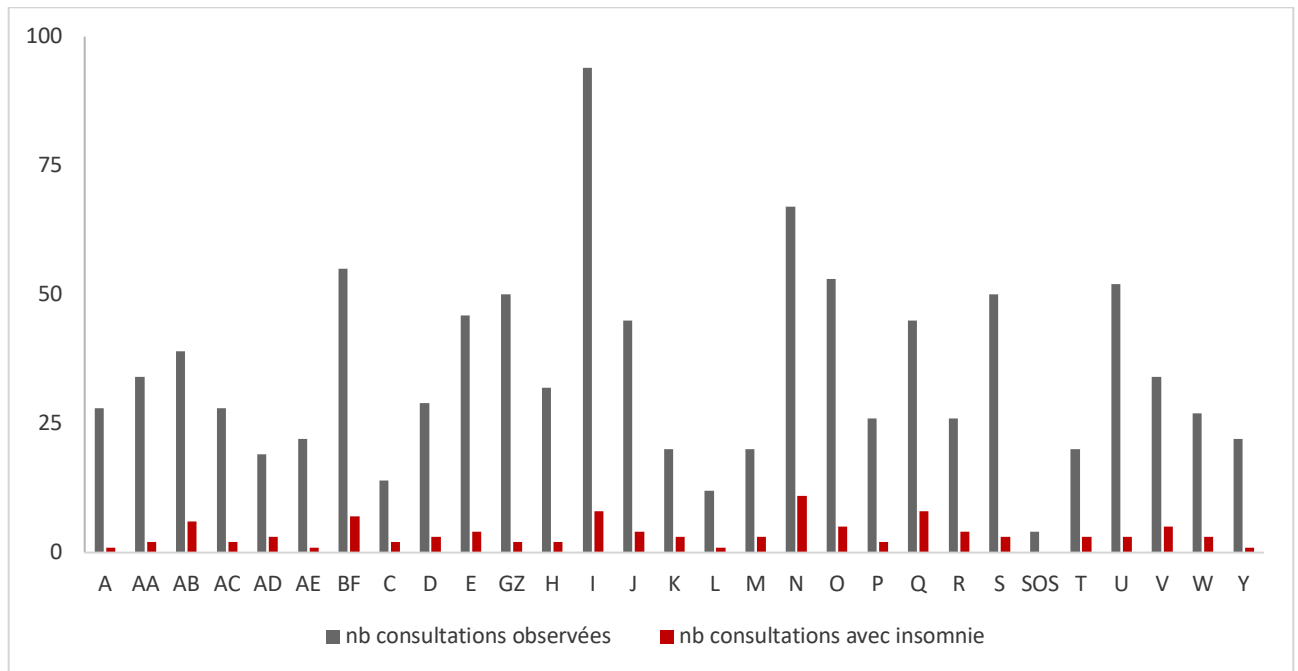


Figure 3. Nombre de consultations observées par médecin, pour patients adultes et patients insomniaques

4.1.4 Comparaison des groupes de patients selon le code retenu pour l'insomnie

Nous avons comparé les caractéristiques des patients du groupe retenu comme « insomniaque » après le nettoyage de la base de données aux différents groupes de la base de données initiale : respectivement les consultations avec un motif codé P06, celles avec un résultat codé P06, enfin celles avec un motif et/ou un résultat codé P06.

L'âge moyen des patients est plus élevé dans le groupe final, qui regroupe davantage de retraités. Le nombre de somnifères prescrits est plus important (17 consultations en plus) : la différence tient au fait que nous avons ajouté dans ce groupe toutes les consultations qui aboutissaient à une prescription de somnifère (z-drugs uniquement), même s'il n'y avait pas de codage correspondant.

Table 3. Comparaison des patients ayant un motif, un résultat de consultation « P06 », les deux, avec le codage final retenu après nettoyage de la base de données

	MC P06	RC P06	MCRC P06	insomnie final
n	61	54	83	102
Age (sem)	54.9 (2.0)	56.3 (2.6)	56.6 (1.9)	60.2 (1.6)
Sexe F	40 (65,6 %)	33 (61,1 %)	52 (62,7 %)	67 (65.7%)
CSP				
Agriculteur	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0.0%)
Artisan-Commerçant,	2 (3,3 %)	1 (1,9 %)	3 (3,7 %)	4 (3.9%)
Employé,	20 (33,3 %)	14 (24,4 %)	24 (29,3 %)	24 (23.8%)
Ouvrier,	2 (3,3 %)	3 (5,7 %)	4 (4,9 %)	4 (3.9%)
Cadre sup,	2 (3,3 %)	2 (3,8 %)	3 (3,7 %)	5 (4.9%)
Profession intermédiaire,	2 (3,3 %)	1 (1,9%)	2 (2,4 %)	2 (2.0%)
Retraité,	22 (36,7 %)	24 (45,3 %)	35 (42,7 %)	53 (52.5%)
Sans profession	10 (16,7 %)	8 (15,1 %)	11 (13,4 %)	9 (8.9%)
durée consultation (min) (sem)	22.6 (1.4)	21.6 (1.3)	22.1 (1.1)	21.3 (1.0)
nb MC (sem)	4,4 (0,3)	3.0 (0,2)	3,8 (0,2)	3.5 (0.2)
nb procédures (sem)	3,4 (0,2)	3,4 (0,2)	3,4 (0,1)	3.5 (0.1)
nb RC (sem)	2,6 (0,2)	2,8 (0,2)	2,7 (0,1)	2.6 (0.1)
nb médicaments (sem)	3,1 (0,3)	3,7 (0,4)	3,8 (0,3)	4.1 (0.3)
Somnifères (z-drugs ou benzo) (%)	19 (31.2%)	32 (59.3%)	37 (44.6%)	54 (53.0%)

Légende : MC P06 : consultations qui présentaient un motif de consultation codé P06 (troubles du sommeil); RC P06 : consultations qui présentaient un résultat de consultation codé P06 ; MCRC P06 : consultations qui présentaient un motif et/ou un résultat de consultation codé P06. Les résultats sont indiqués en effectifs (avec pourcentage) ou en moyenne (avec S.E.M). Les résultats en gras indiquent les différences les plus importantes. Le calcul de différence entre les groupes n'a pas été possible, ces groupes n'étant pas mutuellement exclusifs.

4.1.5 Comparaison de la population insomniacque au reste de la population consultante.

Table 4. Descriptif général de la population insomniacque par rapport au reste des consultations

		Total	Non insomniacque	Insomniacque	p
n		1013	911	102	
Âge		52,4 (0,56)	51.6 (0.6)	60.2 (1.6)	<0.0001***
Sexe n Femmes (%)		533 (52,6 %)	466 (51.2%)	67 (65.7%)	0.0053**
CSP	Agriculteur,	5 (0,5 %)	5 (0.6%)	0 (0%)	
	Artisan commerçant,	35 (3,6 %)	31 (3.6%)	4 (4.0%)	
	Employé,	298 (30,8 %)	274 (31.6%)	24 (23.8%)	
	Ouvrier,	64 (6,6 %)	60 (6.9%)	4 (4.0%)	
	Cadre sup,	55 (5,7 %)	50 (5.8%)	5 (4.9%)	0.0187*
	Profession intermédiaire,	27 (2,8 %)	25 (2.9)	2 (2.0%)	
	Retraité,	338 (34,9 %)	285 (32.9%)	53 (52.5%)**	
	Sans profession	146 (15,1 %)	137 (15.8%)	9 (8.9%)	
Statut sécu	RG	692 (68,3 %)	632 (69.4%)	60 (58.8%)	0.0298*
	ALD	255 (25,2 %)	218 (23.9%)	37 (36.3%)	0.0064**
	CMU	34 (3,4)	31 (3.4%)	3 (2.9%)	1
	AME	3 (0,3 %)	3 (0.3%)	0 (0.0%)	1
	AT	39 (3,9 %)	35 (3.8%)	4 (3.6%)	1
	MP	5 (0,5 %)	4 (0.4%)	1 (1.0%)	0.82
	Invalidité	13 (1,3 %)	12 (1.3%)	1 (1.0%)	1

Légende : statut sécu : RG : uniquement régime général, ALD : affection longue durée, CMU : couverture maladie universelle, AME : aide médicale d'état, AT : accident de travail, MP : maladie professionnelle. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Les patients insomniacques sont plus âgés, plus souvent des femmes, et plus souvent en exonération pour une affection longue durée (ALD). Il existe une différence selon la catégorie socio-professionnelle, principalement avec une représentation plus importante des retraités.

Table 5. Descriptif général des consultations et prescriptions pour l'insomnie

	Total	Non insomniaque	Insomniaque	P
Durée consultation (min) (sem)	15.7 (0.2)	15.1 (0.2)	21.3 (1.0)	<0.0001***
Nb MC (sem)	2,6 (0,05)	2.5 (0.04)	3.5 (0.16)	<0.0001***
Nb procédures (sem)	3,2 (0,04)	3.1 (0.04)	3.5 (0.11)	0.0103*
Nb RC (sem)	1,9 (0,04)	1.9 (0.04)	2.6 (0.14)	<0.0001***
Nb médicaments (sem)	2,8 (0,08)	2.6 (0.08)	4.1 (0.29)	<0.0001***
Consultation sans médicaments (%)	205 (20,2 %)	198 (21.7%)	7 (6.9%)	0.0004***
% Z-drug-bzd	54 (5.3%)	0	54 (52.9%)	<0.0001***
% autre allopathie	7 (0.7%)	0	7 (6.9%)	<0.0001***
% tout allopathie	59 (5.8%)	0	59 (57.8%)	<0.0001***
% phyto-homeo	15 (1.5%)	0	15 (14.7%)	<0.0001***

Légende : Z-drugs-dzd : consultations avec prescription de somnifères de type z-drugs (zopiclone, zolpidem) et/ou benzodiazépines ; autre allopathie consultations avec prescription d'autres molécules à visée hypnotiques par exemple anti-histaminiques, oxoméazine ou codéine ; tout allopathie : consultations avec prescription d'au moins une molécule à visée hypnotique, hors phytothérapie ou homéopathie. *** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

Les consultations des patients insomniaques sont significativement plus longues, avec davantage de motifs, de procédures et de résultats de consultation. Le nombre de médicaments prescrits est plus important, et il y a significativement moins de consultations sans prescription. Un somnifère (z-drug ou benzodiazépine) a été prescrit dans 53% des consultations avec plainte d'insomnie, plus rarement une autre molécule (principalement anti-histaminiques, dans 7%), et dans 15% des consultations un traitement par phytothérapie et/ou homéothérapie a été prescrit.

Table 6. Descriptif des motifs et résultats de consultations associés à l'insomnie

		Total	Non insomniaque	Insomniaque	P
Association à un RC « Psy » hors P06		104 (10.3%)	71 (7.8%)	33 (32.4%)	<0.0001***
	RC « dépression »	35 (3,5 %)	18 (2.0%)	17 (16.7%)	<0.0001***
	RC « anxiété »	31 (3,1 %)	21 (2.3%)	10 (9.8%)	0.001***
Association à un MC « social »		80 (7,9%)	58 (6.4%)	22 (21.6%)	<0.0001***
	RC « social »	37 (3,7 %)	27 (3.0%)	10 (9.8%)	0.005**
Association à un RC « respiratoire »		181 (17,9%)	166 (18.2%)	15 (14.7%)	0.38
	« écoute »	398 (39,3 %)	340 (37.3%)	58 (56.9%)	0.0001***
Association à une Procédure :	« prescription »	826 (81,5 %)	731 (80.2%)	95 (93.1%)	0.001***
	« administratif »	224 (22,1 %)	211 (23.2%)	13 (12.8%)	0.02*
	« orientation »	195 (19,3 %)	170 (18.7%)	25 (24.5%)	0.16

Légende : comparaison du pourcentage de consultations où apparaît une autre problématique chez les insomniaques et non insomniaques. MC « social » : motif de consultation du registre social selon la CISP, RC : résultat de consultation ; RC « Psy » : résultat de consultation du registre psychologique selon la CISP, détaillé en dessous comme « dépression » pour les codes s'y rapportant et « anxiété » pour les codes s'y rapportant. Comparaison des procédures réalisées pendant la consultation : à partir des codes se rapportant à de l'« écoute », une « prescription », une procédure « administrative » (certificat, arrêt de travail...) et l'« orientation » vers un médecin spécialiste. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Les consultations avec plainte d'insomnie sont significativement associées à des motifs ou des résultats concernant des problèmes sociaux, ainsi qu'à des résultats de consultation psychiatriques, en majorité dépression et anxiété. Lors de ces consultations, les médecins vont davantage développer l'écoute, prescrire plus souvent des médicaments, mais réalisent moins de procédures administratives.

Table 7. Analyse multivariée des caractéristiques des consultations avec insomnie par rapport aux autres consultations

	OR	IC	P
Age (/an supplémentaire)	1.03	1.017 1.046	<0.0001***
Sexe femme	2.00	1.26 3.21	0.004**
Durée (/min supplémentaire)	1.06	1.04 1.09	<0.0001***
RC psy (sauf P06)	5.09	2.97 8.67	<0.0001***
Procédure prescription	1.73	0.88 3.55	0.12
Procédure écoute	1.31	0.92 1.86	0.13

Légende : *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

L'analyse multivariée a été réalisée en incluant les caractéristiques des patients et de la consultation en termes de durée, résultats de consultation et procédures réalisées. Après sélection des variables par méthode descendante pas à pas, elle confirme que les consultations avec plainte d'insomnie concernent davantage de femmes, et augmentent avec l'âge. Elles durent plus longtemps que les autres consultations. Elles sont plus souvent associées à une problématique psychologique.

Table 8. Analyse multivariée des caractéristiques psycho-sociales des patients avec insomnie par rapport aux autres patients

	OR	IC	P
Age (/an supplémentaire)	1.03	1.02 1.05	<0.0001***
Sexe femme	2.04	1.30 3.25	0.002**
RC anxiété	3.28	1.27 7.89	0.01*
RC dépression	7.64	3.54 16.40	<0.0001***
MC social	2.62	1.43 4.94	0.003**

Légende : *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Cette analyse multivariée confirme l'association entre la plainte d'insomnie en consultation et les problématiques psycho-sociales : les RC anxiété, dépression, et MC liés à une problématique sociale. On ne retrouve pas de lien avec le statut d'ALD ni de CMU.

Les analyses multivariées n'ont pas mis en évidence de facteur « médecin » associé à la plainte d'insomnie.

4.1.6 Description de la population insomniaque

Après la présentation de la population insomniaque comparée aux autres patients consultant leur médecin généraliste, nous nous sommes intéressés spécifiquement à la population insomniaque, et aux caractéristiques des consultations selon la prescription ou non de somnifères.

Table 9. Descriptif de la population insomniaque avec et sans somnifères

		Total	Sans somnifères	Avec somnifères	P
N		102	48	54	
Âge (sem)		60.2 (1.6)	56.1 (2.3)	63.9 (2.2)	0.016*
Sexe F		67 (65.7%)	34 (70.8%)	33 (61.1%)	0.30
CSP	Agriculteur,	0	0	0	0.12
	Artisan commerçant,	4 (4.0%)	3 (6.3%)	1 (1.9%)	
	Employé,	24 (23.8%)	12 (25.0%)	12 (22.6%)	
	Ouvrier,	4 (4.0%)	2 (4.2%)	2 (3.8%)	
	Cadre sup,	5 (4.9%)	4 (8.3%)	1 (1.9%)	
	Profession intermédiaire,	2 (2.0%)	2 (4.2%)	0 (0%)	
	Retraité,	53 (52.5%)	19 (39.6%)	34 (64.2%)	
	Sans profession	9 (8.9%)	6 (12.5%)	3 (5.7%)	
Statut sécu	RG	60 (58.82%)	25 (52.08%)	35 (64.81%)	0.19
	ALD	37 (36.3%)	19 (39.6%)	18 (33.3%)	0.51
	CMU	3 (2.9%)	2 (4.2%)	1 (1.9%)	0.91
	AME	0	0	0	-
	AT	4 (3.9%)	2 (4.12%)	2 (3.7%)	1
	MP	1 (0.98%)	1 (2.1%)	0	0.94
	Invalidité	1 (0.98%)	1 (2.1%)	0	0.94

Légende : avec somnifères : hypnotiques et benzodiazépines. * $p < 0.05$

Les patients insomniaques avec et sans somnifères ne présentent pas de différences significatives en termes de genre, de catégorie sociale, de régime de sécurité sociale. Les patients prenant des somnifères sont significativement plus âgés.

Table 10. Descriptif des consultations de la population insomniaque avec et sans somnifères

	total	sans somnifères	avec somnifères	p
durée consultation (min) (sem)	21.3 (1.0)	24.0 (1.7)	18.9 (1.2)	0.015*
nb MC	3.5 (0.2)	4.1 (0.3)	3.1 (0.2)	0.0097**
nb procédures	3.5 (0.1)	3.7 (0.2)	3.2 (0.2)	0.03*
nb RC	2.6 (0.1)	2.7 (0.2)	2.5 (0.2)	0.49
nb médicaments	4.1 (0.3)	3.3 (0.4)	4.7 (0.4)	0.015*
Nb cs sans médicaments	7 (6.9%)	7 (14.6%)	0 (0.0%)	<0.008**
Autre allopathie	7 (6.9%)	5 (10.4%)	2 (3.7%)	0.35
Phyto-homeo	15 (14.7%)	13 (27.1%)	2 (3.7%)	0.002**

Légende : avec somnifères : hypnotiques et benzodiazépines. ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Les consultations sont significativement plus courtes lorsqu'il y a une prescription de somnifères. Dans ce cas, y a significativement moins de motifs de consultations et de procédures réalisées. Il y a significativement plus de médicaments prescrits, mais moins de phytothérapie ou homéopathie.

Table 11. Descriptif des problèmes associés aux consultations de la population insomniacque avec et sans somnifères

	total	sans somnifères	avec somnifères	p
association à un MC « social »	22 (21.6%)	8 (16.7%)	14 (25.9%)	0.26
association à un RC « psy » (hors P06)	33 (32.4%)	15 (31.25%)	18 (33.33)	0.82
association à un RC « dépression »	17 (16.67%)	9 (18.75%)	8 (14.81%)	0.59
association à un RC « anxiété »	10 (9.80%)	6 (12.50%)	4 (7.41%)	0.60
association à un RC « social »	10 (9.80%)	5 (10.42%)	5 (9.26%)	1
association à un RC « respiratoire »	15 (14.71%)	8 (16.67%)	7 (12.96%)	0.60
association à une Proc « écoute »	58 (56.86%)	32 (66.67%)	26 (48.15%)	0.06°
association à une Proc « prescription”	95 (93.14%)	41 (85.42%)	54 (100%)	0.008**
association à une Proc « administratif »	13 (12.75%)	9 (18.75%)	4 (7.41%)	0.09°
association à une Proc « orientation”	25 (24.51%)	14 (29.17%)	11 (20.37%)	0.30
association à RC « nouveau »	5 (4.90%)	4 (8.33%)	1 (1.85%)	0.29
association à RC « ancien »	97 (95.10%)	44 (91.67%)	53 (98.15%)	0.29

Légende : avec somnifères : hypnotiques et benzodiazépines. ** $p < 0.01$, ° $p < 0.1$

En résumé,

Les patients identifiés avec une plainte d'insomnie sont 67 femmes et 35 hommes, âgés en moyenne de 60.2 ans. La durée moyenne de consultation est de 21'17" (vs 15'44" pour les autres consultations). 21.6% des consultations sont associés à une problématique sociale, 32.4% à une problématique psychologique, les deux étant parfois concomitantes. En ce qui concerne les troubles psychologiques, la majorité concerne la dépression (51%), et un tiers l'anxiété. Pour plus de la moitié des consultations, une procédure d'écoute a été codée. Il y a une tendance à davantage de procédure d'écoute dans le groupe sans prescription de somnifères. Seulement 7% de ces consultations n'aboutissent pas à une prescription de médicament, avec une moyenne de 4.1 médicaments par consultation. Parmi ces prescriptions, un somnifère (z-drugs ou benzodiazépines) est prescrit dans 53% des consultations. Sept consultations aboutissent à la prescription d'un autre médicament allopathique à visée somnifère : hydroxyzine pour 3, doxylamine pour 2, tramadol ou codéine pour les deux autres. 14.7% des consultations aboutissent à la prescription de phytothérapie ou homéopathie : 5 de phytothérapie (euphytose®, valériane), et 10 d'homéopathie. Deux de ces consultations ont une prescription associée de somnifères, mais ces produits sont significativement plus prescrits dans les consultations sans somnifères.

4.1.7 Analyses multivariées

Table 12. Analyse multivariée des caractéristiques des consultations pour insomnie avec et sans prescription de somnifères

	OR	IC		P
Intercept	0.58	0.09 3.76		0.57
Age (/an supplémentaire)	1.03	1.002 1.05		0.04*
Durée (/min suppl)	0.96	0.91 0.99		0.03*

Légende : * $p < 0.05$

La variance inter-praticien a été prise en compte. Celle-ci est légèrement positive, mais ne modifie pas le modèle final.

L'analyse multivariée retrouve que les patients insomniaques qui ont une prescription de somnifères sont plus âgés ($p=0.04$), et que la consultation dure moins longtemps. On ne retrouve pas d'autres facteurs différenciant ces deux populations en terme sociodémographique ou de pathologies associées.

Table 13. Analyse multivariée des caractéristiques psychosociales des patients insomniaques avec et sans prescription de somnifères

	OR	IC		P
Intercept	0.07	0.004 0.82		0.04*
Age (/an supplémentaire)	1.05	1.01 1.10		0.02*
ALD	0.47	0.11 1.98		0.29
Motif social	1.39	0.32 5.64		0.64

Légende : ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

L'analyse multivariée des facteurs psycho-sociaux associés à la prescription de somnifères ne retrouve pas de lien significatifs, hormis l'âge des patients : le fait d'avoir une ALD, une CMU, de l'anxiété, une dépression ou une problématique sociale ne ressortait pas de l'analyse multivariée.

La variance inter-praticien a été prise en compte. Celle-ci est légèrement positive, mais ne modifie pas le modèle final.

Table 14. Analyse multivariée des caractéristiques des médecins associées à la prescription de somnifères

	OR	IC		P
Intercept	0.09	0.006 1.14		0.07°
Exercice en groupe	5.88	2.17-16.67		0.0008**
Visiteurs médicaux	2.38	0.90 6.56		0.08°
Nb de consult/an (/100)	1.06	1.01 1.11		0.02*

Légende : *** $p < 0.001$, * $p < 0.05$, ° $p < 0.1$

Les analyses multivariées retrouvaient une association entre la prescription de somnifères et l'exercice en groupe, ainsi qu'avec le nombre de consultations annuelles. Cette analyse n'a pas retrouvé d'association avec le lieu d'exercice (rural ou urbain), la durée de travail, le nombre de vacances, ni l'abonnement à des revues indépendantes.

4.2 Résultats spécifiques en rapport avec le déroulement temporel de la consultation

4.2.1 Résultats quantitatifs

Dans cette partie, nous abordons les résultats spécifiquement liés à notre question de recherche. Nous détaillons les éléments liés à la gestion du temps de consultation, et analysons les éléments temporels liés aux consultations avec plainte d'insomnie : durée, initiation/ recueil de la plainte, rapport entre le moment de la consultation où se fait la demande et la prescription.

Tout d'abord, la durée moyenne de consultation varie selon les médecins, de 7 à 26 minutes (pour une durée moyenne de 15.7 minutes). Elle varie aussi pour les consultations de patients avec plainte d'insomnie, de 7.5 à 38 minutes (pour une durée moyenne de 21 minutes) (figure 4). Schématiquement, les médecins qui ont une durée de consultation au-dessus de la moyenne tendent à rallonger ce temps de consultation lorsqu'il y a une plainte d'insomnie, alors que ce n'est pas le cas pour ceux qui ont une durée en-dessous de cette moyenne.

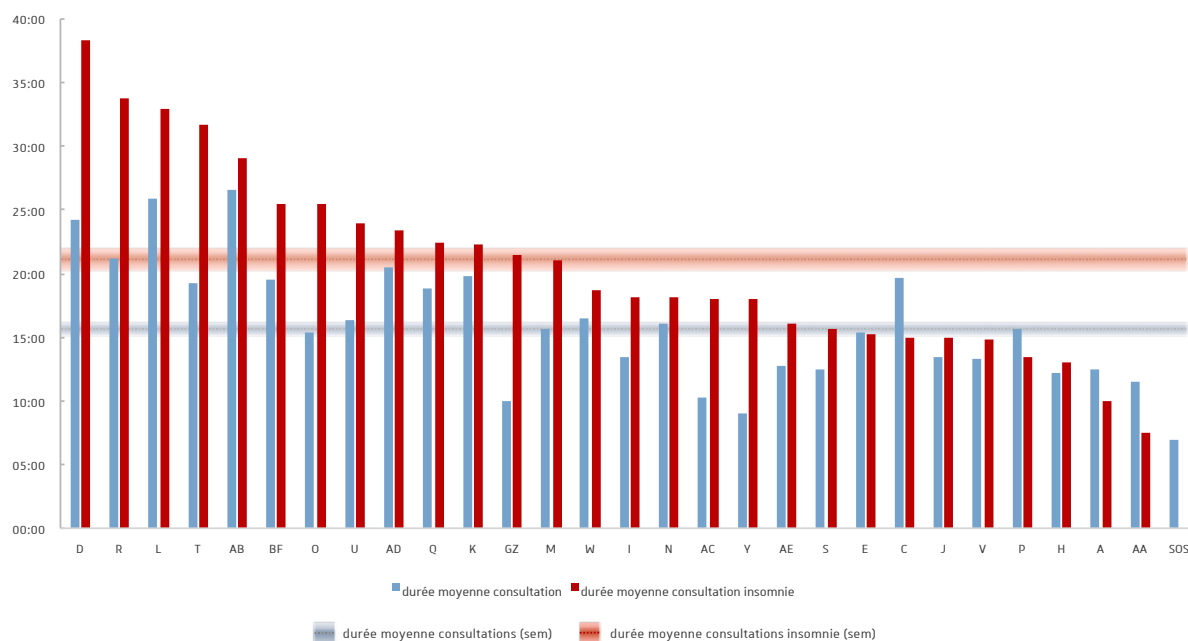


Figure 4. Durée moyenne de consultation pour patients adultes et patients insomniaques par médecin
Légende : les résultats sont présentés en triant les médecins en fonction de la durée moyenne des consultations avec insomnie.

Enfin, le nombre de consultations aboutissant à la prescription de somnifères varie d'un médecin à l'autre, d'aucune jusqu'à la totalité des consultations avec plainte d'insomnie (figure 5).

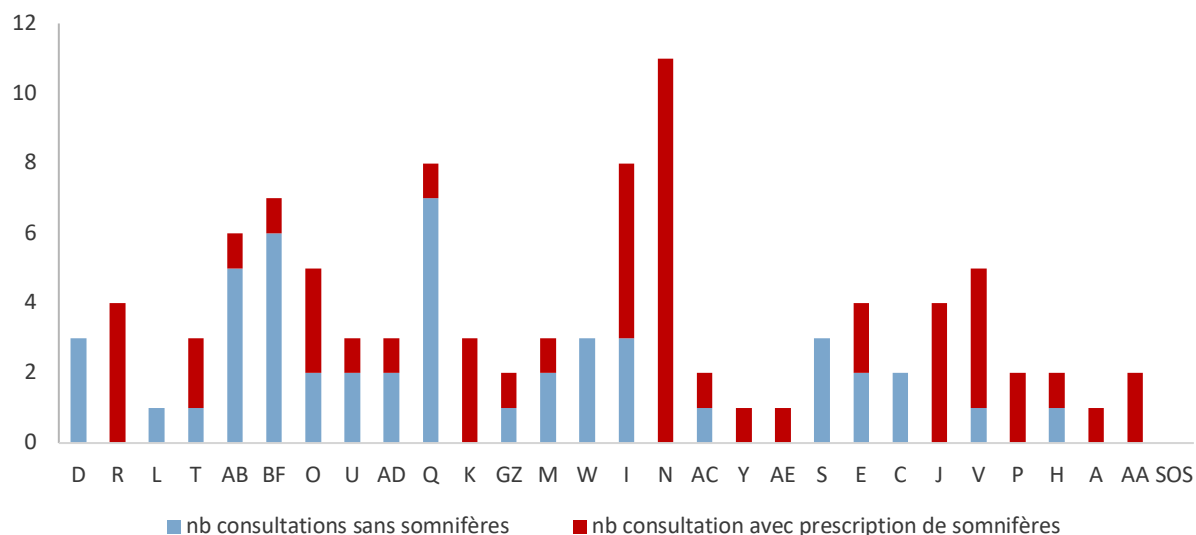


Figure 5. Répartition des consultations avec et sans prescription de somnifères par médecin

Légende : l'effectif cumulé de patients insomniaques avec et sans prescription de somnifères est présenté pour chaque médecin, en conservant le tri selon la durée de consultation avec insomnie.

Comme nous l'avons vu plus haut, la durée de la consultation est significativement inférieure quand un hypnotique est prescrit, avec une durée moyenne respective de 18'49'', et 23'58''. Dans les deux cas, elle reste supérieure à la durée moyenne des autres consultations des médecins généralistes.

L'insomnie était rarement un premier motif (MC) ou résultat de la consultation (RC), respectivement dans 8 cas sur les 61 cas codés comme MC et dans 11 cas sur les 54 codés comme RC (tableau 3d).

Il y avait significativement plus de prescription de somnifères lorsque l'insomnie était un motif secondaire (au moins le 3^e motif, $p=0.002$), ou qu'il n'apparaissait pas comme MC ($p=0.001$). Cela apparaît moins clairement pour les RC, même si l'on observe la même tendance (figure 5).

Table 15. Prescriptions selon le rang de motif ou de résultat de consultation

	Total	Sans somnifères	Avec somnifères	P
MC p06 1^{er} motif	8 (7.84%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	0.59
MC p06 2^e motif	10 (9.80%)	5 (50.0%)	5 (50.0%)	1
MC p06 >2^e motif	28 (27.45%)	20 (71.4%)	8 (28.6%)	0.002**
Pas de MC P06	56 (54.90%)	18 (32.1%)	38 (67.9%)	0.0009***
RC p06 1^{er} motif	9 (8.82%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.85
RC p06 2^e motif	22 (21.57%)	7 (31.8%)	15 (68.2%)	0.11
RC p06 >2^e motif	15 (14.71%)	4 (26.7%)	11 (73.3%)	0.09°
Pas de RC P06	56 (54.90%)	32 (57.1%)	24 (42.9%)	0.024*

Légende : MC : motif de consultation, RC : résultat de consultation. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, ° $p < 0.1$

Le taux de prescription baisse significativement lorsque l'insomnie arrive après le deuxième motif de consultation ; inversement, il tend à augmenter lorsque l'insomnie arrive au moins en deuxième résultat de consultation. Il y a significativement moins de prescription lorsque l'insomnie est codée comme motif, mais non comme résultat.

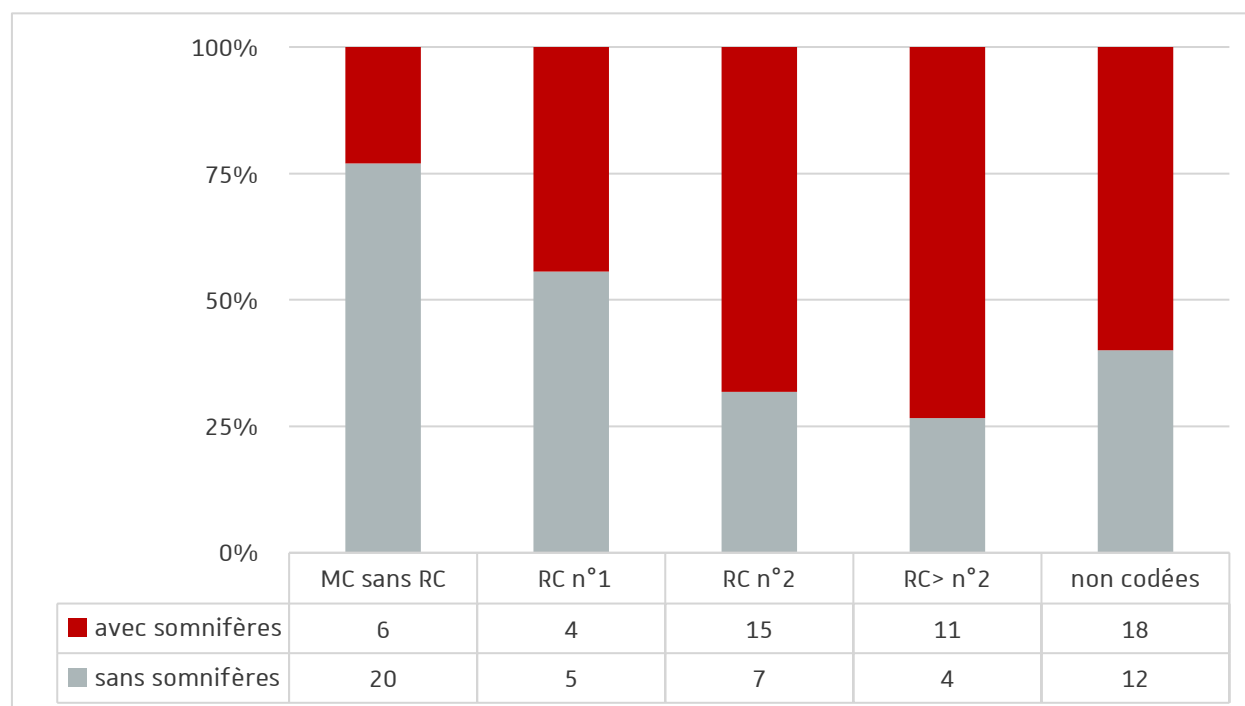


Figure 6. Taux de prescription en fonction du rang de RC « P06 »

Légende : MC sans RC : consultations avec un motif codé P06, sans résultat codé P06

RC : résultat de consultation codé P06, n°1 en première position, n°2 en 2^e position, >n°2 après la 2^e position.

4.2.2 Croisement avec les résultats qualitatifs

Au vu de ces résultats, il se dégage une tendance évoquant une prescription plus importante lorsque l'insomnie est un résultat secondaire. Il nous a semblé que le moment de la consultation où apparaissait la plainte d'insomnie était un élément critique dans le déroulé de la consultation et son aboutissement. Nous avons donc tenté d'identifier et classer les consultations en fonction de ce moment. Pour cela, nous avons défini six catégories :

1. Lorsque la plainte d'insomnie apparaissait en début de consultation,
2. Lorsqu'elle apparaissait en milieu de consultation, évoquée par le patient,
3. Lorsqu'elle apparaissait en milieu de consultation, mais non reprise par le médecin,
4. Lorsque le médecin l'évoquait en milieu de consultation,
5. Lorsqu'elle apparaissait en fin de consultation,
6. Lorsqu'elle n'apparaissait pas clairement dans la consultation, mais qu'il y avait un renouvellement tacite de somnifère.
7. Enfin, nous avons laissé comme indéterminées les consultations dont nous n'avions pas assez d'éléments pour les classer.

Lorsque nous avons classé les consultations de cette manière, cela a à nouveau modifié la répartition des consultations par rapport aux données quantitatives. Par exemple, pour 10 consultations, il s'agit d'un premier RC, mais en reprenant les prises de notes, il apparaît clairement que la consultation n'est pas centrée sur l'insomnie, ou que c'est abordé en fin de consultation dans 3 cas. Cela est résumé dans le tableau suivant.

Table 16. Descriptif de la population répartie selon le moment de la consultation

	Début	Milieu, abord patient	Non repris	Milieu, abord médecin	Indéterminé	Fin	Tacite	P
N	14	28	7	16	8	19	12	
Âge moyen	51	55	55	65	64	61	75	0.005**
Somnifères prescrits	4 (29%)	9 (32%)	0	4 (25%)	7 (88%)	14 (74%)	12 (100%)	0.04*
Somnifères pris	6 (43%)	14 (50%)	1 (14%)	4 (25%)	7 (88%)	15 (79%)	12 (100%)	0.22
Durée consult (min)	18.6	24.5	21	23.2	20	22.6	14.3	0.12

Légende : ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, ° $p < 0.1$. Les tests statistiques ont été effectués avec une ANOVA pour les variables quantitatives et estimées avec un Chi2 pour les variables qualitatives.

Les consultations sont significativement plus courtes lorsque la plainte apparaît en début de consultation, et plus encore lorsqu'il y a un renouvellement tacite des somnifères (figure 7).

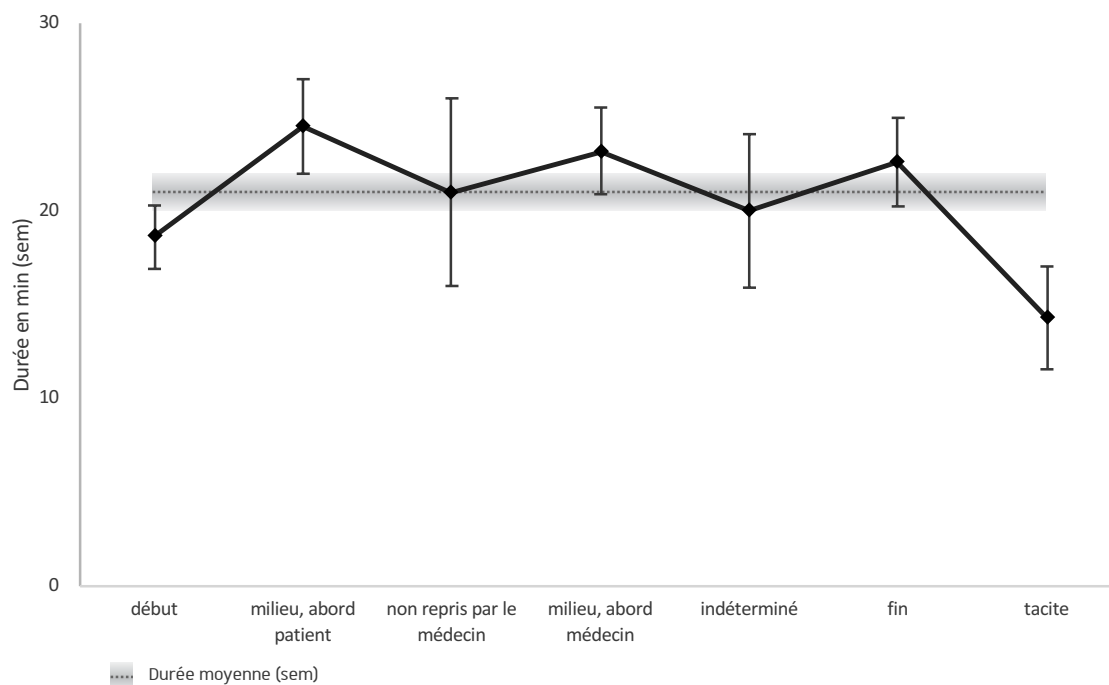


Figure 7. Durée de consultation en fonction du moment de la plainte d'insomnie en consultation

Il existe une différence significative de l'âge des patients en fonction du moment de la consultation ($p=0.005$) : lorsque la plainte est en début de consultation les patients sont plus jeunes, et les plus âgés lorsqu'il y a une reconduction tacite des somnifères. Ce résultat est schématisé figure 8.

Moins de 50% des consultations aboutissent à une prescription de somnifères lorsque ce motif est abordé en début ou milieu de consultation, alors qu'elle concerne les trois-quarts en fin de consultation. (figure 9)

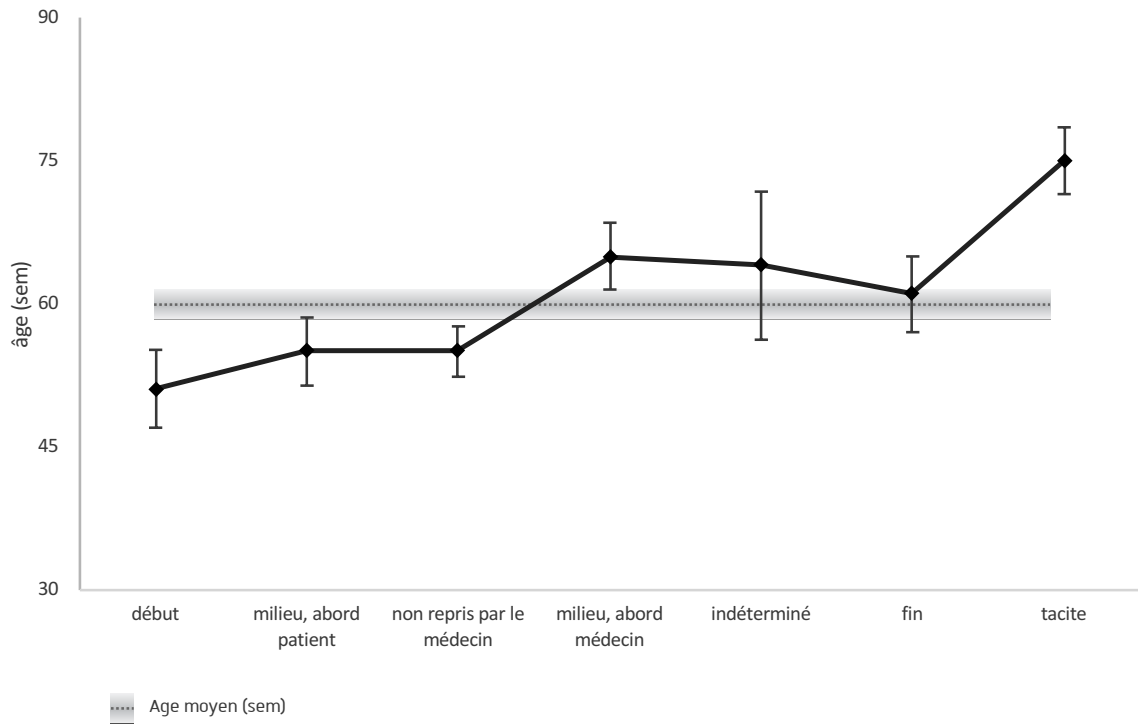


Figure 8. Âge moyen en fonction du moment de la plainte d'insomnie dans la consultation

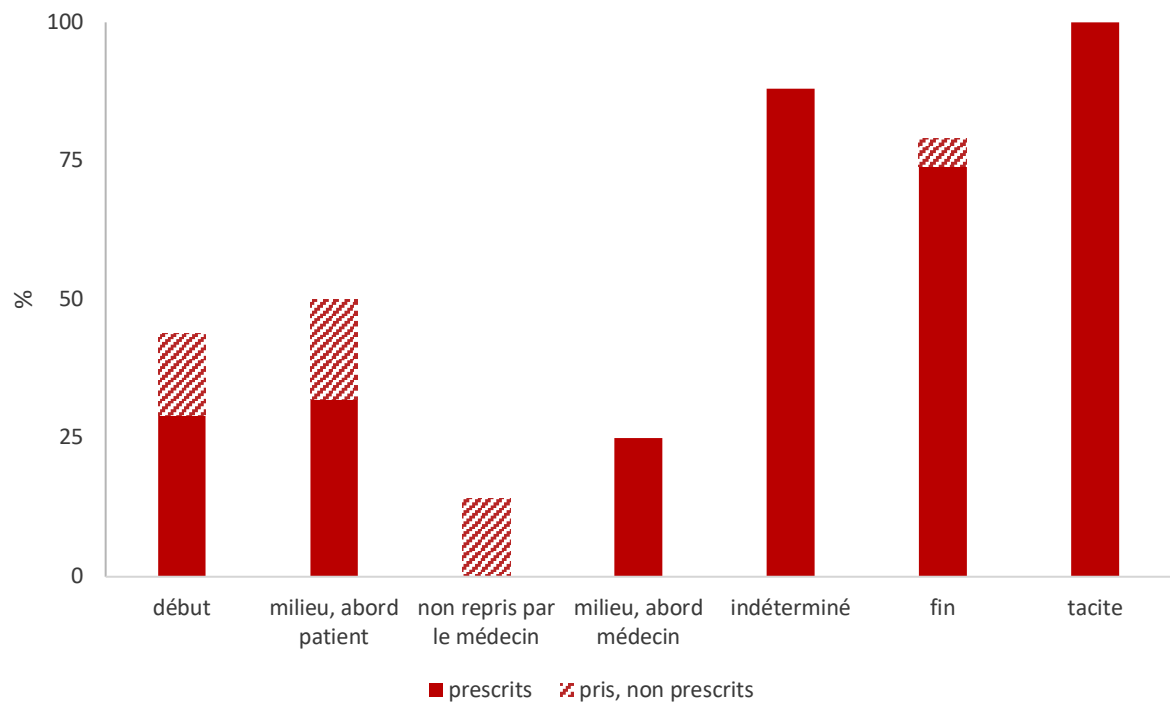


Figure 1. proportion de consultations avec prescription de somnifères en fonction du moment de la plainte d'insomnie en consultation

Légende : effectif cumulé des somnifères prescrits et des somnifères que les patients déclarent prendre qui ne font pas l'objet d'une prescription lors de la consultation.

Schématiquement, ce résumé donne l'impression que le profil des patients et des consultations diffère selon le moment de la plainte : des patients plus jeunes au début, plus âgés à la fin, et encore plus nettement en cas de renouvellement tacite. Les moments intermédiaires de la consultation tendent à rallonger la durée des consultations, alors que le renouvellement tacite la raccourcit nettement. La prescription de somnifère est significativement plus importante en fin de consultation qu'au début.

4.2.3 Analyse qualitative : résultats détaillés selon le moment de la consultation où apparaît la plainte d'insomnie

Pour l'analyse, nous avons réalisé des tableaux synthétiques pour chacun des 7 groupes de patients, reprenant les données quantitatives et qualitatives les concernant. Ils sont présentés en intégralité en annexe 7.

4.2.3.1 La plainte d'insomnie apparaît en début de consultation

Quatorze consultations répondent à cette situation. Elles durent plutôt moins longtemps que la moyenne, à 18.6 minutes, et concernent des patients plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 51 ans, le plus jeune ayant 32 ans. Dans ces consultations, la question du sommeil est hiérarchiquement la priorité : « *le patient dit dès le début de la consultation : j'ai du mal à dormir, je stresse* » (ad-17-04-5), « *c'est LE motif prioritaire* » (m16098) « *évoqué spontanément par la patiente dès le début de la consultation* » (t-15-12-12). Le médecin va alors explorer la plainte en caractérisant l'insomnie : « *Le patient dit se réveiller en milieu de nuit et n'arrive pas à se rendormir. Exploration du déroulement des nuits par le médecin. Le patient parle d'une accentuation depuis 3-4 semaines* » (bf-25-03-8). Les patients expriment assez spontanément les répercussions diurnes : « *je suis exténuée physiquement et psychologiquement* » (q-23-07-02) « *a peur de ne pas se réveiller pour emmener son fils à l'école* » (t-15-12-12). Le médecin recherche les étiologies possibles, principalement psychosociales : « *Au niveau du moral : une personne de son service a démissionné pour burnout, période difficile au bureau, il lui arrive de pleurer sur le trottoir, elle se fait harceler par son employeur.* » (e210214). « *Depuis qu'on vit chez mes parents, il ne dort plus, ça fait un moment ... 2 mois environ* » (p06-10-06). Le médecin complète facilement l'exploration par une prise de sang « *pour éliminer une cause biologique* ». Dans certains cas, le médecin se concentre sur les causes biomédicales :

Par exemple, un extrait de la consultation no m16098.

Pour des raisons de lisibilité, les citations longues de consultations ou de prise de notes sont présentées dans un encart grisé. Le numéro de la consultation et référencée en fin de citation.

« Médecin : vous vous levez et vous vous réveillez parce que vous allez faire pipi, c'est plus souvent ?
Patient : j'y vais au moins trois ou quatre fois
M : Et c'est depuis trois semaines
P : oui, oui et j'arrive plus à respirer, tellement c'est sec. Alors j'enlève le masque et je débranche tout
M : est-ce qu'on avait changé quelque chose à votre traitement ?
P : non non... J'ai toujours le même médicament
M : des fois il y a des médicaments qui interagissent
P : non j'ai le même médicament
M : habituellement vous vous levez combien de fois par nuit ?
P : un minimum de quatre fois
M : mais avant
P : y a trois mois aussi. Mais j'arrivais à m'endormir plus facilement. Alors que là c'est plus difficile. Là parfois à 5h j'arrive plus à dormir
M : la journée, est-ce que vous avez des problèmes urinaires ?
P : non, tout est normal
M : (silence)
P : c'est ça qui est drôle, la journée c'est normal
M : là ça oriente vers la prostate ce problème. Donc il va falloir faire une échographie pour voir où on en est
P : on peut pas la mettre au repos ? » (m16098).

Les propositions thérapeutiques sont multiples, avec avant tout une écoute active pendant la consultation :

« Moralement comment vivez-vous ça? » (q-23-07-02).
Médecin : Je suis désolée je vous pose plein de questions un peu indiscrettes, mais c'est aussi quand il y a des grosses fatigues, on pourrait imaginer qu'il y a parfois des choses difficiles dans la vie...
Patiente : Après oui, c'est vrai qu'il y a des choses difficiles dans la vie, mais je ne pense pas que c'est ça.
M : Bon on va faire le tour de toute façon. Est-ce que vous êtes mariée?
P : Non.
M : Donc vous êtes seule avec les 3 enfants.
P : Oui.
M : Parce que ça aussi c'est pas simple.
P : Ben oui (rire) (...) beaucoup de cauchemars. beaucoup beaucoup... je rêve de ma mère toutes les nuits.
M : Ah quand même...
P : Oui. (...) je voudrais bien que ça s'arrête mais ça s'arrête pas. » (c18.03.6).

Ils proposent aussi des conseils d'hygiène de sommeil, de relaxation. L'échange aborde régulièrement les médicaments, parfois « pas adapté à son cas » (s-06-06-07), ou avec prescription de phytothérapie ou d'un « hypnotique, éducation : à prendre sur 2-3 jours, puis arrêt » (o-18-09-07).

A contrario, dans quatre situations, l'échange est centré sur la prescription du somnifère à l'initiative du patient « *il me faut mes médicaments. Tous. Et du Stilnox®* » (ad-17-04-5). Lorsque le médecin explore le contexte psychosocial, ça semble parfois déranger le patient « *mais pourquoi vous notez autant de choses jeune homme? ce n'est pas intéressant!* » (i18012). Ces échanges ne parviennent pas à fléchir l'avis des patients mais l'un se sent le besoin de se justifier : « *Le patient se justifie sur sa prise d'IMOVANE® et essaye de se déculpabiliser en disant qu'il ne boit pas, ne fume pas que c'est d'une certaine manière sa seule addiction. Patient hermétique à tout changement, fermé à la discussion.* » (i10127). Il ressort des retranscriptions une impression de difficulté et de gêne des deux parties : « *anxiété importante ressentie durant la consultation* », sauf chez la patiente âgée, où la tentative d'arrêt est faite sur le ton de l'humour.

4.2.3.2 La plainte d'insomnie apparaît en milieu de consultation, évoquée par le patient

Vingt-huit consultations répondent à cette situation. Là encore, les patients sont plus jeunes que la moyenne, mais les consultations plus longues que la moyenne. L'interrogatoire autour du sommeil est alors souvent plus parcellaire : l'évaluation de la typologie de l'insomnie n'est clairement retrouvée que dans 8 consultations, alors qu'elle est absente seulement de deux consultations sur les 14 lorsque la plainte est exprimée au début de consultation. Le médecin prend parfois le temps de l'évaluer, intercalé dans les autres sujets de la consultation :

À 7 min 30 : « (...) Médecin : *et nous médecins on pense voilà, j'équilibre la tension, la tension en elle-même ne m'embêterait pas s'il n'y avait pas une surcharge pondérale... On surveille les prises de sang tous les 3 mois pour rechercher une entrée dans le diabète, et je me dis on pourrait améliorer sa qualité de vie.*

Patiente : c'est vrai que moi j'arrive pas à dormir...

M : ... tout le reste... Et vous dormez pas beaucoup parce que vous vous couchez vers quoi? (baisse un peu son débit et la laisse un peu plus parler)

P : 10h, 11h

M : oui, après... on fait quoi? vous regardez la télé...?

P : oui je regarde la télé, je fais des mots croisés, mais après je m'endors tout de suite...

M : ça serait mieux d'éteindre la télé, se lancer dans le mot croisé

P : après je lis au lit, mais là il faut que je relise ce que j'ai lu parce que...

M : vous allez vous coucher, vous lisez encore un petit peu...

P : oui

M : puis vous vous endormez tranquillement

P : oui, et je me réveille à 2h. 2h, 3h.

M : oui, dans quel état d'esprit vous êtes, à 2h, bien réveillée...

P : oui réveillée

M : et puis avec l'angoisse « zut je suis réveillée »

P : oui...

M : vous regardez, quel est le premier réflexe, vous regardez l'heure?

Voilà

M : et se dire zut il est que 2h

P : voilà voilà, je vais de nouveau mettre 2h à me rendormir et...

M : pourquoi vous mettriez 2h ?

P : parce que je mets toujours 2h pour m'endormir

M : sacrée...

P : est-ce que c'est psychologique (rire) ? oui... mais ça fait des années!

M : ah oui très bien. je suis un tout petit peu en dessous de 130/80

(...) À 14 min 40 : M : bon ben essayez, en ce qui concerne le sommeil essayez les méthodes, je vais pas me dire tant pis il est 2h et tout. Discrètement, (résume ce qu'elle a dit avant). Faudrait se détacher de regarder l'heure aussi

P : je ne me lève pas parce que sinon je mets encore plus longtemps à m'endormir

M : (continue de parler sans trop l'avoir entendue) : si vraiment vous restez 2h réveillée, vous le récupèrerez les jours suivants

P : oui..

M : c'est le mental qui n'accepte pas de rester 2h à ne rien faire

P : alors il y a des nuits où je dors.

M : (parlant à l'interne pour être entendue de la patiente) c'est une dame aussi qui est assez anxieuse, qui se fait du souci pour sa fille, ses petits-enfants

P : (rire) toujours!

M : et c'est la nuit qu'elle y repense le plus

P : (rire) oui c'est vrai, c'est vrai. » (ab-18-12-1)

Dans les autres cas, les médecins orientent rapidement l'échange sur les causes possibles de l'insomnie, majoritairement psycho-sociales.

« Contexte de sinusite et de sa boîte qui change de nom car rachat, mais conserve son emploi. Elle part une semaine en vacances dans les Canaries. Le praticien : « vous dormirez en vacances ». (ab-27-02-8) »

« Discussion avec Dr S. du fait d'une angoisse probable due au diagnostic récent de SEP et de l'introduction d'un traitement. (s06-10-06) »

Beaucoup de consultations apparaissent comme une étape d'un suivi déjà débuté.

Patiente : Ben j'avais déjà vu un psychologue dans la période d'alcoologie, je sais pas comment on dit, de la maladie de ça là, mais bon c'était sans arrêt, j'avais la tête comme ça... là elle m'a fait ressortir des choses

Médecin : je ne cherche pas à savoir ce qui s'est dit

P : non mais elle m'a fait comprendre un certain nombre de choses, bon j'ai pleuré

M : est-ce que vous avez prévu un autre rdv?

P : pas dans l'immédiat, elle m'a dit passez la semaine, voyez le médecin faites un point et on se revoit aucun souci. Non ça c'est très bien passé, et puis elle m'a éclairci sur pas mal de choses que je SAVAIS, au fond de moi...

M : bon, je pense que tant que vos problèmes ne seront pas résolus, ce serait bien de faire des sauts de puce, toutes les 3 semaines, 15 jours

P : c'est ce qu'elle m'a proposé

M : ne pas hésiter

P : par contre je veux bien me le réinscrire de nouveau, et puis ça fait du bien, il y a des choses qu'on ne dit pas forcément à son conjoint ses enfants, et puis c'est quelqu'un de neutre, qui écoute, qui balance la phrase qu'il faut quand il faut, qui fait réagir quoi. Ça m'a vraiment vraiment fait du bien. Bon j'étais dans un sacré état en sortant (ad-01-04-1).

La discussion s'oriente plus rapidement vers la thérapeutique que dans le premier groupe, et la décision est souvent partagée entre le médecin et le patient.

« Je peux vous donner des médicaments, mais ils ne régleront pas le problème de fond. (...) Prescription de Seresta®. Mon sentiment (prise de note de l'interne) : relation de confiance, bon échange » (ab-27-02-7) »

« En AT pour syndrome dépressif. En milieu de consultation le patient demande : - Par contre est-ce que je peux avoir des somnifères de nouveau ?

- Est-ce que vous voulez un anti-dépresseur ?

- Oui, oui, et le produit que vous me donnez (-Zolpidem-). J'ai essayé le LN72 et ça n'a rien fait du tout.

- C'est de l'homéopathie. Et le Zolpidem, ça a marché ?

- Oui, oui (p-06-10-03) »

Rarement, les échanges sont plus difficiles, en raison d'une grande souffrance ou d'un positionnement d'emblée bloquant du patient.

« P : je dors 3-4h par nuit, je me réveille toutes les heures, et j'ai une tête comme une montgolfière c'est pas croyable, j'arrive plus à rien faire, j'arrive plus à me lever, j'arrive plus à m'occuper, j'arrive plus à faire les petites taches, même ménagères les petites trucs habituels...

M : vous mangez ?

P : ben je suis complètement détraqué niveau nourriture, j'ai pas faim, je me force à manger le soir avec ma femme. Mais dans la journée je mange rien, rien du tout, le matin je prends un petit des avec elle avant qu'elle aille travailler, je m'arrache du lit de force

M les filles ne sont plus à la maison non plus ?

P : non

M : donc vous êtes tout seul à la maison toute la journée...

P : ben j'ai mon chien, si j'avais pas celui-là, j'arriverais plus jamais... plus à bouger quoi...

M : ça c'est bien

P : mais même, d'habitude, je le sortais vers 7h, 7h30 au plus tard, maintenant dans le meilleur des cas j'arrive à me lever à 8h. je ne dors pas mais je suis dans le lit et puis je... j'arrive pas à me lever, je suis trop trop crevé...

M : bon écoutez...

P : il me faut absolument quelque chose

M : je vais vous redonner autre chose, alors bon...

P : non mais écoutez, le sommeil c'est vital...

M : oui oui, non mais je ne vous redonne pas la même chose, mais il faut quand même que je vous donne

des anxiolytiques...

P : mais là il me faudrait vraiment quelque chose de très puissant, qui quand je le prends, qui m'assomme quoi parce que le ...

M : vous avez essayé le théralène®?

P : le théralène, vous m'en avez déjà prescrit 3 flacons

M : on peut le prendre en comprimé, c'est plus fort... oui vous le preniez au début

P : écoutez franchement,

M : ça n'a pas servi. On va prendre un zolpidem, pour essayer de dormir un petit peu

P : non mais donnez-moi quelque chose de très puissant quoi

M : c'est un somnifère... ben il y a plein de choses, le temesta®, le lorazepam c'est puissant aussi c'est aussi costaud mais ça ne vous réussissait pas, donc il faut que je trouve autre chose qui vous soit aussi...efficace

P : non mais là écoutez là c'est trop maintenant, le manque de sommeil

M : vous n'en pouvez plus là

P : ça vous pète l'humeur, ça vous enfin

M : avec le théralène® certains dorment 8 jours

P : je déprime de plus en plus quoi, je veux dire je faisais toujours des petits trucs...

M : vous avez déjà essayé le zolpidem, pour dormir?

P : le?

M : le zolpidem ou stilnox®

P : oui oui, je l'avais essayé, mais pffff

M : ça ne vous fait rien non plus ? (d'un ton désespéré)

P : ces trucs là c'est des trucs qui soi-disant aident à l'endormissement, mais je les prends, 2h après je suis toujours en train de me retourner dans le lit... » (ae-29-01-6)

Deux notions apparaissent au fil de ces consultations :

- Le rapport des patients aux somnifères, avec des *a priori* positifs ou négatifs

Dr B : « Vous avez longtemps cherché, vous, la pilule du bonheur ». (b-11-12-1)

Changement du traitement par temesta® ½ par jour.

Le patient réagit : « mais c'est pour les vieux ça non ? » (n-10-06-8, 71 ans)

« Réticent à la prise de benzodiazépine, aimerait quelque chose de naturel (i2118)

Une autre oppose l'alprazolam « je ne déconne pas avec » au « magnesium, toutes les merdouilles que j'ai à prendre » (ad-01-04-1)

- La conception que l'insomnie, qui ne relève pas spontanément du médical :

Première fois qu'elle en parle au médecin alors que cela dure depuis des années, comme si l'habitude rendait ses troubles du sommeil normaux et acceptables, comme de la fatalité. C'est comme ça, ça dure depuis des années on n'y changera plus rien... Pose la question de l'accoutumance des patients à leurs troubles du sommeil à tel point qu'ils jugent leur situation normale et que du coup ils ne vont pas exprimer la plainte... (commentaire de l'interne sur la consultation ab-18-12-1 qui résume bien le teneur des échanges)

Enfin, dans quatre consultations, le sommeil n'est pas forcément développé mais le médecin propose un nouveau rendez-vous pour en parler.

4.2.3.3 La plainte d'insomnie apparaît en milieu de consultation, mais non reprise par le médecin

Sept consultations répondent à cette situation. Les patients ont des caractéristiques proches du groupe précédent, mais les consultations sont généralement plus courtes, et aucune n'aboutit à une prescription de somnifère.

Parfois, la plainte ne semble pas entendue :

« Le sujet est amené par la patiente et elle revient dessus plusieurs fois de suite mais le sujet n'est pas approfondi par le médecin. L'objectif est de soulager les douleurs (opération prévue dans 3 mois). Pas de demande de somnifère mais demande d'antalgique. Elle revient encore une fois sur le sujet du sommeil en décrivant des soucis. Sujet toujours pas creusé. » (d1102)

À 7 min 40 : « Patiente : qu'est-ce que vous pensez ? vous voulez que je vous montre ?

Médecin: oui, montrez-moi...vous avez laissé votre sac ... (elle sort du bureau et revient)

P : y a personne ?

M : allez il n'y a personne (M parle avec l'étudiante du dossier, inaudible)

P : je suis en train de faire le tour de toutes les pièces ... je profite quand même pour vous montrer ... je dors plus non plus ... c'est peut-être ça, je ne sais pas...

M : la prise de sang c'est très bien, la kiné c'est très bien... » (q-23-06-12)

Une fois, la plainte n'est pas relevée mais en fin de consultation propose de la revoir :

À 3 min 50 : (silence, il remplit le formulaire)

Patiente : docteur... j'ai failli m'endormir (rire)

Médecin : c'est vrai?

P : je dors pas la nuit, j'ai mal au ventre, aux bras, la tête

M : ah oui, toujours...

P : tout, tout tout.

(silence, continue de remplir le formulaire)

(...)

À 7 min 32 : M : (en pliant le courrier). Voilà, comme ça vous leur redonnez ça. Bon, et puis on fait peut-être le point une autre fois, on va peut-être se revoir, tranquillement pour discuter un peu de tout ça...

P : oui, oui » (v-10-03-6)

L'analyse de ces consultations laisse penser que le fait de ne pas entendre, plus ou moins volontairement cette plainte a un double avantage pour le médecin : gagner du temps et éviter de prescrire : « le sujet est amené par la patiente mais n'est pas suivi par le médecin (passe vite à un autre sujet) » (e240210).

Deux consultations sortent de ce schéma : une particulièrement longue (46 minutes), centrée sur une problématique médico-sociale (lombalgies d'origine professionnelles nécessitant d'envisager une reconversion). Dans la seconde (32 minutes aussi), l'insomnie fait partie des symptômes du burnout : « ... *insomnie, et tout ce qui suit* ». *Pas relevé par le médecin sur le coup, laisse parler la patiente.* » (0-08-09-08).

4.2.3.4 La plainte d'insomnie est évoquée en cours de consultation par le médecin

Seize consultations répondent à cette situation. Il s'agit de patients plus âgés que les groupes précédents (en moyenne 65 ans), avec une durée de consultation dans la moyenne, et peu de prescriptions de somnifères.

Ces patients présentent davantage de pathologies biomédicales, diabète, hypertension, cardiopathies que les groupes précédents. Fréquemment, le médecin interroge la qualité du sommeil en raison de signes évocateurs.

À l'initiative ? le médecin. Assez tôt dans la consultation. On voyait la patiente physiquement fatiguée. (m16095)

À 8 min 40 : « Médecin : j'ai jamais vu ça chez lui, il est raplapla...il est fatigué aujourd'hui ? il a 110/70, il avait des 12...12.5... il est fatigué... à mon avis, il dort mal

Epouse : il dort mal...Il est nerveux...il se bat la nuit

M : il est fatigué. Alors Etienne, c'est quoi, je dors mal ? c'est comme d'habitude un peu de télé et je vais me coucher ?

Ep : non

Patient : le journal télévisé à 20h30 et je vais me coucher, je prends la commande alors j'ai la paix

M : et vous vous endormez vite ?

P : oui, je m'endors tout de suite

M : et après, vous avez la sensation de vous réveiller ?

P : oui, c'est la prostate, il faut toujours que j'aille pisser, ça vient des vieux, c'est comme ça...

M : vous vous réveillez avec le besoin d'aller aux toilettes ? combien de fois ? 3-4 fois ?

P : non, 1 fois, vers les 1h00-2h00

M : donc, il s'endort vers 21h00 et il dort bien jusqu'à 1h00 du matin ? Il dort 4 heures....

P2 : non, non, il bouge, il crie, il rêve...

M : il et tout le temps agité son sommeil ? ou c'est ces derniers temps ?

P2 : ces derniers temps...samedi le 6 décembre, il a perdu un copain qui a fait une crise cardiaque d'un seul coup, hop là, à la fête de Noël...Ça ça l'a marqué...

M : avant le 6 décembre, il dormait un peu mieux ? il criait pas ?

P2 : ça dépend... Quand au boulot on l'embête, alors la nuit il se bat avec son patron, il fait sa guerre...après, il faut qu'il aille faire pipi vers 2h00 du matin...

M : 1 fois

P2 : oui, et vers 4h00-5h00 du matin, il se lève et regarde la télévision

À 15 min 10 (...) P2 : Il est stressé, il est nerveux, et alors dès fois il est dépressif... Alors il va dans sa tanière, il parle plus...

M : au moins les grandes fonctions, là c'est bien...mais une tension aussi basse, ça fait longtemps que vous n'aviez pas eu...c'est pas que le traitement est super efficace sur vos reins tout d'un coup, c'est que vous êtes fatigué, vous avez accumulé avec des troubles du sommeil, on n'a pas intérêt à alléger le traitement, parce qu'on est encore dans des normes, il a pas de symptômes, il a pas de vertiges et tout...

P2 : je ne pense pas que c'est une fatigue physique...je pense que c'est une fatigue morale...il se mord les lèvres, il est toujours les yeux froncés...

(...)

M : bon, si c'est pas la pilule du fou, mais que c'est quand même un petit calmant le soir...

P : NON NON, ça a rien servi, l'autre idiot il t'écoute « nix » ...charlatants...je vais pas...

M : pas d'aller voir le spécialiste du sommeil, de prendre un comprimé le soir...

P : mais non mais non je dors bien...» (ab-16-12-5)

Ces explorations se font sans demande ni attente du patient, ce qui peut compliquer l'interrogatoire :

Patiente très apathique. Tête baissée. Ne regarde quasiment jamais le médecin. Le médecin essaie de capter son regard... « - Et sinon ?? Fatiguée ??

Patiente : J'arrive pas à dormir. Et à m'endormir. Je ne dors pas la moitié de la nuit

M : Vous avez des soucis ?

P : Pas vraiment

M : Un peu ?

P : Peut-être (très évasive, laconique. Pénible)

M : Peut-être ? ...

P : Les enfants.

M : Depuis ?

P : Longtemps

M : Et c'est plus gênant maintenant ?

P : Oui

(on est face à une porte de prison.... Je sens le prat s'arracher les cheveux intérieurement ...)

M : « Et qu'est-ce que vous faites quand vous ne dormez pas ?

P : Je regarde la télé, mais j'arrête maintenant... Je fais rien. » (m16091)

Le médecin semble parfois tendre des perches, que le patient ne saisit pas, ou « refuse catégoriquement de prendre des médicaments pour dormir » (s-01-10-02) et il n'insiste pas. Parfois, le patient s'en saisit et la consultation se déroule en reprenant les étapes de caractérisation de l'insomnie, des causes, puis de la thérapeutique :

« Qualité du sommeil abordé par le médecin. Le patient se plaint d'insomnie de milieu de nuit. Le coucher et l'endormissement se fait vers 23h avec un réveil vers 2-3h du matin. La patiente se sent alors en forme et regarde la télévision. Conseil d'hygiène du sommeil par Dr U : pas d'excitant le soir, en cas de réveil nocturne, se lever et boire un verre d'eau ou une boisson chaude, privilégier la lecture et la musique douce et éviter la télévision. Contexte de deuil » (u-29-07-11)

L'autre situation qui amène le médecin à aborder le sommeil est lors du renouvellement du somnifère, dans trois consultations. Dans ce cas, l'échange se fait autour du médicament.

« M : Le docteur note aussi du Temesta. C'est quelque chose que vous prenez tous les soirs ?
P : tous les soirs. Mais faut pas marquer 1/2. A la pharmacie comme ma femme elle prend aussi des miens, à la pharmacie ils calculent un demi
M : (...) c'est des médicaments qui augmentent le risque de chute ou de devenir gaga. Ils essaient d'en limiter le nombre de boîtes qui sont délivrées. Ça fait longtemps que vous prenez ce médicament ?
P : depuis que ma femme est décédée
M : ça fait un moment
P : 25 ans
M : ça fait un sacré moment
P : mais je suis encore clair dans la tête
(k25061).

Dans un cas, « le médecin propose d'arrêter le Stilnox et de le remplacer par du Vagostabyl 2 cp le soir au coucher. La question de l'insomnie n'est pas approfondie. La patiente accepte le remplacement du Stilnox. » (bf-25-03-2). Dans l'autre, « Le patient accepte que la question soit approfondie... jusqu'à ce que la question de l'alprazolam soit abordée (...) la réponse du patient clôt la discussion » (k25067)

4.2.3.5 La plainte d'insomnie apparaît en fin de consultation, au moment de rédiger l'ordonnance

Dix-neuf consultations répondent à cette situation. Elles se distinguent surtout par une forte prescription de somnifères, résultante de 3/4 de ces consultations. Onze patients présentent une problématique médicale lourde, avec des pathologies chroniques pouvant perturber le sommeil, des pathologies douloureuses articulaires ou neuropathiques, cancer, maladies rares. Pour six autres patients, c'est la sphère psychosociale qui est au premier plan. On observe alors trois types d'interactions entre le médecin et son patient.

Le premier type est une demande de « *quelque chose pour dormir* » (bf-04-03-9). Dans un seul cas sur les 5, cela donne lieu à une exploration complète du sommeil, avec des conseils d'hygiène de sommeil, sans modification thérapeutique. Cette consultation dure 53 minutes. Dans les autres cas, il y a parfois quelques conseils, mais la question du sommeil se résume plutôt à un échange succinct autour du médicament :

« Demande de médicament, « *quelque chose pour dormir* »
Le médecin explique que le stilnox® (zolpidem) est possiblement responsable des troubles de la mémoire dont se plaint le patient. Proposition d'essayer le Donormyl® (doxylamine).
Le médecin rédige une 2ème ordonnance avec le Stilnox® si ça suffit pas. » (n-19-06-06)

Le deuxième type est une demande de renouvellement d'un médicament particulier, dans 6 cas. « *Qu'on lui re-prescrive du Toplexil®* » (i19121). L'une illustre comment les patients anticipent cette demande :

En fin de consultation, après avoir posé la boîte de zopiclone sur le bureau dès le début de la consultation (non noté par le médecin) : demande de renouvellement de zopiclone.

Médecin : « vous n'en prenez pas de trop, hein ? »

- « non non. De 21h à 23h je lis, puis toutes les 2 heures je suis réveillée » (o-03-10-11)

Cette demande arrive parfois au terme d'une consultation complexe, on a alors l'impression que ni le patient, ni le médecin n'a envie d'ouvrir à nouveau la discussion :

À 21 min 30 de la consultation, après avoir déjà passé 23 min avec le mari :

« Patiente : et cortancyl non substituable, c'est ce qu'ils me mettent

M : oui... parce que le reste, c'est pas la peine ça marche pas... les anti-inflammatoires..

P : le dafalgan aussi

M : donc pour 15 jours...

P : mais on n'en débarrasse jamais, de la polyarthrite? on s'en débarrasse jamais?

M : on ne peut pas dire qu'on s'en débarrasse, mais on peut arriver à ce que les gens aient une vie quasiment normale vous voyez.

P : d'accord

M : avec des séquences parfois de traitement, et j'ai des patients, parfois pendant plusieurs années ils n'ont rien, après ils ont une poussée, on reprend un peu et puis voilà...

P : parce que à la cuisine, je vois avec des gestes simples, nettoyer les légumes...

M : c'est vrai qu'avec les biothérapies, ça a quand même beaucoup beaucoup changé le visage de ces maladies, c'est assez extraordinaire depuis qu'on a ça

P : oui. oui...

