

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1131

## **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/11/2014

PAR Pierre FABRE

**ÉVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DU SOMMEIL ET DE  
SES TROUBLES :**

**Étude descriptive transversale au sein d'une cohorte de 521 patients en  
soins primaires**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Serge ANÉ

JURY :

- Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC.....Président
- Monsieur le Professeur Marc VIDAL.....Assesseur
- Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ.....Assesseur
- Monsieur le Docteur Serge ANÉ.....Assesseur
- Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC.....Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1131

## **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/11/2014

PAR Pierre FABRE

**ÉVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DU SOMMEIL ET DE  
SES TROUBLES :**

**Étude descriptive transversale au sein d'une cohorte de 521 patients en  
soins primaires**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Serge ANÉ

JURY :

- Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC.....Président
- Monsieur le Professeur Marc VIDAL.....Assesseur
- Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ.....Assesseur
- Monsieur le Docteur Serge ANÉ.....Assesseur
- Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC.....Assesseur



<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY D.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Généraliste
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuro-radiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biochimie	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN O.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYDOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNÉVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.	<b>P.U.</b>	
M. PERRÉT B (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr. POUTRAIN J.Ch  
Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr. NIEZBORALA M.

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS J.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéri. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéri. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. GAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. LAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALNIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDJ S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomaté et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSE F R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SÖMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER F.  
Dr ANE S.

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

*Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC*

*Professeur des Universités*

*Médecin Généraliste*

Votre investissement et votre dévouement pour la promotion de la médecine générale sont pour nous un exemple que nous nous efforcerons de suivre. Vous nous faites l'honneur de nous compter parmi vos étudiants et de présider le jury de ce travail. Qu'il nous soit permis ici de vous assurer de notre sincère reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

À MON DIRECTEUR DE THÈSE ET MEMBRE DU JURY

*Monsieur le Docteur Serge ANÉ*

*Maître de Conférence Associé de Médecine Générale*

*Médecin Généraliste*

Je te remercie de ton soutien et de ta patience pour mener à terme la réalisation de ce travail. Tes qualités humaines, tes conseils et tes compétences ont été d'une grande aide. Trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## À NOTRE JURY DE THÈSE

*Monsieur le Professeur Marc VIDAL  
Professeur Associé de Médecine Générale  
Médecin généraliste*

Vous avez accepté de me prendre comme élève et vos précieux conseils ont guidé mes premiers pas en médecine générale, je vous exprime ici toute ma reconnaissance. Votre disponibilité, votre bienveillance et votre pédagogie m'ont beaucoup touché. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, je ferai en sorte de mériter la confiance que vous me témoignez.

*Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ  
Professeur Associé de Médecine Générale  
Médecin Généraliste*

Nous avons eu l'occasion d'apprécier au cours de notre formation, vos enseignements, votre affabilité et votre accessibilité. Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

*Monsieur le Docteur Thierry BRILAC  
Maître de Conférence Associé de Médecine Générale  
Médecin Généraliste*

Votre implication, votre rigueur et votre partage dans l'enseignement de la médecine générale ont grandement accompagné notre formation. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

*À Eva, la moitié de mon âme. Tu as adouci ma vie et rempli d'amour mon existence. Merci de m'offrir ta quiétude et ta douceur. Merci de ta présence dans les moments difficiles.*

*À mon père dont le souvenir et la vocation ont infiniment guidé ce parcours.*

*À ma mère. Ta patience, ton éducation mais surtout ta confiance m'ont permis de grandir en honnête homme. Merci de m'avoir aidé à devenir ce que je suis.*

*À ma famille et belle-famille.*

*À mon cousin Titou.*

*À tous mes proches qui ont accompagné et renforcé une étape de mon tortueux chemin.*

*À Patrick, l'ami fidèle, le compagnon de route. Merci de m'offrir tous les jours la possibilité de refaire le monde.*

*À tous mes amis.*

*À mes collègues.*

*À mes maitres de stages et à l'ensemble des médecins croisés au cours de mes études. Vous m'avez formé et éduqué à la pratique de notre art. Merci de ces échanges et de votre bienveillance.*

*À Pierre Sallagoïty. Merci de ton aide précieuse pour la rédaction des parties en Anglais. Mon manque de discipline lors de tes cours me fait aujourd'hui cruellement défaut.*

*À toutes ces longues nuits où Morphée m'a méprisé...*

« Les objets de notre connaissance ne sont que des représentations et la connaissance ultime de la réalité est impossible. »

E. Kant

## Liste des abréviations :

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affection longue durée

CIM 10 : Classification internationale des maladies (10<sup>e</sup> révision)

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

DSM IV TR : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>e</sup> édition ; texte révisé)

HAS : Haute autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSV : Institut national du sommeil et de la vigilance

ICSD 2 : International classification of sleep disorders (2<sup>e</sup> édition)

PROSOM : Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil

PSQI : Pittsburgh sleep quality index

<b>1. Introduction :</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Matériels et Méthodes :</b> .....	<b>4</b>
2.1 Schéma de l'étude :	4
2.2 Patients :	4
2.3 Réalisation de l'étude :	4
2.4 Analyse statistique et appréciation des résultats :	5
<b>3. Résultats :</b> .....	<b>7</b>
3.1 Population de l'étude :	7
3.2 Caractéristiques des patients :	7
3.2.1 Age et genre :	7
3.2.2 Catégories socioprofessionnelles :	7
3.2.3 Patients atteints de « maladie chronique » :	7
3.2.4 Consommation récente de somnifères :	7
3.3 Satisfaction de la qualité du sommeil :	9
3.4 Critères de qualité du sommeil :	9
3.5 Rôle du sommeil :	10
3.6 Définition de l'insomnie :	11
3.7 Moyens et astuces pour l'amélioration du sommeil :	12
3.8 Motifs initiant une consultation du médecin traitant :	13
3.9 Attentes envers son médecin au cours d'une consultation pour trouble du sommeil :	13
<b>4. Discussion :</b> .....	<b>15</b>
4.1 Eléments de discussion sur les caractéristiques de l'échantillon recruté :	15
4.2 Eléments de discussion sur les représentations des patients :	16
<b>5. Conclusion :</b> .....	<b>30</b>
<b>6. Bibliographie :</b> .....	<b>31</b>
<b>7. Annexes :</b> .....	<b>37</b>

## 1. Introduction :

Selon les données épidémiologiques, l'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil. Les différentes études internationales menées ces dernières années indiquent, en moyenne, une prévalence de l'insomnie comprise entre 15 et 30% [1-3]. En France, l'étude « *Prevalence of insomnia in a Survey of 12 778 adults in France* » [4], réalisée en 2000, évoque une prévalence de 19% chez l'adulte de plus de 18 ans.

Face aux conséquences médicales, socioprofessionnelles et économiques de l'insomnie, le dépistage, le diagnostic, l'éducation et le traitement des pathologies du sommeil sont devenus des enjeux de Santé Publique, comme en témoigne le plan gouvernemental santé de 2007 [5]. L'HAS, a d'ailleurs préconisé, dans ses synthèses de recommandations de 2006 [6], de consacrer à la plainte de l'insomnie le temps d'une consultation. Cependant, face au caractère très subjectif de la plainte, l'approche diagnostique en soins de premier recours peut apparaître comme difficile car les outils à disposition du médecin généraliste sont pauvres et les données objectives relèvent de la médecine spécialisée. L'utilisation des échelles d'évaluation est, par ailleurs, peu connue et semble mal adaptée à l'environnement d'une consultation de médecine générale (cadre, temps, etc.). Aussi, une enquête concernant la perception de l'insomnie en médecine générale [7], rapporte que 69,1% des patients insomniaques n'abordent le sujet qu'au détour d'une consultation pour un autre motif. De plus, cette plainte survient souvent en fin de consultation, rendant toujours un peu plus difficile l'initiation d'une approche adéquate.

L'éducation thérapeutique du patient insomniaque est au centre de la prise en charge de cette pathologie. La compréhension de son sommeil, sa connaissance, le changement de ses habitudes, la lutte contre les biais cognitifs et la maîtrise de règles de vie sont des éléments essentiels dans le processus de guérison. L'INPES dans le numéro 388 de La santé de l'homme, intitulé « *Eduquer au sommeil* » [8], met en avant l'importance de l'éducation dans le cadre des troubles du sommeil. Il évoque notamment le réseau PROSOM [9] dont le but est l'information et l'éducation de la population sur ce thème [10]. L'étude « *Management of chronic insomnia: The Morphée network's insomnia program* » [11], montre l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique pour réduire la prescription de psychotropes et améliorer la qualité du sommeil des patients (index de sévérité de l'insomnie décroissant). Autre exemple, l'étude « *Impact of group therapeutic education in the management of adult sleep disorders* » [12], rapporte que

l'approche éducative de groupe (de type thérapie cognitive et comportementale en conférence), permet d'obtenir à moyen terme, un changement des comportements et une amélioration de la qualité du sommeil chez les participants.

Mais, face à une prévalence importante des troubles du sommeil (et de l'insomnie en particulier), l'accès à tous aux réseaux d'éducation semble difficile. Le médecin généraliste doit donc pouvoir, au cours d'une consultation dédiée, fournir les premières pistes de travail à son patient pour améliorer ses symptômes.

Afin de mieux prendre en charge les insomniaques dans le cadre d'un projet d'éducation, il paraît indispensable de connaître et de comprendre leurs représentations. De manière plus générale, les représentations peuvent se définir comme « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe, de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place » [13,14]. Spécifiques à chaque personne, elles sont liées et influencées par son histoire, son appartenance sociale, sa culture, sa place dans la société [15], etc. Approcher, évaluer et comprendre les représentations des patients vis à vis d'une pathologie (et donc répondre à la question : qu'est ce qu'il sait ?) est une étape clé pour évaluer les éventuels besoins éducatifs et permettre l'éducabilité cognitive. Ainsi, il devient plus facile de fournir aux patients des outils, des conseils mais aussi d'intégrer le travail de ses biais cognitifs dans le contrat éducatif.

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer les représentations du sommeil et de ses troubles au sein d'une cohorte de patients de médecine générale.

## **2. Matériels et Méthodes :**

### *2.1 Schéma de l'étude :*

L'étude a été conduite sur deux sites en Haute-Garonne dans les cabinets médicaux de Lavernose-Lacasse et Labastidette, pendant trois mois (période du 01/06/12 au 31/08/12). Il s'agissait de cabinets libéraux de groupe en zone semi-rurale, composés respectivement de quatre médecins. Chaque local bénéficiait d'une salle d'attente commune et d'un secrétariat médical.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, de type transversal, sous la forme d'une auto-évaluation des patients par un questionnaire.

### *2.2 Patients :*

Etaient considérés pour l'étude les patients des deux salles d'attente ayant pris un rendez-vous avec un des médecins des cabinets. Pour être éligible, les patients devaient avoir entre 17 et 90 ans, intégrer l'étude sur la période donnée, être volontaire et avoir les capacités intellectuelles de lire et de répondre à un questionnaire.

### *2.3 Réalisation de l'étude :*

Nous avons sollicité la patientèle des salles d'attentes des cabinets concernés. La distribution des questionnaires s'est faite par l'intermédiaire des secrétaires. Nous avons préalablement informé celles-ci de la modalité de distribution (informations générales, critères d'inclusion, sollicitation des patients). Une information a été fournie au patient sur le caractère facultatif, gratuit et anonyme des réponses.

Les patients recevaient un questionnaire d'une page, format A4, pré rempli, évaluant les représentations du sommeil et de ses troubles sur deux parties [cf. Annexe I]. Une première partie permettait d'évaluer l'échantillon recruté, une deuxième, permettait l'auto-évaluation des représentations du patient.

La première partie était constituée de l'âge, du genre, de la catégorie socioprofessionnelle (selon l'INSEE) et de 2 questions fermées pour évaluer le pourcentage de patients dit « chroniques » et la consommation récente d'hypnotiques.

La deuxième partie évaluait le sommeil et ses troubles avec 3 questions fermées et 4 questions ouvertes. Le choix des questions ouvertes a été retenu pour favoriser une

expression la plus libre possible et pour recueillir plus aisément des informations issues du patient lui-même, et donc, de ses croyances ou représentations.

#### 2.4 Analyse statistique et appréciation des résultats :

Les données ont été centralisées dans un premier temps, au niveau de chaque site, puis regroupées pour une première lecture et analyse globale. Grâce à un échantillon de 30% de questionnaires pris au hasard, les réponses ouvertes ont été classées par thèmes (thèmes obtenus et définis en fonction de la récurrence des réponses). Un questionnaire type reproduisant le formulaire initial et ayant intégré les grands thèmes de réponses des questions ouvertes a été créé avec l'outil *Google Document*.

L'opération de transfert des données de la forme manuscrite à la forme numérique a été exécutée en respectant les critères d'exclusion suivant :

- un âge inférieur à 17 ans ou supérieur à 90 ans,
- l'incomplétude ou la non utilisabilité de la partie portant sur le recrutement de notre échantillon,
- une ou des réponses incomplètes aux questions fermées de la deuxième partie du questionnaire,
- des réponses illisibles ou inadaptées.

Un transfert de données a été ensuite réalisé de *Google Document* vers un tableur *Excel*.

L'analyse statistique de l'échantillon ainsi que l'analyse des réponses a été exécuté par le logiciel *XIStat* couplé au tableur.

Une analyse comparative entre la population recrutée et la population générale (dans la tranche d'âge considérée) a été effectuée pour évaluer le degré de conformité de notre cohorte. L'âge, le genre et la catégorie socioprofessionnelle (âge courant) ont été comparés aux données de l'INSEE [16]. Le nombre de retraités a été évalué en utilisant les données de la CNAV [17] (retranché de la population des plus de 90 ans). En l'absence de données similaires, la consommation de somnifères au cours des 6 derniers mois a été comparée au baromètre INPES 2005 [18] (évaluation de la consommation de somnifère au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans). Enfin, pour estimer la prise de médicaments tous les jours pour une maladie au long cours, nous avons utilisé une évaluation du nombre de malades chroniques en France, ainsi que la proportion de personnes traitées de manière périodique pour une même pathologie (informations publiées par l'HAS) [19,20]. Pour les

ALD, nous avons ramené les données publiées par l'Assurance maladie [21] sur la tranche d'âge de l'étude.

