

Société Scientifique de Médecine Générale



**Recommandations
de Bonne Pratique**

**INSOMNIE:
RECOMMANDATION
EN PREMIÈRE LIGNE DE SOINS**

Auteurs

Tom Declercq, Roland Rogiers, Hilde Habraken, Jan Michels, An Mariman, Marc De Meyere

Version du 11 juin 2005

SSMG 2006

Participation du patient et évaluation par le médecin

En médecine générale, les recommandations de bonne pratique sont indicatives. Elles soutiennent la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques. Elles fournissent au médecin généraliste un résumé de la conduite la plus pertinente à adopter du point de vue scientifique pour un patient donné, dans la moyenne des cas.

De plus, la participation du patient est à considérer : il est un partenaire actif dans la prise de décisions. C'est pourquoi le médecin et son patient doivent communiquer clairement : la question du patient doit être clarifiée, et le médecin doit donner des informations suffisantes concernant les différentes options. Ainsi, il est possible que le médecin, en collaboration avec son patient, justifie et privilégie un autre choix. Pour des raisons pratiques, dans cette recommandation, nous ne rappellerons pas constamment cet élément énoncé ici explicitement.

Messages-clés¹

1. L'anamnèse permet d'exclure l'insomnie dont les plaintes concernent le sommeil mais sans plaintes diurnes (pseudo-insomnie ou insomnie supposée) et de découvrir les idées et les attentes du patient. Elle sert de point de départ au diagnostic différentiel afin de trouver la cause de l'insomnie.
2. Tout d'abord, l'évocation des causes possibles permet d'exclure une dépression avec tendance suicidaire, une psychose, une intoxication aiguë, une hyperthyroïdie, un syndrome d'apnées du sommeil et une narcolepsie.
3. Les auteurs établissent une distinction entre insomnie aiguë et insomnie chronique. Cette distinction s'avère d'une importance essentielle au niveau du traitement.
4. En première ligne de soins, la politique de traitement de l'insomnie comporte trois étapes. Lors d'une première étape, le médecin soigne la cause de cette insomnie. Lorsqu'il n'existe pas de cause évidente, lorsqu'un traitement étiologique immédiat s'avère impossible ou en cas d'échec de ce traitement étiologique, le médecin envisage une prise en charge non médicamenteuse. Ce n'est que dans les situations très exceptionnelles que le médecin prescrira un sédatif (niveau 1).
5. Les interventions non médicamenteuses préconisées sont l'information adaptée des patients et le contrôle du stimulus (niveau 1). En pratique médicale, ces interventions sont applicables et efficaces (niveau 3).
6. Un sédatif n'est envisagé que pour soulager des symptômes tels que le dysfonctionnement diurne, ou dans les cas exposant le patient à une insomnie aiguë sévère, le menant à une détresse extrême (niveau 3).
7. Comme sédatif, notre choix se porte sur une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire, à la dose la plus faible possible, pendant maximum une semaine (niveau 1).
8. En cas de traitement non médicamenteux, comme en cas de traitement médicamenteux, un suivi est prévu.

¹ Lors des discussions portant sur cette recommandation, à plusieurs reprises, les auteurs ont dû constater que l'attribution de niveaux de preuve aux messages-clés n'était pas disponible. Plus particulièrement, ils ont découvert des problèmes relatifs à l'attribution de niveaux de preuves pour les informations issues des « guidelines ».

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
2. Objectif	5
3. Définitions	5
4. Épidémiologie	8
5. Texte de la recommandation	9
5.1. Diagnostic	9
5.1.1. Anamnèse	9
5.1.2. Examens complémentaires	12
5.1.3. Conclusion	13
5.2. Conduite à tenir: prise en charge de l'insomnie en première ligne	14
5.2.1. La prise en charge non médicamenteuse	15
5.2.2. La prise en charge médicamenteuse de l'insomnie	21
6. Conditions connexes	28
7. Agenda de recherche	28
8. Réalisation	29
9. Annexes	30
Carnet journalier veille/sommeil ⁹⁸	31
Brochure destinée aux patients: les problèmes de sommeil	33

À l'attention des lecteurs de la SSMG

Le groupe « Recommandations de Bonne Pratique » (RBP) de la SSMG vous propose aujourd'hui une recommandation élaborée par un groupe d'auteurs belges néerlandophones. Depuis quelques années, le groupe RBP de la SSMG collabore activement avec ses homologues de Flandre pour le choix des sujets et l'élaboration d'une méthodologie commune.