M : parce qu'avant on avait la cortisone, et parfois même avec la cortisone, on n'arrivait pas à le faire passer hein ... Mais le terrain il s'exprime quoi

P : ouais.

M : il s'exprime...

P : est-ce que vous pouvez me re-prescrire du noctamide pour m'aider à dormir?

M : oui

P : ...s'il vous plaît

M : la prise de sang encore, hein. » (v-19-02-5)

Le troisième type, dans 6 cas, est le renouvellement systématique du somnifère par le médecin, qui fait alors parfois l'objet d'un échange. Le médecin peut en profiter pour évoquer l'arrêt avec le patient, de manière brève :

« M : donc revenons à votre premier motif qui était les médicaments. Qu'est-ce qu'il vous fallait ? (bruit d'imprimante) (son téléphone sonne – reprise à 14min45)

Hmmmmmm... Donc ... (lit la liste écrite par la patiente) Pas de celebrex, oméprazole, paracétamol et diprosone ... Voilà. Est-ce que vous arrivez à... à vous passer de temps en temps du... zolpidem ?

P : oui je ne prends pas tous les jours

M : OK, et... ah et ampoule c'est vitamine D » (k23091)

C'est parfois le patient qui est inquiet de poursuivre le traitement. Enfin, il peut y avoir une courte réévaluation de la qualité du sommeil à ce moment.

Enfin, dans les deux derniers cas, l'échange ne donne pas lieu à une prescription : l'un est fait sur le ton de l'humour par la patiente, et n'est pas approfondi. Dans l'autre, le problème du sommeil a été discuté lors d'une précédente consultation et il s'agit de compléter la demande de consultation au centre des troubles du sommeil.

Ces échanges de fin de consultation font apparaître des comportements particuliers de patients avec leur traitement. « demande de l'imovane et du lexiomil. Réaction du médecin, étonné, sceptique : « les deux ? »

Réponse du patient : « je sais ce que je fais, t'inquiète » « j'espère... » » (n-10-06-09).

« La patiente dit prendre du lexiomil quand vraiment elle n'arrive pas à dormir. Elle dit en avoir donné à son fils car il n'arrivait pas à dormir. Le praticien lui rappelle qu'il ne faut pas donner des médicaments à quelqu'un d'autre, que ce genre de médicaments agissent sur le cerveau. Il regarde dans l'historique de prescription, il n'y a pas d'ordonnances depuis longtemps. Le praticien rappelle à la patiente que l'idéal est de ne pas prendre ce genre de médicament, uniquement en dépannage. La patiente est d'accord et dit n'en prendre que rarement, elle avait une ancienne boîte de son mari. La discussion s'arrête là-dessus » (w-12-01-01).

Souvent, le contexte de renouvellement donne l'impression que la problématique du sommeil a un historique pour le patient comme pour le médecin, qui ont déjà consacré des consultations à ce sujet : « tout le discours sur le sommeil a été fait lors de consultations précédentes » (i12124)

À 16 min 56 : « (milieu de consultation, la suite étant la rédaction de courriers pour les spécialistes)

Patient : déjà mon ordonnance ouais

Médecin : alors... (silence) donc là j'ai : compresses

P : 3 boîtes

M : urgotul®?

P : 3 boîtes

M : 3 carrément?

P : A force oui, parce qu'il m'en faut 1,5

M : Actisorb®?

P : 3

M : Seresta®, une boîte, mogadon...

P : seresta®, 5 boîtes (en montant le ton)

M : quoi, 5 boîtes?

P : 5 boîtes de seresta®
M : comment il est marqué là?
P : eh oui, j'en prends 3 par jour
M : 3 par jour... un et un... vingt-huit jours...
P : j'en prends 3 par jour, un le matin, un le...
M : ah oui, ça fait 5 boîtes, oui, oui vous avez raison... incroyable (rire)! Mogadon®
Ensemble : 2 boîtes
M : omeprazole
P : une boîte
M : une suffit?
(...)
M : Le subutex®, comme toujours
P : évidemment
M : le foradil®, et de l'hypafix®. est-ce qu'on a tout? » (t-04-03-3)

4.2.3.6 La plainte d'insomnie n'apparaît pas dans la consultation, mais il y a une prescription tacite de somnifère

Douze consultations répondent à cette situation. Il s'agit de patients âgés, en moyenne de 75 ans (de 56 à 92 ans), qui prennent beaucoup de médicaments, entre 3 et 10, principalement à visée cardiovasculaire et pour le diabète en plus du somnifère. Leur durée est beaucoup plus courte que toutes les autres, en moyenne 14 minutes, malgré une consultation longue de 40 minutes. Toutes ces consultations concernent avant tout le suivi d'une pathologie biomédicale chronique. Pour cinq d'entre elles, nous disposons d'informations complémentaires par l'enregistrement (4) ou la prise de notes (1).

Les enregistrements confirment l'absence d'échanges concernant le sommeil ou le somnifère. Un seul élément est noté dans une consultation où le patient vient pour une entorse de cheville :

M : sous la malléole
P oui, à l'intérieur
M : et celui-là il fait toujours mal?
P : oui
M : maintenant est-ce que ça vous a empêché de dormir? Samedi dimanche, vous avez dormi comme d'habitude?
P : oui (v-19-02-2) (NB : alors qu'il prend du zopiclone)

Dans les quatre consultations enregistrées, le médecin traite un motif unique de consultation. On a l'impression qu'il laisse de côté les plaintes psychologiques dans deux cas :

« Médecin : Ce que vous prenez actuellement c'est Tenoretic, et Colmetec...déjà 3 familles de médicaments, et 2 que vous ne supportez pas...on est coincés, il faut jouer sur les doses, rester à ce que vous tolérez et augmenter les doses. Vous êtes tendue aujourd'hui ?

Mari : oui oui, elle est nerveuse

M : vous avez un tensiomètre à la maison ? » (ac-04-03-9)

(parlant de l'IRM du genou)

P2 : le jour de nos 38 ans de mariage (rire)

M : c'est vrai, vous allez fêter ça comme ça, vous allez faire un IRM ensemble? ça c'est original au moins!

M : sinon, tout va bien... pas de soucis

P2 : si des soucis on en a...

M : pas médicaux, forcément

P2 : non...

(prise de tension)

M : 14/8, c'est bon ça

M : c'est beaucoup, c'est que vous êtes enregistrée, ça vous fait grimper la tension (rire) » (v-19-02-1)

A chaque fois, la relation entre le médecin et les patients est bonne, l'échange simple et détendu. Ils se connaissent depuis longtemps et le médecin semble bien connaître leur dossier médical, mais aussi leur contexte social, familial. Les patients semblent habitués et satisfaits de ce fonctionnement.

La consultation pour laquelle l'interne a pris des notes nous apporte d'autres indications, cette fois sur le raisonnement du médecin :

Patiente âgée, renouvellement de bromazepam sans questionnaire ou interrogatoire particulier du praticien. Dans le dossier est noté : « contre-indication du Stilnox car cauchemars » Après la consultation mon praticien me dit « C'est une perte de temps, tu ne peux pas savoir la magie que joue le somnifère chez le français moyen ; elle l'a depuis 25 ans, c'est impossible de lui retirer ; elle croit en ce traitement ». (r-22-08-04)

Ainsi, pour résumer, dans ces consultations avec un renouvellement tacite des somnifères, l'aspect biomédical est prépondérant à la fois pour le patient et pour le médecin. Leur relation est ancienne, de qualité, et la question du sommeil semble ne plus en être une. Cet état de fait semble convenir aux deux parties.

4.2.3.7 Consultations indéterminées

Sept consultations répondent à cette situation. Elles sont peu nombreuses : lorsque les internes ont codé l'insomnie dans la grille de recueil, ils y associaient presque systématiquement une prise de notes. L'âge

des patients est très variable, ainsi que la durée des consultations, qui restent dans la moyenne. Elles aboutissent à une prescription de somnifères dans 7 cas sur 8. Ce qui marque le plus ces consultations, ce sont des motifs concernant la maladie d'un membre de la famille : « *soeur malade / fille malade / maladie mari / difficulté maladie mère* ». Les résultats de consultations concernent principalement des troubles psychiques, mais quatre d'entre eux ont un traitement médicamenteux lourd, sur un terrain poly-pathologique (cardiopathie, diabète...).

5 Discussion

Notre travail a pu, à partir d'observations de consultation de médecine générale, aborder la plainte d'insomnie telle qu'elle s'y présente. Il a permis d'identifier certains processus à l'oeuvre au cours de l'interaction entre le médecin et le patient, qui apportent de nouveaux éléments de compréhension à cette problématique.

5.1 Résultats principaux

Les caractéristiques notables de l'insomnie y étaient retrouvées : elle concernait davantage les femmes, augmentait avec l'âge. Ces consultations duraient plus longtemps (21:10 min vs 15:07 min), étaient significativement associées aux troubles psychiques, en particulier la dépression et l'anxiété, mais aussi aux problèmes sociaux.

Plus de la moitié des consultations aboutissaient à une prescription de somnifères, et pour 33 patients aucune prescription médicamenteuse en rapport avec l'insomnie n'était faite. Si elles duraient moins longtemps lorsqu'il y avait une prescription de somnifère, elles restaient plus longues que les consultations sans insomnie. Les patients qui avaient une prescription de somnifères étaient plus âgés que les autres insomniaques. Il y avait une variabilité de pratiques de prescription entre les médecins. Les seuls facteurs significativement associés à une plus grande prescription de somnifères étaient l'exercice en groupe et le volume de consultations annuelles. Le fait de recevoir des visiteurs médicaux tendait à augmenter les prescriptions.

Les résultats en rapport avec le déroulement temporel de la consultation montraient de nettes différences de profils de consultation. Lorsque la plainte apparaissait en début ou milieu de consultation, les patients étaient plus jeunes et elles aboutissaient moins à une prescription de somnifères. Lorsque la plainte apparaissait en fin de consultation, et plus encore lors d'un renouvellement tacite de somnifères, les patients étaient plus âgés et les prescriptions quasi systématiques.

5.2 Forces et faiblesses de l'étude

Pour ce travail, nous avons développé un dispositif original, encouragé par la réussite du projet ECOGEN³⁵. Ce dispositif est basé sur l'observation participante d'internes en stage, auprès de maîtres de stage qui ont

³⁵ Letrillart et al., "ECOGEN : Étude Des Éléments de La Consultation En Médecine GÉNÉrale."

accepté d'ouvrir l'espace de leurs consultations. L'habitude de consulter en présence d'un tiers, dans le cadre de ces stages, a facilité l'acceptabilité de l'étude auprès des médecins et de leurs patients, très peu ayant refusé d'y participer. La motivation et la rigueur des internes participant est une condition à la réussite. Le peu de données manquantes et de prises de notes manquantes pour nos consultations témoigne de cette rigueur. Cette expérience nous a appris comment former puis accompagner les étudiants investigateurs. Ce sont des éléments critiques qui conditionnent la qualité des données recueillies. Une des difficultés inhérentes à l'observation participante, est l'exercice de distanciation demandé aux étudiants³⁶. L'apprentissage de l'absence de jugement est aussi une difficulté, et la régularité des réunions d'échange au cours de l'étude est indispensable pour l'accompagner.

Ce travail nous a permis de valider ce dispositif de méthodologie mixte, qui apparaît adapté pour de multiples autres questions en médecine générale, et ce avec un minimum de financement. Nous avons déjà pu le décliner pour deux autres projets de recherche, l'un sur les infections respiratoires hautes, l'autre sur l'obésité en milieu précaire. Ainsi, il peut devenir structurant pour le développement de la recherche du Département de Médecine Générale.

Ce dispositif mixte nous a permis un recodage fin des consultations, aboutissant à l'exclusion de certaines consultations et l'inclusion d'autres. Cela a abouti à une différence de près d'un tiers des consultations avec plainte d'insomnie entre la base de données initiale et finale. Cette étape de recodage était prévue, mais l'ampleur de cette différence n'avait pas été anticipée. Cela nous a interrogé sur la fiabilité générale des bases de données quantitatives : en effet, quel que soit le sujet, lorsqu'un recueil quantitatif est réalisé, il y a toujours une étape de codage qui implique un choix de l'investigateur, et qui garde une part de subjectivité malgré toute la rigueur possible. A noter qu'il y a probablement une sous-estimation restante de ces consultations, car n'ont été pris en compte dans les prescriptions que zolpidem et zopiclone pour les ajouter, mais d'autres molécules ont pu être prescrites, en particulier des benzodiazépines ou des anti-histaminiques. Dans un souci de rigueur méthodologique nous ne les avons pas incluses, car cela induisait un risque de sur-interpréter les données. Cela a pu réduire statistiquement les différences entre les groupes.

³⁶ Bloy, "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale."

Cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de consultations prises au hasard de 29 médecins généralistes maîtres de stage en Alsace. S'ils ont certaines caractéristiques en termes de répartition en âge, en sexe et mode d'exercice proche de la moyenne départementale, il est nécessaire de rester prudent pour extrapoler la représentativité de notre population de médecins et de patients.

La principale limite de notre travail est le caractère transversal de cette étude. En effet, nous avons obtenu une image à un temps donné de la problématique du patient et de son interaction avec son médecin. Nous avons peu d'information sur l'histoire de la maladie et l'évolution de sa prise en charge. Le dispositif mis en place a cependant permis occasionnellement d'en avoir un aperçu. Les internes passant plusieurs mois en stage chez les médecins ont pu suivre certains patients et partager des éléments intéressants sur la suite de la consultation, que nous avons pu intégrer à notre analyse. De plus, comme nous l'avons évoqué dans les résultats principaux, le fait d'avoir un large éventail d'images instantanées de consultations nous permet de retracer une histoire plus longitudinale de la plainte d'insomnie au cours de ces consultations, même si elle reste à vérifier. Une vérification de cette histoire sur une cohorte de patients reste cependant difficile à mettre en oeuvre. Un design longitudinal accéléré est une méthode qui pourrait le rendre plus faisable³⁷.

Enfin, nous souhaitons ouvrir la réflexion sur la mesure du temps de consultation. Les résultats de ce travail montrent un lien fort entre la durée de la consultation et le type de prise en charge. Cela se vérifie à grande échelle lorsqu'on compare les durées de consultations moyennes entre les différents pays, et leur rapport à l'état de santé de la population³⁸ : il semble y avoir une durée minimum pour garantir conjointement une qualité de soins des patients et une qualité d'exercice pour le médecin. Cependant, comme nous l'avons évoqué plus haut, il s'agit d'une vision transversale d'un problème qui se joue dans la durée. Nous pouvons nous interroger sur l'effet du médecin qui prend beaucoup de temps pour approfondir la question du sommeil de manière ponctuelle, en comparaison à un médecin qui y passerait moins de temps, mais plus régulièrement. Si nous souhaitons mieux intégrer l'aspect longitudinal de l'insomnie, nous devons donc critiquer le choix de la consultation comme unité de mesure du temps. Une alternative pourrait être de mesurer le temps annuel de consultation par patient.

³⁷ Galbraith, Bowden, and Mander, "Accelerated Longitudinal Designs."

³⁸ Irving et al., "International Variations in Primary Care Physician Consultation Time."

5.3 Du résultat au processus : au cœur de l'interaction patient - médecin

Notre dispositif d'enquête a permis de nous affranchir de la conclusion de la consultation en terme de prescription délivrée ou remboursée, au profit du processus sous-jacent. Nous avons pu revenir au cœur de la consultation, des motifs à ses résultats, en croisant les données quantifiées et les éléments qualitatifs. Cela nous a permis de constater que sa conclusion chiffrée, sous forme de la prescription médicamenteuse, ou en négatif de l'absence de prescription, est l'aboutissement du cheminement partagé du médecin et de son patient, dans la logique singulière de leur interaction.

Le processus observé lors d'une consultation donnée, si on la replace dans le suivi au long cours du patient, apporte une compréhension plus intégrée de l'interaction entre le médecin et son patient.

La manière de traiter cette problématique est la résultante de l'attitude de chacun des protagonistes par rapport à l'insomnie. Le fait de ne pas considérer l'insomnie comme un problème médical peut concerner autant le patient que le médecin³⁹.

Certains médecins ont un abord principalement biomédical de l'insomnie. Cela relève de la conception de son rôle par le médecin, de sa formation, et de sa moindre appétence pour les problématiques biomédicales ou psychosociales. Mais cela relève aussi de la conception du patient du rôle de son médecin. Souvent cette attitude est appréciée par leurs patients, même si certains échanges laissent transparaître d'autres attentes de la part du patient.

A l'inverse, d'autres médecins ont un abord avant tout psycho-social de l'insomnie. Les patients insomniaques semblent en général apprécier cette approche, mais pas tous : certains sont dérangés lorsque le médecin tente d'ouvrir l'échange sur cette voie, et ils préfèrent que la consultation se cantonne à la sphère biomédicale.

La résultante, donc, sous la forme d'une ordonnance médicamenteuse ou non de ces consultations avec plainte d'insomnie laisse transparaître aussi la notion intuitive que « les patients ressemblent à leur médecin »⁴⁰, qui a pu être objectivée à partir des données ECOGEN sur certaines caractéristiques sociodémographiques. La présence du médicament reflète cette interaction, mais le processus a sa logique propre, et légitime en général la prescription de somnifère, quand elle a lieu.

³⁹ Gaboreau et al., "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire."

⁴⁰ Favier, "Quels patients pour quels médecins ?"; JADDO, "Un Train En Marche."

Dans ces deux situations, le médecin généraliste donne à voir une prise en charge plus globale du patient, qui intègre la définition de la santé par l'OMS : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁴¹

L'expertise collective de l'Inserm sur les psychotropes de 2012, résume bien ce phénomène : « *Si l'on garde à l'esprit les règles édictées tant par la clinique psychiatrique que par l'administration sanitaire, on ne peut conclure qu'à une dérive thérapeutique, c'est-à-dire à une prescription non conforme des médicaments psychotropes. En revanche, si l'on soutient l'idée que ces médicaments peuvent accompagner le traitement de la douleur et de la souffrance, alors on reconnaîtra plus volontiers la rationalité des termes actuels de la prescription, même s'il y a lieu de s'interroger sur l'efficacité réelle de ces produits dans le traitement de ces problèmes. Si donc, on tient compte de la légitimité sociale de telles indications, alors l'idée de prescription non conforme doit être relativisée, sauf à prendre parti pour une définition et une seule de la santé. On comprend de la sorte pourquoi la prescription peut être renouvelée et induire parfois des années de recours, sans que le patient et son médecin ne s'en offusquent.* »⁴²

5.4 Proposition de théorisation : un parallèle entre la temporalité de l'insomnie dans la consultation et dans l'histoire des patients et de leur relation avec le médecin

L'analyse de la plainte d'insomnie dans le décours temporel de la consultation semble dresser, en raccourci, l'histoire de cette plainte pour les patients et leurs médecins. En effet, quand elle arrive en début de consultation, les patients sont plus jeunes, en meilleure santé générale, et motivés pour trouver une solution. L'insomnie est un élément perturbateur de leur équilibre de vie. Ensuite, un peu plus âgés, ce sont encore eux qui initient le sujet, mais secondairement. D'autres problématiques médicales commencent à prendre le dessus. Pour autant, ils attendent encore une réponse adaptée de leur médecin, et peuvent être ouverts à des propositions thérapeutiques variées. Dans ces interactions, pour gagner du temps et éviter de prescrire, il arrive que le médecin n'entende pas cette plainte ou l'écarte de cette consultation. Cependant, c'est parfois l'occasion de programmer un temps dédié à ce sujet. Ensuite, chez des patients un peu plus âgés, qu'on peut imaginer avec une histoire d'insomnie plus ancienne, c'est le médecin qui va revenir sur le sujet du sommeil, pour différentes raisons : raisonnement clinique par rapport à des hypothèses diagnostiques, évaluation de la sévérité d'une pathologie ou de son retentissement,

⁴¹ OMS, "Constitution de l'organisation Mondiale de La Santé."

⁴² INSERM, "Pharmacodépendance en population générale."

réévaluation chez un patient insomniaque connu, simple écoute des plaintes et de la souffrance des patients... Le sujet de l'insomnie intéresse encore le médecin, mais le patient a d'autres préoccupations médicales. Dans ce cas, on se rend compte que le patient n'attend plus vraiment de solution, peut-être aussi parce qu'il a l'impression d'en avoir déjà fait le tour avec son médecin. Il y a encore relativement peu de prescriptions, et elles concernent surtout des renouvellements. Quand cette plainte arrive en fin de consultation, la réponse semble assez automatique vers une prescription de somnifères. Les patients sont plus âgés, cette insomnie chronique semble figée avec un renouvellement quasi-systématique du somnifère. Le médecin tente parfois de revenir dessus, mais le sujet est balayé par le patient. Enfin, lorsqu'il y a une reconduction tacite des somnifères, de manière presque caricaturale l'insomnie ne semble plus être un sujet ni pour le patient, ni pour le médecin. Il s'agit alors de patients encore plus âgés, où d'autres problèmes de santé prennent toute la place.

Étonnamment, l'expertise collective de l'INSERM recoupe cette théorie, mais en partant du point de vue de la prescription. Il s'agit du recours aux psychotropes en général, incluant les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques. Dans son chapitre sur les différentes situations de dépendance en population générale⁴³, les auteurs synthétisent des travaux s'intéressant au point de vue des patients sur leur usage des psychotropes. C'est donc particulièrement intéressant pour nous, car il s'agit du point de vue qui manque à notre travail. Leur analyse sociologique leur a permis d'esquisser des typologies en fonction des durées de recours :

- les « recours conjoncturels », durant moins de 6 mois, qui concernent plutôt une population jeune de moins de 45 ans. L'usage étant temporaire, lié à des événements temporaires n'est pas vécu comme problématique, ni pour les patients, ni pour les médecins. Dans notre typologie, ils correspondent aux caractéristiques des patients qui viennent avec l'insomnie pour premier et principal motif.
- le « surinvestissement médicamenteux » correspond à des personnes un peu plus âgées, 45-55 ans, issues de la classe moyenne, qui utilisent des psychotropes depuis 5 à 10 ans. Elles ont souvent un recours spécifique à ces classes thérapeutiques, sans prescription somatique associée. L'initiation du traitement est alors souvent liée à un mal-être, sans toujours de diagnostic psychiatrique évident. Leur relation au médicament est complexe, avec à la fois un surinvestissement du médicament, une crainte de l'interrompre, mais aussi

⁴³ INSERM.

une culpabilité liée à cette sorte de dépendance. Cela recoupe notre typologie des patients de « milieu de consultation » avec somnifères.

- les « chronicités consenties et maîtrisées » correspondent aux recours les plus longs, de plus de 10 ans, avec principalement un recours aux hypnotiques, chez des personnes âgées, plutôt de milieu populaire et porteuses des pathologies invalidantes. L'usage en est alors qualifié de « fataliste », tant pour les patients que pour leur médecin, sans réelle addiction. Ce recours est légitimé comme « *une solution par défaut, mais une solution quand même* ». Ces éléments recourent aussi très bien nos groupes de « fin de consultation » et « tacite ».

5.5 Interactions autour de l'insomnie : au-delà du médicament

Ces typologies n'incluent logiquement pas les consultations sans somnifères, comme ces patients n'ont pas été interrogés. C'est justement ce que peut apporter notre travail. En effet, dans notre étude 48 consultations n'aboutissent pas à la prescription de somnifères, 43 n'ont pas de prescription d'allopathie à visée somnifère, et 33 n'ont aucune prescription, phytothérapie et homéopathie comprises. Les consultations sans prescriptions sont donc loin d'être anecdotiques. Cela va à contre-courant du principe de la « surprescription » et de la « surconsommation ». En effet, cela veut donc dire que dans plus d'un tiers des consultations, il se passe forcément autre chose en consultation qu'une ordonnance pour traiter la plainte d'insomnie.

Dans ces consultations sans prescriptions, la place de la parole est plus importante. Nous avons pu l'objectiver par la durée de la consultation. Une étude scandinave avait établi une forte association entre la durée de consultation et l'exploration du contexte psychosocial du patient⁴⁴, contexte qui est justement fréquemment associé à l'insomnie. Le codage des procédures de soin a montré qu'il y avait effectivement davantage d'écoute dans les consultations avec plainte d'insomnie, et que la même tendance se dégageait pour les consultations sans prescription de somnifères.

Les données qualitatives nous ont permis d'approfondir cette idée. Nous avons pu voir que, quel que soit le moment de la consultation où la plainte émerge, lorsque le médecin prend le temps d'explorer la plainte, de laisser s'exprimer le patient sur son sommeil ou les causes de l'insomnie, la prescription devient accessoire, et l'écoute, l'interaction entre le médecin et le patient occupe pleinement sa fonction

⁴⁴ GUDE et al., "A Few More Minutes Make a Difference?"

thérapeutique, telle que décrite par Balint⁴⁵. Les problématiques abordées dans ces échanges sont multiples, individualisées, mais on y retrouve des traits communs.

En premier, une conception bio-psycho-sociale du rôle du médecin. Le contexte de vie est un élément exploré et pris en compte pour le soin du patient.

L'approche centrée patient apparaît clairement dans certaines de ces consultations, tout comme l'application des principes de la décision partagée. La réalisation ou non d'une ordonnance médicamenteuse fait parfois l'objet d'un échange qui clos alors logiquement la consultation, et le médecin est prêt à s'adapter au point de vue du patient : par exemple, lorsqu'il estime que le médicament n'est pas la solution, mais qu'ils s'accordent sur une prescription de benzodiazépine (*ab-27-02-7*). Ainsi, on retrouve dans ces consultations le socle de l'approche centrée patient : le partage de l'information, la prestation de soins basée sur l'empathie et l'autonomisation, la considération des besoins des patients⁴⁶.

La construction d'une bonne relation avec le patient apparaît aussi importante : le médecin connaît le patient autant d'un point de vue médical que dans son histoire de vie professionnelle et familiale.

De cibler ces consultations permet aussi de rappeler que la prescription est la résultante d'une démarche médicale, et qu'il se passe aussi autre chose dans la consultation, même quand il y a une prescription de somnifères.

5.6 Un effet générationnel

Nous observons deux phénomènes : d'une part, dans notre étude, près de la moitié des consultations n'aboutissent pas à une prescription de somnifères, et plus fréquemment chez les patients jeunes. D'autre part, l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France montre une tendance régulière à la baisse depuis près de 10 ans⁴⁷. Ces deux phénomènes évoquent un probable effet générationnel de la prescription : des personnes âgées attachées aux médicaments, et des plus jeunes qui souhaitent les éviter. Nous pourrions poser l'hypothèse que ces différences ne sont pas seulement liées à l'âge et à l'apparition de multi-morbidité avec le temps, mais aussi à une évolution dans la société du regard sur les médicaments, et les somnifères en particulier.

Penchons-nous d'abord sur l'« effet génération » en terme d'expérience historique avec les médicaments. Les habitudes de prescriptions des médecins et des patients il y a une vingtaine d'années favorisaient

⁴⁵ Balint, *Le Médecin, son malade et la maladie*.

⁴⁶ Constand et al., "Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare."

⁴⁷ ANSM, "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France."

grandement la prescription d'hypnotiques, pour plusieurs raisons. Ces molécules, dans les années 1970 d'abord les benzodiazépines, étaient nouvelles, et sont arrivées en remplacement d'une classe de médicaments beaucoup plus dangereuse, les barbituriques⁴⁸. Ils sont alors perçus par les médecins, mais aussi par la société à l'époque comme un produit miracle. C'est secondairement au début des années 1980 que les effets indésirables ont alerté sur l'usage excessif de ces molécules⁴⁹. Le même phénomène s'est produit plus tard avec les z-drugs (zolpidem, zopiclone), et les premières publications et communications sur cette molécule sont beaucoup plus positives qu'actuellement : pas d'effet résiduel la journée, peu d'effet de tolérance comparé aux benzodiazépines⁵⁰. Il faut attendre les années 2000 pour que les risques liés aux z-drugs soient reconnus⁵¹, en particulier le risque de tolérance et de mésusage. Progressivement, ces éléments ont légitimement alerté les autorités publiques, qui a peu à peu cadré les conditions de prescription, comme nous l'avions vu en introduction. L'effet de réduction des consommations apparaît progressivement et en décalage, mais il est réel et continu depuis plus de 10 ans.

Cet historique a été vécu autant par les patients les plus âgés, que par les médecins en fin de carrière qui ont vécu l'évolution de la pharmacopée et de ses risques. Logiquement, ces baisses de consommation ne sont pas rapides ni brutales : en effet, de nombreux patients les prennent depuis parfois des décennies, et ne voient pas le problème de continuer un médicament qui leur a toujours fait plus de bien que de mal, comme l'illustre le patient de la consultation n°k25061.

Le changement de regard sur le médicament se fait progressivement, et l'« effet génération » agit tant du côté du médecin que du patient. Des sociologues ont constaté la vision clairement positiviste du médicament par les médecins français, et les médecins généralistes en particulier. Le médicament répond efficacement à un problème de santé, là où aux Pays-Bas, l'accent va être mis sur les conseils d'hygiène de vie⁵². Cette vision change avec l'évolution de la médecine et de la société, et les scandales et controverses successives la remettent en cause. De plus, les nouvelles générations de médecins n'ont pas reçu la même formation, et n'ont pas le même abord de leur profession⁵³. Même si nous n'avons pas pu le mettre en

⁴⁸ Duvivier, *Dormir*; Pearlman and Greenberg, "Medical-Psychological Implications of Recent Sleep Research"; Sellers, "Clinical Pharmacology and Therapeutics of Benzodiazepines."

⁴⁹ MacKinnon and Parker, "Benzodiazepine Withdrawal Syndrome."

⁵⁰ Nicholson and Pascoe, "Hypnotic Activity of an Imidazo-Pyridine (Zolpidem)"; Sanger et al., "The Behavioral Profile of Zolpidem, a Novel Hypnotic Drug of Imidazopyridine Structure."

⁵¹ Prescrire, "Dépendance Aux Hypnotiques : Zolpidem et Zopiclone Aussi"; Madrak and Rosenberg, "Zolpidem Abuse."

⁵² Rosman, "Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas"; Vassy and Derbez, *Introduction à la sociologie de la santé*.

⁵³ VEGA, "Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductible à de simples individus."

évidence dans notre étude, ayant peu de médecins jeunes, il serait intéressant d'observer si cette évolution s'accroîtra les prochaines années.

Pour ouvrir le débat, les chiffres de l'insomnie, par les prescriptions médicamenteuses et autres (suivi psychologique, hygiène de sommeil etc.) sont difficilement comparables d'un pays à l'autre, en dehors d'une comparaison comptable. Pour en avoir ne serait-ce qu'une vision d'économie de la santé globale, il faudrait tenir compte de tous les coûts indirects. Le système de remboursement du système de soins français facilite possiblement l'accès aux soins pour ce genre de souffrance, et les chiffres qui en ressortent représentent peut-être simplement la médicalisation de l'insomnie et des phénomènes psychosociaux qui y sont fréquemment rattachés. On peut s'interroger sur les autres manières que les patients utilisent pour se soigner, avec des auto-médications par l'alcool ou d'autres produits psycho-actifs, par exemple. Pour reprendre une citation de l'expertise collective de l'Inserm : « *la prescription s'appuie sur une définition plus extensive de la santé qui puise sa légitimité, en particulier, dans le soutien médical au traitement de la douleur et de la souffrance. Il y est ainsi question d'accompagner la prise en charge des maladies chroniques, le traitement de l'insomnie, des difficultés de vie familiale ou professionnelle, ou bien encore, dans le cadre d'une gestion implicite des risques, d'éviter le recours à d'autres psychotropes dont l'alcool.* »⁵⁴. Finalement, est-ce que le fait qu'on ait une « surconsommation » et une « surprescription » ne devrait pas aussi être considérée comme un indicateur de qualité du système de soins ?

5.7 Freins et leviers dans la prise en charge de l'insomnie

La plainte d'insomnie apparaît donc à un moment variable de la consultation. Elle en est rarement un motif unique. Au contraire, elle s'intègre souvent à une situation médicale complexe, que ce soit du point de vue somatique, ou psycho-social. Dans ces consultations, le médecin mobilise fréquemment ses compétences relationnelles, de soins centrés sur la personne et d'approche globale telles que définies par la WONCA en 2002⁵⁵.

Notre étude a permis d'observer que lorsque l'insomnie est abordée en début de consultation, le médecin peut la structurer autour de ce motif. Dans les autres cas, la discussion se greffe aux autres motifs. Le raisonnement médical et l'exploration de la plainte s'en trouvent parasités. Au vu de ces résultats, il

⁵⁴ INSERM, "Pharmacodépendance en population générale."

⁵⁵ Allen et al., *The European Definitions Of The Key Features of the Discipline of General Practice, The Role of the General Practitioner and A Description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician.*

apparaît intéressant de proposer une consultation dédiée à l'insomnie lorsqu'elle est abordée secondairement, voire à la fin de la consultation. C'est une démarche à favoriser pour éviter la chronicisation de l'insomnie et la prescription de somnifères. Cependant, nous avons vu que les patients insomniaques de « fin de consultation » ne sont pas interchangeables avec ceux de « début de consultation ». La proposition de consultation dédiée, si elle doit être tentée, ne permettra probablement de faire bouger les lignes que dans certains cas. Nous pouvons faire le parallèle avec le conseil minimal chez les patients fumeurs⁵⁶. Chez les patients insomniaques, il pourrait consister en une à deux questions simples : « où en êtes-vous avec les somnifères ? » et « souhaitez-vous qu'on prenne le temps de réévaluer votre sommeil ? ». Lorsque le patient semble réceptif, proposer à ce moment un rendez-vous dédié au sommeil et lui remettre un agenda du sommeil pour le réévaluer dans l'intervalle peut aider à faire évoluer le patient, tout en limitant le sentiment d'échec du médecin. L'insomnie est alors considérée comme toute les pathologie chronique, avec ou sans dépendance à un produit, et l'accompagnement se fait dans la durée. Nous avons aussi pu observer un trait commun des consultations où les négociations étaient difficiles : lorsque l'échange se focalise sur le médicament et la négociation du sevrage. Dans ces cas, le dialogue semble fermé entre patient et médecin, évoque plus une consultation à orientation addiction qu'insomnie. Lorsqu'on les compare aux consultations où, au contraire, le dialogue s'installe facilement, nous discernons un possible levier. Accéder à la demande du patient dans un premier temps permet de retrouver son attention. Déplacer dans un second temps l'échange sur le sommeil et son contexte de vie, rend l'échange moins stérile. Il peut alors y avoir la place pour réfléchir à l'hygiène du sommeil et aux soins non médicamenteux. La décision de prescrire ou pas n'est plus le centre de la consultation, et justement s'affranchir de la question de la prescription semble nécessaire. Ces éléments recourent les techniques communicationnelles de l'entretien motivationnel⁵⁷. Avoir une démarche centrée sur le patient, montrer de l'intérêt pour le trouble lui-même et non sur son médicament répond probablement mieux à la préoccupation du patient, et est plus à même de l'aider à évoluer.

⁵⁶ Stead et al., "Physician Advice for Smoking Cessation."

⁵⁷ Lécallier and Michaud, "L'entretien Motivationnel - Une Évolution Radicale de La Relation Thérapeutique."

6 Conclusion

Ce travail avait pour objectif de mieux comprendre les interactions entre les patients et leurs médecins lorsqu'il y a une plainte d'insomnie, selon l'axe de la temporalité de la consultation. Cette étude des pratiques de consultation repose sur un dispositif d'observation multiple, associant un recueil quantitatif et qualitatif. Il a permis de réaliser une analyse mixte, avec croisements des deux types de recueil. Cela a abouti à un recodage des données quantitatives d'une partie des consultations d'une part, et à déterminer un axe d'analyse qualitatif d'autre part. Nous avons pu établir un lien entre les typologies sociologiques des patients (âge, sexe, porteur d'une affection longue durée), et la temporalisation de ces caractéristiques dans le déroulé de la consultation. Les consultations pour insomnie, sans prescriptions de somnifères occupent une part importante de l'activité des médecins généralistes qui apparaît difficilement autrement. Nous avons identifié un lien déterminant, entre la prescription et le décours temporel de la consultation. Nous avons ainsi construit une typologie socio-temporelle de la consultation, qui complète le tableau dressé par le collectif d'experts de l'INSERM en 2012.

7 Remerciements

Cette étude a pu aboutir grâce à de nombreux acteurs :

Les internes investigateurs : Vassil Gendry, Yasmina Fellah-Thuet, Fabrice Noyer, Sarah Ugé, Noémie Klein, Viviane Nollet, Christine Thibaut, Henri Comtet, Justine Jacquemin, Elina Jehin, Julie Raimbaud, Stéphanie Weber, Julie Laugel. Je remercie en particulier Yasmina et Vassil, qui en réalisant leurs thèses à partir de ces données ont contribué au nettoyage de la base de données et aux premières analyses.

Les maîtres de Stage des Universités qui ont accueilli ces internes, accepté de participer à l'étude, et facilité son acceptation par leurs patients (que je ne citerai pas nominativement pas souci d'anonymat)

Le bio-statisticien François Lefebvre qui a réalisé la quasi-totalité des analyses statistiques

La Direction Régionale du Service Médicale, qui a accepté de nous fournir des chiffres régionaux de l'activité des médecins généralistes, et en particulier Dr Pascal Lallemand qui a extrait ces données du SNIIRAM.

8 Bibliographie

- Allen, J, Gay, B, Crebolder, H, Heyrman, J, Svab, I, and Ram, P. *The European Definitions OfThe Key Features of the Discipline of General Practice, The Role of the General Practitioner and A Description of the Core Competencies of the General Practitioner / FamilyPhysician*. WONCA Europe., 2011.
- ANSM. "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France." ANSM, décembre 2013. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655de103a.pdf.
- ANSM. "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France," Avril 2017. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaaf04713f0c280862555db0c8.pdf.
- Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale (n.d.). Accessed November 7, 2019.
- Assurance Maladie. "La Convention Nationale 2016-2021 Entre Les Médecins Libéraux et l'assurance Maladie. Synthèse," 2016. https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf.
- Balint, M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 1978.
- Bloy, G. "La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien." *Revue française des affaires sociales*, no. 1 (2005): 101-25.
- Bloy, G, and Schweyer, F-W. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.
- Chan-Chee, C., V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, and D. Leger. "[Epidemiology of insomnia in France]." *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique* 59, no. 6 (December 2011): 409-22. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.05.005>.
- Charmaz, K. "Constructivist and Objectivist Grounded Theory." In *Constructing Grounded Theory : A Practical Guide through Qualitative Analysis*, SAGE publications., 208. London (GB), 2006.
- Commission de la transparence. "Réévaluation Du Service Médical Rendu Des Benzodiazépines Hypnotiques et Apparentés à La Demande de La Commission, En Application de l'article R-163-21 Du Code de La Sécurité Sociale." Avis. Haute Autorité de Santé, juin 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/stilnox_reeval_ri_avis1_ct11444_ct13218.pdf.
- Constand, M-K, MacDermid, J-C, Dal Bello-Haas, V and Law, M. "Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare." *BMC Health Services Research* 14 (June 19, 2014): 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
- Duvivier, E. *Dormir*. Parlant - couleur - 16mm, Documentaire. Art et Science, 1975. <https://medfilm.unistra.fr/wiki/Dormir>.
- Fassin, D, and Bensa, A. *Les politiques de l'enquête - Epreuve ethnographique*. La Découverte., 2008. <https://www.cairn.info/politiques-de-l-enquete--9782707156563.htm?contenu=sommaire>.
- Favier, C. "Quels patients pour quels médecins ? : étude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée." Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2014.
- Fellah-Thuet, Y. "Consultation avec plaintes de sommeil: place des hypnotiques et alternatives au traitement à partir de 851 consultations de médecine générale." Strasbourg, France, 2017.

- Gaboreau, Y, Pricaz, F, Cote-Rey, A, Roucou, I, and Imbert, P. "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire." *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*, no. 130 (2017): 52–59.
- Galbraith, S, Bowden, J, and Mander, A. "Accelerated Longitudinal Designs: An Overview of Modelling, Power, Costs and Handling Missing Data." *Statistical Methods in Medical Research* 26, no. 1 (February 2017): 374–98. <https://doi.org/10.1177/0962280214547150>.
- Glaser, B-G, and Strauss A-L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, 1967.
- Gude, T, Valgum, P, Anvik, T, Baerheim, A, and Grimstad H. "A Few More Minutes Make a Difference? The Relationship between Content and Length of GP Consultations." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31, no. 1 (March 2013): 31–35. <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.751698>.
- Guével, M-R, and Pommier, J. "Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration." *Sante Publique* Vol. 24, no. 1 (April 12, 2012): 23–38.
- INSERM. *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*. Collection Expertise collective. Paris: Inserm, 2012. <http://hdl.handle.net/10608/2072>.
- INSERM. "Pharmacodépendance en population générale." In *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Collection Expertise collective., 155–74. Paris: Inserm, 2012. <http://hdl.handle.net/10608/2072>.
- IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, and Institut Ipsos. Paris. FRA. *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Paris: Cnamts, 2005.
- Irving, G, Neves, A-L, Dambha-Miller, H, Oishi, A, Tagashira, H, Verho, A, and Holden, J. "International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: A Systematic Review of 67 Countries." *BMJ Open* 7, no. 10 (November 8, 2017): e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>.
- JADDO. "Un Train En Marche." *Juste Après Dresseuse d'ours* (blog), 2008. <http://www.jaddo.fr/2008/05/19/un-train-en-marche/>.
- Jamouille, M., Roland, M, Humbert, J, and Brulet, J-F. *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2) : Deuxième Version*. Belgique: Care Editions ASBL, 2000.
- Kessel, N, and Bonah, C. "Revolutionary Markets? Approaching Therapeutic Innovation and Change through the Lens of West German IMS Health Data, 1959–1980." In *Therapeutic Revolutions - Pharmaceuticals an Social Change in the Twentieth Century*, University of Chicago Press., 97–125. Chicago, USA, 2016.
- Le Moigne, Ph. "La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences." Paris : CESAMES-MILDT, 2004.
- Lécallier, D, and Michaud, P. "L'entretien Motivationnel - Une Évolution Radicale de La Relation Thérapeutique." *Alcoologie et Addictologie* 26, no. 2 (2004): 129–34.
- Leger, D., C. Guilleminault, J. P. Dreyfus, C. Delahaye, and M. Paillard. "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France." *Journal of Sleep Research* 9, no. 1 (March 2000): 35–42.
- Léger, D, Partinen, M, Hirshkowitz, M, Chokroverty, S, Hedner, J, and EQUINOX (Evaluation of daytime Quality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatient's eXperience) Survey Investigators. "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting: EQUINOX Survey of 5293 Insomniacs from 10 Countries." *Sleep Medicine* 11, no. 10 (December 2010): 987–98. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.019>.

- Letrillart, L, Supper, I, Schuers, M, Darmon, D, Boulet, P, Favre, M, Guérin, M-H, and Mercier, A. "ECOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GÉNÉrale." *Exercer*, Exercer, no. 114 (2014): 148–57.
- MacKinnon, G. L., and W. A. Parker. "Benzodiazepine Withdrawal Syndrome: A Literature Review and Evaluation." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 9, no. 1 (1982): 19–33. <https://doi.org/10.3109/00952998209002608>.
- Madrak, L. N., and M. Rosenberg. "Zolpidem Abuse." *The American Journal of Psychiatry* 158, no. 8 (August 2001): 1330–31. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1330-a>.
- Nicholson, A. N., and P. A. Pascoe. "Hypnotic Activity of an Imidazo-Pyridine (Zolpidem)." *British Journal of Clinical Pharmacology* 21, no. 2 (February 1986): 205–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1986.tb05176.x>.
- Nieuwlaat, R, Wilczynski, N, Navarro, T, Hobson, N, Jeffery, R, Keepanasseril, A, Agoritsas, T et al. "Interventions for Enhancing Medication Adherence." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 11 (November 20, 2014): CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>.
- OFDT. "Médicaments Psychotropes - Synthèse Des Connaissances - OFDT." Observatoire français des drogues et des toxicomanies, fev 2019. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychothropes/>.
- Ohayon, M-M. "Epidemiology of Insomnia: What We Know and What We Still Need to Learn." *Sleep Medicine Reviews* 6, no. 2 (April 2002): 97–111.
- OMS. "Constitution de l'organisation Mondiale de La Santé," 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>.
- Pearlman, C. A., and R. Greenberg. "Medical-Psychological Implications of Recent Sleep Research." *Psychiatry in Medicine* 1, no. 4 (October 1970): 261–76. <https://doi.org/10.2190/qcgy-2a8u-nh01-6824>.
- Philip, C, and De Battista, P. "Mise en œuvre de la méthodologie de l'observation participante dans le cadre d'un mémoire de M2." *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* N° 59, no. 3 (2012): 207–21.
- Prescrire. "Dépendance Aux Hypnotiques : Zolpidem et Zopiclone Aussi." *Rev Prescrire* 20, no. 210 (2000): 675–76.
- Rosman, S. "Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas." In *Singuliers généralistes*, Métiers Santé Social., 117–32. Presses de l'EHESP, 2010. <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213.htm>.
- Sanger, D. J., G. Perrault, E. Morel, D. Joly, and B. Zivkovic. "The Behavioral Profile of Zolpidem, a Novel Hypnotic Drug of Imidazopyridine Structure." *Physiology & Behavior* 41, no. 3 (1987): 235–40. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(87\)90359-3](https://doi.org/10.1016/0031-9384(87)90359-3).
- Sellers, E. M. "Clinical Pharmacology and Therapeutics of Benzodiazepines." *Canadian Medical Association Journal* 118, no. 12 (June 24, 1978): 1533–38.
- Stead, L-F., Buitrago, D, Preciado, N, Sanchez, G, Hartmann-Boyce, J, and Lancaster, T. "Physician Advice for Smoking Cessation." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 5 (May 31, 2013): CD000165. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.
- Touat, B. "Comparaison Internationale de l'usage de Psychotropes Dans Huit Pays Européens Entre 2007 et 2014." presented at the 38ème journée des économistes de la santé français, Lyon, 2016. <https://www.ces-asso.org/comparaison-internationale-de-l%E2%80%99usage-de-psychothropes-dans-huit-pays-europ%C3%A9ens-entre-2007-et-2014-b>.

- Vassy, C, and Derbez, B. *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin., 2019. <http://iris.ehess.fr/index.php?4377>.
- Vega, A. "Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductible à de simples individus." *Médecine* 6, no. 8 (2010): 382–86.
- WHO. "WHO | 3. Defined Daily Dose (DDD)." Accessed November 6, 2019. http://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/.

Troisième partie : l'agenda du sommeil

Nous avons vu que la temporalité de la plainte au cours de la consultation est un élément critique dans sa prise en charge. Cette étude a conforté le concept de « motif de poignée de porte », qui est parfois le plus important, mais il est rarement possible de s'en occuper correctement à ce moment. Pour autant, ce motif peut être pris en considération de plusieurs manières. L'ordonnance médicamenteuse en est une, et une alternative est de proposer une consultation dédiée. L'agenda du sommeil peut alors être proposé comme outil, et qui donne aussi du sens au fait de reporter la prise en charge de cette plainte. Il est recommandé par l'American Association of Sleep Medicine¹ et la Haute Autorité de Santé². L'agenda du sommeil évalue des données subjectives rapportées par le patient. La validité des données recueillies par rapport à des données objectives du sommeil a rarement été faite³. Cependant, l'évaluation subjective est bien adaptée à la nature de la plainte d'insomnie. Son intérêt est qu'il peut être utilisé à tous les niveaux de la prise en charge du patient. A l'étape de diagnostic, il aide à évaluer les diagnostics différentiels et associés à l'insomnie, à caractériser de la plainte d'insomnie et à l'auto-évaluation du patient. Pour autant, cet outil est peu connu et utilisé en médecine générale. Une thèse d'exercice de médecine générale réalisée en 2014 à Créteil pointe d'un côté l'absence de consensus des experts sur l'agenda du sommeil, et de l'autre un faible usage par les médecins généralistes en raison d'un sentiment d'inutilité, exception faite de l'accompagnement du patient insomniaque chronique⁴. L'appropriation de cet outil tant par les patients que par les médecins semble donc un élément essentiel pour qu'il trouve sa place dans le soin des patients insomniaques. Aussi, avant d'en envisager un usage plus large en médecine générale, nous avons souhaité évaluer comment les patients consultant dans un service spécialisé utilisaient ou non l'agenda du sommeil, s'ils le comprenaient, et quels facteurs influençaient l'appropriation de cet outil. Comme nous l'avons précisé, l'équipe de recherche s'intéresse particulièrement à l'effet de la lumière sur le sommeil. Pour cette raison, nous avons développé en 2013 un agenda du sommeil qui informe aussi sur l'exposition lumineuse. Nous avons donc évalué les deux types d'agenda utilisés couramment dans le service : le classique et ce nouvel agenda. L'article que nous présentons ci-après est issu d'une thèse d'exercice de médecine générale que j'ai encadrée. J'ai participé à l'élaboration de la méthodologie, l'interprétation des résultats et la rédaction de l'article.

¹ Schutte-Rodin et al., "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults."

² Haute Autorité de Santé and SFTG, "Recommandations Pour La Pratique Clinique. Prise En Charge Du Patient Adule Se Plaignant d'insomnie En Médecine Générale."

³ H. Bastuji and M. Jouvet, "Intérêt de l'agenda de Sommeil Pour l'étude Des Troubles de La Vigilance."

⁴ Gomet and Bercier, *L'agenda du sommeil*.

Étude de non-infériorité de l'agenda lumière/sommeil versus l'agenda habituel et facteurs associés au remplissage correct : une étude prospective randomisée dans un service hospitalier du CHU de Strasbourg

Gass B, Pierné G, Ruppert E, Bourgin P, Chambe J

1 Introduction

La lumière joue un rôle de premier plan dans les systèmes de régulation du sommeil⁵. Des études de terrain, auprès de populations soumises à de faibles niveaux d'éclairage, ont pu mettre en évidence des liens entre la faible exposition lumineuse (éclairage artificiel en milieu domestique ou commercial ou industriel, travail en intérieur) et divers troubles du sommeil (troubles du rythme circadien avec avance ou retard de phase, rythme veille-sommeil irrégulier)⁶. Une faible exposition lumineuse diurne pourrait favoriser chez l'homme des troubles du sommeil et en particulier l'insomnie⁷. L'hypothèse d'une participation d'un défaut d'éclairage aux troubles du sommeil des patients les plus âgés est appuyée par une certaine efficacité de la luminothérapie⁸. Identifier les populations d'insomniaques les moins exposés à la lumière du jour pourrait donc avoir un intérêt en thérapeutique courante.

Le luxmètre, souvent couplé à l'actimètre, pourrait être utilisé à cette fin⁹. Mais ce dispositif se présente le plus souvent sous la forme d'une montre-bracelet discrète pour le patient, mais qui ne permet pas de mesurer l'éclairage à hauteur de l'œil, ce qui entraîne une erreur de mesure. Ces dispositifs sont également coûteux et peu disponibles en pratique clinique courante. Une alternative serait de consigner ces informations sur un agenda du sommeil¹⁰. Il s'agit d'un journal d'événements, à remplir par le patient, qui permet de recueillir les informations relatives aux habitudes de sommeil en vie réelle et d'avoir une mesure simple des rythmes circadiens. Ces agendas sont souvent utilisés à des fins diagnostiques (insomnie, troubles du rythme circadien), mais permettent également le suivi du traitement¹¹. Il n'existe,

⁵ Chellappa et al., "Acute Exposure to Evening Blue-Enriched Light Impacts on Human Sleep."

⁶ Leger et al., "Underexposure to Light at Work and Its Association to Insomnia and Sleepiness," January 2011; Boubekri et al., "Impact of Windows and Daylight Exposure on Overall Health and Sleep Quality of Office Workers."

⁷ Mills, Tomkins, and Schlangen, "The Effect of High Correlated Colour Temperature Office Lighting on Employee Wellbeing and Work Performance"; Vandewalle et al., "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure," December 2007.

⁸ van Maanen et al., "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems"; Even et al., "Efficacy of Light Therapy in Nonseasonal Depression."

⁹ Boubekri et al., "Impact of Windows and Daylight Exposure on Overall Health and Sleep Quality of Office Workers."

¹⁰ Monk et al., "The Pittsburgh Sleep Diary"; Pearse, "Use of the Sleep Diary in the Management of Patients with Insomnia," May 1993.

¹¹ Sateia, "International Classification of Sleep Disorders-Third Edition"; Buysse, "Insomnia."

en revanche, pas à l'heure actuelle d'agenda validé permettant le recueil de données d'exposition à la lumière. Le service des troubles du sommeil a développé en 2013 un agenda du sommeil modifié afin d'y recueillir, en plus des informations habituelles concernant le rythme veille-sommeil, celles en rapport avec l'exposition lumineuse. Les deux types d'agenda sont utilisés en pratique courante dans le service depuis. Du fait du plus grand nombre d'informations à rassembler par les patients, ce nouvel outil présente une plus grande complexité que l'agenda utilisé jusqu'à présent. Il existe donc un doute quant à sa capacité à rendre compte des habitudes du sommeil selon des caractéristiques métrologiques comparables à celles de l'outil habituel.

Notre objectif a été d'estimer la proportion de retours des deux agendas et de regarder si la proportion de remplissage correct de l'agenda habituel pouvait être non inférieure à celui de l'agenda lumière/sommeil. L'objectif secondaire a été de mettre en lumière les facteurs associés au remplissage correct des deux agendas.

2 Méthodes

Une étude analytique interventionnelle, monocentrique, prospective, contrôlée a été conduite auprès de 649 patients entre le 17 septembre 2015 et le 30 juin 2017.

2.1 Outils utilisés

Deux types d'agendas du sommeil ont été utilisés dans cette étude. L'agenda habituel (HAB) (fig 1a.), utilisé en pratique courante dans un service du sommeil, se présente sous la forme d'une grille comportant en colonnes les heures de la journée et en lignes les jours du mois. Le patient y reporte les heures de coucher et de lever (respectivement flèches verticales vers le bas et vers le haut), et les heures de sommeil (rectangle hachuré).

L'agenda lumière/sommeil (LUM) (fig 1b.) est similaire au précédent, mais inclut en plus les périodes d'exposition à la lumière du jour en extérieur (rectangles non hachurés) et les heures passées à l'obscurité (lignes horizontales pleines délimitées par des points épais). Ce relevé permet d'établir 3 niveaux de lumière : lumière intense, lumière faible à modérée, obscurité. Ce choix résulte d'une phase de test de sept versions successives de l'agenda, qui comportait initialement 5 niveaux de lumière.

Ces deux agendas ont une précision d'un quart d'heure.

Chaque agenda, possédant un numéro d'identification propre, a été distribué, soit par voie postale par la secrétaire du service, soit remis par l'infirmière du secteur ambulatoire accompagné d'explications sur la façon de le compléter. Un registre d'agendas distribués a été établi.

2.2 Recueil des données

Les patients inclus ont été randomisés en deux groupes parallèles considérés comme indépendants : distribution d'un HAB versus distribution d'un LUM.

Pour être inclus, les patients devaient être majeurs, avoir bénéficié d'une consultation ou d'une hospitalisation au service de pathologies du sommeil du CHU de Strasbourg, et avoir fourni leur consentement écrit. Les patients présentant des handicaps physiques ou cognitifs entraînant une incapacité à remplir l'agenda n'ont pas été inclus.

Le critère de jugement principal a été, pour chaque type d'agenda, la proportion d'agendas retournés et correctement remplis par rapport au nombre total d'agendas distribués.

En l'absence de référence pour considérer un agenda comme correctement rempli, l'équipe de recherche a établi un consensus selon les critères suivants : il devait être daté sur au moins une ligne et rempli sur au moins 7 jours consécutifs. Chaque ligne correspondant à une journée devait comporter une paire de flèches de sens contraire. Une section hachurée devait présenter des limites nettes permettant une précision au quart d'heure près. Aucun autre symbole ou texte non prévu dans les instructions et pouvant gêner l'interprétation ne devait être présent sur la grille. En parallèle, le questionnaire attaché à l'agenda a permis de relever l'âge du patient, le sexe, le groupe socioprofessionnel (catégories INSEE), le niveau de diplôme (catégories INSEE), la difficulté subjective à compléter l'agenda à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 100 mm, les antécédents de pathologies du sommeil regroupés selon les grandes catégories de l'ICSD-3.

2.3 Analyse des données

Pour l'analyse, les patients ayant retourné leur agenda ont été répartis en deux groupes selon l'agenda distribué, à savoir HAB ou LUM.

Pour un risque alpha de première espèce à 5 %, une puissance d'étude à 80 %, un taux d'agenda correctement rempli prévu à 50 % et un seuil de non-infériorité choisi à 10 %, le nombre d'agendas à distribuer a été estimé à 350 agendas retournés par groupe.

Les caractéristiques des deux populations de patients (groupe HAB versus LUM) ont été d'abord décrites. Les variables quantitatives ont été présentées selon leur moyenne et leur écart-type. Les variables qualitatives ont été présentées par effectifs (pourcentages) pour chaque modalité.

Afin de vérifier les conditions de non-infériorité, nous avons présenté l'analyse en per protocole puis en intention de traiter.

Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons d'abord recherché les liens, par une analyse univariée, entre la proportion d'agendas correctement remplis (variable à expliquer) et les facteurs de risque étudiés (variables explicatives) à l'aide de tests de Mann-Whitney Wilcoxon, de tests du Chi² ou de tests exacts de Fisher selon les conditions d'application des tests présentes. Un modèle issu d'une régression logistique multivariée a ensuite été retenu intégrant les facteurs de risque issus de l'analyse univariée et pour lesquels le degré de significativité p était inférieur à 0,15 selon une sélection de variables pas-à-pas descendante. Enfin, nous avons recherché la répartition par pathologies des patients consultants ou hospitalisés dans le service afin de la comparer avec celle des patients ayant retourné l'agenda.

L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel R dans sa version 3.1.

2.4 Aspects règlementaires et éthiques

Ce projet a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) et une inscription au registre des traitements informatiques et libertés de l'Université de Strasbourg. Il a reçu un avis favorable du comité d'éthique des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg (n° FC/2015-74).

3 Résultats :

Au total, 649 agendas du sommeil ont été distribués entre le 17 septembre 2015 et le 30 juin 2016 : 325 HAB, 324 LUM. Au 30 juin 2017, 295 agendas ont été retournés par les patients : 158 HAB, 137 LUM. La table 1 montre les caractéristiques des patients selon l'agenda retourné.

Table 1. Caractéristiques des patients ayant retourné l'agenda habituel ou lumino

Caractéristiques	Habituel (n=158)	Lumino (n=137)
Âge moyen (SD)	52,5 (16,6)	52,2 (15,9)
Sexe féminin, n (%)	82 (51,9)	74 (54,0)
Catégorie socio-professionnelle, n (%)		
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	2 (1,3)	2 (1,5)
Cadre	19 (12)	14 (10,2)
Employé	35 (22,2)	25 (18,2)
Profession intermédiaire	6 (3,8)	7 (5,1)
Ouvrier	14 (8,9)	7 (5,1)
Retraité	38 (24,1)	38 (27,7)
Sans activité professionnelle	21 (13,3)	19 (13,9)
Sans réponse	23 (14,6)	25 (18,2)
Diplôme, n (%)		
Baccalauréat	17 (10,8)	19 (13,9)
Diplôme de niveau baccalauréat + 2	20 (12,7)	23 (16,8)
2e ou 3e cycle universitaire, grande école	28 (17,7)	23 (16,8)
CAP ou BEP	49 (31,0)	31 (22,6)
Sans diplôme ou brevet des collèges	19 (12,0)	18 (13,1)
Sans réponse	25 (15,8)	23 (16,8)
Pathologies du sommeil, n (%)		
Troubles respiratoires	84 (45,2)	83 (49,4)
Hypersomnies centrales	5 (2,7)	6 (3,6)
Insomnie	37 (19,9)	38 (22,6)
Troubles du rythme circadien	13 (7,0)	9 (5,4)
Parasomnies	3 (1,6)	6 (3,6)
Mouvements anormaux	31 (16,7)	19 (11,3)
En cours d'exploration	13 (7,0)	7 (4,2)

Légende : SD, écart-type ; n, effectif

Il s'agit majoritairement de femmes, d'âge moyen 52 ans. Les patients sont majoritairement employés ou retraités. Près de la moitié des patients ayant répondu ont un niveau baccalauréat. Les patients insomniaques représentent la deuxième pathologie de l'échantillon en termes de fréquence (19,9% et 22,6% respectivement) derrière les pathologies respiratoires (45,2 et 49,4% respectivement), alors qu'il n'y a pas de différence de répartition des patients venant pour troubles respiratoires, troubles du rythme circadien, hypersomnie et parasomnie. Certains patients ont eu plus d'un diagnostic de pathologie du sommeil. Nous avons comparé cette répartition à celle des patients vu en consultation et hospitalisation au sein du service du sommeil du CHU de Strasbourg entre le 1 et le 31 octobre 2015 : sur 346 patients étudiés, on a constaté que la répartition par pathologie a été globalement très proche de celle des patients ayant retourné leur agenda à l'exception des patients insomniaques qui étaient deux fois plus représentés parmi

les patients ayant retourné l'agenda que parmi la patientèle habituelle du service (21.2% vs 9.2%, $p < 0.0001$) (table 2).

Table 2. Comparaison de la répartition des patients par pathologies, des patients ayant retourné leur agenda et ceux vus au Service des Troubles du Sommeil CHU Strasbourg en octobre 2015

Pathologies	Effectif étude (%)	Effectif service (%)	p global	Post-hoc
Troubles respiratoires	167 (47,2%)	173 (50,0%)		0,65
Hypersomnie centrale	11 (3,1%)	24 (6,9%)		0,041
Insomnies	75 (21,2%)	32 (9,2%)		<0,0001
Troubles du rythme circadien	22 (6,2%)	18 (5,2%)	<0,0001	0,38
Parasomnies	9 (2,5%)	5 (1,4%)		0,22
Mouvements anormaux	50 (14,1%)	37 (10,7%)		0,066
En cours d'exploration	20 (5,6%)	91 (26,3%)		<0,0001

Légende : comparaison par test du Chi-2 global, puis post-hoc

La proportion d'agendas retournés (correctement et non correctement remplis) a été de 45,5 % des agendas distribués en moyenne et légèrement supérieure pour les agendas habituels (respectivement de 48,6 % et 42,3 % pour les HAB et LUM) (Table 3).

Table 3. Effectifs de patients selon l'agenda et le retour ou non

n (%)	Habituel	Lumino	Tous agendas
Correct	82 (25,2)	66 (20,4)	148 (22,8)
Non correct	76 (23,4)	71 (21,9)	147 (22,6)
Non retour	167 (51,4)	187 (57,7)	354 (54,6)
Total	325 (100)	324 (100)	649 (100)

Correct, effectif des agendas correctement remplis ; Non correct, effectif des agendas non correctement remplis ; Non retour, effectif des agendas non retournés

Ils ont été remplis sur plus de 20 jours dans 77,7% des cas pour les HAB et 63,0% des cas pour les LUM. La proportion d'agendas retournés correctement remplis a été de 25,2 % pour les HAB contre 20,4 % pour les LUM, ce qui correspond à une différence de proportion d'agendas correctement remplis de -3,72 [-13,2 ; +∞] en analyse per protocole et de -4,86 % [-10,25 % ; +∞] en analyse en intention de traiter. L'hypothèse de non-infériorité de l'LUM par rapport l'HAB ne peut donc être retenue pour un seuil de non-infériorité de -10 %.

Afin de mieux comprendre les proportions observées, nous avons ensuite étudié les facteurs associés au remplissage correct de l'agenda (Table 4).

Table 4. Analyse univariée des facteurs associés au remplissage correct de tous les agendas (n = 295)

Facteurs étudiés	Correctement rempli		OR	IC à 95%	p
	oui	non			
Âge	52,18 (16,2)	52,6 (16,3)	0,99	[0,98-1,01]	0,77 ¹
Sexe (réf = femme)	148	142	0,7	[0,44-1,11]	0,13 ²
Type Agenda (réf = agenda habituel)	148	147	0,86	[0,54-1,36]	0,52 ²
Distribution secrétaire	148	147	0,47	[0,29-0,76]	0,01²
Explications	126	114	1,96	[1,17-3,29]	0,01²
Difficulté perçus (EVA)	20 (4-50)	38(10-64,5)	0,99	[0,98-0,99]	0,01¹
Catégorie socio-professionnelle					
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	1	3	0,27	[0,01-2,21]	
Cadre	14	19	0,6	[0,26-1,35]	
Employé	35	25	1,13	[0,57-2,25]	
Profession intermédiaire	9	4	1,82	[0,54-7,19]	
Ouvrier	10	11	0,73	[0,28-1,95]	
Retraité	42	34	1,00	réf	
Sans	18	22	0,66	[0,30-1,42]	0,42 ³
Diplôme					
Baccalauréat	20	16	1,00	réf	
Diplôme de niveau bac+2	26	17	1,22	[0,50-3,02]	
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, grande école	24	27	0,71	[0,29-1,67]	
CAP ou BEP	46	34	1,08	[0,49-2,39]	
sans diplôme ou brevet des collèges	14	23	0,49	[0,19-1,23]	0,21 ²
Pathologie					
Troubles respiratoires	89	78	1,33	[0,84-2,12]	0,22 ²
Hypersomnie centrale	6	5	1,2	[0,35-4,25]	0,77 ²
Insomnies	38	37	1,03	[0,61-1,74]	0,92 ²
Troubles du rythme circadien	9	13	0,67	[0,27-1,60]	0,37 ²
Parasomnies	2	7	0,27	[0,04-1,16]	0,10³
Mouvements anormaux	27	23	1,2	[0,65-2,23]	0,55 ²
En cours d'exploration	12	8	1,53	[0,61-4,02]	0,36 ²

Légende : OR, odds-ratio ou rapport de côtes ; IC à 95%, intervalle de confiance à 95% ; p, degré de significativité ; EVA, échelle visuelle analogique ; ¹ test de Mann Whitney Wilcoxon ; ² test du Chi2 ; ³ test de Fisher

OR, odds-ratio ou rapport de côtes ; IC à 95%, intervalle de confiance à 95% ; p, degré de significativité ; EVA, échelle visuelle analogique ; ¹ test de Mann Whitney Wilcoxon ; ² test du Chi2 ; ³ test de Fisher.

En analyse univariée, la distribution de l'agenda par une secrétaire a été significativement en lien avec un moins bon remplissage de l'agenda (OR= 0,47 [0,29-0,76]). Le niveau élevé de difficulté subjective à compléter l'agenda évalué par l'échelle EVA a également augmenté le retour d'agendas non correctement remplis (OR=0,99 [0,98-0,99]). Inversement, donner des explications au moment de la distribution de l'agenda doublerait les chances d'obtenir un agenda mieux rempli (OR=1,96 [1,17-3,29]). Les parasomnies ont été la pathologie du sommeil la plus fortement associée au retour d'agenda non correctement rempli bien que cette association ne soit pas significative (OR=0,27 [0,04-1,16]). En revanche, l'âge, le type d'agenda distribué (HAB ou LUM), la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance, le niveau d'études du patient, ou les autres pathologies du sommeil étudiées n'ont pas été associés à une différence de qualité de remplissage des agendas.

Finalement, en analyse multivariée, seule l'augmentation du niveau de difficulté ressentie par le patient au moment de compléter l'agenda a été significativement associée à une diminution de la proportion d'agendas correctement remplis (OR = 0,99 [0,979-0,998] (Table 5)).

Table 5. Analyse multivariée des facteurs associés au remplissage correct de tous les agendas, régression logistique

Facteurs	OR ajusté	IC à 95%	p
Sexe	0,91	[0,495-1,663]	0,76
Distribution	0,82	[0,355-1,924]	0,65
Explications	1,26	[0,551-2,913]	0,59
EVA	0,99	[0,979-0,998]	0,02*
Parasomnies	0,20	[0,010-1,463]	0,16

Légende : OR, odds-ratio ou rapport de côtes ; IC à 95%, intervalle de confiance à 95% ; p, degré de significativité

4 Discussion

Nous avons voulu comparer deux agendas du sommeil utilisés en pratique courante au sein d'un service de pathologies du sommeil d'un centre hospitalo-universitaire. L'idée a été de s'intéresser à un outil simple permettant d'estimer l'exposition lumineuse en conditions de vie réelle en modifiant l'agenda du sommeil habituel, familier aux soignants et aux patients présentant des troubles du sommeil, par l'ajout de données d'exposition à la lumière. Les résultats issus de l'étude n'ont pas permis de montrer la non-infériorité de ce nouvel LUM par rapport à l'HAB. L'étude des facteurs associés au remplissage correct des deux agendas a identifié comme seul facteur significatif le niveau de difficulté ressenti pour le remplir.

Le critère de jugement principal était la proportion d'agendas remplis de façon « satisfaisante ». Il a été nécessaire d'établir un ensemble de règles pour discriminer les agendas jugés de qualité acceptable pour l'interprétation clinique, ces critères n'ayant jamais été décrit jusqu'à présent. Ces règles ont fait l'objet d'un consensus au sein du service. Une durée de 7 jours minimum a été choisie pour considérer les agendas comme valides. Cette durée correspond à la durée minimale proposée par l'ICSD-3¹² à chaque fois qu'elle invite à utiliser l'agenda pour établir un diagnostic. La durée recommandée est toutefois de 14 jours, la durée de 7 jours étant trop faible pour mettre en évidence un certain nombre de variations dans les habitudes de sommeil des patients.

Un contrôle qualité des données a été réalisé en vérifiant les réponses du questionnaire joint à l'agenda avec l'étiquette patient sur 4 items (nom, prénom, date de naissance, sexe). Pour limiter le risque de retour incomplet, les questionnaires et agendas étaient agrafés ensemble, marqués avec un numéro unique, et le patient identifié sur les deux documents. Les variables qui comportaient le plus de risque d'erreur étaient : le groupe socioprofessionnel, lorsque l'appartenance à une catégorie donnée n'était pas évidente et l'échelle visuelle analogique. Cette dernière était la variable pour laquelle le plus grand nombre de données erronées et manquantes ont été constatées (31,6 % étaient manquantes). Ceci pourrait avoir été lié à une difficulté de compréhension de la consigne dû au caractère inhabituel des cases à cocher. Une échelle de Likert aurait peut-être pu limiter cet effet.

Le calcul d'effectifs nécessaires réalisé à priori impliquait 350 agendas nécessaires par groupe avec une hypothèse d'agendas rendus et remplis de façon satisfaisante de 50 %. En l'absence de données sur le sujet

¹² Sateia, "International Classification of Sleep Disorders-Third Edition."

dans la littérature, cette valeur a été proposée à partir de notre jugement clinique. Ce chiffre semble avoir été assez justement estimé puisque sur 295 agendas retournés, 148 (50,2 %) ont été remplis selon les critères. En revanche, le taux de retour de 45,5 % n'avait pas été anticipé et est responsable de l'effectif nécessaire non atteint. Le seuil de non-infériorité retenu pour l'objectif principal était de -10 %. Cette valeur a été choisie arbitrairement en l'absence de littérature pouvant orienter la décision. Il s'agit d'un bon compromis entre une différence suffisamment faible pour qu'une comparabilité clinique puisse être maintenue entre les deux types d'agendas et un nombre de patients acceptable à inclure pour pouvoir conclure. Un seuil de non-infériorité à 5 % aurait nécessité 350 à 1000 patients par groupe, objectif encore plus difficile à atteindre, sachant qu'il a fallu plus de six mois pour distribuer ces 649 agendas.

Dans le cas d'un essai de non-infériorité, l'analyse per protocole (avec exclusion des agendas non retournés) est théoriquement à privilégier, car elle permet de se placer dans l'hypothèse maximale de montrer une différence ¹³. L'analyse en intention de traiter (avec inclusion des agendas non retournés par les patients comme des agendas non correctement remplis) est biaisée car elle réduit le risque de montrer une différence, et est donc plus adaptée à un essai de supériorité ¹⁴. Nous avons choisi d'effectuer les deux analyses car l'inclusion des agendas non retournés avait une signification pratique importante : l'agenda étant l'outil de base pour la plupart des pathologies du sommeil, la prise en compte des patients qui ne remplissent pas l'agenda est un élément critique. Il n'a pas été possible de conclure à une non-infériorité du nouvel agenda par rapport au précédent que ce soit en analyse en intention de traiter ou en analyse per protocole. Ceci peut s'expliquer par la faible proportion d'agendas retournés, donnée que nous n'avions pas anticipée et qui conduit à un manque de puissance de notre étude. Malgré cela, ce résultat n'est pas surprenant : en effet, l'ajout des données sur l'exposition lumineuse ajoute de la complexité à l'agenda, ce qui peut être un frein à son remplissage. Cela confirme l'impression clinique de garder un outil le plus simple possible, et de cibler l'usage d'un agenda plus complexe dans des situations spécifiques ¹⁵. Bien que la différence soit probablement peu importante entre les deux agendas sur la proportion de remplissage correct, il conviendrait de réduire le fardeau du remplissage de l'agenda pour espérer une meilleure observance ¹⁶. Ceci pourrait passer par la limitation de la durée de remplissage des agendas, mais on pourrait aussi mieux cibler les patients à qui proposer les agendas en le proposant à ceux qui en ressentent

¹³ Jones et al., "Trials to Assess Equivalence."