Nous avons ensuite décrit les réponses des questionnaires via les effectifs observés et les pourcentages associés. Pour comparer les pourcentages théoriques à ceux observés, nous avons utilisé le test de conformité du  $\chi^2$ . De la même manière, pour comparer deux pourcentages observés dans des échantillons indépendants (ex : groupe satisfait/ groupe insatisfait), un test du  $\chi^2$  a été réalisé après création des tableaux de contingence. Le seuil de significativité retenu pour les tests était fixé à 5%. Pour les tableaux en 2 fois 2, si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, la correction de continuité de Yates était utilisée.

### **3. Résultats :**

#### *3.1 Population de l'étude :*

Dans l'intervalle de temps choisi, 618 patients ont été inclus dans l'étude. 97 questionnaires ont été écartés car ils présentaient un ou plusieurs critères d'exclusions (soit 15,7% du recrutement initial). L'analyse statistique finale a donc été réalisée sur un échantillon de 521 patients.

#### *3.2 Caractéristiques des patients :*

##### *3.2.1 Âge et genre :*

La répartition de l'échantillon dans la tranche d'âge considérée (17-89 ans) mettait en évidence un pic de courbe pour les 40-44 ans. L'âge médian était de 43 ans et l'âge moyen de 44,4 ans. 2 patients sur 3, dans notre panel, étaient des femmes (le genre se répartissant en 349 personnes de sexe féminin et 172 personnes de sexe masculin).

##### *3.2.2 Catégories socioprofessionnelles :*

La population en emploi représentait 364 patients (69,9% de l'échantillon). La catégorie des retraités était composée de 77 patients (14,8% du panel). Enfin, les personnes sans activité professionnelle étaient 80 (15,4% du recrutement).

##### *3.2.3 Patients atteints de « maladie chronique » :*

Les patients prenant un (ou des) médicament(s) tous les jours pour une maladie au long cours étaient 191 (36,7% de l'échantillon).

##### *3.2.4 Consommation récente de somnifères :*

Les personnes ayant utilisé des somnifères au cours des 6 derniers mois représentaient 15,9% de l'échantillon (soit 83 patients), 57 étaient des femmes et 26 des hommes (différence Homme/Femme non significative).

**Tableau 1**

Caractéristiques de la population recrutée et comparaison à la population générale

(NS=non significatif)

Effectif	Population de l'étude (17-89 ans)		Population générale (17-89 ans ; en millions)		Significativité
	Nombre	%	Nombre	%	
Nombre et % sur l'échantillon total					$\alpha=0,05$ , ddl= 1
<b>Genre :</b>					
- Homme	172	33.01	23.81	48.0	p<0,001
- Femme	349	66.99	25.81	52.0	
<b>Âge :</b>					
- 17-19 ans	21	4.03	2.30	4.64	NS
- 20-24 ans	32	6.14	3.88	7.82	NS
- 25-29 ans	31	5.95	3.85	7.76	NS
- 30-34 ans	56	10.56	3.95	7.96	p<0,02
- 35-39 ans	56	10.56	4.16	8.38	NS
- 40-44 ans	83	15.93	4.37	8.81	p<0,001
- 45-49 ans	70	13.44	4.40	8.87	p<0,001
- 50-54 ans	51	9.79	4.22	8.5	NS
- 55-59 ans	40	7.68	4.06	8.18	NS
- 60-64 ans	32	6.14	4.03	8.12	NS
- 65-69 ans	21	4.03	2.89	5.82	NS
- 70-74 ans	13	2.5	2.32	4.68	p<0,02
- 75-79 ans	10	1.92	2.22	4.47	p<0,01
- 80-84 ans	5	0.96	1.81	3.65	p<0,01
- 85-89 ans	2	0.38	1.16	2.34	p<0,01
<b>Catégories socioprofessionnelles :</b>					
- agriculteurs exploitants	2	0.38	0.515	1.04	NS
- artisans, commerçants, etc.	28	5.37	1.674	3.37	p<0,02
- Cadres, prof. supérieures	66	12.67	4.636	9.34	p<0,01
- Prof. intermédiaires	68	13.05	6.361	12.82	NS
- Employés	173	33.21	7.237	14.58	p<0,001
- Ouvriers	27	5.18	5.357	10.8	p<0,001
- Retraités	77	14.78	12.665	25.52	p<0,001
- Autres, sans activités prof	80	15.36	11.201	22.57	p<0,001
Consommation de somnifères (6 derniers mois)	83	15.93	?	7.2	p<0,001
Prise de médicaments tous les jours pour maladie(s) au long cours :	191	36.66	?	?	
Et,					
1. Affection longue durée :			8.624	17.38	p<0,001
2. « Maladies chroniques » :			15.0	23.65	p<0,001
3. Ttt périodique pour une même pathologie :			28.0	44.16	p<0,001

### 3.3 Satisfaction de la qualité du sommeil :

**Tableau 2**

Satisfaction de la qualité du sommeil, par âge, genre et catégories socioprofessionnelles

Nombre et % sur l'échantillon total	Satisfait		Insatisfait		Significativité $\alpha=0,05$ ddl=1
	Nombre	%	Nombre	%	
Effectif total (521)	277	53,2	244	46,8	
Genre :					
- Homme	97	18,6	75	14,4	NS*
- Femme	180	34,5	169	32,4	
Catégories socioprofessionnelles :					
- Agriculteurs exploitants	1	0,2	1	0,2	NS*
- Artisans, commerçants, etc.	15	2,9	13	2,5	
- Cadres, prof. Supérieures	30	5,8	36	6,9	
- Prof. Intermédiaires	37	7,1	31	5,9	
- Employés	86	16,5	87	16,7	
- Ouvriers	18	3,5	9	1,7	
- Retraités	48	9,2	29	5,6	
- Autres, sans activités prof.	42	8,1	38	7,3	
Âge (par rapport à la médiane) :					
- > 43 ans	140	26,9	116	22,3	NS*
- <= 43 ans	137	26,3	128	24,6	

\* Non significatif

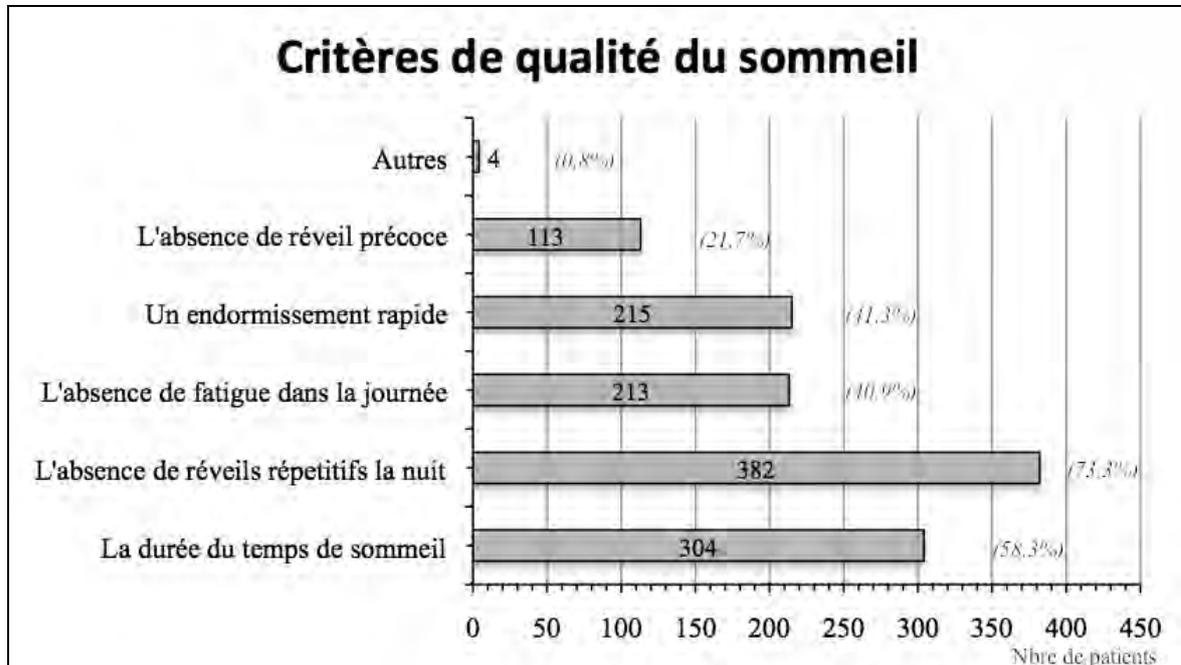
277 patients se disaient satisfaits de la qualité de leur sommeil contre 244 patients insatisfaits. Il n'y avait pas de différence de répartition statistiquement significative, pour l'âge, le genre ou les catégories socioprofessionnelles, dans le groupe des satisfaits ou des insatisfaits.

### 3.4 Critères de qualité du sommeil :

A cette question, 382 patients ont répondu l'absence de réveils répétitifs et 304 patients nommaient la durée du temps de sommeil. Venaient ensuite, à quasi égalité, l'absence de

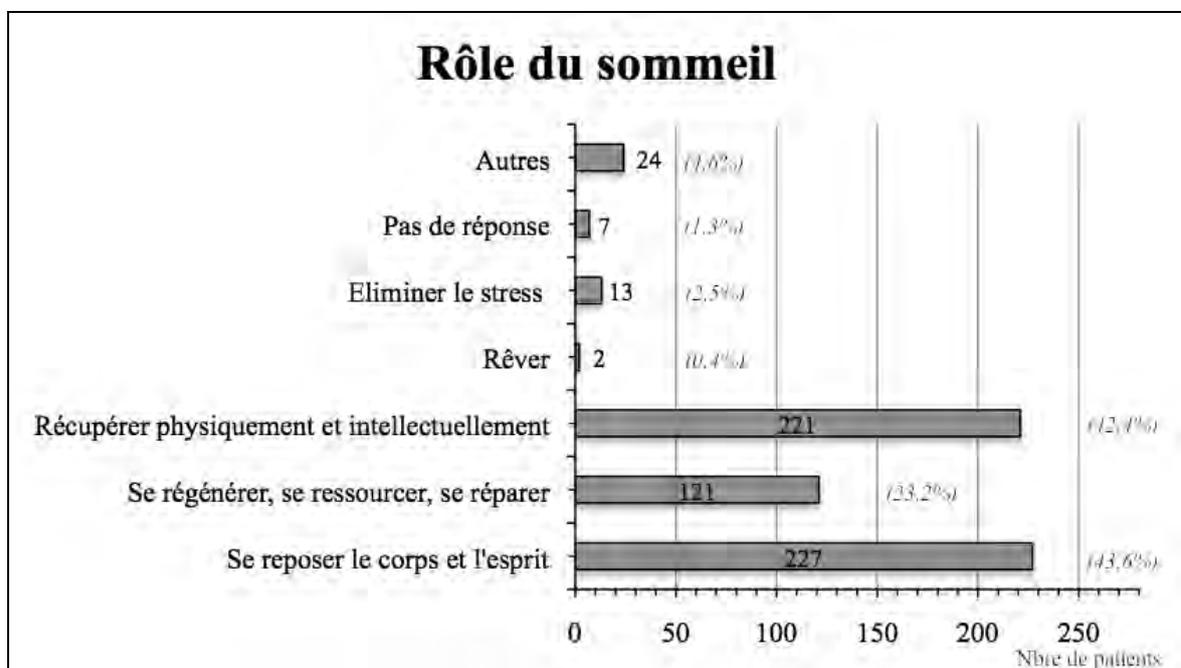
fatigue dans la journée pour 213 patients et un endormissement rapide pour 215 patients. Enfin, l'absence de réveil précoce était citée par 113 personnes.

**Figure 1**  
Critères de qualité du sommeil selon les patients



### 3.5 Rôle du sommeil :

**Figure 2**  
Rôle du sommeil selon les patients



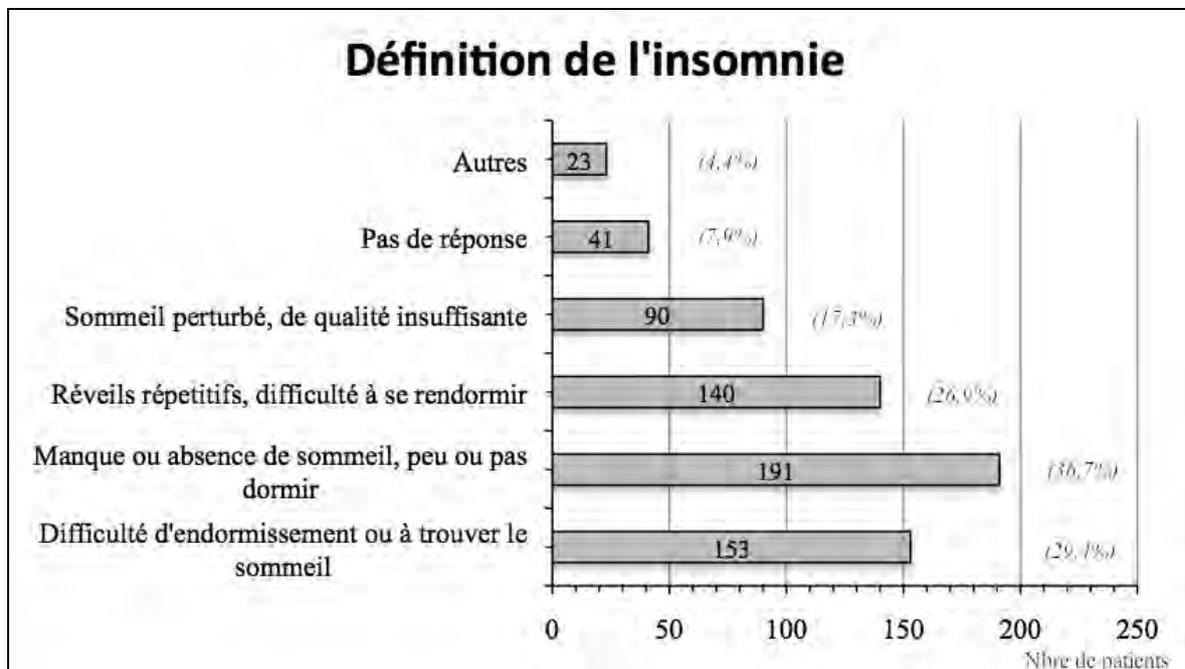
La majorité des réponses des patients (569 réponses, soit 92,5% des réponses fournies) se sont réparties en 3 thèmes : se reposer le corps et l'esprit (227 réponses) ; récupérer physiquement et intellectuellement (221 réponses) ; et se régénérer, se ressourcer, se réparer (121 réponses).