Afin d'augmenter l'éventail des sujets qui vous sont proposés, toute RBP élaborée en Flandre et à la SSMG est testée et dans des GLEMs et dans des LOKs (GLEMs néerlandophones). Les auteurs tiennent compte des remarques formulées au Nord et au Sud du Pays. Le CEBAM (Centre Belge pour l'« Evidence-Based Medicine ») valide le travail final qui est publié par les deux sociétés scientifiques belges (SSMG et WVVH néerlandophone).

Cette procédure permet à chaque médecin généraliste de profiter de l'ensemble des recommandations qui sont rédigées par les Sociétés Scientifiques de Médecine Générale belges.

Nous vous souhaitons une excellente lecture en espérant que cet outil soit utile pour votre pratique,

Le groupe de travail
des **R**ecommandations de **B**onne **P**ratique
de la SSMG

1. Introduction

Cette recommandation indique la conduite à tenir en première ligne, chez les patients adultes qui consultent leur médecin et se plaignent de leur sommeil. La recommandation se limite aux plaintes de manque de sommeil ou de mauvaise qualité de sommeil. Ces plaintes sont reprises dans le document sous le terme « d'insomnie ». La recommandation ne concerne pas les patients qui sont déjà sous traitement médicamenteux de l'insomnie et pour lesquels un arrêt progressif est à envisager.

2. OBJECTIF²

Les objectifs de cette recommandation sont : explorer cette plainte d'insomnie, grâce à une anamnèse approfondie, afin de parvenir à établir un large diagnostic différentiel ; fournir une information adaptée aux patients ; promouvoir en première ligne le contrôle du stimulus ; limiter la prescription de benzodiazépines à des situations exceptionnelles et soumettre cette prescription à des conditions strictes.

Pour le patient, cette recommandation devra améliorer sa satisfaction quant à son sommeil et à son fonctionnement diurne.

Voici les questions cliniques auxquelles cette recommandation veut apporter une réponse :

1. Quelles sont les étapes et les questions de l'anamnèse ?
2. Quels sont les diagnostics appartenant aux cercles intérieur et extérieur du champ diagnostique ?
3. Quelles sont les étapes de la conduite à suivre ?
4. Quelles sont les interventions non médicamenteuses pouvant être instaurées par le généraliste lui-même ?
5. Quelles sont les interventions non médicamenteuses vers lesquelles le généraliste peut orienter, et à qui peut-il référer le patient ?
6. Dans quelles situations le généraliste peut-il prescrire un sédatif ?
7. Lors de la prescription de sédatif dans l'insomnie, que conseille-t-on concrètement ? Comment se déroule le suivi d'une prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse ?

3. Définitions

L'**insomnie** se définit comme la plainte d'une mauvaise qualité de quantité de sommeil, ayant une influence néfaste sur les fonctionnements diurnes. Un mauvais sommeil peut consister en une difficulté d'endormissement (c'est-à-dire que plus de 30 minutes sont nécessaires pour s'endormir), une difficulté de maintien du sommeil (en cas de réveils nocturnes fréquents) ou des réveils très matinaux³.

² Ces objectifs ont également été mis en évidence dans d'autres recommandations, notamment dans la directive britannique PRODIGY et dans le « Clinical Evidence » (« Décider pour traiter »). La directive PRODIGY et le Standard NHG néerlandais « Insomnie et sédatifs » (NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap : Société Néerlandaise des Généralistes) serviront de référence de base pour cette recommandation.

• Clinical Evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. BMJ Publishing Group. Issue 9. June 2003 ; 1896-1899.

• www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (consulté le 11-07-2005).

• Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 1992 ; 35 : 212-219.

³ Voici la définition de l'insomnie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : l'insomnie est une plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes, telles que : fatigue, somnolence, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration et diminution des prestations.

• Anonymous. Insomnia in general practice. WHO, Division of Mental Health, 1993, Geneva.

L'insomnie est toujours un problème se manifestant sur 24 heures. On parle de pseudo-insomnie ou d'insomnie supposée quand la plupart des plaintes concernent le sommeil, mais que le patient ne présente pas de plainte diurne⁴.

On distingue l'insomnie de courte durée ou insomnie aiguë (c'est-à-dire durant moins de 3 semaines) et l'insomnie de longue durée ou insomnie chronique (c'est-à-dire durant plus de 3 semaines)⁵. Il existe d'autres classifications, basées sur la cause ou la sévérité de l'insomnie. On distingue fréquemment les troubles de l'endormissement et les troubles du maintien du sommeil mais cette distinction n'est pas pertinente concernant le diagnostic et la prise en charge de problèmes liés au sommeil.

L'insomnie primaire est une forme d'insomnie chronique, sans cause sous-jacente évidente.