¹⁴ Göttsche, "Lessons from and Cautions about Noninferiority and Equivalence Randomized Trials."

¹⁵ Piasecki et al., "Assessing Clients in Their Natural Environments with Electronic Diaries."

¹⁶ Stone et al., "Patient Non-Compliance with Paper Diaries."

l'utilité et qui ne le perçoivent pas comme une redondance. Tout ceci passe également par des explications orales au moment de la remise de l'agenda.

Le fait que moins de la moitié des agendas ait été retournée a été une réelle surprise, et nous a interrogés sur les causes de ce résultat. Elles ont pu être multiples : délai important entre la prise de rendez-vous et la consultation médicale avec oubli de l'agenda, annulation de la consultation sans report par le patient, absence d'utilité perçue par le patient quant à l'agenda du sommeil dans son cas particulier. L'identification des caractéristiques propres des perdus de vue n'a pas été possible en raison du recueil des données qui s'est effectué au moment du retour des agendas. Ces données ne sont pas connues pour les patients n'ayant pas retourné l'agenda distribué. Une autre hypothèse est celle de cibler les patients à qui le distribuer. Les patients insomniaques ont été proportionnellement deux fois plus représentés dans la population ayant retourné les agendas retournés en comparaison à la population vue au service du sommeil au cours de cette période. Ceci nous conforte dans l'impression que cette population, qui est une des principales cibles de notre agenda, a jugé le remplissage de cet agenda utile.

Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que certains facteurs évalués pour la qualité du remplissage de l'agenda aient influencé ce taux de retour

Nous avons ainsi fait l'hypothèse que les facteurs associés au remplissage correct n'étaient pas différents d'un agenda à l'autre. L'analyse de ces facteurs a été faite en considérant l'effectif global des agendas retournés, quel que soit le type d'agendas afin d'augmenter la puissance des résultats. L'analyse univariée montrait que la qualité de remplissage était meilleure quand l'agenda était donné en main propre et avec des explications, et lorsque son remplissage avait été jugé plus facile. En analyse multivariée, nous avons suspecté une interaction entre les variables : modalités de distribution, explications, difficulté subjective ressentie. En effet, les interventions des infirmières qui s'accompagnaient d'explications auprès des patients auraient pu avoir un effet à la fois sur la qualité des informations recueillies, mais aussi sur l'impression de difficulté ressentie lors du remplissage. Effet non retrouvé lorsque les agendas ont été distribués par les secrétaires par voie postale. Lors de la construction du modèle, aucun modèle d'interaction testé n'a été retrouvé significatif. Cela a quand même suscité une remise en question du fonctionnement du service pour la distribution de cet outil : l'adhésion des patient à un outil d'évaluation et d'accompagnement, quel que soit la pathologie, dépend de la compréhension qu'il en a et de sa manière

de se l'approprier ¹⁷. Dans l'évaluation des facteurs associés à un remplissage correct de l'agenda, nous avons fait l'hypothèse d'un meilleur remplissage pour les patients ayant un plus haut niveau d'études et des catégories socioprofessionnelles s'y rapportant. Cela n'a pas été le cas. Ce résultat est intéressant car il laisse entendre que c'est un outil qui ne creuserait pas les inégalités sociales de santé. Cela soulève aussi l'hypothèse que son remplissage est davantage lié à la motivation du patient qu'à la compréhension de l'outil. D'ailleurs, lorsque les agendas étaient correctement remplis, nous avons pu constater qu'ils l'étaient souvent sur une période plus longue que celle recommandée, de plusieurs semaines. Cet élément confirme la bonne appropriation de l'outil par ces patients, et laisse transparaître l'intérêt qu'ils peuvent y trouver.

En pratique courante, les agendas sont utilisés pour essayer de limiter les phénomènes liés au biais de rappel rencontrés lorsque des informations sur des événements passés doivent être rassemblées de manière rétrospective à partir de simples entretiens entre le patient et le clinicien en enregistrant l'événement au moment de sa survenue ¹⁸. Néanmoins, ces agendas impliquent de faire des enregistrements répétés d'où le problème d'observance qui en résulte ¹⁹. La problématique de la dissimulation des données doit également être évoquée. Une étude de Mazze et al. a retrouvé que 2/3 des patients avaient consigné des valeurs fausses pour masquer des hypo- ou des hyperglycémies dans leur carnet de glycémie ²⁰.

Actuellement des agendas électroniques sont disponibles en application pour smartphones ou tablettes ²¹, et un agenda du sommeil à destination des patients, des médecins et des chercheurs est en phase de développement. Ils présenteraient l'avantage d'horodater les données et ainsi de limiter le biais de mémorisation pour améliorer l'observance ²². Pour l'agenda du sommeil, il permettrait de réduire les ambiguïtés de lecture liées au remplissage manuscrit, de limiter le temps d'interprétation en consultation ²³, et d'obtenir une plus grande facilité d'accès à l'agenda. Tonetti et al. ont comparé un agenda électronique sur tablette à un agenda papier et à l'actimétrie chez 15 volontaires sains. Les auteurs ont conclu à une équivalence entre les deux formes de l'agenda et à un avantage pratique pour l'agenda électronique.

¹⁷ Gomet, "L'agenda du sommeil."

¹⁸ Lane et al., "A Review of Randomized Controlled Trials Comparing the Effectiveness of Hand Held Computers with Paper Methods for Data Collection."

¹⁹ Stone et al., "Patient Non-Compliance with Paper Diaries."

²⁰ Mazze et al., "Reliability of Blood Glucose Monitoring by Patients with Diabetes Mellitus."

²¹ Jungquist et al., "Validation of Capturing Sleep Diary Data via a Wrist-Worn Device"; Werner-Seidler et al., "A Smartphone App for Adolescents With Sleep Disturbance"; "Sleep Tracker, Sleep Charts, Sleep Diary | Binfy.Com"; "Sleep Tracker - Free Sleep Tracker from MedHelp."

²² Walker et al., "Comparing Hand-Held Computers and Paper Diaries for Haemophilia Home Therapy."

²³ Gomet, "L'agenda du sommeil."

Certaines études apportent également un argument en faveur de la faisabilité de l'estimation de l'exposition lumineuse par un outil de type agenda ²⁴.

Le recours à l'agenda électronique pourrait permettre une meilleure observance et une plus grande facilité d'utilisation et de mise à disposition de l'agenda électronique.

5 Conclusion :

Cette étude a introduit un agenda du sommeil modifié pour y reporter les conditions d'éclairage habituelles dans le but d'identifier les situations à risque de carence d'exposition à la lumière. La non-infériorité de ce nouvel agenda par rapport à l'agenda traditionnel concernant la qualité du remplissage n'a pas pu être montrée par un manque de puissance résultant d'un grand nombre de perdus de vue. Néanmoins, le ciblage des patients, l'apport d'explications, la limitation des informations et le passage à un support électronique offrent des perspectives intéressantes pour améliorer les taux de retour et de remplissage correct des agendas distribués.

²⁴ Bajaj et al., "Validation of a Light Questionnaire with Real-Life Photopic Illuminance Measurements."

6 Bibliographie

- Bajaj, A, Rosner, B, Lockley, S-W, and Schernhammer, E-S. "Validation of a Light Questionnaire with Real-Life Photopic Illuminance Measurements: The Harvard Light Exposure Assessment Questionnaire." *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 20, no. 7 (July 2011): 1341–49. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0204>.
- Boubekri, M, Cheung, I-N, Reid, K-J, Wang, C-H and Zee, P-C. "Impact of Windows and Daylight Exposure on Overall Health and Sleep Quality of Office Workers: A Case-Control Pilot Study." *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 10, no. 6 (June 15, 2014): 603–11. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3780>.
- Buyse, D-J. "Insomnia." *JAMA* 309, no. 7 (February 20, 2013): 706–16. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.193>.
- Chellappa, S-L, Steiner, R, Oelhafen, P, Lang, D, Götz, T, Krebs, J and Cajochen, C. "Acute Exposure to Evening Blue-Enriched Light Impacts on Human Sleep." *Journal of Sleep Research* 22, no. 5 (October 2013): 573–80. <https://doi.org/10.1111/jsr.12050>.
- Even, C, Schröder, C-M, Friedman, S, and Rouillon, F. "Efficacy of Light Therapy in Nonseasonal Depression: A Systematic Review." *Journal of Affective Disorders* 108, no. 1–2 (May 2008): 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.008>.
- Gomet, R. "L'agenda du sommeil: quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes ambulatoires ?" Thèse d'exercice, UPEC. Faculté de médecine, 2014.
- Gøtzsche, P-C. "Lessons from and Cautions about Noninferiority and Equivalence Randomized Trials." *JAMA* 295, no. 10 (March 8, 2006): 1172–74. <https://doi.org/10.1001/jama.295.10.1172>.
- Jones, B., P. Jarvis, J. A. Lewis, and A. F. Ebbutt. "Trials to Assess Equivalence: The Importance of Rigorous Methods." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 313, no. 7048 (July 6, 1996): 36–39. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7048.36>.
- Jungquist, C-R, Pender, J-J, Klingman, K-J, and Mund, J. "Validation of Capturing Sleep Diary Data via a Wrist-Worn Device." *Sleep Disorders* 2015 (2015): 758937. <https://doi.org/10.1155/2015/758937>.
- Lane, S-J, Heddle, N-M, Arnold, E, and Walker, I. "A Review of Randomized Controlled Trials Comparing the Effectiveness of Hand Held Computers with Paper Methods for Data Collection." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 6 (May 31, 2006): 23. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-6-23>.
- Leger, D, Bayon, V, Elbaz, M, Philip, P and Choudat, D. "Underexposure to Light at Work and Its Association to Insomnia and Sleepiness: A Cross-Sectional Study of 13,296 Workers of One Transportation Company." *Journal of Psychosomatic Research* 70, no. 1 (January 2011): 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.006>.
- Maanen, A-V, Meijer, A-M, van der Heijden, K-B, and Oort, F. "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 29 (2016): 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.009>.
- Mazze, R. S., H. Shamoon, R. Pasmantier, D. Lucido, J. Murphy, K. Hartmann, V. Kuykendall, and W. Lopatin. "Reliability of Blood Glucose Monitoring by Patients with Diabetes Mellitus." *The American Journal of Medicine* 77, no. 2 (August 1984): 211–17. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90693-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90693-4).
- Mills, P-R., Tomkins, S-C, and Schlangen, L-J-M. "The Effect of High Correlated Colour Temperature Office Lighting on Employee Wellbeing and Work Performance." *Journal of Circadian Rhythms* 5 (January 11, 2007): 2. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-5-2>.

- Monk, Reynolds, Kupfer, Buysse, Coble, Hayes, MacHen, Petrie, and Ritenour. "The Pittsburgh Sleep Diary." *Journal of Sleep Research* 3, no. 2 (June 1994): 111–20.
- Pearse, P. A. "Use of the Sleep Diary in the Management of Patients with Insomnia." *Australian Family Physician* 22, no. 5 (May 1993): 744–48.
- Piasecki, T-M., Hufford, M-R, Solhan, M and Trull, T-J. "Assessing Clients in Their Natural Environments with Electronic Diaries: Rationale, Benefits, Limitations, and Barriers." *Psychological Assessment* 19, no. 1 (March 2007): 25–43. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.25>.
- Sateia, M-J. "International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: Highlights and Modifications." *Chest* 146, no. 5 (November 2014): 1387–94. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>.
- "Sleep Tracker - Free Sleep Tracker from MedHelp." Accessed November 15, 2019. <https://www.medhelp.org/land/sleep-tracker>.
- "Sleep Tracker, Sleep Charts, Sleep Diary | Binfy.Com." Accessed November 15, 2019. https://binfy.com/sleep_tracker.php.
- Stone, A-A, Shiffman, S, Schwartz, J-E, Broderick, J-E and Hufford, M-R. "Patient Non-Compliance with Paper Diaries." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 324, no. 7347 (May 18, 2002): 1193–94. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1193>.
- Vandewalle, G., S. Gais, M. Schabus, E. Balteau, J. Carrier, A. Darsaud, V. Sterpenich, G. Albouy, D. J. Dijk, and Pierre Maquet. "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure." *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)* 17, no. 12 (December 2007): 2788–95. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm007>.
- Walker, I., C. Sigouin, J. Sek, T. Almonte, J. Carruthers, A. Chan, M. Pai, and N. Heddle. "Comparing Hand-Held Computers and Paper Diaries for Haemophilia Home Therapy: A Randomized Trial." *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia* 10, no. 6 (November 2004): 698–704. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2004.01046.x>.
- Werner-Seidler, A, O'Dea, B, Shand, F, Johnston, L, Frayne, A, Fogarty, A-S and Christensen, H. "A Smartphone App for Adolescents With Sleep Disturbance: Development of the Sleep Ninja." *JMIR Mental Health* 4, no. 3 (July 28, 2017): e28. <https://doi.org/10.2196/mental.7614>.

Quatrième partie : la luminothérapie

Nous avons abordé la consultation de médecine générale avec plainte d'insomnie, et avons perçus les difficultés de prise en charge s'y rapportant, malgré une large palette thérapeutique, non médicamenteuse et médicamenteuse. La satisfaction des médecins comme des patients en matière de prise en charge semble mitigée. L'usage de l'agenda du sommeil, dans une version adaptée à la médecine générale et un format numérique est à développer, mais encore à évaluer. Des alternatives sont encore attendues pour compléter la palette thérapeutique, en particulier non médicamenteuse. Par mon rattachement à l'équipe de recherche je me suis logiquement intéressée à la luminothérapie. Dans l'article qui suit nous présenterons d'abord pourquoi, théoriquement, la physiopathologie de l'insomnie autorise à penser que la luminothérapie peut améliorer le sommeil des patients insomniaques. Nous avons ensuite réalisé une revue systématique de la littérature avec méta-analyse pour évaluer cet effet.

*Les applications pratiques de la luminothérapie comme
traitement de l'insomnie chronique
une revue systématique et une méta-analyse*

*The practical use of light therapy in chronic insomnia
a systematic review and meta-analysis*

Chambe J^{1,2}, Reynaud E², Fraih E¹, Bourgin P^{2,3}.

Institutional affiliations:

1: General Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Strasbourg, 4 rue Kirschleger, 67000 Strasbourg France

2: Institute for Cellular and Integrative Neurosciences, CNRS UPR 3212, 5 rue Blaise Pascal – 67000 Strasbourg France

3: Sleep Disorders Center - CIRCSom, University Hospital of Strasbourg 1, place de l'hôpital, 67000 Strasbourg France

Corresponding author : Juliette Chambe

Email : juliette.chambe@unistra.fr

Key words: insomnia, bright light therapy, systematic review, metaanalysis

1 Summary

Chronic insomnia affects 5 to 7% of adult population, with medical, social and economic consequences. Its pathophysiology is complex and intricately linked with neurophysiological and psycho-social factors. Managing insomnia should take into account those various aspects. Cognitive behavioral therapy are reference treatment, but few people can benefit from it and practitioners and patients expect alternative therapeutics. Light therapy has proven its efficacy in circadian and mood disorders. In addition to maintaining the synchronicity of the circadian system to a 24-hour day, light therapy directly modulates sleep, wakefulness, mood, and cognitive processes. Our aim was to clarify practical applications of bright light therapy in chronic insomnia, focusing on light parameters to be chosen according to the type of insomnia. We conducted a systematic literature review and meta-analysis according to Cochrane and PRISMA recommendation and using Medline, PsycInfo and Web Of Science databases. Twenty-three studies with a total of 685 participants were included, of which 9 had a low, 10 an intermediate, and only 4 a high level of proof. Characterization of participants' insomnia was mostly incomplete, and few studies had a precise description of light parameters. When comparing before vs after light therapy, significant improvement was observed regarding sleep latency (SL) (smd : -0.82, p=0.046), wake after sleep onset (WASO) (smd=-0.39, p= 0.002), and a non-significant improvement in total sleep time (TST) (smd=0.41, p= 0.12) and sleep efficiency (smd=0.21, p=0.13). Also, phase shift was delayed in evening light therapy. A dose-response effect was observed for SL (Pearson's $r=0.771$, $p=0.042$), and a trend of dose-response effect for WASO (Pearson's $r=0.60$, $p=0.088$), higher light doses inducing more improvement. Not enough studies have been conducted to clearly understand the difference of effect between morning and evening exposure but those preliminary results point toward a greater improvement of SL and TST with morning exposure. Regarding light color spectrum, the slight improvement, even through non-conclusive, observed in several studies using dim red light as control condition raises the hypothesis of a beneficial effect of red light on sleep quality and other insomnia parameters. Practical issues are discussed to implement light therapy for insomnia, combining circadian targeted effect, light intensity and spectrum, duration and period of exposure, depending on insomnia typology.

1 Introduction

Poor sleep affects 30 to 50% of the adult population¹, and the prevalence of chronic insomnia is estimated between 5 to 7%, depending on depending on studies, countries and classifications applied². As one of the 10 main consulting motives in general practice, insomnia has medical, social and economical consequences, and is as such of public health concern³.

Sleep maintenance insomnia is the most common insomnia type, and the least well treated by hypnotics⁴. The 'ideal sleeping pill' would rapidly induce sleep, maintain sleep architecture, be effective over the night, and have no residual effect during the day. Unfortunately, there is no such perfect sleeping pill⁵. Hypnotics are a short-term solution, but are regularly used in practice as a long-term treatment. Their consumption increases with age. In France for instance, more than 18% of women and 11% of men have taken hypnotics at least once in the previous year⁶. The most commonly used hypnotic molecules are the 'z-drugs', e.g. zolpidem and zopiclone, which efficiently induce sleep but fail to maintain it because of their short half-life. Like benzodiazepines, they can cause falls in the elderly; they lead to drug habituation and a dependency with withdrawal syndrome⁷, or even major misuse⁸. This has led health authorities to limit access to those drugs by reducing the reimbursement and controlling the prescription of zolpidem in 2017.

Due to these limitations in available drugs, there is a consensus among the academic societies to favor non-pharmacological approaches in chronic insomnia, including sleep hygiene measures and cognitive behavioral therapy (CBT-I)⁹. While their efficiency has been proven, implementing them in everyday practice remains difficult: few practitioners are trained and able to manage patients with these methods; moreover, they are time-consuming for both practitioners and patients¹⁰. Therapeutic alternatives are therefore still being sought, and light therapy could be one of them.

¹ Chan-Chee et al., "[Epidemiology of insomnia in France]."

² Chan-Chee et al.; Ohayon, "Epidemiology of Insomnia"; Leger et al., "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France."

³ Letrillart et al., "ECOGEN : Étude Des Éléments de La Consultation En Médecine GÉNÉrale."

⁴ Rosenberg, "Sleep Maintenance Insomnia"; Bolge et al., "Burden of Chronic Sleep Maintenance Insomnia Characterized by Nighttime Awakenings."

⁵ Touitou, "[Sleep Disorders and Hypnotic Agents]."

⁶ Briot, "Le Bon Usage Des Médicaments Psychotropes. Rapport N°422 (2005-2006), Fait Au Nom de l'Office Parlementaire d'évaluation Des Politiques de Santé."

⁷ Gunja, "The Clinical and Forensic Toxicology of Z-Drugs."

⁸ Casati, Sedefov, and Pfeiffer-Gerschel, "Misuse of Medicines in the European Union," 2012.

⁹ Irwin, Cole, and Nicassio, "Comparative Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Insomnia and Their Efficacy in Middle-Aged Adults and in Older Adults 55+ Years of Age"; Riemann and Perlis, "The Treatments of Chronic Insomnia"; Riemann et al., "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia"; Schutte-Rodin et al., "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults."

¹⁰ Lasserre et al., "Psychotropic Drug Use among Older People in General Practice"; Davidson, Dickson, and Han, "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care."

Light exert non-visual effects through specific retinal melanopsin-expressing photoreceptors, the intrinsically photosensitive retinal ganglion cells (ipRGCs). It influences numerous physiological and behavioral parameters, e.g. heart rate ¹¹, body temperature ¹², cognition ¹³, sleep quality and daytime alertness ¹⁴. Light suppresses melatonin synthesis ¹⁵ and synchronizes the circadian clock ¹⁶. IpRGCs need high irradiance and reach peak light absorption between 460 and 480 nm (in the blue spectrum of light). The recent discovery of this photopigment, melanopsin, revolutionized the field of photodetection and opened up many opportunities about the effects of light on behavior.

The two paths melanopsinergic cells take for these non-visual functions are via indirect and direct effects ¹⁷. First, the indirect circadian effects of light are to resynchronize the primary clock. Located in the suprachiasmatic nucleus, it controls many physiological, hormonal and cognitive variables, the body temperature and especially the sleep-wake cycle¹⁸. Second, IpRGCs direct, non-circadian, non-visual effects pass through the projections to many other brain structures involved in functions as diverse as the pupillary light response, sleep regulation, or motor activity ¹⁹. Those effects have been particularly shown on alertness, body temperature, heart rate ²⁰, cognitive performances, awake EEG modification and the internal sleep structure ²¹. Regarding sleep and daily performance more particularly, melanopsin has been identified in many neural networks underlying those effects by transmitting light information to brain structures adjusting the wake/sleep balance, especially the ventrolateral preoptic nucleus (VLPO) ²². This illustrates how non-visual direct light effects interact with circadian and homeostatic regulation mechanisms to determine timing, sleep quality and daily performance. Light isn't just useful to see or to maintain the synchronicity of the circadian system in a 24-hour day, it also directly contributes to the regulation of sleep, wakefulness, mood, and cognitive and mnemonic processes[25]. Insomniacs particularly

¹¹ Scheer, Kalsbeek, and Buijs, "Cardiovascular Control by the Suprachiasmatic Nucleus."

¹² Badia et al., "Bright Light Effects on Body Temperature, Alertness, EEG and Behavior."

¹³ Vandewalle et al., "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure," December 2007.

¹⁴ Badia et al., "Bright Light Effects on Body Temperature, Alertness, EEG and Behavior"; Tsai et al., "Melanopsin as a Sleep Modulator."

¹⁵ Lewy et al., "Light Suppresses Melatonin Secretion in Humans."

¹⁶ Czeisler et al., "Suppression of Melatonin Secretion in Some Blind Patients by Exposure to Bright Light"; Vandewalle et al., "Daytime Light Exposure Dynamically Enhances Brain Responses"; Vandewalle et al., "Brain Responses to Violet, Blue, and Green Monochromatic Light Exposures in Humans"; Wirz-Justice et al., "Brightening Depression."

¹⁷ Gooley et al., "A Broad Role for Melanopsin in Nonvisual Photoreception."

¹⁸ Ruby et al., "Role of Melanopsin in Circadian Responses to Light."

¹⁹ Gooley et al., "A Broad Role for Melanopsin in Nonvisual Photoreception"; Hubbard et al., "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness"; Hubbard et al., "Not Just Circadian: Predicting How Light and Melanopsin Shape the 24-Hour Sleep-Wake Cycle."

²⁰ Cajochen et al., "High Sensitivity of Human Melatonin, Alertness, Thermoregulation, and Heart Rate to Short Wavelength Light."

²¹ Münch et al., "Wavelength-Dependent Effects of Evening Light Exposure on Sleep Architecture and Sleep EEG Power Density in Men."

²² Vandewalle et al., "Daytime Light Exposure Dynamically Enhances Brain Responses."

often complain about such difficulties, which could be part of the mechanisms leading to insomnia. In summary, light has circadian effects by endogenous clock synchronization, and non-circadian, direct effects on behaviors and alertness, and also influences sleep homeostasis²³. Insomnia presents complex and intricate mechanisms, from neurophysiological to psycho-social aspects. Managing insomnia should take into account those various aspects. In addition to sleep hygiene and CBT, GPs and patients expect alternative therapeutics. Our hypothesis is that light therapy could improve insomnia through its action on the regulation process.

Several teams have taken interest in the effects of light therapy on insomnia since 1992. A recent meta-analysis found effects especially on circadian outcomes, but also insomnia symptoms and fatigue²⁴. Higher effect size was found with higher light intensity, with a mean intensity of 4800 lux. Those encouraging results raise several questions: could we identify the most effective practical light therapy modalities, in terms of intensity, period, and duration? Is there any type of insomnia that is more sensitive to light therapy? There are well-defined BLT protocols for circadian problems²⁵, SAD²⁶, and recent progress has been made for the treatment of non-seasonal depression²⁷. Nevertheless, bright light therapy treatment protocol is still undefined for insomnia.

The aim of this article is to identify, through a systematic review of the literature, the possible practical applications of bright light therapy in chronic insomnia for general practice. We focused in particular on the light parameters (time of day, intensity, duration, spectrum) to be chosen according to the type of insomnia.

²³ Hubbard et al., "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness."

²⁴ Maanen et al., "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems."

²⁵ Figueiro, "Delayed Sleep Phase Disorder"; Crowley and Eastman, "Phase Advancing Human Circadian Rhythms with Morning Bright Light, Afternoon Melatonin, and Gradually Shifted Sleep."

²⁶ Meesters et al., "Low-Intensity Blue-Enriched White Light (750 Lux) and Standard Bright Light (10 000 Lux) Are Equally Effective in Treating SAD. A Randomized Controlled Study."

²⁷ Tuunainen, Kripke, and Endo, "Light Therapy for Non-Seasonal Depression"; Penders et al., "Bright Light Therapy as Augmentation of Pharmacotherapy for Treatment of Depression"; Terman and Terman, "Light Therapy for Seasonal and Nonseasonal Depression."

2 Method

The systematic literature review was conducted according to the Cochrane handbook ²⁸and the Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses statement (PRISMA criteria)²⁹ (appendix 1).

2.1 Information source and search strategy

The systematic review was conducted using the databases Medline, PsycInfo and Web Of Science. The research equation was adapted to each data base and included the following keywords: insomnia, light therapy, phototherapy, bright light, artificial light, heliotherapy (appendix 2). We excluded animal studies. We completed the results with a backward search of the literature (screening of the bibliography of each retained article) as well as forward search (screening of studies which have cited the retained articles). The search was carried out in July 2018.

2.2 Study selection

2.2.1 Eligibility criteria

The studies included had to be controlled trials with insomnia observed in at least a part of the recruited population. We excluded studies where the main complaints were seasonal affective disorder, circadian disorders (i.e. jet lag, phase delay or phase advance) and not insomnia. We also excluded studies with patients suffering from neurodegenerative disorders, dementia and Parkinson in particular, as they could have an impact on light pathways and sleep regulation processes.

The intervention targeted was light therapy, including all intensities, time and period of treatment. Study design had to be interventional trials. If there was a control group, any kind of control group was accepted. At least one outcome of the study had to be related to sleep quantity or quality, based on objective (from polysomnography or actigraphy) or subjective data (from a sleep diary, or questionnaires).

We intentionally had large inclusion criteria as there are few studies in this field.

²⁸ Higgins and Green, "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0."

²⁹ Moher et al., "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses."

2.2.2 Databases screening: Study selection

A first screening of titles and abstract was carried out by one researcher (JC). Remain eligible articles were independently read by two researchers (JC, EF). If they did not agree about inclusion or exclusion, a third researcher was consulted to reach a consensus (PB).

2.3 Data extraction and reporting

2.3.1 Data collection process

We extracted data from the published articles and their supplementary materials if applicable. We contacted two of the authors to confirm data.

2.3.2 Data items

2.3.2.1 Light Therapy description

For each study we described the timing, the daily and total duration of intervention and the intensity of light exposure. When specified, light spectrum was also noted.

Specifications of the light device evolved in time: intensity is usually expressed in lux (usually measured at the eye level), but recently more specifications are given, such as the temperature in Kelvin, the number of photons/cm², the wavelength.

Intensity and duration of light therapy sessions varied from a study to another. In order to move towards the standardization of light parameters³⁰, and to make them comparable, we multiplied the dose and the exposure duration (in hours), resulting in a unit of lux per hour (lux-h). For example, for a 10,000 lux and 30-minute session, the calculated dose was 5000 lux-h, and for a 2500 lux and 4-hour session the calculated dose was 10,000 lux-h.

2.3.2.2 Outcome data

Objective data extracted from polysomnography or actimetry were sleep onset latency (SOL), total sleep time (TST), time in bed (TIB), sleep efficiency (SE), wake after sleep onset (WASO). Subjective data were the same sleep information but extracted from the sleep diary, and information from questionnaires such as

³⁰ Lucas et al., "Measuring and Using Light in the Melanopsin Age."

sleep quality (e.g. insomnia severity index³¹), sleepiness/alertness, mood, cognitive performance, and quality of life.

2.4 Risk of bias in individual studies

The risk of bias of individual studies was assessed using the Cochrane collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials³². To avoid inter-rater discrepancies³³, our evaluation was completed using tools from SIGN handbook for assessing the quality of evidence³⁴, including the number of participants, the comparison, the relevance for our target population, funding sources.

We synthesized the quality of proof of each study in 3 gradations: weak, intermediate and high. Of note, the estimated risk of bias does not necessarily reflect the overall quality of the included studies since they were evaluated according to the present study inclusion criteria and measures of interest.

2.5 Data Synthesis

First, we analyzed quantitatively the data; conducting meta-analysis of studies with the same objective sleep measure outcome when at least three studies could be included. Mean duration along with standard deviations (SD), were used in the calculation of the standardized mean difference (SMD) and 95% confidence interval (95% CI). For each outcome, we conducted both a meta-analysis comparing before-after treatment and a meta-analysis comparing post-intervention mean between BLT group and control group. This was done because most study did not include a placebo group and also because no consensus exists regarding a placebo for bright light therapy³⁵, especially concerning red light³⁶. To avoid the assumption that all studies are estimating a same treatment effect, a random effects meta-analysis was conducted. The residual heterogeneity was assessed using the restricted maximum likelihood method. The I^2 statistic was used to quantify heterogeneity between studies, with the values of 25%, 50%, and 75% reflecting a small, medium, and large degree of heterogeneity, respectively.

This initial synthesis was completed with a qualitative approach, with a general synthesis of the results, as well as stratified synthesis by typology of the insomnia (sleep initiation troubles, sleep maintenance

³¹ Bastien, Vallières, and Morin, "Validation of the Insomnia Severity Index as an Outcome Measure for Insomnia Research."

³² Higgins et al., "The Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials."

³³ Hartling et al., *Validity and Inter-Rater Reliability Testing of Quality Assessment Instruments*.

³⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*.

³⁵ Sahin and Figueiro, "Alerting Effects of Short-Wavelength (Blue) and Long-Wavelength (Red) Lights in the Afternoon."

³⁶ Figueiro et al., "Preliminary Evidence That Both Blue and Red Light Can Induce Alertness at Night"; Figueiro et al., "Effects of Red Light on Sleep Inertia."

troubles, early morning awakening, mixed troubles and not defined) and timing of light therapy (morning, daytime, evening, and skeleton – with both morning and evening session).

2.6 Risk of bias across studies

Selective reporting was evaluated within each study depending on the discrepancy between described measures and reported association in the results. To investigate whether the studies included in our meta-analysis are a representative sample of all published and unpublished studies that are conducted in the field, we checked for publication bias by funnel plot asymmetries (suggesting potential publication bias) investigated by visual inspection, and Egger's regression test for funnel plot asymmetry between the treatment effect and the standard error (significant correlation suggests that bias exists).

3 Results

3.1 Studies description

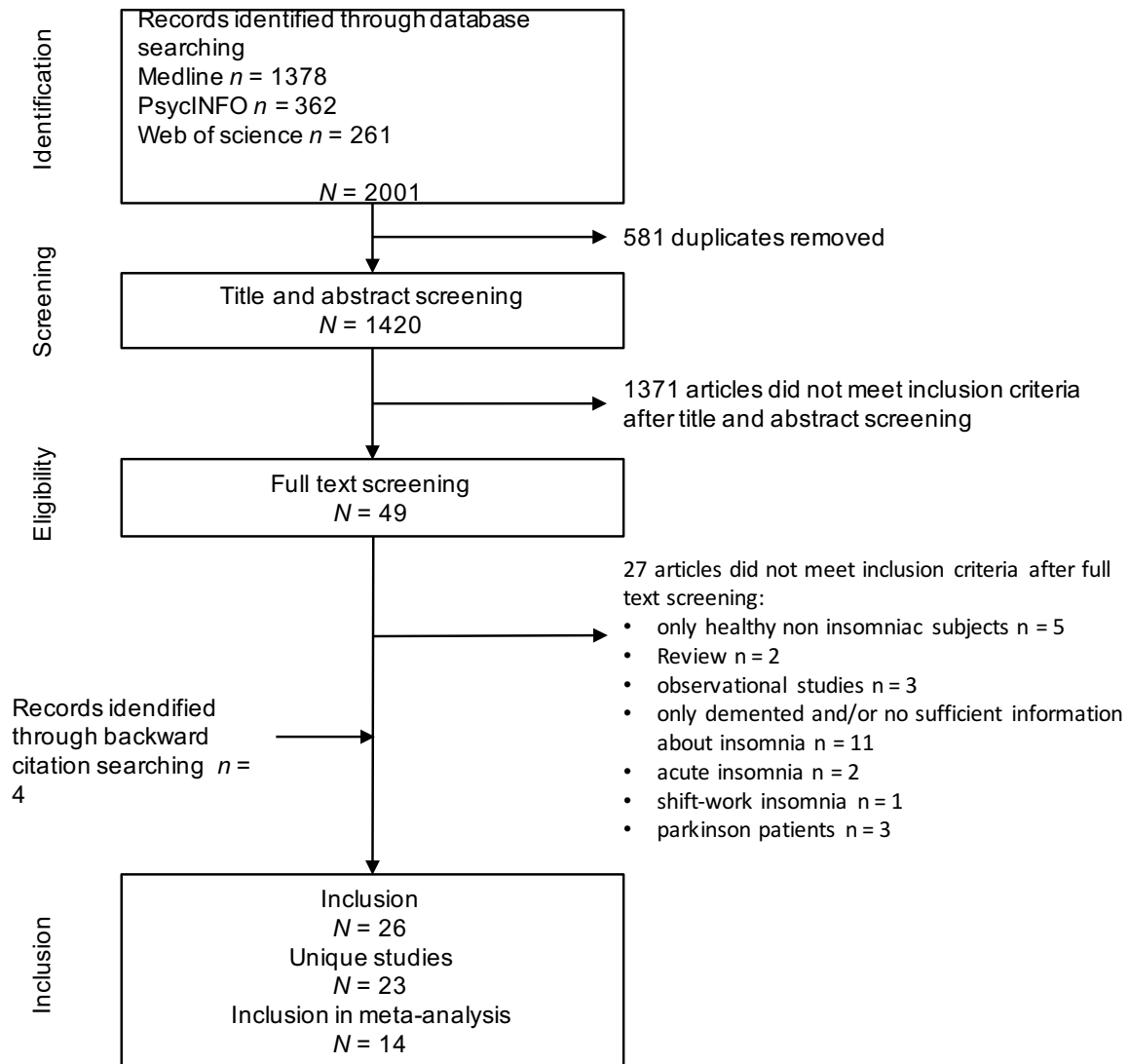


Figure 1. Flow chart of study selection process

The search in electronic databases yielded 2001 results (including duplicates), from which we excluded 1371 articles from reading the title and abstract. We evaluated 49 articles in detail. 27 were excluded based on our eligibility criteria, 3 were articles based on previously published data. Citation searching allowed for

the inclusion of 4 additional articles. Hence, A total of 23 studies were included in the review³⁷. Meta-analysis could be performed based on 14 of those studies.

The 23 studies involved 685 participants, of which 444 had BLT. Mean age was 66.7 years old with a mean of 61.8% women. Mean number of participants in each study was 31 (SD 21.4), including a mean of 19 in BLT (SD 12.0). We evaluated 9 studies as low, 10 as intermediate, and 4 as high level of proof.

17 of them were parallel-group RCT, 2 crossover RCT and 4 before-after studies. The Placebo for BLT was dim red light in 11 studies, with intensity between 40 lux to 400 lux. Other comparison groups were diverse: waitlist, physical activity, melatonin, doxepin, blue vs white light, afternoon vs evening BLT, 20 vs. 45 minutes of BLT.

A majority of the studies chose a light intensity higher than 2000 lux-h (19/23), 2 of the 4 studies with lower intensity chose a blue-enriched bright white light, considering them as effective as higher doses of white light.

³⁷ Campbell and Dawson, "Bright Light Treatment of Sleep Disturbance in Older Subjects"; Lack and Wright, "The Effect of Evening Bright Light in Delaying the Circadian Rhythms and Lengthening the Sleep of Early Morning Awakening Insomniacs"; Lack et al., "The Treatment of Early-Morning Awakening Insomnia with 2 Evenings of Bright Light"; Lingjaerde, Bratlid, and Hansen, "Insomnia during the 'Dark Period' in Northern Norway. An Explorative, Controlled Trial with Light Treatment"; Münch et al., "Effects on Subjective and Objective Alertness and Sleep in Response to Evening Light Exposure in Older Subjects"; Murphy and Campbell, "Enhanced Performance in Elderly Subjects Following Bright Light Treatment of Sleep Maintenance Insomnia"; Friedman et al., "Brief Morning Light Treatment for Sleep/Wake Disturbances in Older Memory-Impaired Individuals and Their Caregivers"; Lack and Wright, "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia"; Friedman et al., "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults"; Zeitzer, Friedman, and Yesavage, "Effectiveness of Evening Phototherapy for Insomnia Is Reduced by Bright Daytime Light Exposure."; Akyar and Akdemir, "The Effect of Light Therapy on the Sleep Quality of the Elderly: An Intervention Study"; Altema et al., "Sleep Loss Affects Vigilance"; Burkhalter et al., "The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Circadian Rhythms in Renal Transplant Recipients"; Campbell, Dawson, and Anderson, "Alleviation of Sleep Maintenance Insomnia with Timed Exposure to Bright Light"; Cooke et al., "The Effects of Evening Light Exposure on the Sleep of Elderly Women Expressing Sleep Complaints"; Garland et al., "0864 A Randomized Controlled Trial of Light Therapy for Insomnia Symptoms in Fatigued Cancer Survivors"; Johnson et al., "The LITE Study"; Guilleminault et al., "Nondrug Treatment Trials in Psychophysiologic Insomnia"; Ho, *Sleep Regulation in Old People: The Role of Bright Light and Melatonin*; Ho et al., "Nonpharmacologic Sleep Promotion"; Kirisoglu and Guilleminault, "Twenty Minutes versus Forty-Five Minutes Morning Bright Light Treatment on Sleep Onset Insomnia in Elderly Subjects"; Lack et al., "Comparison of Bright and Placebo Light Treatment for Morning Insomnia"; Lederle et al., "Effects of Blue-Enriched and Control White Light (Low and High Intensity) on Sleep, Circadian Phase, Mood and Alertness in Older People"; Hansen et al., "Midwinter Insomnia in the Subarctic Region"; Pallesen et al., "Bright Light Treatment Has Limited Effect in Subjects over 55 Years with Mild Early Morning Awakening"; Suhner, Murphy, and Campbell, "Failure of Timed Bright Light Exposure to Alleviate Age-Related Sleep Maintenance Insomnia"; Youngstedt et al., "Circadian Phase-Shifting Effects of a Laboratory Environment."

Table 1. Level of proof synthesis

	Study type	random sequence generation	allocation concealment	blinding of participants and researchers	blinding of outcome assessment	incomplete outcome data	selective reporting	other bias	Eligibility for review	Overall level of proof
Akyar 2013	before-after	✗	✗	✗	✗	✓	?	✗	yes	weak
Altena 2008	RCT	✓	?	?	?	✓	✓	✓	yes	intermediate
Burkhalter 2014	RCT	✓	✓	?	✗	✓	✓	✓	yes	high
Campbell 1991	RCT	?	?	✗	✗	?	?	?	yes	Weak
Campbell 1993	RCT	✓	?	?	?	✓	✓	✓	yes	intermediate
Cooke 1998	before-after	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	yes	weak
Friedman 2009	RCT	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	yes	high
Zeitzer 2011	RCT	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	Partial	intermediate
Friedman 2012	RCT	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	Partial	intermediate
Garland 2018	RCT	✓	✓	✓	?	?	?	?	partial	intermediate
Johnson 2016	RCT	✓	✓	✓	?	?	?	?	partial	intermediate
Guilleminault 1995	RCT	✓	✓	✗	✗	✓	✓	?	yes	intermediate
Ho 2001	before-after	✗	✗	✗	✗	✓	✓	?	yes	weak
Ching-Ho 2002	before-after	✗	✗	✗	✗	✓	✓	?	yes	weak
Kirisoglu 2004	RCT	✓	?	?	?	✓	?	?	yes	intermediate
Lack 1993	before-after	✗	✗	✗	✗	✓	✓	?	yes	weak
Lack 1994	RCT	?	?	?	?	?	?	?	yes	weak
Lack 2005	RCT	✓	?	?	?	✓	✓	✓	yes	intermediate
Lack 2007	RCT	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	yes	intermediate
Lederle 2010	crossover	?	?	✗	✗	?	?	✗	yes	weak
Lingjaerde 1985	crossover	?	?	✗	✗	✓	✓	?	partial	weak
Hansen 1987	crossover	?	?	✗	✗	✓	✓	?	partial	weak
Munch 2011	RCT	✓	?	✗	✗	✓	✓	?	yes	intermediate
Murphy 1996	RCT	✓	?	?	?	✓	?	?	yes	intermediate
Pallesen 2005	RCT	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	yes	high
Suhner 2002	RCT	?	✓	✓	?	✓	✓	?	yes	high
Youngstedt 2005	RCT	?	?	✓	?	?	✓	✗	partial	weak

legend: red cross: high risk of bias, orange question mark: unclear, green mark: low risk of bias

Study	Country	level of proof	n (BL)	Mean age	women %	Irradiance Intensity (lux)	Duration (h)	dose (lux-h) ^a	LT characteristics	Time of day			duration of LT (days)	Results synthesis	
										morning	daytime	evening		Objective ^b	subjective ^c
Akyar 2013	Turkey	weak	24 (24)	80	67	10000	0.5	5000	-	24		30	-	improve	
Altena 2008	Netherlands	interm	38 (12)	60.6	72	10000	2*0.5	10000	-	12 sk		6	-	improve	
Burkhalter 2014	Switzerland	high	30 (15)	60.7	50	10000	0.5	5000	-	15		3	little improve	improve	
Campbell 1991	USA	Weak	10 (6)	68.4		4000 to 5000	2	8000-10000	-			6	9	Improve	improve
Campbell 1993	USA	interm	16 (8)	70.4	56	4000	2	8000	-			8	12	Improve	improve
Cooke 1998	USA	weak	10 (10)	79.4	100	2000	0.5	1000	-			10	14	-	improve
Friedman 2012	USA	interm	54 (31)	63.6	83	4200	0.5	2100	-	31		14	Improve caregivers	improve	
Friedman 2009	USA	high	51 (37)	73.35	50	4000	0.75	3000	36W 3000°K	19		18	84	NS	improve
Zeitler 2011															
Garland 2018	Canada	interm	81 (42)	66.6	?	1250	0.5	712*	White blue-enriched, peak 364-366 nm	42		28	NS	improve	
Johnson 2016															
Guillemainault 1995	USA	interm	30 (10)	44	56	3000	0.75	2250	-	10		28	Improve	improve	
Ho 2001	Ching-Ho														
2002	HK	weak	38 (38)	79.8	100	2500	3	7500-12000	-			38	2	NS	NS
Kirisoglu 2004	USA	interm	30 (30)	64.8	67	10000	0.33 or 0.75	3300-7500	-	30		60	Improve	improve	
Lack 1993	Australia	weak	9 (9)	53.4	44	2500	4	10000	-			9	2	Improve	-
Lack 1994	Australia	weak	22 (11)	66.6	?	2500	4	10000	75 W			11	2	Improve	improve
Lack 2005	Australia	interm	24 (13)	51.2	52	2500	1	10000	75 W			13	2	Improve	Little improve
Lack 2007	Australia	interm	16 (8)	29	69	2500	4	2500	100 W	8		7	Improve	improve	
Lederle 2010	UK	weak	33 (33)	66.5	70	400 or 1100	4	1600* or 4400	17 000°K and 3.6E14 photons/cm2/sec or 4000°K, 9.1E14 photons/cm2/sec	33 sk		33 sk	42	Improve	NS
Lingjaerde 1985	Norway	weak	17 (9)	40.7	22	2000 to 2500	0.5	1000-1250	-	9		5	-	Little improve	
Hansen 1987															
Munch 2011	USA	interm	10 (10)	63.3	60	650 or 1300	2	1300* - 2600	polychromatic white 4100°K, 352microW/cm2, 10.2E14 ph/cm2/sec or blue-enriched (*K not specified), 370 microW/cm2, 11.1E14 ph/cm2/sec			10	5	NS	Little improve
Murphy 1996	USA	interm	16 (16)	73.1	50	>4000	2	>8000	-		6	7	40	Little improve	Little improve
Pallesen 2005	Norway	high	31 (17)	63.1	58	10000	0.5	5000	4000°K			17	21	NS	NS
Suhner 2002	USA	high	15 (15)	71.5	47	4000	2	>8000	-		5 (maintenance phase)	15 (9 maintenance phase)	40	NS	improve
Yougstedt 2005	USA	weak	90 (40)	70	68	3000	4	12000	-	20 sk	20	20 sk	4	NS	Little improve
total			695 (444)	60.6						253	31	227			

Legend: ^a dose of light therapy is calculated from intensity and duration of exposure, reported to one hour, and expressed in lux-h. ^{*}specifies a light dose with blue-enriched light. Results synthesis:

^b 'improvement' when at least 2 of the following data were improved: SL, TST, SE, WASO. 'little improvement' when only one of those was improved NS : non-significant results. '-': no data.

^c Concerning qualitative subjective sleep evaluation, we conclude to an 'improvement' when at least 2 of the following data were improved: sleepiness/fatigue, insomnia severity, sleep quality, mood, performance, quality of life. We conclude to 'little improvement' when only one of those was improved.

Table 2. Synthesis of BLT intervention

If we look globally at the results, less than half of the studies presented an improvement in objective measures, and none of the studies with high level of proof (except an improvement in WASO for Burkhalter (2014)). All except 3 studies presented an improvement in at least one subjective measure. No worsening was observed, except a shortened total sleep time in 2 studies, when BLT was applied in the evening³⁸. Compliance for BLT was rarely clearly reported, especially for long-duration protocols: 12 studies did not mention it; 6 applied BLT and tracked compliance during hospitalization or in institutions only, 2 called every day as a reminder, and 3 clearly reported it: compliance was good, and usually better in the active group. Side effects were even less reported, only 2 studies clearly reported them. Pallesen (2005) reported significantly more side effects (mostly mild) in dim red light (DRL) group.

3.2 Meta-analyses of light-therapy and sleep measures

3.2.1 Sleep latency

There were no significant differences in objective sleep latency between the control and treated group, with a SMD of -0.31 [-0.93, 0.30] ($p=0.32$) (I^2 54%, funnel plot asymmetry $p=0.03$). When we tested before-after comparison, SL significantly decreased with a SMD -0.82 [-1.62, -0.02] ($p=0.046$) corresponding roughly to 7.9 minutes with a high heterogeneity index (I^2 84%) and a significant publication bias ($p<0.001$).

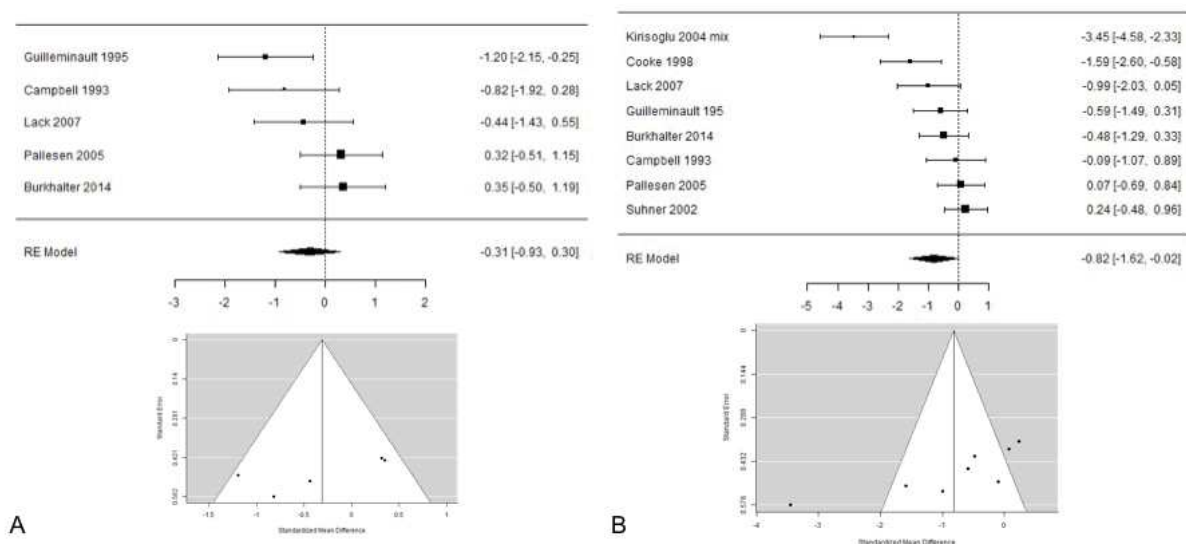


Figure 2. Objective Sleep Latency, forest plots and funnel plots. A: treated vs Control; B: before vs after. Negative scores represent a decreasing of SL, interpreted as an improvement.

³⁸ Friedman et al., "Brief Morning Light Treatment for Sleep/Wake Disturbances in Older Memory-Impaired Individuals and Their Caregivers"; Friedman et al., "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults."

3.2.2 Total sleep time

There were no significant differences in objective total sleep time between control and treated group, with a SMD of 0.10 [-0.60, 0.81] ($p=0.77$) (I^2 79%, funnel plot asymmetry $p<0.001$). There was a trend to improvement in the before-after comparison (12 studies): SMD was equal to 0.41 [-0.11, 0.93] ($p=0.12$), corresponding roughly to an increase of 14 minutes TTS, with a high heterogeneity index (I^2 80%) and a significant publication bias ($p=0.004$).

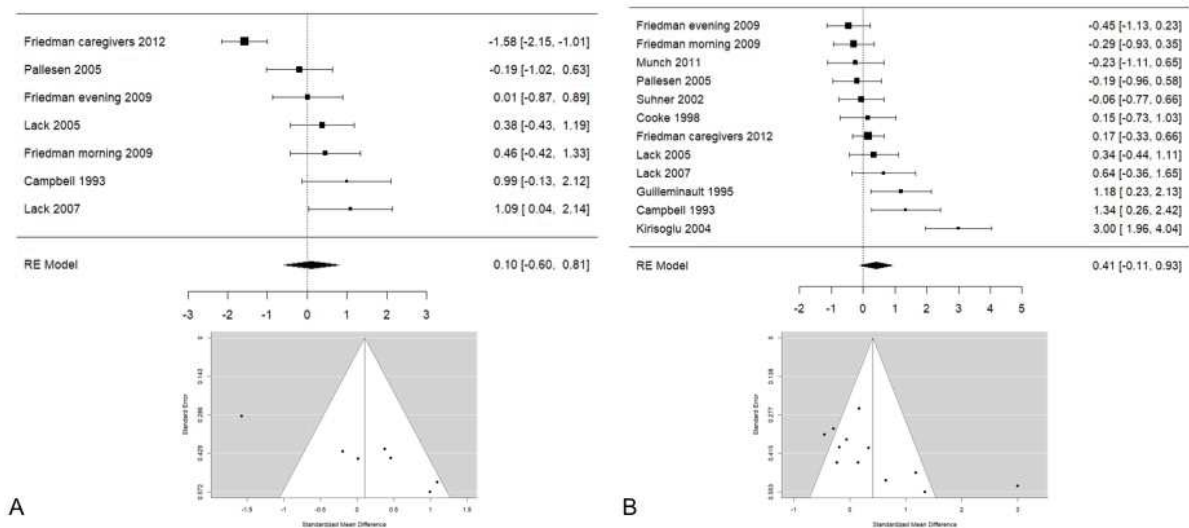


Figure 3. Total sleep time A: treated vs Control; B: before vs after.

Positive scores represent a increase of TST, interpreted as an improvement.

If we look at subjective measures of TST, it was non-significantly improved in control versus treatment meta-analysis comparison with a SMD of 0.34 [-0.11, 0.80] ($p=0.142$) (corresponding roughly to 16.2 min), and significantly improved in before-after analysis with a SMD 1.26 [0.37, 2.14] ($p=0.005$) corresponding roughly to 38.6 minutes.

3.2.3 Sleep efficiency

There were no significant difference in sleep efficiency when comparing treated vs control group, with a SMD 0.24 [-0.05, 0.54] ($p=0.238$) (I^2 0%, funnel plot asymmetry $p=0.032$). There was a non-significant trend of improvement in before-after comparison, SMD 0.21 [-0.14, 0.56] ($p=0.136$) corresponding roughly to an improvement of 2.3%, with a high heterogeneity index (I^2 80%) and a significant publication bias ($p=0.004$).

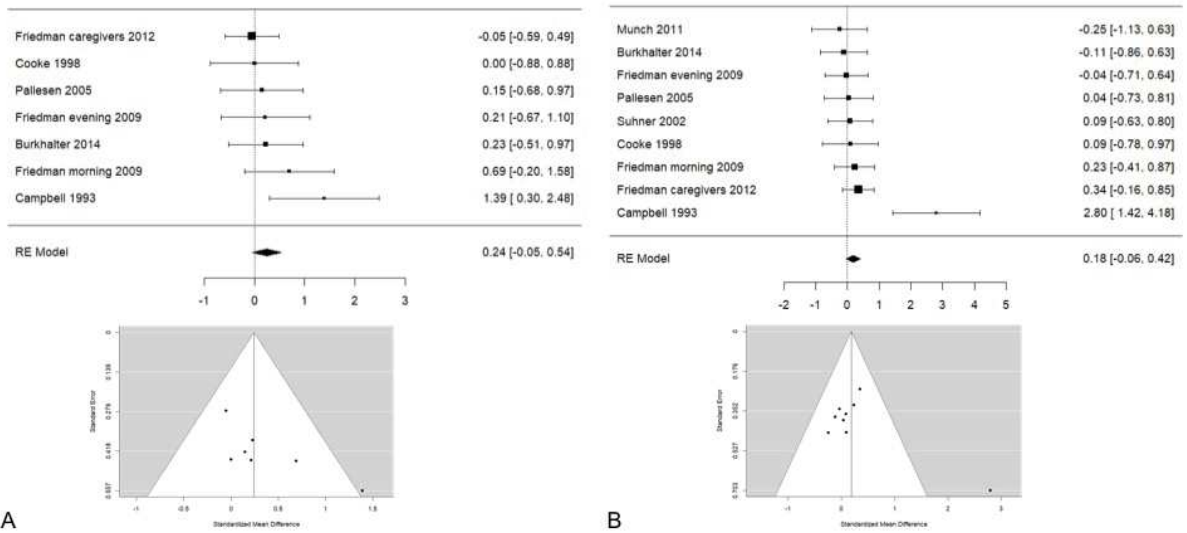


Figure 4. Sleep efficiency A: treated vs Control; B: before vs after.

Positive score represents an increase of SE, interpreted as an improvement.

A significant positive correlation was observed between the effect-size of BLT in treated-control studies on SE and the light dose (Pearson's $r=0.771$, $p=0.042$), indicating a clear dose-response effect: a higher difference between BLT and placebo post-treatment SE was observed with higher light dose.

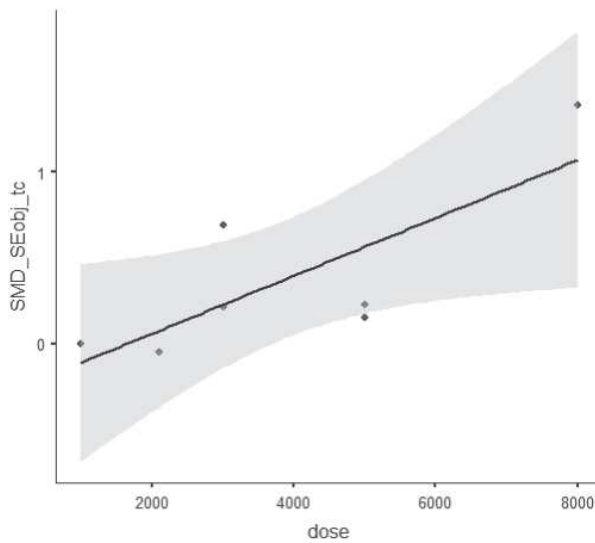


Figure 5. BLT dose-response curve on sleep efficiency

Dose is expressed in lux.h

3.2.4 Wake after sleep onset

Objective measures of WASO showed a non-significant trend of improvement with a SMD -0.42 [$-0.86, 0.02$] ($p=0.064$) corresponding roughly to a decrease of 7.8 min (I^2 37%, funnel plot asymmetry $p=0.009$). When looking at the before-after comparison (9 studies), WASO was significantly improved with a SMD -0.39 [$-0.64, -0.14$] ($p=0.002$) corresponding roughly to a decrease of 16.8 minutes, with a low heterogeneity index (I^2 0%) and a significant publication bias ($p=0.009$).

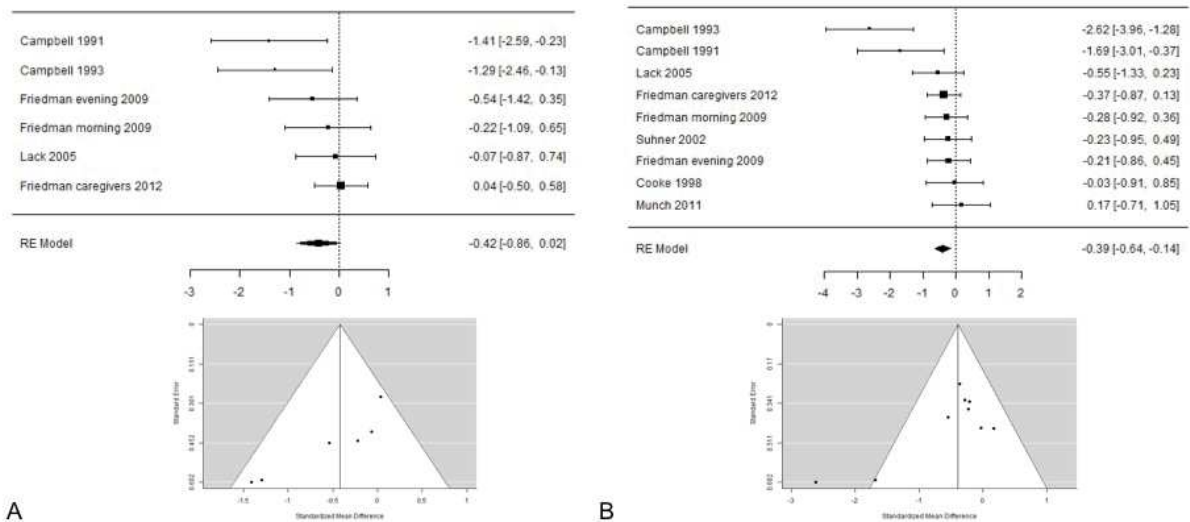


Figure 2. Wake after sleep onset forest plots and funnel plots. A: treated vs Control; B: before vs after Negative score represent a decreasing of WASO, interpreted as an improvement.

A non-significant correlation was observed between the effect-size of BLT in before-after analysis on WASO and the light dose (Pearson's $r=0.60$, $p=0.088$), indicating a possible dose-response effect with a trend to a higher difference before and after BLT observed with higher light dose.

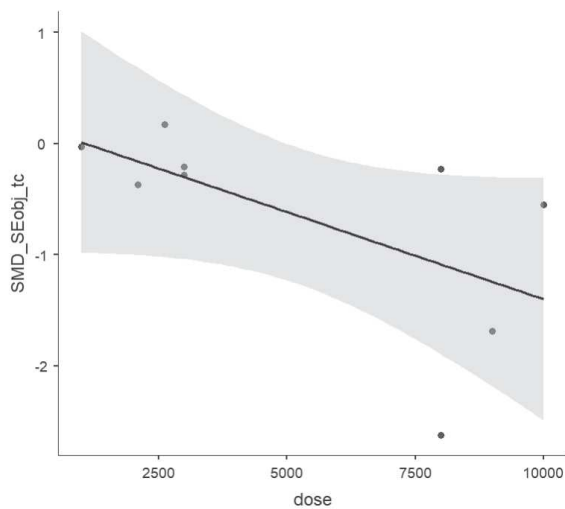


Figure 7. BLT dose-response curve on Wake after sleep onset

If we look at subjective measures of WASO, there was only data from 3 study in before-after analysis and a significant improvement with SMD -0.71 [-1.11, -0.30], $p < 0.001$ corresponding roughly to 30.4 min decrease.

3.2.5 Phase shift

Phase shift was usually observed as expected in before-after analysis : evening exposure induced a significant phase delay, SMD 0.98 [0.48, 1.48] ($p < 0.001$) corresponding roughly to 62 min. Morning exposure induced a non-significant phase advance, SMD -0.42 [-0.96, 0.12] ($p = 0.129$), around 27 min.

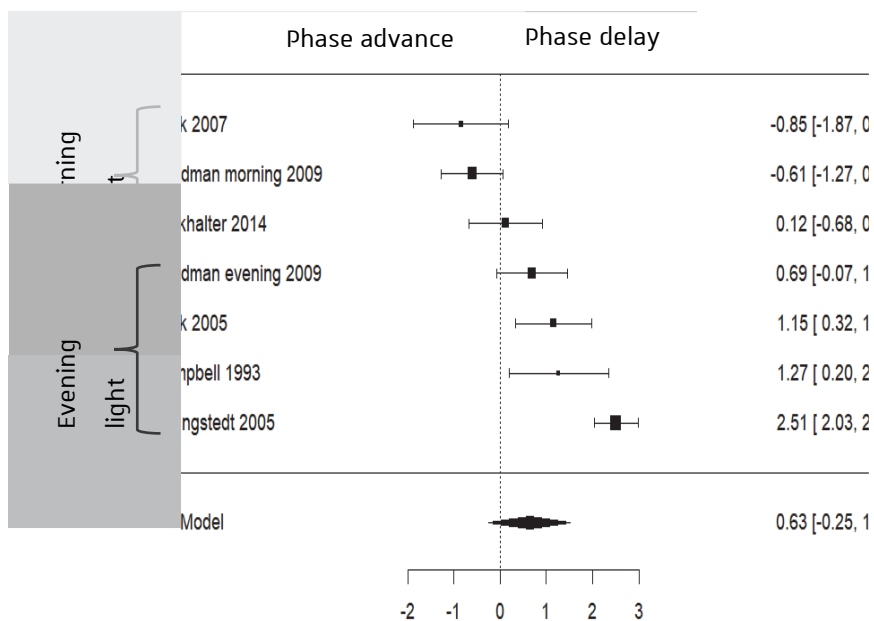


Figure 8 . Foi **urine melatonin, temperature)**
before-after in the BLT groups

3.3 Results according to insomnia typology

A majority of studies (17/23) had no clear insomnia criteria, and no complete description of participants' insomnia characteristics. Some specified at least one criterion, mainly nocturnal symptoms: sleep initiation problems (8), sleep maintenance troubles (13), early morning awakening (8). Twelve studies specified patients could have combined sleep troubles, and 7 gave no information about insomnia characteristics. When the information about insomnia typology was mentioned, we artificially split the number of concerned patients in the different typology groups, but no studies presented the outcomes following those sub-groups. The detailed results for each outcome are presented in table 3.

Insomnia type	Sleep initiation			Sleep maintenance			Early morning awakening			Combined insomnia type			Not defined			
	8 studies 135 patients active			13 studies 193 patients active			8 studies 124 patients active			11 studies 199 patients active			7 studies 195 patients active			
<i>n : number of studies with outcomes (x : number of participants with active bright light)</i>																
<2000 lux-h	19			10			-			19			17			
2000-5000 lux-h	70			79			54			79			138			
>5000 lux-h	46			120			70			101			40			
morning LT	88			73			19			68			165			
daytime LT	-			11			5			5			20			
evening LT	59			126			90			104			63			
duration of treatment (days)	Short 4	Inter 1	long 3	Short 4	Inter 4	long 5	Short 4	Inter 2	long 2	Short 4	Inter 3	long 4	Short 3	Inter 1	long 3	
objective measures	7 (123)			12 (181)			9 (154)			10 (181)			6 (181)			
subjective measures	8 (135)			13 (193)			9 (154)			11 (199)			7 (195)			
Effect	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	
SL	Obj	3 (48)	1 (19)	-	2 (40)	3 (52)	-	-	42	-	2 (40)	5 (91)	-	-	1 (15)	1 (10)
	Subj	6 (79)	1 (19)	-	5 (71)	4 (58)	1 (17)	-	70	1 (17)	5 (71)	4 (74)	1 (17)	1 (24)	2 (57)	-
TST	Obj	3 (48)	1 (19)	1 (18)	3 (53)	2 (39)	1 (18)	3 (33)	2 (41)	1 (18)	3 (53)	2 (55)	1 (18)	-	2 (71)	-
	Subj	4 (58)	3 (40)	1 (18)	4 (63)	6 (84)	1 (18)	3 (33)	4 (54)	1 (18)	4 (63)	6 (99)	1 (18)	2 (64)	2 (64)	-
SE	Obj	-	2 (54)	-	2 (19)	3 (76)	-	-	3 (68)	-	-	3 (92)	-	2 (48)	2 (41)	-
	Subj	3 (59)	1 (19)	-	4 (67)	4 (67)	-	2 (45)	3 (46)	-	4 (67)	3 (70)	-	3 (72)	3 (83)	-
WASO	Obj	1 (10)	2 (54)	-	3 (29)	2 (59)	-	2 (24)	2 (51)	-	2 (23)	2 (75)	-	2 (41)	2 (82)	-
	Subj	2 (47)	2 (29)	-	4 (68)	3 (47)	-	4 (69)	2 (29)	-	4 (68)	3 (63)	-	1 (12)	2 (73)	-
TIB	Obj	1 (37)	1 (19)	-	1(37)	1 (22)	-	1 (37)	1 (14)	-	1 (37)	1 (38)	-	-	1 (40)	-
	Subj	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
delay/	Obj	2 (45)	1 (19)	-	2 (50)	1 (22)	-	4 (70)	1 (14)	-	2 (50)	1 (38)	-	2 (48)	1 (40)	-
advance	Subj	3 (54)	1 (19)	-	5 (88)	2 (39)	-	6 (93)	2 (31)	-	5 (82)	2 (55)	-	3 (58)	1 (40)	-
Sleepiness/fatigue	6 (110)			2 (25)			-			3 (47)			-			
ISI/sleep qual	3 (55)			2 (26)			-			4 (61)			-			
mood	2 (27)			2 (29)			-			3 (45)			-			
performance	2 (51)			1 (19)			-			2 (35)			-			
quality of life	3 (33)			1 (19)			-			2 (35)			-			
Side effect	2			3			3			3			1			
(n studies recorded)	2			3			3			3			1			
Compliance	4			3			6			7			3			
(n studies recorded)	4			3			6			7			3			

Table 3. Result synthesis depending on insomnia typology

The 8 studies involving patients with early morning awakenings (124 participants in active group) mainly applied BLT in the evening, whereas studies including subjects with other insomnia typology mainly applied BLT in the morning or both morning and evening. Data was insufficient to conclude to a best period of treatment by insomnia typology. A majority of results were non-significant, and more subjective than objective outcomes showed an improvement. A shortening of TST was only observed for patients with evening exposure.

3.4 Results according to Light therapy period

We analyzed the outcomes according to the timing of the intervention. Results here focus on before vs after studies as data on treated vs control was too sparse. The results were interpreted as non-significant if the improvement was related to both the active and placebo groups. Detailed results for each outcome are presented in table 4.

Light therapy period	Morning 9 studies 188 active light 301 total			Daytime 3 studies 31 active light 81 total			Evening 12 studies 162 active light 175 total			morning-evening 3 studies 65 active light 161 total			« Dim » red light* 11 studies 154 patients		
	<i>n : number of studies with outcomes (x : number of participants with active bright light)</i>														
<2000 lux-h	2 (40)			-			1 (10)			1 (12)			<90 lux		
2000-5000 lux-h	7 (133)			3 (31)			3 (40)			1 (21)			90-150 lux		
>5000 lux-h	1 (15)			-			8 (107)			2 (32)			>150 lux		
Sleep initiation	5 (68)			-			2 (37)			1 (12)			2 (22)		
Sleep maintenance	4 (61)			2 (11)			8 (109)			1 (12)			5 (51)		
Early morning awakening	1 (19)			1 (5)			8 (105)			-			6 (62)		
mixed	4 (47)			-			7 (92)			-			4 (47)		
Not defined	4 (112)			1 (20)			1 (10)			2 (43)			3 (82)		
duration of treatment (days)	Short 3 (32)	Interm 1 (31)	Long 5 (125)	Short 1 (20)	Interm -	Long 2 (11)	Short 5 (71)	Interm 4 (41)	Long 4 (41)	short 2 (32)	interm -	Long 1 (33)	Short 5 (52)	Interm 4 (49)	Long 2 (53)
objective measures	9 (188)			3 (31)			12 (162)			2 (53)			11 (154)		
subjective measures	9 (188)			3 (31)			12 (162)			3 (65)			11 (154)		
Effect	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen	Improve	NS	worsen
SL Obj	3 (48)	2 (21)	-	-	-	-	1 (10)	3 (68)	-	-	-	-	1 (14)	4 (47)	-
SL Subj	5 (81)	4(99)	-	-	1 (5)	-	1 (10)	6 (94)	1 (17)	1 (12)	-	-	1 (39)	1 (14)	-
TST Obj	3 (48)	4 (92)	1 (31)	-	1 (20)	-	3 (33)	2 (55)	1 (18)	-	1 (20)	-	3 (42)	5 (67)	-
TST Subj	4 (72)	5 (101)	1 (31)	1 (20)	1 (5)	-	4 (43)	5 (88)	1 (18)	1 (20)	1 (12)	-	2 (21)	2 (18)	-
SE Obj	1 (15)	3 (87)	-	1 (6)	1 (20)	-	2 (13)	4 (78)	-	1 (33)	1 (20)	-	1 (23)	4 (56)	-
SE Subj	3 (58)	3 (110)	-	1 (6)	1(5)	-	3 (36)	5 (87)	-	2 (45)	-	-	2 (53)	1(14)	-
WASO Obj	1 (10)	3 (110)	-	-	1 (20)	-	3 (30)	2 (56)	-	1 (33)	1 (20)	-	3 (62)	4 (53)	-
WASO Subj	2 (29)	3 (110)	-	-	1 (5)	-	4 (50)	3 (63)	-	1 (12)	0	-	-	2 (25)	-
TIB Obj	1 (19)	2 (37)	-	-	1 (20)	-	1 (18)	1 (38)	-	-	1 (20)	-	-	2 (37)	1 (8)
TIB Subj	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
delay/advance Obj	3 (60)	2 (68)	-	-	1 (20)	-	4 (51)	1 (38)	-	1 (33)	1 (20)	-	2 (16)	5 (42)	-
delay/advance Subj	4 (69)	-	-	-	3 (31)	-	8 (91)	1 (38)	-	1 (33)	1 (20)	-	-	1 (4)	-
Sleepiness/fatigue	6 (118)	3 (47)	-	1 (6)	-	-	6 (77)	3 (63)	-	-	1 (33)	-	2 (30)	5 (51)	-
ISI/sleep qual	6 (99)	3 (48)	-	2 (26)	-	-	3 (44)	3 (68)	-	1 (20)	1 (33)	-	4 (77)	2 (21)	-
mood	4 (73)	2 (37)	-	1 (20)	-	-	1 (11)	4 (79)	-	1 (20)	1 (33)	-	1 (23)	3 (30)	-
performance	2 (27)	-	-	1 (5)	-	-	1 (7)	3 (69)	-	-	1 (33)	-	-	1 (8)	-
quality of life	3 (42)	-	-	-	-	-	-	3 (69)	-	-	1 (33)	-	-	2 (22)	-
Side effect	3			-			2 (55)			-			-		
Compliance	6			2 (11)			8 (97)			-			-		

Table 4. Results synthesis according to light exposure period

3.4.1 Morning Exposure

The 9 studies using morning exposure included 188 participants with active bright light. A majority received intermediate doses (between 2000 and 5000 lux-h), and a treatment duration of 40 days or more (5 studies, 133 active patients). For all outcomes, the meta-analysis showed high heterogeneity, and data was insufficient for WASO. Regarding objective sleep measures, SL showed a significant decrease, SMD -1.35 [-2.38, -0.01] corresponding roughly to 17.3 minutes and TST showed a non-significant increase, SMD 0.89 [-0.20, 1.99] ($p=0.111$) corresponding roughly to 21.4 minutes. Subjective measures are concordant with these results with an improvement of both SL (5/9) and TST (4/9), and also of sleepiness/fatigue (6/9) and insomnia severity (6/9). No worsening of objective or subjective sleep quality was observed. A phase advance was observed in all studies: in the 3 studies that recorded those data objectively (fig. 7)³⁹, as well as the 4 recording it subjectively⁴⁰.