### 3.6 Définition de l'insomnie :

Pour 191 patients l'insomnie se définissait comme un manque ou une absence de sommeil, (« peu ou pas dormir »). La difficulté d'endormissement et la difficulté à trouver le sommeil venaient en deuxième position, citées 153 fois.

**Figure 3**

Définition de l'insomnie selon les patients

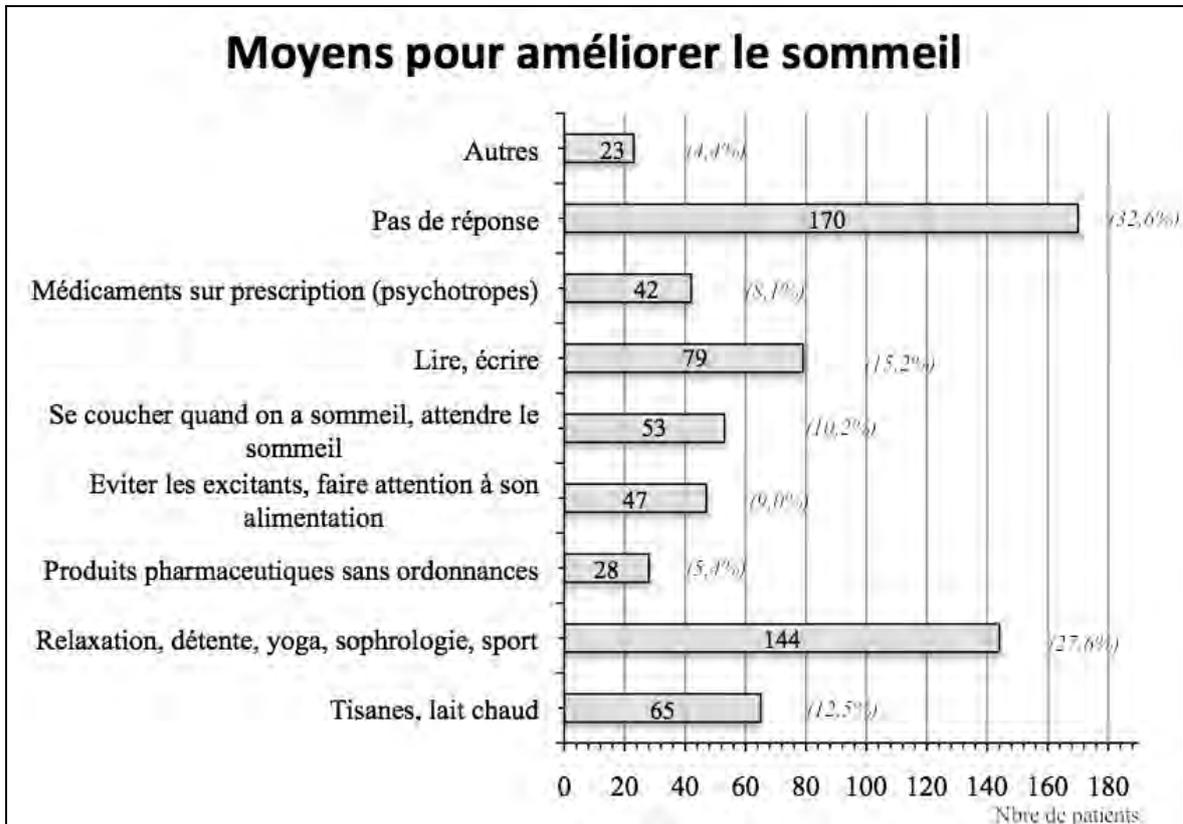


En troisième réponse, 140 patients évoquaient les réveils répétitifs et les difficultés à se rendormir en présence de réveils nocturnes. 90 patients parlaient de sommeil perturbé, de « mauvaise qualité », de sommeil anormal et/ou troublé. Enfin, 41 patients ne se sont pas exprimés et 23 répondaient « autres » (avec par exemple : la notion de fatigue, de préoccupation et d'énervement).

### 3.7 Moyens et astuces pour l'amélioration du sommeil :

**Figure 4**

Moyens et astuces connus par le patient pour améliorer le sommeil



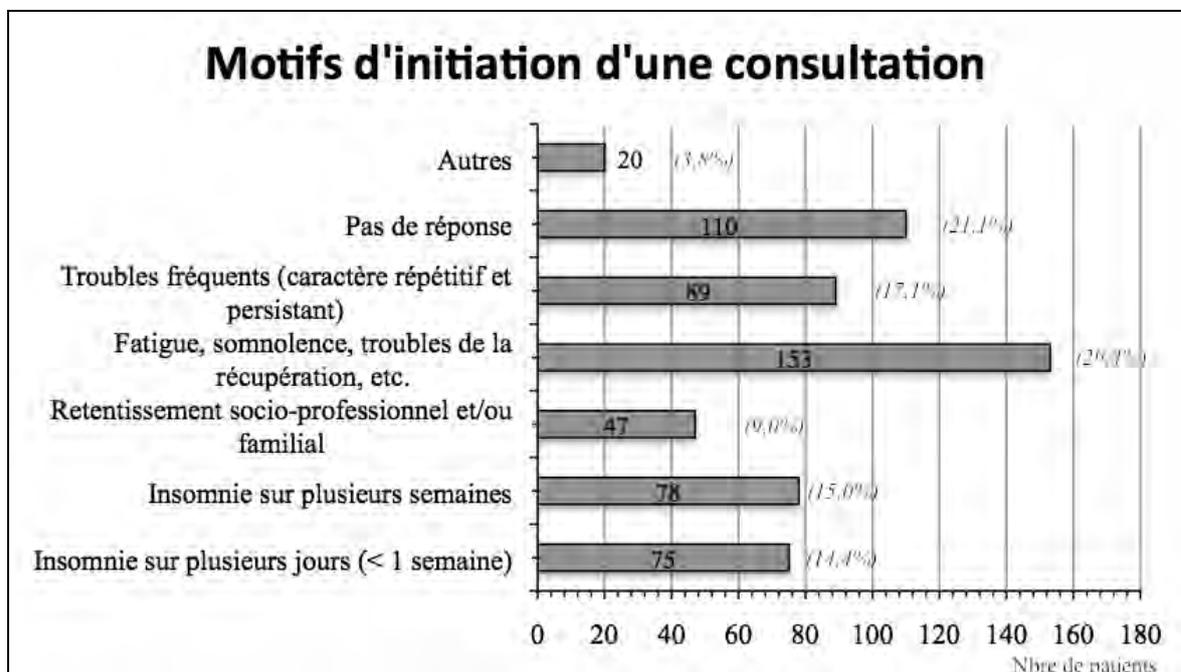
1 patient sur 3 ne connaissait pas, ne donnait pas, de moyens ou d'astuces pour améliorer son sommeil (soit 170 patients). Pour 144 sondés, la qualité pouvait être améliorée par la relaxation, la détente, le sport, le yoga et la sophrologie. 79 patients évoquaient la lecture ou l'écriture et 65 proposaient la prise d'une tisane, d'un lait chaud ou d'une infusion. 53 patients parlaient de se coucher quand on avait sommeil, d'attendre le sommeil, de se lever quand on ne dormait pas et 47 informaient de l'importance de faire attention à son alimentation et d'éviter des excitants le soir. 42 patients proposaient la prise de médicaments sur prescription (somnifère, anxiolytique, décontracturant musculaire, etc.) et 28 envisageaient la prise de produits pharmaceutiques sans ordonnance (homéopathie, phytothérapie). Enfin, 23 patients répondaient « autres » (avec par exemple : regarder la télévision ou l'ordinateur (7 réponses), prendre une douche chaude avant de se coucher (5 réponses), fumer des produits stupéfiants (3 réponses), pratiquer une activité sexuelle avant de se coucher (3 réponses), avoir un bon matelas (2 réponses)).

### 3.8 Motifs initiant une consultation du médecin traitant :

Pour 153 patients, l'asthénie diurne, la somnolence et les difficultés de récupération étaient des facteurs pouvant initier une consultation chez leur médecin. 89 patients évoquaient le caractère fréquent des symptômes (persistance ou répétitivité des troubles). Pour 153 patients (78 plus 75), la durée du trouble (de plusieurs jours à plusieurs semaines) incitait à consulter. 47 personnes considéraient que le retentissement socioprofessionnel et/ou familial était un motif de consultation. Enfin 20 patients ont répondu « autres » à cette question (avec par exemple : jamais pour ce motif (5 réponses) et l'apparition d'anxiété ou de dépression (4 réponses)).

**Figure 5**

Motifs initiant une consultation chez son médecin traitant



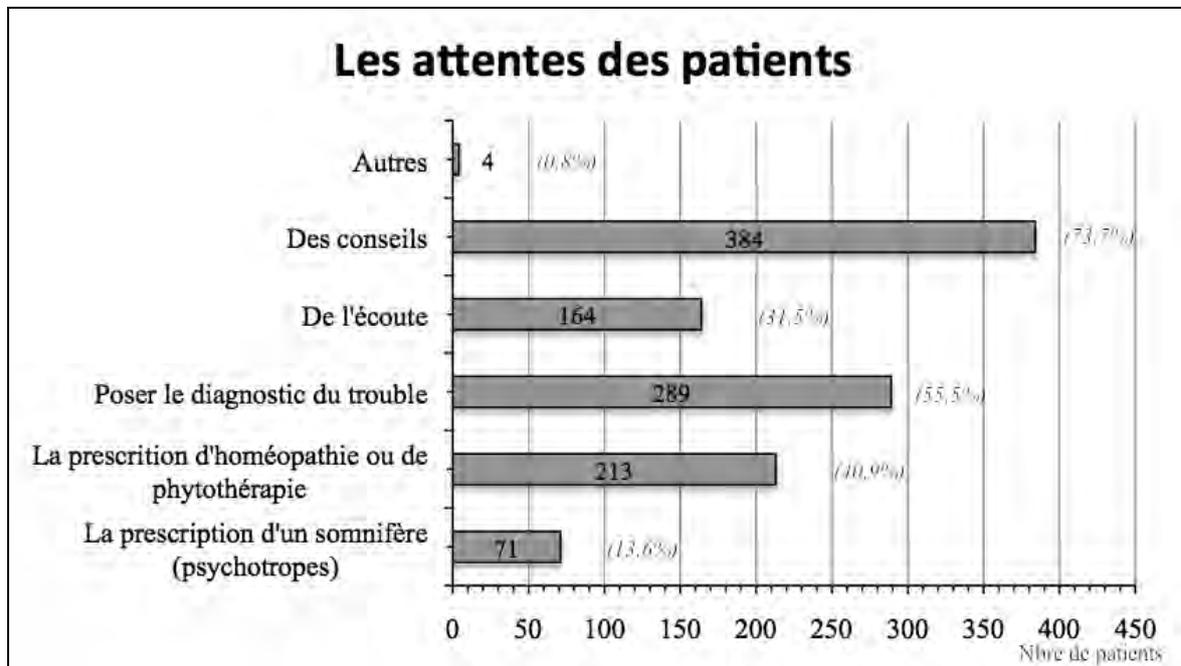
### 3.9 Attentes envers son médecin au cours d'une consultation pour trouble du sommeil :

3 patients sur 4 (soit 384 patients) souhaitaient recevoir de leur médecin des conseils pour améliorer leur sommeil. Dans le panel, le diagnostic du trouble du sommeil était plébiscité

par 289 patients. 284 (soit 54,5% de l'échantillon) étaient demandeur d'une prescription médicamenteuse (213 attendaient un traitement d'homéopathie ou de phytothérapie et 71 un psychotrope). Enfin 164 patients espéraient que la consultation soit un moment ou un lieu d'écoute.

**Figure 6**

Attentes des patients dans le cadre d'une prise en charge d'un trouble du sommeil



## 4. Discussion :

### *4.1 Eléments de discussion sur les caractéristiques de l'échantillon recruté :*

L'analyse des caractéristiques de l'échantillon recruté au sein des salles d'attente de médecine générale fait apparaître plusieurs différences avec la population générale (cf. Tableau 1). En effet, il est mis en évidence un recrutement plus grand de la tranche d'âge des 30-49 ans dans notre échantillon, et au contraire, un recrutement moins important de la tranche d'âge des 70-89 ans. Nous pouvons donc penser que les patients après 70 ans sont plus facilement vus au cours de visite à domicile et sont moins présents en salle d'attente. De plus, cette tranche d'âge répond moins aux sondages en général. Nous pouvons aussi envisager que la surreprésentation des 30-49 ans est due à la présence d'un (ou des) parent(s) accompagnant un enfant malade.

La répartition du genre de notre cohorte est aussi éloignée de la population générale. Dans notre échantillon, nous retrouvons un pourcentage de femmes significativement plus important. Là aussi, la surreprésentation du genre féminin dans une salle d'attente de médecins peut s'expliquer, entre autre, par la présence plus importante des mères de famille lors d'une consultation pédiatrique.