Dans le traitement des plaintes à propos du sommeil, on applique une technique de thérapie comportementale, le **contrôle du stimulus**. Celle-ci fait référence au principe du conditionnement classique. Le point de départ est un stimulus neutre (le lit par exemple), combiné à une stimulation perçue comme négative (rester éveillé). Après 3 semaines, ce stimulus devient le signe annonciateur d'une situation négative. Le fait de voir le lit, ou de s'y allonger, devient alors un signe prédisant l'insomnie. Le contrôle de stimulus a pour but de rompre ce conditionnement et de rendre au stimulus « lit » sa signification neutre originale. Pour cela, on demande au patient de ne pas rester éveillé dans son lit pendant plus de 20 minutes. Si c'est le cas, il doit alors se lever et quitter sa chambre afin d'accomplir une tâche délassante ou ennuyeuse⁶, mais néanmoins utile. Ce n'est que quand il se sent somnolent, qu'il peut retourner au lit.

Le médecin prodiguera des conseils d'**hygiène du sommeil** à son patient, afin de traiter les facteurs déclenchant ou entretenant des plaintes de sommeil. Dans la littérature et dans la plupart des recommandations, on exprime ces conseils de façon assez semblable.

Classiquement, les conseils d'hygiène du sommeil sont les suivants : toujours se lever et se coucher à la même heure ; éviter une agitation excessive avant le coucher ; avoir de préférence une activité physique en journée ; n'utiliser le lit que pour dormir ou faire l'amour ; éviter le tabac, la caféine, le thé ou les repas lourds avant le coucher ; maintenir une bonne aération et une température agréable ; ne pas faire de sieste en journée. Cependant, il n'existe aucune donnée probante concernant ces différents conseils.

Information des patients ou psycho-éducation : elle comprend toute information fournie par le médecin à son patient au sujet de la nature de son affection (communication du diagnostic), de l'épidémiologie et de l'étiologie de cette affection ; toute explication que le médecin et son patient avancent pour comprendre l'origine de cette plainte ; l'information au sujet des mesures à prendre par le patient, afin de traiter cette affection ou d'en prévenir les rechutes.

4 De plus en plus, le terme « pseudo-insomnie » est remplacé par « insomnie supposée ». Les auteurs ont donc choisi d'utiliser ce nouveau terme dans la recommandation.

5 Classification des troubles du sommeil : en pratique, pour le diagnostic, les classifications de type ICSD-R (International Classification of Sleep Disorders – Revised: Classification Internationale des Troubles du Sommeil – Version Révisée), DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) ou ICD-10 (International Classification of Diseases: Classification Internationale des Maladies), sont peu utilisables puisque les diagnostics utilisés sont surtout étiologiques et descriptifs. Jusqu'à présent, la classification établie comme étant la plus pratique est celle établie par la Conférence de Consensus sur l'Insomnie (tenue en 1983 par l'Institut National de la Santé aux USA), qui classe ces troubles selon la durée des plaintes.

• Knuistingh Neven A., de Jongh T.O.H., Schimsheimer R.J. Slaapklachten in : de Vries H., de Jongh T.O.H., Grundmeijer H.G.L.M. Diagnostiek van alledaagse klachten II, Bohn Stafleu Van Loghem, Houten, 2003.

6 Concernant la nature de l'activité à entreprendre, la littérature ne s'exprime pas de manière univoque. Lors de l'activité délassante, il faut veiller à ce que le patient ne s'endorme pas ailleurs. Il faut également être attentif au fait que cette détente ne devienne pas synonyme de récompense (au fait de ne pas dormir).

La **restriction de sommeil** est une technique de thérapie comportementale réduisant le temps passé au lit par le patient, en retardant le moment du coucher, selon une formule établie. Ensuite, dès l'obtention d'un sommeil à nouveau efficace, le coucher peut à nouveau s'effectuer à un moment plus précoce. On peut calculer l'efficacité du sommeil par l'Index d'Efficacité du Sommeil (IES). On le calcule en divisant le nombre d'heures de sommeil efficace par le nombre d'heures passées au lit et en multipliant le chiffre obtenu par 100.

Dans les grandes lignes, dans un premier temps, cette technique consiste à réduire le nombre d'heures passées au lit au nombre d'heures de sommeil efficace. Ensuite, dès l'obtention d'une efficacité de sommeil suffisante (dans la littérature, on mentionne un IES de 80 à 90), on avance progressivement l'heure du coucher, par intervalles de 15 minutes.