3.4.2 Evening Exposure

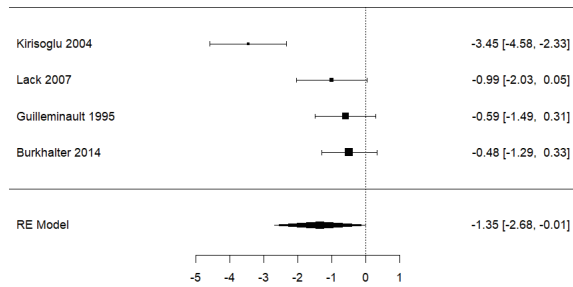
The 12 studies included 162 participants with active bright light. A majority received high dose (over 5000 lux-h), and treatment duration was equally distributed to short (<7 days), intermediate and long (> 1 month). According to meta-analysis, evening BLT did not affect SL ($p=0.46$), TST ($p=0.84$) nor SE ($p=0.36$). WASO tended to decrease, with SMD -0.60 [-1.24, 0.03] ($p=0.062$) corresponding roughly to 16.9 minutes in before-after analysis, and decreased significantly in treated vs control analysis with SMD -0.71 [-1.35, -0.08] ($p=0.027$) corresponding roughly to 27.4 minutes. A worsening of objective and subjective TST was observed in one study. An objective phase delay was observed in 4 studies versus 1 non-significant; 8 studies showed a subjective phase delay versus 1 non-significant.

³⁹ Lack and Wright, "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia"; Friedman et al., "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults"; Burkhalter et al., "The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Circadian Rhythms in Renal Transplant Recipients."

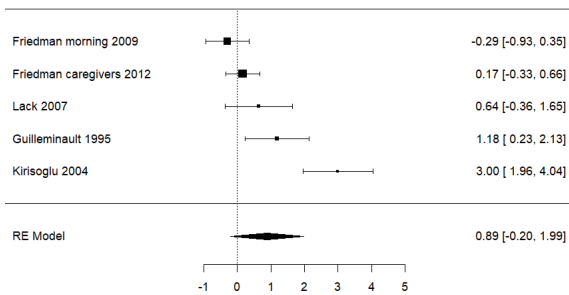
⁴⁰ Lingjaerde, Bratlid, and Hansen, "Insomnia during the 'Dark Period' in Northern Norway. An Explorative, Controlled Trial with Light Treatment"; Lack and Wright, "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia"; Friedman et al., "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults"; Burkhalter et al., "The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Circadian Rhythms in Renal Transplant Recipients."

Morning exposure

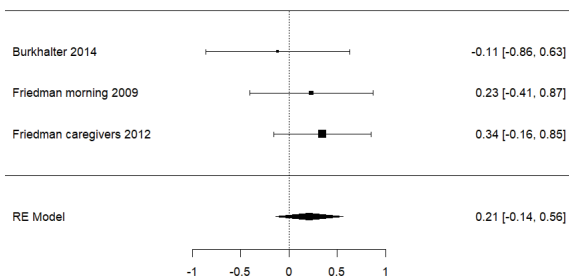
SL obj before-after



TST obj before after



SE obj before-after

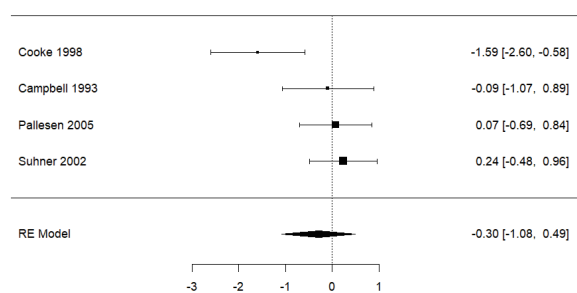


WASO obj

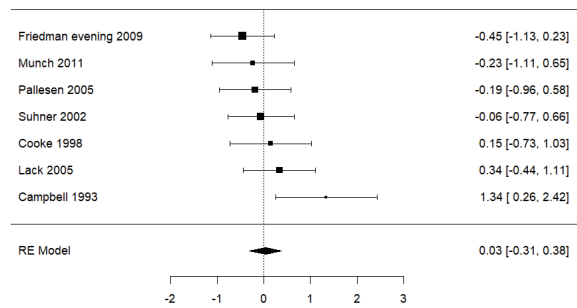
Not enough data

Evening exposure

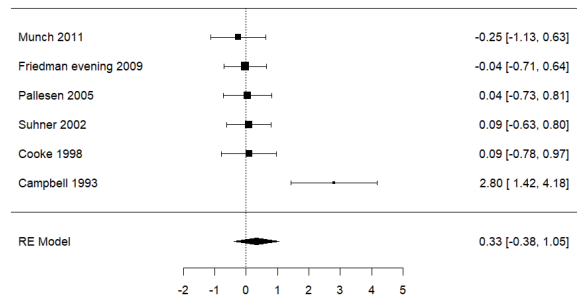
SL obj before-after



TST obj before-after



SE obj before-after



WASO obj treated vs control

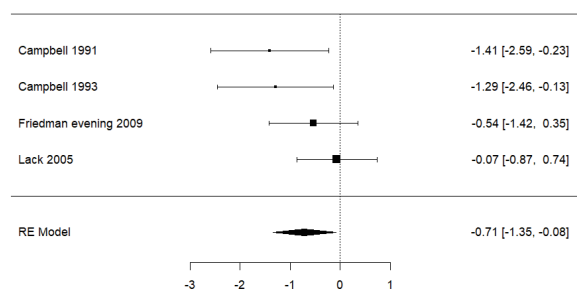


Figure 9. Meta-analyses of the effect of BLT on objective sleep outcome, by the timing of the exposure

3.4.3 Daytime Exposure

The 3 studies using daytime exposure included 31 participants with active bright light. They received a high dose (over 5000 lux-h). A majority of the outcomes are non-significant. No worsen of objective or subjective sleep quality was observed. No subjective phase shift was observed.

3.4.4 Combined Morning-Evening Exposure

The 3 studies combining Morning and evening exposures included 65 participants with active bright light. They received equally low, intermediate or high doses. Some improvement was observed especially for SE and WASO. Subjective quality of sleep was mostly non-significant. No worsening of objective or subjective sleep quality was observed. One study observed a phase delay when participants were exposed to blue-enriched light (1100 lux i.e. 4400 lux-h), and phase advance when they were exposed to the same light in low-intensity (400 lux i.e. 1600 lux-h)⁴¹; another one found no phase shift.

⁴¹ Lederle et al., "Effects of Blue-Enriched and Control White Light (Low and High Intensity) on Sleep, Circadian Phase, Mood and Alertness in Older People."

3.4.5 Focus on Dim Red Light

A total of 12 studies used dim red light as a placebo treatment, and 11 specified the intensity: 4 were around 50 lux, 4 between 90 and 150 lux, and 3 between 200 and 400 lux. Standardized doses of red light ranged between 37.5 lux-h and 800 lux-h. Many studies did not specify the results in DRL group, thus over half of the data is missing. Most studies reported non-significant effect of DRL, although some showed significant effect indicating an improvement in objective SL SE and WASO as well as subjective TST, SE, sleep quality and mood. Results are shown on table 5.

Table 5. Effects of dim red light on sleep

Study	n	Period	Red light specifications		SL		TST		SE		WASO		Circadian phase-shift	Sleepiness-fatigue	ISI - sleep quality	mood	performance	quality of life
			Intensity (lux)	Dose (lux-h)	Objective	Subjective	Objective	Subjective	Objective	Subjective	Objective	Subjective						
Friedman 2009 morning	7	Morning	50	37.5	-	-	NS	NS	NS	-	NS	NS	NS	NS	NS	-	-	NS
Friedman 2012	23	Morning	90	45	-	-	NS	-	↗	-	↘	-	-	NS	↗	↗	-	-
Lack 2007	8	Morning	100	100	NS	-	NS	-	-	-	-	-	NS	NS	↗	NS	NS	NS
Garland 2018 Johnson 2016	39	Morning	<400	<200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	-	-	-
Youngstedt 2005	20	Skeleton	50	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Friedman 2009 evening	7	Evening	50	37.5	-	-	NS	↗	NS	-	NS	NS	NS	↘	↗	-	-	NS
Campbell 1991	8	Evening	50	100	-	-	-	-	-	-	NS	-	-	-	-	-	-	-
Campbell 1993	6	Evening	50	100	NS	-	NS	-	NS	-	NS	-	NS	-	-	-	-	-
Pallesen 2005	10	Evening	200	100	↘	NS	NS	↗	NS	↗	-	-	-	NS	NS	-	-	-
Lack 2005	11	Evening	100	400	-	-	NS	NS	-	-	NS	NS	←	NS	-	NS	-	-
Lack 1993	2	Evening	150	600	-	-	-	-	-	-	-	-	NS	-	-	-	-	-
Lack 1994	11	Evening	200	800	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NS	-	NS	-	-

4 Discussion

4.1 Main results

The aim of the present systematic review and meta-analysis was to synthesize the literature regarding the effectiveness of bright light therapy for chronic insomnia. In summary, most meta-analyses showed high heterogeneity and publication bias, limiting the interpretation of the results. Light-therapy significantly improves SL and WASO in the before-after analyses. In the treated vs control meta-analyses regarding those factor, a same tendency was observed but the effect was non-significant for SL and was only significant in WASO for evening exposures. A dose-response effect was observed for SL, and a trend of dose-response effect for WASO, higher light doses inducing more improvement. Not enough studies have been conducted to clearly understand the difference of effect between morning and evening exposure but those preliminary results point toward a greater improvement of SL and TST with morning exposure. Effects of dim red light are non-conclusive, but do raise the hypothesis of an improvement in sleep quality, and some sleep parameters.

4.2 Limitations

Most studies were conducted on a small number of participants, therefore with limited statistical power. The precise typology of insomnia was rarely specified. The interventions were heterogeneous, in terms of intensity, duration and period of exposure to light therapy, but also in terms of control group, questionnaires and evaluation methods. Therapeutic compliance and adverse events were rarely reported. The overall quality of the studies selected was low to intermediate, with only 4 studies having a low risk of bias. Interpretation of the results was further limited by both a high heterogeneity and a high risk of publication bias, as noticed in previous meta-analyses⁴². Another limitation is that 8 of the 23 studies based their objective outcomes on polysomnography done at the hospital, most of them with short study duration (2 to 12 days)⁴³. Those conditions are far from the real living conditions of insomniacs. Their sleep complaints generally occur in everyday life, and this is not rare to observe improvement with

⁴² Hartling et al., "Testing the Risk of Bias Tool Showed Low Reliability between Individual Reviewers and across Consensus Assessments of Reviewer Pairs."

⁴³ Campbell and Dawson, "Bright Light Treatment of Sleep Disturbance in Older Subjects"; Lack and Wright, "The Effect of Evening Bright Light in Delaying the Circadian Rhythms and Lengthening the Sleep of Early Morning Awakening Insomniacs"; Lack et al., "The Treatment of Early-Morning Awakening Insomnia with 2 Evenings of Bright Light"; Lingjaerde, Bratlid, and Hansen, "Insomnia during the 'Dark Period' in Northern Norway. An Explorative, Controlled Trial with Light Treatment"; Münch et al., "Effects on Subjective and Objective Alertness and Sleep in Response to Evening Light Exposure in Older Subjects"; Murphy and Campbell, "Enhanced Performance in Elderly Subjects Following Bright Light Treatment of Sleep Maintenance Insomnia"; Youngstedt et al., "Circadian Phase-Shifting Effects of a Laboratory Environment."

environmental change. A study on a large population of insomniacs, carried out at home, would provide greater clarifications.

4.3 Positive results and trends

Despite these limitations, this systematic review still provides interesting results and trends. The major point is that no worsening in insomnia or sleep quality has been observed, except for some sleep parameters in a study with evening BLT. In terms of objective results, we were able to highlight a trend towards improving sleep efficiency and duration of nocturnal awakenings, regardless of the time of exposure. An improvement in sleep latency was shown with morning BLT. These results remain to be confirmed due to the great heterogeneity of the studies that could be used in the meta-analysis. Despite subjective outcomes were too heterogeneous to carry out a statistical analysis, all studies but 3 showed an improvement, particularly with regard to the quality of sleep and the feeling of drowsiness or fatigue. Then, although not a main goal, the observed phase shifts were consistent with the periods of light exposure, which indirectly indicated a good compliance.

4.4 Choice of the control

The choice of control remains a major discussion: dim red light is often used as a control, but does not seem to be a perfect placebo, especially above a certain intensity (≥ 200 lux) and in the evening. Pallesen in 2005 found a significant decrease of sleep latency in this group, from 15.2 to 8.7 minutes, with a non-significant increase of total sleep time from 6h28 to 6h40. As shown in table 5, a majority of the results in dim red light were non-significant, as can be expected in placebo group, but when positive, the trend went always in the same direction of improving sleep parameter and subjective quality. This is in line with recent studies, as red light and especially high intensity light control seem to induce sleep⁴⁴. This address the question of red light as a control placebo condition. Still, it could be a good 'placebo' in low intensity, and in morning or daytime exposure: first, it enables to compare results with many studies, as it is the most frequently used. Second, there is a good acceptability of the participants for this intervention. It is also important to be

⁴⁴ Zhang et al., "Red Light at Intensities above 10 Lx Alters Sleep-Wake Behavior in Mice"; Tähkämö, Partonen, and Pesonen, "Systematic Review of Light Exposure Impact on Human Circadian Rhythm"; Studer et al., "Effects of Blue- and Red-Enriched Light on Attention and Sleep in Typically Developing Adolescents."

aware that dim red light might have an important placebo effect and thus reduce differences between groups. This will have to be taken into account especially if little effect size is expected.

4.5 Parameters to be considered

4.5.1 Insomnia typology

In regard to the results discussed above, it seems that BLT could be effective for several insomnia typologies, but not with the same time exposure. Indeed, sleep initiation problems should be more sensitive to morning BLT, with an intended circadian effect. Some sleep maintenance disturbances could be improved by BLT, independently to circadian aspect. This might enable more flexibility in time and duration of exposure, depending on patients' preferences. There are no sufficient data to know if BLT could improve early morning awakenings, as circadian effects seem insufficient, given that evening BLT could suppress melatonin, and shorten sleep. This is summarized in table 6.

Table 6. Light parameters to be considered according to insomnia typology

Insomnia typology	Sleep initiation	Sleep maintenance	Early morning awakenings	Combined	Daytime consequences
Circadian effect targeted	Intended phase advance	no	Intended phase delay if sufficient TST	No or depending on the combination	no
Period of exposure	Morning	Morning/daytime Not in the end of afternoon	Daytime/evening	Morning/daytime	Morning/daytime
Duration of exposure	20 min to 4h**	20 min to 4h**	Daytime: 20 min to 4h Evening : Shorter (<1h)	20 min to 4h**	20 min to 4h
Light intensity	≥2000 lux-h* ? melanopic lux	≥2000 lux-h* ? melanopic lux	Daytime: ≥2000 lux-h* ? melanopic lux Evening : ?	≥2000 lux-h* ? melanopic lux With EMA : ?	≥2000 lux-h* ? melanopic lux
Light spectrum	White or blue-enriched	White or blue-enriched	Daytime : White or blue-enriched Evening : no blue-enriched White or red ?	?	White or blue-enriched

* equivalent of full white spectrum, based on previous studies. Future studies should specify melanopic lux, light temperature and spectrum.

** ≥ 20 minutes up to 4h, based on existing literature. Duration also depends on the intensity.

green : solid scientific basis

orange : hypothesis with some scientific basis, need to be confirmed

red : hypothesis, need some proof of concept

4.5.2 Circadian and non-circadian effect

As Maanen showed in her meta-analysis, phase-shift was a major effect of BLT for insomniac patients⁴⁵. Taking into account chronobiological aspect of insomnia appears a basis in the choice of the period of BLT exposure⁴⁶. It is also relevant as it contributes to sleep hygiene advices[81,82].

If circadian aspect of insomnia has to be taken into account, this review tended to indicate non-circadian effect of BLT on sleep quality. There was a trend towards improved sleep efficiency and WASO, regardless of the period of exposure to light therapy. Subjective data also indicate it could have an impact on daytime alertness and performances. Those findings need to be confirmed but are consistent with current knowledge on the direct effects of light on sleep and alertness in healthy subjects⁴⁷. This aspect would guide the choice more towards morning or daytime exposure to BLT. Evening BLT might still be interesting for insomnia with phase advance, which is common in the elderly⁴⁸.

4.5.3 Light characteristics

Light characteristics is the key point to evaluate, in order to be able to determine whether and how BLT could improve insomniac symptoms. The properties of BLT to be taken into account are as follows: intensity, spectrum, time of the day, and duration.

Van Maanen has shown that higher intensity was more effective. In our results, when taking into account both intensity and duration of exposure, it confirmed a dose-response effect for SL. It's a starting point, but light intensity cannot be reduced to a lux dose. Indeed, lux is a usual way to reflect intensity of a white full-spectrum light, but not for a specific spectrum, as red or blue-enriched light. As often specified in the most recent studies, the future ones should specify wavelength and intensity in photon/s/cm² and/or in Watt/cm², the color temperature in Kelvin. Several studies showed that lower intensity of blue-enriched light had the same efficacy as full spectrum light⁴⁹. Lucas emphasizes on the importance of more precise measures of light⁵⁰. He proposes methods to quantify effective irradiance independently for each photoreceptive input, such as melanopic illuminance (expressed in melanopic-lux), in order to facilitate the comparison of polychromatic lights.

⁴⁵ Maanen et al., "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems."

⁴⁶ Lack and Wright, "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia."

⁴⁷ Hubbard et al., "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness"; Bourgin and Hubbard, "Alerting or Somnogenic Light."

⁴⁸ Fetveit, "Late-Life Insomnia."

⁴⁹ Vandewalle et al., "Brain Responses to Violet, Blue, and Green Monochromatic Light Exposures in Humans"; Meesters et al., "Low-Intensity Blue-Enriched White Light (750 Lux) and Standard Bright Light (10 000 Lux) Are Equally Effective in Treating SAD. A Randomized Controlled Study"; Meesters et al.; Glickman et al., "Light Therapy for Seasonal Affective Disorder with Blue Narrow-Band Light-Emitting Diodes (LEDs)."

⁵⁰ Lucas et al., "Measuring and Using Light in the Melanopsin Age."

Tolerance and side effects of BLT have also to be taken into account in the choice of light characteristics. Side effects were rarely clearly mentioned in studies, but are now well established for other diseases such as seasonal affective disorder. Most of them are transient and reversible. Looking at ocular risk Kobayashi controlled ocular effect after white full-spectrum BLT, and found no worsening after treatment⁵¹. This has also been evaluated for blue-enriched light, as it is known to be close to a wavelength with more retinal toxicity, and results are reassuring⁵². Moreover, blue-enriched devices have less illuminance than white BLT, and lower to equal quantity of photons/s/cm² in this wavelength. However, Meesters observed that participants generally preferred broad-wavelength white light (5000° K) rather than blue-enriched light (color temperature of 17000° K)⁵³.

4.5.4 Period and duration of exposure

Both time period and duration of bright light exposure have implication in terms of intensity and effect on circadian rhythm. A longer exposure allows higher cumulative doses, but could lead to lower compliance, especially in younger, active patients. The choice of intensity and duration should then also depend on practical aspects.

In addition, the response to light is variable, depending on surrounding conditions, as suggested by Zeitzer and collaborators in their non-conclusive study about morning versus evening bright light⁵⁴. They conclude that daytime light exposure intensity may influence the response to evening bright light, but not to morning bright light. This seems to be confirmed by recent studies on the influence of self-luminous ebooks on sleep⁵⁵.

We saw that evening exposure raises two risks: first, a lack of efficacy if daytime light exposure was too high, second, a shortening of total sleep time. Therefore, except in specific indications (such as physiological phase advance in elderly patients), evening BLT should not be recommended for insomnia.

The choice of morning BLT seems interesting in case of difficulty of sleep initiation. Daytime BLT has not been sufficiently evaluated to know its efficiency. This option could yet theoretically be interesting for two reasons. The first one is the global underexposure to light, both in active adults⁵⁶, and even more in elderly

⁵¹ Kobayashi et al., "Effects of Bright Light at Lunchtime on Sleep of Patients in a Geriatric Hospital I."

⁵² Brouwer et al., "Light Therapy."

⁵³ Meesters et al., "Low-Intensity Blue-Enriched White Light (750 Lux) and Standard Bright Light (10 000 Lux) Are Equally Effective in Treating SAD. A Randomized Controlled Study."

⁵⁴ Friedman et al., "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults"; Zeitzer, Friedman, and Yesavage, "Effectiveness of Evening Phototherapy for Insomnia Is Reduced by Bright Daytime Light Exposure."

⁵⁵ Rångtjell et al., "Two Hours of Evening Reading on a Self-Luminous Tablet vs. Reading a Physical Book Does Not Alter Sleep after Daytime Bright Light Exposure."

⁵⁶ Leger et al., "Underexposure to Light at Work and Its Association to Insomnia and Sleepiness," January 2011.

and nursing home residents⁵⁷. The second is an expected improvement of some diurnal symptoms of insomnia, alertness and mood. The effect on nocturnal symptoms of insomnia, especially on awakenings remains to be assessed, but this literature review is encouraging.

Chronic insomnia is a complex trouble involving many mechanisms, and treatment cannot be reduced to one single therapy. BLT efficacy still needs to be clarify, but would probably be more effective in a multi-component intervention.

5 Practice points

1. Light therapy is effective on sleep latency, and WASO. It is also possibly effective on sleep efficiency, on subjective quality of sleep and mood, but still need to be proven.
 2. There is a dose-response effect on sleep latency, and a trend of dose-response effect on WASO
 3. Circadian aspect of insomnia needs to be taken into account
 4. In contrast to sleeping pills, alerting effect of BLT can be expected during the day
 5. Results are encouraging, but need to be confirmed on a large population, and sharpened on light parameters
-

6 Research agenda

1. Papers evaluating therapy for insomnia should include full information on insomnia typology according to the most recent classifications, in order to identify possible sub-groups of responders.
 2. Papers reporting on light therapy efficiency should include full information on light parameters (intensity, color temperature – wavelength, duration, timing).
 3. Studies should report information on treatment tolerance and adherence.
 4. Studies should evaluate BLT effect on insomnia in real-life conditions and on longer periods of time.
 5. If light therapy efficiency is confirmed for chronic insomnia, it should be implemented and tested in multi-component interventions, combined with sleep hygiene od CBT-I.
-

⁵⁷ Shochat et al., "Illumination Levels in Nursing Home Patients."

7 Bibliography

- Akyar, I, and N Akdemir. "The Effect of Light Therapy on the Sleep Quality of the Elderly: An Intervention Study." *Australian Journal of Advanced Nursing* 13, no. 2 (2013): 31–38.
- Altena, E, Van Der Werf, Y-D, Strijers, R-L-M, and Van Someren, E-J-W. "Sleep Loss Affects Vigilance: Effects of Chronic Insomnia and Sleep Therapy." *Journal of Sleep Research* 17, no. 3 (September 2008): 335–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00671.x>.
- Badia, P, B Myers, M Boecker, J Culpepper, and J R Harsh. "Bright Light Effects on Body Temperature, Alertness, EEG and Behavior." *Physiology & Behavior* 50, no. 3 (September 1991): 583–88.
- Bastien, C. H., A. Vallières, and C. M. Morin. "Validation of the Insomnia Severity Index as an Outcome Measure for Insomnia Research." *Sleep Medicine* 2, no. 4 (July 2001): 297–307.
- Bolge, S-C., Joish, V-N, Balkrishnan, R, Kannan, H and Drake, C. "Burden of Chronic Sleep Maintenance Insomnia Characterized by Nighttime Awakenings." *Population Health Management* 13, no. 1 (February 2010): 15–20. <https://doi.org/10.1089/pop.2009.0028>.
- Bourgin, P, and Hubbard, J. "Alerting or Somnogenic Light: Pick Your Color." *PLoS Biology* 14, no. 8 (2016): e2000111. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2000111>.
- Briot, M. "Le Bon Usage Des Médicaments Psychotropes. Rapport N°422 (2005–2006), Fait Au Nom de l'Office Parlementaire d'évaluation Des Politiques de Santé.," June 22, 2006. <http://www.senat.fr/rap/r05-422/r05-422.html>.
- Brouwer, A., H.-T. Nguyen, F. J. Snoek, D. H. van Raalte, A. T. F. Beekman, A. C. Moll, and M. A. Bremmer. "Light Therapy: Is It Safe for the Eyes?" *Acta Psychiatrica Scandinavica* 136, no. 6 (December 2017): 534–48. <https://doi.org/10.1111/acps.12785>.
- Burkhalter, H, Wirz-Justice, A, Denhaerynck, K, Fehr, T, Steiger, J, Venzin, R-M, Cajochen, C, Weaver, T-E, and De Geest, S. "The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Circadian Rhythms in Renal Transplant Recipients: A Pilot Randomized, Multicentre Wait-List Controlled Trial." *Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation* 28, no. 1 (January 2015): 59–70. <https://doi.org/10.1111/tri.12443>.
- Cajochen, C, Münch, M, Kobialka, S, Kräuchi, K, Steiner, R, Oelhafen, P, Orgül, S, and Wirz-Justice, A. "High Sensitivity of Human Melatonin, Alertness, Thermoregulation, and Heart Rate to Short Wavelength Light." *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90, no. 3 (March 2005): 1311–16. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0957>.
- Campbell, S. S., D. Dawson, and M. W. Anderson. "Alleviation of Sleep Maintenance Insomnia with Timed Exposure to Bright Light." *Journal of the American Geriatrics Society* 41, no. 8 (August 1993): 829–36.
- Campbell, S-S, and Dawson, D. "Bright Light Treatment of Sleep Disturbance in Older Subjects." *Sleep Research* 20 (1991): 448.
- Casati, A, Sedefov, R and Pfeiffer-Gerschel, T. "Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature." *European Addiction Research* 18, no. 5 (2012): 228–45. <https://doi.org/10.1159/000337028>.
- Chan-Chee, C., V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, and D. Leger. "[Epidemiology of insomnia in France]." *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique* 59, no. 6 (December 2011): 409–22. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.05.005>.
- Chen, P-H, Kuo, H-Y and Chueh, K-H. "Sleep Hygiene Education: Efficacy on Sleep Quality in Working Women." *The Journal of Nursing Research: JNR* 18, no. 4 (December 2010): 283–89. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181f3fd>.

- Cooke, K. M., M. A. Kreydatus, A. Atherton, and E. B. Thoman. "The Effects of Evening Light Exposure on the Sleep of Elderly Women Expressing Sleep Complaints." *Journal of Behavioral Medicine* 21, no. 1 (February 1998): 103–14.
- Crowley, S-J., and Eastman, S-I. "Phase Advancing Human Circadian Rhythms with Morning Bright Light, Afternoon Melatonin, and Gradually Shifted Sleep: Can We Reduce Morning Bright-Light Duration?" *Sleep Medicine* 16, no. 2 (February 2015): 288–97. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.004>.
- Czeisler, C A, T L Shanahan, E B Klerman, H Martens, D J Brotman, J S Emens, T Klein, and J F, 3rd Rizzo. "Suppression of Melatonin Secretion in Some Blind Patients by Exposure to Bright Light." *The New England Journal of Medicine* 332, no. 1 (January 5, 1995): 6–11. <https://doi.org/10.1056/NEJM199501053320102>.
- Davidson, J-R., Dickson, K, and Han, H. "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care: A Systematic Review of Sleep Outcomes." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 69, no. 686 (September 2019): e657–64. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X705065>.
- Fetveit, A. "Late-Life Insomnia: A Review." *Geriatrics & Gerontology International* 9, no. 3 (September 2009): 220–34. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00537.x>.
- Figueiro, M-G. "Delayed Sleep Phase Disorder: Clinical Perspective with a Focus on Light Therapy." *Nature and Science of Sleep* 8 (2016): 91–106. <https://doi.org/10.2147/NSS.S85849>.
- Figueiro, M-G, Bierman, A, Plitnick, B, and Rea, M-S. "Preliminary Evidence That Both Blue and Red Light Can Induce Alertness at Night." *BMC Neuroscience* 10 (August 27, 2009): 105. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-10-105>.
- Figueiro, M-G., Sahin, L, Roohan, C, Kalsher, M, Plitnick, B, and Rea, M-S. "Effects of Red Light on Sleep Inertia." *Nature and Science of Sleep* 11 (2019): 45–57. <https://doi.org/10.2147/NSS.S195563>.
- Friedman, L, Spira, A-P, Hernandez, B, Mather, C, Sheikh, J, Ancoli-Israel, S, Yesavage, J-A, and Zeitzer ; J-M. "Brief Morning Light Treatment for Sleep/Wake Disturbances in Older Memory-Impaired Individuals and Their Caregivers." *Sleep Medicine* 13, no. 5 (May 2012): 546–49. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.11.013>.
- Friedman, L, Zeitzer, J-M, Kushida, C, Zhdanova, I, Noda, A, Lee, T, Schneider, B, Guilleminault, C, Sheikh, J, and Yesavage, J-A. "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society* 57, no. 3 (March 2009): 441–52. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02164.x>.
- Garland, S. N., J. A. Johnson, L. E. Carlson, N. Rodriguez, J. Savard, and T. Campbell. "0864 A Randomized Controlled Trial of Light Therapy for Insomnia Symptoms in Fatigued Cancer Survivors." *Sleep* 41, no. suppl_1 (April 27, 2018): A321–A321. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy061.863>.
- Glickman, G, Byrne, B, Pineda, C, Hauck, W-W, and Brainard, G-C. "Light Therapy for Seasonal Affective Disorder with Blue Narrow-Band Light-Emitting Diodes (LEDs)." *Biological Psychiatry* 59, no. 6 (March 15, 2006): 502–7. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.07.006>.
- Gooley, J-J, Lu, J, Fischer, D, and Saper, C-B. "A Broad Role for Melanopsin in Nonvisual Photoreception." *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 23, no. 18 (August 6, 2003): 7093–7106.
- Guilleminault, C., A. Clerk, J. Black, M. Labanowski, R. Pelayo, and D. Claman. "Nondrug Treatment Trials in Psychophysiologic Insomnia." *Archives of Internal Medicine* 155, no. 8 (April 24, 1995): 838–44.
- Gunja, N. "The Clinical and Forensic Toxicology of Z-Drugs." *Journal of Medical Toxicology: Official Journal of the American College of Medical Toxicology* 9, no. 2 (June 2013): 155–62. <https://doi.org/10.1007/s13181-013-0292-0>.

- Hansen, T., T. Bratlid, O. Lingjärde, and T. Brenn. "Midwinter Insomnia in the Subarctic Region: Evening Levels of Serum Melatonin and Cortisol before and after Treatment with Bright Artificial Light." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, no. 4 (April 1987): 428–34.
- Hartling, L, Hamm, M, Milne, A, Vandermeer, B, Santaguida, P-L, Ansari, M, Tsertsvadze, A, Hempel, S, Shekelle, P, and Dryden, D-M. Validity and Inter-Rater Reliability Testing of Quality Assessment Instruments. *AHRQ Methods for Effective Health Care*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92293/>.
- Hartling, L, Hamm, M, Milne, A, Vandermeer, B, Santaguida, P-L, Ansari, M, Tsertsvadze, A, Hempel, S, Shekelle, P, and Dryden, D-M. "Testing the Risk of Bias Tool Showed Low Reliability between Individual Reviewers and across Consensus Assessments of Reviewer Pairs." *Journal of Clinical Epidemiology* 66, no. 9 (September 2013): 973–81. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.07.005>.
- Higgins, JPT, and S Green. "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0." The Cochrane Collaboration, 2011. Available from <http://handbook.cochrane.org>.
- Higgins, JPT, Altman, D-G, Gøtzsche, P-C, Jüni, P, Moher, D, Oxman, A-D, Savovic, J et al. "The Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 343 (October 18, 2011): d5928.
- Ho, S-C, Shing Wong, T-K, Lai Tang, P, and Mei Che Pang, S. "Nonpharmacologic Sleep Promotion: Bright Light Exposure." *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 8, no. 3 (August 2002): 130–35.
- Ho, S-C. Sleep Regulation in Old People: The Role of Bright Light and Melatonin. Doctoral dissertation. Honk Kong Polytechnic University, 2001.
- Hubbard, J, Ruppert, E, Gropp, C-M, and Bourgin, P. "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness: Lessons from Transgenic Mouse Models." *Sleep Medicine Reviews* 17, no. 6 (December 2013): 445–52. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2012.12.004>.
- Hubbard, J, Ruppert, E, Kobayashi Frisk, M, Robin-Choteau, L, Husse, J, Calvel, L, Fichele, G, Franken, P, and Bourgin, P. "Not Just Circadian: Predicting How Light and Melanopsin Shape the 24-Hour Sleep-Wake Cycle," 2018.
- Irwin, M-R, Cole, J-C, and Nicassio, P-M. "Comparative Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Insomnia and Their Efficacy in Middle-Aged Adults and in Older Adults 55+ Years of Age." *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 25, no. 1 (January 2006): 3–14. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.3>.
- Johnson, J-A., Garland, S-N, Carlson, L-E, Savard, J, Simpson, J-S-A, Ancoli-Israel, S and Campbell, T-S. "The LITE Study: Rationale and Protocol for a Randomized Controlled Trial of Light Therapy for Cancer-Related Fatigue in Cancer Survivors." *Contemporary Clinical Trials* 49 (2016): 166–73. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.004>.
- Kirisoglu, C., and C. Guilleminault. "Twenty Minutes versus Forty-Five Minutes Morning Bright Light Treatment on Sleep Onset Insomnia in Elderly Subjects." *Journal of Psychosomatic Research* 56, no. 5 (May 2004): 537–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.02.005>.
- Kobayashi, R., N. Fukuda, M. Kohsaka, Y. Sasamoto, S. Sakakibara, E. Koyama, F. Nakamura, and T. Koyama. "Effects of Bright Light at Lunchtime on Sleep of Patients in a Geriatric Hospital I." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 55, no. 3 (June 2001): 287–89. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00863.x>.
- Lack, L., and H. Wright. "The Effect of Evening Bright Light in Delaying the Circadian Rhythms and Lengthening the Sleep of Early Morning Awakening Insomniacs." *Sleep* 16, no. 5 (August 1993): 436–43.

- Lack, L., and Wright, H. "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia." *Sleep Medicine* 8, no. 6 (September 2007): 637–44. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.10.003>.
- Lack, L, Gibbon, S, Schumacher, K, and Wright, H. "Comparison of Bright and Placebo Light Treatment for Morning Insomnia." *Sleep Research* 23 (1994): 278.
- Lack, L, Wright, H, Kemp, K and Gibbon, S. "The Treatment of Early-Morning Awakening Insomnia with 2 Evenings of Bright Light." *Sleep* 28, no. 5 (May 2005): 616–23.
- Lasserre, A, Younès, A, Blanchon, T, Cantegreil-Kallen, I, Passerieux, C, Thomas, G, Chan-Chee, C, and Hanslik, T. "Psychotropic Drug Use among Older People in General Practice: Discrepancies between Opinion and Practice." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 60, no. 573 (April 2010): e156-162. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483922>.
- Lederle, K.A., B. Middleton, T.L. Sletten, V.L. Revell, and D.J. Skene. "Effects of Blue-Enriched and Control White Light (Low and High Intensity) on Sleep, Circadian Phase, Mood and Alertness in Older People." *Journal of Sleep Research* 19, no. s2 (2010): 187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00868.x>.
- Leger, D., C. Guilleminault, J. P. Dreyfus, C. Delahaye, and M. Paillard. "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France." *Journal of Sleep Research* 9, no. 1 (March 2000): 35–42.
- Leger, D, Bayon, V, Elbaz, M, Philip, P, and Choudat, D. "Underexposure to Light at Work and Its Association to Insomnia and Sleepiness: A Cross-Sectional Study of 13,296 Workers of One Transportation Company." *Journal of Psychosomatic Research* 70, no. 1 (January 2011): 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.006>.
- Letrillart, L, Supper, I, Schuers, M, Darmon, D, Boulet, P, Favre, M, Guérin, M-H, and Mercier, A. "ECOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GENérale." *Exercer, Exercer*, no. 114 (2014): 148–57.
- Lewy, A J, T A Wehr, F K Goodwin, D A Newsome, and S P Markey. "Light Suppresses Melatonin Secretion in Humans." *Science (New York, N.Y.)* 210, no. 4475 (December 12, 1980): 1267–69.
- Lingjaerde, O., T. Bratlid, and T. Hansen. "Insomnia during the 'Dark Period' in Northern Norway. An Explorative, Controlled Trial with Light Treatment." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 71, no. 5 (May 1985): 506–12.
- Lucas, R-J., Peirson, S-N, Berson, D-M, Brown, T-M, Cooper, H-M, Czeisler, C-A, Figueiro, M-G, et al. "Measuring and Using Light in the Melanopsin Age." *Trends in Neurosciences* 37, no. 1 (January 1, 2014): 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.10.004>.
- Maanen, A-V, Meijer A-M, van der Heijden, K-B, and Oort, F-J. "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 29 (October 1, 2016): 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.009>.
- Meesters, Y, Dekker, V, Schlangen, L-J-M, Bos, E-H, and Ruiters, M-J. "Low-Intensity Blue-Enriched White Light (750 Lux) and Standard Bright Light (10 000 Lux) Are Equally Effective in Treating SAD. A Randomized Controlled Study." *BMC Psychiatry* 11, no. 1 (January 28, 2011): 17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-17>.
- Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, D-G, and PRISMA Group. "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 339 (July 21, 2009): b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>.
- Münch, M., K. D. Scheuermaier, R. Zhang, S. P. Dunne, A. M. Guzik, E. J. Silva, J. M. Ronda, and J. F. Duffy. "Effects on Subjective and Objective Alertness and Sleep in Response to Evening Light Exposure in Older Subjects." *Behavioural Brain Research* 224, no. 2 (October 31, 2011): 272–78. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.05.029>.

- Münch, M, Kobialka, S, Steiner, R, Oelhafen, P, Wirz-Justice, A, and Cajochen, C. "Wavelength-Dependent Effects of Evening Light Exposure on Sleep Architecture and Sleep EEG Power Density in Men." *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 290, no. 5 (May 2006): R1421-1428. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00478.2005>.
- Murphy, P. J., and S. S. Campbell. "Enhanced Performance in Elderly Subjects Following Bright Light Treatment of Sleep Maintenance Insomnia." *Journal of Sleep Research* 5, no. 3 (September 1996): 165-72.
- Ohayon, M-M. "Epidemiology of Insomnia: What We Know and What We Still Need to Learn." *Sleep Medicine Reviews* 6, no. 2 (April 2002): 97-111.
- Pallesen, S, Nordhus, I-H, Skelton, S-H, Bjorvatn, B, and Skjerve, A. "Bright Light Treatment Has Limited Effect in Subjects over 55 Years with Mild Early Morning Awakening." *Perceptual and Motor Skills* 101, no. 3 (December 2005): 759-70. <https://doi.org/10.2466/pms.101.3.759-770>.
- Penders, T-M., Stanciu, C-N, Schoemann, A-M, Ninan, P-T, Bloch, R, and Saeed, S-A. "Bright Light Therapy as Augmentation of Pharmacotherapy for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 18, no. 5 (October 20, 2016). <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01906>.
- Rångtjell, F-H., Ekstrand, E, Rapp, L, Lagermalm, A, Liethof, L, Búcaro, M-O, Lingfors, D, Broman, J-E, Schiöth, H-B, and Benedict, C. "Two Hours of Evening Reading on a Self-Luminous Tablet vs. Reading a Physical Book Does Not Alter Sleep after Daytime Bright Light Exposure." *Sleep Medicine* 23 (2016): 111-18. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.016>.
- Riemann, D, Baglioni, C, Bassetti, C, Bjorvatn, B, Dolenc Groselj, L, Ellis, J-G, Espie, C-A et al. "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia." *Journal of Sleep Research* 26, no. 6 (2017): 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>.
- Riemann, D, and Perlis, M-L. "The Treatments of Chronic Insomnia: A Review of Benzodiazepine Receptor Agonists and Psychological and Behavioral Therapies." *Sleep Medicine Reviews* 13, no. 3 (June 2009): 205-14. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.06.001>.
- Rosenberg, R-P. "Sleep Maintenance Insomnia: Strengths and Weaknesses of Current Pharmacologic Therapies." *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 18, no. 1 (March 2006): 49-56. <https://doi.org/10.1080/10401230500464711>.
- Ruby, N-F, Brennan, T-J, Xie, X, Cao, V, Franken, P, Heller, H-C, and O'Hara, B-F. "Role of Melanopsin in Circadian Responses to Light." *Science (New York, N.Y.)* 298, no. 5601 (December 13, 2002): 2211-13. <https://doi.org/10.1126/science.1076701>.
- Sahin, L, and Figueiro, M-G. "Alerting Effects of Short-Wavelength (Blue) and Long-Wavelength (Red) Lights in the Afternoon." *Physiology & Behavior* 116-117 (May 27, 2013): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.03.014>.
- Scheer, F-A, Kalsbeek, A, and Buijs, R-M. "Cardiovascular Control by the Suprachiasmatic Nucleus: Neural and Neuroendocrine Mechanisms in Human and Rat." *Biological Chemistry* 384, no. 5 (May 2003): 697-709. <https://doi.org/10.1515/BC.2003.078>.
- Schutte-Rodin, S, Broch, L, Buysse, D, Dorsey, C, and Sateia, M. "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults." *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 4, no. 5 (October 15, 2008): 487-504.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook. SIGN. Edinburgh, 2015. <http://www.sign.ac.uk>.
- Shochat, T., J. Martin, M. Marler, and S. Ancoli-Israel. "Illumination Levels in Nursing Home Patients: Effects on Sleep and Activity Rhythms." *Journal of Sleep Research* 9, no. 4 (December 2000): 373-79.

- Stepanski, E-J., and Wyatt, J-K. "Use of Sleep Hygiene in the Treatment of Insomnia." *Sleep Medicine Reviews* 7, no. 3 (June 2003): 215–25.
- Stephenson, K-M., Schroder, C-M, Bertschy, G, and Bourgin, P. "Complex Interaction of Circadian and Non-Circadian Effects of Light on Mood: Shedding New Light on an Old Story." *Sleep Medicine Reviews* 16, no. 5 (October 2012): 445–54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.09.002>.
- Studer, P, Brucker, J-M, Haag, C, Van Doren, J, Moll, G-H, Heinrich, H, and Kratz, O. "Effects of Blue- and Red-Enriched Light on Attention and Sleep in Typically Developing Adolescents." *Physiology & Behavior* 199 (October 28, 2018): 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.10.015>.
- Suhner, A-G., Murphy, P-J, and Campbell, S-S. "Failure of Timed Bright Light Exposure to Alleviate Age-Related Sleep Maintenance Insomnia." *Journal of the American Geriatrics Society* 50, no. 4 (April 2002): 617–23.
- Tähkämö, L, Partonen, T and Pesonen, A-K. "Systematic Review of Light Exposure Impact on Human Circadian Rhythm." *Chronobiology International*, October 12, 2018, 1–20. <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1527773>.
- Terman, M, and Terman, J-S. "Light Therapy for Seasonal and Nonseasonal Depression: Efficacy, Protocol, Safety, and Side Effects." *CNS Spectrums* 10, no. 8 (August 2005): 647–63; quiz 672.
- Touitou, Y. "[Sleep Disorders and Hypnotic Agents: Medical, Social and Economical Impact]." *Annales Pharmaceutiques Françaises* 65, no. 4 (July 2007): 230–38.
- Tsai, J-W, Hannibal, J, Hagiwara, G, Colas, D, Ruppert, E, Ruby, N, Heller, H-C, Franken, P, and Bourgin, P. "Melanopsin as a Sleep Modulator: Circadian Gating of the Direct Effects of Light on Sleep and Altered Sleep Homeostasis in *Opn4(-/-)* Mice." *PLoS Biology* 7, no. 6 (June 9, 2009): e1000125. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1000125>.
- Tuunainen, A., D. F. Kripke, and T. Endo. "Light Therapy for Non-Seasonal Depression." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 2 (2004): CD004050. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004050.pub2>.
- Vandewalle, G, S Gais, M Schabus, E Baiteau, J Carrier, A Darsaud, V Sterpenich, G Albouy, D J Dijk, and Pierre Maquet. "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure." *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)* 17, no. 12 (December 2007): 2788–95. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm007>.
- Vandewalle, G, Baiteau, E, Phillips, C, Degueldre, C, Moreau, V, Sterpenich, V, Albouy, G et al. "Daytime Light Exposure Dynamically Enhances Brain Responses." *Current Biology: CB* 16, no. 16 (August 22, 2006): 1616–21. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2006.06.031>.
- Vandewalle, G, Schmidt, C, Albouy, G, Sterpenich, V, Darsaud, A, Rauchs, G, Berken, P-Y et al. "Brain Responses to Violet, Blue, and Green Monochromatic Light Exposures in Humans: Prominent Role of Blue Light and the Brainstem." *PloS One* 2, no. 11 (2007): e1247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001247>.
- Wirz-Justice, A, Terman, M, Dan A Oren, Frederick K Goodwin, Daniel F Kripke, Peter C Whybrow, Katherine L Wisner, et al. "Brightening Depression." *Science (New York, N.Y.)* 303, no. 5657 (January 23, 2004): 467–69. <https://doi.org/10.1126/science.303.5657.467c>.
- Youngstedt, S-D., Kripke, D-F, Elliott, J-A and Rex, K-M. "Circadian Phase-Shifting Effects of a Laboratory Environment: A Clinical Trial with Bright and Dim Light." *Journal of Circadian Rhythms* 3 (September 9, 2005): 11. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-3-11>.
- Zeitzer, J-M., Friedman, L, and Yesavage, J-A. "Effectiveness of Evening Phototherapy for Insomnia Is Reduced by Bright Daytime Light Exposure." *Sleep Medicine* 12, no. 8 (September 2011): 805–7. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.02.005>.

Zhang, Z, Wang, H-J, Wang,D-R, Qu,W-M, and Huang, Z-L. "Red Light at Intensities above 10 Lx Alters Sleep-Wake Behavior in Mice." *Light, Science & Applications* 6, no. 5 (May 2017): e16231. <https://doi.org/10.1038/lisa.2016.231>.

Conclusion

1 Réflexion sur la méthode générale de la thèse

Cette thèse repose sur un triptyque original : la médecine du sommeil et l'équipe de recherche qui s'y rattache, la médecine générale, dont la recherche est en cours de structuration, et les sciences humaines et sociales, qui permettent d'ouvrir un espace de réflexion sur la médecine et de déplacer le regard que nous portons sur notre pratique quotidienne.

S'appuyer sur ces trois disciplines comporte le risque de ne pas avoir une complète expertise dans ces champs, et de ne plus partager totalement l'identité de chacune. La médecine du sommeil est une discipline translationnelle, de la science fondamentale à l'homme malade, dont je privilégie de fait la partie humaine. En médecine générale, mon expertise dans le champ des troubles du sommeil fait que je ne porte plus complètement une approche de médecine générale sur ces questions. Ma manière de l'aborder peut alors paraître « surspécialisée », et dépassant le cadre habituel des médecins généralistes. Enfin, les sciences humaines et sociales, discipline que j'ai abordée initialement par le biais d'enseignements conjoints, était la plus à distance de mes compétences. J'en ai appris le vocabulaire et intégré les méthodes, sans pour autant y avoir développé une expertise disciplinaire pleine et entière.

Le tableau de ce triptyque peut paraître bancal, si l'on reste du point de vue des limites qu'il engendre. Mais si on déplace notre regard, nous pouvons aussi y voir une plus-value. La mise en inter-relation de ces trois disciplines était volontaire dès la construction du projet, en raison de la nature même de l'insomnie qui est, pour reprendre les mots des experts du rapport de l'Inserm « *un univers vaste et confus (...), catégorie transnosologique s'il en est* ». Le croisement de ces trois regards, je l'espère, permet d'éclairer quelque peu cette confusion. La médecine du sommeil apporte un socle théorique et scientifique indispensable pour traiter le sujet. La médecine générale lui permet de sortir de l'environnement nécessairement contrôlé et confiné de la recherche à l'hôpital et de l'aborder au plus près des conditions de vie quotidienne et ordinaire des patients. Enfin, les Sciences Humaines apportent une distanciation sur les phénomènes observés, et permet une lecture sociale de ce qui se joue dans la consultation, la prescription et, par exemple les injonctions paradoxales autour des médicaments. Elle cherche de l'intérieur de la pratique à décrire les rapports sociaux qui s'y jouent pour proposer une forme de sociologie « en » médecine. Alors qu'une sociologie extérieure et de l'extérieur « de » la médecine s'intéresse davantage aux rapports sociaux

qu'entretiennent le groupe professionnel des soignants entre eux, avec les patients, et avec le reste de la société⁵⁸

2 Résultats principaux

Nous avons abordé la question de l'insomnie chronique à partir du vécu personnel du médecin de son sommeil et de ses consultations. Il apparaît que leur santé mentale et leur environnement de travail conditionne la qualité de prise en charge des patients. L'enquête évaluant leur sommeil et leurs pratiques, et les entretiens qui l'ont suivi nous ont permis d'en saisir des mécanismes. Ces mécanismes peuvent s'apparenter à un cercle vicieux ou à un cercle vertueux. Leur charge de travail va impacter le temps qu'ils sont prêts à consacrer à la plainte d'insomnie de leur patient. Au-delà de la question du temps, cela va aussi influencer leur capacité à écouter et accompagner cette plainte. La pression mentale exercée par leur charge de travail ou certaines situations difficiles se répercute sur la qualité de leur sommeil, comme des facteurs précipitants de l'insomnie. Chacun va y répondre à la manière, selon l'attention qu'il y prête et l'importance qu'il accorde à son sommeil : recours aux somnifères, à l'alcool, négligence, ou au contraire adaptation avec des techniques d'hygiène de sommeil, de relaxation, ou de réorganisation de son travail. La réponse qu'ils y apportent transparaît dans leur manière d'aborder la plainte d'insomnie dans les consultations : les médecins qui déclarent prendre des somnifères les prescrivent aussi plus facilement que leurs confrères, alors que le fait d'être insomniaque n'est pas associé à la prescription de somnifère. Ces résultats sont aussi retrouvés dans les entretiens : on ne retrouve pas de lien entre le fait que le médecin généraliste souffre d'insomnie et l'empathie dont il fait preuve pour ses patients et le soin qu'il leur porte. Par contre, nous avons identifié un lien entre le soin qu'il apporte à son sommeil et la réponse thérapeutique qu'il propose aux patients. Ce qui ne remet pas en cause le professionnalisme dont ils font preuve dans la prise en charge de leurs patients.

L'étude observationnelle des consultations avec méthodologie mixte apporte à ce sujet des éléments explicatifs : la réponse thérapeutique des médecins semble davantage en rapport avec la conception qu'ils ont de leur du métier. Leur appétence pour les problématiques psycho-sociales va avoir une influence sur la prise en charge. Ce trait va être renforcé par leur interaction avec les patients : ils connaissent aussi leurs médecins, et en quelque sorte leur champ de compétence. Certains vont aussi choisir volontairement un

⁵⁸ Fainzang, *Médicaments et sociétés*; Vassy and Derbez, *Introduction à la sociologie de la santé*.

médecin ou un autre en fonction de la prise en charge souhaitée du problème, avec l'idée que les patients ressemblent à leur médecin, chose qui a été évalué sur certains critères sociaux (âge et sexe)⁵⁹, et qui apparaît intuitivement dans les écrits de médecins bloggeurs⁶⁰.

Les résultats déclaratifs des médecins sur le caractère difficile et chronophage des consultations apparaît vérifié par l'observation des consultations.

Comme nous l'avions vu dans les entretiens des médecins généralistes, aborder l'insomnie pendant la consultation demande un effort de la part du médecin, et sa prise en charge, en particulier non médicamenteuse, reste une démarche volontaire. Les résultats des observations de consultation que nous avons réalisées le confirment, simplement au travers de la durée de ces consultations : elles sont plus longues que les autres consultations, et encore plus lorsqu'il n'y a pas de prescription de somnifères.

Ici nous souhaiterions revenir sur une limite des études déclaratives, que ce soit par enquête quantitative ou par entretiens qualitatifs : les études basées sur des éléments déclaratifs sont toujours à interpréter avec précaution en raison du risque de biais de déclaration, que ce soit pour des raisons de biais de rappel ou de désirabilité. Nous avons pu constater grâce à notre étude observationnelle des consultations de médecine générale que les résultats déclaratifs étaient congruents avec ces observations. Cela renforce donc la fiabilité que nous pouvons avoir dans ces résultats.

Le résultat qui nous apparaît le plus marquant de notre étude observationnelle l'effet du déroulement temporel de la consultation sur la prise en charge, et les profils de patients qui s'y rattachent. Cette temporalité semble dérouler, en accéléré, l'histoire de son insomnie chronique pour le patient. Schématiquement, lorsqu'il est jeune et en bonne santé, c'est un sujet de préoccupation important et il est motivé pour trouver une solution, ce qui s'effrite avec les années de vécu d'insomnie. Il apparaît alors que l'insomnie, toute chronique qu'elle soit, n'est pas la même à quelques mois d'évolution et après plusieurs années, voire décennies.

Tout en restant sur la question de la temporalité, je souhaite ouvrir ici une parenthèse réflexive sur la temporalité de cette thèse. Le travail sur le sommeil des médecins a logiquement été fait avec un regard subjectif. J'avais la notion de la neutralité du chercheur, et de l'absence de jugement. Au cours de ce travail, j'ai pris conscience de mes a priori, et surtout de la difficulté à se défaire de mes propres jugements. Mes

⁵⁹ Favier, "Quels patients pour quels médecins ?"

⁶⁰ JADDO, "Un Train En Marche."

activités, cliniques et facultaires ont eu comme conséquence que ma thèse a avancé de manière cyclique, reprenant parfois l'analyse des données à intervalle de plusieurs mois ce qui a produit au bout du compte une forme de réflexivité propre. Cette distanciation temporelle cyclique, ajoutée à la distanciation à travers les deux piliers que sont la médecine spécialisée du sommeil et les SHS a permis de d'élaborer ma réflexion dans un entre deux multiple. En particulier, je pense que l'analyse proposée sur la temporalité de la consultation n'aurait pas été possible sans ces décalages et déplacements qui ont permis de dépasser le jugement, et la tendance acquise pendant ma formation médicale à pointer d'abord les défauts.

La notion de temporalité de la consultation se retrouve aussi dans le discours des médecins concernant leurs patients insomniaques : autant ils sont motivés pour trouver des solutions, et des alternatives thérapeutiques pour leurs jeunes patients, autant avec l'avancée en âge ils lâchent prise, remettant le sevrage à « plus tard » voire à « la fin ». Cela fait écho à l'effet générationnel observé autant chez les médecins que chez les patients. Les propositions thérapeutiques faites actuellement aux « jeunes insomniaques » ne sont pas identiques à celles faites il y a quelques décennies. Il est donc aussi probable que le regard que porteront les insomniaques vieillissant sur l'insomnie et le médicament ne sera pas le même que l'actuelle « *génération Témesta®* » dont parlaient les médecins interviewés. Les chiffres de prescriptions de somnifères des médecins généralistes sont évalués de près par l'assurance maladie au travers les ROSP. Il serait intéressant d'évaluer cet effet générationnel (la génération Témesta® espoir contre la génération Témesta® dégat) de manière prospective, et il est possible que des effets positifs des actions de santé publiques mises en évidence par les chiffres de remboursement ou de vente de médicament reflète en partie ce changement de génération.

Nous avons vu que les consultations problématiques en terme de prescription, et principalement en terme de renouvellement d'hypnotiques sont celles où la plainte de sommeil apparaît en fin de consultation, voire pas du tout. L'ordonnance médicamenteuse a une place très prégnante dans la relation de soins en France⁶¹. Il a une symbolique d'objet d'échange, une trace matérialisant du service rendu et en train de se faire. Elle peut aussi justifier du point de vue du patient et du médecin que la consultation ait eu lieu. A cet endroit, l'agenda du sommeil pourrait se substituer symboliquement à l'ordonnance médicamenteuse de fin de consultation, devenant l'objet d'échange que le patient ramène chez lui. En remettant un tel outil à son patient, le médecin établit un contrat de soin où il attend un retour du patient, sous la forme d'un agenda

⁶¹ Fainzang, *Médicaments et sociétés*; Fainzang, *Les médicaments*.

complété. Cette contractualisation va dans le sens d'un empowerment du patient : l'agenda l'aide à en prendre conscience de ses troubles, tout en étant auteur de ce qu'il inscrit dans son relevé. Cela rend cette technologie de papier non aliénant, car non perçu comme objectivant le sujet le transformant en un objet de mesure⁶².

L'agenda du sommeil est donc un outil potentiellement intéressant pour le médecin généraliste et les patients motivés, à la condition que l'outil soit facile à compléter et bien compris par les deux partis. L'appropriation de l'outil par le patient, mais aussi probablement par le médecin est une condition pour l'intégrer dans une pratique courante. Cette appropriation est plus facile chez les insomniaques qui en perçoivent l'intérêt, et lorsque la remise de l'agenda est associée à des explications, tant sur la manière de le remplir que sur son objectif. Le développement de versions numériques facilitant le remplissage mais aussi son interprétation par le médecin et le patient est probablement un élément critique pour en faire un instrument de routine.

Enfin, cet outil s'inscrit aussi dans une temporalité propre à ce temps d'évaluation de l'insomnie par l'agenda : il nécessite un remplissage sur une à plusieurs semaines, ce qui sur la ligne de temporalité aboutit à une consultation dédiée.

Il apparaît que proposer une consultation dédiée à l'insomnie est une réponse certes intéressante et à favoriser pour éviter la chronicisation de l'insomnie et de la prescription de somnifères. Cependant, au vu des profils généraux observés selon le déroulement temporel de la consultation, ces situations ne sont pas interchangeables. Cette réponse, si elle doit être tentée, ne permettra probablement de faire bouger les lignes que dans certains cas.

Parmi les alternatives non médicamenteuses pour traiter l'insomnie, la luminothérapie remplit des conditions intéressantes, au moins théoriquement : un effet circadien, un possible renforcement des périodes de sommeil, et un effet éveillant la journée, ce qui en fait quasiment le seul traitement qui permet de traiter à la fois l'aspect nocturne et ses conséquences diurnes. Cependant il ne semble pas être un traitement qu'on peut envisager comme unique, mais plutôt complémentaire ; il nécessite aussi une certaine rigueur en terme d'hygiène de sommeil, d'horaire d'application. Enfin, c'est un traitement prometteur, mais dont l'effet et les indications restent à préciser, et les paramètres d'utilisation de la luminothérapie sont encore à affiner, en terme de période, de durée, d'intensité et de spectre lumineux.

⁶² Fainzang, *Médicaments et sociétés*.

L'exposition à la lumière est à la fois un sujet pointu de neuroscience, qui en est à ses débuts, et un élément on ne peut plus quotidien de la vie, les sujets étant parfois sous-exposés à la lumière naturelle, à d'autres moments sur-exposés à la lumière artificielle des écrans. En cela, c'est donc aussi pleinement de l'ordre de la médecine générale. L'évaluation du patient dans son environnement paraît bien comme une nécessité. Une étude sur une large population d'insomniaques, en conditions de vie réelle, est financée et va bientôt débiter, en espérant commencer à apporter des réponses à toutes les questions qui restent en suspens pour cette thérapie.

Le triptyque sur lequel nous nous sommes appuyés dans cette thèse a permis de dépasser les chiffres qui conditionnent en partie notre raisonnement face à l'insomnie. Le nombre de boîtes de médicaments, le temps de consultation, le nombre d'arrêts de travail... ne sont que la partie émergée de l'iceberg insomnie, celle qu'on chiffre. Ces chiffres peuvent figer le cadre d'analyse prématurément ou unilatéralement et faire obstacle à une analyse plus fine du problème. Pour accéder à la partie immergée, il nous faut plonger l'enquête au cœur de l'interaction entre le médecin et le patient : la consultation. Les méthodes de recherche qualitative apportent des instruments adaptés à ce type d'exploration.

L'insomnie est un phénomène plainte-trouble-maladie emblématique de la médecine générale. Elle recoupe la plupart des caractéristiques de la discipline définie par la WONCA en 2002⁶³ : le premier recours, l'approche holistique, centrée sur la personne, la responsabilité communautaire et de santé publique, la démarche décisionnelle qui nécessite parfois de recourir à des disciplines spécifiques, ici la médecine du sommeil, d'en intégrer les notions transposables à ses patients, dans leur contexte de vie familiale et sociale, et de garder un regard qui dépasse le champ médical, s'inspirant alors des sciences humaines.

Les recherches épidémiologiques, quantitatives, sont indispensables pour prendre la mesure de problèmes de santé. Pourtant, elles suffisent rarement à expliquer les phénomènes mesurés. Une recherche qualitative conduite avec rigueur sur une population choisie intentionnellement peut recueillir et comparer les points de vue de différents acteurs. Cette mise en perspective permet d'identifier les points de désaccord ou de friction. Au-delà de l'injonction répétée et connue à « prescrire moins », aussi peu efficace que celle d'arrêter de fumer pour un fumeur, cette étude apporte des réponses au « quand, comment et

⁶³ WONCA EUROPE, "Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste."

pourquoi on prescrit ou non », et ouvre quelques perspectives de réflexion pour changer les pratiques.

Multiplier les outils de la recherche clinique peut nous aider à éviter le lieu commun de naufrage moral que serait le simple constat de la surprescription et la surconsommation. Multiplier les méthodes nous aide à sonder de différentes manières les questions médicales complexes, et à naviguer plus sereinement au milieu d'insomnies dont on connaît mieux les contours.⁶⁴

⁶⁴ Chambe, "Editorial. Icebergs."

Bibliographie

- Akyar, I, and N Akdemir. "The Effect of Light Therapy on the Sleep Quality of the Elderly: An Intervention Study." *Australian Journal of Advanced Nursing* 13, no. 2 (2013): 31–38.
- Allain, H, Bentué-Ferrer, D, Polard, E, Akwa, Y, and Patat, A. "Postural Instability and Consequent Falls and Hip Fractures Associated with Use of Hypnotics in the Elderly: A Comparative Review." *Drugs & Aging* 22, no. 9 (2005): 749–65.
- Altena, E, Van Der Werf, Y-D, Rob L. M. Strijers, and Eus J. W. Van Someren. "Sleep Loss Affects Vigilance: Effects of Chronic Insomnia and Sleep Therapy." *Journal of Sleep Research* 17, no. 3 (September 2008): 335–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00671.x>.
- American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. Third Edition. Darien, IL, USA: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM))*. Washington DC, USA: American Psychiatric Association, 2013.
- ANSM. "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France." ANSM, décembre 2013. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3e06749ae5a50cb7ae80fb655de103a.pdf.
- . "État Des Lieux de La Consommation Des Benzodiazépines En France," Avril 2017. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaf04713f0c280862555db0c8.pdf.
- . Mise en garde, à destination des professionnels de santé et associations de prévention de drogues pour jeunes. "Usage détourné des médicaments anti tussifs et antihistaminiques chez les adolescents et jeunes adultes." Mise en garde, à destination des professionnels de santé et associations de prévention de drogues pour jeunes, 2016. https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80027bcf97abdb611490a158fab2b781.pdf.
- Appleton, K, A House, and A Dowell. "A Survey of Job Satisfaction, Sources of Stress and Psychological Symptoms among General Practitioners in Leeds." *The British Journal of General Practice* 48, no. 428 (March 1998): 1059–63.
- Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale (n.d.). Accessed November 7, 2019.
- Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite (n.d.). Accessed November 15, 2019.
- Arrêté du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes (n.d.). Accessed November 15, 2019.
- Assurance Maladie. "La Convention Nationale 2016-2021 Entre Les Médecins Libéraux et l'assurance Maladie. Synthèse," 2016. https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf.
- Badia, P, B Myers, M Boecker, J Culpepper, and J R Harsh. "Bright Light Effects on Body Temperature, Alertness, EEG and Behavior." *Physiology & Behavior* 50, no. 3 (September 1991): 583–88.
- Baillargeon, L., M. Demers, and R. Ladouceur. "Stimulus-Control: Nonpharmacologic Treatment for Insomnia." *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien* 44 (January 1998): 73–79.

- Bajaj, A, Rosner, B, Steven W. Lockley, and Eva S. Schernhammer. "Validation of a Light Questionnaire with Real-Life Photopic Illuminance Measurements: The Harvard Light Exposure Assessment Questionnaire." *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 20, no. 7 (July 2011): 1341–49. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0204>.
- Ban, H-J, Cheol Kim,C, Jungmin Seo, Ho-Bum Kang, and Jung Kyoon Choi. "Genetic and Metabolic Characterization of Insomnia." *PloS One* 6, no. 4 (2011): e18455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018455>.
- Bastien, C. H., A. Vallières, and C. M. Morin. "Validation of the Insomnia Severity Index as an Outcome Measure for Insomnia Research." *Sleep Medicine* 2, no. 4 (July 2001): 297–307.
- Beaton, G, and Moree, W-J. "The Expanding Role of H1 Antihistamines: A Patent Survey of Selective and Dual Activity Compounds 2005-2010." *Expert Opinion on Therapeutic Patents* 20, no. 9 (September 2010): 1197–1218. <https://doi.org/10.1517/13543776.2010.510516>.
- Beaud, S. "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique»." *Politix. Revue des sciences sociales du politique* 9, no. 35 (1996): 226–57. <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966>.
- Beck, F, Richard, J-B and Léger, D. "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." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, no. 44–45 (2012): 497–501.
- Bjorvatn, B, Meland, E, Flo, E, and Mildestvedt, T. "High Prevalence of Insomnia and Hypnotic Use in Patients Visiting Their General Practitioner." *Family Practice* 34, no. 1 (February 2017): 20–24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw107>.
- Bloy, G, and Rigal, L. "General Practitioners' Relationship with Preventive Knowledge: A Qualitative Study." *Australian Journal of Primary Health* 22, no. 5 (November 2016): 394–402. <https://doi.org/10.1071/PY14133>.
- Bolge, S-C., Joish, V-N, Rajesh Balkrishnan, Hema Kannan, and Christopher L. Drake. "Burden of Chronic Sleep Maintenance Insomnia Characterized by Nighttime Awakenings." *Population Health Management* 13, no. 1 (February 2010): 15–20. <https://doi.org/10.1089/pop.2009.0028>.
- Bootzin, R-R. "Stimulus Control Treatment for Insomnia: (465522008-198)," 1973. <http://doi.apa.org/getpe-doi.cfm?doi=10.1037/e465522008-198>.
- Borbély, A. A. "A Two Process Model of Sleep Regulation." *Human Neurobiology* 1, no. 3 (1982): 195–204.
- Boubekri, M, Cheung, Y-N, Reid, K-J Chia-Hui Wang, and Phyllis C. Zee. "Impact of Windows and Daylight Exposure on Overall Health and Sleep Quality of Office Workers: A Case-Control Pilot Study." *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 10, no. 6 (June 15, 2014): 603–11. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3780>.
- Bourgeois-Jacquet. "Le sommeil du médecin généraliste: Comment son propre vécu influence-t-il sa perception de l'insomnie et sa pratique ? Étude qualitative auprès de 24 généralistes alsaciens non insomniaques." Thèse d'exercice, Université de Strasbourg. Faculté de médecine, 2014.
- Bourgin, P, and Hubbard, J. "Alerting or Somnogenic Light: Pick Your Color." *PLoS Biology* 14, no. 8 (2016): e2000111. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2000111>.
- Brandt, J, and Leong, C. "Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research." *Drugs in R&D* 17, no. 4 (December 2017): 493–507. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>.

- Briot, M. "Le Bon Usage Des Médicaments Psychotropes". Rapport N°422 (2005-2006), Fait Au Nom de l'Office Parlementaire d'évaluation Des Politiques de Santé., 2006. <http://www.senat.fr/rap/r05-422/r05-422.html>.
- Brooks, S, Jacobs, G-E, Peter de Boer, Justine M. Kent, Luc Van Nueten, Guido van Amerongen, Rob Zuiker, et al. "The Selective Orexin-2 Receptor Antagonist Seltorexant Improves Sleep: An Exploratory Double-Blind, Placebo Controlled, Crossover Study in Antidepressant-Treated Major Depressive Disorder Patients with Persistent Insomnia." *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)* 33, no. 2 (February 2019): 202-9. <https://doi.org/10.1177/0269881118822258>.
- Brouwer, A., H.-T. Nguyen, F. J. Snoek, D. H. van Raalte, A. T. F. Beekman, A. C. Moll, and M. A. Bremmer. "Light Therapy: Is It Safe for the Eyes?" *Acta Psychiatrica Scandinavica* 136, no. 6 (December 2017): 534-48. <https://doi.org/10.1111/acps.12785>.
- Burkhalter, H, Wirz-Justice, A Kris Denhaerynck, Thomas Fehr, Jürg Steiger, Reto Martin Venzin, Cajochen, C, Terri Elisabeth Weaver, and De Geest, S. "The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Circadian Rhythms in Renal Transplant Recipients: A Pilot Randomized, Multicentre Wait-List Controlled Trial." *Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation* 28, no. 1 (January 2015): 59-70. <https://doi.org/10.1111/tri.12443>.
- Buysse, D. J., C. F. Reynolds, T. H. Monk, S. R. Berman, and D. J. Kupfer. "The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research." *Psychiatry Research* 28, no. 2 (May 1989): 193-213.
- Buysse, D-J. "Insomnia." *JAMA* 309, no. 7 (February 20, 2013): 706-16. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.193>.
- Buysse, D-J., Angst, J, Gamma, A, Vladeta Ajdacic, Dominique Eich, and Wulf Rössler. "Prevalence, Course, and Comorbidity of Insomnia and Depression in Young Adults." *Sleep* 31, no. 4 (April 2008): 473-80.
- Buysse, D-J., Charles F. Reynolds, David J. Kupfer, Michael J. Thorpy, and et al. "Clinical Diagnoses in 216 Insomnia Patients Using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 Categories: A Report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial." *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine* 17, no. 7 (1994): 630-37.
- Cajochen, C, Mirjam Münch, Szymon Kobialka, Kurt Kräuchi, Roland Steiner, Peter Oelhafen, Selim Orgül, and Anna Wirz-Justice. "High Sensitivity of Human Melatonin, Alertness, Thermoregulation, and Heart Rate to Short Wavelength Light." *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90, no. 3 (March 2005): 1311-16. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0957>.
- Campbell, S. S., D. Dawson, and M. W. Anderson. "Alleviation of Sleep Maintenance Insomnia with Timed Exposure to Bright Light." *Journal of the American Geriatrics Society* 41, no. 8 (August 1993): 829-36.
- Campbell, S-S., and Dawson, D. "Bright Light Treatment of Sleep Disturbance in Older Subjects." *Sleep Research* 20 (1991): 448.
- Casati, A, Sedefov, R and Pfeiffer-Gerschel, T. "Misuse of Medicines in the European Union: A Systematic Review of the Literature." *European Addiction Research* 18, no. 5 (2012): 228-45. <https://doi.org/10.1159/000337028>.
- Cathébras, P, Begon, A, Sylvvy Laporte, Christophe Bois, and Didier Truchot. "[Burn out among French general practitioners]." *Presse Medicale (Paris, France: 1983)* 33, no. 22 (December 18, 2004): 1569-74.
- Chabrol, H, and Callahan, S. *Mécanismes de défense et coping*, 2018.
- Chambe, J. "Editorial. Icebergs." *exercer, la revue francophone de Médecine Générale*, no. 130 (fev 2017): 51.