Un patient sur six (versus un sur treize dans l'étude de l'INPES en 2005 [18]) confirme avoir consommé un somnifère au cours des 6 derniers mois. Ce résultat, bien que significatif, est difficilement comparable à notre étude (population et durée non similaires). En 2010, selon l'AFSSAPS [22], 48.2 millions de boîtes d'hypnotiques dérivés ou apparentés aux benzodiazépines ont été vendues, avec une stabilisation globale de cette classe contrairement aux anxiolytiques [cf. Annexe II].

Sur le plan des caractéristiques socioprofessionnelles, des dissimilitudes sont présentes. Par exemple, notre échantillon compte plus d'employés mais moins d'ouvriers que la population générale. Aussi, compte tenu d'un faible recrutement des personnes de plus de 70 ans, les retraités sont sous estimés dans notre cohorte.

Enfin, la lecture comparative de notre échantillon avec la population générale, en ce qui concerne la prise de médicaments au long cours, est difficile. En effet, les moyens de comparaisons sont trop approximatifs (ALD ? ou évaluation de maladies chroniques ? ou approximation de traitement périodique pour une même pathologie ?). De plus, les patients

dits « chroniques » sont présents de manière très différente d'un cabinet à un autre en fonction de l'activité des médecins.

Les données recueillies confirment donc que le recrutement effectué présente des caractéristiques propres. Il correspond à une photographie, à un instant t, de la population croisée au sein de cabinets libéraux. Les différences statistiques retrouvées incitent à ne pas extrapoler les résultats à la population générale.

#### *4.2 Eléments de discussion sur les représentations des patients :*

Le classement des troubles du sommeil répond essentiellement à trois classifications internationales [cf. Annexe III] :

- celle du CIM 10 [23] (*Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition*)
- celle du DSM-IV-TR [24] (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé*) de l'American Psychiatric Association
- et surtout la deuxième édition de l'ICSD [25] (*International Classification of Sleep Disorders*) de l'American Academy of Sleep Medicine.

L'insomnie, au sein des troubles du sommeil, est la plus fréquente des pathologies. Un consensus d'experts [26,27], s'appuyant sur les critères de l'ICSD 2<sup>e</sup> édition, a défini l'insomnie par au moins une des plaintes suivantes rapportées par le patient [28] :

- trouble de l'endormissement
- trouble du maintien du sommeil
- réveil trop précoce
- sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité.

Ces plaintes, survenant dans des conditions de sommeil adéquates, doivent s'accompagner de conséquences dans la journée en lien avec le mauvais sommeil :

- fatigue, malaise
- troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- troubles du fonctionnement social, professionnel ou scolaire
- irritabilité, trouble de l'humeur
- somnolence diurne
- réduction de la motivation, de l'énergie, de l'initiative
- tendance aux erreurs et aux accidents au travail ou en conduisant
- céphalées de tension ou malaise général en relation avec la privation de sommeil

- préoccupations concernant son sommeil.

Ainsi, notre étude met en évidence que le patient décrivait globalement dans ses réponses, les plaintes qui entrent dans la première partie de la définition d'expert (cf. Figure 3). 153 parlaient de difficulté d'endormissement, 140 évoquaient des réveils répétitifs et/ou des difficultés à se rendormir, 90 jugeaient leur sommeil de « mauvaise qualité », etc. Mais elle révèle aussi et surtout, qu'ils oublièrent de mentionner la moitié de la définition. Aucun patient dans cette question ouverte, n'a évoqué une altération de ses fonctions diurnes, un retentissement social, professionnel et/ou médical en lien avec ses troubles.

Par ailleurs, la revue de la littérature nous apprend que la définition de l'insomnie se heurte à des limites quantitatives [29]. La plupart des spécialistes se sont accordés pour intégrer un critère quantitatif à la définition : la plainte doit se produire au moins 3 fois par semaine, depuis au moins 1 mois. Notre étude ne retrouvait pas dans les réponses un critère de fréquence des troubles du sommeil. Une approche quantitative peut cependant être discutée dans la réponse « manque ou absence de sommeil » fournie par 191 patients. Mais elle semble plutôt évoquer le temps total de sommeil.

Les réponses des patients, confrontées à la réalité de la définition, mettent donc en évidence que leurs représentations prennent peu en compte la fréquence des symptômes et surtout les conséquences de la perturbation du sommeil sur leur journée. Le médecin traitant doit donc lors de son interrogatoire rechercher en plus de la (ou des) plainte(s) du patient, les effets sur les activités de la vie quotidienne et la fréquence des troubles. Ces éléments étant essentiels dans l'approche du diagnostic. En effet, cette démarche s'appuyant sur la définition des experts, permet de fixer une limite pathologique et donc de distinguer une « simple gêne » d'une véritable maladie : l'insomnie.

Au sein de l'étude, 46,8 % des patients se disaient insatisfaits par la qualité de leur sommeil (cf. Tableau 2). En 2005, dans l'enquête de l'INPES [18], à la question : êtes-vous satisfait de la qualité de votre sommeil ? 17,9% des français de 12 à 75 ans ont répondu par la négative (68,6% sont satisfaits et 13,5% ne se prononcent pas). Nous notons donc une différence significative avec notre échantillon.

La première explication est probablement due à notre recrutement qui présente des dissimilitudes avec la population générale, notamment sur la répartition du genre (surreprésentation du genre féminin). Or l'étude de l'INPES montrait (de manière

significative  $p < 0,001$ ) que les femmes étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à se dire insatisfaites.

La seconde explication pourrait être la composition de l'échantillon de l'étude de 2005. En effet, le résultat final était, en partie, moyenné à la baisse par la tranche des 12-14 ans qui ont répondu insatisfait dans seulement 11% des cas (alors que ce groupe n'était pas inclus dans notre étude). De plus, notre échantillon ne s'arrêtait pas à 75 ans mais à 89 ans. Or, l'insatisfaction de la qualité du sommeil augmente avec l'âge compte tenu d'une modification profonde de sa structure.

Des facteurs socio-environnementaux peuvent aussi être évoqués pour expliquer cette différence :

- la période de la fin de l'année scolaire et des vacances d'été (favorable à l'accumulation de fatigue liée au rythme de vie, au rythme scolaire, à la modification des cycles veille /sommeil)
- une période de l'année propice aux fortes chaleurs (lien entre insomnie et environnement thermique)
- un contexte socio-économique actuel peu favorable (lien entre insomnie chronique et précarité financière, vie stressante et chômage) [30]
- une qualité du sommeil perturbée par le (ou les) motif(s) de consultation aiguë et/ou chronique au moment de l'évaluation (lien entre troubles du sommeil et maladies physiques et/ou psychiques).

Autant d'éléments qui peuvent fournir des explications à ces différences.

D'un point de vue épidémiologique, le concept d'insatisfaction du sommeil est difficilement utilisable. Sa prévalence étant étroitement corrélée à la définition choisie, et donc à la représentation des patients. Ainsi, elle peut varier de manière importante d'une étude à une autre en fonction de la valeur quantitative et/ou qualitative retenue pour exprimer celle-ci. Dans l'article « *Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale* » [31], l'auteur fournit quelques éléments de réflexion sur la notion de l'insatisfaction du sommeil. Sur le plan quantitatif, c'est l'insuffisance de sommeil qui prédomine, sa prévalence varie entre 20 et 41,7% dans la population générale. Sur le plan qualitatif, l'approche est plus difficile. L'insatisfaction peut, en effet, se traduire par différentes plaintes (réveils répétitifs, latence d'endormissement longue, réveil précoce etc.). De plus, elle est surtout dépendante des critères d'évaluation retenus (sévérité, conséquences diurnes, fréquence, etc.). Les études évaluant simplement la

présence/absence de difficulté à trouver le sommeil ou celles évaluant le maintien du sommeil, retrouvent des prévalences comprises entre 30 et 48%.

Nous pouvons aussi comparer ces résultats aux données épidémiologiques actuelles sur l'insomnie. En France, selon l'article « *Epidémiologie en France : état des lieux* » [32] (revue de la littérature de 1980 à 2009 dans la base de données *Medline*), la prévalence est très variable d'une étude à l'autre, compte tenu des différences de méthodologie et de l'hétérogénéité de la définition des troubles. Cependant, 30 à 50 % des adultes déclaraient un trouble du sommeil. En 2000, l'étude « *Prevalence of insomnia in a Survey of 12 778 adults in France* » [4], en utilisant des critères plus stricts (critères diagnostiques du DSM-IV), retrouvait une prévalence de 15 à 20% chez les sujets de plus de 18 ans. Plus récemment, et sur le plan international, les études fournissaient une prévalence entre 15 et 35%. En 2005, Soldatos et al [2], dans une cohorte comprenant 35 327 sujets de dix pays, ont démontré que 31,6 % d'entre eux souffraient d'insomnie.

Au vu de ces éléments, le médecin généraliste joue donc un rôle primordial, à la fois dans le dépistage mais surtout dans la différenciation entre l'insatisfaction et la maladie du sommeil. Cependant, la notion de « satisfaction qualitative » est une donnée hautement subjective. Devant l'approche difficile de ce concept, l'interrogatoire est un temps essentiel pour faire préciser certains éléments. Pour ce faire, peu d'outils reproductifs et objectifs sont à la disposition du généraliste (citons par exemple le PSQI, utilisé préférentiellement dans les centres de sommeil et de la vigilance) [cf. Annexe IV]. En effet, ces outils bien qu'utiles semblent mal adaptés à l'environnement spécifique de la consultation en médecine générale. Pour faciliter sa démarche, le praticien devra donc opposer les représentations, les ressentis des patients aux critères de diagnostic de l'ICSD 2. Ainsi, il se soustrait en partie à la subjectivité de la plainte et appréhende la pathologie avec plus de justesse.

Entrevoir la notion de satisfaction du sommeil nécessite, de considérer les critères de qualité présents dans l'esprit des patients.

Dans notre étude, le premier critère était l'absence de réveils répétitifs (cf. Figure 1). Ce choix semble peu étonnant quand nous savons, selon une étude de l'INSV [33], que 69% des français se réveillent la nuit (en moyenne 1,7 fois/nuit et pendant 24 minutes). Dans une autre étude de 2000 [4], 53% présentaient des réveils spontanés nocturnes et 16% les présentaient au moins 3 fois par semaine pendant 1 mois. En l'absence de consensus, il est

considéré qu'avoir un temps d'éveil intra sommeil d'au moins 30 minutes et/ou de se réveiller au moins 2 fois par nuit (avec difficultés à se rendormir) sont des indicateurs d'insomnie de maintien [29].

Le deuxième critère, bien que quantitatif, était la durée du temps de sommeil. Les études récentes montrent qu'en France, la durée moyenne du sommeil est comprise entre 7 et 8 heures par nuit. Elle a peu évolué au cours de ces dernières années: en 2009, 6h58 chez les 18-55 ans [34] ; en 2010, 7h13 la semaine et 7h30 le week-end chez les plus de 50 ans [35] ; en 2013, 7h08 en semaine et 8h10 le week-end chez les 18 ans et plus [33]. Là aussi, bien qu'important pour les patients, ce critère ne peut-être considéré comme une « norme prophylactique » [30]. Il existe en effet des « petits dormeurs » et des « grands dormeurs », les besoins physiologiques étant variables d'une personne à l'autre. Dans la population française, on estime à 18 % la prévalence de « court dormeur » (dont 16% sont insomniaques, 45 % en dette de sommeil et 39% aucun des deux) [36].

Le troisième critère de qualité, était une latence d'endormissement faible. Le temps d'endormissement moyen en France est de 19 minutes [37]. Cet élément fait d'ailleurs partie des mesures d'un enregistrement complet de la nuit : la polysomnographie. En pratique, mettre plus de 30 minutes pour s'endormir est un bon indicateur pour définir l'insomnie d'endormissement.

Enfin, selon la même proportion, l'absence de fatigue dans la journée était donnée. Cette dernière réponse semble peu citée (moins de un patient sur deux) en acceptant qu'elle constitue pourtant un élément essentiel dans l'approche diagnostique des troubles du sommeil.

Nous passons environ un tiers de notre vie à dormir [35]. Mais à quoi sert le sommeil ?

A cette question ouverte, 3 réponses apparaissaient de façon dominante pour notre échantillon (cf. Figure 2). En effet, elles représentaient 92,5% des réponses proposées par les patients. Le sommeil servirait à se reposer le corps et l'esprit (43,6% de l'échantillon), à récupérer physiquement et intellectuellement (42,4% de l'échantillon), et se régénérer, se ressourcer, se réparer (23,2% de l'échantillon).

Ainsi, l'étude met en évidence que la réponse majoritaire donnée par les patients définit le sommeil comme un processus passif. La notion de repos, de détente, évoque une mise en position « off » de l'organisme, une passivité de celui-ci pour contrebalancer l'activité diurne. Ensuite, 42,4% des patients proposaient la notion de récupération physique et

intellectuelle. Pour cette réponse, il est difficile d'extrapoler ou d'interpréter le caractère passif ou actif du sommeil. Nous pouvons cependant formuler plusieurs hypothèses. En se référant à la définition du mot récupérer [38], apparaît la notion de « rentrer en possession de ce qui a été perdu ». Nos activités de la journée nous feraient donc perdre des éléments que nous devons remettre à disposition de notre organisme. Nous pouvons aussi évoquer certains synonymes comme se rétablir, se remettre, etc. Nous retrouvons dans ces concepts, une forme de convalescence de l'organisme « éprouvé » par l'activité diurne. Enfin, pour 23,2% des patients, le sommeil avait un rôle de régénération, de réparation. Là aussi, en s'appuyant sur les définitions [38], la régénération évoque « la reconstruction d'éléments lésés ou détruits », l'idée de rendre à l'organisme ses propriétés initiales, altérées ou modifiées par la phase de veille. La réparation peut être définie comme « l'exécution d'opérations destinées à remédier à des éléments détruits, remettre en état des éléments détériorés ». Il apparaît dans ces notions un processus beaucoup plus actif du sommeil. Elles mentionnent une sorte de « remise à zéro », mais en intégrant plutôt des éléments de reconstruction que de construction. Comme si l'activité diurne détruisait une partie de l'organisme et que le sommeil la réparait.