- Chambe, J, Dumas, C, Kilic-Huck, U, Montigneaut, L, and Rougerie, F. "Prendre En Charge l'insomnie Chronique En Médecine Générale Première Partie : Démarche Diagnostique et Évaluation." *Exercer* 121 (2015): 217–26.
- Chambe, J, Kilic-Huck, U, Rougerie, F, and Dumas, C. "Prendre En Charge l'insomnie Chronique En Médecine Générale Deuxième Partie : Démarche Thérapeutique." *Exercer* 122 (2015): 256–66.
- Chamine, I, Atchley, R, and Barry S. Oken. "Hypnosis Intervention Effects on Sleep Outcomes: A Systematic Review." *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 14, no. 2 (15 2018): 271–83. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6952>.
- Chan-Chee, C., V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, and D. Leger. "[Epidemiology of insomnia in France]." *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique* 59, no. 6 (December 2011): 409–22. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.05.005>.
- Chellappa, S- L., Steiner, R Peter Oelhafen, Dieter Lang, Thomas Götz, Julia Krebs, and Christian Cajochen. "Acute Exposure to Evening Blue-Enriched Light Impacts on Human Sleep." *Journal of Sleep Research* 22, no. 5 (October 2013): 573–80. <https://doi.org/10.1111/jsr.12050>.
- Chen, P-H, Hung-Yu Kuo, and Ke-Hsin Chueh. "Sleep Hygiene Education: Efficacy on Sleep Quality in Working Women." *The Journal of Nursing Research: JNR* 18, no. 4 (December 2010): 283–89. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181f3e3fd>.
- Cheuk, Daniel KL, Wing-Fai Yeung, Kf Chung, and Virginia Wong. "Acupuncture for Insomnia." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, edited by The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005472.pub3>.
- Coleman, R. M., H. P. Roffwarg, S. J. Kennedy, C. Guilleminault, J. Cinque, M. A. Cohn, I. Karacan, et al. "Sleep-Wake Disorders Based on a Polysomnographic Diagnosis. A National Cooperative Study." *JAMA* 247, no. 7 (February 19, 1982): 997–1003.
- Commission de la transparence. "Réévaluation Du Service Médical Rendu Des Benzodiazépines Hypnotiques et Apparentés à La Demande de La Commission, En Application de l'article R-163-21 Du Code de La Sécurité Sociale." Avis. Haute Autorité de Santé, juin 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/stilnox_reeval_ri_avis1_ct11444_ct13218.pdf.
- Constand, M-K, MacDermid, J-C, Vanina Dal Bello-Haas, and Mary Law. "Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare." *BMC Health Services Research* 14 (June 19, 2014): 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
- Cooke, K. M., M. A. Kreydatus, A. Atherton, and E. B. Thoman. "The Effects of Evening Light Exposure on the Sleep of Elderly Women Expressing Sleep Complaints." *Journal of Behavioral Medicine* 21, no. 1 (February 1998): 103–14.
- Cooper, K-L., and Relton, C. "Homeopathy for Insomnia: A Systematic Review of Research Evidence." *Sleep Medicine Reviews* 14, no. 5 (October 2010): 329–37. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.11.005>.
- Covassin, N, de Zambotti, M, Michela Sarlo, Giuliano De Min Tona, Simone Sarasso, and Luciano Stegagno. "Cognitive Performance and Cardiovascular Markers of Hyperarousal in Primary Insomnia." *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology* 80, no. 1 (April 2011): 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.02.005>.
- Crowley, S- J., and Eastman, C-I. "Phase Advancing Human Circadian Rhythms with Morning Bright Light, Afternoon Melatonin, and Gradually Shifted Sleep: Can We Reduce Morning Bright-Light Duration?" *Sleep Medicine* 16, no. 2 (February 2015): 288–97. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.004>.
- Czeisler, C A, T L Shanahan, E B Klerman, H Martens, D J Brotman, J S Emens, T Klein, and J F, 3rd Rizzo. "Suppression of Melatonin Secretion in Some Blind Patients by Exposure to Bright Light." *The New*

- England Journal of Medicine* 332, no. 1 (January 5, 1995): 6–11. <https://doi.org/10.1056/NEJM199501053320102>.
- Daley, M, Morin, C-M Mélanie LeBlanc, Jean-Pierre Grégoire, and Josée Savard. "The Economic Burden of Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers." *Sleep* 32, no. 1 (January 2009): 55–64.
- Davidson, J-R., Dickson, C, and Han Han. "Cognitive Behavioural Treatment for Insomnia in Primary Care: A Systematic Review of Sleep Outcomes." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 69, no. 686 (September 2019): e657–64. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X705065>.
- Davy, Z, Middlemass, J, and Aloysius N. Siriwardena. "Patients' and Clinicians' Experiences and Perceptions of the Primary Care Management of Insomnia: Qualitative Study." *Health Expectations* 18, no. 5 (October 1, 2015): 1371–83. <https://doi.org/10.1111/hex.12119>.
- Djulgovic, B, and Guyatt, G-H. "Progress in Evidence-Based Medicine: A Quarter Century On." *Lancet (London, England)* 390, no. 10092 (22 2017): 415–23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6).
- Dorsey, C. M., and R. R. Bootzin. "Subjective and Psychophysiologic Insomnia: An Examination of Sleep Tendency and Personality." *Biological Psychiatry* 41, no. 2 (January 15, 1997): 209–16. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00659-1](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00659-1).
- Dusmesnil, H, Saliba-Serre, B, Jean-Claude Régi, Yves Leopold, and Pierre Verger. "Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants." *Santé Publique* 21, no. 4 (n.d.): 355–64.
- Edinger, J. D., and W. K. Wohlgemuth. "Psychometric Comparisons of the Standard and Abbreviated DBAS-10 Versions of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire." *Sleep Medicine* 2, no. 6 (November 2001): 493–500.
- Espie, C-A., Broomfield, N-M, Kenneth M. A. MacMahon, Lauren M. Macphee, and Lynne M. Taylor. "The Attention-Intention-Effort Pathway in the Development of Psychophysiologic Insomnia: A Theoretical Review." *Sleep Medicine Reviews* 10, no. 4 (August 2006): 215–45. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2006.03.002>.
- Even, C, Schröder, C-M, Friedman, S, and Rouillon, F. "Efficacy of Light Therapy in Nonseasonal Depression: A Systematic Review." *Journal of Affective Disorders* 108, no. 1–2 (May 2008): 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.008>.
- Fainzang, S. *Les médicaments: des prescriptions aux usages*. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2002.
- . *Médicaments et sociétés: le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF, 2005.
- Falbe, J, Davison, K-K Rebecca L. Franckle, Claudia Ganter, Steven L. Gortmaker, Lauren Smith, Thomas Land, and Elsie M. Taveras. "Sleep Duration, Restfulness, and Screens in the Sleep Environment." *Pediatrics*, January 5, 2015, peds.2014-2306. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2306>.
- Favier, C. "Quels patients pour quels médecins?: étude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée." Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2014.
- Ferracioli-Oda, E, Ahmad Qawasmi, and Michael H. Bloch. "Meta-Analysis: Melatonin for the Treatment of Primary Sleep Disorders." *PLoS One* 8, no. 5 (2013): e63773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063773>.
- Fetveit, A. "Late-Life Insomnia: A Review." *Geriatrics & Gerontology International* 9, no. 3 (September 2009): 220–34. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00537.x>.

- Figueiro, M-G. "Delayed Sleep Phase Disorder: Clinical Perspective with a Focus on Light Therapy." *Nature and Science of Sleep* 8 (2016): 91–106. <https://doi.org/10.2147/NSS.S85849>.
- Figueiro, M-G, Andrew Bierman, Barbara Plitnick, and Mark S Rea. "Preliminary Evidence That Both Blue and Red Light Can Induce Alertness at Night." *BMC Neuroscience* 10 (August 27, 2009): 105. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-10-105>.
- Figueiro, M-G., Levent Sahin, Charles Roohan, Michael Kalsher, Barbara Plitnick, and Mark S. Rea. "Effects of Red Light on Sleep Inertia." *Nature and Science of Sleep* 11 (2019): 45–57. <https://doi.org/10.2147/NSS.S195563>.
- Friedman, L, Adam P. Spira, Beatriz Hernandez, Christina Mather, Javaid Sheikh, Sonia Ancoli-Israel, Jerome A. Yesavage, and Jamie M. Zeitzer. "Brief Morning Light Treatment for Sleep/Wake Disturbances in Older Memory-Impaired Individuals and Their Caregivers." *Sleep Medicine* 13, no. 5 (May 2012): 546–49. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.11.013>.
- Friedman, L, Jamie M. Zeitzer, Clete Kushida, Irina Zhdanova, Art Noda, Tina Lee, Bret Schneider, Christian Guilleminault, Javaid Sheikh, and Jerome A. Yesavage. "Scheduled Bright Light for Treatment of Insomnia in Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society* 57, no. 3 (March 2009): 441–52. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02164.x>.
- Gaboreau, Y, Pricaz, F, Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou, and Patrick Imbert. "Consensus, Controverses et Dissensions Entre Médecins Généralistes et Patients Autour de l'insomnie Chronique Primaire." *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*, no. 130 (2017): 52–59.
- Garland, S. N., J. A. Johnson, L. E. Carlson, N. Rodriguez, J. Savard, and T. Campbell. "0864 A Randomized Controlled Trial of Light Therapy for Insomnia Symptoms in Fatigued Cancer Survivors." *Sleep* 41, no. suppl_1 (April 27, 2018): A321–A321. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy061.863>.
- Geiger-Brown, J-M., Valerie E. Rogers, Wen Liu, Emilie M. Ludeman, Katherine D. Downton, and Montserrat Diaz-Abad. "Cognitive Behavioral Therapy in Persons with Comorbid Insomnia: A Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 23 (October 2015): 54–67. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.11.007>.
- Geijlswijk, I-M. van, Hubert P. L. M. Korzilius, and Marcel G. Smits. "The Use of Exogenous Melatonin in Delayed Sleep Phase Disorder: A Meta-Analysis." *Sleep* 33, no. 12 (December 2010): 1605–14.
- Geyer, J-D., Kenneth L. Lichstein, Megan E. Ruitter, L. Charles Ward, Paul R. Carney, and Stephenie C. Dillard. "Sleep Education for Paradoxical Insomnia." *Behavioral Sleep Medicine* 9, no. 4 (September 30, 2011): 266–72. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.607022>.
- Glass, J, Krista L. Lanctôt, Nathan Herrmann, Beth A. Sproule, and Usoa E. Busto. "Sedative Hypnotics in Older People with Insomnia: Meta-Analysis of Risks and Benefits." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 331, no. 7526 (November 19, 2005): 1169. <https://doi.org/10.1136/bmj.38623.768588.47>.
- Glickman, G, Brenda Byrne, Carissa Pineda, Walter W. Hauck, and George C. Brainard. "Light Therapy for Seasonal Affective Disorder with Blue Narrow-Band Light-Emitting Diodes (LEDs)." *Biological Psychiatry* 59, no. 6 (March 15, 2006): 502–7. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.07.006>.
- Gomet, R. "L'agenda du sommeil: quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes ambulatoires ?" Thèse d'exercice, UPEC. Faculté de médecine, 2014.
- Gomet, R, and Sandrine B. *L'agenda du sommeil: quelle place dans la prise en charge de l'insomnie par les médecins généralistes ambulatoires ?* Créteil, France: Université Paris-Est Créteil, 2014.
- Gooley, J-J, Jun Lu, Dietmar Fischer, and Clifford B Saper. "A Broad Role for Melanopsin in Nonvisual Photoreception." *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 23, no. 18 (August 6, 2003): 7093–7106.
- Gottlieb, D-J., Naresh M. Punjabi, Ann B. Newman, Helaine E. Resnick, Susan Redline, Carol M. Baldwin, and F. Javier Nieto. "Association of Sleep Time with Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance."

- Archives of Internal Medicine* 165, no. 8 (April 25, 2005): 863–67. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.8.863>.
- Gøtzsche, P-C. "Lessons from and Cautions about Noninferiority and Equivalence Randomized Trials." *JAMA* 295, no. 10 (March 8, 2006): 1172–74. <https://doi.org/10.1001/jama.295.10.1172>.
- Gourier-Féry, C, Chan-Chee, C and Léger, D. "Insomnie, Fatigue et Somnolence : Prévalence et État de Santé Associé, Déclarés Par Les plus de 16 Ans En France Métropolitaine. Données ESPS 2008." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, no. 44–45 (2012): 502–9.
- Guay, B, and Morin, C-M. "L'insomnie : Quoi de Neuf Dans Le DSM-5?" 49, no. 9 (2014): 33–37.
- Guilleminault, C., A. Clerk, J. Black, M. Labanowski, R. Pelayo, and D. Claman. "Nondrug Treatment Trials in Psychophysiological Insomnia." *Archives of Internal Medicine* 155, no. 8 (April 24, 1995): 838–44.
- Güler, S, Caylan, A, F. Nesrin Turan, Nezih Dağdeviren, and Yahya Çelik. "The Prevalence of Restless Legs Syndrome in Edirne and Its Districts Concomitant Comorbid Conditions and Secondary Complications." *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, May 20, 2015. <https://doi.org/10.1007/s10072-015-2254-6>.
- Gunja, N. "The Clinical and Forensic Toxicology of Z-Drugs." *Journal of Medical Toxicology: Official Journal of the American College of Medical Toxicology* 9, no. 2 (June 2013): 155–62. <https://doi.org/10.1007/s13181-013-0292-0>.
- H. Bastuji, and M. Jouvet. "Intérêt de l'agenda de Sommeil Pour l'étude Des Troubles de La Vigilance." *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, no. 60 (n.d.): 299–305.
- Hansen, T., T. Bratlid, O. Lingjærde, and T. Brenn. "Midwinter Insomnia in the Subarctic Region: Evening Levels of Serum Melatonin and Cortisol before and after Treatment with Bright Artificial Light." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, no. 4 (April 1987): 428–34.
- Hartling, L, Hamm, M, Milne, A, Vandermeer, B, Santaguida, P-L, Ansari, M, Tsertsvadze, A, Hempel, S, Shekelle, P, and Dryden, D-M. *Validity and Inter-Rater Reliability Testing of Quality Assessment Instruments*. AHRQ Methods for Effective Health Care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92293/>.
- Hartling, L, Hamm, M, Milne, A, Vandermeer, B, Santaguida, P-L, Ansari, M, Tsertsvadze, A, Hempel, S, Shekelle, P, and Dryden, D-M. "Testing the Risk of Bias Tool Showed Low Reliability between Individual Reviewers and across Consensus Assessments of Reviewer Pairs." *Journal of Clinical Epidemiology* 66, no. 9 (September 2013): 973–81. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.07.005>.
- Harvey, A. G. "A Cognitive Model of Insomnia." *Behaviour Research and Therapy* 40, no. 8 (August 2002): 869–93.
- "Haute Autorité de Santé - Quelle Place Pour La Mélatonine (Circadin®) Dans Le Traitement de l'insomnie ? - Fiche BUM." Accessed October 19, 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439922/fr/quelle-place-pour-la-melatonine-circadin-dans-le-traitement-de-l-insomnie-fiche-bum.
- Haute Autorité de Santé, and SFTG. "Recommandations Pour La Pratique Clinique. Prise En Charge Du Patient Adule Se Plaignant d'insomnie En Médecine Générale," 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf.
- Higgins, J-P-T, and S Green. "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0." The Cochrane Collaboration, 2011. Available from <http://handbook.cochrane.org>.
- Higgins, J-P-T., Douglas G. Altman, Peter C. Gøtzsche, Peter Jüni, David Moher, Andrew D. Oxman, Jelena Savovic, et al. "The Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 343 (October 18, 2011): d5928.

- Hiller, R-M., Johnston, A, Hayley Dohnt, Nicole Lovato, and Michael Gradisar. "Assessing Cognitive Processes Related to Insomnia: A Review and Measurement Guide for Harvey's Cognitive Model for the Maintenance of Insomnia." *Sleep Medicine Reviews* 23 (October 2015): 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.11.006>.
- Ho, S-C, Thomas Kwok Shing Wong, Pak Lai Tang, and Samantha Mei Che Pang. "Nonpharmacologic Sleep Promotion: Bright Light Exposure." *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 8, no. 3 (August 2002): 130–35.
- Ho, S-C. *Sleep Regulation in Old People: The Role of Bright Light and Melatonin*. Doctoral dissertation. Hong Kong Polytechnic University, 2001.
- Hubbard, J, Ruppert, E, Gropp, C-M and Bourgin, P. "Non-Circadian Direct Effects of Light on Sleep and Alertness: Lessons from Transgenic Mouse Models." *Sleep Medicine Reviews* 17, no. 6 (December 2013): 445–52. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.12.004>.
- Hubbard, J, Ruppert, E, Kobayashi Frisk, M, Robin-Choteau, L, J Husse, Laurent Calvel, G Fichele, F Franken, and Patrice Bourgin. "Not Just Circadian: Predicting How Light and Melanopsin Shape the 24-Hour Sleep-Wake Cycle," 2018.
- AASM. "ICSD-3 Online Version - American Academy of Sleep Medicine (AASM)." Accessed November 17, 2016. <http://www.aasmnet.org/store/product.aspx?pid=849>.
- INSERM. "Pharmacodépendance en population générale." In *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Collection Expertise collective., 155–74. Paris: Inserm, 2012. <http://hdl.handle.net/10608/2072>.
- IPSOS Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA, and Institut Ipsos. Paris. FRA. *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Paris: Cnamts, 2005.
- Irwin, M-R, Jason C Cole, and Perry M Nicassio. "Comparative Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Insomnia and Their Efficacy in Middle-Aged Adults and in Older Adults 55+ Years of Age." *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 25, no. 1 (January 2006): 3–14. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.3>.
- JADDO. "Un Train En Marche." *Juste Après Dresseuse d'ours* (blog), 2008. <http://www.jaddo.fr/2008/05/19/un-train-en-marche/>.
- Jamouille, M., M. Roland, J. Humbert, and J.F. Brulet. *Traitement de l'information Médicale Par La Classification Internationale Des Soins Primaires (CISP-2) : Deuxième Version*. Belgique: Care Editions ASBL, 2000.
- Johnson, J-A., Sheila N. Garland, Linda E. Carlson, Josée Savard, J. Steven A. Simpson, Sonia Ancoli-Israel, and Tavis S. Campbell. "The LITE Study: Rationale and Protocol for a Randomized Controlled Trial of Light Therapy for Cancer-Related Fatigue in Cancer Survivors." *Contemporary Clinical Trials* 49 (2016): 166–73. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.004>.
- Jones, B., P. Jarvis, J. A. Lewis, and A. F. Ebbutt. "Trials to Assess Equivalence: The Importance of Rigorous Methods." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 313, no. 7048 (July 6, 1996): 36–39. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7048.36>.
- Jungquist, C-R., John J. Pender, Karen J. Klingman, and Jamie Mund. "Validation of Capturing Sleep Diary Data via a Wrist-Worn Device." *Sleep Disorders* 2015 (2015): 758937. <https://doi.org/10.1155/2015/758937>.
- Kellerman, S. E., and J. Herold. "Physician Response to Surveys. A Review of the Literature." *American Journal of Preventive Medicine* 20, no. 1 (January 2001): 61–67.

- Kirisoglu, C., and C. Guilleminault. "Twenty Minutes versus Forty-Five Minutes Morning Bright Light Treatment on Sleep Onset Insomnia in Elderly Subjects." *Journal of Psychosomatic Research* 56, no. 5 (May 2004): 537–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.02.005>.
- Kobayashi, R., N. Fukuda, M. Kohsaka, Y. Sasamoto, S. Sakakibara, E. Koyama, F. Nakamura, and T. Koyama. "Effects of Bright Light at Lunchtime on Sleep of Patients in a Geriatric Hospital I." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 55, no. 3 (June 2001): 287–89. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00863.x>.
- Kuriyama, A, Honda, M, and Hayashino, Y. "Ramelteon for the Treatment of Insomnia in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine* 15, no. 4 (April 2014): 385–92. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.788>.
- Kyle, S-D., Maria Raisa Jessica Aquino, Christopher B. Miller, Alasdair L. Henry, Megan R. Crawford, Colin A. Espie, and Arthur J. Spielman. "Towards Standardisation and Improved Understanding of Sleep Restriction Therapy for Insomnia Disorder: A Systematic Examination of CBT-I Trial Content." *Sleep Medicine Reviews* 23 (October 2015): 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.02.003>.
- Kyle, S-D., Megan R. Crawford, Kevin Morgan, Kai Spiegelhalder, Ailie A. Clark, and Colin A. Espie. "The Glasgow Sleep Impact Index (GSII): A Novel Patient-Centred Measure for Assessing Sleep-Related Quality of Life Impairment in Insomnia Disorder." *Sleep Medicine* 14, no. 6 (June 2013): 493–501. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.023>.
- Laar, MVD, Tim Leufkens, Bart Bakker, Dirk Pevernagie, and Sebastiaan Overeem. "Phenotypes of Sleeplessness: Stressing the Need for Psychodiagnostics in the Assessment of Insomnia." *Psychology, Health & Medicine* 22, no. 8 (2017): 902–10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1286360>.
- Lack, L., and H. Wright. "The Effect of Evening Bright Light in Delaying the Circadian Rhythms and Lengthening the Sleep of Early Morning Awakening Insomniacs." *Sleep* 16, no. 5 (August 1993): 436–43.
- Lack, L., and Helen R. Wright. "Treating Chronobiological Components of Chronic Insomnia." *Sleep Medicine* 8, no. 6 (September 2007): 637–44. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.10.003>.
- Lack, L, Samantha Gibbon, Krystin Schumacher, and Helen Wright. "Comparison of Bright and Placebo Light Treatment for Morning Insomnia." *Sleep Research* 23 (1994): 278.
- Lack, L, Helen Wright, Kristyn Kemp, and Samantha Gibbon. "The Treatment of Early-Morning Awakening Insomnia with 2 Evenings of Bright Light." *Sleep* 28, no. 5 (May 2005): 616–23.
- Lane, S-J., Nancy M. Heddle, Emmy Arnold, and Irwin Walker. "A Review of Randomized Controlled Trials Comparing the Effectiveness of Hand Held Computers with Paper Methods for Data Collection." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 6 (May 31, 2006): 23. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-6-23>.
- Lankford, A, Roberta Rogowski, Beal Essink, Elizabeth Ludington, H. Heith Durrence, and Thomas Roth. "Efficacy and Safety of Doxepin 6 Mg in a Four-Week Outpatient Trial of Elderly Adults with Chronic Primary Insomnia." *Sleep Medicine* 13, no. 2 (February 2012): 133–38. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.09.006>.
- Larouche, M., D. Lorrain, G. Côté, and D. Bélisle. "Evaluation of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Treat Chronic Insomnia." *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology* 65, no. 3 (May 2015): 115–23. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.03.002>.
- Lasserre, A, Nadia Younès, Thierry Blanchon, Inge Cantegreil-Kallen, Christine Passerieux, Guy Thomas, Christine Chan-Chee, and Thomas Hanslik. "Psychotropic Drug Use among Older People in General

- Practice: Discrepancies between Opinion and Practice." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 60, no. 573 (April 2010): e156-162. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483922>.
- Le Moigne, Ph. "La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences." Paris : CESAMES-MILDT, 2004.
- Leach, M-J., and Amy T. Page. "Herbal Medicine for Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 24 (December 2015): 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.12.003>.
- Lederle, K.A., B. Middleton, T.L. Sletten, V.L. Revell, and D.J. Skene. "Effects of Blue-Enriched and Control White Light (Low and High Intensity) on Sleep, Circadian Phase, Mood and Alertness in Older People." *Journal of Sleep Research* 19, no. s2 (2010): 187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00868.x>.
- Leger, D., C. Guilleminault, J. P. Dreyfus, C. Delahaye, and M. Paillard. "Prevalence of Insomnia in a Survey of 12,778 Adults in France." *Journal of Sleep Research* 9, no. 1 (March 2000): 35–42.
- Leger, D, Virginie Bayon, Maxime Elbaz, Pierre Philip, and Dominique Choudat. "Underexposure to Light at Work and Its Association to Insomnia and Sleepiness: A Cross-Sectional Study of 13,296 Workers of One Transportation Company." *Journal of Psychosomatic Research* 70, no. 1 (January 2011): 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.006>.
- Léger, D, Guilleminault, C, Gary Bader, Emile Lévy, and Michel Paillard. "Medical and Socio-Professional Impact of Insomnia." *Sleep* 25, no. 6 (September 15, 2002): 625–29.
- Léger, D, Partinen, M, Max Hirshkowitz, Sudhansu Chokroverty, Jan Hedner, and EQUINOX (Evaluation of daytime QUality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatient's eXperience) Survey Investigators. "Characteristics of Insomnia in a Primary Care Setting: EQUINOX Survey of 5293 Insomniacs from 10 Countries." *Sleep Medicine* 11, no. 10 (December 2010): 987–98. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.019>.
- Léger, D, Partinen, M, Max Hirshkowitz, Sudhansu Chokroverty, Evelyne Touchette, Jan Hedner, and EQUINOX (Evaluation of daytime QUality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatients eXperience) survey investigator group. "Daytime Consequences of Insomnia Symptoms among Outpatients in Primary Care Practice: EQUINOX International Survey." *Sleep Medicine* 11, no. 10 (December 2010): 999–1009. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.018>.
- Létrillart, L, Supper, I, Schuers, M David Darmon, Pascal Boulet, Madeleine Favre, Mad-Hélénie Guérin, and Alain Mercier. "ECOGEN : Étude Des Éléments de La COnsultation En Médecine GENérale." *Exercer, Exercer*, no. 114 (2014): 148–57.
- Levenson, J-C., Daniel B. Kay, and Daniel J. Buysse. "The Pathophysiology of Insomnia." *Chest* 147, no. 4 (April 2015): 1179–92. <https://doi.org/10.1378/chest.14-1617>.
- Lewy, A J, T A Wehr, F K Goodwin, D A Newsome, and S P Markey. "Light Suppresses Melatonin Secretion in Humans." *Science (New York, N.Y.)* 210, no. 4475 (December 12, 1980): 1267–69.
- Lingjaerde, O., T. Bratlid, and T. Hansen. "Insomnia during the 'Dark Period' in Northern Norway. An Explorative, Controlled Trial with Light Treatment." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 71, no. 5 (May 1985): 506–12.
- Llorca, G. *Du Raisonnement Médical à La Décision Partagée. Introduction à l'éthique En Médecine*. Paris: Med-line, 2005.
- . "L'accord Mutuel Librement Consenté Dans La Décision Médicale." *Médecine* 2, no. 7 (September 1, 2006): 330–33.

- Lu, T-H, Yen-Ying Lee, Hsin-Chien Lee, and You-Meei Lin. "Doctor Shopping Behavior for Zolpidem Among Insomnia Patients in Taiwan: A Nationwide Population-Based Study." *Sleep* 38, no. 7 (July 1, 2015): 1039–44. <https://doi.org/10.5665/sleep.4806>.
- Lucas, R-J., Stuart N. Peirson, David M. Berson, Timothy M. Brown, Howard M. Cooper, Charles A. Czeisler, Mariana G. Figueiro, et al. "Measuring and Using Light in the Melanopsin Age." *Trends in Neurosciences* 37, no. 1 (January 1, 2014): 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.10.004>.
- Lyseng-Williamson, K-A. "Melatonin Prolonged Release: In the Treatment of Insomnia in Patients Aged ≥ 55 Years." *Drugs & Aging* 29, no. 11 (November 2012): 911–23. <https://doi.org/10.1007/s40266-012-0018-z>.
- Maanen, A-V, Anne Marie Meijer, Kristiaan B. van der Heijden, and Frans J. Oort. "The Effects of Light Therapy on Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Sleep Medicine Reviews* 29 (2016): 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.009>.
- Mazze, R. S., H. Shamoon, R. Pasmantier, D. Lucido, J. Murphy, K. Hartmann, V. Kuykendall, and W. Lopatin. "Reliability of Blood Glucose Monitoring by Patients with Diabetes Mellitus." *The American Journal of Medicine* 77, no. 2 (August 1984): 211–17. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90693-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90693-4).
- Meesters, Y, Vera Dekker, Luc JM Schlangen, Elske H. Bos, and Martine J. Ruiters. "Low-Intensity Blue-Enriched White Light (750 Lux) and Standard Bright Light (10 000 Lux) Are Equally Effective in Treating SAD. A Randomized Controlled Study." *BMC Psychiatry* 11, no. 1 (January 28, 2011): 17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-17>.
- Metlaine, A, Damien Leger, and Dominique Choudat. "Socioeconomic Impact of Insomnia in Working Populations." *Industrial Health* 43, no. 1 (January 2005): 11–19.
- Michelson, D, Ellen Snyder, Erin Paradis, Mary Chengan-Liu, Duane B. Snively, Jill Hutzelmann, James K. Walsh, et al. "Safety and Efficacy of Suvorexant during 1-Year Treatment of Insomnia with Subsequent Abrupt Treatment Discontinuation: A Phase 3 Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial." *The Lancet. Neurology* 13, no. 5 (May 2014): 461–71. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70053-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70053-5).
- Mills, P-R., Susannah C. Tomkins, and Luc J. M. Schlangen. "The Effect of High Correlated Colour Temperature Office Lighting on Employee Wellbeing and Work Performance." *Journal of Circadian Rhythms* 5 (January 11, 2007): 2. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-5-2>.
- Miyata, A, Kunihiro Iwamoto, Naoko Kawano, Kunihiro Kohmura, Maeri Yamamoto, Branko Aleksic, Kazutoshi Ebe, et al. "The Effects of Acute Treatment with Ramelteon, Triazolam, and Placebo on Driving Performance, Cognitive Function, and Equilibrium Function in Healthy Volunteers." *Psychopharmacology* 232, no. 12 (June 2015): 2127–37. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3843-4>.
- Moher, D, Alessandro Liberati, Jennifer Tetzlaff, Douglas G. Altman, and PRISMA Group. "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 339 (July 21, 2009): b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>.
- Monk, Reynolds, Kupfer, Buysse, Coble, Hayes, MacHen, Petrie, and Ritenour. "The Pittsburgh Sleep Diary." *Journal of Sleep Research* 3, no. 2 (June 1994): 111–20.
- Montgomery, A. J., C. Bradley, A. Rochfort, and E. Panagopoulou. "A Review of Self-Medication in Physicians and Medical Students." *Occupational Medicine (Oxford, England)* 61, no. 7 (October 2011): 490–97. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr098>.
- Montgomery, P., and J. Dennis. "Physical Exercise for Sleep Problems in Adults Aged 60+." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 4 (2002): CD003404. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003404>.

- Morgenthaler, T, Kramer, M, Alessi, C, Friedman, L, Brian Boehlecke, Terry Brown, Jack Coleman, et al. "Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report." *Sleep* 29, no. 11 (November 2006): 1415–19.
- Morin, C. M., M. LeBlanc, M. Daley, J. P. Gregoire, and C. Mérette. "Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Self-Help Treatments, Consultations, and Determinants of Help-Seeking Behaviors." *Sleep Medicine* 7, no. 2 (March 2006): 123–30. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>.
- Mucchielli, P, Paillé A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 2012. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>.
- Münch, M., K. D. Scheuermaier, R. Zhang, S. P. Dunne, A. M. Guzik, E. J. Silva, J. M. Ronda, and J. F. Duffy. "Effects on Subjective and Objective Alertness and Sleep in Response to Evening Light Exposure in Older Subjects." *Behavioural Brain Research* 224, no. 2 (October 31, 2011): 272–78. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.05.029>.
- Münch, M, Kobialka, S, Roland Steiner, Peter Oelhafen, Anna Wirz-Justice, and Christian Cajochen. "Wavelength-Dependent Effects of Evening Light Exposure on Sleep Architecture and Sleep EEG Power Density in Men." *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 290, no. 5 (May 2006): R1421-1428. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00478.2005>.
- Murphy, P. J., and S. S. Campbell. "Enhanced Performance in Elderly Subjects Following Bright Light Treatment of Sleep Maintenance Insomnia." *Journal of Sleep Research* 5, no. 3 (September 1996): 165–72.
- Murphy, Y, Wilson, E, Elliot M. Goldner, and Benedikt Fischer. "Benzodiazepine Use, Misuse, and Harm at the Population Level in Canada: A Comprehensive Narrative Review of Data and Developments Since 1995." *Clinical Drug Investigation* 36, no. 7 (July 2016): 519–30. <https://doi.org/10.1007/s40261-016-0397-8>.
- Norman, J-L, Danielle R. Fixen, Joseph J. Saseen, Laura M. Saba, and Sunny A. Linnebur. "Zolpidem Prescribing Practices before and after Food and Drug Administration Required Product Labeling Changes." *SAGE Open Medicine* 5 (2017): 2050312117707687. <https://doi.org/10.1177/2050312117707687>.
- Ohayon, M-M. "Epidemiology of Insomnia: What We Know and What We Still Need to Learn." *Sleep Medicine Reviews* 6, no. 2 (April 2002): 97–111.
- . "Observation of the Natural Evolution of Insomnia in the American General Population." *Sleep Medicine Clinics* 4, no. 1 (March 2009): 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.12.002>.
- Ohayon, M-M., and Gaby Bader. "Prevalence and Correlates of Insomnia in the Swedish Population Aged 19-75 Years." *Sleep Medicine* 11, no. 10 (2010): 980–86. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.07.012>.
- Ohayon, M-M., Ruth O'Hara, and Michael V. Vitiello. "Epidemiology of Restless Legs Syndrome: A Synthesis of the Literature." *Sleep Medicine Reviews* 16, no. 4 (August 2012): 283–95. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.05.002>.
- Ordre National des Médecins. "La Démographie Médicale En Région Alsace - Situation En 2013," 2013. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/alsace_2013.pdf.
- Orriols, L., P. Philip, N. Moore, A. Castot, B. Gadegbeku, B. Delorme, M. Mallaret, E. Lagarde, and CESIR Research Group. "Benzodiazepine-like Hypnotics and the Associated Risk of Road Traffic Accidents." *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 89, no. 4 (April 2011): 595–601. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.3>.
- Pałasz, A, Lapray, D, Christelle Peyron, Ewa Rojczyk-Gołębowska, Rafał Skowronek, Grzegorz Markowski, Beata Czajkowska, Marek Krzystanek, and Ryszard Wiaderkiewicz. "Dual Orexin Receptor Antagonists - Promising Agents in the Treatment of Sleep Disorders." *The International Journal of*

- Neuropsychopharmacology / Official Scientific Journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)* 17, no. 1 (January 2014): 157–68. <https://doi.org/10.1017/S1461145713000552>.
- Pallesen, S, Nordhus, I-H, Stine Hjelle Skelton, Bjørn Bjorvatn, and Arvid Skjerve. "Bright Light Treatment Has Limited Effect in Subjects over 55 Years with Mild Early Morning Awakening." *Perceptual and Motor Skills* 101, no. 3 (December 2005): 759–70. <https://doi.org/10.2466/pms.101.3.759-770>.
- Patel, K-V., Anthony V. Aspesi, and Kirk E. Evoy. "Suvorexant: A Dual Orexin Receptor Antagonist for the Treatment of Sleep Onset and Sleep Maintenance Insomnia." *The Annals of Pharmacotherapy* 49, no. 4 (April 2015): 477–83. <https://doi.org/10.1177/1060028015570467>.
- Pearse, P. A. "Use of the Sleep Diary in the Management of Patients with Insomnia." *Australian Family Physician* 22, no. 5 (May 1993): 744–48.
- . "Use of the Sleep Diary in the Management of Patients with Insomnia." *Australian Family Physician* 22, no. 5 (May 1993): 744–48.
- Penders, T-M., Cornel N. Stanciu, Alexander M. Schoemann, Philip T. Ninan, Richard Bloch, and Sy A. Saeed. "Bright Light Therapy as Augmentation of Pharmacotherapy for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 18, no. 5 (October 20, 2016). <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01906>.
- Perlis, M. L., D. E. Giles, W. B. Mendelson, R. R. Bootzin, and J. K. Wyatt. "Psychophysiological Insomnia: The Behavioural Model and a Neurocognitive Perspective." *Journal of Sleep Research* 6, no. 3 (September 1997): 179–88.
- Perlis, M, Michael Grandner, Jarcy Zee, Erin Bremer, Julia Whinnery, Holly Barilla, Priscilla Andalia, et al. "Durability of Treatment Response to Zolpidem with Three Different Maintenance Regimens: A Preliminary Study." *Sleep Medicine* 16, no. 9 (September 2015): 1160–68. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.06.015>.
- Piasecki, T-M., Michael R. Hufford, Marika Solhan, and Timothy J. Trull. "Assessing Clients in Their Natural Environments with Electronic Diaries: Rationale, Benefits, Limitations, and Barriers." *Psychological Assessment* 19, no. 1 (March 2007): 25–43. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.25>.
- Poyares, D, Guilleminault, C, Ohayon, M-M, and Tufik, S. "Chronic Benzodiazepine Usage and Withdrawal in Insomnia Patients." *Journal of Psychiatric Research* 38, no. 3 (June 2004): 327–34. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.10.003>.
- Prescrire "Management of Insomnia: A Place for Traditional Herbal Remedies." *Prescrire International* 14, no. 77 (June 2005): 104–7.
- Qaseem, A, Kansagara, D, Forciea, M-A, Molly Cooke, Thomas D. Denberg, and Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. "Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians." *Annals of Internal Medicine* 165, no. 2 (July 19, 2016): 125–33. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>.
- Rångtell, F-H., Emelie Ekstrand, Linnea Rapp, Anna Lagermalm, Lisanne Liethof, Marcela Olaya Búcaro, David Lingfors, Jan-Erik Broman, Helgi B. Schiöth, and Christian Benedict. "Two Hours of Evening Reading on a Self-Luminous Tablet vs. Reading a Physical Book Does Not Alter Sleep after Daytime Bright Light Exposure." *Sleep Medicine* 23 (2016): 111–18. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.016>.
- Riemann, D, Baglioni, C, Claudio Bassetti, Bjørn Bjorvatn, Leja Dolenc Groselj, Jason G. Ellis, Colin A. Espie, et al. "European Guideline for the Diagnosis and Treatment of Insomnia." *Journal of Sleep Research* 26, no. 6 (2017): 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>.

- Riemann, D, and Perlis, M-L. "The Treatments of Chronic Insomnia: A Review of Benzodiazepine Receptor Agonists and Psychological and Behavioral Therapies." *Sleep Medicine Reviews* 13, no. 3 (June 2009): 205–14. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.06.001>.
- Riemann, D, Spiegelhalder, K, Feige, B, Ulrich Voderholzer, Mathias Berger, Michael Perlis, and Christoph Nissen. "The Hyperarousal Model of Insomnia: A Review of the Concept and Its Evidence." *Sleep Medicine Reviews* 14, no. 1 (February 2010): 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.04.002>.
- Rogev, E, and Pillar, G. "Placebo for a Single Night Improves Sleep in Patients with Objective Insomnia." *The Israel Medical Association Journal: IMAJ* 15, no. 8 (August 2013): 434–38.
- Rosenberg, R-P. "Sleep Maintenance Insomnia: Strengths and Weaknesses of Current Pharmacologic Therapies." *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 18, no. 1 (March 2006): 49–56. <https://doi.org/10.1080/10401230500464711>.
- Ruby, N-F, Thomas J Brennan, Xinmin Xie, Vinh Cao, Paul Franken, H Craig Heller, and Bruce F O'Hara. "Role of Melanopsin in Circadian Responses to Light." *Science (New York, N.Y.)* 298, no. 5601 (December 13, 2002): 2211–13. <https://doi.org/10.1126/science.1076701>.
- Sabanayagam, C, and Anoop Shankar. "Sleep Duration and Cardiovascular Disease: Results from the National Health Interview Survey." *Sleep* 33, no. 8 (August 2010): 1037–42.
- Sahin, L, and Mariana G. Figueiro. "Alerting Effects of Short-Wavelength (Blue) and Long-Wavelength (Red) Lights in the Afternoon." *Physiology & Behavior* 116–117 (May 27, 2013): 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.03.014>.
- Sateia, M-J. "International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: Highlights and Modifications." *Chest* 146, no. 5 (November 2014): 1387–94. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>.
- Scheepers, R-A., Boerebach, B-C-M, Onyebuchi A. Arah, Maas Jan Heineman, and Kiki M. J. M. H. Lombarts. "A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care." *International Journal of Behavioral Medicine* 22, no. 6 (December 2015): 683–98. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>.
- Scheer, F-A, Andries Kalsbeek, and Ruud M Buijs. "Cardiovascular Control by the Suprachiasmatic Nucleus: Neural and Neuroendocrine Mechanisms in Human and Rat." *Biological Chemistry* 384, no. 5 (May 2003): 697–709. <https://doi.org/10.1515/BC.2003.078>.
- Schutte-Rodin, S, Broch, L, Daniel Buysse, Cynthia Dorsey, and Michael Sateia. "Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults." *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 4, no. 5 (October 15, 2008): 487–504.
- Scott, A, Jeon, S-S, Catherine M. Joyce, John S. Humphreys, Guyonne Kalb, Julia Witt, and Anne Leahy. "A Randomised Trial and Economic Evaluation of the Effect of Response Mode on Response Rate, Response Bias, and Item Non-Response in a Survey of Doctors." *BMC Medical Research Methodology* 11 (September 5, 2011): 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-126>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. SIGN. Edinburgh, 2015. <http://www.sign.ac.uk>.
- Shochat, T., J. Martin, M. Marler, and S. Ancoli-Israel. "Illumination Levels in Nursing Home Patients: Effects on Sleep and Activity Rhythms." *Journal of Sleep Research* 9, no. 4 (December 2000): 373–79.
- Siebern, A-T., and Rachel Manber. "New Developments in Cognitive Behavioral Therapy as the First-Line Treatment of Insomnia." *Psychology Research and Behavior Management* 4 (2011): 21–28. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S10041>.
- Simpson, L, Hillman, D-R Matthew N. Cooper, Kim L. Ward, Michael Hunter, Stewart Cullen, Alan James, Lyle J. Palmer, Sutapa Mukherjee, and Peter Eastwood. "High Prevalence of Undiagnosed Obstructive

- Sleep Apnoea in the General Population and Methods for Screening for Representative Controls." *Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung* 17, no. 3 (September 2013): 967–73. <https://doi.org/10.1007/s11325-012-0785-0>.
- Siriwardena, A. Niroshan, Tanefa Apekey, Michelle Tilling, Jane V. Dyas, Hugh Middleton, and Roderick Örner. "General Practitioners' Preferences for Managing Insomnia and Opportunities for Reducing Hypnotic Prescribing." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, no. 4 (August 2010): 731–37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01186.x>.
- "Sleep Tracker - Free Sleep Tracker from MedHelp." Accessed November 15, 2019. <https://www.medhelp.org/land/sleep-tracker>.
- "Sleep Tracker, Sleep Charts, Sleep Diary | Binfy.Com." Accessed November 15, 2019. https://binfy.com/sleep_tracker.php.
- Soehner, A-M., and Allison G. Harvey. "Prevalence and Functional Consequences of Severe Insomnia Symptoms in Mood and Anxiety Disorders: Results from a Nationally Representative Sample." *Sleep* 35, no. 10 (October 1, 2012): 1367–75. <https://doi.org/10.5665/sleep.2116>.
- Soler, J-K, Yaman, H, Magdalena Esteva, Frank Dobbs, Radost Spiridonova Asenova, Milica Katić, Zlata Ožvačić, et al. "Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study." *Family Practice* 25, no. 4 (August 1, 2008): 245–65. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>.
- Spielman, A. J., L. S. Caruso, and P. B. Glovinsky. "A Behavioral Perspective on Insomnia Treatment." *The Psychiatric Clinics of North America* 10, no. 4 (December 1987): 541–53.
- Starks, H, and Brown Trinidad, S. "Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory." *Qualitative Health Research* 17, no. 10 (December 2007): 1372–80. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>.
- Stepanski, E-J., and James K. Wyatt. "Use of Sleep Hygiene in the Treatment of Insomnia." *Sleep Medicine Reviews* 7, no. 3 (June 2003): 215–25.
- Stephenson, K-M., Schroder, C-M, Bertschy, G, and Bourgin, P. "Complex Interaction of Circadian and Non-Circadian Effects of Light on Mood: Shedding New Light on an Old Story." *Sleep Medicine Reviews* 16, no. 5 (October 2012): 445–54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.09.002>.
- Stone, A-A., Saul Shiffman, Joseph E. Schwartz, Joan E. Broderick, and Michael R. Hufford. "Patient Non-Compliance with Paper Diaries." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 324, no. 7347 (May 18, 2002): 1193–94. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1193>.
- Studer, P, Brucker, J-M Cornelia Haag, Jessica Van Doren, Gunther H. Moll, Hartmut Heinrich, and Oliver Kratz. "Effects of Blue- and Red-Enriched Light on Attention and Sleep in Typically Developing Adolescents." *Physiology & Behavior* 199 (October 28, 2018): 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.10.015>.
- Suhner, A-G., Patricia J. Murphy, and Scott S. Campbell. "Failure of Timed Bright Light Exposure to Alleviate Age-Related Sleep Maintenance Insomnia." *Journal of the American Geriatrics Society* 50, no. 4 (April 2002): 617–23.
- Tähkämö, L, Timo Partonen, and Anu-Katriina Pesonen. "Systematic Review of Light Exposure Impact on Human Circadian Rhythm." *Chronobiology International*, October 12, 2018, 1–20. <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1527773>.
- Terman, M, and Su Terman J. "Light Therapy for Seasonal and Nonseasonal Depression: Efficacy, Protocol, Safety, and Side Effects." *CNS Spectrums* 10, no. 8 (August 2005): 647–63; quiz 672.
- Touitou, Y. "[Sleep Disorders and Hypnotic Agents: Medical, Social and Economical Impact]." *Annales Pharmaceutiques Françaises* 65, no. 4 (July 2007): 230–38.

- Tsai, J-W, Hannibal, J, Hagiwara, G, Colas, D, Ruppert, E, Ruby, NF, Heller, H-C, Franken, P, and Bourgin, P. "Melanopsin as a Sleep Modulator: Circadian Gating of the Direct Effects of Light on Sleep and Altered Sleep Homeostasis in *Opn4(-/-)* Mice." *PLoS Biology* 7, no. 6 (June 9, 2009): e1000125. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1000125>.
- Tuunainen, A., D. F. Kripke, and T. Endo. "Light Therapy for Non-Seasonal Depression." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 2 (2004): CD004050. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004050.pub2>.
- Vandewalle, G., S. Gais, M. Schabus, E. Balteau, J. Carrier, A. Darsaud, V. Sterpenich, G. Albouy, D. J. Dijk, and Pierre Maquet. "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure." *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)* 17, no. 12 (December 2007): 2788–95. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm007>.
- Vandewalle, G, S Gais, M Schabus, E Balteau, J Carrier, A Darsaud, V Sterpenich, G Albouy, D J Dijk, and Pierre Maquet. "Wavelength-Dependent Modulation of Brain Responses to a Working Memory Task by Daytime Light Exposure." *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)* 17, no. 12 (December 2007): 2788–95. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm007>.
- Vandewalle, G, Balteau, E, Christophe Phillips, Christian Degueldre, Vincent Moreau, Virginie Sterpenich, Geneviève Albouy, et al. "Daytime Light Exposure Dynamically Enhances Brain Responses." *Current Biology: CB* 16, no. 16 (August 22, 2006): 1616–21. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2006.06.031>.
- Vandewalle, G, Schmidt, C, Geneviève Albouy, Virginie Sterpenich, Annabelle Darsaud, Géraldine Rauchs, Pierre-Yves Berken, et al. "Brain Responses to Violet, Blue, and Green Monochromatic Light Exposures in Humans: Prominent Role of Blue Light and the Brainstem." *PloS One* 2, no. 11 (2007): e1247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001247>.
- Vassy, C, and Derbez, B. *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin., 2019. <http://iris.ehess.fr/index.php?4377>.
- Vega, A. "Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductible à de simples individus." *Médecine* 6, no. 8 (2010): 382–86.
- Verger, P, Aulagnier, M, Protopopescu, C, Villani, P, Gourrheux, J-C, Bouvenot, G, and Paraponaris, A. "Hypnotic and Tranquillizer Use among General Practitioners in South-Eastern France and Its Relation to Occupational Characteristics and Prescribing Habits." *Fundamental & Clinical Pharmacology* 18, no. 3 (June 2004): 379–85. <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2004.00225.x>.
- Vgontzas, A-N., E. O. Bixler, H. M. Lin, P. Prolo, G. Mastorakos, A. Vela-Bueno, A. Kales, and G. P. Chrousos. "Chronic Insomnia Is Associated with Nyctohemeral Activation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Clinical Implications." *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 86, no. 8 (August 2001): 3787–94. <https://doi.org/10.1210/jcem.86.8.7778>.
- Vgontzas, A-N., Duanping Liao, Slobodanka Pejovic, Susan Calhoun, Maria Karataraki, Maria Basta, Julio Fernández-Mendoza, and Edward O. Bixler. "Insomnia with Short Sleep Duration and Mortality: The Penn State Cohort." *Sleep* 33, no. 9 (September 2010): 1159–64.
- Walker, I., C. Sigouin, J. Sek, T. Almonte, J. Carruthers, A. Chan, M. Pai, and N. Heddle. "Comparing Hand-Held Computers and Paper Diaries for Haemophilia Home Therapy: A Randomized Trial." *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia* 10, no. 6 (November 2004): 698–704. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2004.01046.x>.
- Wallace, J-E., Lemaire, J-B., and Ghali, W-A. "Physician Wellness: A Missing Quality Indicator." *Lancet (London, England)* 374, no. 9702 (November 14, 2009): 1714–21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0).

- Werner-Seidler, A, O’Dea, B, Shand, F, Johnston, L, Frayne, A, Fogarty, A-S, and Christensen, H. “A Smartphone App for Adolescents With Sleep Disturbance: Development of the Sleep Ninja.” *JMIR Mental Health* 4, no. 3 (July 28, 2017): e28. <https://doi.org/10.2196/mental.7614>.
- WHO Expert Committee, Report, and World Health Organization, eds. *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-First Report*. Geneva: World Health Organization, 1999.
- Will, S. “Insomnie chez les médecins généralistes alsaciens: prévalence et influence sur leur pratique.” Thèse d’exercice, Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine, 2013.
- Winkler, A, and Rief, W. “Effect of Placebo Conditions on Polysomnographic Parameters in Primary Insomnia: A Meta-Analysis.” *Sleep* 38, no. 6 (2015): 925–31. <https://doi.org/10.5665/sleep.4742>.
- Wirz-Justice, A., F. Benedetti, and M. Terman. *Chronotherapeutics for Affective Disorders: A Clinician’s Manual for Light and Wake Therapy*. S. Karger AG, 2009. <http://www.karger.com/Book/Home/244116>.
- Wirz-Justice, A, Terman, M, Oren, D-A, Frederick K Goodwin, Daniel F Kripke, Peter C Whybrow, Katherine L Wisner, et al. “Brightening Depression.” *Science (New York, N.Y.)* 303, no. 5657 (January 23, 2004): 467–69. <https://doi.org/10.1126/science.303.5657.467c>.
- WONCA EUROPE. “Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste.” WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille), 2002.
- Youngstedt, Shawn D., Daniel F. Kripke, Jeffrey A. Elliott, and Katharine M. Rex. “Circadian Phase-Shifting Effects of a Laboratory Environment: A Clinical Trial with Bright and Dim Light.” *Journal of Circadian Rhythms* 3 (September 9, 2005): 11. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-3-11>.
- Zeitler, J-M., Friedman, L, and Yesavage, J-A. “Effectiveness of Evening Phototherapy for Insomnia Is Reduced by Bright Daytime Light Exposure.” *Sleep Medicine* 12, no. 8 (September 2011): 805–7. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.02.005>.
- Zhang, Z, Wang, H-J, Dian-Ru Wang, Wei-Min Qu, and Zhi-Li Huang. “Red Light at Intensities above 10 Lx Alters Sleep-Wake Behavior in Mice.” *Light, Science & Applications* 6, no. 5 (May 2017): e16231. <https://doi.org/10.1038/lssa.2016.231>.

Annexes

Annexes Partie 1.1

Appendix 1. Socio-demographic, drug consumption and prescription data of 249 Alsations GPs divided into four insomnia severity groups

Characteristic	Total [ci] (n=249)	Group 0 [ci] ^a (n=70)	Group 1 [ci] ^a (n=83)	Group 2 [ci] ^a (n=42)	Group 3 [ci] ^a (n=17)	Group 4 [ci] ^{ab} (insomniac) (n=37)	Groups 0-3 [ci] ^b (non-insomniac) (n=212)	PP ^b in %	
	100%	28.1%	33.3%	16.7%	6.8%	14.9%	85.1%		
Sex (M %)	69.4 [62.8 ; 75.3]	77.2 [64.7 ; 86.1]	65.71 [54.0 ; 75.8]	69.7 [52.5 ; 82.6]	71.4 [44.9 ; 88.2]	62.1 [43.9 ; 77.3]	70.6 [62.7 ; 78.5]	80.1	
Age	53.6 [52.5 ; 54.6]	54.6 [52.4 ; 56.7]	53.3 [51.4 ; 55.2]	51.8 [48.4 ; 54.8]	53.9 [50.9 ; 56.9]	53.6 [50.8 ; 56.3]	53.6 [52.4 ; 54.7]	49.1	
Practice type	Rural (%)	23.7 [18.9 ; 29.3]	23.7 [18.8 ; 29.2]	24.3 [15.5 ; 35.1]	24.4 [16.2 ; 34.4]	23.8 [13.2 ; 37.8]	37.5 [17.3 ; 59.0]	18.9 [9.3 ; 33.5]	ref
	peri-urban (%)	32.4 [26.9 ; 38.4]	32.4 [26.8 ; 38.3]	32.9 [22.7 ; 44.0]	29.3 [20.3 ; 39.5]	47.6 [32.5 ; 61.2]	25.0 [9.7 ; 47.6]	27.03 [15.0 ; 42.1]	51.2
	Urban (%)	43.9 [37.9 ; 50.0]	43.9 [37.74 ; 49.9]	42.9 [31.4 ; 53.9]	46.3 [35.5 ; 56.5]	28.6 [16.8 ; 42.8]	37.5 [17.3 ; 59.0]	54.0 [37.2 ; 67.6]	86.2
	Single practice (%)	52.5 [48.4 ; 58.6]	52.5 [46.4 ; 58.6]	61.4 [49.7 ; 72.0]	55.4 [44.7 ; 65.7]	38.1 [25.0 ; 53.3]	58.8 [35.8 ; 78.5]	56.8 [59.2 ; 66.5]	10.5
On-call (%)	47 [41.3 ; 53.6]	47.6 [41.5 ; 53.8]	49.3 [37.8 ; 60.8]	46.34 [35.9 ; 57.1]	57.1 [42.1 ; 70.9]	52.94 [30.8 ; 74.0]	35.1 [21.8 ; 51.34]	4.4	
Sleep latency (min)	0:15 [0:13 ; 0:16]	0:08 [0:06 ; 0:09]	0:13 [0:11 ; 0:14]*	0:17 [0:12 ; 0:22]*	0:21 [0:12 ; 0: 28]**	0:26 [0:17 ; 0:33]**	0:13 [0:11 ; 0:14]**	>99.9	
Total sleep time (hours)	6:40 [6:31 ; 6:46]	6:46 [6:25 ; 6:57]	6:47 [6:25 ; 6:57]	6:43 [6:10 ; 6:58]	6:37 [5:19 ; 7:09]	6:08 [5:31 ; 6:25]**	6:46 [6:39 ; 6:52]**	<0.1	
Sleep efficiency (%)	90.4 (88.7 ; 91.4)	93.8 [89.2 ; 95.7]	91.4 [87.6 ; 93.0]	90.6 [83.7 ; 93.3]*	86.7 [70.6 ; 92.6]*	83.1 [75.0 ; 86.6]**	91.6 [90.6 ; 92.7]**	<0.1	
PSQI score	4.30 (3.90 ; 4.68)	1.77 [1.33 ; 2.15]	3.96 [3.47 ; 4.35]**	5.15 [4.31 ; 5.74]**	5.69 [3.89 ; 6.82]**	8.49 [7.07 ; 9.43]**	3.62 [3.32 ; 3.87]**	>99.9	
DBAS score	3.74 (3.49 ; 3.98)	3.24 [2.63 ; 3.76]	3.70 [3.23 ; 4.09]	4.15 [3.49 ; 4.60]*	3.40 [2.18 ; 4.24]	4.41 [3.73 ; 4.86]*	3.6 [3.35 ; 3.90]*	98.6	
Hypnotics (%)	14.4 [10.4 ; 19.5]	3.6 [1.1 ; 12.3]	9.1 [4.5 ; 17.6]	17.1 [8.6 ; 31.4]*	25.0 [10.3 ; 49.9]*	35.1 [21.8 ; 51.4]**	10.6 [5.8 ; 16.5]**	>99.9	
Anxiolytics (%)	8.7 [5.7 ; 13.1]	0.0 [0.0 ; 6.4]	6.5 [2.9 ; 14.3]	22.0 [12.1 ; 36.8]**	12.5 [3.8 ; 36.4]*	10.8 [4.4 ; 24.8]**	8.5 [5.2 ; 14.3]**	62.3	
Antidepressant (%)	0.9 [0.3 ; 3.1]	0.0 [0.0 ; 6.4]	0.0 [0.0 ; 4.6]	4.9 [1.4 ; 16.2]	0.0 [0.0 ; 19.5]	0.0 [0.0 ; 9.3]	0.9 [0.2 ; 4.8]	20.1	
Natural products (%)	13.0 [9.3 ; 18.0]	5.4 [2.0 ; 14.9]	15.6 [9.2 ; 25.3]	12.2 [5.4 ; 25.6]	12.5 [3.8 ; 36.4]	21.6 [11.4 ; 37.3]	11.6 [8.3 ; 18.2]	92.9	
Sleep hygiene (%)	85.5 [80.3 ; 89.5]	84.0 [71.4 ; 91.6]	86.5 [76.8 ; 92.4]	90.2 [77.4 ; 96.0]	87.5 [63.7 ; 96.2]	77.8 [61.8 ; 88.2]	86.7 [80.1 ; 91.2]	10.8	
Consult a specialist	3.0 [1.4 ; 6.5]	2.6 [0.6 ; 13.2]	1.5 [0.4 ; 7.9]	5.6 [1.7 ; 18.2]	0.0 [0.0 ; 19.5]	5.4 [1.7 ; 17.8]	2.5 [0.8 ; 6.6]	73.2	
Hypnotics (%)	86.3 [81.4 ; 90.1]	81.3 [70.0 ; 88.9]	86.4 [77.3 ; 92.2]	92.3 [79.6 ; 97.2] ^a	82.4 [58.6 ; 93.6]	91.4 [77.5 ; 96.9] ^a	85.4 [80.8 ; 90.6]	86.8	
Anxiolytics(%)	71.0 [64.9 ; 76.3]	67.2 [55.0 ; 77.4]	76.5 [66.2 ; 84.4]	69.2 [53.5 ; 81.4]	58.8 [35.8 ; 78.5]	77.1 [60.9 ; 87.9]	69.9 [60.3 ; 77.5]	82.9	
Antidepressant (%)	2.9 [1.4 ; 5.9]	4.7 [1.7 ; 12.9]	1.2 [0.3 ; 6.6]	5,1 [1.6 ; 16.9]	0.0 [0.0 ; 18.5]	0.0 [0.0 ; 9.7]	2.8 [1.2 ; 6.3]	5.7	
Natural products(%)	44.0 [37.9 ; 50.3]	54.7 [42.5 ; 66.3]	44.4 [34.1 ; 55.3]	41.0 [27.0 ; 56.7]	47.1 [26.0 ; 69.2]	31.4 [18.6 ; 48.1] ^a	46.1 [37.5 ; 54.5]	4.8	
Sleep hygiene(%)	100 [98.5 ; 100]	100 [94.6 ; 100]	100 [95.6 ; 100]	100 [91.0 ; 100]	100 [80.5 ; 100]	100 [90.5 ; 100]	100 [97.3 ; 100]	-	
Refer to specialist(%)	40.9 [34.8 ; 47.2]	40.3 [29.0 ; 52.8]	48.8 [38.1 ; 59.5]	43.2 [28.6 ; 59.2]	33.3 [15.2 ; 58.7]	27.8 [15.9 ; 44.1]	43.2 [32.9 ; 51.2]	3.6	

** : PP >99% or <1%

*: PP >97.5% or <2.5%

°: PP >95% or <5%

Appendix 2. Comparison between our GPs cohort and overall Alsatian GP population

Age	Studied population		Alsatian population		p
	Male	Female	Male	Female	
<40	7	6	75	107	
40 - 49	21	28	161	164	
50 - 59	56	21	498	209	0.0654
>=60	57	8	477	72	
Total	141	63	1211	552	

Comparison with Chi-2 of age and gender distribution

Annexes Partie 1.2

Annexe 1 : Trame d'entretien

Bonjour Dr..., mon nom est ..., je suis interne en 5^{ème} semestre de médecine générale.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir répondu positivement à cette demande d'entretien. Je vous rappelle que mon travail s'intéresse au rapport entre travail et sommeil en médecine générale... Je vais enregistrer cet entretien. Je vous garantis l'anonymat de ce dernier, il sera détruit après l'exploitation des données

1^{ère} partie : partie d'entretien sur leur pratiques et les patients insomniaques.

Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre dernière consultation pour trouble du sommeil, étiez-vous satisfait ou non? Pourquoi ?

- Pour vous est-ce un problème ? Celui-ci est-il d'ordre médical ? (si oui en quoi et quel est le rôle du médecin généraliste ? existe-t-il des solutions à ce problème ?)
- Comment appréciez-vous ces consultations ? les trouvez-vous faciles ou difficiles, qu'est ce qui est facile, difficile ?
- Est-ce que vous trouvez cette plainte fréquente ? à préciser
- Comment abordez-vous l'insomnie avec vos patients ?
- Pourriez-vous me donner votre définition de l'insomnie ?

2^{ème} partie : consultations réelles retranscrites et anonymisées

Je vais vous présenter quelques situations assez courantes réalisées à partir de consultation réelle en médecine générale. Je vous propose de la lire puis de la commenter. (Annexe 2).

Cette situation vous fait penser à quel type de patient ? Décrire

Dans cette partie, poser les questions suivantes dans les relances :

- Quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à vos patients ?
- Comment se déroule la 1^{ère} consultation pour trouble du sommeil ?
- Quelle attitude avez-vous ou préconisez-vous quand le patient demande un renouvellement de son traitement hypnotique en fin de consultation alors que ce dernier n'était pas le motif initial ?
- Comment accompagnez-vous vos patients dans l'aide au sevrage de somnifère ?
- Qu'est-ce que c'est pour vous les règles hygiéno-diététiques ?
- Finalement, que pensez-vous des somnifères ?
- Pouvez-vous me raconter une situation n'aboutissant pas à une prescription médicale ?
- Que pensez-vous du rapport entre travail de vos patients et sommeil ? Avez-vous des exemples ?

Si on cible sur la profession de MG qu'en pensez-vous ?

3^{ème} partie : entretien sur le vécu personnel.

- À propos, par exemple pour vous-même comment votre sommeil et votre travail s'influencent-ils ?
- Pouvez-vous me raconter votre journée typique ?
- Par exemple, comment avez-vous dormi les dernières nuits ?
- Que pensez-vous de votre sommeil ? Êtes-vous satisfait ?
- Avez-vous eu des périodes d'insomnie ? si oui, pourquoi ? travail, personnel ?
- Qu'avez-vous fait ?
- A priori que pensez-vous des médicaments pour le sommeil ?
- Comment votre expérience du sommeil vous influence dans votre pratique avec les patients insomniaques ?

Annexe 2. Exemples de consultations pour insomnie, présentée en 2^e partie d'entretien

- Situation 1 : prises de notes d'une consultation observée

La patiente dit prendre du Lexomil[®] quand vraiment elle n'arrive pas à dormir. Elle dit en avoir donné à son fils car il n'arrivait pas à dormir

Le praticien lui rappelle qu'il ne faut pas donner des médicaments à quelqu'un d'autre, que ce genre de médicament agisse sur le cerveau.

Il regarde dans l'historique de prescription, il n'y a pas d'ordonnances depuis longtemps.

Le praticien rappelle à la patiente que l'idéal est de ne pas prendre ce genre de médicament, uniquement en dépannage.

La patiente est d'accord et dit n'en prendre que rarement, elle avait une ancienne boîte de son mari.

- Situation 2 : retranscription d'un morceau de consultation enregistrée

MG : il faut continuer comme ça, avec les traitements... et voilà !

M.K : oui

MG : et le Dr X (son ancien médecin traitant) note également du Témesta[®].

M.K : oui.

MG : c'est quelque chose que vous prenez alors régulièrement, tous les soirs ?

M.K : tous les soirs. Mais il ne faut pas marquer un demi. Parce qu'à la pharmacie, comme ma femme elle prend aussi des miens, alors à la pharmacie ils calculent avec un demi...

MG : ah oui oui oui, ils sont très précis parce que ce sont des médicaments dont on sait qu'ils peuvent par exemple augmenter le risque de chute, ou le risque de devenir... gaga...

M.K : oui...

MG : donc, ils essayent d'en limiter le nombre de boîtes

M.K : oui oui...

MG : ... qui sont délivrées. C'est un médicament que vous prenez depuis longtemps ce Témesta[®]?

M.K : depuis que ma femme est décédée. Ça fait 25 ans. Mais j'ai encore rien senti dans ma tête. (rires !)

MG : oui, pour l'instant vous êtes encore clair dans votre tête ! Mais sur la durée on sait que ça augmente le risque

M.K : ouais ouais... Mais si on prend un autre médicament, pour dormir je veux dire, il y a le même truc dedans...

MG : oui, tous, je suis d'accord. Alors, vous avez déjà essayé des choses avec des plantes, ou de la tisane, des choses comme ça ? pour dormir ?

M.K : oui j'ai déjà essayé ça, ça ne sert à rien...

MG : et c'est du 1 mg ou du 2.5 que vous prenez ? parce qu'il y a 2 sortes de Témesta[®].

M.K : je crois que c'est du 1 mg. Oui.

MG : et donc vous en prenez un entier le soir.

M.K : oui, et puis il faut marquer parce que je ne veux pas des génériques.

MG : sur lequel, sur le Crestor[®] ?

M.K : non non, sur le Témesta[®].

MG : sur le temesta. C'est là où vous tenez particulièrement au...

M.K : oui.

MG : bon, de toute façon sur la prescription du temesta, il est écrit que ce médicament peut réduire la vigilance, il est recommandé de s'abstenir ou de conduire des machines potentiellement dangereuses...

M.K : oui oui...

MG : ça augmente aussi le risque de blessures, en cas de...

M.K : oui, mais je prends le soir alors... (rire) j'ai encore rien senti !

MG : des fois même le lendemain matin, c'est des médicaments qui durent assez longtemps

M.K : oui oui...

MG : et même le lendemain matin on peut être à côté de ses pompes.

M.K oui...

MG : la dernière prise de sang, c'était très bien. Je ne vois pas de soucis particuliers à l'horizon. On continue comme ça monsieur K.

M.K : très bien.

Annexe 3. Questionnaire anonyme réalisé en fin d'entretien

Vous êtes : un homme, une femme

Votre âge :

Durée d'exercice :

Type d'exercice : urbain, semi-rural, rural

Seul, en groupe

Nombre d'heures de travail par semaine (en dehors des gardes) :

Nombre de gardes par mois :

Famille :

En couple / séparé(e) / seul(e)

Enfants oui/non, en bas âge oui/non

Concernant votre sommeil, actuellement et dans le mois qui précède :

1. A quelle fréquence souffrez-vous d'insomnie ?

Jamais, moins d'une fois par mois, moins de 3 fois par mois, 3 fois par mois ou plus.

2. Combien d'heures de sommeil dormez-vous une nuit habituelle ?

Hh :mm

3. Vous êtes : plutôt du matin/ plutôt du soir / ni du matin ni du soir

4. Pendant le dernier mois, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minute) pour vous endormir chaque soir ?

Hh :mm

5. Êtes-vous satisfait de la qualité de votre sommeil ?

EVA échelle en 10cm

Pas du tout (-----) tout à fait

6. Dans quelle mesure pensez-vous que les autres s'aperçoivent ils du retentissement de votre insomnie sur vos activités physiques ?

Pas du tout (-----) énormément

7. Avez-vous des difficultés à rester éveillé le jour ?

Pas du tout (-----) énormément

8. Êtes-vous irritable, anxieux après une mauvaise nuit de sommeil ?

Pas du tout (-----) énormément

9. Dans les 6 derniers mois avez-vous utilisé des médicaments pour dormir ?

OUI NON

Lequel ?

Combien de fois ? Jamais, moins d'une fois par semaine, moins de 3 fois par semaine, 3 fois par semaine ou plus.

10. Faites-vous parfois des siestes dans la journée ? OUI NON

11. Avez-vous un médecin traitant ? OUI NON

Annexe 4 : retranscription d'un entretien

Entretien Isabelle Leroux le 26 décembre

Durée : 55 minutes

L'entretien s'est déroulé au cabinet du médecin après avoir réalisé ses visites, nous n'avions pas de limite de temps particulière. Il ne s'agit pas d'un médecin maître de stage, elle n'avait pas l'habitude de répondre à ce genre d'entretien ce qui ne l'a pas empêché d'être tout à fait à l'aise avec cet exercice, désir de bien faire et d'être le plus complète possible à mes questions. Ce médecin présente depuis des années des troubles du sommeil, elle refuse catégoriquement la prise de somnifères et préfère opter pour d'autres alternatives comme la lecture ou la relaxation. Ces derniers sont en rapport avec des soucis professionnels, parfois personnels. Ce médecin exerce seul dans un cabinet situé en ville et réalise des visites en campagne, elle ne fait plus de garde.

David : bonjour, David Brahon je suis interne en cinquième semestre de médecine générale. Tout d'abord je vous remercie de répondre positivement à ma demande d'entretien, je vous rappelle que mon travail concerne le rapport entre sommeil et travail en médecine générale. Je vais enregistrer cet entretien, je vous garantis son anonymat, ce dernier se sera détruit après exploitation des données. Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation pour troubles du sommeil ?

Médecin : alors, ce n'est peut-être pas la bonne... mais c'est une dame de 85 ans qui prétend ne pas dormir... alors est-ce qu'elle s'endort facilement... ? Elle ne s'endort pas très facilement et elle se réveille très tôt, d'après elle à 3 heures du matin et elle veut absolument des somnifères. Alors elle a quitté son ancien médecin traitant et son ancien pharmacien qui faisait des difficultés à lui en délivrer et moi la j'en ai vraiment honte car ce n'est pas du tout... ça tombe mal, c'est la dernière patiente que j'ai vue... Donc je lui ai prescrit du Stilnox en le mettant sur l'ordonnance ½ en écrivant « bien respecter la posologie » et en faite elle revient toujours au bout d'une semaine parce qu'elle n'a pas pris ½ mais elle en a pris 2, elle est infernale, elle a une canne elle a tapé sur le comptoir du pharmacien. Alors bon moi je me dis que cette femme bon bah tant pis, ce n'est pas du tout comme ça qu'il faudrait la soigner, c'est vraiment les petits vieux. Il y a celle la mais ce n'est peut-être pas le mieux. Je ne peux pas donner un autre quand même, le monsieur le même jour ?

David : si bien sûr on peut. C'était une dame retraitée qui vit... ?

Médecin : ah oui c'est une dame retraitée qui vit seul, caractère de cochon, fâché avec ses enfants, fâché avec le voisinage. Je lui dis mais la nuit vous n'avez qu'à écouter la radio si vous êtes réveillés, moi aussi je suis réveillé le matin de bonne heure. Mais non, elle est bornée. Autrement l'autre monsieur, c'est un monsieur qui a un problème de harcèlement, un monsieur de 50 ans, harcèlement professionnel son patron veut se séparer de lui, il est maçon, il lui dit qu'il ne sait pas travailler, que les clients se plaignent de son travail et donc du coup lui la nuit, il a des troubles du sommeil, je ne lui donne pas de somnifères, je lui donne du Stresam et puis je lui ai donné... je pense que je lui ai donné du Prozac et la ça commence, ça va mieux parce qu'il est dans une phase, il a vu les syndicats et les avocats enfin il va pouvoir se défendre.

David : pour vous les troubles du sommeil c'est un problème d'ordre médical ?

Médecin : ... pas toujours, c'est un problème en rapport avec la vie, avec leur vie. Non non ce n'est pas... enfin ça peut être un problème médical si c'est un hyperthyroïdien mais ce n'est pas obligatoirement médical.

David : quel est le rôle du médecin généraliste ?

Médecin : essayer de leur faire comprendre que déjà la durée de sommeil n'est pas la même pour tous, on peut très bien être reposé en ayant dormi 6 heures, ce qui est déjà bien donc justement essayer de ne pas trop médicaliser, pas tomber dans les Temesta et compagnie. Enfin je sais que jamais de ma vie j'ai prescrit du Temesta une première fois, j'ai renouvelé à des gens qui en avaient déjà eu, autrement ce n'est pas un truc que j'ai prescrit moi-même. Donc pour répondre à la question... essayer de faire le tri entre les vrais troubles du sommeil et les troubles ressentis du sommeil, les exigences, les gens qui veulent se coucher à 9 heures du soir et se lever à 9 heures du matin en ne s'étant pas réveillés, ça c'est pas possible, ça c'était quand on était un nourrisson.

David : comment vous appréciez ces consultations ?

Médecin : bah... *soupir du médecin*. On a l'impression que les gens ne nous écoutent pas, ne nous croient pas. En fait les gens viennent chercher leurs somnifères, c'est un peu énervant, ils ne viennent pas me poser un problème, ils viennent avec le nom du médicament qu'ils veulent voir prescrit. Non ça me gêne ces consultations.

David : vous les trouvez facile, difficile ces consultations ?

Médecin : si on accepte et qu'on leur file le Stilnox ça va, on est tranquille. Autrement si on veut essayer... enfin, on est quand même aider par le fait que maintenant il n'y a pas de renouvellement, il n'y a plus les somnifères qui étaient prescrits larga Manu, rohypnol et compagnie donc on est aidé par..., je ne sais pas si c'est la sécu. Mais c'est des consultations qui sont quand même difficile quand on veut arriver au résultat que l'on souhaite, c'est-à-dire ne pas médicamentez trop.