Le rôle du sommeil est encore aujourd'hui difficile à appréhender, mais les différentes recherches effectuées s'accordent à préciser le caractère hautement actif de ce processus. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que le sommeil épargne seulement 15% de la consommation d'énergie d'une journée par rapport à un sujet assis, non endormi (5 à 11% en tenant compte des mouvements du corps et des phases d'éveils en cours de sommeil) [39]. La notion de réparation est très importante. Les théories organiques rappellent le rôle indispensable du sommeil dans le rétablissement des fonctions biochimiques et physiologiques dégradées au cours de l'éveil [40]. Il permet, en partie, l'équilibre de notre organisme et le maintien de l'homéostasie. La privation de sommeil a pour conséquence une altération importante de la sphère cognitive, mnésique et/ou de l'humeur. Mais elle entraîne aussi un grand nombre de déséquilibres des systèmes de régulations. Ils se traduisent notamment par l'apparition de pathologies comme l'obésité, le diabète de type 2, ou l'HTA [41,42]. Une publication de 1999 [43], a montré que la privation de sommeil sur de jeunes adultes (4 heures par nuits pendant 6 nuits) avait un effet néfaste sur les fonctions endocriniennes et le métabolisme des glucides. Une autre étude reconnaissait en 2005 [44] le déficit de sommeil comme un facteur de risque de prise de poids, d'insulino-résistance ou de diabète de type 2. La durée du temps de sommeil et son insuffisance apparaissent aussi comme un facteur de risque de développement d'une HTA [45,46].

Enfin, une étude de cohorte parue en 2006 [47] (réalisée sur 68 183 femmes pendant 16 ans) informait du lien entre la réduction du temps de sommeil et la prise de poids. Ce même lien était évoqué dans un article de 2005, présentant la durée du sommeil (moins de 7 heures par nuit) comme un risque d'apparition d'obésité [48].

Le caractère constructif du sommeil est, par ailleurs, bien retrouvé dans son rôle pour l'apprentissage et la mémorisation (élément peu évoqué par notre cohorte). Nous pouvons aussi citer de manière non exhaustive le rôle dans le développement immunitaire, l'adaptation à l'environnement, l'amélioration de l'humeur, l'accroissement de la vigilance, la maturation cérébrale, etc. Enfin, citons (comme 2 patients de notre échantillon) l'importance du sommeil paradoxal dans la restauration du système nerveux, la personnalité, et bien évidemment le rêve [40].

Le sommeil peut donc être considéré comme un processus actif permettant de préparer l'activité diurne. L'ensemble de ses fonctions et la mise en évidence récente de la relation entre troubles du sommeil et certaines pathologies chroniques (ou facteurs de risque cardio-vasculaires), doivent inciter le médecin traitant à questionner le sommeil dans le cadre de la prise en charge globale du patient.

Quand nous avons demandé aux patients, s'ils connaissaient des moyens et/ou astuces pour améliorer la qualité de leur sommeil, les réponses données étaient intéressantes à plusieurs niveaux (cf. Figure 4).

Premièrement, l'étude montre que 1 patient sur 3 ne trouve pas ou ne connaît pas spontanément d'éléments permettant d'améliorer son sommeil.

Deuxièmement, les réponses fournies par les patients étaient effectivement des conseils et/ou des recommandations pour améliorer la qualité de celui-ci. En effet, si nous comparons les résultats de l'étude avec les données de la littérature, nous nous apercevons que les patients ont des connaissances certes partielles, mais cohérentes et adaptées. Nous pouvons ainsi synthétiser quelques conseils pour mieux dormir (issus de l'Institut national du sommeil et de la vigilance [39], du Réseau Morphée [49] et du site Sommeil Vigilance Somnolence [50]) cités par notre cohorte :

- Éviter tous les excitants, café, thé, vitamine C, coca-cola, etc.
- Éviter de pratiquer un sport ainsi que toutes activités très stimulantes après 18-19 heures.
- Favoriser les activités relaxantes en fin de journée : la relaxation, le yoga, la

détente, la sophrologie

- Ne pas faire de repas trop copieux le soir et éviter l'alcool au dîner
- Respecter son rythme de sommeil
- Réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle (éviter de regarder la télé au lit, de travailler ou de manger au lit).
- Ne se coucher que lorsqu'on ressent des signaux de sommeil (bâillements, nuque lourde, yeux qui piquent)
- Suivre les signaux d'éveil que le corps adresse: se lever ou faire autre chose si l'on arrive pas à dormir ou si l'on est réveillé depuis plus de 20 minutes
- Ne pas utiliser de médicament tout seul, en parler à son médecin (à contrario une partie de l'échantillon proposait l'utilisation d'hypnotiques, anxiolytiques ou décontracturant musculaire)
- Réserver 30 minutes de calme avant le coucher, lire

Troisièmement, peu de patients avaient formulé des erreurs, des conduites favorisant l'état de veille. Nous retiendrons, mais de manière marginale : regarder la télévision ou l'ordinateur au lit, prendre une douche chaude ou faire du sport avant de se coucher.

Quatrièmement, une réponse qui arrivait dans le « top 3 » de notre échantillon, était la consommation d'une tisane ou d'un lait chaud. Cette astuce n'est pas retrouvée comme recommandation dans la littérature scientifique. Elle est cependant bien présente dans les croyances du patient, alors qu'en est-il vraiment ? La prise d'un lait chaud pour dormir semble reliée à son contenu en tryptophane. Ce dernier est un acide aminé qui permet la production de sérotonine, un neurotransmetteur intervenant dans la régulation du sommeil. En 2009, une étude a mis en évidence le rapport entre la modification du cycle nyctéméral de sérotonine et l'administration de tryptophane chez le rat [51]. Par ailleurs, d'autres publications tendaient à montrer le lien entre l'administration de tryptophane et l'amélioration de certains troubles du sommeil [52,53]. A l'heure actuelle, il n'y a par contre aucun article probant, montrant un lien entre la quantité de tryptophane contenu dans certains aliments (et le lait en particulier) et le rôle de ceux-ci dans l'amélioration des symptômes. Quand aux tisanes, leurs propriétés sur notre sommeil sont essentiellement liées à leur contenu en substances dites « phytothérapeutiques » comme la valériane, la passiflore, la camomille, le tilleul, etc. A ce jour, la recherche scientifique n'a pas pu prouver rigoureusement l'efficacité de ces produits dans l'induction, le maintien ou la qualité du sommeil. Les études se sont concentrées essentiellement sur la valériane (molécule la plus utilisée et la plus étudiée). Les résultats apportés restent contrastés. En

1996, une publication de qualité correcte mettait en évidence l'effet positif de la Valériane, 66% des participants jugeant l'effet de la plante « bon » ou « très bon » [54]. En 2000, une étude [55] montrait l'effet bénéfique de la prise de valériane sur la structure du sommeil et la qualité de celui-ci, chez des patients souffrant d'insomnie psychophysiologique [cf. Annexe V]. En 2001, une publication [56] mentionnait l'effet hypnotique de la valériane après évaluation polysomnographique. En 2006, une méta-analyse [57] confirmait ces éléments, suggérant que la valériane pouvait améliorer la qualité du sommeil sans produire d'effets secondaires. Les auteurs modéraient cependant les résultats compte tenu d'une qualité médiocre des essais et du risque de non publication des études négatives. En 2010, une revue de la littérature de 1950 à 2009 (interrogeant *Amed* et *Medline*) [58] mettait en évidence (pour 12 études sur 16) un lien entre la prise de valériane et l'amélioration de certains paramètres du sommeil. Mais les auteurs précisait que ces résultats devaient être interprétés avec prudence du fait de la différence significative dans la conception des études. Enfin, une méta-analyse [59], publiée en juin 2010, dans *Sleep Medicine*, suggérait une amélioration subjective de l'insomnie, mais alertait sur un niveau de preuves insuffisant car basé sur des démonstrations sans mesures quantitatives et/ou objectives. L'efficacité du lait chaud ou de la tisane, à défaut de trouver un fondement dans la science, peut être expliqué de deux manières. Nous pouvons d'abord imaginer d'un point de vue plus sociologique que dans l'inconscient collectif, la notion de « recette de grand-mères », transmises de générations en générations, puisse induire un effet placebo. De plus, les rituels notamment répétitifs peuvent permettre un conditionnement du sommeil et donc favoriser l'endormissement. [60].

Cinquièmement, nous nous étonnons de l'absence, dans les réponses du panel, d'un moyen essentiel pour faciliter son sommeil : l'amélioration de l'environnement de sa nuit (notamment sonore, lumineux et thermique). En effet, dans l'étude de l'INPES de 2008 [37], 47 % des personnes interrogées déclaraient être dérangées pendant leur sommeil par des bruits à l'intérieur de la maison (25%), à l'extérieur (21%) ou encore par leur partenaire de lit (20%). Les insomniaques étaient plus dérangés que les autres par ces bruits (58%). Cet élément était aussi retrouvé dans une étude de l'INSV de 2013 [33], où le bruit apparaissait comme le principal facteur de réveil. 31% des français se disaient gênés par le bruit en semaine et/ou le week-end (dans 9 cas sur 10 venant de l'extérieur). La pollution lumineuse est aussi un frein important à l'endormissement ou au maintien du sommeil. Toujours selon l'étude de l'INSV [33], 24% des français déclaraient être exposés à l'éclairage public dans leur chambre. 3 français sur 4 possédaient au moins un appareil

électronique dans la chambre à coucher dont 39% l'avaient déclaré plus ou moins allumé pendant la nuit. L'environnement thermique est également un élément clé pour s'assurer d'un bon sommeil. La température idéale pour bien dormir se situe aux alentours de 18° [61]. L'été, 43% de la population déclarait une température de la chambre supérieure à 21°C [33].

Au vu des réponses des patients, il est facile de comprendre que l'éducation thérapeutique des malades souffrant de trouble du sommeil, joue une part prépondérante dans leur prise en charge. Le médecin doit être capable de fournir des outils (conseils d'hygiène du sommeil) pour améliorer la qualité de la nuit. En effet, 33% des patients ne connaissent pas spontanément de moyens pour faciliter ou maintenir leur endormissement et les 66% restants les maîtrisent que partiellement. Dispenser ces conseils (et donc les connaître et les maîtriser) est nécessaire dans une démarche d'éducation individuelle au sommeil. La compréhension, l'adhésion et l'application de ceux-ci par le patient, l'intègre dans un processus de soin. Il en devient acteur et peut ainsi contribuer à l'amélioration de sa symptomatologie.

Les facteurs évoqués par les patients et les incitant à initier une consultation, peuvent être regroupés selon 2 critères (cf. Figure 5):

- un critère d'ordre temporel : la durée du trouble et sa récurrence
- un critère d'ordre socio-environnemental : le retentissement sur le quotidien

En effet, une grosse moitié de la cohorte a évoqué la persistance des signes sur une durée de temps variable de quelques jours à plusieurs semaines, ainsi que le caractère répétitif du trouble. La deuxième moitié s'est attardée sur le retentissement de l'insomnie sur la vie quotidienne. On s'étonne d'ailleurs de l'importance de ces critères dans l'initiation de la consultation alors qu'ils étaient négligés dans la définition de l'insomnie. Ces réponses font aussi écho à une étape clé dans l'approche diagnostique de l'insomnie : l'évaluation de la sévérité de celle-ci. Cette évaluation intervient après s'être assuré que le patient répond aux critères de l'ICSD 2, et après s'être fait préciser le respect des conditions « adéquates » du sommeil (environnement sonore et lumineux, consommation d'excitants, pratiques d'activités stimulantes, etc.). Bien que les éléments définissant la gravité de l'insomnie soient subjectifs, le retentissement diurne et la fréquence du trouble par semaine semblent pertinents. Ainsi, l'intensité peut être caractérisée par le tableau suivant (cf. Tableau 3) [62] :

**Tableau 3**

Critères de sévérité de l'insomnie

Critères de sévérité de l'insomnie		
Intensité	Fréquence/sem.	Retentissement diurne
Légère	1 nuit	Faible retentissement
Modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

Pour les patients ayant évoqué un critère d'ordre temporel, un premier sous-groupe parle de la durée des symptômes et renseigne un ordre de grandeur. Ils se repartissent de manière égale entre des patients consultants pour une persistance de plusieurs jours et d'autres de plusieurs semaines. Pour le deuxième sous-groupe, la notion de fréquence est citée avec le caractère répétitif des signes, mais elle semble cependant floue pour celui-ci car aucun ne précise ou n'évoque la fréquence de ces répétitions.

Pour le reste de la cohorte, un élément important et justifiant la programmation d'une consultation est la conséquence diurne d'un déficit qualitatif ou quantitatif de sommeil. L'asthénie, la somnolence, la difficulté de récupération, les troubles de la concentration ou de la mémorisation mais aussi le retentissement socioprofessionnel et/ou familial sont des éléments qui imposent une consultation chez le médecin traitant pour la moitié des répondants. L'évaluation et l'estimation par le médecin des conséquences de l'insomnie est indispensable car, qu'elles soient médicales, professionnelles, sociales ou économiques, elles sont loin d'être négligeables. Le rôle du médecin traitant est d'autant plus important que la perception par les patients du retentissement quotidien de l'insomnie est faussée (70,3% des généralistes estiment cette perception faussée : 41,8% serait sous-estimée, 28,5% surestimée) [63].

Les conséquences socioprofessionnelles du manque de sommeil sont sérieuses. Ainsi, la fatigue mais aussi la somnolence augmentent le risque d'absentéisme [64], de survenue d'accident industriel [65] et de baisse de la productivité. La privation de sommeil est

responsable d'une dégradation de l'attention mais aussi d'une diminution des performances à son poste de travail [66]. Sur le plan médical, en plus du coût direct de l'insomnie (consultations, enregistrements du sommeil, thérapeutiques médicamenteuses, etc.), évalué en 1995 en France à environ 2 milliards de dollars [67], les études comparant les insomniaques à de bons dormeurs montrent qu'ils ont plus fréquemment recours au système de soins (extrapolant que leur état de santé serait plus dégradé). En France, deux études ont effectivement montré que le taux de consultation de l'insulaire était supérieur à celui du bon dormeur [65,68]. Sur le plan social et familial, l'insomnie entraîne aussi une modification des interactions et peut provoquer des difficultés relationnelles. Pour exemple, un article mettait en évidence une baisse significative de l'aide apportée aux enfants pour leurs devoirs chez les insomniaques versus les bons dormeurs [65]. Sur le plan de l'accidentologie, les conséquences de la somnolence au volant sont considérables. Après 24 heures de veille active, un conducteur a le même comportement qu'une personne ayant un taux de 1g d'alcool dans le sang. La somnolence est la première cause d'accident mortel sur autoroute [69] (un accident mortel sur trois). Une étude récente [70] menée par téléphone sur 4 774 conducteurs français a montré qu'au cours de l'année 2007 : 47% ont souffert de somnolence lors des trajets de nuit, 28% ont présenté au moins une fois un épisode de somnolence sévère au volant nécessitant un arrêt, 11% ont eu un « presque accident » (dont 46% imputable à la somnolence) et 5,8% ont été victime d'un accident (dont 5,2% imputable à la somnolence). Elle précisait aussi que 85% des accidents dus à la somnolence se produisaient en journée. Une autre étude [71], la même année, sur 35 004 conducteurs français interrogés par mail indiquait que 57,3% ont souffert de somnolence sévère au volant, 31,1% ont eu un « presque accident » (dont 50% imputable à la somnolence) et 7,2% ont été victime d'un accident (dont 5,8% imputable à la somnolence). De ce fait, aussi important pour le patient car impliquant un élément déclenchant une consultation, la fréquence des troubles, la durée ainsi que le retentissement diurne sont des données indispensables au médecin. Elles permettent dans un premier temps de définir et d'évaluer le degré de sévérité de l'insomnie et dans un second temps de stratifier à l'échelle individuelle le risque direct et indirect de la pathologie sur le patient et son environnement.

Dans le cadre d'une consultation pour des problèmes de sommeil, les attentes des patients se répartissent en 3 catégories principales (cf. Figure 6).

Premièrement, pour trois patients sur quatre, le médecin doit pouvoir fournir des conseils pour un sommeil amélioré. Les patients souhaitent donc, en priorité, que le médecin mette en place une stratégie de recommandations et d'éducation visant à améliorer leurs symptômes. Le sommeil étant maintenant considéré comme un véritable facteur de santé publique, l'intégration de son éducation dans la population générale, et plus spécifiquement dans les cabinets de médecine générale, est nécessaire. Le rapport étroit avec d'autres maladies, les conséquences diurnes, l'impact économique, le risque accidentel, etc., en font un marqueur fort de santé dans nos sociétés modernes. En plus d'être plébiscités par les patients, l'hygiène du sommeil, la correction de certaines habitudes néfastes, la mise en place de règles simples, sont autant d'éléments essentiels dans la stratégie thérapeutique. Le médecin traitant joue aussi grandement son rôle dans l'information et l'accès à la connaissance du trouble. Il intervient en fournissant des conseils permettant l'amélioration des facteurs environnementaux et les conduites à éviter. Il propose et s'assure de la compréhension des stratégies non médicamenteuses comme la restriction du temps passé au lit, le contrôle du stimulus (technique d'amélioration de l'endormissement), la relaxation, etc. Il informe des risques liés à la maladie qu'elle soit symptôme ou syndrome. Il organise le suivi, s'assure de la bonne intégration et exécution des mesures d'hygiène, etc. En résumé, la prise en charge des insomniaques s'intègre pleinement dans l'action de prévention et d'éducation à la santé du médecin traitant.

Deuxièmement, seulement un patient sur deux souhaite que la consultation se conclut par la prescription d'une thérapeutique médicamenteuse. Sur ces même patients, trois sur quatre préfèrent la prescription de médicament phytothérapeutique ou homéopathique (seulement un sur quatre est en attente d'un médicament inducteur ou facilitateur du sommeil type psychotrope). L'utilisation de « produits naturels » pour dormir est en effet, une pratique courante. Une étude réalisée en 2009 dans la province du Québec (Canada) [72] a montré qu'au cours des 12 derniers mois, 18,5% de la population recrutée avait consommé des « produits naturels » pour améliorer le sommeil. L'étude précisait aussi que les patients considéraient ces produits bénéfiques et sans risque par rapport aux psychotropes. Pour la phytothérapie, et comme discuté précédemment, la valériane est la plante la plus utilisée et la plus étudiée. Le manque de clarté des études notamment sur leur réalisation (méthodes, conditions, standardisation, etc.) gêne la lecture des résultats. Par ailleurs, les études ont montré que la valériane n'apportait qu'un nombre réduit d'évènements indésirables dont la plupart étaient bénins. Cependant il a été aussi observé un cas de syndrome de sevrage et un cas d'hépatite aigue imputable à l'utilisation de cette

plante [73]. De la même manière, les traitements homéopathiques utilisés dans la prise en charge des troubles du sommeil ne font pas la preuve, à ce jour, d'un effet statistiquement significatif sur l'amélioration des symptômes. Une revue systématique de la littérature interrogeant les bases de données biomédicales a été publiée en 2010 [74]. Les auteurs informaient du manque d'études de haute qualité et de la non significativité de celles existantes. Ainsi, à la lecture des réponses du panel, la prise de somnifères n'est pas la solution de première intention attendue. Bien que souvent mal évaluée, la prescription « non allopathique » (homéopathie ou phytothérapie) est plébiscitée par les patients. Dans leurs représentations, ces médicaments renvoient une image efficace mais surtout moins agressive, plus douce en comparaison aux psychotropes. Malgré un niveau de preuve insuffisant, il n'est pas absurde d'intégrer ces molécules dans l'arsenal thérapeutique, en acceptant aussi le rôle non négligeable de l'effet placebo sur certaines pathologies du sommeil.

Troisièmement, et de manière plus étonnante, seul un patient sur deux souhaite obtenir de son médecin un diagnostic. Cette réponse, bien que surprenante est très évocatrice des représentations des patients vis à vis des troubles du sommeil. En effet, nous sommes amené à penser que le patient interprète l'insomnie comme un symptôme et non comme un syndrome. L'insomnie ne serait pas une maladie mais le symptôme d'une comorbidité. Cette vision n'est en fait que partielle, car certes les troubles du sommeil sont facilement associés à l'anxiété, la dépression ou autres pathologies somatiques mais ils sont aussi de véritables maladies. Nous pouvons citer le syndrome des jambes sans repos, le syndrome d'apnée du sommeil, le syndrome d'avance de phase, l'insomnie chronique primaire, etc. Le diagnostic ne semble donc pas essentiel car les symptômes sont souvent dans un premier temps minimisés et relégués au second plan. Les patients les considérant en fait, seulement, comme la conséquence d'une autre maladie. Par ailleurs, le patient est souvent moins inquiet d'une gêne « subjective » que d'une modification d'un paramètre physique objectif car celui-ci est plus facilement rattaché à une maladie grave (dont le consultant souhaite rapidement être diagnostiqué et épargné).

Les réponses des patients mettent donc clairement en évidence que la posture éducative du soignant est leur principale attente. Cette posture, associée à la prescription médicamenteuse et/ou non médicamenteuse doit s'intégrer dans un suivi global individualisé. Élément essentiel de la prise en charge, elle constituera un support d'accompagnement majeur pour le patient.

## **5. Conclusion :**

A l'instar de la publication de l'INPES en 2008 [37], notre étude a permis (sur une population différente) d'explorer en partie les représentations, les connaissances mais aussi les attitudes des patients vis à vis du sommeil et de ses troubles.

Il en ressort ainsi deux éléments principaux. Premièrement, les patients présentent des connaissances certes partielles, mais relativement cohérentes sur le sommeil. Deuxièmement, face à une population grandement insatisfaite par la qualité de son sommeil, l'étude met en évidence une forte demande d'éducation et de conseils.

Aussi, l'analyse des représentations et des connaissances du patient permet au médecin de mieux appréhender la problématique du plaignant et d'être plus efficace dans l'approche éducative. Il s'adapte ainsi aux besoins du patient et propose plus aisément une prise en charge spécifique.

Comme pour d'autres pathologies, l'éducation des patients est une étape clé dans la connaissance, la compréhension, l'acceptation, le traitement et le suivi de la maladie. Cependant, cette démarche au sein d'un cabinet se heurte à deux problématiques principales. Premièrement, la nécessité par la formation initiale ou continue de maîtriser les savoirs (connaissances théoriques, savoir faire, savoir être) adaptés à l'accompagnement des patients. Et deuxièmement, face à une pression de soins souvent importante et un temps imparti limité, le médecin doit être capable de dégager un moment dédié à la pratique éducative lors de la consultation.

## 6. Bibliographie :

- [1] Ohayon MM. Prevalence and correlates of non restorative sleep complaints. *Arch Intern Med.* 2005 Jan 10 ; 165(1) : 35-41.
- [2] Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T *et al.* How do individuals sleep around the world ? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med.* 2005 Jan ; 6(1) : 5-13.
- [3] Léger D, Poursain B, Neubauer D *et al.* An international Survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin.* 2008 Jan ; 24(1) :307-17.
- [4] Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP *et al.* Prevalence of insomnia in a Survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res.* 2000 Mar ; 9(1) : 35-42.
- [5] Bertrand X. *Dossier de presse : Programme d'action sur le sommeil* [en ligne]. Ministère de la santé et des solidarités. 2007 : 16p.  
Disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse-5.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-5.pdf) (site consulté le 21 Novembre 2012)
- [6] Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) et HAS. *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale* [en ligne]. Argumentaire. 2006 Dec : 148p.  
Disponible sur : [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale) (site consulté le 24 Avril 2013)
- [7] Léger D, Allaert F-A, Massuet M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale : Enquête auprès de 6043 médecins généralistes. *La presse médicale.* 2005 Nov ; 34(19), 1 : 1358-1362.
- [8] INPES. *La Santé de l'Homme. Eduquer au sommeil* [en ligne]. 2007 ; 388 :14-66.  
Disponible sur : [www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/388.asp](http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/388.asp)
- [9] Association Nationale de Promotion des connaissances sur le sommeil. *PROSOM.* [www.prosom.org/](http://www.prosom.org/) (site consulté le 07 juin 2012).  
Commentaires : site associatif de l'association PROSOM, France.
- [10] Delormas F. Education pour la santé et sommeil, mode d'emploi. *La santé de l'Homme. Eduquer au sommeil.* 2007 ; 388 : 32-34.
- [11] Londe V, Royant-Parola S, Liane MT *et al.* Management of chronic insomnia: The Morphée network's insomnia program. *Médecine du sommeil.* 2011 Oct-Dec ; 8(4) :166-172.
- [12] Hullar J, Vespignani H, Fay R *et al.* Impact of group therapeutic education in the management of adult sleep disorders. Prospective study conducted from September 2007 to March 2008 by a group of général practitioners. *Rev Prat.* 2010 Jun 20 ; 60(6 Suppl) : 21-6.
- [13] Abric JC (2011). *Pratiques sociales et représentations.* Paris : Puf ; 396p (Quadrige).

- [14] Raynal F, Rieunier A (2012). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, apprentissage, formation et psychologie cognitive*. Paris : Esf ; 424p (Pédagogie).
- [15] Etienne S. Les représentations mentales et leur influence sur l'apprentissage. *Hors série Savoirs et Formation : Les représentations mentales et la formation*. AEFTI ; 2003 Jun : 5-8.
- [16] Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques. *INSEE*. [www.insee.fr/](http://www.insee.fr/) (site consulté le 24 Janvier 2013).  
Commentaires : site institutionnel de l'INSEE, France.
- [17] Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. *L'assurance retraite*. [www.lassuranceretraite.fr/](http://www.lassuranceretraite.fr/) (site consulté le 28 Mars 2013).  
Commentaire : site institutionnel de la CNAV, France.
- [18] Beck F, Léon C, Léger D. Troubles du sommeil : une approche exploratoire. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportement de santé*. INPES ; 2005 : 519-532.
- [19] Haute Autorité de Santé (HAS). Maladies chroniques : une vision rénovée du parcours de soins. *La lettre d'information de la Haute Autorité de Santé* [en ligne]. 2012 Oct-Nov ; 33 : 4-6.  
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1301316?portal=fc\\_1098491](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301316?portal=fc_1098491) (site consulté le 07 Mai 2013)
- [20] Grandjean H. La prise en charge des maladies chroniques. *Actualités et dossier en santé publique: Les maladies chroniques*. Haut conseil de santé publique. Sept 2010 ; 72 : 2.
- [21] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *AMELI*. [www.ameli.fr/](http://www.ameli.fr/) (site consulté le 12 Septembre 2013).  
Commentaire : site institutionnel de l'Assurance Maladie, France.
- [22] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). *Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*. Rapport d'expertise. 2012 Jan : 12-19.
- [23] Université de Neuchâtel. *Unine*. [www.unine.ch/](http://www.unine.ch/) et explorateur CIM 10, G47 <http://taurus.unine.ch/icd10/> (site consultée le 17 mai 2013).  
Commentaires : site universitaire de l'Université de Neuchâtel, Suisse.
- [24] American Psychiatric Association. *DSM IV, 4e édition, version internationale*, Washington DC, 1995. Traduction française par J.D. Guelfi *et al.*, 1996, Masson, Paris.
- [25] American Academy of Sleep Medicine (AASM). *International classification of sleep disorders. Second edition : diagnostic and coding manual*. Westchester, Illinois. American Academy of Sleep Medicine. 2004.
- [26] Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR *et al.* Derivation of research diagnostic criteria for insomnia : report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*. 2004 Dec 15 ; 27(8) : 1567-96.