David : comment vous abordez ce problème de troubles du sommeil ?

Médecin : déjà la plupart du temps ce sont eux qui l'abordent. Par exemple le monsieur qui est venu me voir en me disant, « je viens parce que je vais péter les plombs, mon patron cherche à me pousser à la faute ». Lui, il venait chercher un arrêt de travail pour éviter de casser la figure à son chef de chantier. C'est moi qui lui ai dit comment dormez-vous, ce n'était pas sa principale demande. J'ai vu qu'il avait des difficultés d'endormissement et que des qu'il se réveillait pour une raison, un bruit ou pour faire pipi après il n'arrivait pas facilement à se rendormir mais c'est souvent eux qui abordent le sujet.

David : est-ce que vous pouvez me donner votre définition personnelle de l'insomnie ?

Médecin : ça ne va pas être la définition dans les livres parce que je n'ai pas révisé. Insomnie, c'est compliqué ça... insomnie, je dirais plutôt troubles du sommeil. Pour moi il y a schématiquement deux choses. Je fais la différence entre celui qui n'arrive pas à s'endormir, qui se couche qui compte les moutons ou je ne sais quoi et puis celui qui s'endort épuisé et qui a une heure du matin se réveille et n'arrive pas à se rendormir. D'une façon comme d'une autre une insomnie ce serait quelqu'un qui ne dormirait pas suffisamment, bon je pense qu'on peut être insomniaque si on dort moins de 5 heures par nuit. Là encore le problème c'est que les gens croient qu'ils ne dorment pas et ils dorment, d'ailleurs ce qui dorment devant la télé ils savent très bien qu'ils ont zappé le film, si ils avaient été dans leur lit, ils se seraient dit je n'ai pas dormi de la nuit. Or s'ils ont mis la télé ils voient bien qu'ils se sont réveillés au moment de la publicité parce que le son est plus fort. Mais je ne sais pas si j'ai bien répondu à ta question ?

David : Si si. Alors j'ai 2 situations à vous présenter qui se sont déroulées en consultation de médecine générale, je vais vous demander de les commenter. La première est très court, vous pouvez la lire à voix haute si vous voulez.

Médecin : *le médecin lit la situation à voix haute*. J'aime bien leur faire un peu peur, je leur dis que ça donne la maladie d'Alzheimer et la certain ils écoutent quand même, le coup de l'Alzheimer ça les embête. Et puis moi je leur dis que pour rien au monde je n'en prendrai et que je ne veux pas vieillir gaga... ça ça arrive souvent que les copines donnent du Lexomil et puis elles n'ont pas l'impression d'en prendre beaucoup « j'en prends qu'un demi Docteur » moi je dis que sauf souci important et passager, autrement il faut prendre un bouquin, il faut s'occuper et surtout ne pas en donner au fils. Alors le fils là-dedans on ne sait pas quelle un âge il a, c'est encore plus embêtant. Des fois la cause est entendue, on est un peu découragé, si les gens ont 50 ans on aura du mal à les faire changer de pratique alors surtout ne pas commencer avec des jeunes. *Le médecin lit la situation dans sa tête*. Alors sauf dans le cas d'un syndrome anxio-dépressif, à ce moment-là à prendre en association avec un antidépresseur mais sûrement pas au long cours. Mais je reconnais que j'ai quelques patients je leur donne quand même au long cours, mais j'en donne de plus en plus rarement.

David : c'est quel type de patients ?

Médecin : c'est plutôt des gens pas très âgés, 50 60 ans qui en ont eu depuis longtemps et puis si je sais qu'ils n'abusent pas... mais les gens sont quand même obsédés par leur sommeil, c'est incroyable ça. « À je vais prendre l'avion, je ne vais pas dormir » et bien je leur dis vous ne dormez pas et puis c'est tout voilà, on ne peut pas avoir une solution à tous les problèmes. Si vous ne dormez pas, vous dormirez mieux la nuit prochaine. C'est vraiment un problème, c'est un peu chiant quand même *rire du médecin*. C'est un cas très courant ça.

David : maintenant j'ai un 2^e cas à vous présenter, il est un petit peu plus long c'est un dialogue entre une patiente et un médecin, il s'agit d'un nouveau médecin son précédent étant parti à la retraite. C'est la suite d'une consultation où il y avait le renouvellement du traitement habituel, nous ne l'avons pas mis pour ne pas surcharger l'entretien. MG c'est le médecin traitant

Médecin : *le médecin lit la situation à voix haute et réagit à quelques phrases au cours de la lecture.* Le Temesta c'est classique qu'ils jouent avec la posologie. Alors lui, il en n'a rien à foutre, lui il écoute il se dit je m'en fous, à la fin si j'ai l'ordonnance ça va. Ouais ouais cause toujours tu m'intéresses. Bon alors là il ne faut pas se foutre du monde parce qu'il dit ma femme prend des miens et sa femme est décédée. Et bien il s'en est remis, sa femme est décédée et qu'il en a une autre, à moins qu'elle lui fasse des soucis... alors là le pas générique, cause toujours. De toute façon on voit que ce qui intéresse MK c'est juste la prescription, le reste... il n'est pas là pour traiter un problème, il ne vient pas pour améliorer les choses, la seule chose qui l'intéresse c'est d'obtenir son médicament. Et s'il pouvait l'acheter sur Internet ce serait aussi bien, sauf que sur Internet ce ne serait pas remboursé alors là c'est embêtant et puis il n'aurait peut-être pas confiance sur Internet quand même enfin bon. Enfin si son médecin lui refusait, il irait sur Internet. C'est un cas vraiment énervant. Mais en faite moi je suis sûr que je ne sais pas si j'ai encore quelqu'un sous Temesta, je crois que j'ai réussi à éviter... où ils sont morts. Ma belle-mère elle prenait du Temesta, ses sœurs en prenaient, elles sont toutes mortes. Autrement je crois que je n'en donne plus. Par contre c'est vrai que je donne du Lexomil.

David : comment vous arrivez à sevrer les patients ?

Médecin : je n'arrive pas à les sevrer, enfin je diminue mais après. J'arrive surtout à ne jamais initier et puis il faut quand même leur faire la morale des le début. Quand on met du Lexomil, quand je mets du VICTAN je leur dis attention je vous le donne au début mais il faudra absolument arriver à vous en passer quand ça ira mieux, quand votre souci sera parti. Je crois que je n'ai plus personne sous Temesta. Je me souviens d'une mamie mais pareil, elle est morte, mais elle pour le coup je n'essayais pas de lui enlever. C'était une femme, son fils unique s'était fait assassiner en Bolivie ou je ne sais pas quoi pour lui voler ses affaires, c'est un gars qui traînait ça bosse, qui avait une caméra... Alors la bonne femme elle en avait rien à cirer, elle voulait ça bon c'est tout. Il y a des gens comme ça on ne peut pas... elle voulait dormir mais bon c'est rarissime. Quand on leur dit qu'ils vont devenir gâteux ça les tracassent quand même, celui-là il doit être un peu borné quand même, il y a des gens qui sont bêtes et puis ils n'écoutent quand même pas spécialement le médecin, ils n'ont qu'à regarder la pub à la télé ça c'est bien et puis ce que l'ostéopathe lui dit, ce que l'aide-soignante dit enfin pffff il ne faut pas que je te décourage.

David : je vois que c'est quelque chose qui vous énerve

Médecin : oui un peu. Alors des fois ils sont pas mal ces paramédicaux mais quand ils sont pas mal ils parlent moins. Ce qui parle plus c'est quand même ceux qui ont des attitudes un peu nocives pour les gens en faite. Bon bah alors ça c'est fréquent. Si je comprends bien à la fin il lui prescrit ?

David : oui c'est ça, vous lui aurez prescrit aussi ?

Médecin : moi j'aurais préféré profiter du changement de médecin en disant, j'aurais été un peu faible, « comme vous êtes habitués je vous le donne encore cette fois-ci mais vous allez espacer les doses et non ce n'est vraiment pas bon du tout, les nouvelles les études prouvent que nanana, non moi je ne pourrai pas continuer comme ça ». Enfin ça c'est mon caractère de personne qui vient en fin de carrière, je n'ai pu envie de m'embêter à prescrire des trucs qui me font mal au stylo quand je les écris mais ce ne serait peut-être pas pareil si j'avais 10 ou 20 ans de moins, je pense que je m'arrangerai pour lui donner une fois et puis après on va faire autrement, je lui donnerai de l'euphytose.

David : vous utilisez des alternatives ?

Médecin : oui ils sont contents, ils ont quelque chose. Je ne sais pas si c'est très efficace mais ils prennent quelque chose. Alors il y a aussi un autre problème, c'est en maison de retraite, qu'est-ce qu'on en donne. Mais c'est normal, ils mangent à 6 heures du soir même des fois avant et puis après il faut qu'ils fiche la paix au personnel jusqu'à 7 heures le lendemain, ça c'est un gros problème. Ils tombent, en maison de retraite ça tombe. Alors peut-être que ça évoluera ça aussi. Il y a plus de somnifères en maison de retraite que chez eux déjà parce que chez eux s'ils sont encore en pleine possession de leurs moyens ils peuvent se lever, regarder la télé, écouter la radio enfin bref... ces choses, en maison de retraite ils ne peuvent pas aussi facilement le faire.

David : quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à vos patients ?

Médecin : d'éviter le café, d'éviter le thé, les excitants, de ne pas se coucher tout de suite après le repas et puis d'avoir une activité dans la journée, marcher, faire des choses qui leur plaisent, c'est surtout ça. D'avoir une activité physique et puis quand aussi ce sont des gens qui sont douloureux, de prendre un antalgique, c'est sûr que la personne qui souffre elle dort moins bien, je pense qu'il faut prendre un antalgique s'ils ont des douleurs d'arthrose, pareil en fonction de leur état rénal

David : comment se passe une première consultation pour troubles du sommeil ?

Médecin : c'est rarement un sujet unique, c'est toujours à l'occasion d'autre chose. Je leur fais bien dire combien de temps ils dorment, à quelle heure ils se couchent, à quelle heure ils estiment s'endormir, s'ils s'énervent quand ils sont réveillés et qu'est-ce qu'ils font à ce moment-là, s'ils restent lit.... J'essaie de leur faire analyser et puis ça m'arrive aussi de leur dire de noter sur une feuille comment se sont passées les nuits et puis de les revoir un mois plus tard.

David : vous avez déjà envoyé un patient chez un spécialiste ?

Médecin : oui, j'ai envoyé chez un neurologue à Nancy. J'ai aussi fait souvent mais c'est différents des enregistrements pour recherche de syndrome d'apnée du sommeil. Enfin là, les gens ne se plaignent pas de troubles du sommeil, ils se plaignent d'être fatigués.

David : quelle attitude vous avez quand un patient en fin consultation demande le renouvellement de son traitement somnifère ?

Médecin : par faiblesse, 4 fois sur 5 je l'écris et puis en leur disant : « Comment vous le prenez, est-ce que vous le prenez systématiquement. » La plupart du temps je leur dis que ça doit être en dépannage, que si vous avez peur d'être trop fatiguée le lendemain, enfin si vous avez été plusieurs nuits sans bien dormir mais bon il faudra qu'on n'en reparle. Pour être tranquille, une fois que c'est fini et bien voilà... je dis oui mais je note pour qu'on n'en reparle la prochaine fois, je met une note sur mon ordinateur et la fois d'après, avant de terminer l'ordonnance j'essaie de refaire le point. Et puis je leur dis toujours que moi je dors mal, je ne devrais peut-être pas donner mon exemple mais que je ne prends pas de traitement.

David : vous avez des a priori par rapport à ces traitements ?

Médecin : oui parce qu'on a tellement de mal après à leur faire arrêter et puis ce n'est pas une solution, ça ne change pas la vie. Ils sont obsédés par ça, dans le temps on avait la constipation mais elle ne nous en parle plus trop les bonnes femmes des constipations, il fallait vraiment qu'elles aillent à la selle une fois par jour, toujours à la même heure, maintenant s'est calmé là-dessus mais alors maintenant c'est le sommeil, il y a des modes comme ça...

David : est-ce que vous pouvez me raconter une consultation qui n'aboutit pas à une prescription médicamenteuse ?

Médecin : oui souvent ça aboutit... là où ça aboutit c'est quand même chez les gens jeunes jusqu'à 50 ans où la j'insiste sur l'activité sportive, je leur dis quel sport vous plairait, comment vous avez le temps pour organiser des activités physiques et puis je leur dis de prendre une tisane ou des choses comme ça mais j'oriente surtout sur l'activité physique, sur une activité sportive quotidienne quand ils le peuvent et en général ils peuvent.

David : comment vous accompagnez vos patients dans le sevrage ?

Médecin : je les fais revenir au bout d'un mois. Si par exemple c'est quelqu'un qui accepte le sevrage. Déjà, avant d'en prescrire je leur dis, « je vous en donne parce que vous êtes dans des soucis, là vous ne vous entendez pas bien avec votre patron, il vous fait des ennuis bon c'est sûr qu'en ce moment c'est mieux que vous soyez reposés, que vous preniez les bonnes décisions, que vous ne vous énervez pas ». Mais après, quand la situation est un peu moins critique, même si ce n'est pas terminé, déjà commencer par prendre justement soit Stresam, soit euphytose. En général je le fais une fois qu'ils sont à 1/2, je leur dis vous prenez votre demi la veille de jour où il faut que vous soyez vraiment bien, les idées claires, surtout qu'en plus ce sont des médicaments qui font effet assez vite. Donc ils peuvent très bien le prendre à 11 heures du soir si ils sont supers énervés, que le lendemain ils vont aux prud'hommes, bon je leur dis prenais 1/2, à moins que le prud'homme soit à 8 heures du matin. Mais...

je ne sais plus ce que je voulais dire... le sevrage bon bah oui, autrement je leur dis bon bah maintenant ça va mieux, c'est sûr vous avez acquis une certaine dépendance à ce produit la, ça va être un petit peu difficile mais arrangez-vous pour avoir plus d'activité physique dans la journée, pas boire de café, pas boire d'alcool le soir, pas d'excitants, pas les Red Bull ou je ne sais quoi, les boissons énergisantes, pas de vitamine C. Et puis c'est tout vous ne dormirez pas trop bien et puis la nuit d'après vous dormirez mieux et puis c'est tout il faut y arriver. Mais ça c'est chez les gens de moins de 50 ans, après je suis un petit peu plus pessimiste.

David : justement la vous me parliez d'un patient avec un problème au travail, qu'est-ce que vous pensez du lien entre le travail et le sommeil, comment les choses s'influencent ?

Médecin : là c'est nettement, le souci le travail, il refait l'histoire, il se demande pourquoi je ne suis pas bien vu par mon patron, avant j'étais bien vu, il cherche à me virer, comment je vais faire financièrement, il est assailli d'un tas de problème par contre ce n'est pas les troubles du sommeil qui ont induit ses problèmes professionnels, c'est uniquement dans le sens travail et troubles du sommeil ou soucis avec les enfants, soucis avec le conjoint mais pour toi c'est le travail alors il ne faut pas que je sorte du sujet travail *rire du médecin*.

David : vous aviez justement un exemple pour le travail, vous m'en aviez parlé en début d'entretien.

Médecin : tu veux savoir comment on n'en est arrivé là ? Alors en faite ce monsieur il est maçon, il était très bien vu et il a voulu faire embaucher son fils aussi par le même patron et la ça s'est mal passée, ils ont viré le fils et du coup son ambiance et son contact avec son patron se sont dégradées, faut dire que le fils c'est un gars qui ne doit pas être très très courageux et par contre c'était notre tête de liste Front National à Bar-le-Duc donc le patron n'était peut-être pas de la même opinion, enfin passons... donc cette personne ne devait pas être une bonne recrue pour le patron, évidemment le père a défendu son fils, d'ailleurs il défend même ses idées mais bon c'est un autre problème, il admire beaucoup son fils sûrement à tort mais bon. Alors après ça je pense que le travail de mon patient s'est dégradé mais surtout, ils étaient archi copain avant et maintenant ça ne va pas du tout. L'autre raconte que sur les chantiers on ne veut plus de lui, que les donneurs d'ordres ne sont pas contents, qu'il y a de la malfaçon, que la ville de Bar-le-Duc ne veut absolument plus qu'il travaille pour lui parce qu'il fait tout mal, je pense qu'il veut s'en débarrasser et donc il le pousse à la faute, il l'excite un peu et il voudrait bien sûrement que mon patient lui donne un coup de poing dans la figure pour avoir faute grave et s'en débarrasser. Et lui comme il est un petit peu limité intellectuellement, c'est compliqué pour lui. Mais enfin bon il a une petite femme qui est très gentil, qui essaye de le calmer, qu'il ne se mette pas à la faute. À la suite de ça évidemment la nuit il rumine, il refait son histoire...

David : et donc pour lui vous aviez géré avec un antidépresseur, avec du Prozac ?

Médecin : oui c'est ça et pour le sommeil il a eu du Lexomil, ce n'était que pas que pour le sommeil c'était aussi pour qu'il soit moins anxieux et excité. Mais la il en prend quasiment plus, je crois qu'il n'en plus prend plus parce que je trouve que ça va bien, enfin je trouve, il me l'a dit. Donc je lui ai mis euphytose le soir et c'est tout et puis ça va, il a vu les syndicats et maintenant il est dans un autre chemin. Mais par contre il faut toujours que je l'arrête parce que sinon c'est sûr qu'il ne vaut mieux pas qu'il retourne voir son patron.

David : l'inverse vous aviez déjà vu des troubles du sommeil qui donne les troubles au travail ?

Médecin : ... oui j'ai vu à ce moment-là des syndromes d'apnée du sommeil qui donne des difficultés de concentration et qui ont été traité par l'appareillage. J'en connais deux, ce sont des avocats, ils avaient beaucoup de mal à gérer, ils faisaient un peu des fautes professionnelles, ils négligent leur travail, ils laissaient passer des délais, ils ne se donnaient pas tellement de mal dans leur travail d'avocat, il y avait des accidents, des accrochages, de la fatigue de la somnolence. Tous les 2 appareillés, ils ont retrouvé une jeunesse et une activité, enfin une efficacité professionnelle rien que comme ça, ce n'est pas des somnifères la. Autrement il y en a sûrement, il y a aussi ceux qui s'endorment tard mais ça c'est autre chose. Je ne vois pas trop dans l'autre sens. C'est deux cas, ça a changé leur vie, ils ont regretté de ne pas l'avoir fait avant. Le premier c'est moi qui le soigne et le 2^e c'est un confrère, ils s'en sont parlé entre eux et l'autre lui a dit, tu devrais essayer et il a trouvé aussi ce problème.

David : et ce même rapport travail sommeil chez le médecin généraliste qu'est-ce que vous en pensez ?

Médecin : moi j'ai des troubles du sommeil, je ne pense pas que mon trouble du sommeil influe sur mon travail, enfin je n'espère pas. Par contre c'est bien les soucis professionnels qui m'empêchent de dormir parfois. Si j'ai l'impression d'avoir fait une bêtise,

si j'ai oublié quelque chose alors là ça tourne en boucle et je suis inquiète et j'ai du mal à m'endormir, faut que je bouquine. Quand je bouquine, je tombe du sommeil, le bouquin tombe ça m'arrive.

David : comment vous gérez ces périodes d'insomnie ?

Médecin : avec la lecture, c'est un peu gênant pour le voisin qui peut ne pas apprécier la lumière mais j'ai une petite lampe que je mets sur le bouquin, je pense que ce n'est pas trop gênant. Mais c'est quand même embêtant, je souffre d'une insuffisance de convergence qui se voit quand je suis fatigué alors du coup je vois 2 images et je me dis alors là stop, ça va j'ai sommeil je dors. Et bien je pose et ça remet ça il faut recommencer une, 2 fois et puis ça va.

David vous êtes satisfaites de votre sommeil ?

Médecin : pas trop bien. Dès que j'ai un souci quelconque je dors mal alors ça peut être des soucis avec les enfants. Non je ne suis pas satisfaite mais ça va beaucoup mieux quand même quand j'ai beaucoup d'activité physique et que je ne suis pas au travail. Tous les ans je fais un bout du chemin de Compostelle alors là c'est royal. Des fois avec ma consœur avec qui je le fais, le soir on est tellement fatigué que ça nous est arrivé à 9 heures d'être déjà au lit et d'éteindre la lumière tellement on est crevé, alors là je dors très bien. Donc ça vient quand même du travail ou le contexte barisien qui fait que... *rire du médecin*.

David : il y a eu des périodes d'insomnie prolongée ou c'est quelque chose de chroniques ?

Médecin : c'est tout le temps, c'est depuis que j'ai fait des gardes. J'ai fait beaucoup de garde au centre antipoison, la nuit on répondait. En plus de mes gardes d'externes j'étais au centre antipoison, on ne dormait pas et puis le lendemain il fallait quand même aller en cours. Je pense que ça été déclenché par ça.

David : vos dernière nuit, comment elles se sont déroulées ?

Médecin : pas satisfaite, en plus je me réveille de bonne heure, je suis réveillé et voilà. Parfois j'essaie d'être raisonnable et de rester au lit et puis parfois je me lève une fois que je me suis réveillé. Cette nuit ça été à peu près ça, je me suis réveillé à 6 heures j'ai réussi à m'endormir jusque 7 heures, c'était vraiment exceptionnel et puis je m'étais couché, je m'étais endormi devant la télé assez tôt et puis j'étais allé au lit à une heure du matin donc finalement j'ai dormi beaucoup, j'ai du dormir de 22 heures à 6 heures du matin en interrompant pour aller au lit, donc là c'était une bonne pour moi. Par contre la nuit d'avant c'était le réveillon, bon bah j'étais crevé, j'avais hâte qu'ils partent, j'avais envie de leur dire bon bah la dégagez. Et puis une fois qu'ils étaient partis j'ai tout rangé puis je me suis couché à 4 heures du matin, je n'avais plus sommeil, je me suis couché à 4 heures, endormi quasiment tout de suite et puis je me suis réveillé à 6h30 donc ça fait 2h30, c'est un peu juste. C'est pour ça que cette nuit j'ai bien dormi enfin pour moi bien dormi. De 10 heures à 6 heures du matin c'est très bien sauf qu'il a fallu que je quitte la télé pour aller au lit.

David : en plus de la lecture, la télé, il y a d'autres choses...

Médecin : c'est vrai qu'aussi des fois je me met devant la télé pour m'endormir, j'ai aussi une télé dans mon lit. Bon c'est tout par contre je ne bois pas, je ne vais pas grignoter. Parce que je me dis que si je bois après il faudra éliminer.

David : donc jamais de médicaments ?

Médecin : non jamais de la vie, je n'en ai jamais pris. Je ne vois pas l'intérêt franchement, je n'ai pas une insomnie rebelle au point de..., je pense que si je ne dormais vraiment pas la nuit..., ça m'est arrivé une fois, c'était un contexte particulier, mais là je suis sûr que je n'ai pas dormi du tout bond et bien j'ai dormi le lendemain. C'était quand mon ex mari s'est suicidé, je sais que je me suis couché, on m'avait appris qu'il était décédé, je me suis couché je me suis dit je ne vais rien prendre, je ne vais pas bouquiner car je n'avais pas envie. Je suis sûr que je n'ai pas fermé l'œil enfin bon c'était un stress... mais bon le lendemain j'ai dormi, je ne voyais pas l'intérêt de prendre un somnifère, d'abord j'en avais pas. Une fois aussi quand un de mes enfants a fait un ictère néonatal, il me le mettait sous la lampe à UV et moi je voulais être assis à côté. En tant que médecin on m'a laissé assise à côté, c'était à la clinique du Parc. L'infirmière m'a dit « vous ne voulez pas un somnifère et allez vous coucher ». J'ai dit non non, j'ai passé la nuit assise sur la chaise, sûrement que je les ai bien enquiquinés mais bon c'est tout je voulais rester là, c'était même un peu bête. Mais je me suis dit si elle ne le surveille pas bien, que le bandeau s'enlève et que le gamin a les yeux sous la

lampe, je voulais être la. Et donc la fille voulait absolument que je me couche et me filer sûrement un Temesta à l'époque mais c'était nient donc j'en ai jamais pris. Peut-être en prémédication, sans le savoir mais ça c'est un autre contexte.

David : a priori que pensez-vous des somnifères ?

Médecin : j'ai l'air d'être archi archi contre. Non mais ça doit être occasionnel ou réserver à des gens chez qui la nocivité de ces médicaments est au second plan par rapport à leur vie comme la maman du gars qui s'est fait assassiner en Colombie. Et puis des cas exceptionnels comme ma mémère, elle a quitté son médecin, son pharmacien parce qu'elle voulait absolument dormir bon bah j'ai dit basta, qu'est-ce que tu veux, on ne va pas changer sa vie. Mais autrement les autres gens il y a sûrement moyen de faire autre chose.

David : comment votre propre expérience du sommeil vous influence votre pratique ?

Médecin : justement parce que moi je vois bien qu'il y a d'autres moyens. Je trouve que la lecture c'est très très bien. Moi si je ne dors pas c'est parce que j'ai un souci. Automatiquement quand on lit on ne pense plus à se soucier et donc moi je pense que la lecture c'est une très bonne façon de ne pas avoir l'esprit occupé. Et puis j'ai quand même peur des effets secondaires au long cours au niveau des fonctions cognitives ça c'est sûr. Encore plus les benzodiazépines que les somnifères entre guillemets purs. Les benzodiazépines pfff. Et puis les gens ça ne va jamais, on augmente les doses *soupir du médecin* Olala. Et puis il nous raconte des bobards « au j'ai perdu ma boîte de Lexomil, j'ai l'oublié, j'ai renversé la soupe dessus » des mensonges, « j'ai tout oublié dans le train ».

David : vous trouvez que votre pratique a évolué depuis que vous êtes installés ?

Médecin : oui, on était quand même beaucoup moins sensibilisés au début. Les anciens médecins en donnaient beaucoup et nous on a été amené à renouveler les Temesta, il y avait des produits beaucoup plus forts au sens large comme le Rohypnol... avec les potentialisations à l'alcool. Enfin bon moi les gens à qui j'en donne, ils ne boivent pas d'alcool.

David : qu'est-ce qui vous a fait évoluer ?

Médecin : les formations et puis les lectures de revues. On a quand même un esprit beaucoup plus critique sur ce qu'on prescrit par rapport à il y a 30 ans ou 20 ans. Le médiateur et compagnie. On ne croit plus dur comme fer à ce que les labos nous disent, avant on était d'une naïveté incroyable. On c'est vraiment fait avoir par l'industrie pharmaceutique, c'est comme les substituts hormonaux, il fallait des donner à toutes les femmes après il ne fallait plus du tout en donner. Moi je voudrais bien avoir une information objective mais je crois qu'on n'est jamais sûr. Alors du coup on freine des 4 pieds, on finit par ne plus rien donner, on raccourcit l'ordonnance. Pour le rhume et bien c'est tout, on a le rhume et puis et puis voilà on à qu'à prendre du miel, des inhalations. Et puis si ils ne viennent plus nous voir, ils ne viennent plus nous voir. Du coup notre métier se recentre sur entre guillemets les vraies maladies et ce n'est pas plus mal, des hypertendus, les diabétiques, des pathologies lourdes, les gens ont besoin de nous pour ça mais pas pour les petits bobos et les troubles du sommeil, à part les pathologies psychiatriques... mais je suis sûr que j'en donne encore de trop.

David : bien nous arrivons à la fin de l'entretien, juste un dernier questionnaire à vous faire remplir

Commentaires du médecin pendant qu'il remplit le questionnaire :

Le soir je suis épuisé, parfois je ne débarrasse rien, je vais me coucher comme ça et puis à 3 heures je me lève je débarrasse. C'est un cercle vicieux car si je me suis réveillé à 4 heures évidemment le soir je suis fatigué.

Je dors très bien le mardi soir car le mardi je fais de la marche nordique alors c'est sûr qu'en rentrant...

David : merci beaucoup pour votre disponibilité

Fin de l'entretien

Annexe 5 : portraits des médecins interrogés

Monique BERGER

Médecin de 52 ans, ancienne assistante en cardiologie à l'hôpital, elle exerce en cabinet de groupe et est maître de stage, en milieu semi-urbain. Elle travaille environ 35 heures par semaine avec des plages de consultations libres, visites et rendez-vous. Elle est régulièrement sujette à des périodes d'insomnie, qu'elle associe à un stress professionnel ou à de graves événements familiaux. Elle prend des benzodiazépines à ces occasions, qu'elle arrête facilement. Malgré son empathie pour ses patients insomniaques, elle se sent mal à l'aise dans ces consultations. Elle regrette de ne pas y consacrer plus de temps, et prescrit à contrecœur des benzodiazépines.

Citations :

« Ils le demandent à la fin parce qu'ils veulent éviter que tu approfondisses, c'est une tactique de la part des patients, ce n'est pas un oubli »

« S'ils viennent, c'est qu'ils veulent des médicaments. La plupart des cas ils viennent pour avoir un médicament. (...) De ne pas prescrire un somnifère bien sûr ça m'est arrivé. »

« Les somnifères, ça peut être très utile. Mais sur une insomnie qui a une cause précise. Il faut juste prescrire à bon escient et ensuite arriver à s'en séparer en agissant sur la cause de l'insomnie. »

« Les règles hygiénodiététiques... Oui théoriquement il faut les rappeler, mais le plus souvent les patients disent qu'ils font déjà tout ça et que malgré ça ils ne dorment pas. Question difficile... toi tu ne vois pas comment ils font à la maison. (...) Ce serait peut-être bon de les rappeler oui. »

« Oui j'ai déjà pris des somnifères. Comme dans une situation décrite précédemment où il y a un événement particulier. Soit privé, soit professionnel. (...) Donc je prends un somnifère parce que je sais qu'il faut que je travaille le lendemain, ça arrive souvent, en tout cas régulièrement. »

« Je sais maintenant qu'on peut les prendre sur une courte période et s'en débarrasser facilement. En tout cas moi j'ai réussi ».

Géraldine HUET

Médecin de 43 ans installée depuis 12 ans en milieu urbain en cabinet de groupe (5 médecins), travail uniquement sur rendez-vous environ 37 h/semaine, maître de stage. Elle considère que l'insomnie est rarement un problème d'ordre médical, mais plutôt d'hygiène de vie. Pourtant elle passe beaucoup de temps à la gestion de ce problème, ce qu'elle trouve gratifiant, surtout quand elle réussit à ne pas prescrire de somnifères. À ce sujet, elle a une attitude assez paternaliste envers ses patients. Sa pratique a évolué suite à une période d'insomnie. Elle trouve la prise en charge plus facile depuis, et applique des conseils qui ont marché pour elle, qu'elle a appris par des lectures ou par ses voisines. Si elle est satisfaite de son sommeil, on constate qu'elle consacre de l'énergie et que cela implique des contraintes en termes de rythme de vie et de loisirs ; elle consomme aussi ponctuellement, mais régulièrement des anxiolytiques.

Citations :

« Donc là je ne suis pas aussi soft, je ne le renouvelle pas. »

« Justement je profite de la première consultation où les gens ne sont pas obligés de forcément rester chez moi pour profiter pour être très carré ».

« Alors là je suis hyper claire et je leur parle de ma grand-mère, parce que j'ai une grand-mère qui a le même âge que ces gens et chez qui j'ai fait pareil. »

« Généralement là je fais peur aux gens pour bien marquer parce que souvent de leur dire ça ne suffit pas »

« C'est vrai que mon trouble du sommeil m'a rendu attentif à certaines choses et du coup je pense que c'est des consultations que je pense faire pas trop mal où je trouve que les résultats sont assez bons parce que je me suis un peu documenté ».

« La télé je ne peux pas regarder, ça va m'exciter donc c'est super invalidant. Une sortie trop tard chez des copains, dépassé 23h30 je ne m'endors plus naturellement il faut que ce soit bien réglé. »

« Je peux vous parler de moi parce que je suis aussi patiente, je trouve que c'est très difficile de soigner ses patients parce qu'on a passé une sale nuit c'est même très très compliqué. »

« Du coup il y avait tous les appareils informatiques, électromagnétiques dans la même pièce donc je lui ai demandé de tout couper. » « J'en viens même à dire aux gens où il faut acheter leur radoréveil ».

Didier GIRAULT

Ce médecin de 57 ans est maître de stage, enseignant et impliqué dans un réseau de soins. Il est installé dans un cabinet de groupe depuis 28 ans, à activité urbaine et travaille environ 55 à 60 h par semaine.

Il se dit satisfait de son sommeil, présente environ 3 nuits difficiles par mois. On note une prise de stilnox® ce dernier dans un contexte particulier, avant de prendre l'avion. Pour lui, le médecin a un rôle de prévention et d'éducation en évitant au maximum la prescription de somnifères ou en les prescrivant pour des durées très limitées. Il trouve cependant difficile de ne pas prescrire, et encore plus quand il s'agit de renouvellement. Il se base sur ses expériences d'insomnies qu'il a vécues lors de périodes professionnelles ou personnelles difficiles, pour traiter les problèmes de ses patients. Cela lui permet aussi de dédramatiser les conséquences sur le lendemain.

Citations

« C'est rare, mais ça arrive, il est trois heures du matin et je me dis "ce n'est pas possible je ne dors pas", bon c'est comme ça alors que la fatigue est là. Après le lendemain matin, ce n'est pas forcément plus difficile. »

« Je les apprécie quand je l'ai réussi. Le problème c'est qu'au départ je ne sais pas ce que ça donne, c'est à la deuxième consultation que je vais voir ce que ça donne. »

« Elles ne sont pas faciles. Et puis l'hygiène du sommeil ça prend du temps. » « Parce que si ça nécessite un traitement long il va falloir du temps, hélas je n'ai pas le temps donc c'est dépannage. »

« Après le grand truc c'est de ne jamais commencer. » « Si on ne leur prescrit pas au départ on a plus ce problème à la fin. » « Donc c'est un vrai problème médical, le plus dur c'est de ne pas traiter. »

« On réduit la benzodiazépine, on va moins bien dormir ou on l'arrête d'un coup et là on ne va pas dormir du tout pendant des jours, pendant des nuits, plusieurs nuits. Moi j'ai à leur offrir une baisse de qualité de vie, c'est difficile à vendre. »

« L'interaction entre on est débordé de travail / on ne dort plus, chez moi ça marche à tous les coups. »

« À partir du moment où on sait comment ça fonctionne, c'est vachement bien, car on sait le gérer sans médicament. Cette formation m'a permis de gérer pour moi-même. »

Robert DUPONT

Médecin de 58 ans, qui travaille dans un cabinet de groupe avec 3 associés. Ancien réanimateur, travaille depuis 30 ans, médecin pompier travaille environ 70 h par semaine, marié avec 4 enfants, se déclare satisfait de son sommeil. Au cours de l'entretien, son sommeil ne paraît pas si bon, avec des difficultés d'endormissements lors de périodes de stress, ce qu'il règle en regardant la télévision ou en prenant de l'alcool. Il n'a aucune affinité pour les consultations avec plainte d'insomnie et a des stratégies d'évitement face à ce motif. Il en maîtrise pourtant la théorie et l'aborde de manière professionnelle, quoiqu'essentiellement sur un versant biomédical, et non psychosocial. Ce médecin ne croit pas aux RHD,

cette question l'a d'ailleurs beaucoup fait rire. Pour lui il s'agit d'une entité qui n'existe pas, plus un phénomène de mode que le patient ne respecte pas.

Citations

« Je ne m'en rappelle pas parce que ça fait un moment que je n'ai plus eu cette demande. (...) ce n'est pas un truc qui me branche ».

« *Déjà les gens qui vont chez le médecin pour se plaindre d'insomnie, c'est un profil psychologique particulier.* »

« Jouer le psychiatre ça je n'aime pas faire »

« Je l'interroge sur son mode de vie. Je le laisse parler et puis après je l'interromps, après 10 minutes. »

« J'ai une fois pris un temesta® 1mg et j'ai dormi 72 heures, un demi-temesta® 1mg. J'avais pris ça parce que j'étais stressé et je me suis dit tiens je vais essayer ça et je n'ai pas pu aller travailler trois jours, c'est un contexte de surmenage au boulot, j'étais interne. C'est pour ça que j'ai dit la dernière fois à l'anesthésiste pas de prémédication sinon je ne viendrai pas à l'hôpital, je lui ai dit je prends du whisky. C'est un somnifère le whisky. »

« Je pense qu'on dort très mal, car on est très stressé et de plus en plus, je suis persuadé qu'il y a beaucoup de généralistes qui regardent la télé la nuit. »

Laurent MEUNIER

Il s'agit d'un médecin maître de stage qui travaille seul en milieu rural environ 55 heures par semaine. Il est âgé de 54 ans. Il n'a pas d'affinité particulière avec la prise en charge des troubles du sommeil, il juge que ça fait partie de son travail. Il se dit plutôt satisfait de son sommeil, mais on constate la mise en place de stratégies afin de trouver le sommeil comme le fait de regarder la télévision tard le soir, jeux vidéo. Il juge la consultation pour trouble du sommeil chronophage, car elle nécessite la réalisation d'un interrogatoire minutieux, et en même temps il dit passer vite la main au psychiatre, car ne se sent pas à l'aise avec le suivi psychiatrique. Ce médecin a connu une période d'insomnie secondaire à un burnout due à son travail. Depuis il a décidé de moins s'investir de façon personnelle dans les troubles du sommeil de ses patients suite à de mauvaises expériences. Il présente de temps à autre des nuits difficiles qui sont souvent secondaires à une journée de travail difficile. Bien qu'il sache que n'est pas une bonne chose, il fait face en regardant des séries ou la télévision dans le but de penser à autre chose.

Citations

« *Il faut chercher, il faut faire la pêche, ça peut parfois prendre du temps, parfois ça peut prendre 40 minutes, le temps de chercher ce qui se passe, ce qu'il en est.* »

« *La psychologie est un problème d'ordre médical, la psychiatrie ça fait partie de la médecine générale à temps complet même je dirais.* »

« *Ce n'est pas moi qui fais le suivi, je suis très peu doué pour ce type de choses et puis ce n'est pas mon boulot, je ne suis pas psychiatre, psychologue ou autre, j'oriente dans ce cas.* »

« *Les benzodiazépines j'en pense beaucoup de mal donc je n'en donne jamais, sauf contraint et forcé.* »

« *si c'est une patiente âgée qui prend du Lexomil ou du Temesta® depuis 15 ans 20 ans je ne vois pas trop comment peut faire pour la sevrer ça me paraît mission impossible, c'est de l'ordre du miracle.* »

« *Et puis même c'est aussi pour nous, absorber tout ça, absorber toute cette misère c'est difficile, c'est bien d'avoir des groupes balint dans ces cas-là, d'avoir des groupes de référents, d'avoir une supervision.* »

« *Il ne faut jamais dire jamais, mais pour le moment j'ai toujours respecté ma promesse, je n'ai jamais pris hypnotique.* » « *Quand je regarde une série ou autre c'est plutôt que c'est pour faire passer un trop plein mais ce n'est pas bon du tout je le sais très bien que ça m'excite plus qu'autre chose et du coup après j'ai*

plus de mal endormir, mais c'est surtout plus pour vider l'esprit, je pense, mais ce n'est pas bien, ça devient vite addictif. »

Éric MARIN

Il s'agit d'un médecin de 54 ans, maître de stage qui travaille en milieu semi-rural dans un cabinet de groupe en association avec 6 autres médecins. Il travaille depuis plus de 20 ans environ 60 h par semaine avec une garde ou astreinte par mois. Il nous dit présenter parfois quelques nuits difficiles, mais est plutôt satisfait de son sommeil actuellement. Il a présenté par le passé des périodes d'insomnie soit secondaire à des troubles professionnels ou personnels qu'il avait traité par automédication (psychotropes). Depuis il ne prend plus de médicaments. Sa perception et sa prescription médicamenteuse ont beaucoup évolué avec le temps. La prescription de benzodiazépines était chose courante lorsqu'il en prenait lui-même facilement. Maintenant qu'il n'en prend plus, il essaye de prescrire un minimum de benzodiazépines, il nous dit même partir à la chasse à ses molécules. Il opte pour une prise en charge basée sur l'éducation et des conseils hygiénodietétiques. Une formation avec d'autres collègues généralistes l'a aidé dans ce sens. Ils ont réalisé une fiche-conseil qu'il utilise pour la discussion avec ses patients.

Citations :

« Conseiller, hygiène de vie du sommeil, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique, dédramatiser. »

« On a vraiment un rôle important dans l'explication à donner aux patients sur ce que c'est qu'une insomnie et puis on répond de façon négative à une demande de prescription médicamenteuse. »

« Donc voilà après chacun est libre de ces pratiques, effectivement moi pour ma part il n'y a pas d'introduction, de nouvelles introductions de somnifères »

« C'est un domaine dans lequel la relation médecin patiente intervient grandement je trouve. On est dans des relations de confiance, conflictuel parfois, mais encore une fois c'est toujours intéressant. »

« Il faut rappeler que quand j'ai débuté il y a maintenant un quart de siècle de ça, il n'y avait pas une personne âgée, au moins féminine qui n'avait pas son Temesta® ou son Lexomil® ou molécules ce genre. »

« il y a une vingtaine d'années je dirais clairement que j'ai utilisé toute la gamme des psychotropes (rire). C'est efficace évidemment. (...) Il y a encore cinq ou 10 ans j'utilisais peut-être une fois par mois soit un peu de zolpidem, soit peu de zopiclone en fonction du résultat que je voulais obtenir, mais là ça fais des années que je n'ai pu utiliser ce type de molécules me semble-t-il. »

« Je dirais que d'un sommeil relativement médiocre il y a quelques années, je suis arrivé à un sommeil de relativement bonne qualité. »

« Et puis voilà, j'ai peu de troubles du sommeil. Je fais attention à ne pas boire de café ou de thé noir en journée, je prends mes deux cafés le matin et après c'est terminé. Je sais que si je prends du café après-midi, je vais avoir du mal à m'endormir. »

Franck THOMAS

À 60 ans, maître de stage, il travaille dans un cabinet de groupe avec deux autres associés depuis 35 ans 60 heures par semaine en milieu rural. Il réalise 3 gardes par mois en moyenne. Il ne présente pas de trouble du sommeil et est plutôt fataliste quant au renouvellement du traitement hypnotique. On note un contraste important entre une certaine forme de désinvestissement pour ces patients sous somnifère depuis des années et les « nouveaux patients » demandeurs de traitement par somnifère. Dans l'optique de répondre à une demande médicamenteuse, il utilise souvent des alternatives comme des plantes. D'ailleurs il ne les considère pas forcément comme un médicament. Il identifie la problématique du temps concernant les

consultations pour trouble du sommeil, qu'il trouve chronophages. Il s'agit d'un motif surajouté à la consultation, les consultations propres aux troubles du sommeil sont rares. Il se dit être tout à fait satisfait de son sommeil même si il aimerait parfois qu'il soit meilleur en termes de quantité notamment. Il dort en moyenne 6h par nuit et s'endort en 5 min. Il a pris très occasionnellement des somnifères avant un événement particulier qui n'était pas en lien avec son travail.

Citations :

« Mais bon je sais qu'il y a eu des études faites avec des diminutions de prescription quand les médecins s'investissent vraiment... il faudrait aussi avoir le temps de s'investir vraiment. »

« La solution de facilité c'est quand même de renouveler l'ordonnance. »

« Après c'est vrai on a l'impression de beaucoup moins mettre en route ce de traitement, de ne plus avoir de problème de dépendance à long terme. Pour les gens qui ont l'habitude d'en prendre je pense que c'est plutôt du fatalisme, on renouvelle facilement, ça fait partie de l'ordonnance générale et ça m'arrive assez souvent sur le ton de la plaisanterie de dire "celui-ci on peut l'arrêter", sûrement pas, pour eux c'est le principal »

« Là on prend bien plus de temps pour discuter, pour expliquer, pour essayer avec des méthodes douces avant de passer à un traitement médicamenteux. »

« La semaine typique ces derniers temps n'est plus typique. Il y a une augmentation de la charge de travail comme qui commence à devenir un peu préoccupante (...). La journée de travail c'est 5 jours sur 7 du lundi au vendredi, c'est démarré à 7h45 ici, rentrer chez moi en général entre 20 heures et 21 heures, je ne l'aurais même pas imaginé il y a 10 ans de ça. Après essayer de prendre le temps de manger quand même. (...) le soir en rentrant chez moi(...) je travaille mes dossiers, je prends le contrôle de mon ordinateur à la maison c'est bien rare encore à minuit que je ne sois pas encore sur les dossiers, j'ai un peu de gêne à le dire. (...) Parfois je m'endors sur l'ordinateur »

« J'aimerais bien avoir un petit peu plus, mais en tout cas je n'ai aucun problème de sommeil. »

Isabelle LEROUX

Médecin généraliste de 63 ans, en fin de carrière, elle travaille seule en cabinet avec une activité semi urbaine. Elle travaille environ 60 heures par semaine, ne fait pas de garde, n'est pas maître de stage. Elle montre un intérêt pour ce travail, car présente aussi des troubles du sommeil. On remarque beaucoup de lassitude quant à ses consultations pour troubles du sommeil qu'elle ne juge pas comme étant un problème médical dans la majorité des cas. Elle n'apprécie pas ces consultations. On remarque une évolution des pratiques et un effort quant à la diminution des prescriptions médicamenteuses. Elle a un sommeil de mauvaise qualité, mais ne prend pas de médicaments par peur des effets secondaires. Elle utilise des techniques d'hygiène du sommeil pour elle-même, mais on sent qu'elle subit ses insomnies avec une sorte de défaitisme. Se refusant à la prise de somnifères, elle est contrariée lorsqu'elle en prescrit. Elle nous dit se servir de sa propre expérience du sommeil pour convaincre les gens de ne pas prendre des médicaments pour dormir.

Citations :

« Non ça me gêne ces consultations. »

« Si on accepte et qu'on leur file le Stilnox® ça va, on est tranquille. Autrement si on veut essayer... »

« C'est des consultations qui sont quand même difficile quand on veut arriver au résultat que l'on souhaite, c'est-à-dire ne pas médicamenter trop. »

« [en fin de consultation] par faiblesse, 4 fois sur 5 je l'écris et puis en leur disant : "Comment vous le prenez, est-ce que vous le prenez systématiquement ?" »

« Je n'ai plus envie de m'embêter à prescrire des trucs qui me font mal au stylo quand je les écris »

« Je leur dis vous ne dormez pas et puis c'est tout voilà, on ne peut pas avoir une solution à tous les problèmes. Si vous ne dormez pas, vous dormirez mieux la nuit prochaine. »

« J'arrive surtout à ne jamais initier et puis il faut quand même leur faire la morale dès le début. »

« Du coup notre métier se recentre sur entre guillemets les vraies maladies et ce n'est pas plus mal, des hypertendus, les diabétiques, des pathologies lourdes, les gens ont besoin de nous pour ça, mais pas pour les petits bobos et les troubles du sommeil, à part les pathologies psychiatriques... »

« Et puis je leur dis toujours que moi je dors mal, je ne devrais peut-être pas donner mon exemple, mais que je ne prends pas de traitement. » : justement parce que moi je vois bien qu'il y a d'autres moyens. Je trouve que la lecture c'est très très bien. Moi si je ne dors pas c'est parce que j'ai un souci. »

Frédéric ROYER

Médecin de 49 ans exerçant seul en milieu rural. Il travaille environ 60 heures par semaine et fait des gardes. Il ressort de l'entretien l'impression d'une prescription contrainte, d'un certain fatalisme par rapport à la prescription d'hypnotique ou d'anxiolytiques malgré un réel effort de prescription de plantes en première intention. Pour lui, le rôle du médecin généraliste est de cerner le problème est de l'orienter vers la personne la plus adéquate pour répondre au problème. Il oriente volontiers les patients présentant des troubles du sommeil vers le psychologue. Le fait de suivre le patient depuis longtemps et de bien le connaître est un réel avantage pour la prise en charge des troubles du sommeil. Le principal facteur limitant est encore une fois un problème de temps. Il nous dit être satisfait de son sommeil, d'ailleurs il a besoin de peu de sommeil. Son expérience de mauvais sommeil l'a rendu plus sensible à cette plainte pour ses patients.

Citations :

« Ce sont des consultations difficiles à gérer. Ça dépend de la confiance, du rapport qu'on a avec le patient. Des gens qu'on connaît bien, on sait. »

« Je pense qu'il est justement là pour faire un petit peu la synthèse et puis essayer d'orienter éventuellement une consultation psychologue ou quelque chose comme ça en fonction des cas »

« je ne donne pas de somnifères ou alors commencer par des plantes, ce sera plus facile à arrêter après. »

« C'est sûr que si on fait du sport dans la journée on sera plus fatigué que si on reste dans son canapé à ne rien faire. Ça ce n'est pas seulement pour le sommeil, c'est valable pour tout, c'est une hygiène générale de vie »

« Bon moi je dors assez peu, 4 à 5 heures par nuit, parfois 6 heures. Tous les jours à 5h30 du matin je suis réveillé ou presque, moi je fonctionne comme ça. »

« Je pense qu'il est réparateur. Je suis là tous les matins donc c'est que ça doit aller (rire) »

« C'est vrai que de temps en temps quand j'ai des gros soucis, je n'arrive pas à dormir. Ça varie, ce n'est pas exceptionnel. Souvent c'est des soucis de travail. »

« Moi je comprends que les gens qui ne dorment pas de la nuit, c'est sûr que... moi quand ça m'arrive d'avoir une mauvaise nuit, ce n'est pas souvent, mais le lendemain c'est très difficile d'aller travailler. On n'est pas opérationnel à 100 %. »

Anne JAQUET

Médecin de 58 ans qui travaille seule en milieu rural et qui ne fait pas de garde. Elle travaille environ 45 heures par semaine et ne fait pas de gardes. Elle n'était pas très à l'aise au cours de l'entretien, bien que les choses se soient un peu décantées après la présentation des différentes situations cliniques. Elle fait partie des médecins considérant les troubles du sommeil comme étant un problème autant social que médical.

Elle souhaite limiter les prescriptions médicamenteuses, mais se retrouve face au même problème de renouvellement du traitement et de la demande du patient. Elle conseille des règles hygiéno-diététiques qu'elle applique pour elle lors de mauvaises nuits. Par ailleurs ce médecin est satisfait de son sommeil, elle dort 8h par nuit. Son expérience en matière de consommation d'hypnotique est limitée à une prise lors d'un problème familial aigu. Elle juge d'ailleurs que ces molécules ne devraient pas être consommées par les médecins du fait de leurs effets secondaires.

Citations :

« Ce qui est difficile, c'est d'arriver à ce que les gens redorment sans rien prendre. »

« C'est un problème pour lequel il existe des pseudos solutions. Si les gens ne dorment pas, on ne peut pas les laisser ne pas dormir, mais le fait de prescrire des somnifères ne règle pas vraiment un problème »

« De se coucher à une heure régulière, de pratiquer un petit peu de sport, mais pas le soir, car le sport le soir ça peut empêcher de dormir. »

« Très souvent je le prescris en essayant de lui dire qu'il va falloir arrêter, mais souvent je suis contrainte de prescrire. C'est plutôt sous la contrainte, mais ce n'est pas quelque chose qui me plaît. »

« C'est sûr que si on a moins bien dormi, on est moins bien le lendemain, mais jamais pour moi le médecin doit prendre des somnifères ou des anxiolytiques. »

« J'en suis plutôt satisfaite. Il y a parfois des difficultés à s'endormir s'il y a eu des difficultés dans la journée auquel je repense. »

« Je gère beaucoup le stress avec du sport, je fais beaucoup de vélo, je marche beaucoup et ça m'aide énormément à gérer mon stress professionnel et donc du coup à dormir correctement. »

Gérard GROS

Médecin de 47 ans exerçant seul en milieu urbain, travaille environ 54 heures par semaine, fait des gardes. Il dort peu, entre 5 et 6 heures par nuit, mais en est très satisfait. Pour autant, le sommeil est pour lui un élément important pour l'équilibre de vie. Une expérience de mauvais sommeil a fait évoluer sa pratique. Il apprécie les consultations pour insomnie, est à l'écoute de ses patients. Dans son attitude le médecin est en accord avec sa volonté d'éviter autant que possible la prescription de benzodiazépines. Dans un premier temps, mise en place des règles hygiéno-diététiques, prescription phytothérapie puis en dernier recours benzodiazépines en cas d'échec. Il a une approche centrée patient et basée sur la décision partagée, il tient compte du contexte de vie des patients.

Citations :

« Oui forcément quelque part c'est un problème d'ordre médical... c'est tellement riche les troubles du sommeil. C'est-à-dire comme je dis à mes patients, ne pas dormir, avoir des troubles du sommeil ça peut arriver dans la vie sans qu'il soit malade. »

« Moi mon souci quand même, mon premier souci face aux troubles du sommeil c'est d'éviter autant que possible le réflexe médicament ou de ne pas l'instaurer déjà surtout si c'est une personne jeune. »

« Moi je dis aux gens, c'est trop important pour régler cela en 2 minutes donc prenait un rendez-vous juste pour ça, pour qu'on aborde que ça. En général c'est plutôt bien compris. »

« Ça me fait plutôt plaisir de passer pour quelqu'un plutôt difficile en affaires sur les prescriptions d'hypnotique ».

« Si c'est quelqu'un qui me semble par ailleurs ne pas avoir de gros problèmes qui puissent expliquer son insomnie on va déjà essayer de creuser sur les petits moyens déjà pour temporiser. Pourquoi pas que la personne ressorte de la première consultation sans traitement à condition que la personne comprenne ma démarche. (...) Ça les rassure de comprendre le mécanisme d'une insomnie qui n'est pas rebelle ».

Moi je pense que j'ai un sommeil de qualité, je n'arrête pas de dire qu'il ne me reste plus que ça pour faire face à des journées beaucoup trop chargées (rire). (...) je me dis que c'est vraiment important ».

Jean Pierre SCHMITT

Médecin de, 68 ans, il travaille seul en milieu urbain environ 60 heures par semaine et ne fait pas de gardes. Il est tout à fait satisfait de son sommeil, il « dort sur commande ». Il réussit bien à couper du cabinet quand il en part. Quand rarement il dort mal, il compense par une sieste et ne prend jamais de somnifères, qu'il évite d'ailleurs de prescrire, s'attachant plutôt à l'hygiène de sommeil. Il n'explore pas spontanément le sommeil et l'insomnie, mais apprécie ces consultations. Il s'attache à mettre en place une relation de confiance avec le patient, cadrer la situation. Les somnifères sont pour lui des médicaments de confort, mais ce dernier est important pour un bon équilibre de vie. Ce médecin apprécie ces consultations, il prend le temps pour. Au fil de l'entretien on se rend compte à travers les anecdotes racontées d'une proximité et d'une bonne connaissance de ces patients. Il les trouve relativement facile maintenant, ce qui n'était pas le cas au début.

Citations : `

"L'exemple de ton cas-là, moi je pose des jalons d'emblée en lui disant moi je pense qu'on peut arrêter, je crois que je peux vous aider, on va faire ça tous les 2, on va prendre notre temps, ce n'est pas urgent."

"Alors c'est un médicament de confort comme on disait tout à l'heure, on ne meurt pas si on n'en prend pas. On accentuera pour certains des problèmes psychiques c'est certain, mais ça peut se discuter. À partir de là si on dit que c'est un médicament de confort, ça va loin, un antalgique aussi est un médicament de confort. La bonne santé elle est physique, elle est mentale. Mais avant tout il faut donner des conseils..."

"Alors à partir de là il y a toutes les médecines, je ne dirais pas parallèle, mais les autres techniques de relaxation, l'acupuncture, l'homéopathie pourquoi pas. Tant que ça marche, ce n'est pas dangereux et bien tant mieux si cela évite de prescrire un vrai somnifère, c'est certainement beaucoup mieux."

"J'essaye de rééquilibrer leur régime, leur rythme de vie, leur hygiène de vie au sens large du terme, c'est d'autant plus facile que c'est des gens que je connais."

"Moi si je ne dors pas, je ne dors pas, je prends rien ça c'est sûr et certain. Je dors sur commande. (...) Ça m'est déjà arrivé de passer des nuits blanches pour des trucs qui perturbent et quelque part tu relativises, ça va durer 2 jours, 3 jours et puis après ça finira par aller, ça ça dépend de la manière dont tu appréhendes les choses."

"Pour en avoir discuté avec mes collègues il y en a beaucoup qui en prennent je trouve quand même des psychotropes des somnifères. J'ai déjà discuté une paire de fois de ça avec les copains ça me surprend toujours."

Annexes Partie 2

Annexe 1 : profils des médecins

Code médecin (A, B..) : _ _

- Âge ____
- Sexe M F
- Vit : seul pas seul
- Enfants à charge (n) : __

- Lieu d'exercice :
Rural (localité <2 000 habitants) / péri-urbain / Urbain
- Mode d'exercice
Libéral / Salarié
Seul / En groupe
- Consultation
Sur rdv / Sans rdv / Les 2
- Avez-vous un secrétariat
Sur place / téléphonique / non

- Nombre de consultations par an (SNIR2014) : _____
Dont : % consultations <16 ans
% consultations >70 ans
% ALD
% CMU
- Mode d'exercice particulier / DU : _____
- Durée d'exercice (ans) : ____
- Durée de travail hebdomadaire (h) : ____
- Nombre de semaines de congés par an : ____
- Nombre de gardes de nuit par mois : ____
- Nombre de gardes de weekend par mois : ____

- Formation continue : la(les)quelle(s) ? _____
- Abonnement à des revues médicales : la(les)quelle(s) ? _____
- Accueil des visiteurs médicaux
Oui Combien par semaine ? ____ / Non

Code consultation : lettre MG (A, B...) jj mm n° consultation (exemple : A-10-12-1) :

Date consultation _ / _ / 20_		Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>		Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Connu <input type="checkbox"/>		Année de naissance _ _ _ _		Genre Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		Etudiant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> Non affilié SS <input type="checkbox"/>		Profession agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> employé ¹ <input type="checkbox"/> ouvrier ² <input type="checkbox"/> cadre sup., profession intellectuelle ³ <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ⁴ <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> <i>1 inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. 2 inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs 3 inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. 4 inclut les professeurs des écoles et instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise.</i>													
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédure)				Code CISP		N°RC		Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Code CISP		N°RC	
1.								1.							
2.								2.							
3.								3.							
4.								4.							
5.								5.							
6.								6.							
7.								7.							
8.								8.							
9.								9.							
10.								10.							
Résultats de consultation (RC) (symptômes ou diagnostics)								Code CISP		Nouveau/Ancien (N/A)		Médicaments (DCI)			
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
Heure de début _ _ h _ _								Heure de fin _ _ h _ _							

Annexe 3 : trame de recueil qualitatif

Code consultation (le même que sur la grille ecogen) lettre MG jj mm no :

--	--	--	--	--	--

Grille d'observation spécifique insomnie

Structure de la consultation et place de l'insomnie dans la consultation

Qui est à l'initiative du motif sommeil ?

Quand dans la consultation ?

Demande du patient

Comment s'exprime la demande ?

Que raconte le patient ?

Est ce que la question est évitée ou approfondie ?

Comment la question est abordée par le médecin

Comment explore-t-il la plainte ?

Somatique et/ou socio-psycho-environnemental ?

Auto-médication ou « trucs »

Discours et échange autour de la prise en charge

Prescription ?

Discours associé à la prescription ?

Conseils hygiène du sommeil ?

Est-ce que cela répond à la demande du patient ?

Difficultés du médecin ?

Aisance ? « trucs » ?

Relation médecin-patient

Impression globale sur la consultation, ressenti

Non-verbal

Informations en « off »

Annexe 4 : Classification internationale des soins primaires (CISP-2)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
Procédures -30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologie/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/prescription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cauté/débridement -53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage -54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil thérap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex/procéd. autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aigue B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la retina F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 P. de la cornée F86 Trachome F91 Défaut de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire	
	Général et non spécifié A A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Confiement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Préc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Préc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 Autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinale A85 Effet sec. subst. médicinale A86 Effet toxique subst. non médicinale A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé	Syst. Digestif D D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anales D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès péréal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	Oreille H H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Préc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Saignée d'oreille H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. super. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/mastoiide	Neurologique N N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralysie/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
			CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NÉOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Cardio-vasculaire K K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/futter K79 Tachycardie paroxysmique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie et du CHRU de Strasbourg

Strasbourg, le 3 novembre 2014

Nos réf : AMK/BG/ 2014/ dossier 2014-48

Jean SIBILIA
Doyen

Mme le Dr CHAMBE Juliette,

Chère Collègue,

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Nous vous remercions d'avoir soumis au Comité d'Ethique
votre protocole intitulé «**Recherche observationnelle de
terrain en consultation de médecine générale.
Description et analyse des données non déclaratives
lors d'une plainte d'insomnie**» pour avis consultatif.

Le comité d'éthique a émis un avis favorable à votre
projet.

Bien cordialement,

Horaires d'ouverture :

- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

B. GENY

Président du Comité d'Ethique



Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

Annexe 6 : exemples de retranscription d'enregistrements de consultation

(les parties liées au sommeil sont en rouge)

6.1. Début de consultation

Consultation ad-17-04-5

Consultation après celle de son mari qui rentre de l'hôpital. (a revu le compte-rendu d'hospitalisation, discuté des examens, etc.)

Médecin : Et vous ?

Patiente : **Il me faut mes médicaments. Tous. Et du Stilnox®. Et du *****

M : ?

P : par exemple quand je vais dehors tondre, j'ai mal partout, alors j'en prends un et ça va

M : et le Doliprane®, ça ne suffit pas ?

P : non

M : et vous vous hydratez bien ?

P : peut-être pas trop

M : prenez de l'eau plutôt si vous avez des crampes comme ça, ça serait peut-être mieux que ce médicament, que vous savez je n'aime pas trop

P : je sais que vous n'aimez pas trop, mais quand on se promène et que je ne peux plus, alors je prends un truc, et je prends pas souvent... mais de temps à autre quand même

M : **et le médicament pour dormir alors.**

P : oui. **Et les autres médicaments**

(rire)

M : oui oui, mais si on parle un peu de celui-là... vous en prenez combien ?

P : un demi

M : un demi.

Mari : ah ? Et moi ?

P : aussi

Mari : encore ?

P : t'en as encore, un peu. Après du dormirais plus sans

Mari : ah

M : vous avez piqué celui de votre mari, c'est ça ?

P : moi ? Non... je pique jamais rien...

M : parce que sans ce médicament-là vous n'arrivez pas

P : mhhh (signe que non). Et même là, quand il n'était pas là j'ai peur maintenant toute seule, alors je me réveille à 2 h et puis c'est fini, même si j'ai pris un demi de ce truc-là.

M : et alors à 2 h vous reprenez un deuxième demi ?

P : non non je ne prends plus rien, je suis éveillée, j'écoute, il n'y a pas de voleurs...

Mari : mais maintenant...

P : j'étais tellement tranquille cette nuit

M : vous avez bien dormi parce qu'il était là

Mari : voilà

M : Ah ben pas besoin de Stilnox® !

rires

Bon. Donc c'est un bon médicament anti-voleur alors...

rires

d'accord. C'est vrai que la période en ce moment un peu difficile, avec beaucoup d'anxiété, vous étiez fatiguée de faire l'aller-retour... tous les jours vous faisiez l'aller-retour ou vous alliez jusqu'à H** en train...

P : non non en voiture, beaucoup trop loin, je préfère

M : prenez le tram

P : j'ai pas l'habitude... et puis maintenant c'est fini, c'est terminé

M acquiesce.

P : on va juste encore chez docteur AD... et puis à la pharmacie

(silence, il rédige les ordonnances)

M : OK donc en fait oui, je vous écris un comprimé et comme ça...

P : c'est pour 2 mois, c'est bien.

M : et vous, vous avez vraiment besoin d'un médicament pour vous endormir (s'adresse au mari) ? À l'hôpital vous n'en aviez pas ?

Mari : si, si

P : à l'hôpital on lui a donné

M : à l'hôpital on aime bien les patients qui DORMENT... comme ça on est tranquille

P : oui...

Signatures des ordonnances

M : Donc vous on avait dit que vous verriez le cardiologue et le... cette année... mais on verra quand vous aurez un peu plus de temps pour vous. L'échographie était bien au niveau de la thyroïde, la prise de sang...

(il regarde)

oui, vous l'aviez fait là, en février, alors... oui le cholestérol est un petit peu...

P : oui maintenant c'est sûrement mieux avec les médicaments

M : maintenant compte tenu de votre âge on va dire, on peut être plus tolérant

P : moi j'aime tellement manger... mon mari dit pas ça

M : les vaccins pendant que j'y suis

P : pour la grippe oui

M : et pour le tétanos ?

P : yé ça fait longtemps...

M : c'est vrai qu'on n'en a pas trop parlé... Ah ben c'est demain ?

P : demain quoi ? Ah oui !

M : c'est demain votre anniversaire !

P : demain oui, c'est pour ça que j'ai eu un cadeau d'anniversaire

M : ahhh d'accord

P : et en plus j'ai demandé à mes enfants, je voudrais un cadeau d'anniversaire qui leur coute rien du tout : venir demain et faire le jardin

M : et vous leur donnez à manger

P : salade de pommes de terre et *wurst*

M : super ! OK pour le tétanos, c'est tous les 10 ans, donc comme je ne sais pas quand vous avez eu le dernier vaccin...

Mari : et le mien...

M : oh vous avez tout sur vous

P : oui, mais pour trouver c'est autre chose

M : moi je vois quelque chose en 2002... ça doit être le dernier... avec tout ce que vous faites dans votre jardin OK je vais vous le prescrire, et puis à l'occasion hein...

la prochaine fois ! tenez.

Et alors ils viennent demain, vos enfants ?

P : oui, oui ! et alors d'abord ils avaient dit que demain il pleuvrait, et c'est encore un cadeau d'anniversaire parce qu'il ne pleut pas. Au moins ils peuvent travailler. Beaucoup de chose à faire

M : où est-ce qu'ils habitent ?

P : W

M : c'est pas si loin

Mari : et bien, on revient demain !

M : vous aurez mieux à faire, en famille

P : oui, lui il se repose et nous on travaille.

Au revoir !

6.2.Milieu de consultation

Consultation n° ab-18-12-1

Vient pour le renouvellement de ses médicaments

M : lui dit qu'elle se prépare pour la semaine prochaine, doit faire attention, etc. (implicitement, c'est Noël la semaine prochaine)

P : c'est bizarre cette année je n'ai pas de travail

M : ah c'est la première fois ?

P oui j'ai dit à mon fils c'est bizarre

M : vous allez chez votre fils ?

P : non, chez ma fille le 24, et après chez ma sœur, j'ai dit c'est bizarre cette année j'ai rien à faire, même pas besoin de penser (rire)

(continue là-dessus)

va s'installer pour l'examen clinique

M : on va mesurer la ceinture abdominale...

P : c'est toujours pareil

M : 99, ça ne bouge pas, déjà ça ne monte pas

(puis chuchote, peut-être à l'intention de l'interne)

M : la tension artérielle, 99 ça ne passe pas le 100, mais bon, ça a été mieux regarde la prise de sang...

Bonne glycémie, j'explique toujours que la ceinture abdominale c'est un peu le risque de diabète pour la suite, mais pour l'instant... !

Vous êtes pas trop sucrée...

P : Non

M : C'est ce qui nous a sauvé jusque-là.

P : mon mari il cherche.

M : à table on met des légumes tous les jours... ?

P : oui on a l'habitude avec les enfants

(...)

P : je ne sors plus autant...

M : je pense qu'il faudrait réargenter un peu l'activité physique

P : oui, oui...

M : et faire de la marche... ?

P : toute seule ça me tente même pas...

M : avec ce groupe de l'infirmière, vous auriez pu...

Mais on pourrait inscrire Madame a Asalée, hein...

explications... « vous rentrez dans les critères » ils sont dédiés à ça, le but est d'essayer de voir les patients, revoir au niveau alimentaire, ou on en est... il y a de l'enjeu chez vous, surveillance tensionnelle...

Et en plus de voir où on peut progresser, la qualité de vie, sommeil... (...)

Et le médecin il n'a pas ce rôle d'éducation

P : oui...

M : enfin on devrait, mais on est limité, dans le temps. Et ce que l'infirmière Asalée peut se prendre plus de temps et assure le suivi sur le long cours, un suivi plus personnalisé, plus de temps. Explique la marche avec l'infirmière

P : mais oui c'est vrai c'est...

(médecin coupe toujours la parole)

M : en plus vous n'habitez pas loin ce serait faisable

(examen clinique)

P : moi j'ai une amie, je lui dis on pourrait...

M : la piscine...

P : la piscine j'y vais, pas de souci tous les vendredis soir

m : et nous médecins on pense voilà, j'équilibre la tension, on surveille les prises de sang tous les 3 mois pour rechercher une entrée dans le diabète, **et je me dis on pourrait améliorer sa qualité de vie.**

P : c'est vrai que moi j'arrive pas à dormir...

M : tout le reste.

Et vous dormez pas beaucoup parce que vous vous couchez vers quoi ?

(baisse un peu son débit et la laisse un peu plus parler)

P : 10 h, 11 h

M : oui, après... on fait quoi ? vous regardez la télé... ?

P : oui je regarde la télé, je fais des mots croisés, mais après je m'endors tout de suite...

M : ça serait mieux d'éteindre la télé se lancer dans le mot croisé

P : après je lis au lit, mais là il faut que je relise ce que j'ai lu parce que...

M : vous allez vous coucher, vous lisez encore un petit peu...

P : oui

M : puis vous vous endormez tranquillement

P : oui, et je me réveille à 2 h, 2 h, 3 h.

M : oui, dans quel état d'esprit vous êtes, à 2 h, bien réveillée...

P : oui réveillée

M : et puis avec l'angoisse « zut je suis réveillée »

P : oui...

M : vous regardez quel est le premier réflexe, vous regardez l'heure ?

Voilà

M : et se dire zut il est que 2 h

P : voilà voilà, je vais de nouveau mettre 2 h à me rendormir et...

M : pourquoi vous mettriez 2 h ?

P : parce que je mets toujours 2 h pour m'endormir

M : sacrée...

P : est-ce que c'est psychologique (rire) ? Oui... mais ça fait des années !

M : ah oui très bien. Je suis un tout petit peu en dessous de 13/80

(incompréhensible, enlève le brassard, mais la patiente parle)

M : oui comme dit cette histoire de sommeil après 2 h du matin c'est plutôt la panique vous dite je vais pas dormir jusqu'à 4 h qu'est-ce que je vais faire... qu'est-ce que vous faites en général, vous vous levez ?

P : je ne me lève pas

M : pourquoi vous ne vous levez pas ?

P : ben je vais me lever, je vais regarder un peu la télé et puis je vais me rendormir

M : la télé c'est dommage parce que ça va stimuler les petites cellules grises, la meilleure chose ce serait de se lever, d'aller à la cuisine, de boire un verre d'eau fraîche, de s'asseoir, et de reprendre à la limite votre mot fléché que vous étiez en train de faire en vous couchant, une lecture, assise, tranquille, dans le calme, et je lis jusqu'à ce que je sente la fatigue revenir. Vous allez sentir revenir

P : oui bah c'est ce que je vis...

M : l'engourdissement, la fatigue... là pas de panique, le meilleur endroit pour dormir c'est mon lit, j'y vais tranquillement je me rallonge et je me laisse aller au sommeil...

P : oui...

M : parce que vous ne pouvez pas comme il y a le mari allumer et

P : oui j'ai, c'est ce que j'ai dit, je pourrais lire parce que là je m'endors,

M : ben voilà

P : mais comme j'allume pas la lumière, pour pas le réveiller, par contre je compte les SECONDES

M : oui, mais vous allez très loin !

P : 5, 6...

M : jusqu'à 72

P : et alors là je m'endors

M : oui, mais vous avez beaucoup compté avant de vous rendormir, vous vous rendormez un petit coup, vous vous réendormez...

P : non après je m'endors, c'est rare que je me... réveille...

M : ben vous me dites je mets 2 h à m'endormir. et vous voyez défiler, 2 h 25, 2 h 1/2

P : ça dépend, parce que si je pense à des choses de la journée

M : voilà si vous pensez à des choses qui vous ennue qui vous énerve, c'est pour ça qu'il faut détourner l'esprit, qu'il vaudrait

mieux se lever, comme vous dites

(...)

Franchement faut essayer. C'est pas grave de se réveiller, il faut arriver à retrouver le sommeil.

P : (*incompréhensible*)

M : et je pense qu'en faisant une activité type lecture ou mots fléchés la fatigue va revenir (*repréend la TA en même temps*), continuez un petit peu pour vraiment sentir vous engourdir, après s'il est 5 h, vaut mieux vous lever. Évitez l'après-midi, vous avez tendance à faire des siestes ?

P : non

M : faut pas que ce soit long une sieste, de quoi récupérer (*écrit à l'ordinateur*)... Parce que je pense que le problème de poids est en partie lié à...

P : oui, J'AI UN PROBLEME

J'ai eu un caillou

M : ah parce que je pensais que vous aviez un petit ulcère variqueux.

P : ça ne part pas complètement, mais ça ne m'a jamais fait mal

M : pourquoi ça ne part pas complètement, parce qu'on a un mauvais terrain circulatoire, on voit ce retour veineux, ces petites varicosités... au niveau artériel... là j'ai bien les pouls, la circulation artérielle qui va amener l'oxygène et les agents cicatrisants pour guérir. le mieux serait d'avoir un petit pansement cicatrisant pour guérir (*explique les soins*)

M : bon ben essayer, en ce qui concerne le sommeil essayez les méthodes, je vais pas me dire tant pis il est 2 h et tout. discrètement (ne pas prendre de risque quand je me lève... (*résume ce qu'elle a dit avant*))

Faudrait se détacher de regarder l'heure aussi

P : je ne me lève pas parce que sinon je mets encore plus longtemps à m'endormir

M : (*continue de parler sans trop l'avoir entendue*) : si vraiment vous restez 2 h réveillée, vous le récupèrerez les jours suivants

P : oui..

M : c'est le mental qui n'accepte pas de rester 2 h à ne rien faire

P : alors il y a des nuits où je dors.

M : (*parlant à l'interne pour être entendue de la patiente*) c'est une dame aussi qui est assez anxieuse, qui se fait du souci pour sa fille, ses petits-enfants

P : (*rire*) toujours !

M : et c'est la nuit qu'elle y repense le plus

P : (*rire*) oui c'est vrai, c'est vrai

M : et qu'elle se demande pourquoi c'est comme ci, comme ça, l'argent le reste, la famille

P : on part au mois de janvier, on ira au ski une semaine

M : et quand vous partez comme ça, l'an dernier elle était partie au ski aussi, comment vous dormez ?

P : oui, eh bah c'est pareil, c'est pareil (*rire*)

M : c'est pareil... Mais je pense que même sur le sommeil on devrait l'aider alors je me disais...

P : ah mais ça fait des années ça

M : AH, MAIS, c'est par parce que ça fait des années

P : parce que avant j'étais chez Dr W, il m'a toujours dit si vous restez couchée c'est pareil que si vous dormez, vous vous reposez donc

M : vous récupèrez quand même

P : voilà

M : mais la mauvaise solution ça serait de vous donner des somnifères parce que ça aide à l'endormissement

P : oui ça oui !

M : or vous vous endormez très bien

P : oui non non je m'endors bien

M : et ces réveils sont plus liés à l'anxiété. Alors on verra si à un moment faut pas explorer le sommeil, ça ne fait pas évoquer en premier des apnées des pauses de tout ce qui perturbe le sommeil, mais c'est vrai qu'il y aurait des risques

P : mais vous savez de toute façon je

M : mais quand même un jour explorer son sommeil, savoir comment elle dort

P : oui

M : mais je crois qu'il faut déjà remettre les phases de sommeil, faut déjà rééduquer sur une bonne hygiène de sommeil

P : je ne suis pas trop médicament alors...

M : l'hygiène de sommeil, non, mais je parlais d'analyser vraiment comment est votre sommeil. Là vous nous donnez quelques infos, pour une première fois c'est déjà bien, mais on peut améliorer ça. là elle est déjà traitée par... (HTA) il nous faut des Dolipranes®, surtout en ce moment

P : enfin pas régulièrement, dès que j'ai mal

M : enfin là qu'il y en ait

P : oui

(par les virus...)

P : vous avez vu la feuille que je vous ai laissé la dernière fois ? pour mon antibiotique, ben c'est parti hein

M : c'est bizarre c'est parti, elle avait des douleurs de dos...

P : et à chaque fois que je prenais l'antibiotique, je prenais ça j'avais plus mal

M (évoque Lyme, propose recherche bio au prochain épisode)

Résume les médicaments, besoin de rien d'autre

P : autrement je suis pas beaucoup malade c'est vrai. Avec l'âge ça va venir peut-être

M : si vous avez 10 min de plus, je vais vous présenter à l'infirmière

Voilà, on peut faire mieux, on se dit là, on est bientôt en 2015, qu'est-ce qu'on peut faire de mieux chez madame. La tension le sommeil...

6.3. milieu de consultation, non repris par le médecin

Consultation n° Q-23-06-12

(première phrase inaudible)

P : j'enlève mes chaussures ?

M : montez sur la balance...

P : il manque un petit peu d'équilibre en ce moment...

M : alors 72,9... Venez ici...

P : je vous ai emmené mes ordonnances (inaudible) c'est mercredi que je suis allée...

M : pour le dos là ?

P : je vous montre...

M : on va regarder ça, mais restez debout on va déjà examiner où vous avez mal...

P : ben écoutez dans le dos, et aujourd'hui pas, mais normalement j'ai un point ici

M : sous la côte donc, est-ce que c'est douloureux aujourd'hui ?

P : d'habitude oui, mais là ça va mieux

M : là ça va mieux

P : souvent oui

M : est-ce qu'il y a des douleurs dans le dos ?

P : (inaudible)

M : ça vous fait mal quand j'appuie là ?

P : non...

M : et sur le côté...

P : non ça va...

M : c'est un deuxième endroit de douleur, mais cet endroit-là peut expliquer pourquoi vous avez mal à la côte, c'est un peu sensible ?

P : là oui !

M : ça peut être articulaire, on a des côtes ici...

P : et j'ai un petit peu de manque d'équilibre, je m'accroche souvent...

M : restez couchée, on va vérifier le cœur et la tension... je reviens tout de suite (M sort de la pièce)

M2 : je commence par prendre la tension si vous voulez bien

P : (inaudible) ... et puis à la maison rien du tout

(prise de tension)

M2 : que avec le bras droit, pas bouger celui-là, que je puisse palper la poitrine... faut juste pas bouger le bras gauche... 161,86, c'est un peu haut, mais c'est normal. Vous avez de l'hyper tension ?

P : ...

M2 : c'est le médecin, c'est normal. Vous soulevez un petit peu, que je puisse palper ?

P : (inaudible)

(silence, bruit de porte)

M2 : l'abdomen ne fait pas mal hein ?

P : ben en ce moment avec la chaleur... d'habitude j'ai jamais mal, mais un petit peu de tout en ce moment...

M2 : ça reste très souple, c'est rassurant. Vous vous relevez ?

P : ...

M2 : c'est le dos ou devant

P : c'est le dos

M2 : à quel endroit ?

P : (inaudible)... j'ai un matelas horrible

M : qu'est-ce qu'il a de spécial ce matelas ? il est trop dur ?

P : c'est de la mousse toute dure... je vous dis pas ! (inaudible) je souffre encore plus !

M : c'est pas bon ça...

P : (inaudible)

M : oui, oui...

P : ça fait un an que je suis dessous...

M : ça vous convient pas

P : mon compagnon non plus, il a reconnu que sa mousse...

M : était pas bonne... faut pas prendre des matelas trop durs...

P : (Je suis partie ?)

M : je vais vous prescrire quelque chose pour la fatigue

P : qu'est-ce que vous pensez ? vous voulez que je vous montre ?

M : oui, montrez-moi... vous avez laissé votre sac...

P : y a personne ?

M : allez y a personne (M parle avec M2, inaudible)

P : je suis en train de faire le tour de toutes les pièces... je profite quand même pour vous montrer... je dors plus non plus...

M : la prise de sang c'est très bien, la kiné c'est très bien...

P : on me dit... vous êtes tombée...

M : c'est pas indispensable le (inaudible) costal, mais allez-y si les douleurs persistent

P : j'avais toujours un peu mal... mais comme je suis dure je dis rien

M : faut voir ce qui se passe. Et je vous mets quelque chose aussi en homéopathie pour la douleur...

P : vous faites, pas là ?

M : (inaudible) on va vous aggraver et je voudrais pas... je vous prescris quelque chose pour les douleurs costales. Je vous ai mis des granules pour la fatigue, des granules pour quand vous êtes vertigineuse et des granules si douleurs costales... on se reverra en juillet...

P : j'ai un rendez-vous fin juillet

M : hé ben c'est parfait... on fera (la signée ?) à ce moment-là... quitte à ce que je vous en prenne un peu plus la prochaine fois... (il imprime l'ordonnance)

P : (inaudible)... un mélange

M : vous prenez bien les premiers granules pour la fatigue et ça pour les douleurs costales... ça devrait vous soulager

P : et je continue pour mes crampes ?

M : vous en avez encore ?

P : oui, oui...

M : ben c'est bien

P : et je continue pour les...

M : comme ça on verra aussi la prise de sang. On se revoit en juillet... Vous me montrerez votre prise de sang

P : je vous amènerai les résultats

M : vous m'amènerez vos résultats... Est-ce qu'il y a le fer dessus ? J'ai pas regardé...

P : ah...

M : y a pas le fer, je vais le rajouter...

P : on ne se connaît pas beaucoup, j'avais mon médecin, après cette jeune femme était enceinte, après y avait plusieurs personnes...

M : je vous suis régulièrement, vous inquiétez pas...

P s'en va. La discussion se poursuit :

Logiquement faudrait le faire à chaque fois, faire l'hémoglobine (inaudible) Normalement faudrait le faire, hémoglobine à chaque fois, pour valider le fait que je recommence la fois suivante. Si tu veux, j'ai jamais eu une hémoglobine qui s'est effondrée... c'est très régulier (inaudible) Si tu veux faire ça, il faut que tu prescribes des sets pour des gens qui sont en infection longue durée (inaudible) C'est des sets assez chers, mais qui sont pris en charge 100%. Un set, c'est un truc d'aspiration sous vide. Donc tu mets ton aiguille, ça aspire tranquillement et pendant ce temps tu peux voir d'autres patients.

M2 : c'est la première fois que je le vois faire au cabinet

M : c'est hyper pratique, parce que t'as vu, c'est pas du tout anxiogène... tu doses exactement en fonction de leur état, tu doses, 50, 300, alors qu'ils prennent 400 ml. Tu verras j'ai une autre patiente... là c'est des gens qui sont en entretien, qui sont stabilisés, mais j'ai quelqu'un qu'on essaie de désaturer... On est partis de 400 et on descend régulièrement. J'y vais doucement (inaudible) Une fois que le diagnostic est fait...

M2 : il faut un bilan complet pour voir

M : (inaudible) Tous les autres traitements, Vespera® et tout ça, ça marche pas, ça fait mal... (inaudible) Là tu verras le monsieur qui va venir cette semaine, que je vois régulièrement, quand j'ai commencé les (saignées ?), dès qu'on a commencé, il s'est senti mieux immédiatement

6.4. Milieu de consultation, initié par le médecin

Consultation n°AB 16-12-5

Le patient doit recevoir ses nouvelles chaussures de travail de sécurité, pointure 45-46

Il n'a pas encore cherché ses semelles... a les anciennes depuis 1 an ; doivent être changées, parce qu'écrasées par le poids.

Il est accompagné de son épouse, ils déplorent des douleurs plantaires récurrentes et inflammatoires, même la nuit.

Il a perdu du poids des kg (*pesait 140 kg*)

Est tendu au niveau des plantes des pieds, des 2 côtés. Inflammation présente particulièrement à G. Bains de pied.

P : le matin, on marche comme une machine jusqu'à ce qu'ils soient chauds... la semelle elle est bonne...

M : Attention aux plaies creusantes !

P : Genoux OK, finalement ne seront pas opérés.

M : Il a des petites plaies...

P2 : C'est quand il soude

P : Oui

M : ça traverse tout ! vous soudez tellement fort ?

P : ouais ouais

P2 : Il casse les pantalons, les chaussettes, il casse tout...

M : Il est comment en ce moment ? Bien stable ?

P2 : Non, il est dépressif nerveux agressif...

P : Ils me tuent au boulot

P2 : je n'arrive pas le tenir

P : bientôt bientôt...

M : je me demandais si vous aviez réussi à bloquer des RDV... rien...

P2 : non, rien... il est méchant parfois

M : gardez toujours le courrier du cardio sous le coude, c'est toujours valable

P : mais on parle pas de pilule

M : non, mais dans mes objectifs, j'aimerais bien que soit réévaluée la fonction cardiaque, je viens de l'écouter, il est un peu lent...

P2 : **il est nerveux, il est parfois méchant... il se bat la nuit en dormant**

M : mais « nix » pilule du fou

P2 : **il veut pas la pilule du fou**

Et : **la pilule de quoi ?? Du fou ?**

P : **de quoi ??? Arrête ça**

P2 : **il veut pas, il est dur en ce moment...**

P : **c'est eux les fous !**

P2 : **il veut pas la pilule**

M : c'est de la Paroxétine que je vous avais mis, pour qu'en cas d'un peu de panique, qu'il ne se jette pas sur ses collègues de travail

M : il y a eu peu de repos entre Noël et Nouvel An ?

P2 : Oui

P : heureusement

M : faut couper... c'est les collègues qui vous agacent ?

P : non, c'est la direction, c'est des nuls...

P2 : rooooo

Et : vous faites quoi comme travail ?

P : Soudeur

M : moi je suis à 69 là

P : heureusement que c'est bientôt la fin... les autres je les plains

M : Oui, mais il faut penser à vous, à votre santé

M : oui c'est bien régulier, il est bien ralenti, au moins c'est pas « tatatata » à fond... il est bien ralenti, c'est bien...

M : Il a bu un petit café ?

P2 : non, mais là il a bien décompressé, il a pris la douche, et puis il est monté...

M : Ce que je voulais, c'est réévaluer sa réserve, ce qu'on appelle la réserve coronarienne... chez un diabétique, avec des facteurs de risque... chez un diabétique avec des facteurs de risque, on veut savoir si ses coronaires perfusent toujours bien le cœur. Quand on le sent, OK, il y a des signes... mais parfois on sent rien, alors on va aller chercher : c'est pour ça qu'on fait des scintigraphies ou des épreuves d'effort pour voir si on déclenche. Chez vous : plutôt scintigraphie, à l'épreuve d'effort, il y avait surtout des salves, des extrasystoles, alors il a fallu arrêter... depuis 5-6 ans, ça serait bien de revoir...

Il faut qu'il aille voir sa copine le docteur G**...

P2 : j'ai la lettre pour N**

P : elle est pas encore morte celle-là ?

P2 : non, mais tu arrêtes !

M : elle a pas 60 ans, elle est de la promo du docteur O**

P : elle en a des années sur le dos, celle-là...

P2 : non, mais tu arrêtes... G** Elle va pas mourir... n'enregistrez pas ça !

M : la pilule du fou, ça le calmait bien, il ne tuait plus tout le monde... ne faites pas comme l'autre en Australie... des fous dans le monde il y en a, qui prennent les armes et tuent des gens...

Nous il faut savoir réagir différemment... on réagit avec le dialogue...

SOMMEIL

M : j'ai jamais vu ça chez lui, il est raplapla... il est fatigué aujourd'hui ? Il a 110/70, il avait des 12... 12.5.. Il est fatigué... à mon avis, il dort mal

P2 : il dort mal... Il est nerveux... il se bat la nuit.

M : il est fatigué

M : alors Lucien (*nom modifié*), c'est quoi, je dors mal ? C'est comme d'habitude un peu de télé et je vais me coucher ?

P2 : non

P : le journal télévisé à 20 h 30 et je vais me coucher, je prends la commande alors j'ai la paix

M : et vous vous endormez vite ?

P : oui, je m'endors tout de suite

M : et après, vous avez la sensation de vous réveiller ?

P : oui, c'est la prostate, il faut toujours que j'aille pisser, ça vient des vieux, c'est comme ça...

M : vous vous réveillez avec le besoin d'aller aux toilettes ? Combien de fois ? 3-4 fois ?

P : non, 1 fois, vers les 1 h-2 h

M : donc, il s'endort vers 21 h et il dort bien jusqu'à 1 h du matin ? Il dort 4 heures...

P2 : non, non, il bouge, il crie, il rêve...

M : il et tout le temps agité son sommeil ? Où c'est ces derniers temps ?

P2 : ces derniers temps... samedi le 6 décembre, il a perdu un copain qui a fait une crise cardiaque d'un seul coup, hop là, à la fête de Noël... ça ça l'a marqué...

M : avant le 6 décembre, il dormait un peu mieux ? il criait pas ?

P2 : ça dépend... Quand au boulot on l'embête, alors la nuit il se bat avec son patron, il fait sa guerre... après, il faut qu'il aille faire pipi vers 2 h du matin...

M : 1 fois

P2 : oui, et vers 4 h-5 h du matin, il se lève et regarde la télévision

M : mais il ne relève pas pour faire pipi une 2^e fois... la prostate c'est qu'une fois... vous vous levez 1 seule fois pour faire un gros pipi

P2 : oui

P : non, mais parce que quand il faut y aller, il faut y aller, vous savez...

M : vous vous remettez au lit, vous somnolez un petit peu... vous vous souvenez de la 2^e partie de la nuit ? après 2 h du matin

P : je dors moins bien que tout de suite au début

M : ben oui, vous avez déjà eu 4-5 heures de sommeil bien...

P : le week-end, je suis réveillé à 4 h-5 h, c'est comme pour aller au boulot, je me lève à 4-5h00 et je regarde la télévision...

P2 : alors il réveille tout le monde

M : la télévision c'est pas trop bien, ça le stimule... vous pouvez pas aller à la cuisine ? Boire un grand verre d'eau ? Regarder un petit journal ? Lire un livre... pensées indiennes...

P : quoi ? pfff

P2 : il regarde les cow-boys, alors il me réveille... et vers 6 h, il va chercher le journal, parce qu'il a entendu qu'elle l'a mis dans la boîte aux lettres, et à 7 h il va chercher le pain, et alors c'est bon, c'est fini, il ne dort plus, il est plus calme, il déjeune... mais n'empêche qu'à 6 h du matin, c'est tout le monde debout... 4 h-5 h...

M : 115/70 ouais, super tension bilatérale... par rapport au diabète, du reste on est très content d'avoir des chutes de tension, c'est vraiment parfait : maintenant, habituellement, vous êtes plus haut, ça signe la fatigue... Il n'y a pas de vertiges ? La tête qui tourne ? Un peu les jambes en coton, je me sens pas trop bien ? Flagada ? vous soudez debout parfois au boulot...

P2 : Il a beaucoup de crampes... Il a des crampes dans les mollets... le soir ça commence à picoter.

P : samedi, il y avait de nouveau le coup dans le mollet... c'est plus là...

M : La nuit ?

P : oui, la nuit, ou le soir ça commence à picoter... hier soir ça a repris...

M : il faut explorer votre sommeil, il faut être sûr qu'il n'y ait n'avez pas un syndrome des jambes sans repos, des apnées...

P : d'un seul coup comme un point...

P2 : alors il hurle

M : il faut penser aux apports hydriques en journée, beaucoup boire en journée, c'est déjà un minimum, l'équilibre au niveau des repas, qu'il n'y ait aucune de carences vitaminiques et tout... Après, quand ça survient comme ça la nuit...

P : oui, alors qu'est-ce que je fais ?

M : ... le mieux c'est de se lever, masser le muscle, faire travailler le muscle...

P : oui, ça, je le sais, je le fais, je tire le muscle...

P : on peut rien faire, on le sent qui commence à picoter, il travaille il travaille, et puis dès fois c'est le début d'une crampe... et ça vient d'un coup... samedi, il y en avait déjà un c'était comme ça...

M : c'est typique : tant que le muscle est irrigué en journée et chaud, pas de souci...

P : ouais, pas de problème en journée, c'est le matin ou le soir...

M : ... mais le soir au repos, le muscle récupère, se relâche, et c'est là que la crampe vient, il y a moins d'irrigation, un peu juste pour le fonctionnement du muscle, mais pas comme à l'effort... du coup, c'est la carence, c'est la crampe... alors, ça vient de ses troubles du sommeil, de sa nervosité, il y a plusieurs facteurs... il n'y a pas de médicaments qui vont pouvoir enlever les crampes...

P : parce que vous savez, quand il vient, vous pouvez gueuler... tout le monde vous entend...

M : on pourrait donner le magnésium... mais ça serait les crampes là...

Et : il a quoi comme antihypertenseur ?

M : alors, il y a l'Enalapril... et puis... on va regarder ensemble... il y a l'IEC... mais il a une *** ? Régulièrement ...c'est une crampe, c'est pour ça, la meilleure chose à faire quand ça vient, c'est le froid, vous posez le pied sur le carrelage, ça soulage, vous déroulez le pied... vous marchez un peu...

P2 : d'abord il hurle, je crois que tout le quartier est réveillé...

P : il y a un trou comme un point... le muscle il est plus là...

P2 : Cannelle elle fait un saut, comme il hurle ! il s'en fout que c'est une heure du matin...

M : Soufflez bien... Respirez bien... non, mais là il est ingérable en ce moment...

P2 : Il est stressé, il est nerveux, et alors des fois il est dépressif... Alors il va dans sa tanière, il parle plus...

M : au moins les grandes fonctions, là c'est bien... mais une tension aussi basse, ça fait longtemps que vous n'aviez pas eu... c'est pas que le traitement est super efficace sur vos reins tout d'un coup, c'est que vous êtes fatigué, vous avez accumulé avec des troubles du sommeil, on n'a pas intérêt à alléger le traitement, parce qu'on est encore dans des normes, il a pas de symptômes, il a pas de vertiges et tout...

P2 : je ne pense pas que c'est une fatigue physique... je pense que c'est une fatigue morale... il se mord les lèvres, il est toujours les yeux froncés...

M : il a une atteinte du rein avec son diabète... l'objectif avec son diabète, ça serait des tensions en dessous de 12, c'est l'objectif... là on est content avec 12,7... 11,5

M : le ventre, ça va ? Pas de diarrhées ? Le matin comme il est nerveux...

P : non

M : bon, si c'est pas la pilule du fou, mettez quand même un petit calmant...

P : NON NON, ça a rien servi, l'autre idiot il t'écoute « nix »... charlatans... je vais pas...

M : pas d'aller voir le spécialiste du sommeil, de prendre un comprimé le soir...

P : mais non, mais non je dors bien...

M : il paraît que vous criez pendant votre sommeil... Cannelle a eu peur... Martine est tombée du lit 2 fois... elle met des boules quies... elle a peur de l'entendre...

M : il y a des périodes où il a vraiment des diarrhées... Metformine... là ça va... il est bien sûr le plan cutané, il n'y a pas d'éruption...

Par contre, là on voit, les yeux...

P2 : hein, il a les yeux froncés, il est toujours agressif...

M : **il faut le remettre au football... la marche... la randonnée**

P : **Yo, Nix... je voulais aller au club de randonnée... veulent une licence... Yo Nix**

P2 : je croyais que tu voulais poser une question au docteur S**... pour Pierre (*nom modifié*), savoir pour ce rein, savoir comment ça se fait... j'ai un neveu qui rentre à H**, il a un rein desséché, comment c'est possible ça ? On a vu l'écho, un rein normal, l'autre comme une olive... aucun symptôme...

M : ça se voit souvent en cas d'atteinte de l'artère du rein, en cas d'hypertension sévère, si l'artère ne fonctionne pas correctement, petit à petit le rein s'atrophie...

P : ça me travaille, parce que j'avais un rein qui ne fonctionnait pas, et qui s'est remis en marche tout seul... j'espère qu'on ne va pas trouver ça chez moi un de ces 4, comment ça se fait qu'ils ne l'ont pas trouvé chez lui ?

M : chez vous on a une néphropathie présumée due au diabète, on essaye d'améliorer et il y a le médicament là l'IEC, qui protège et a permis de réaméliorer la fonction rénale... il y a quand même une augmentation de la protéinurie... Le rein c'est le filtre... on sait mesurer la qualité du filtre...

Ce n'est pas le même type de soucis chez vous...

P : j'ai des douleurs là...

M : Les artères chez vous sont à surveiller, artères du rein et artères des yeux...

Explications sur les examens utilisés... conseil de voir l'ophtalmologue 1x/an, on sait traiter à condition que cela soit vu suffisamment tôt, il faut aller le voir maintenant, le dernier fond d'œil date de 1 an ½... l'angiologue... il avait vu V** qui avait guetté... le plus important, c'est le néphrologue, B**, O**, l'ophtalmologue, et le cardiologue, ça aurait été bien aussi... d'ici le printemps ; avoir pris les RDV... logiquement pas la même chose que Pierre... je vous ai noté tous les RDV à prendre... c'est ça qui vous rend aussi plus nerveux ? De s'inquiéter d'avoir comme Pierre...

P : oui, on m'avait dit que j'allais être dialysé... je m'étais levé avec la bouteille... et l'autre il l'a vu... il a dit il a eu une greffe...

M : ce qui arrive à Pierre pourrait vous arriver un jour...

P : comment vous voyez ça ?

M : chez docteur V** et dans vos urines de 24 h, c'est pour ça que je voudrais que O** donne son avis... j'ai pas lieu d'augmenter le traitement pour l'instant...

Lettres différents médecins... à vérifier pour aller voir le cardio... docteur O** et docteur D** sont à la Civil...

P2 : ah... D** ça avait pas trop bien passé, le chef de service, il est assez pète-sec... il avait pas que ça à faire... il a dit vous allez chez S**... s'il y a quelque chose, elle doit me prévenir

Le plus important c'est l'ophtalmo et le cardio

P : ça fait 1 an ½... J'étais à N**... avant j'étais chez K**

M : Non, c'est bien, il est fatigué le soir, il s'endort vers 21 h et dort 4-5 heures, d'un bon sommeil... enfin, non il fait le cirque quand même, donc le sommeil profond est pas si bon... toutes les nuits il crie ? Il s'agit, il se bagarre ?

P2 : non, ça fait une 15aine de jours, il est très très stressé... il fronce toujours les yeux... arrête de froncer les yeux, on t'a rien fait, nous..

P : je sais pas, ça peut encore arriver...

P2 : roooo... Il est méchant hein.

M : la numération était pas bonne...

P2 : il est remonté à 7 j'ai vu...

M : triglycérides 1,80 pas au-dessus de 2 on a déjà eu pire... le sucre à jeun 1.25, là il était bien... 7,4 *** ? Objectif je vais vous mettre en dessous de 7...

P2 : à 6.9 il était calme... je crois que les nerfs doivent quand même agir, non ?

M : si ça joue, dans son comportement, hydratation, alimentation... il a un excellent bilan lipidique...

P2 : chocolat... je trouve quand même des papiers de chocolat... il me dit qu'il ne mange pas de chocolat... faut pas que je le dise parce qu'il devient agressif...

M : il est pas mauvais le filtre de vos reins, mais il laisse passer de trop grosses protéines, il y a des protéines dans les urines plus importantes qu'il ne faudrait... par contre dans le sang, le débit de filtration est correct, c'est pour ça que je me tourne vers le néphrologue ; pour protéger le filtre... il a déjà quasiment le traitement, donc surveillez votre alimentation, surveiller les autres facteurs de risque...

P2 : on mange moins de saucisses... on fait des efforts... moins de boissons alcoolisées...

M : le foie il récupère, c'est bien...

P2 : C'est au niveau du moral... depuis le 6 décembre... il décompresse depuis qu'il a appris le décès... et en plus Pierre qui vient lui dire qu'il a un rein qui est tout sec...

M : c'est depuis le 6 décembre que vous dormez mal, depuis que vous avez appris...
il a des crampes toutes les nuits, mais c'est modéré... ce bilan du 6 avant d'apprendre la nouvelle, il était bien, vous avez fait des efforts... faut vous ressaisir, ça fera pas revenir votre copain... le meilleur moyen de ne pas avoir quelque chose au rein, c'est de prendre votre traitement... c'est pour ça que je voudrais vous envoyer...

P : dès qu'on voit un petit truc, on croit tout de suite qu'on a tout ça... mais c'est pas vrai, c'est dans la tête...

M : Franchement, un bon truc, ça serait la marche, le meilleur moyen de ne pas boucher les artères... ça peut être un tapis de course, un vélo d'appartement...

P : heureusement que vous ne me demandez pas si je fume...

M : mais on sait très bien que vous ne fumez pas... vous allez pas vous mettre à fumer...

P : alors, on te fait arrêter le foot, l'arbitrage... et après faut recommencer à marcher...

P2 : il nous pardonnera jamais ça... on t'a pas fait arrêter le foot !

P : si, toute la bande... tout le monde

P2 : tu peux pas souffler dans le sifflet jusqu'à 80 balais...

P : oui, c'est vrai que c'est à cause du genou...

P2 : donc c'est pas notre faute !

M : Il s'appelle S** ? vous lui parlez toujours ? Salut, s** ... Il est allé faire ses épreuves d'effort, il a vu la cardio, on lui a renouvelé sa licence...

P2 : l'an dernier il pouvait plus, il prenait un cachet avant le match et après le match

Côté traitements : renouvellements traitement diabète...+ vaccin contre la grippe, il sort du frigo

Et : je vais lui faire... non, non, j'ai pas peur de lui...

M : Un bon coup d'alcool, un peu d'éther sous le nez, et il dort...

P2 : il dit rien, t'a vu, la pauvre...

M : à l'hôpital, ils lui auraient déjà fait une piqûre dans les fesses, ils l'auraient calmé...

M : localisation dans le deltoïde G, il est droitier Lucien, on le fait à gauche

Et : à gauche

P2 : j'ai ses résultats...

M : CPK, c'est les protéines musculaires, elles sont un tout petit chouia
C'est quand il fait des crampes, c'est une souffrance musculaire
Ça ça va être galère, il n'y a pas de traitement. Il faut beaucoup boire

P2 : mais il boit beaucoup, il boit ses 2 litres par jour

Appel téléphonique : carton à la déchetterie

M : il maintient ses efforts, c'est bien... justement nous ce qu'on surveille, c'est la fonction rénale, filtration normale, on s'en rapproche, le calcul est un peu faussé par le poids... elle est améliorée, elle remonte... je suis contente... le bilan est mieux, cholestérol, triglycérides...

P2 : il fait quand même des efforts

M : bilan lipidique est nettement mieux, petite augmentation des globules blancs

P2 : ça a été ta piqûre ?

P : oui... tu en veux une ?

P2 : je suis pas bien...

Alors il même fait un déca.

M : Irbestartan... gros dosage de Coaprovel 300, Enalapril IEC Renitec 20 mg 2/j, Kardegic 160, pour le diabète il a Lemaclabine Sédonaïl à la dose maxi, 2x5, januvia 100 mg et metformine 3x 1g, Tahor 40

On est au taquet

On le protège, normalement, il n'est pas sur un haut risque ! l'épée de Damoclès, elle n'a jamais tapé...

On a des risques connus, il prend bien ses traitements, on repousse l'ennemi

Les crampes rappellent : Lucien, il faut encore faire mieux, améliorer l'hygiène de vie

C'est pour ça que je voulais que O** me valide le traitement

Mais avant tout, voir le cardiologue, elle a du caractère

Pas de sang dans les selles, on refait ça dans 2 ans, sauf si entre-temps il y a des symptômes...

Le test va être facilité, c'était pas trop difficile à faire ?

M : alors Ginette (nom modifié), pour le soir, j'ai rien prescrit, mais s'il reste comme ça..

P : Non, non, pas de pilule pour le nerveux, je prends pas...

M : nerveux jusqu'à Noël, et à Noël, on souffle, on fait passer le père Noël... ou le père Fouettard... Saint Nicolas... attention

P : pas de problème, il y a déjà des pères Fouettards qui se sont retrouvés contre le mur...

M : Le vrai père Fouettard, celui de Lorraine, je vous assure que celui-là, attention...

Donc, Lucien, 8 jours encore, on vide la colère, on crie la nuit, on se bat, et à Noël c'est la trêve, on se calme, on prend de bonnes résolutions...

P2 : mais là ça va, il aura pas de travail, alors ça va aller... c'est quand il va au boulot... il ne supporte plus

P : je ne supporte plus... quand vous avez tant d'années dans une boîte et ils ont de nouveau un plan social en route... cette fois-ci il n'y a pas de problème, je reste devant la porte du Directeur, je lui dis, cette fois vire-moi, tout de suite j'y vais plus, mais il faut qu'il me donne des sous...

M : Il va rien toucher à la retraite... s'il est invalide, il va moins toucher de retraite... il reste combien de temps ?

P : 15 mois

Et : ALD pour le diabète

M : oui, Diabète, HTA, néphropathie... 15 mois ils vont pas lui faire faire jusqu'au bout

P : j'ai 3 mois de congés, tu me mets tout à la fin, comme ça je vois 3 mois de moins de gueules...

M : il faut maintenir les efforts... c'est bien là, on a 6 mois de bons bilans derrière... mais, il a toujours des moments où il se laisse aller...

P2 : il y a des moments où je suis pas toujours en forme moi aussi, alors c'est pas facile, Lucien c'est comme un cheval de course, il faut toujours le tenir... il crie avec moi, il monte, il rue dans les brancards, il est fâché, il claque les portes...

P : plains-toi, alors la tension elle va monter...

P2 : on fera les urines la prochaine fois ?

M : on a fait 2 fois, au printemps... mars, mai-juin... Dès qu'il aura fait ça, vous me le communiquerez, et alors on fera les urines pour avoir un bilan tout récent

P : pas que le rein il est de nouveau foutu.

Et : le cardio et l'ophtalmo d'abord

M : il est presque prêt...

M : oui, c'est pas la peine de lui en mettre trop d'un coup

6.5. Fin de consultation

Consultation n° K23091

Médecin : ça, c'est effectivement plus problématique

Patient : quand je suis debout, ça va, mais quand je m'assois...

M : c'est la mise en route... vous avez vu que sur la radio on avait vu qu'il y avait de l'arthrose

P : la dernière fois le jeune m'a bien expliqué ! Je sais pas comment il s'appelle !

M : Édouard tout à fait... Mais oui, oui, y-a-qu'à regarder vos doigts ! C'est de la déformation.

P : oui, oui...

M : le problème c'est que pour les doigts on peut pas faire grand-chose. On sait pas remplacer les articulations, alors qu'au niveau des hanches on sait le faire.

P : oui, oui...

M : on le fait que si vous dites, je veux qu'on me change la hanche...

(Le médecin prend la tension)

P : ça a changé de machine hein !

M : l'autre le brassard était mort ! Bon on va attendre un peu que ça redescende... On va déjà écouter le cœur et les poumons... (silence de quelques secondes) Avancez un tout petit peu et respirez fort par la bouche ! (silence) Parce qu'avant même de changer la hanche, y a une possibilité qui est d'injecter une sorte de *schmire*, ce qu'on appelle de l'acide hyaluronique. Pour aller mettre ça dans une hanche, c'est pas comme dans un genou. Dans le genou, ma collègue docteur R** le fait sans problème. La hanche c'est un tout petit espace fermé, donc faut le faire avec une scopie, c'est-à-dire sous l'appareil de radio, aller au bon endroit, injecter un produit de contraste pour être sûr qu'on est dans la bonne articulation et après mettre le produit. Ils le font à S** si vous voulez avoir un petit peu de jeu, en attendant de... Pour repousser... On pourrait faire ça... C'est simple à...

P : faut rester... ?

M : non vous restez pas, non c'est complètement en ambulatoire ! Je vous fais déjà un mot pour le docteur B** à S** qui s'occupe de ça, vous en parlez avec lui, si ça vaut le coup de mettre cette sorte de *schmire*. Lui n'est pas chirurgien, donc il a pas intérêt à vous mettre une prothèse. Vous connaissez son prédécesseur, Dr z** ?

P : Non, non

M : Z** et B** ce sont des rééducateurs fonctionnels. Ils ont pas d'intérêt spécial à opérer. Quand c'est indiscutable, on a plus le choix. Mais si on peut repousser un peu la hanche chez quelqu'un qui a pas envie de passer sous le couteau du chirurgien, ça vaut le coup d'essayer...

P : c'est l'hiver...

M : l'hiver, l'hiver ! Après l'été y a le jardin ! Si on cherche un prétexte, y a toujours...

P : oui, oui !

M : voilà, on regarde ce chiffre-là... (toujours la tension) Alors... (silence) (il tape sur son ordinateur) Donc pas trop pressé... pour aller voir le chirurgien, proposition de rééducateur fonctionnel. Discuter de l'intérêt de... (il parle à haute voix) Alors... Le docteur F**, la dernière fois que vous l'aviez vu

P : le 8 octobre ! D'abord il avait des vacances. Donc seulement le 8 octobre !

M : donc verra le cardiologue mi-octobre. Très bien. Donc en attendant, je vous fais donc une lettre pour Docteur B**, pour discuter tranquillement de viscosupplémentation, donc pour avis... sur l'opportunité de réaliser une viscosupplémentation... sur une coxarthrose... ... Donc à tous les coups elle est bilatérale... (passage inaudible, il relit ce qu'il vient d'écrire) Les radios c'est vous qui les avez de juillet ?

P : je les ai à la maison

M : vous les enverrez chez docteur B** ?

P : Oui, oui...

M : (il tape sur son ordinateur et énonce à haute voix ce qu'il écrit au fur et à mesure – inaudible. Il décrit la pathologie et parle notamment de tendinopathies fessières) On va le mettre en copie aussi... Comme ça vous aurez le numéro de téléphone pour la prise de rendez-vous

P : oui...

M : donc revenons à votre premier motif qui était les médicaments. Qu'est-ce qu'il vous fallait ?

(bruit d'imprimante) (son téléphone sonne – reprise à 14 min 45 s)

Hmmmmmm... Donc... Pas de Célébrex®, oméprazole, paracétamol et Diprosone®... Voilà. Est-ce que vous arrivez à vous passer de temps en temps du zolpidem ?

P : oui, oui

M : ah, et ampoule c'est vitamine D.

P : je sais jamais le nom ! et pour la piqure, je pourrai passer une fois le week-end ? Pour la grippe, sur la feuille là

M : oui, oui, mais vous avez pas besoin de tampon de ma part Vous allez directement à la pharmacie... C'est directement pris en charge par la sécu.

P : une fois quand je passe le matin !

(silence)

M : comme ceci... Donc ça c'est pour Docteur B**, et surtout emmenez bien les radios. Et on va voir ce qu'il peut vous proposer. Si on arrive à vous redonner un peu de mobilité, c'est déjà bien. Vous savez très bien que l'arthrose... Vous savez ce que c'est

P : oh j'ai travaillé à la boucherie.

M : le froid et les travaux répétitifs de découpe ou d'emballage... les articulations...

6.6. Renouveau tacite

Consultation n° ac-04-03-9

M : Chez vous Mme H**, il y avait ce problème d'hypertension, qui était pas dans les clous... donc on commence par essayer du Loxen...

P : j'ai vraiment pas supporté...

M : vous aviez des maux de tête ?

P : non pas des maux de tête, la figure toute rouge, et puis les pieds chauds, enflés...

P2 : les joues toutes rouges, et même un peu enflées...

M : et donc on a essayé un 2^e produit, c'était de l'Hypérium, mais là, ça vous desséchait la bouche

P : Oui, de façon vraiment désagréable

M : on a eu 2 effets secondaires... ça nous fait donc 2 familles de médicaments où on est coincé...

Votre traitement actuel, vous avez déjà 2 autres familles de médicaments : un diurétique et du Co-olmetec pour la tension, le souci c'est qu'on a 5 ou 6 familles de médicaments pour la tension, on a pas 50...

Ce que vous prenez actuellement c'est Tenoretic, et Co-olmetec... déjà 3 familles de médicaments, et 2 que vous ne supportez pas... on est coincés, il faut jouer sur les doses, rester à ce que vous tolérez et augmenter les doses

Vous êtes tendue aujourd'hui ?

P2 : oui oui, elle est nerveuse

M : vous avez un tensiomètre à la maison ?

P : non, non, on m'a dit « tu vas tout le temps mesurer la tension »

M : oui, lorsqu'on en a un à la maison, il faut maîtriser la chose, c'est-à-dire 3x/jour, 3 jours de suite, et puis stop... faut pas...

P : oui, mais comme je me connais...

M : et vous ne ressentez rien, pas de douleur dans la poitrine ?

P : Non juste les jambes

M : vous ne sursalez pas votre alimentation ?

P : non, pas du tout

M : c'est un peu descendu, on est à 15/8, on est descendu de 10

Finalement, c'est pas si mal que ça.

La dernière fois que vous avez vu le cardiologue, c'était quand ?

P : c'était avant Noël

P2 : d'ailleurs, je voulais lui dire qu'il passe une fois... pour l'inviter... en principe on se voit tous les 6 mois, on s'invite...

Examen

M : D'accord, là on est bon...

On va voir ce que vous avez raconté au mois de décembre... vous pouvez l'inviter à manger chez vous !

P2 : non, mais je plaisante...

M : j'ai eu un courrier au mois de novembre

P : oui, c'est ça, on y était au mois de novembre

M : pour lui, il n'y avait rien de particulier... on va faire des auto-mesures. Vous allez demander à la pharmacie un tensiomètre, homologué.

En médecine, on aime bien le chiffre 3, alors vous allez faire ça : 3 mesures de suite, 3 fois par jour, pendant 3 jours, il y a des appareils qui vous disent la moyenne tout de suite. Vous notez ça, puis vous laissez l'appareil de côté pendant 15 jours, 3 semaines. Puis, vous refaites pendant 3 jours de suite.

Quand on se revoit, vos chiffres seront peut-être différents, il y a le stress en moins... on verra alors ce qu'il faut faire... pour l'instant on rajoute rien aux médicaments... on va remesurer cette tension, ça peut changer depuis les 5 minutes qui viennent de passer, surtout chez les gens nerveux...

La tension, c'est comme le niveau de la mer, c'est une référence...

La tension, vous la mesurez assise... pas après avoir fait quelque chose d'énergisant... toujours dans un moment tranquille, et vous notez tout ça...

Là, votre tension est remontée, on se serait attendu à ce qu'elle baisse.

P : mais alors pourquoi j'ai les pieds chauds ?

M : c'est plutôt bon signe, ça circule bien...

P : et quand ils sont froids ?

M : c'est pas douloureux ?

P : non

M : oui, chaque fois qu'on mesure, on a 10 de trop...

On rajoute rien, vous demandez ça à la pharmacie... plutôt un appareil qui se met au bras de préférence... pas qu'on vous refille un modèle que vous ne souhaitez pas...

Annexe 7 : tableaux synthétiques des consultations, groupées selon le décours temporel de la plainte
7a : abordé en début de consultation

Base de données quantitative										
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement	
ad-17-04-5	9	77	femme	ALD	retraité	renouvellement ordonnance	suivi	écoute, examen, ordonnance	perindopril, omeprazole, zolpidem , statine, bbloq, thiazide	
bf-25-03-8	27	57	homme	RG	cadre sup	insomnie, acouphènes	insomnie, acouphènes	écoute, examen partiel, ordonnance	euphytose	
c18.03.3.6	18	38	femme	RG	employé	insomnie, asthénie, anxiété	insomnie, asthénie, sd dépressif	examen, info education santé, bio, ordonnance	diu	
e210214	19	44	femme	RG	employé	insomnie	possible hyperthyroïdie, insomnie	ecoute/empathie, conseil/education, bio, ex cardio, prevention arret pilule, ordonnance	vitD	
i10127	15	57	femme	RG	sans emploi	renouvellement	insomnie chronique	écoute, conseils, ordonnance	zopiclone	
i18012	17	56	homme	RG	employé	ro	insomnie	ordonnance, entretien, écoute psy	zolpidem	
i30124	15	38	femme	RG	sans emploi	insomnie, congestion nasale, céphalées	insomnie, sinusite	conseils sommeil, écoute, examen, ordonnance	bromazepam , amox, cordisone, paracetamol	

retranscription

résumé audio

la patiente demande «il me faut mon stilnox et les autres médicaments» Le praticien lui répond «justement vous en êtes où avec le stilnox?» il me le faut sinon j'arrive pas à dormir, je suis d'une nature anxieuse et sans lui à la maison (le pari était hospitalisé) quand je suis au lit j'écoute les bruits, j'ai peur des voleurs...cette nuit j'ai très bien dormi (première nuit où le mari est rentré). «ah, alors vous n'avez plus besoins (du stilnox)»dit le praticien en souriant «mais si, sinon je n'arrive pas à m'endormir»répond la patiente. suite à cela re prescription du stilnox.

arrive dès le début de la consultation, sachant qu'ils ont déjà passé presque 20 min sur celle du mari. "il me faut mes médicaments. Tous. Et du stilnox." (ne le considère pas comme ses autres médicaments). Petite confusion, est-ce qu'elle prenait ceux de son mari? en tout cas c'est elle qui gère les 2 traitements on apprend d'ailleurs à cette occasion que son mari en prend (patient inclus ad-17-04-4). pour elle insomnie liée à l'anxiété d'être seule et d'avoir son mari hospitalisé. le médecin tente avec humour de suggérer qu'elle peut s'en passer, sans succès. critique au passage de l'hôpital et prescriptions systématique de somnifères.

Le patient dit dès le début de la consultation « j'ai du mal à dormir, je stresse ».

Exploration psychosociale du médecin : nouvelle responsabilité, nouveau travail

Le patient dit se réveiller en milieu de nuit et n'arrive pas à se rendormir.

Exploration du déroulement des nuits par le médecin

Le patient parle d'une accentuation depuis 3-4 semaines.

Le médecin **évalue les activités** du soir avant le coucher et les activités sportives. Evaluation du moral, 8/10, va bien.

L'exploration d'un SAOS a déjà été faite.

Recherche d'un syndrome des jambes sans repos, recherche de prise d'excitant (café...)

Le médecin **propose de la relaxation, méditation en pleine conscience. Prescription d'Euphytose.**

Consultation d'une jeune femme de 37 ans (, voix 005) avec pour motif initial des malaises. Dit être fatiguée tout le temps. « Si je pouvais rester tout le temps à dormir, je ne ferais que de dormir ». « A force de dormir normalement, on n'est plus fatiguée, et moi je suis tout le temps fatiguée ». La prat : « des fois à forces de dormir, on est encore plus fatiguée » **Pense bien dormir la nuit, mais a l'impression de grincer des dents et que ça la réveille.** Avoue un peu plus loin avoir **beaucoup de cauchemars et rêver de sa mère décédée toute la nuit**. La patiente souhaite une prise de sang afin d'explorer s'il n'y a pas une maladie derrière. Quand on lui parle de dépression, elle dit : « je ne pense pas que je sois dépressive », elle ne pleure pas. Fait des malaises qui ressemblent à des « attaques de panique ».

bien résumé par l'interne qui s'est servi de l'audio pour compléter la prise de notes

Dit qu'il lui arrive souvent de penser à la mort, qu'elle n'a pas peur de la mort en soit, que

« Mourir ça fait partie de la vie », mais qu'elle « a peur de laisser ses enfants ».

Se demande si c'est pas la pilule qui la met dans cet état là : « j'ai regardé la notice, j'ai vu les effets

La patiente se réveille aussi bien la semaine que le WE et a déjà essayé des calmants, tisanes ... Elle décrit aussi de la transpiration sans bouffée de chaleur. Elle avait déjà présenté un épisode similaire auparavant du a des problèmes de travail.

Elle **ne désire pas de somnifère**, se réveille toutes les nuits et n'arrive pas à se rendormir. Elle a tendance à rester au lit et somnole mais reste éveillée à partir de 4h00 jusqu'au matin.

Il n'y a pas de modification de son régime alimentaire mise à part plus de tisane depuis que ça a commencé. Un de café après 16h00 (pas de déca) mais l'a toujours fait. Elle n'en prend pas le WE mais a aussi des problèmes de sommeil.

Au niveau du moral : une personne de son service a démissionnée pour burnout, **période difficile au bureau, il lui arrive de pleurer sur le trottoir, elle se fait harceler par son employeur**.

Cependant depuis novembre amélioration au travail et dans 2 mois elle devrait diminuer ses heures de boulot.

Pendant les réveils, il existe de **nombreuses ruminations** mais ce n'est pas ça qui la réveille.

Pas d'asthénie la semaine, elle se sent plutôt en forme. Se couche vers 23h00, met environ 30 minutes pour s'endormir et dors 4-5 heures.

On prescrit une **prise de sang pour éliminer une cause biologique dans un premier temps.**

Conseil : si pas d'asthénie la journée, peut-être qu'elle n'a pas besoin de plus.

insomnie abordé à l'initiative du patient dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance d'IMOIVANE (zopiclone).

le médecin propose la diminution des posologies pour essayer enfin d'arrêter mais c'est **refusé catégoriquement par le patient**.

Le patient se justifie sur sa prise d'IMOIVANE et **essaye de se déculpabiliser en disant qu'il ne boit pas, ne fume pas que c'est d'une certaine manière sa seule addiction.**

Patient hermétique à tout changement, fermé à la discussion. (Commentaire personnel : codé femme,

Renouvellement Zolpidem. Le patient travaille parfois la nuit (chauffeur routier de nuit, nouveau métier depuis quelques mois) et a besoin de Zolpidem pour dormir les nuits où il ne travaille pas. **Question de l'insomnie très approfondie pendant la consultation . N'arrive pas à se passer du Zolpidem et est très embêté par cela.** N'arrive pas à récupérer sans le Zolpidem. Parle beaucoup, se plaint d'être dérégulé dans son sommeil et d'être obligé de faire ce métier de nuit car n'a plus de vie sociale (est décalé par rapport aux autres). « **Mais pourquoi vous noter autant de choses jeune homme? Ce n'est pas**

motif de consultation pour l'insomnie introduit par le patient en premier plan

contexte : anxiété importante, perte de son travail sans réussir à trouver un nouvel emploi, problème familiaux avec une vit de famille qui devient insupportable à gérer d'après la patiente

essai d'un traitement pour l'insomnie par Vertran mais inefficace

question de l'insomnie abordé par le médecin :

demande du **type d'insomnie**, le nombre, question sur le temps de sommeil total dans une nuit, habitude de vie, conseil hygiène de vie donné par le médecin, proposition de phytothérapie

question de l'insomnie abordé par la patiente : **la patiente veut du lexomil, c'est d'après elle la seule chose qui l'aide à dormir**, refuse la phytothérapie, veut une solution efficace tout de suite , **patiente fermée à toute nouvelle proposition**.

Impression :Anxiété importante ressentis durant la consultation.

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	âge	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
m16098	19	85	homme	ALD	retraité	insomnie, nycturie	prostate, saos, avc idm	bio, ordonnance, examen, écho	furosemide, clopidogrel, spironolactone, statine, homeo
o-18-09-07	22	50	homme	RG	employé	maladie fille, demande at, demande ttinsomnie	maladie fille, insomnie	ref onco, ald fille, at, ordonnance, resultat examen	zopiclone
p-06-10-06	18	37	homme	°	ouvrier	ro, somnolence diurne réveils nocturnes	tb sommeil asthme	précision symptomes ordonnance bilan bio	buprenorphine zopiclone
q-23-07-02	26	42	femme	ALD	employée	suivi chimio, effets secondaires multiples insomnie	cancer sein, iatrogénie, neuropathie lymphangite	examen réassurance ordonnance	homeopathie +++

retranscription

résumé audio

NOTES LIBRES :

- *Je suis fatigué.*
- *Je suis fatigué.*
- **FATIGUE !!!!!!!!!!!!!**
- Questions sur ses nuits.
- Nycturie ? fréquente. Mais en fait ancienne ...
- Vérifie interactions médoc / modifs poso.
- **Insomnie maintien sommeil + d'endorm + réveil matinal.**
- Orientation prostate d'emblée.
- Déséquilibre PPC ? (bouche sèche). Non évoqué.
- PSA + écho + permixon (permixon à la demande du patient)

Commentaires:

Qui à l'initiative ? PATIENT ! d'emblée ! **c'est LE motif primaire.**
Demande du patient : Cash. Est fatigué surtout depuis la dernière consultation. Question approfondie à la demande du patient.

Interrogatoire orienté sur la plainte : insomnie et nycturie. Pas d'abord psy. Somatique ++. Nycturie => prostate, à explorer et traiter.

Explications prescription prostate ok. **Répond ++ à la question du patient. Pas de difficulté particulière pour le médecin. Toujours senti à l'aise. Après, n'explore pas le côté PPC pour le SAOS.**

Patient en souffrance car fille atteinte d'un lymphome découvert récemment.

En début de consultation, clairement un des motifs principaux de la consultation :

Demande quelque chose pour dormir. Se réveille 3-4 fois par nuit. « c'est plus possible »

Le patient analyse spontanément : c'est plus une histoire de cycle de sommeil. **Ne veut pas « rentrer dans les somnifères ».** Comprendre : méfiance envers les somnifères, sait que c'est pas la solution miracle, notion d'engrenage.

Le médecin affine l'interrogatoire (insomnie d'endormissement ? réveils nocturnes ?)

Propose de prescrire un hypnotique, **éducation : à prendre sur 2-3 jours, puis arrêté.**

Patient de 57 ans venant pour renouvellement ordonnance classique de ZOPICLON, 5mg/j.

C'est sa femme qui lance le sujet, lui ne l'aurait pas abordé, géné. Nouveau travail avec de la

conduite.

Epouse : « Quand il roule, dès qu'il se met dans la voiture, il s'endort. Il s'endort au volant. Il ne dors

pas bien la nuit »

« C'est dangereux ! Il s'arrête de respirer la nuit ? »

« Non. »

« Il y a le syndrome d'apnée du sommeil »

« Il fait beaucoup de déplacement pour le travail »

« ça fait longtemps les somnolences ? »

« Depuis qu'on vit chez mes parents, il ne dort plus, ça fait un moment ... 2 mois environ » L'épouse voit

clairement un lien entre ce déménagement, le stress et la perturbation du sommeil.

Au patient

« Vous avez du mal à vous endormir ou vous vous réveillez ? »

« Je m'endors mais ne fait pas une nuit entière. Je me couche vers 10h le soir et me réveille entre 2 et

3h du matin, puis je somnole mais ne dors plus vraiment. »

Epouse : Récemment il a passé 5 jours sans dormir du tout

Patient : « surtout quand je ne fais rien. »

« Il ronfle ? »

Epouse : oui

Praticien : on va faire un enregistrement du sommeil

Puis : « on va essayer Zopiclone au coucher, ça va vous faire tenir 5 à 6h. Je vous déconseille la

conduite.

Patiente de 40 ans, Cancer du sein métastasé (lymphangite carcinomateuse), opéré 2 fois et sous

chimiothérapie depuis 3 semaines. Des le début de la consultation : Après la longue liste des

antécédents et traitements pris par la patiente à fortes doses elle décrit :

« Je n'ai pas dormi de la nuit, je suis exténuée physiquement et psychologiquement. (...)

Redites moi les symptômes qui vous gênent le plus, c'est la fatigue ?

Je ne dors pas la nuit donc je prends un peu de **xanax**.

L'insomnie c'est à cause de quoi ?

Je pense que c'était le xéloda qui m'énervait. J'avais parfois des palpitations, j'étais speed, la nuit

quand tu ne dors pas tu cogites toujours, j'étais exténuée, tout prenait des proportions dans ma tête.

(...) Moralement comment vous vivez tout ça ?

C'est dur, c'est dur, je me fais suivre,

Je fais de la sophro tous les 15 jours et je vois une psychothérapeute et quelqu'un depuis 2 ans. Cela

me fait beaucoup de bien. Il faut que je me booste. Sinon ça va j'ai une vie sociale. Là je suis fatiguée.

Je prends un xanax. Ma sœur aussi. Ça fait beaucoup. Je suis bien entourée mais ça ne suffit pas. En

fait j'allais bien jusqu'à ce que je sois fatiguée. Et c'est depuis que j'ai commencé la chimio que je suis

exténué. **Je fais de l'hypnose ericksonienne sur mp3 sur internet. Ça me détend bien.** C'est par terre.

Je fais ça tous les après-midi. (Praticien intéressé, recherche le site, « c'est un site payant ? non-, c'est

chouette, je vais pouvoir le conseiller à d'autres patients »). Tu te crées ta bulle, ça fait du bien. **La**

maladie ça réveille beaucoup de chose, mais là ça n'a rien à voir avec le cancer. Examen clinique :

perte de 3 kg. Je vous donne phosphoricum : c'est en traitement de fond pour la fatigue, et

podophyllum et arsenicum album. Il y a beaucoup de chose en option, vous prenez uniquement quand

il y a besoin. **Je vous mets pour le sommeil aussi: ambra grisea D8/Coffea D6/Zincum Valerianicum**

D6. Je vous marque pour 2 mois, on se reverra. Ce qui est difficile c'est que je ne peux pas partir (en

vacances), c'est dur moralement, je suis un peu coincée. C'est surtout la fatigue. Je suis aussi stressée

dès le début de consultation : "je suis fatigué" "comment vous dormez?" " devant la télé je pique un peu du nez. je le sens je suis fatigué" "quand vous allez vous coucher ensuite vous dormez?" "je dors assez rapidement (...) mais la dans la nuit je suis réveillé 3,4,5 fois pour aller faire pipi (...masque bouche sèche)" "il y a trois mois aussi. mais j'arrivais à m'endormir plus facilement. là c'est un peu plus difficile. là parfois à 5h j'arrive plus à dormir" ce n'est plus abordé ensuite, considéré comme réglé, mais centré sur cause biomédicale. Il n'y a pas d'échange sur un tt homéopathique

l'interne a complété sa prise de notes par l'audio, il y a l'essentiel

l'interne a complété sa prise de notes par l'audio, il y a l'essentiel

sommeil abordé en début de consultation

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
s-06-06-07	15	32	homme	*	sans emploi	tb sommeil, hta, ro	tb sommeil, tb anxieux, saos, hta, asthme	examen, explication nécessité poursuite tcc et PPC pour l'apnée, ordonnance	zofenopril, furosemide, cibacine, valeriane
t-15-12-12	31	45	femme	RG	artisan commerçant	insomnie, dépression, conflit marital, ro, brûlures mictionnelles, aczema	dépression, eczema, alcoolisme	écoute, BU, ordonnance	fluoxetine, baclofene, diazepam , ibuprofene, zopiclone , dexeryl
u-28-07-07	9	57	femme	*	cadre sup	ro, tuméfaction avant-bras	dépression, pb travail, lipome	ordonnance, discussion sur le travail, examen bras	venlafaxine

retranscription	prises de notes de l'interne	enregistrement
	<p>Motif sommeil initié par le patient en début de consultation. Demande du patient : se plaint d'asthénie, de réveils fréquents avec un sommeil qu'il dit être de mauvaise qualité avec sensation de sommeil léger. Pas de problème d'endormissement. Par ailleurs il s'agit d'un patient atteint de SAOS et qui ne met pas toujours son masque PPC. Il prend de la Valériane jusqu'à 4 comprimés par jour. Cette plainte s'intègre dans un contexte d'anxiété chez un patient ancien fumeur de cannabis et sans activité professionnelle. Il est suivi actuellement par une psychologue pour reconditionnement au sommeil par TCC. Il dit ne pas appliqué tout les conseils prodigués. Il se couche entre 23h et 3h du matin et ne fait pas beaucoup d'activité physique la journée. Dr S. lui propose dans un premier temps de mettre son masque PPC toutes les nuits. Il lui propose de faire une nuit blanche afin d'avoir une dette de sommeil et ainsi de recadrer ses cycles de sommeil. Il lui explique l'importance de poursuivre à tout pris ces activités habituelles, en l'occurrence la pêche. Un week-end de pêche est prévu le week-end mais il ne veut pas y aller car il se sent trop fatigué. Dr S. lui explique qu'un traitement médicamenteux n'est pas adapté à son cas (trouble chronique entrant dans le cadre d'anxiété généralisé avec antécédent</p>	
	<p>Insomnie évoquée spontanément par la patiente dès le début de la consultation. A peur de ne pas se réveiller pour emmener son fils à l'école car lorsque c'est elle qui en a la garde elle ne consomme pas d'alcool et par conséquent dort toute la journée. La question de l'insomnie est englobée dans le syndrome dépressif que présente la patiente. Au cours de la consultation, le praticien laisse beaucoup s'exprimer la patiente : conflit marital, garde alternée des enfants, départ ou non pour l'Algérie. Prescription de Zolpidem avec le discours que son insomnie est liée à ce qui préoccupe la patiente actuellement et que tant qu'elle n'aura pas résolu ses problèmes, l'insomnie persistera. La patiente semble totalement en accord avec le praticien.</p>	
	<p>Motif du sommeil abordé par la patiente en début de consultation. Amélioration de son état général car en vacances. Patiente dépressive avec sentiment de dévalorisation suite à la décision de la direction d'un changement de poste et d'une restructuration de l'entreprise (patiente assistante sociale). Elle doit faire une nouvelle formation en informatique et a de nouvelle collègue plus jeune dont elle n'apprécie pas les méthodes de travail. Par ailleurs ses 2 parents sont malades et en maison de retraite. Elle va mieux moralement depuis l'introduction du traitement par VENLAFLAXACINE. Elle était initialement traitée par DONORMYL pour les troubles du sommeil qu'elle a arrêté spontanément suite à un AVP sans gravité. Elle trouve son sommeil agité en ce moment mais récupérateur. Elle reprend le travail dans 7 jours. Elle souhaite reparler de ces problèmes de sommeil après la reprise du</p>	

7b : abordé pendant la consultation, par le patient

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
ab-18-12-1	24	68	femme	RG	retraité	suivi hta, insomnie	hta, insomnie	examen, écoute, ordonnance, cs spé	rabeprazole, ketoprofene, paracetamol, codéine
ab-27-02-6	10	34	femme	RG	employé	vertiges, œil qui clignote, dort mal	carence magnesium	examen, écoute, ordonnance	magnesium
ab-27-02-7	38	81	homme	ALD	retraité	rhume, perte d'odorat, perte appétit, ne dort pas, anxiété, peur de la mort, sentiment de perte	rhinite, dépression	examen, écoute, ordonnance	pholcodine, serum phy, oxazepam
ab-27-02-8	18	40	femme	RG	employée	céphalées, rhume, ne dort pas	sinusite	examen, écoute, ordonnance	paracetamol, ibuprofene, sulfure de sodium
ac-04-03-4	25	47	femme	RG	employé	perte de poids, perte appétit, insomnie, pb travail, stress	burnout	examen, écoute, prise de sang, cs spé, attete travail	
ad-01-04-1	23	48	femme	RG	employé	question microstructure, question alprazolam	suivi sevrage alcoolique	accompagnement, cs psycho, ordonnance	statine, estima, estreva, aspirine

retranscription

audio

plainte spontanée de la patiente «si seulement je dormais».
Interrogatoire:comment se passe la nuit? à 2h je me réveille comme un réflexe et je ne me rendors pas avant qq heures ; ça dure depuis des années... conseils d'hygiène du sommeil : pas de télé avant de dormir,à 2h quand réveil, ne pas rester au lit,se lever aller boire un verre d'eau,lecture, mots fléchés ,dès que fatigue revient, aller se coucher. La patiente déclare : ça dépend d'à quoi je pense aussi. le médecin renchérit : raison deplu pour se lever changer de pièce lecture ou mots fléchés, pour arrêter ou éviter de cogiter, changer d' idées. arrêter de lire l'heure. Mais la patiente s'endort bien : pas de prescription de somnifère.
Proposition de réaliser une polysomnographie. Réflexion personnelle : première fois qu'elle en parle au médecin alors que cela dure depuis des années, comme si l'habitude rendait ses troubles du sommeil normaux et acceptables, comme de la fatalité.c'est comme ça , ça dure depuis des années on n'y changera plus rien... **Pose la question de l'accoutumance des patients à leurs troubles du sommeil à tel point qu'ils jugent leur situation normale et que du coup ils ne vont pas exprimer la plainte...**

pendant discussion sur le diabete et l'activité physique le médecin parle de la qualité de vie, la patiente aborde spontanément le sommeil. Le médecin explore la plainte et le sommeil tout en parlant beaucoup à la place de la patiente, en lui coupant la parole tout en entendant ce qu'elle lui raconte. C'est comme si elle réfléchissait à voix haute. "voilà je vais de nouveau mettre 2h à m'endormir" "pourquoi vous mettriez 2h?" "parce que je mets toujours 2h pour m'endormir" "sacrée..." "c'est psychologique... mais ça fait des années". le médecin continue son raisonnement tout en continuant sur la tension, conseille de se lever et pas de rester couchée "par contre je comptes les SECONDES, 5, 6... et là je me rendors" discussion, mais le médecin monopolise la parole (un petit peu moins que sur l'hypertension et le poids, elle laisse à peine plus de place à la patiente). revient un peu plus loin sur le sommeil, on sent le médecin très motivée "c'est pas parce que ça fait des années" "on peut faire mieux pour madame" puis évoque son anxiété, ce à quoi la patiente adhère facilement, rit, on la sent en accord avec son émdecni (et donc probablement l'était-elle moins avant...). le médecin explique que les somnifères ne sont pas une solution chez elle, ça tombe bien "elle n'est pas très médicament!". (**Commentaire personnel : ne parle pas du paracetamol codéine qui est peut-être psir pour la nuit?**)

«après le sport que je pratique jusqu'à 22- 23h,j'ai du mal à m'endormir,et je dors mal toute la nuit». explication sur l'élévation de la température centrale lors du sport qui empeche de s'endormir, conseils de ne plus pratiquer le sport le soir tard.

«la nuit je ne dors pas» question du praticien: **qu'y a -t-il dans la tête de R. à 23h ?** . «ça tourne en rond,**je pense que je vieillis et un de ces jours, je suis K.O** ». sonépouse raconte qu'il est très anxieux depuis août. Inquiet pour son fils, peur de laisser sa femme seule une fois lui disparu, **sentiment de perte** : ne plus pouvoir faire ce qu'il pouvait encore faire il ya qq années...et **angoisse majeure de la mort** . Le praticien donne des conseils: « **je peux vous donner des médicaments,mais ils ne régleront pas le problème de fond** » ; il faut écrire vos idées noires, les exprimer ne pas les garder au fond de vous.Le soir changez ces pensées anxiogènes en pensnat à qq chose d'agréable sur le court terme, la visite des petits-enfants, un moment agréable de la journée...interrogez vous sur vos passions, quest ce que vous aimez faire?de la mécanique : réparer les voitures...alors n'y a t'il pas un voisin qui a une voiture à réparer ?...et réassurance : tout le monde s'en va un jour, mais ça n'est pas encore votre heure : votre examen est tout fait rassuarnt : rien au ventre : rien au cœur, juste la tête qui rumine... » prescription de Seresta 10mg 2/jour, et seresta 50mg un demi le soir, et **réévaluation dans quinze jours** . Mon sentiment : **relation de confiance, bon échange** .