- [27] National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep*. 2005 Sep; 28(9) :1049-57.
- [28] Léger D, Ohayon M, Beck F *et al.* Prevalence of insomnia : Epidemiological update. *Médecine du sommeil*. 2010 Oct-Dec ; 7(4) : 139-145.
- [29] Léger D, Ogrizek P. Insomnie. *La Revue du Praticien*. 2007 Sep ; 57: 1545-1554.
- [30] Beck F, Richard J-B, 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. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. INVS. 2012 Nov ; 44,45 : 498-501.
- [31] Ohayon MM. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *Revue du Praticien*. 2007 Sept ; 57 : 1521-1528.
- [32] Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J *et al.* Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*. 2011 Dec ; 59(6): 409-422.
- [33] INSV. *Sommeil et environnement* [en ligne]. 13<sup>e</sup> journée du sommeil. Résultats de l'enquête INSV/MGEN/OpinionWay ; 2013 Mar.  
Disponible sur : [www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil](http://www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil) (site consulté le 03 Août 2013)
- [34] Paquereau J, Léger D, Boussuge J. *Sommeil et rythme de vie* [en ligne]. 9<sup>e</sup> journée nationale du sommeil. Dossier de presse. Résultats de l'enquête INSV/BVA/Healthcare ; 2009 Mar : 22p.  
Disponible sur : [www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil](http://www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil) (site consulté le 08 Novembre 2012)
- [35] Paquereau J, Léger D. *Quand le sommeil prend de l'âge* [en ligne]. 10<sup>e</sup> journée nationale du sommeil. Dossier de presse. Résultats de l'enquête INSV/BVA/MGEN ; 2010 Mar : 25p.  
Disponible sur : [www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil](http://www.institut-sommeil-vigilance.org/la-journee-du-sommeil) (site consulté le 08 Novembre 2012)
- [36] Léger D, Roscoat Ed, Bayon V *et al.* Short sleep in young adults: Insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1,004 young adults from France. *Sleep Med*. 2011 May ; 12(5) : 454-62.
- [37] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *Les Français et leur sommeil* [en ligne]. Dossier de presse. INPES. 2008 Mar ; 3-11.  
Disponible sur : [www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf](http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf) (site consulté le 17 Janvier 2013).
- [38] Larousse. *Dictionnaires de Français Larousse en ligne*. [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/) (site consulté le 7 Octobre 2013).  
Commentaires : site commercial des éditions Larousse, France.

[39] INSV. *Institut National du Sommeil et de la Vigilance*. [www.institut-sommeil-vigilance.org/](http://www.institut-sommeil-vigilance.org/) (site consulté le 12 Mai 2013).

Commentaires. Site associatif de l'INSV.

[40] Mullens E. A quoi sert le sommeil ? *La santé de l'homme: Eduquer au sommeil*. INPES. 2007 ; 388 : 21-23.

[41] Bayon V, Laaban J-P, Léger D. Comorbidités métaboliques et cardiovasculaires associées aux troubles du sommeil. *La revue du praticien*. 2007 Sep ; 57 : 1565-1568.

[42] Sharma S, Kavuru M. Sleep and metabolism : An Overview. *Int J Endocrinol*. 2010 ; 2010.

[43] Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet*. 1999 Oct ; 354(9188) : 1435-9.

[44] Spiegel K, Knutson K, Leproult R *et al*. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *J Appl Physiol*. 2005 Nov ; 99(5) : 2008-19.

[45] Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ *et al*. Association of usual sleep duration with hypertension: the sleep heart health study. *Sleep*. 2006 Aug ; 29(8) : 1009-14.

[46] Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B *et al*. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first national health and nutrition examination survey. *Hypertension*. 2006 May ; 47(5) : 833-9.

[47] Patel SR, Malhotra A, White DP *et al*. Association between reduced sleep and weight gain in women. *Am J Epidemiol*. 2006 Nov ; 164(10) : 947-54.

[48] Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B *et al*. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of NAHNES I. *Sleep*. 2005 Oct ; 28(10) : 1289-96.

[49] Réseau Morphée, association pour le développement des prises en charge des troubles chroniques du sommeil. *Réseau Morphée*. [www.reseau-morphee.fr/](http://www.reseau-morphee.fr/) (site consulté le 02 Octobre 2013).

Commentaires : site associatif du Réseau Morphée

[50] Mullens Eric. *Sommeil Vigilance Somnolence*. <http://eric.mullens.free.fr/> (site consulté le 12 juin 2013).

Commentaires : site éducatif personnel du Dr Eric MULLENS.

[51] Mateos SS, Sanchez CL, Paredes SD *et al*. Circadian levels of serotonin in plasma and brain after oral administration of tryptophan in rats. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2009 Jan ; 104(1) : 52-59.

[52] Hudson C, Hudson SP, Hecht T *et al*. Protein source tryptophan versus pharmaceutical grade tryptophan as an efficacious treatment for chronic insomnia. *Nutr Neurosci*. 2005 Apr ; 8(2) : 121-7.

- [53] Minet-Ringuet J, Le Ruyet PM, Tomé D *et al.* A tryptophan-rich protein diet efficiently restores sleep after food deprivation in the rat. *Behav Brain Res.* 2004 Jul 9 ; 152(2) : 335-40.
- [54] Vorbach EU, Gortelmeyer R, Bruning J. Therapie von Insomnien: Wirksamkeit und Verträglichkeit eines Baldrianpräparates. *Psychopharmakontherapie* .1996 ; 3 : 109-115.
- [55] Donath F, Quispe S, Diefenbach K *et al.* Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality. *Pharmacopsychiatry.* 2000 Mar ; 33(2) : 47-53.
- [56] Herrera-Arellano A, Luna-Villegas G, Cuevas-Uriostegui ML *et al.* Polysomnographic evaluation of the hypnotic effect of Valeriana edulis standardized extract in patients suffering from insomnia. *Planta Med.* 2001 Nov ; 67(8) : 695-9.
- [57] Bent S, Padula A, Moore D *et al.* Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2006 Dec ; 119(12) : 1005-12.
- [58] Salter S, Brownie S. Treating primary insomnia - the efficacy of valerian and hops. *Aust Fam Physician.* 2010 Jun ; 39(6) : 433-7.
- [59] Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L *et al.* Effectiveness of Valerian on insomnia: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med.* 2010 Jun; 11(6) : 505-11.
- [60] Léger D, Nicolas A, Paquereau J *et al.* *Bien dormir, mieux vivre. Le sommeil c'est la santé !* [en ligne] Conseils aux adultes. Ministère de la santé et du sport, INPES. 2009 : 29p.  
Disponible sur [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf) (site consulté le 21 Février 2013)
- [61] Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel Dieu. *Sommeil Vigilance.* [www.sommeil-vigilance.fr/](http://www.sommeil-vigilance.fr/) (site consulté le 23 Septembre 2013).  
Commentaires : site associatif de l'association de recherche sur le sommeil et la vigilance à Paris, France.
- [62] Royant-Parola S, Pairot I. Des troubles du sommeil à l'insomnie primaire. *Supplément à La Revue du Praticien Médecine Générale.* 2013 Oct ; T27 ; 908 : 9-13.
- [63] Bayon V, Allaert F, Léger D. Evaluation des conséquences de l'insomnie par les médecins généralistes. *Médecine du sommeil.* 2007 Dec ; 4(14) : 33-39.
- [64] Philip P, Taillard J, Niedhammer I *et al.* Is there a link between subjective daytime somnolence and and sickness absenteeism ? A study in a working population. *J Sleep Res.* 2001 Jun ; 10(2) : 111-5.
- [65] Léger D, Guilleminault C, Barder G *et al.* Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep.* 2002 Sep 15 ; 25(6): 625-9.
- [66] Bayon V, Léger D. Sommeil, somnolence et travail. *Médecine du sommeil.* 2008 Dec ; 5(18) : 10-14.

- [67] Léger D, Lévy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep*. 1999 May 1; 22 Suppl 2 : S394-401.
- [68] Ohayon MM. Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep*. 1996 Apr; 19(3 Suppl) : S7-15.
- [69] Association professionnelle des Sociétés françaises concessionnaires ou exploitantes d'autoroutes ou d'ouvrages routiers (ASFAR). *Somnolence au volant : une étude pour mieux comprendre* [en ligne]. Edit&moi. Juin 2010 : 18p.  
Disponible sur : [www.autoroutes.fr/fr/publications/somnolence.htm](http://www.autoroutes.fr/fr/publications/somnolence.htm) (site consulté le 29 Octobre 2013)
- [70] Sagaspe P, Taillard J, Bayon V *et al.* Sleepiness, near-misses and driving accident among a representative population of French drivers. *J Sleep Res*. 2010 Dec ; 19(4) : 578-84.
- [71] Philip P, Sagaspe P, Lagarde E *et al.* Sleep disorders and accidental risk in a large group of regular registered highway drivers. *Sleep Med*. 2010 Dec ; 11(10) : 973-9.
- [72] Sanchez-Ortuno MM, Bélanger L, Ivers H *et al.* The use of natural products for sleep : A common practice ? *Sleep Med*. 2009 Oct ; 10 (9). Oct 2009 : 982-7.
- [73] Hennebelle T, Sahpaz S, Bailleul F. Plantes sédatives : évaluation pharmacologique et clinique. *Médecine du sommeil*. 2007 Sep ; 4 (13) : 4-14.
- [74] Cooper K, Relton C. Homeopathy for insomnia : A systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev*. 2010 Oct ; 14 (5) : 329-37.

## **7. Annexes :**

## **ANNEXE I** : Questionnaire d'auto-évaluation sur le sommeil et ses troubles.

Madame, monsieur, dans le cadre d'un travail de recherche sur le sommeil et ses représentations, nous souhaiterions vous soumettre le questionnaire suivant.

Merci de répondre à l'ensemble des questions ci-dessous. Temps estimé de réponse : moins de 3 minutes.

. Age : .....

. Sexe : M  F

. *Catégorie socioprofessionnelle* : (source INSEE)

- agriculteurs exploitants : secteur primaire.....
- artisans, commerçants et chefs d'entreprises.....
- cadres, professions intellectuelles supérieures.....
- professions intermédiaires (enseignement, santé, social, etc.).....
- employés.....
- ouvriers.....
- retraités.....
- autres personnes sans activité professionnelle.....

. *Avez-vous utilisé un somnifère au cours des 6 derniers mois* : Oui  Non

. *Prenez-vous tous les jours un médicaments pour une maladie au long cours* ? Oui  Non

### **Questionnaire sur les pathologies du sommeil et ses représentations :**

. *Etes-vous satisfait de la qualité de votre sommeil ?*

Oui  Non

. *Sur quels critères considérez-vous que le sommeil est de qualité ? (1 ou plusieurs réponses possibles)*

- la durée du temps de sommeil.....
- absence de réveils répétitifs la nuit.....
- absence de fatigue dans la journée.....
- un endormissement rapide.....
- absence de réveil précoce.....
- autres : veuillez préciser.....

. *Selon vous, et de manière simple, à quoi sert le sommeil ?*

.....  
.....  
.....

. *Selon vous, et de manière simple, quel est la définition de l'insomnie ?*

.....  
.....  
.....

. *Si vous avez des troubles du sommeil, quels moyens, quelles astuces, connaissez-vous ou utiliseriez-vous pour améliorer la qualité de celui-ci ?*

.....  
.....  
.....

. *A partir de quand, ou de quoi, jugez vous nécessaire de consulter votre médecin traitant, en cas de difficulté avec votre sommeil ?*

.....  
.....  
.....

. *Si vous consultiez votre médecin traitant pour des problèmes de sommeil, quelles seraient vos attentes : (1 ou plusieurs réponses possibles)*

- la prescription d'un somnifère.....
- la prescription d'un médicament homéopathique, ou phytothérapeutique.....
- poser un diagnostic de votre trouble.....
- de l'écoute.....
- des conseils pour améliorer votre sommeil.....
- autres : veuillez préciser.....

Merci de votre participation.

**ANNEXE II :** Répartition des indications des benzodiazépines et consommation d'hypnotiques ou apparentées de 2000 à 2010, en France.

(Source : AFSSAPS, Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise. 2012 : 12-19)

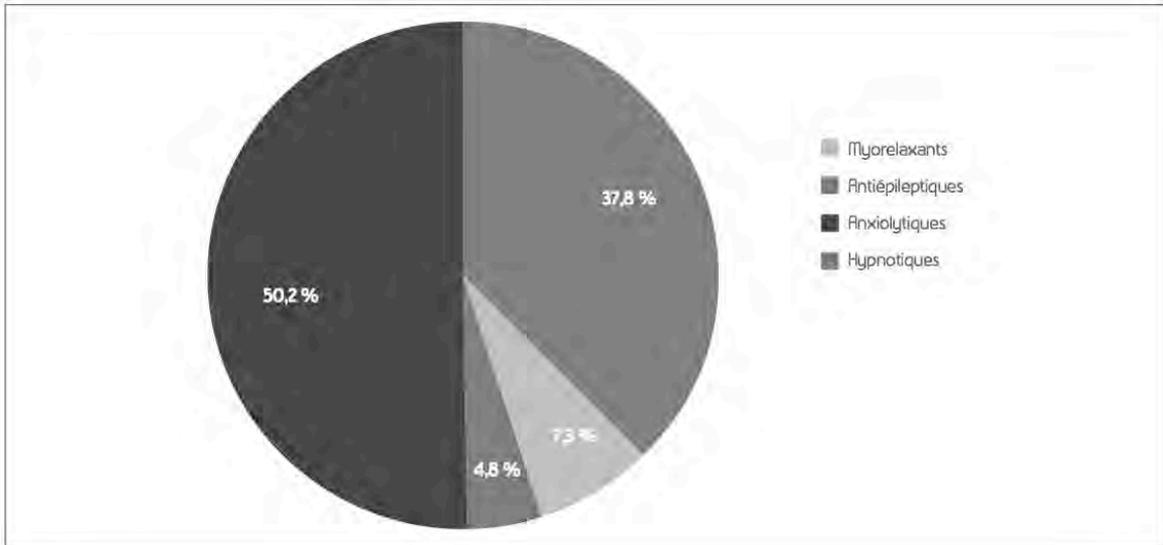
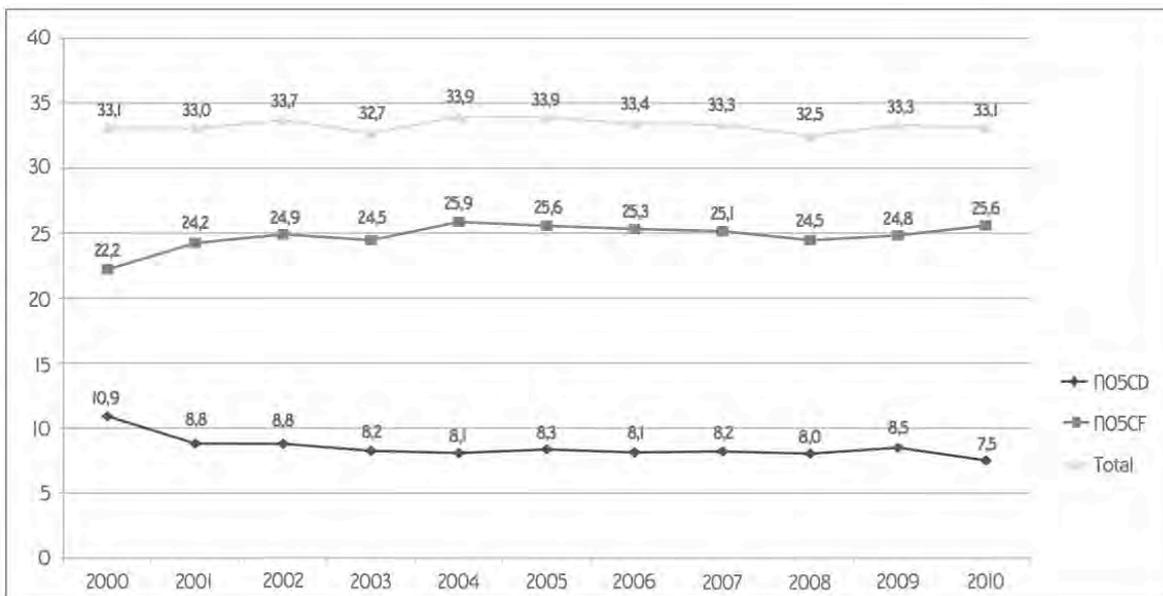


Figure 1 : Répartition des indications de benzodiazépines en France, en 2010.



NO5CD : molécules dérivées des benzodiazépines  
 NO5CF : molécules apparentées aux benzodiazépines

Figure 2: Consommation de benzodiazépines hypnotiques et apparentées de 2000 à 2010 en dose définie journalière pour 1000 habitants et par jour (DDJ/1000H/J).

**ANNEXE III:** Classification des troubles du sommeil selon la CIM-10, le DSM-IV-TR et l'ICSD-2.

(Source : Société de formation thérapeutique du généraliste et HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Argumentaire. 2006 : 11-13.)

**Tableau 1.** Troubles du sommeil selon la CIM 10.

<b>Dyssomnies</b>	Intrinsèques (dépendantes de l'individu)	Primaires	<u>Par défaut</u> : - insomnie idiopathique - insomnie familiale - autres <u>Par excès</u> : - narcolepsies - hypersomnies	
		Secondaires	Troubles respiratoires du sommeil	
			Mouvements anormaux du sommeil Autres	
	Extrinsèques (dépendantes de facteurs externes)		<u>Par défaut</u> : - insomnie psycho-physiologique - mauvaise perception du sommeil - insomnie par défaut d'ajustement - mauvaise hygiène du sommeil - autres <u>Par excès</u> : - syndrome de carence de sommeil - autres Autres	
			Circadiennes	<u>Intrinsèques</u> : - retard de phase, avance de phase - irrégularité des cycles éveil/sommeil - autres <u>Extrinsèques</u> : - décalage trans-méridien (jet-lag) - liées au travail posté - autres
<b>Parasomnies</b>	D'activation (hyperéveil)		Éveils confus, somnambulisme, terreurs nocturnes	
	Liées au sommeil paradoxal		Troubles comportementaux, paralysies récurrentes, cauchemars	
	Liées aux transitions veille/sommeil		Troubles dissociatifs nocturnes, énurésie, autres	
<b>Troubles du sommeil d'origine médico-psychiatrique</b>	Dépendants d'une pathologie causale	Psychiatriques		
		Neurologiques	Épilepsies morphéiques, céphalées liées au sommeil	
		Autres troubles liés au sommeil	Reflux gastro-œsophagien, ischémie coronaire, troubles de la déglutition, laryngospasme	
<b>Troubles « proposés »</b>	Sans consensus sur leur définition		Gros dormeur, petit dormeur, ronchopathie, somniloquie, etc.	

**Tableau 2.** Troubles du sommeil selon le DSM IV.

<b>Troubles primaires</b>	Dyssomnies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Insomnie Primaire</i></li> <li>▪ <i>Hypersomnie Primaire</i></li> <li>▪ <i>Narcolepsie</i></li> <li>▪ <i>Trouble du Sommeil lié à la Respiration</i></li> <li>▪ <i>Trouble du Sommeil lié au Rythme Circadien</i></li> <li>▪ <i>Dyssomnie non spécifiée.</i></li> </ul>
	Parasomnies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Cauchemars</i></li> <li>▪ <i>Terreurs Nocturnes</i></li> <li>▪ <i>Somnambulisme</i></li> <li>▪ <i>Parasomnies non spécifiées</i></li> </ul>
<b>Trouble en rapport avec un autre trouble mental</b>		<i>États dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.</i>
<b>Trouble dû à une affection médicale générale</b>		<i>Hyperthyroïdie, pathologies douloureuses, épilepsie, cardiopathies, troubles respiratoires, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.</i>
<b>Trouble induit par une substance psychostimulante</b>		<i>Psycho-stimulants, alcool, hypnotiques, médicaments prescrits, etc.</i>

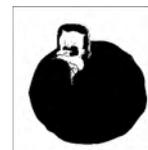
**Tableau 3.** Troubles du sommeil selon l'ICSD-2.

<b>Insomnies</b>	Insomnie d'ajustement
	Insomnie psycho-physiologique
	Insomnie paradoxale
	Insomnie idiopathique
	Insomnie liée à une pathologie psychiatrique
	Hygiène du sommeil inadéquate
	Insomnie comportementale de l'enfant
	Insomnie due à une drogue ou à une substance
	Insomnie liée à une pathologie physique
	Insomnie non due à une substance ni à un désordre physiologique connu (insomnie non organique)
	Insomnie physiologique non spécifiée
<b>Troubles du sommeil relatifs à la respiration</b>	
<b>Hypersomnies d'origine centrale</b>	
<b>Troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens</b>	
<b>Parasomnies</b>	
<b>Troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux</b>	
<b>Symptômes isolés, variantes apparemment normales, problèmes non résolus</b>	
<b>Autres troubles du sommeil</b>	

## **ANNEXE IV** : Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh.

(Source : site du centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu à Paris ; [www.sommeil-vigilance.fr/](http://www.sommeil-vigilance.fr/))

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



### Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

**Test effectué le :** ...../...../..... (Jour/mois/année)

*Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.*

**1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?**

➤ Heure habituelle du coucher : .....

**2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?**

➤ Nombre de minutes : .....

**3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?**

➤ Heure habituelle du lever : .....

**4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?**

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

➤ Heures de sommeil par nuit : .....

*Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.*

**5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...**

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
<b>a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn</b>				
<b>b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin</b>				
<b>c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes</b>				
<b>d) vous n'avez pas pu respirer correctement</b>				
<b>e) vous avez toussé ou</b>				

<b>ronflé bruyamment</b>				
<b>f) vous avez eu trop froid</b>				
<b>g) vous avez eu trop chaud</b>				
<b>h) vous avez eu de mauvais rêves</b>				
<b>i) vous avez eu des douleurs</b>				
<b>j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :</b>				
<b>Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons</b>	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

**6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?**

- Très bonne     Assez bonne     Assez mauvaise     Très mauvaise

**7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?**

- Pas au cours du dernier mois     Moins d'une fois par semaine     Une ou deux fois par semaine     Trois ou quatre fois par semaine

**8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?**

- Pas au cours du dernier mois     Moins d'une fois par semaine     Une ou deux fois par semaine     Trois ou quatre fois par semaine

**9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?**

- Pas du tout un problème     Seulement un tout petit problème     Un certain problème     Un très gros problème

**10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?**

- Ni l'un, ni l'autre.  
 Oui, mais dans une chambre différente.  
 Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.  
 Oui, dans le même lit.

**11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :**

	Pas au cours	Moins d'une	Une ou deux	Trois ou quatre
--	--------------	-------------	-------------	-----------------

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

	du dernier mois	fois par semaine	fois par semaine	fois par semaine
<b>a) un ronflement fort</b>				
<b>b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil</b>				
<b>c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez</b>				
<b>d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil</b>				
<b>e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil</b>				

Score global au PSQI :

**ANNEXE V** : Critères diagnostiques de l'insomnie psychophysiologique  
(Source : ICSD 2<sup>e</sup> édition)

**Critères de l'insomnie psychophysiologique**

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie est présente depuis au moins un mois.
- C. Le patient présente une difficulté probante de sommeil conditionné et/ou une hypervigilance au lit, comme l'indique une ou plus des conditions suivantes :
  - 1. Une excessive focalisation ou une hyper anxiété concernant le sommeil
  - 2. Une difficulté à s'endormir au lit à l'heure souhaitée ou à l'occasion de siestes programmées, mais pas de difficulté à s'endormir pendant des activités de routine lorsque le sommeil n'est pas recherché.
  - 3. Une meilleure capacité à dormir hors de chez lui que chez lui.
  - 4. Une vigilance mentale au lit caractérisée par des pensées intrusives ou une incapacité à cesser volontairement l'activité mentale empêchant le sommeil.
  - 5. Une tension physique élevée au lit traduite par une incapacité à relaxer suffisamment le corps pour permettre l'arrivée du sommeil
- D. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble du à la consommation d'une substance.

FABRE Pierre

ASSESSMENT OF MENTAL REPRESENTATIONS OF SLEEP AND SLEEPING DISORDERS:  
A transversal descriptive survey among a sample of 521 patients in primary care

Soutenu le 25 Novembre 2014 à Toulouse

---

**Objective:** Insomnia is a frequent problem in the population at large. Therapeutic education is a key stage in care. The aim of this survey was to assess patients' representations, their knowledge and behavior relatively sleep and its disorders in order to help educating and promoting rules of sleep hygiene in general practice.

**Methods:** For 3 months we have conducted a transversal descriptive observational survey among a sample of 521 patients in primary care through an inquiry of self-assessment.

**Results:** 46.8% of the patients in the sample assess they have an unsatisfactory quality of sleep. The criterion of the main quality was absence of repetitive awakenings. For 92.5% in the sample sleeping should help regenerating and resting and recovering one's physical and mental capacities. The definition of insomnia given by the sample was very incomplete. None of them mentioned the presence of daytime signals; 33% of the patients were aware of no means of facilitating their sleep and the remaining 66% mastered them partially. What led them to visit a doctor in the first place was: the persistence and recurrence for 43% of them and tiredness, sleepiness and negative consequences on everyday life for 35% of them; 73.7% of them expected advice from the G.P. and 54.5% wished to have a medication (3/4 preferred homeopathy or phytotherapy).

**Conclusion:** Patients resolutely demanding education have coherent though sketchy knowledge of sleep and its disorders

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

**Keywords :** Insomnia – Sleep disorders – Representations – Education – Primary care

---

Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

---

Directeur de thèse : ANÉ, Serge

FABRE Pierre

**ÉVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DU SOMMEIL ET DE SES TROUBLES:**  
Étude descriptive transversale au sein d'une cohorte de 521 patients en soins primaires

Soutenue le 25 Novembre 2014 à Toulouse

---

**Introduction:** L'insomnie est un problème fréquent dans la population générale. L'éducation thérapeutique est une étape clé de la prise en charge. L'objectif de cette étude était d'évaluer les représentations, les connaissances et les attitudes des patients vis à vis du sommeil et de ses troubles afin de faciliter la démarche éducative et la promotion des règles d'hygiène du sommeil en soins primaires.

**Matériels et méthodes:** Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive de type transversale au sein d'une cohorte de 521 patients de médecine générale, sous la forme d'un auto-questionnaire.

**Résultats:** 46,8% de l'échantillon s'est dit insatisfait de la qualité de son sommeil. Le critère de qualité principal retenu était l'absence de réveils répétitifs. Pour la majorité de la cohorte, le sommeil servirait à se régénérer, se reposer et récupérer physiquement et intellectuellement. En comparaison à l'ICSD 2, la définition de l'insomnie donnée par l'échantillon était très incomplète. Aucun n'évoquaient l'accompagnement de signes diurnes. 33% des patients ne connaissaient pas de moyens pour faciliter leur sommeil et les 66% restant les maîtrisaient que partiellement. L'initiation d'une consultation était déclenchée par la persistance du trouble et sa récurrence pour 242 patients, et par la fatigue, la somnolence et le retentissement sur le quotidien pour 200 patients. 384 patients attendaient de leur généraliste des conseils et 284 étaient demandeur d'une prescription de médicaments (dont 3 sur 4 préféraient l'homéopathie ou la phytothérapie).

**Conclusion:** Les patients, résolument demandeur d'éducation, présentaient des connaissances partielles mais relativement cohérentes du sommeil et de ses troubles.

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

**Mots-Clés :** Insomnie – Troubles du sommeil – Représentations – Éducation – Médecine générale

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

---

Directeur de thèse : ANÉ, Serge