ça fait quatre jours que je ne dors pas.je suis fatiguée mais je n'arrive pas à dormir...contexte de sinusite et de sa boîte qui change de nom car rachat, mais conserve son emploi.elle part une semaine en vanaces dans les Canaries. Le praticien « vous dormirez en vacances ».

contexte de sevrage alcoolique. « avec le Revia seul, je m'endors, de toute façon j'ai aucun problème d' endormissement, mais je me réveille dans la nuit et je me éveille tôt le matin à 05h je suis réveillée impossible de me rendormir,et les soucis qui reviennent en tête ». « avec l'**alprazolam** un demi cp le soir je dors et ne me réveille pas jusqu'au endemain, mais je mets un peu de tps à émerger le lendemain...j'exagère pas un demi le soir et un demi à midi si j'en ai besoin, si j'angoisse... » Dr.AD : compte les comprimés restant, et dit on continue et on l' arrêtera le moment venu »

longue discussion sur le sommeil et son état général, l'alprazolam comme béquille pour le moment, qu'elle gère sans excès "**je ne déconne pas avec**". Interaction simple et facile entre le médecin et la patiente, lui laisse de la place, elle se sent soutenue par l'équipe soignante. ose parler facilement de tout (sexualité comprise). La discussion sur le médicament et sa gestion prend du temps mais inclue dans la santé générale et psychologie de la patiente, PEC globale. une phrase marrante de la patient qui parle de ses médicaments : "**le matin, je prends le revia, le magnesium, toutes les merdouilles que j'ai à prendre**" qu'elle met en balance avec les médicaments qui l'aident vraiment actuellement (revia et benzo). situation socioéconomique compliquée mais "**les contrariétés sont en train de s'estomper**". Valorisation, par la patiente et le médecin du travail avec la psychologue

Sommeil abordé pendant la consultation, par le patient

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
ae-29-01-6	16	64	homme	ALD	retraité	syndrome dépressif, insomnie, anorexie	dépression	écoute, ordonnance, cs suivi	lormetazepam , paroxetine, metformine, gliptine, kardegic, iec, lercan, statine, bbbloq, thiazide
b-11-12-1		37	homme	°	°	°	°	°	°
bf.11.12.1	20	57	homme	RG	employé	asthénie, nausées, crampes musculaires, anxiété burnout, sd dépressif, perturbations du sommeil	sd anxio-dépressif	at, contact medecin du travail, écoute, ordonnance	amitriptyline
bf.11.12.3	15	28	femme	RG	employé	lombalgie, grossesse, tb sommeil, anxiété burnout, crampes nocturnes, asthénie, prise poids	suivi de grossesse, insomnie	conseils thérapeutiques, écoute, ex clinique, at, bas contention, ordonnance	paracetamol, codéine
bf.11.12.9	20	84	homme	RG	retraité	palpitations, insomnie	palpitations, insuff card, arythmie, insomnie	ex clinique, cs cardio, prise de sang ordonnance	bbloq, kardegic, hydroxyzine , ipp, statine, alfososine, paracetamol
c18.03.7	12	58	homme	RG	sans emploi	renouvellement, insomnie, polyurie nocturne	hta, insomnie	ex cardio, ordonnance	paracetamol, statine, esidrex, renitec
d11103	35	71	homme	ALD	retraité	renouvellement, gene coulaire, gene respi, pb sommeil	asthme, lésion phtalmo	ordonnance, spiro, ophtalmo	budesonide, triopropium, salbutamol, paracetamol
d17014	60	46	femme	CM U	sans emploi	crampe pied, pb administratif, perte cheveux, tb sommeil, micions nocturnes, CR écho, crache sang, douleur vagin	iatrogéine (crampe), saos, depression, constipation	ordonnance, écoute-conseil, polygraphie, bio,gynéco, éducation	piribedil, paracetamo, ibuprofene

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>Consultation de suivi dans le cadre d'un syndrome dépressif avec arrêt des traitements par Valdoxan et Temesta par le patient pour non efficacité. Insomnie évoquée spontanément par le patient. Dort 3-4 heures par nuit, se réveille fréquemment, répercussion importante sur la vie quotidienne. Ne dort pas mais reste au lit, asthénie ++, se force à se lever pour sortir le chien, est comme « un zombie ». Insomnie très mal vécue par le patient, veut absolument quelque chose qui l'assomme, de « très puissant » très insistant, a déjà essayé plusieurs molécules Théralène, lorazepam, temesta, zolpidem avec très peu d'effet selon lui. Le praticien lui demande à quelle heure il se couche, s'il a déjà essayé de se coucher vers une heure du matin et s'il n'était pas plus fatigué à ce moment-là. Proposition de suivi par psychothérapie. Ancien infirmier psychiatrique, aimerait les mêmes molécules qui assommaient les patients. Proposition Noctamide et Paroxétine, et pendant les premiers jours association avec du Théralène. Proposition Théralène en comprimé qui serait plus fort que la solution buvable. Au cours de la consultation le patient demande à plusieurs reprises « est ce que c'est fort ? ». Consultation de suivi dans une semaine. Praticien en difficulté, recherchait dans les bases de données pour trouver un traitement que le patient n'a pas encore essayé et qu'il accepterait de prendre. Consultation difficile car patient très demandeur et répercussion importante de l'insomnie sur sa vie quotidienne</p>	<p>C'est plutôt le patient qui dirige la consultation, il coupe régulièrement la parole du médecin. Très demandeur, souffrant et défaitiste, sur l'antidépresseur et le somnifère. Détaille ses nuits difficiles et ses journées difficiles, le médecin le laisse parler, essaie de trouver des points d'accroche, de valorisation mais fini par être sur la défensive devant l'insistance et la mise en échec du patient. évoque une psychothérapie qui serait plus efficace que les médicaments, mais pas en hospital car connaît les soignants, ville compliquée, avait envisagé positivement de revoir sa psychiatre mais à la retraite "et ce qui m'ennuie c'est qu'il faut tout remuer quoi, et c'est justement ça qui me pourrit les nuits" (vers la fin de la consultation). peut-être une ouverture le temps que ça fasse le chemin pour lui?</p>
<p>Un patient toxicomane de 37 ans, substitué par Methadone vient consulter pour renouvellement de son ordonnance de traitement de substitution et en profite pour me parler de ses troubles du sommeil. Il présente des difficultés d'endormissement, et ne s'endort jamais avant 2 ou 3 heures du matin. Il a eu besoin d'augmenter sa consommation de bière le soir pour parvenir à trouver le sommeil. Une fois qu'il est endormi, il se réveille une à deux fois, se lève, mange toujours quelque chose, puis retourne se coucher pour finir sa nuit aux alentours de 11h du matin. Il a l'impression que son sommeil n'est pas réparateur. Il voudrait quelque chose contre le stress, car pense que c'est l'anxiété qui l'empêche de dormir. Dr B : « Vous avez longtemps cherché, vous, la pilule du bonheur ».</p>	
<p>Une jeune femme enceinte à 19 SA consulte pour asthénie et troubles du sommeil. Elle identifie d'elle-même l'origine de ses troubles qu'elle attribue à « son gros ventre » qui l'empêche de trouver une position confortable pour dormir, ses soucis au travail, et aux questions qu'elle se pose par rapport à l'arrivée du bébé</p>	
<p>Se lève la nuit pour uriner vers 4h, puis difficultés d'endormissements. Insomnies avec nécessité de réveil depuis la mise en place du médicament (Esidrex). N'en dit pas davantage...</p>	
<p>La patiente se plaint de problèmes respiratoires mais le sujet est amené par sa fille. Elle dort beaucoup la journée, fait beaucoup de siestes. La plainte vient surtout de la famille car la patiente se dit peu gênée. En la questionnant, on découvre qu'elle n'arrive pas à reprendre son souffle, elle se réveille la nuit. Une spirométrie est réalisée et est normale. Elle aimerait surtout régler les problèmes respiratoires et ne veut pas de somnifère. Il existe une volonté d'arrêt du tabac : information sur la cigarette électronique.</p>	<p>homme? C'est finalement plutôt des insomnies liées aux tx respiratoires</p>
<p>La patiente se plaint de trouble du sommeil à type d'insomnie. Elle avoue prendre des médicaments depuis longtemps, décrits de nombreux cauchemars et de nombreux réveils. Elle raconte aussi des épisodes de mictions nocturnes sans cauchemar qui l'ont beaucoup marqué, ainsi que des crampes. Le médecin essaie d'approfondir la question et découvre des ronflements et une absence de sommeil lourd. Un enregistrement du sommeil est prévu et le médecin décrit le déroulement de l'examen. En Off, j'apprends que la patiente présente un terrain un peu hystérique avec de nombreux symptômes et de nombreux examens réalisés sans jamais de cause retrouvée.</p>	<p>la consultation se centre davantage sur la fatigue et les troubles respiratoires du sommeil. Cependant, aux 2/3 de la consultation elle évoque l'insomnie clairement : "avant je dormais pas bien, maintenant j'ai envie de dormir 24h sur 24". "mais vous dormez pas bien la nuit " "c'est ça qui m'embête, je prends le traitement pour dormir. je sais pas ça peut venir de quoi". A eu une miction nocturne non contrôlée qui l'affecte beaucoup. parle ensuite de cauchemars récurrents et de sommeil léger. ensuite on s'oriente clairement vers un dépistage de SAOS</p>

Sommeil abordé pendant la consultation, par le patient

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
gz-12-12-4	32	47	femme	ALD	employé	asthénie, vertiges, nausées, insomnie, sensation dépression	sep, effets secondaires, insomnie, dépression	résultat cs neuro, écoute, examen, prolat, tel neuro	
i13013	15	65	femme	RG	retraité	CR doult tho PEC samu, dyspnée d'effort, demande bilan, insomnie ro,	rgo, insomnie	examen, bio, ordonnance	zolpidem , omeprazole
i2118	25	36	homme	RG	prof interm	mycose, acouphènes, insomnie	mycose, acouphènes, insomnie	examen, cs orl, discussion, conseils, ordonnance	amorolfine, homeo
j240111	20	46	femme	RG	retraité	céphalées, photophobie, crampes cou, insomnie, suivi psy inefficace	effets sec botox, trismus, insomnie	ordonnance	diazepam , morphine
j24012	11	72	femme	CM U	retraité	dorsalgies, insomnie, papiers cmu	dim	écoute psy, ordonnance	naproxene, omeprazole, zolpidem , desloratadine
n-10-06-08	26	71	homme	RG	retraité	ro	hta, insomnie	examen, discussion sommeil, ordonnance	rilménidine, lorazepam
o-06-09-12

prises de notes de l'interne	enregistrement
<p>retranscription</p>	<p>audio</p>
<p>La patiente évoque l'insomnie au milieu de la consultation après la lecture et l'analyse des résultats bio et d'imagerie. Elle dit être réveillée la nuit en sueurs avec douleurs et nausées. Elle évoque une « fatigue perpétuelle ». Contexte de dépression associée. Les symptômes ont débuté depuis le début du traitement par Rebif dans le cadre de sa SEP. Le médecin met l'insomnie sur le compte des effets secondaires du Rebif ainsi que sur la dépression. Il note qu'il n'y avait aucun trouble du sommeil avant la mise sous traitement. La patiente n'a pas d'auto-médication.</p>	<p>°</p>
<p>Pas de prescription médicamenteuse, prescription d'un arrêt de travail. Le médecin prévoit également un Rdv en neuro pour réévaluer le traitement de fond de la SEP. Il évoque un arrêt du Rebif compte tenu des effets secondaires importants et du faible nombre de poussées, mais préfère attendre l'avis du neuro. <u>Pas de solution immédiate proposée.</u></p>	<p>°</p>
<p>l'insomnie est dans l'ordre le 2eme motif de consultation plainte décrite par le patient : réveil matinal précoce à 3h du matin, contexte d'anxiété importante. Fréquence : 1 fois par mois environ aimerait un renouvellement d'ordonnance de Zolpidem pour en avoir quand cela lui arrive, elle se justifie et sait qu'il ne faut pas dépasser une durée de traitement de plus de 15 jours et assure que ce n'est qu'une prise ponctuelle. Ne laisse pas le temps au médecin de donner des conseils</p>	<p>°</p>
<p>motif de consultation de l'insomnie évoqué en dernier dans l'ordre des motifs de consultation et considéré comme le motif le plus important par le patient description des plaintes par le patient : insomnie depuis 3 semaines avec difficulté d'endormissement et stress permanent mais n'arrive pas à expliquer l'origine exact de ce stress, évoque tout de même 2 enfants en bas âges peuvent expliquer en partie ce stress d'après lui. A déjà essayé par lui même d'assister à un cours de microkinésie mais sans résultats Se pose la question s'il doit aller voir un psychiatre Réticent à la prise de benzodiazépine, aimerait quelque chose de naturel question abordé par le médecin : fréquence des insomnies, habitude de vie car prof de sport, conseil d'hygiène de vie donné tel que l'arrivé à l'endormissement doit se faire dans un état de total relaxation et non dans le stress. Pas d'intérêt pour le moment de voir un psychiatre proposition d'homéopathie et surtout de réessayer les séance de relaxation/ méditation prescription de GELSEMIUM 15CH 5 granules le soir</p>	<p>°</p>
<p>Insomnie évoquée par la patiente. Insomnie dans un contexte d'angoisse et de douleur des mâchoires suite à injection de Botox pour trismus. Prend déjà du Valium occasionnellement pour dormir le week-end et exceptionnellement en semaine. Ne supporte pas le Risperdal. Est déjà sous Cimbalta et Stilnox avec un suivi par psychologue en cours. Essai d'IRS inefficace. Souci de dépendance facile aux médoc. Essai de Morphine (essai sur courte période) car décontracturant et peut fonctionner sur Trismus, douleur et insomnie.</p>	<p>°</p>
<p>Souhaite plus de trucs pour dormir car douleurs dorsales donc ne dort pas bien : conseils+++ par le médecin pour les douleurs, traitement de la douleur la journée, pas de prescription en + pour la nuit. (Commentaire personnel : donc la prescription de zolpidem est plutôt à considérer comme une limitation thérapeutique)</p>	<p>°</p>
<p>Le patient se plaint de se réveiller tôt Le lexomil ne lui sert pas, il demande s'il faut continuer le traitement Le médecin interroge le patient et retrouve surtout des réveils nocturnes. Explications sur le fonctionnement de la benzo, qu'il s'agit d'un anxiolytique mais ne fait pas dormir longtemps. Changement du traitement par temesta ½ par jour. Le patient réagit : « mais c'est pour les vieux ça non ? » Ensuite, éducation du médecin la gestion des quantités de comprimés. (Commentaire personnel : centré sur le médicament, pas de discussion psychosocial (mais il l'a peut-être exploré précédemment?)</p>	<p>°</p>
<p>Patient demande de l'alprazolam pour dormir. Médecin se renseigne sur la durée des troubles du sommeil Réponse de la patiente : « pas longtemps, mais s'endormir à 1heure pour se lever à 5 heures, c'est pas la peine » Patiente speed, pressée</p>	<p>°</p>

Sommeil abordé pendant la consultation, par le patient

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
o-25-09-07	31	55	femme	RG	employé	insomnie, spasme jambes, sensation malaise suite tt	malaise général insomnie	examen bio prolongation at ordonnance	alprazolam
p-06-10-03	9	27	homme	AT	ouvrier	sd depressif, prolongation at bilan infertilité	sd depressif tb sommeil	blan fertilité normalprolongat ion at ordonnance	zolpidem fluoxetine
q-19-06-03	23	55	femme	ALD	employée	cancer poumon et multiples symptomes chimio, sd depressif souhaite + léger, allergie saisonnière	cancer poumon, anévrisme cereb, sevrage tabac, depression iatrogenie lombalgies	clarification demande examen écoute/conseil ordonnance	zolpidem patch nicotine aeriis homeopathie
q-23-06-11	46	48	femme	ALD inv	employé	suivi mensuel cancer colon dorsalgies réveils nocturnes toux asthénie plaintes multiples	cancer colon, evolution cancer hernie discale toux	examen clarification demande irm ordonnance	fentanyl homeopathie plantes
q-23-07-11	32	73	homme	ALD	retraité	soins support cancer pulm, peur mort et cœur, anxiété deuil fils, tb sommeil	cancer pulm, neutropenie ESV, deuil difficile etat anxieux	examen ordonnance	amiodarone bbloq apixaban ac tranexanique homeopathie
s-06-10-06	20	53	femme	ALD	artisan commerçant	résultat IRM/SEP, explication prise médicamenteuse	SEP	explication diagnostic et traitement	-
t-04-03-1	30	67	homme	ALD	retraité	plaintes multiples liées à chimio, insomnie, céphalées	cancer poumon, iatrogénie, mycose	appel pneumo, écoute, examen, orodnnance	loperamide ketoconazole

prises de notes de l'interne	enregistrement
<p>Plainte de la patiente pendant l'examen : fatiguée hier soir, n'a pas dormi de la nuit.</p> <p>La patiente recherche une cause, « fasciculations » dans les jambes, a pris du café avant de se coucher...</p> <p>Le médecin prescrit de l'alprazolam « pour dormir, en attendant . si ça va bien, vous passez à ½, puis vous arrêtez ». insiste sur la prescription sur période courte. (Commentaire personnel : semble plutôt insomnie réactionnelle récente)</p>	<p>retranscription</p> <p>audio</p>
<p>Patient de 27 ans, en AT pour syndrome dépressif. En milieu de consultation le patient demande : « Par contre est-ce que je peux avoir des somnifères de nouveau ? »</p> <p>« Est-ce que vous voulez un anti-dépresseur ? »</p> <p>« Oui, oui, et le produit que vous me donnez (-Zolpidem-). J'ai essayé le LN72 et ça n'a rien fait du tout . »</p> <p>« C'est de l'homéopathie. Et le Zolpidem, ça a marché ? »</p> <p>« Oui, oui »</p> <p>« Alors on met du Prozac ? »</p> <p>« Oui. »</p>	
<p>La patiente décrit au milieu de sa liste de plainte qu'elle est dépressive et voudrait un traitement plus léger que ce qui lui a été prescrit.</p> <p>Elle décrit une clinophilie « je passe mes journées au lit , je tourne en rond la journée, je reste au lit le plus longtemps possible », et se couche avec un somnifère (ZOLPIDEM ½ le soir), le médecin lui dit de poursuivre.</p> <p>Cette thématique n'est pas reprise lors de la consultation.</p> <p>Prescriptions associées homéopathiques : ignatia « pour les angoisses le soir » et orotates de lithium « pour la dépression ».</p>	
	<p>insomnie liée aux douleurs chez une patiente en récurrence métastatique qui ne veut plus de chimiothérapie, se soigne uniquement (en plus du fentanyl à petite dose, 1/3 de patch faible dose) par plantes régime et homéopathie (prend vraiment beaucoup de choses, au point qu'il lui arrive d'en louper : ça a l'air de l'aider à rythmer ses journées et supporter en faisant "quelque chose"). Le médecin écoute les plaintes, accompagne le choix, propose quand même une IRM vertébrale pour recherche un sd compressif, qu'elle accepte. très bonne relation. Parle beaucoup, d'abord avec l'interne en attendant le médecin, puis avec le médecin (un peu moins, il la connaît bien et est plus directif)</p>
<p>Patient atteint d'un carcinome pulmonaire droit épidermoïde, le patient a perdu en 2012 son fils de 46 ans, décédé lui, d'un cancer du poumon, deuil difficile car le patient avait des relations tendues avec celui-ci. Note, patient ami du praticien d'où le tutoiement.</p> <p>En milieu de consultation, au milieu de la liste des « problèmes »</p> <p>« Je dors en pointillé. Je prends de la mélatonine 1 cp le soir et je prends de l'alprazolam 1,25.</p> <p>Oui, tout ça tu continues. Moi je me concentre sur la chimiothérapie</p> <p>Je mets la radio pour éviter de broyer du noir la nuit quand je me réveille »</p> <p>Et en fin de consultation de nouveau : « Je dors en pointillé », non relevé par le praticien.</p>	
<p>Qualité du sommeil abordé par la patiente. Elle trouve que ses nuits son agitées avec 2 à 3 réveils nocturnes surtout depuis le début du traitement par Fampyra (traitement de la SEP). Discussion avec Dr S. du fait d'une angoisse probable due au diagnostic récent de SEP et de l'introduction d'un traitement. Proposition d'en rediscuter à la prochaine consultation.</p>	
<p>Au cours de la consultation, le patient évoque le fait qu'il dort mal, car il doit se lever à plusieurs reprises à cause des diarrhées provoquées par la chimiothérapie. Cette question de l'insomnie n'est pas approfondie pour savoir s'il y avait autre chose que les diarrhées qui pouvait gêner le sommeil du patient. A noter que le patient est revenu comme convenu quelques jours plus tard, la diarrhée était stoppée. Il a évoqué qu'il allait se rendre dans le sud en train et qu'il n'arrivait jamais à s'endormir, prescription d'alprazolam 0.25.</p>	<p>se plaint des diarrhées, décrit ses symptômes en détail "même si ça enregistre" c'est dans cette consultation une insomnie secondaire aux diarrhées "on reprend : dans la journée j'ai toujours froid, je ne dors plus la nuit puisque la nuit je vais aux WC, j'ai une migraine au dessus des yeux..." le médecin essaye de le faire relativiser "si vous voulez, les effets que vous avez, aussi chiant qu'ils soient, ce sont des effets assez courants" (parlant des antidiarrhéiques) : "j'aime bien votre foi dans la médecine M. ... d'un côté il y croit et d'un côté il y croit pas du tout, il croit qu'on est des branleurs" "non mais je crois qu'elle n'est pas infallible" "je veux ouais (...)" (le médecin appelle le service pour discuter avec l'interne qui s'est occupé de lui) pas de solution miracle". Commentaire personnel : insomnie non explorée d'un versant psychosocial, ce qui est logique dans un contexte aigu</p>

7c : abordé pendant la consultation par le patient mais non repris

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
ab-16-12-7	46	50	homme	RG	cadre sup	cervicalgies lombalgies insomnie déprime pb travail faiblesse doigts	ncb, tassements lombaires, dépression, pb travail	ex dos, écoute, ordonnance, kiné, cs spé	prégabaline tramadol paracetamol
d11102	20	53	femme	ALD	employé	renouvellement, canal carpien, insomnie, épaule	canal carpien, tb digestif	ordonnance	omeprazole vitD
e240210	12	53	femme	RG	prof interm	diarrhées, tb sommeil secondaire douleur, ro	iatrogénie fumarer, anxiété	examen, bio, ordonnance	ultralevure, loperamide, simeticone
h-27-01-12	15	67	femme	ALD	retraité	essoufflement, asthénie, insomnie	hta, cholestérol, valve cardio	examen, mictobio, ordonnance	levothyrox, aprovel, nebilox, previscan, inegy, zymad, ketum gel
o-08-09-08	32	51	femme	RG	cadre sup	burnout adeca	burnout thyroide	examen bio écho at adeca ordonnance	ramipril bisoprolol
q-23-06-12	10	49	femme	ALD	artisan commerçant	lombalgies asthenie insomnie anxiete gastralgies	hemochromatose lombalgies htatrauma costal	examen ecoute/info bio radio ordonnance	homeopathie
v-10-03-6	13	63	femme	ALD	retraité	asthénie, nausées, certif mobistras, insomnie	cancer sein, postchimio	rdv suivi, certificat	-

retranscription

audio

Le patient dit ne pas dormir la nuit. deux trois fois par semaine, il se réveille dans la nuit, trois fois par nuit, mais il arrive à se rendormir. sa plainte est spontanée. La plainte n'est pas creusée. Le praticien l'entraîne vers un autre sujet, ses lombalgies et le patient ne revient pas sur sa plainte. la plainte concernant son sommeil est exprimée en dernier après l'énumération de ses symptômes.

Je trouve que nous n'avons pas assez creusé mais le médecin parlait avec l'épouse au moment de la plainte sur son sommeil, elle n'a probablement pas tout entendu. mais ça n'est pas non plus une question qu'elle a posé par la suite alors que le patient présente des lombalgies chroniques invalidantes, une inquiétude souvent répétée quand à son avenir professionnel et des symptômes de dépression débutante.

Venue pour syndrome du canal carpien (ancien). La douleur provoque des insomnies. Le sujet est **amené par la patiente et elle revient dessus plusieurs fois de suite mais le sujet n'est pas approfondi par le médecin**. L'objectif est de soulager les douleurs (opération prévue dans 3 mois). Pas de demande de somnifère mais demande d'antalgique. Elle revient encore une fois sur le sujet du sommeil en décrivant des soucis. Sujet toujours pas creusé.

La patiente dit ne pas bien dormir. Nombreux réveils mais par contre elle se rendort. Asthénie mais probablement secondaire aux diarrhées actuelles. Elle décrit une anxiété importante.

Le sujet est amené par la patiente mais n'est pas suivi par le médecin (passe vite à un autre sujet). Les symptômes sont présents depuis plusieurs nuits.

Contrôle des hormones thyroïdiennes.

Elle prend du **zopiclone 1/2** : **conseil d'en prendre 1**. (Commentaire personnel : **orientation très biomédicale de la consultation, le médecin a entendu la plainte et ne s'y attarde pas volontairement**)

Dans un premier temps, en début de consultation, la patiente rapporte qu'elle « ne dort pas bien, se réveille toutes les nuits »

Le médecin demande lui demande si elle connaît les raisons de cette insomnie. La patiente répond qu'elle ne sait pas. La question n'est pas plus explorée par le médecin
Dans un deuxième temps, la patiente évoque à nouveau qu'elle ne dort pas mais n'approfondit pas la question.

La plainte principale de la patiente est l'asthénie. L'insomnie semble être évoquée comme secondaire. La patiente n'insiste pas pour solliciter une prise en charge du médecin.

Aucune prescription, pas de conseils d'hygiène

Patiente en burn out : explique sa situation et ses plaintes au médecin en début de consultation : « ... insomnie, et tout ce qui suit »

Pas relevé par le médecin sur le coup, laisse parler la patiente.

Redemande plus tard, lors de la recherche d'un syndrome dépressif sous jacent : « vous dormez bien ? » réponse par la négative.

ATCD d'hémochromatose. Suivi mensuellement pour cela.

Plaintes de lombalgies basses initiales au début de consultation

Pendant l'examen de l'abdomen : « vous n'avez pas mal au ventre »

« il y a un petit peu de tout en ce moment »

C'est le dos

« on a eu la bonne idée de changer de matelas (ironique), il y a un mois, ça ne va pas. Et bien on va rechanger !

on attend le nouveau.

il est tout dur, je souffre encore plus ; ça fait un mois que je suis dessus.

« il ne faut pas prendre des matelas trop dur, c'est la mode mais ce n'est pas si bon », je vais vous prescrire qqch pour la fatigue ».

Je vous montre encore la prise de sang. **Je ne dors plus non plus, enfin, je ne sais pas.**

Cette remarque n'est pas particulièrement relevée par le praticien.

La prise de sang, la kiné c'est très bien.

Je ne vous fais pas la saignée avec votre fatigue

Je vous ai mis des granules pour la fatigue, les vertiges et les douleurs costales.

Prescription homéopathique:

H^ophosphoricum, H^ococculus, H^osymphytum

La patiente évoque spontanément au cours de la discussion qu'elle ne dort pas la nuit, qu'elle a mal dans les bras, dans le ventre, qu'elle est nauséuse dans les suites de sa chimiothérapie. **Cette phrase semble se perdre dans le cours de la discussion, elle n'est pas vraiment approfondie par le médecin qui continue à remplir le formulaire médical.** J'avais l'impression que cette consultation était vraiment dédiée à remplir le formulaire médical, qu'elle ne se prêtait pas à approfondir la question de l'insomnie. Une consultation de suivi est prévue la semaine suivante, peut-être qu'à ce moment-là, certains aspects seront plus approfondis.

parle de l'insomnie pendant l'échange sur les douleurs. Le médecin relie l'insomnie aux douleurs et ne va pas plus loin

insomnie qui semble liée aux douleurs de dos : "c'est le dos" "à quel endroit?" " ... j'ai un matelas horrible" "qu'est-ce qu'il a ce matelas, il est trop dur?" "c'est de la mousse toute dure, je vous dis pas!" (...) (pendant que le médecin discute avec l'interne, inaudible) "**je suis en train de faire le tour de toutes les pièces... je profite quand même pour vous montrer... je ne dors pas non plus" "la prise de sang c'est très bien, la kiné c'est très bien"** . puis après son départ, discussion avec l'interne qui voit pour la première fois une saignée au cabinet, **on se rend compte que le médecin était concentré sur ce sujet, et n'a pas vraiment écouté la plainte d'insomnie**

"docteur, je *** dors" "c'est vrai?" "je dors pas la nuit, j'ai mal au ventre, aux bras, la tête" "ah oui, toujours..." (plus tard, une fois les papiers terminés) : "**et puis on va peut-être se revoir, tranquillement pour discuter de tout ça" "oui oui oui"**. (Commentaire personnel : **le médecin semble avoir entendu la plainte mais n'est pas prêt à y passer plus de temps cette fois. par contre signifie à la patiente qu'il l'a entendue et qu'il reviendra pour ça**)

7d : abordé pendant la consultation par le médecin

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
w-23-03-12	12	75	homme	ALD	retraité	ro, résultats bio	SAOS et insomnie liée à la ppc	examen, ordonnance, discussion autour du sommeil	10 médicaments, cardio, respi, douleur, thyroïde
ab-16-12-5	38	58	homme	ALD	ouvrier	douleur pieds, crampes, fatigue, insomnie, stress travail, irritable, hta, diabète, vaccination,	dépression, anxiété, sjsr, iatrogénie, suivi hta diabète, vaccin	examen, écoute, ordonnance, education, cs spé, vaccin	kardegic, sitagliptine, enalapril, metformine, glibenclazide, atorvastatine, irbesartan, hydrochlorothiazide
ad-17-04-7	38	38	femme	RG	sans emploi	mal de gorge, douleur nuque, doul costale, asthénie, labilité émotionnelle	premier contact, névralgie intercostale, anxiété, pharyngite	écoute, examen, prise de sang	.
bf-25-03-2	31	74	femme	ALD	retraité	rencontre de suivi, eruption cutanée, vomissements, brûlures estomac, asthénie	tb gastriques, insomnie, dnid, hta	examen, bio, écho, cs gastro, ordonnance	januvia, gliclazide, bbloq, lasilix, kard, ceris, vagostabyl , omeprazole, crèmes
i08012	22	61	homme	RG	retraité	efficacité millepertuis, anxiété apathie, insomnie acouphène	anxiété	examen, discussion, reconvoction, ordonnance	citalopram
k25061	27	79	homme	ALD	retraité	ro, semelles, genoux, questionnaire	gonarthrose, difficultés psy, angor	examen, ordonnance, info temesta, semelles	kardegic omega3 bbloq, statine, sartan, lorazepam

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>Le praticien demande au patient si il dort bien. Celui-ci dit pas trop avec l'appareil pour les apnées du sommeil. La discussion s'arrête là</p>	
<p>la compagne du patient se plaint du sommeil agité de son mari, au cours de l'interrogatoire. Le praticien demande au patient comment se passe une nuit habituelle. Le patient répond que le sommeil est dérangé par un réveil nocturne pour aller uriner vers une heure du matin. Il se couche tôt après les informations télévisées à 21h, s'endort de suite. Réveil à une heure du matin puis se rendort jusqu'à 4h, et se réveille, là ne se rendort pas même le weekend (il est ouvrier soudeur et travaille tôt le matin vers 6h). Sa plainte à lui et de devoir se lever pour uriner dans la nuit. Son épouse décrit un sommeil agité avec des cris depuis une quinzaine de jours. Exploration psychologique par le praticien: qq chose a-t-il déclenché ces troubles : la mort brutale d'un de ses copains.</p> <p>Contexte de saturation au travail depuis plusieurs mois, colérique et anxieux au travail comme à la maison. le praticien propose un antidépresseur, refusé catégoriquement par le patient (la pilule « du fou »), de même qu'une benzodiazépine refusée de la même manière. pas d'explication, pas d'essai de convaincre de la part du praticien. Le patient présente également des signes cliniques pouvant faire suspecter un SAOS : proposition d'une exploration polysomnographique: explications au patient, qui décline une nouvelle fois, car cela avait déjà été proposé antérieurement.</p> <p>Réflexion personnelle: relation de confiance avec le praticien, connaissance de longue date. pas de demande explicite sur le sommeil, plainte qui n'est pas exprimée directement par le patient mais par sa femme., n'est pas très coopérante mais s'exprime quand on l'y encourage: plaintes au rapport au boulot. J'ai l'impression que l'espace d'écoute et de dialogue donné par son médecin lui suffit. proposition très rapide de médicaments qui m'a étonné pendant la consultation; en suite j'ai compris que le praticien connaissait déjà bien les symptômes de burn-out du patient.</p>	<p>Le médecin se sert de la prise de tension, basse pour rebondir sur le sommeil (dont la femme avait parlé avant). L'exploration est un peu laborieuse, mais il accepte d'en discuter, mais refuse toute prise en charge "nix pilule du fou! je dors bien!"</p>
<p>la patiente se dit très fatiguée. Interrogatoire du praticien: pourquoi? À quelle heure se couche-t-elle, à quelle heure se réveille t'elle? « je me couche et je bouquine, je ne peux pas m'endormir sans bouquinier mais si le livre est prenant je peux éteindre vers minuit 1h, lever le lendemain à 06h30 pour me préparer puis préparer les enfants. pas de sieste car rentrent tôt de l'école. Je traîne le soir vais me coucher seulement vers 23h lors que mon mari est déjà couché depuis une demi-heure... » je suis une grande dormeuse, habituellement il me faut plutôt 8h de sommeil... Le praticien lui explique qu'elle a accumulé une dette de sommeil. Bonne hygiène dans le sens où elle bouquine pour s'endormir. explique aussi sa labilité <u>émotionnelle</u>. se couche plus tôt. Anxiété mais pas au premier plan ces derniers temps car mari militaire est rentré de mission il y a quelques semaines. Pas de demande de sa part pour des <u>médicaments</u>. Il me semble qu'elle avait besoin surtout de réassurance et de discuter, le praticien a pris son temps avec elle, ce qui me semble à été apprécié.</p>	
<p>Renouvellement d'ordonnance.</p> <p>Patient sous Stilnox 1/2cp au coucher. Le médecin propose d'arrêter le Stilnox et de le remplacer par du Vagostabyl 2 cp le soir au coucher. La question de l'insomnie n'est pas approfondie.</p> <p>La patiente accepte le remplacement du Stilnox.</p>	
<p>Question d'insomnie posée par le Médecin. Patient avec terrain Anxiodépressif majeur. Le patient n'a pas du tout souhaité évoquer la question et s'est focalisé sur autre chose. Anxiété+++ , peur d'être malade, bruits dans les oreilles</p>	
<p>NOTES LIBRES</p> <p>Patient coronarien. Vu depuis peu. Reprise de patientèle. Interrogatoire : Se plaint de douleurs de genou. ATCD d'ostéotomie à droite. Douleur en descente d'escalier. PTG gauche prévue ?</p> <p>Examen physique : TA (« super »). ACP. Poids. Taille. Renouvellement</p> <p>« Je faisais des apnées avec le crestor le soir » « Du coup je le prends le midi et ça va mieux »</p> <p>PAS DE RELANCE sur le sommeil. NI sur le SAHOS.</p> <p>On arrive au RO du Temesta. « Il peut augmenter les chutes ou rendre gaga » dit le médecin</p> <p>Le médecin demande pourquoi.</p> <p>Réponse « Depuis le décès de sa femme ». « 25 ans ». « Pas de soucis ».</p> <p>« Mais si j'en prends un autre c'est pareil ».</p> <p>Le médecin demande sur les trucs « Tisane ? »</p> <p>« Non ça sert à rien » « Mais je le prends pas tous les soirs » en parlant du Temesta.</p> <p>« Prescrit par le Dr H. initialement.</p> <p>Aborde la question d'un sevrage « Non c'est bien comme ça » « Ok » réponse finale du médecin .</p> <p>COMMENTAIRES :</p> <p>Le patient aborde en premier le motif « sommeil » en parlant du Crestor, avec notion de SAHOS, mais pas de relance du médecin..</p> <p>Puis le médecin aborde le motif « sommeil » sous l'angle « insomnie » avec le RO du Temesta.</p> <p>Comme c'est un nouveau patient, on sent le médecin plus libre de donner son point de vue, et de mettre les pieds dans le plat « ça rend gaga . pourquoi vous le prenez ? » « ... décès de ma femme ». Pourtant il lance encore après l'idée du sevrage qui obtiendra un Non. Le patient est accessible à la discussion et répond toujours après un temps de réflexion (comme pour peser ses mots). Le médecin essaye d'aborder une solution de « remplacement », un « truc » avec la tisane. Mais patient non convaincu, que l'on sent rassuré par la prise médicamenteuse .</p> <p>Le patient n'est pas en demande (motif insomnie abordé par le médecin). Le médecin semble assez à l'aise. Probablement car c'est un nouveau patient et que les habitudes ne sont pas encore enclavées entre le médecin et son patient.</p>	<p>Milieu de consultation, quand il fait le point sur l'ordonnance de ce nouveau patient "le docteur note aussi du temesta. C'est quelque chose que vous prenez tous les soirs?" "tous les soirs. Mais faut par marquer 1/2, a la pharmacie comme ma femme prend aussi des miens, à la pharmacie ils calculent un demi." "ils sont très précis parce que c'est des médicaments qui augmentent le risque de chute ou de devenir gaga. il essaient d'en limiter le nombre de boites qui sont délivrées. ça fait longtemps que vous prenez ce médicament?" "depuis que ma femme est décédée" 25 ans. "ça fait un sacré moment" "mais je suis encore clair dans ma tête" "pas de générique" (à noter qu'il prend une petite dose, 1/2 de 1mg) (vers la fin, parlant du coeur : "je fais attention au manger et de pas grossir". (Commentaire personnel : l'échange a lieu autour du médicament, pas du sommeil, mais premier contact donc difficile d'entrer dans trop intime...)</p>

Sommeil abordé pendant la consultation, par le médecin

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	âge	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
k25067	21	80	femme	ALD	retraité	résultats cardio, essoufflement, dysphagie, ro	cardiopathie, saos, hta, obésité, dysthyroïdie, tb psy, insomnie	info résultats, écoute active, examen, diététique,écho, ordonnance, bio	movicor, bbloq,plavix, statine, iec, zolpidem , alprazolam , paracetamol
q-24-06-04	14	75	femme	ALD	retraité	soins de support, postop metastases, asthenie oedeme sommeil altere peur cancer du sein	melanome, metastasectomie	examen, recuperation exam histo, ordonnance	homeopathie
m16091	25	63	femme	°	retraité	ro	insomnie, hta, ACFA	mammo, conseils, hygiene sommeil, examen, ordonnance	flecaine, statine, fluindione, atenolol, potassium

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>NOTES LIBRES</p> <p>Consultation en alsacien</p> <p>HTA : un peu limitée !!</p> <p>SAOS appareillé. Le médecin pose la question de l'observance 5-6h / nuit.</p> <p>Question du sommeil : Ok avec le masque facial</p> <p>Le patient doit d'ailleurs voir le Dr x (Med interne, Med du sommeil) cette semaine. ... ok.</p> <p>Prise TA, Ausult CP. Mesure du poids</p> <p>Info sur poids Sur obésité</p> <p>Renouvellement : « Alprazolam ? » « Oui SVP ! Sinon je m'endors pas ... »</p> <p>Q. du médecin : la situation ne s'est pas calmée ? (avec la famille, problème de communication intergénérationnel)</p> <p>Fin.</p> <p>COMMENTAIRES :</p> <p>La consultation aborde rapidement le sommeil, via l'HTA.</p> <p>Médecin à l'initiative.</p> <p>Le patient n'est pas en demande, mais répond volontiers au médecin en Alsacien.</p> <p>Le patient raconte sans problème son sommeil, ses habitudes (PPC etc.) et les problèmes de sa vie de famille. Le patient accepte que la question soit approfondie. Jusqu'à ce que la question de l'Alprazolam soit abordée ...</p> <p>Il n'y a pas de plainte formelle d'insomnie. Le médecin aborde la prescription de BZD en fin de consultation.</p> <p>Pas de trucs, pas d'automédication etc.</p> <p>Discours et échange :</p> <p>Prescription abordée, le médecin lance la question pour savoir si l'alprazolam est indispensable ... mais la réponse du patient clôt la discussion sur les BZD (mais ouverture sur troubles de famille ...). Pas d'hygiène de sommeil abordée. Le médecin est mis en difficulté par la réponse assez catégorique du patient, pas de négociation ou échange possible</p>	<p>femme? °</p>
<p>Mélanome achromique avec métastases, traitement homéopatique par VISCUM THERAPIE (pini 20 mg) (en sous cutané (environ 2 /semaine)</p> <p>« Le viscum, je le termine la semaine prochaine</p> <p>Comment ça se passe alors avec le viscum ?</p> <p>A part une Rougeur localement et des démangeaisons, ... je mets de l'arnica dessus</p> <p>... on va garder la même dose.</p> <p>A part ça, il n'y a pas d'autres symptômes ?</p> <p>Non, enfin certains jours, comme j'ai la piqure le matin, j'ai l'impression de moins bien dormir la nuit. Enfin, comme les autres nuits je dors bien !</p> <p>Ah bien ça joue c'est que cela active, ça réagit fortement, ce qui est plutôt une bonne chose . De toute façon Il faut que je subisse, C'est encore le moindre mal.</p> <p>Oui, oui.</p>	<p>l'interne a complété sa prise de notes par l'audio, il y a l'essentiel. (Commentaire personnel : insomnie secondaire au traitement chimio)</p>
<p>Ne souhaite pas d'enregistrement. - 1. Renouvellement - 2. Mammo non faite, ne le souhaite pas. Discussion. - 3. CCR ? hémocult non fait ... discussion ...</p> <p>- Patient très apathique. Tête baissée. Ne regarde quasiment jamais le médecin. - Le médecin essaie de capter son regard... - 4. « Et sinon ?? Fatiguée ?? » o « J'arrive pas à dormir. Et à m'endormir. JE ne dors pas la moitié de la nuit » - « Vous avez des soucis ? o Pas vraiment - «Un peu? o Peut-être - (très évasive, laconique, Pénible) - « Peut-être ? ... o Les enfants. - « Depuis ? o Longtemps - « Et c'est plus gênant maintenant ? - Oui (on est face à une porte de prison.... Je sens le prat s'arracher les cheveux intérieurement ...)</p> <p>« Et qu'est ce que vous faites quand vous ne dormez pas ? - Je regarde la télé, mais j'arrête maintenant .. Je fais rien. - « Vous avez essayé de vous relever ? o Non jamais essayé. - « Et vos problèmes avec les enfants, c'est de quelle nature ? o Ils sont là. Ils font rien On se dispute. - (puis gros silence « bon, essayez de faire autre chose quand vous trouvez pas le sommeil. Des mots croisés, autre chose, mais pas dans le lit [...]) - 5. Examen clinique général + CV. Poids. Coupé par téléphone.</p> <p>- Le sommeil n'est PAS le motif pour la patiente. - « Parlez moi de votre fatigue o J'ai pris de la passiflore. Ça a marché mais, plus maintenant. - « Ca apparaît plutôt le matin, la journée ? o Quand je suis devant le journal, je dors... « Dès qu'ambiance tranquille ? -o Oui. - EPWORTH ! évalué à 10. - Conclusion par le prat : « ça serait intéressant de le bilanter... o (la patiente semble contrariée, interrogative. o (mais rien ne sort. Elle est soucieuse. Le regard dans la vague.</p> <p>- Le prat' tente des conseils sur l'hygiène : arrêt TV Progressif (on sent que c'est pour ne pas brusquer la patiente qui je crois n'en a rien à faire ...). Sortir du lit. Assise droite. Autres trucs (repas etc ..). « Vous pensez que vous auriez d'autres activités que la TV ? o « (silence....)</p> <p>Qui est à l'initiative ? Le médecin, en « fin » de consultation, après avoir fait le tour des médicaments à renouveler, et de la prévention (mammographie, CCR, ...).</p> <p>Demande du patient ? Clairement la patiente n'est pas en demande . Mais à la fois, elle montre bien sa fatigue et sa tristesse. La demande est donc implicite. discussion sur les médicaments. Pas de ttt mis en route ni phytothérapie. Hygiène seule. - Trucs ? - Arrêt TV , Sortir du lit , Repas légers , Sortir le matin. Prise en charge Aucune prescription - Conseils hygiène ++++ - Cela ne répond pas à la question du patient, car le patient ne demandait rien. - Difficultés du médecin car patiente refermée sur elle-même...</p> <p>- Aisance sur le fond (interrogatoire, conseils etc.) ... mais dans la forme cette patiente est vraiment très difficile à gérer abordé par le médecin en fin de cslt , patiente fermée info arraché par le medecin. medecin recherche etio insomnie exploration hygiène de vie , trouble familiaux cause somnolence diurne retrouvé questionnaire d'epworth fait et positif , <u>medecin donne conseil seule hygiène dietetique, aimerait explorer plus l'insomnie mais patiente ne témoigne aucun évie</u></p>	

Sommeil abordé pendant la consultation, par le médecin

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
m16095	19	69	femme	ALD	retraité	ro, équilibre, insomnie, rhinorrhée, tristesse	parkinson, insomnie, tristesse	encouragement, ex général, bio, ordonnance	levodopa, alprazolam , indapamine, magne, ca vit D
o-06-09-03	23	77	femme	RG	retraité	ro, angoisse	sd anxiodépressif hta acfa insuff cardio	examen écoute bio ordonnance	fluindione bbloq sartan thiazide allopinol paroxetine
q-23-07-05	14	66	femme	ALD	retraité	douffées chaleur, prise poids, déprime secondaire à son état toux	cancer sein iatrogene rgo	conseils diete examen ordonnance	zymad homeo
s-01-10-02	12	55	femme	inv	sans emploi	erreur médicaments, courbatures, moral	hta, dnid, depression, psychose, tabac, bpco	examen, discussion, ordonnance	lepticur, ramipril, statine, metformine, kardegic, haldol, beclometasone, salbutamol, formoterol
u-09-09-05	26	40	femme	*	employé	gastralgie, résultat irm lombaire, demande ceinture soutien lombaire	gastrite, sd anxiodépressif, lombalgie	discussion moral, résultat IRM, résultat bio, cs gastro	omeprazole, metronidazole, amox, venlafaxine, alprazolam
u-29-07-11	37	46	femme	*	ouvrier	anxiété, deuil	deuil pathologique, sd dépressif	dossier médical, examen, discussion, ordonnance	homeo, doxylamine
w-12-01-10	12	79	femme	ALD	retraité	ro	suivi	examen, ordonnance, conseil thérapeutique, mammo, adeca	fludex, iec, statine, K, bbloq, icaz, ideos, evista, voltarene, vitD

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>Vient avec son mari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles neurologiques suivis par Pr Tranchant. MPI ?? - 1. Troubles de l'équilibre : fréquence ? intensité ? - 2. « Comment se passent les nuits ? Vous dormez ? O non - « Ca a empiré ? o Toujours pareil. (regarde beaucoup son mari) - Puis discussion à propos des troubles neurologiques - « Et le reste ? Appétit ? o Mange beaucoup, mais mal ... - « Moral ? - pas de réponse ... - Examen général - « Moral ? o «Cava. - Discussion : pas de dépression, pas d'anxiété. - Prend de l'alprazolam déjà. (troubles du sommeil). - Etait nerveuse à l'arrêt du rivotril. - => alprazolam à majorer ?? <p>Qui à l'initiative ?</p> <p>Le médecin. Assez tôt dans la consultation. On voyait la patiente physiquement fatiguée.</p> <p>Demande du patient ?</p> <p>Demande exprimée : mieux dormir. Fatigue. Demande claire. Raconte peu, mais problème chronique. La question est relativement approfondie, en tout cas sans détours. Pas de difficultés particulières à en discuter ni pour médecin ni pour patiente.</p> <p>Abordé par le médecin ?</p> <p>Exploration selon schéma assez normé chez ce praticien. Interrogatoire intensité / variation / ancienneté. Ici la cause organique (neuro) est évidente. Examen clinique quand même (pour se rassurer ? pour rassurer la patiente surtout ?). Puis</p>	<p>Tout début de consultation, le médecin à l'initiative en voyant son état "comment se passe les nuits?" (silence) "vous dormez la nuit?" "non..." vous ne dormez pas bien? Ça a empiré?" "je dirais c'est pareil" (en regardant son mari) la patiente est assez apathique, réponds peu,; c'est son mari qui répond pour elle parfois. on finit par apprendre qu'elle a déjà eu une exploration par un médecin du sommeil, et qu'elle prend de l'alprazolam 2/semaine, ce que le médecin encourage à continuer pour qu'elle se sente mieux. "vous prenez encore de l'alprazolam?" "oui, combien de temps on peu en prendre?" "si c'est nécessaire vous pouvez continuer ..." comme vous ne dormez pas bien... on l'avait mis depuis le printemps" (donc depuis 6 mois)</p>
<p>En milieu de consultation, patiente angoissée, recherche d'un syndrome dépressif :</p> <p>« vous dormez bien la nuit ? »</p> <p>« pas bien, je me réveille à 3h-4h »</p> <p>pas d'autres explorations ni allusion.</p>	<p>°</p>
<p>Patiente à un cancer du sein et des douleurs articulaires sous Fémara. Plainte principale de prise de poids et de bouffées de chaleur. « Ça me déprime ».</p> <p>En fin de consultation pendant la fin de l'examen clinique : « le sommeil, c'est un peu mieux ?</p> <p>Oui, ça va un peu mieux ! (d'un air légèrement, oui je concède enfin quelque chose de positif, volonté de ne pas blesser le praticien ?) (...) pas d'autre remarque de la part des 2 parties.</p> <p>Et en toute fin de consultation :</p> <p>« Donc Ça c'est pour dormir ? (en montrant l'ordonnance)</p> <p>Non, c'est un traitement de fond, je ne vous ai pas mis de traitement pour dormir cette fois-ci. »</p>	<p>l'interne a complété sa prise de notes par l'audio, il y a l'essentiel. (Commentaire personnel : impression que la patiente serait demandeuse mais n'ose pas, le médecin a tranché la question)</p>
<p>Qualité du sommeil abordé par le médecin. Se plaint de réveil nocturne mais refuse catégoriquement de prendre des médicaments pour dormir.</p>	<p>°</p>
<p>Qualité du sommeil demandé par le médecin. La patiente dit ne pas dormir beaucoup, elle se sent épuisée. Elle travail la journée puis rentre et « s'enferme » chez elle. Elle est très angoissée due à des problèmes familiaux qui se majorent : Son mari veut demander le divorce mais ils habitent toujours ensemble, son plus grand fils est parti de la maison et ne vient plus beaucoup lui rendre visite. Par ailleurs son travail ne lui plaît pas, elle trouve les gens « méchants ». Elle a également des problèmes financiers. Elle prend une tisane le soir et applique déjà les conseils d'hygiène du sommeil. Elle prend un traitement par Alprazolam. Elle ne conduit pas lorsqu'elle prend se traitement. Elle l'évite au maximum et ne prend pas plus de 3 comprimé d'Alprazolam 0,25 par jour. Elle avait arrêté un temps mais en a repris car elle se sent trop angoissée. Explication de Dr U. Sur les risques d'accoutumance a ce médicament. Après la consultation, Dr U m'explique que le cas de cette patiente est très complexe et qu'elle a du mal a proposer un traitement adéquat. Elle ne peut lui proposer un suivi psychologique qu'avec elle-même car la patiente n'a pas les moyens de payer une psychologue.</p>	<p>°</p>
<p>Qualité du sommeil abordé par le médecin. Le patient se plaint d'insomnie de milieu de nuit. Le coucher et l'endormissement se fait vers 23h avec un réveil vers 2-3h du matin. La patiente se sent alors en forme et regarde la télévision. Conseil d'hygiène du sommeil par Dr U : pas d'excitant le soir, en cas de réveil nocturne, se lever et boire un verre d'eau ou une boisson chaude, privilégier la lecture et la musique douce et éviter la télévision. Contexte de deuil : décès du père de la patiente après un transfert en service de rééducation. Elle ne l'avait pas vu depuis 3 jours et le décès est survenu la veille de sa visite. Sentiment de culpabilité important. Par ailleurs elle doit maintenant s'occuper du déménagement de la maison de son père et des papiers des suites du décès. De plus sa belle-mère est atteinte d'un cancer du pancréas et sa belle-sœur d'un cancer du sein. Son fil va se marier dans 2 semaines et elle aimerait ne pas « craquer » lors du mariage. La patiente ne présente pas de signe de gravité de dépression ni d'idée suicidaire (demandé par Dr U). Elle s'automédique par Sédatif PC, L72, NuxVomica, Zenalia et Magnésium Elle trouve une légère amélioration de son état sous ce traitement. Proposition par Dr U d'un autre traitement homéopathique et d'un traitement par Doxylamine ainsi que d'une nouvelle consultation dans une semaine.</p>	<p>°</p>
<p>Le praticien demande à la patiente comment elle dort. Elle répond que cela dépend des fois. Il demande ce qu'elle fait quand elle dort mal. Elle dit qu'elle se retourne plusieurs fois dans son lit. La discussion s'arrête, le praticien ne propose pas de thérapeutique</p>	<p>°</p>

7e : abordé pendant la consultation de manière indéterminée

Sommeil abordé de manière indéterminée

Base de données quantitative										prises de notes de l'interne	enregistrement
code de consultation	durée (min)	âge	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement	retranscription	audio
a.05.02.23	10	55	femme	RG	employé	depression, tb sommeil, anorexie, difficultés travail	sd dépressif	écoute, prescription	alprazolam, hydroxyzine, fluvoxamine	°	°
e21023	13	38	homme	RG	°	rhinite, ro somnifère	rhino, schizo, insomnie	examen, info somnifères, bio, courrier psychiatre ordonnance	zopiclone, oxymetazoline	°	°
l12082	33	33	homme	°	artisan commerçant	licence foot, toux stress genou, demande bio	ménisque, insomnie	explications genou, examen, ecg, certificat	°	°	°
n-02-07-09	18	92	femme	ALD	retraité	sœur malade, ro	cardiopathie, insomnie	examen, ordonnance	statine, omega3, mopr al, zopiclone, moslidomine, furosemide, clodogrel, sartan	°	°
n-09-07-01	10	69	femme	RG	retraité	ro, otalgie, fille malade	HTA insomnie	ordonnance	clotiazepam bbloq thiazide zopiclone	°	°
n-16-06-10	16	92	homme	RG	retraité	otalgie lésion peau	saignement oreille arthrose, ACFA BPCO insomnie	examen ordonnance	14 médicaments, dont 6 pour le cœur, 3 pulm, ipp, helicidinerepa glinide betahistine zopiclone	°	°
n-19-06-04	16	71	femme	ALD	retraité	maladie mari, ro, palpitations, gastralgies	anxiété insomnie	examen, cs gastro, ordonnance	sartan liraglutine zolpidem pantoprazole glibenclamide metformine	°	°
r-09-09-01	42	61	femme	°	retraité	suivi, depression difficile maladie mere, bouffees de chaleur	sd depressif difficultes familiales	precision de la demande, avis, discussion, conseil, prise ta, cs gyneco, ordonnance	bromazepam zopiclone	°	°

7f : abordé en fin de consultation

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	âge	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
bf-04-03-9	53	62	femme	RG	retraité	paralysie nerf fibulaire, insomnie	paralysie nf fib, complication chir, insomnie	résultats ex, avis, discussion chir, ordonnance	euphytose
gz-12-12-5	11	80	femme	ALD	retraité	renouvellement, limitation à l'effort, insomnie	hta, dyslip, dyspnée, insomnie	examen, résultat bio, mictobio urines, ordonnance	statine amlor esidrex kardegic bromazepam
h-21-01-5	11	50	homme	RG	retraité	pb maladie de sa mère, ro	hta	écoute, exam, ordonnance	bbloq, statine, bromazepam, zolpidem
i12124	25	21	femme	CMU	sans emploi	maladie charcot, mdph, saos, insomnie détresse sociale	saos/insomnie? Maladie charcot	soutien psy MG, certificat	-
i19121	11	66	femme	RG	retraité	resultats examens radio, douleur épaule, demande cure, demande topexil	ostéopénie, arthrose lombaire	conseils, ordonnance, examen, résultats, cure	vitD, ac alendronique, paracetamol, oxomemazine
j13121	24	54	femme	RG	employé	harcelement travail, anxiété, insomnie, mycose, peur stilnox	anxiété, insomnie, mycose	écoute, sleepcycle, ordonnance, mesures hygiénodietétiques	zolpidem
k23091	19	74	femme	*	retraité	ro, douleur hanche, hta	hta, coxarthrose, insomnie	examen, clarification demande, lettre rééduc, ordonnance	zolpidem , pindolol, mopral, domperidone, paracetamol, diprosone
n-03-06-07	16	84	femme	RG	retraité	pb sécu, ro	pb sécu, suivi	examen, ordonnance	levothyrox tareg ergypar daflon lorazepam tanakan sterdex stablon
n-10-06-05	26	50	homme	RG	employé	pb partenaire/maladie	pb partenaire/maladie, dyslipidémie, insomnie	cs psychiatre, ordonnance	zolpidem , omega3, statine

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>En fin de consultation, patiente dit « je n'arrive pas à dormir, je me réveille plusieurs fois après 1 à 2 h de sommeil puis je somnole depuis le RAD après mon opération de prothèse de genou ».</p>	
<p>La patiente prend déjà de l'Euphytose mais cela ne fonctionne pas. Elle « veut quelque chose pour dormir ».</p>	
<p>Le médecin évalue le sommeil, la durée des nuits et recherche des endormissements diurnes. La patiente ne présente pas de fatigue pendant la journée. Il recherche également des ronflements et un syndrome des jambes sans repos.</p>	
<p>Il évalue ensuite les activités du soir avant de s'endormir. La patiente dit faire de l'ordinateur.</p>	
<p>Le médecin propose d'éviter l'ordinateur avant de se coucher et de faire quelque chose de calme comme de la lecture.</p>	
<p>Le médecin évalue ensuite le moral de la patiente. Elle évoque une rupture sentimentale récente et elle pense que l'insomnie peut y être reliée.</p>	
<p>La rupture a été très difficile, elle a très mal vécue par la patiente qui a été délaissée par sa famille du fait de cette relation.</p>	
<p>Au final, le médecin propose à la patiente de faire du sport, d'éviter l'ordinateur le soir. Il propose également de voir un psychologue, la patiente refuse.</p>	
<p>Elle demande si elle peut continuer l'Euphytose 4cp le soir, le médecin est ok. Pas d'introduction d'autre médicament.</p>	
<p>Patiente évoque l'insomnie en fin de consultation. Elle dit « je dors mal. Je dors devant la télé puis je n'arrive plus à dormir quand je vais me coucher dans mon lit ».</p>	
<p>Evaluation des conditions environnementales du coucher. Pas d'exploration somatique.</p>	
<p>Auto-médication par du Lexomil ¼ de cp au coucher.</p>	
<p>Pas de traitement supplémentaire instauré. Conseils d'éviter la télé et autres écrans le soir, préférer la lecture avant de se coucher</p>	
<p>A la fin de la consultation, le médecin demande : « il vous faut le Lexomil ».</p>	
<p>Le patient élude le sujet et répond simplement oui il me le faut sans justification. Il semble gêné par la question et ne semble pas vouloir approfondir le sujet.</p>	
<p>La patiente en parle à la fin de la consultation. Soumet un questionnaire au médecin à remplir pour dépistage de SAS. N'a pas de ttt pour l'insomnie mais ne dort plus depuis la mort de son père (quelques semaines) qui avait un SAS. Très angoissée depuis la mort de son père car il est décédé de la maladie de Charcot dont elle même souffre. SAS déjà soupçonné lors d'une ancienne consultation mais questionnaire refait (ronflement, somnolence, céphalées...) Pas de prescription pour le sommeil. Remplissage du questionnaire. Tout le discours sur le sommeil a déjà été fait lors de précédentes consultations.</p>	
<p>La patiente a demandé qu'on lui prescrive du Toplexil tout à la fin de la consultation (alors qu'elle avait déjà reçu l'ordo du médecin). Pas d'approfondissement de la part du médecin ou du patient. Toplexil prescrit. Pour l'insomnie??? sûrement (pas de toux)</p>	
<p>Initié par le patient en fin de consultation. Croit faire de l'apnée du sommeil et a peur car prend du Stilnox(zolpidem): n'est-ce pas contre-indiqué? Mais besoin de son Stilnox car dort bien avec! Insomnie déjà connue et traitée, pas de questionnaire supplémentaire. Pas de signes de SAS flagrant. Pas d'alcool. Mais fatigue de journée qui augmente régulièrement. Essayer logiciel « sleep cycle » sur smartphones (mesures les cycles du sommeil). Maintien du Stilnox</p>	
<p>- Info sur l'arthrose des hanches - Examen CV + PP. - Info ttt arthrose => inj hyalu ? - Convaincre la patiente d'aller voir le docteur Blaes (rééduc) - Prise de TA 3 FOIS !!!! - Lettre Dr B** - Interruption téléphone... - « Est-ce que vous vous passez Zolpidem ? o Oui de temps en temps - Pas plus d'exploration du ttt. Médecin à l'initiative en toute fin de consultation, quand rédaction ordonnance. Une seule question fermée. Pas d'exploration, en même temps la patiente n'en demandait pas plus. Problème probablement chronique.</p>	<p>homme? M : donc revenons à votre premier motif qui était les médicaments. Qu'est-ce qu'il vous fallait ? (bruit d'imprimante) (son téléphone sonne – reprise à 14min45) Hm... Donc ... Pas de sedretex, homéoprasol, paracétamol et diprosome ... Voilà. Est-ce que vous arrivez à vous passer de temps en temps du zolpidem ? P : oui, oui M : ah et ampoule c'est vitamine D</p>
<p><u>Renouvellement. Pas de gêne, pas de difficultés. Problème en fait non abordé.</u></p>	
<p>La patiente boit beaucoup le soir, se réveille 3 fois par nuit. Les troubles du sommeil sont liés à des troubles urinaires.</p>	
<p>Abordé spontanément par la patiente en fin de consultation, médecin et patiente le prennent sur le ton de l'humour. Sujet non creusé davantage.</p>	
<p>Contexte de problèmes psychologiques par rapport à la conjointe</p>	
<p>Le médecin demande « vous arrivez à dormir avec tout ça ? »</p>	
<p>Le patient répond : avec le somnifère, le zolpidem,, sinon non. » Fin de consultation</p>	

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
n-10-06-09	20	58	homme	RG	employé	dorsalgie douleur jambe	canal carpien neuropathie insomnie hta dyslipidémie	examen ordonnance	zopiclone bromazepam diclofenac paracetamol statine bbloq
n-16-06-09	12	63	femme	RG	retraité	douleur hanche	neuropathie, insomnie	examen ordonnance	zolpidem betamethasone piroxicam omeprazole
n-19-06-06	25	73	homme	ALD	retraité	suivi thyroïde peur maladie neuro ro	tumeur bénigne thyr insomnie hta	examen ordonnance discussion médicaments insomnie	hydroxyzine zolpidem doxylamine verapamil
o-03-10-11	19	80	femme	ALD	retraité	ro, pollakiurie fessalgie	cystite cancer sein cardiopathie	examen, ecbu bio, ordonnance	ramipril neбивол kardegic statine furosemide zopiclone
q-19-06-04	14	65	femme	ALD	retraité	cancer et multiples symptomes chimio, difficulté d'endormissement	cancer sein, iatrogénie, leucopénie papule cuir chevelu	clarification demande, résultats bio, ordonnance	inipomp homeopathie valeriane
r-20-08-20	22	34	femme	*	sans emploi	sevrage alcool, avis baclofene	alcoolisme, insomnie	avis groupe de parole, écoute active, ordonnance	fluoxetine clotiazepam zolpidem
r-22-08-03	31	36	femme	*	cadre sup	certificat med	kyste synovial, deuil décès beau père, insomnie	examen, certificat, ordonnance	clotiazepam paracetamol homeo
t-04-03-3	34	59	homme	ALD	employé	résultats dermato, ro	morphee, toxicomanie, hépatite, insomnie	avis dermato, prise de sang, ordonnance	oxazepam , buprenorphine, omeprazole, formoterol, nefopam, hydrocortisone, nitrazepam , pansements
v-19-02-5	25	68	femme	RG	retraité	douleur os, reaction allergique	rhumatisme psoriasique, insomnie	conseils, ordonnance, bio	lormetazepam , prednisone
w-12-01-01	32	83	femme	ALD	retraité	ro, douleur épaule, dmla	rhumatisme, dmla	examen, discussion therapeutique, ordonnance	kardegic, prednisone, bbloq, nadtiduryl, chondrosulf, ipp, spasfon

prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription	audio
<p>Patient consulte pour lombosciatalgie Au moment de rédiger l'ordonnance, le patient demande de l'imovane et du lexomil. Réaction du médecin, étonné, sceptique : « les deux ? » Réponse du patient : « je sais ce que je fais, t'inquiète » « j'espère... » (dialogue en milieu de consultation)</p>	
<p>Au moment de rédiger l'ordonnance : « et puis quelque chose pour dormir, ça va toujours pas autrement, malgré le fait que je fais beaucoup de jardinage » Le médecin s'exécute.</p>	
<p>Fin de consultation : Demande de médicament, « quelque chose pour dormir » Le médecin explique que le stilnox (zolpidem) est possiblement responsable des troubles de la mémoire dont se plaint le patient. Proposition d'essayer le Donormyl (doxylamine). Le médecin rédige une 2ème ordonnance avec le Stilnox si ça suffit pas.</p>	
<p>En fin de consultation, après avoir posé la boîte de zopiclone sur le bureau dès le début de la consultation (non noté par le médecin) : demande de renouvellement de zopiclone. Médecin : « vous en prenez pas de trop, hein ? » - « non non. De 21h à 23h je lis, puis toutes les 2 heures je suis réveillée »</p>	
<p>En fin de consultation lors des prescriptions, le médecin demande : « et pour dormir ? », la patiente répond : « j'ai du mal à m'endormir, je dors beaucoup pendant la journée, je ne prends pas de traitement ». Prescription de Tranquital</p>	<p>À 13 min 20 (impression de l'ordonnance) P : et donc je continue à mettre du talaxeril M : oui, tant que c'est un peu irrité P : et donc pour dormir vous m'avez prescrit des médicaments M : qu'est-ce que vous prenez pour dormir ? P : rien ... M : là vous n'arrivez pas à dormir ? P : surtout le début M : c'est l'endormissement qui va pas P : oui, oui...est-ce que c'est aussi parce que je dors la journée ? C'est ce que je me dis toujours ... Est-ce que je peux taper dans les plantes... ? Quelque chose de plus fort ? Je sais pas ... M : faut prendre du tranquita, c'est un mélange de plantes justement, vous prenez deux comprimés au dîner P : oui, oui</p>
<p>Femme de 35 ans : En fin de consultation, dans un contexte de sevrage alcoolique difficile et avis sur le Baclofène non prescrit et avis du médecin sur les groupes de paroles : « Et je veux un somnifère » « D'accord. Votre mère, elle le sait ? (-que vous prenez des somnifères-) » « Oui » « Ah, d'accord ».</p>	
<p>Femme de 36 ans : certificat médical sportif et constatation de perte de 3kg : en fin de consultation : constatation de la perte de poids : « j'ai perdu mon beau-père que j'ai connu depuis 20 ans ». « Je vous donne quelque chose ? » « Pour dormir ? oui ! » « Non, pour le deuil ! » Et plus tard dans en fin de consultation : « Et je vous donne un somnifère ou pas ? » « La dernière fois, vous m'aviez donné quelque chose pour l'angoisse (Veratran) » « Et c'était bien ? » « Oui. » Prescription de Veratran = clotiazepam et de l'homeopathie Ignatia et Sepia pour le deuil.</p>	
<p>pb dermato important, discussion sur la gestion de la douleur chez un patient sous substitution buprenorphine, courrier dermato et hépato. renouvellement du traitement sans discussion sur le sommeil mais consultation longue et pb complexes autres</p>	<p>simple discussion au moment de la rédaction de l'ordonnance pour les quantités, on sent que le sujet a été souvent discuté auparavant</p>
<p>toute fin de consultation « est-ce que vous pouvez à nouveau prescrire du noctamide pour m'aider à dormir » (dit doucement pendant la réalisation de l'ordonnance) réponse « oui » et prescrit sans discussion et on passe à autre chose : consultation longue centrée sur une problématique médicale et douloureuse complexe</p>	<p>en fin de rédaction d'ordonnance, après discussion sur la cortisone, et l'évolution de la maladie.</p>
<p>La patiente dit prendre du lexomil quand vraiment elle n'arrive pas à dormir. Elle dit en avoir donné à son fils car il n'arrivait pas à dormir. Le praticien lui rappelle qu'il ne faut pas donner des médicaments à quelqu'un d'autre, que ce genre de médicaments agissent sur le cerveau. Il regarde dans l'historique de prescription, il n'y a pas d'ordonnances depuis longtemps. Le praticien rappelle à la patiente que l'idéal est de ne pas prendre ce genre de médicament, uniquement en dépannage. La patiente est d'accord et dit n'en prendre que rarement, elle avait une ancienne boîte de son mari. La discussion s'arrête là dessus</p>	<p>lexomil</p>

7g : Renouvellement tacite

Base de données quantitative									
code de consultation	durée (min)	age	sexe	statut	profession	motifs consult	résultats	procédures	traitement
aa-06-01-8	7	72	homme	RG	retraité	paresthésies, echec emg, peur chirurgie	canal carpien	orientation spé, conseil geste, ordonnance	zolpidem kardegic permixon
aa-13-01-5	8	81	homme	ALD	retraité	suivi, gonalgie, sensation d'être vieux	HTA, arthrose	examen partiel et ordonnance	lercan selectol celebrex omeprazole zolpidem transilane
ac-04-03-9	11	76	femme	RG	retraité	suivi hta, oedemes, nerveuse	hta, suivi	examen, écoute, MAPA, ordonnance	rabzole, paracetamol, sartan, atenolol, piroxicam, statine, zolpidem
bf.11.12.14	12	79	homme	RG	retraité	interprétation bio, éthylisme	anomalie du bilan hépatique, éthylisme	interprétation résultat, ex général, ordonnance	bbloq, kardegic, lercan, statine, diprosone, viagra, zopiclone , moprpal
e24023	17	73	femme	RG	retraité	info ecbu, hta, rhinite, déglutition, renouvellement	oesophagite, hta	examen cardio, info atb, frottis langue, ordonnance	amphoB, statine, levothyrox, vitD, promestriene, betahistine, simeticone, zolpidem , bbloq
j07012	5	59	homme	ALD	employé	douleur épaule, ro	tentinopathie, hta, dépression	examen, écho, cs rhumato, ordonnance	zopiclone , escitalopram, vernafanil
n-04-06-08	14	91	femme	ALD	retraité	résultat examen ro	maladie d'un parent, examen, prévention, ordo	dyslipidémie	statine, omega3, zopiclone
r-22-08-04	40	82	femme	*	retraité	recup resultats radio pieds, lombalgies, derivation nombril, suivi diabete, brulures mictionnelles, erytheme cheville	lombalgie droite, contracture, cystite a urines claires, arthrose, insuffisance veineuse, ulcere veineux, diabete	recuperation imagerie, examen, examen vasculaire, ordonnance, bio ecbu, bas de contention	bromazepam , gliptine, glibenclamide, metformine, piascalédine, ipp, diclofenac, paracetamol, ac pipemidique, diprosone
v-19-02-1	5	56	femme	RG	employé	ro, douleur genou	hta, douleur genou	examen, ordonnance	sartan, ibuprofene, vitD, zolpidem
v-19-02-11	12	63	femme	ALD	retraité	ro	dnid, hta	prise ta, ordonnance, mammo	statine, zolpidem , isoptine, prazepam, kardegic, methothrexate, sartan, metformine, gliptine
v-19-02-2	19	61	homme	RG	retraité	douleur cheville	entorse	examen cheville, radio, ordonnance	paracetamol, zopiclone , ebastine, pantoprazole
y-16-12-07	18	92	femme	ALD	retraité	résultats scanner, ro	arthrose dos	prise TA poids, ordonnance	doliprane zolpidem , esidrex kardegic exforge rhinomaxil ibuprofene

	prises de notes de l'interne	enregistrement
retranscription		audio
	°	°
	°	°
	°	Consultation centrée sur le contrôle de l'hypertension et le suivi cardiovasculaire. Un seul motif, prend note qu'elle est nerveuse, sans l'explorer davantage. Bonne relation, détendue, avec le couple, se connaissent bien, et le médecin connaît le dossier. Discutent jardinage, promet des poireaux. Ses consultations sont toujours courtes (en moyenne 10 min)
	°	°
	°	°
	°	°
	°	°
	Patiente âgée, renouvellement de bromazepam sans questionnement ou interrogatoire particulier du praticien. Dans le dossier est noté : « contre-indication du Stilnox car cauchemars » Après la consultation mon praticien me dit « C'est une perte de temps, tu ne peux pas savoir la magie que joue le somnifère chez le français moyen ; elle l'a depuis 25 ans, c'est impossible de lui retirer ; elle croit en ce traitement » .	°
	°	consultation avec son mari, elle en premier "garde le meilleur pour la fin". Ne se presse pas, centré sur le pb de genou et attende l'IRM à venir. Reconduction des médicaments "comme d'habitude quoi". Impression que cette consultation est en attente de l'IRM donc non centrée sur le reste. A noter : impression que le médecin se centre plutôt sur le biomédical, en particulier avec "sinon tout va bien pas de soucis? -oh si des soucis on en a... - pas médicaux forcément. - non...
	°	patiente et famille bien connue du médecin. vue en consultation avec son mari. durée des 2 consultations 19 min. Consultation de suivi, elle en profite pour s'épancher sur ses inquiétudes concernant sa fille et son petit fils, et leur santé, l'avenir du petit fils en, raison de la maladie de Crohn. Au vu de cette discussion et de ces soucis, il semble superflu de parler de l'insomnie et de discuter d'un sevrage...
	°	consultation du mari, après son épouse. Il est jovial (un peu trop?) prend l'interne à partie, parle beaucoup et détaille bcp l'incident qui a entraîné l'entorse de cheville. Phrase intéressante du médecin "est-ce que ça vous a empêché de dormir? Vous avez dormi comme d'habitude?" alors qu'il prend un somnifère.
	°	°

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 26 septembre 2016

Nos réf : FC/2015-74

Dr Chambe et Dr Pierre

Jean SIBILIA
Doyen

Chers collègues

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Nous vous remercions d'avoir soumis au Comité d'Ethique votre protocole intitulé
**«Comparaison de deux agendas du sommeil utilisés dans un service
hospitalo-universitaire de pathologies du sommeil ».**

Après en avoir largement débattu, le comité d'éthique donne un avis favorable à votre
projet.

En vous remerciant et en restant à votre disposition, bien cordialement.

Horaires d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Pr François Claus

Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

Annexes Partie 4

Appendix 1: PRISMA Check-list

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	The practical use of light therapy in chronic insomnia : a systematic review and meta-analysis. Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	178
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	179
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	180
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	182
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	no
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	183
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	183
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	183 322
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	183
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	184
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	184
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	185
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	185
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	185

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	186
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	185
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	187
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	188
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	189
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	191
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	191
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	189
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	-
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	203
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	203
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	208
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	none

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6 (7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Appendix 2 : research equations :

Medline:

(phototherapy[Title/Abstract] OR heliotherapy[Title/Abstract] OR light treatment* [Title/Abstract] or light exposure[Title/Abstract] OR bright light. [Title/Abstract] OR sunlight[Title/Abstract] OR artificial light[Title/Abstract]) AND (sleep* [Title/Abstract] OR insomnia* [Title/Abstract] OR dyssomnia* [Title/Abstract])

PsycInfo

Insomnia or sleep disturbances AND bright light or light therapy or phototherapy (title)

In adults

Web of Science

Insomnia or sleep disturbances AND bright light or light therapy or phototherapy (title)

In adults

**La problématique de la consultation pour plainte
d'insomnie en médecine générale.
*Du vécu du médecin aux perspectives de soins***

Résumé

L'insomnie a une place particulière dans les consultations de médecine générale car, s'ajoutant aux autres motifs, elle pose des problèmes de choix thérapeutique. Multidisciplinaire, cette thèse explore à partir du moment clé qu'est la consultation, la subjectivité du médecin, la temporalité de la consultation, ainsi que l'agenda du sommeil et la luminothérapie comme alternatives aux somnifères.

Premièrement, une enquête en deux volets, l'un quantitatif auprès de 249 Médecins généralistes (MG) et l'autre qualitatif par entretiens auprès de 12 MG éclaire le rapport entre consultation et sommeil du médecin. La réponse thérapeutique varie selon le rapport du médecin à son propre sommeil ; ceux prenant des somnifères en prescrivant plus et ceux prenant soin de son sommeil en prescrivant moins.

La deuxième partie à partir d'une méthode mixte d'analyse de 102 consultations avec plainte d'insomnie (1188 observées) a fait ressortir la temporalité de la consultation comme élément critique dans la prise en charge. Plus la plainte apparaît tôt, plus le patient est jeune, et plus la consultation est longue, moins elle aboutit à une prescription de somnifères, et vice versa.

Le troisième volet concerne l'agenda de sommeil, envisagé comme outil de soin substituable à l'ordonnance de fin de consultation. Nous avons développé un agenda intégrant l'exposition à la lumière, importante dans l'insomnie, et étudié les facteurs de remplissage. Sur les 45% retournés des 649 agendas distribués, la moitié était interprétable. La non-infériorité du nouvel agenda n'a pas pu être montrée. Explications du médecin et motivation du patient semblent des facteurs clés d'appropriation.

Enfin, une revue de littérature avec méta-analyse (23 articles et 685 patients) permet d'évaluer la luminothérapie comme alternative non médicamenteuse. L'étude apporte la preuve de concept que la luminothérapie améliore certains critères du sommeil, les paramètres lumineux, durée, intensité, spectre lumineux et moment d'administration restent à clarifier. Une étude sur une large population d'insomniaques en condition de vie réelle est déjà prévue.

Cette thèse apporte un éclairage à la problématique de la consultation avec plainte d'insomnie en médecine générale, et ouvre des perspectives d'évolution thérapeutiques.

Mots-clés : Insomnie, consultation, médecine générale, agenda du sommeil, luminothérapie

Résumé en anglais

Insomnia has a peculiar status in family practice. As an additional motive in consultations it raises therapeutic issues. This multidisciplinary thesis explores physicians' subjectivity, the timeframe of consultation, as well as we investigated sleep diary and bright light therapy as alternatives to sleeping pills.

First, a two-phase research study based on a quantitative survey of 249 GPs, and a qualitative analysis of 12 GPs interviews, sheds light on the relationship between consultation and physician sleep. The therapeutic response varies according to their connection to their own sleep; those taking more sleeping pills prescribing more and those taking care of their own sleep prescribing less.

The second part was based on a mixed method analysis of 102 consultations with insomnia complaints (1188 observed). It highlighted the timeframe of the consultation as a critical aspect of the care process.

Earlier appearance of complaint during the consultation, younger patients and longer consultation less likely lead to sleeping pills prescription, and vice versa.

The third part relates to sleep diary, as a care tool that could be used as a substitute for the end-of-consultation prescription. We developed a diary integrating light exposure information, a key factor in insomnia, and we studied the filling factors. 45% of the 649 distributed diaries were returned and only one half were interpretable. The non-inferiority of the new diary could not be shown. Physician's explanations and patient's motivation seem to be key factors for empowerment.

Last, a literature review and meta-analysis (23 articles and 685 patients) was conducted to evaluate bright light therapy as a non-pharmacological alternative. It confirmed a positive effect on several sleep criteria. Lighting parameters, period, duration, intensity and color spectrum, remain to be further specified. A real-life condition study on a large insomniac population is already planned.

This thesis sheds light on insomnia management during consultation in general medicine, and provides new prospects for therapeutic development.

Key-words: Insomnia, consultation, general practice, sleep diary, light therapy