La **technique de relaxation** tente d'obtenir un état de détente mentale et physique du patient, selon certaines instructions, basées sur une alternance de contraction/relâchement des muscles et/ou sur l'autosuggestion. Jusqu'à présent, les études n'ont pu montrer de réelle différence d'efficacité entre les diverses techniques de relaxation.

La **TCC ou CBT** (Thérapie Comportementale Cognitive, ou «Cognitive Behavior Therapy») est un modèle de psychothérapie prenant pour point de départ la prise en charge des plaintes. Ceci implique qu'au niveau du traitement de l'insomnie, on s'attache essentiellement aux idées que se fait le patient du sommeil, de ses troubles du sommeil et des idées qui concernent la prise en charge même de ce trouble du sommeil. En outre, on examinera aussi comment le patient peut gérer son trouble du sommeil : par exemple, s'il ne parvient pas à s'endormir, on lui conseillera de quitter le lit après 20 minutes et de faire autre chose (voir aussi le «contrôle de stimulus») ou on lui conseillera, par exemple, de pratiquer des exercices de relaxation avant d'aller au lit.

Ainsi, la thérapie comportementale cognitive tente de modifier les idées fausses et les habitudes, qui contribue à entretenir une instabilité émotionnelle et les troubles du sommeil.

Conduite de la consultation : Actuellement, au sujet de la conduite d'une consultation médicale, il existe un consensus basé sur des recherches structurées. Le modèle de Silverman, Kurtz et Draper ⁷ est le plus courant.

WASO (Wake time after sleep onset, Temps de Veille Après le Sommeil) : temps durant lequel le patient reste éveillé après s'être endormi. Par exemple, si le patient s'endort après 20 minutes, mais que plus tard, il se réveille dans la nuit et reste éveillé pendant 80 minutes, le WASO est de 80 minutes.

⁷ Silverman J, Kurtz S, Draper J, (2000): Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Lemma, Utrecht.

4. Épidémiologie

En Belgique, lors de l'enquête de santé réalisée en 2001, une personne sur 5 (20 %), de 15 ans ou plus, mentionnait des problèmes récents liés au sommeil⁸.

Les personnes âgées surtout souffrent d'un mauvais sommeil. Les problèmes liés au sommeil augmentent avec l'âge, le fait d'être une femme, l'appartenance à une classe socio-économique défavorisée et chez les patients souffrant d'affections chroniques, somatiques ou psychiatriques. Les plaintes d'insomnie sont plus fréquentes chez les personnes divorcées, chez les veuves ou les veufs et chez les personnes vivant seules que chez les personnes mariées.

L'insomnie est plus fréquente en période de stress⁹.

Parmi les personnes souffrant de problèmes liés au sommeil, 10 à 20 % seulement consultent leur médecin généraliste¹⁰.

L'impact de l'insomnie au niveau de la population est peu connu. Cependant, on sait que l'insomnie de longue durée est liée à une fréquence accrue d'accidents de la route, d'accidents de travail, de chutes à répétition et à des problèmes psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété, la démence et les problèmes de dépendance (comme la dépendance à l'alcool), menant à une mortalité accrue¹¹.

L'utilisation chronique de benzodiazépines, en Belgique, constitue un autre point d'attention¹².

Dans le contexte belge, en plus d'une consommation importante par rapport aux pays voisins, il est également inquiétant de constater que les consommateurs de benzodiazépines sont surtout les personnes âgées, présentant justement une sensibilité accrue aux éventuels effets indésirables. De plus, parmi les adultes utilisant les benzodiazépines, il semble que la moitié en font une consommation (presque) quotidienne et de longue durée (plus de 6 semaines)¹³.

Le généraliste joue un rôle essentiel, tant au niveau du diagnostic qu'au niveau de la prise en charge du problème d'insomnie. Ce rôle implique, de la part du généraliste, qu'il possède les connaissances suffisantes au sujet du processus du sommeil, et qu'il prenne les problèmes de son patient au sérieux¹⁴. De même, le généraliste intervient à différents niveaux de soins pour améliorer le soutien psychologique et social des patients, afin de limiter le besoin de recourir aux sédatifs pour soulager les symptômes.

Il est important que la prise en charge du médecin généraliste et celle du spécialiste hospitalier soient similaires¹⁵.

8 Enquête de santé, par interview, Belgique, 2001 <http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/nl/index.htm>. Dans le résumé, en page 12 (dernière consultation le 11 juillet 2005).

9 Anonymous. *Insomnia in general practice*. WHO, Division of Mental Health, 1993, Geneva.

10 Swinkels H. Huisarts en patiënt in cijfers. Enkele gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS. *Huisarts Wet* 1990; 33: 504-510.

11 Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997; 278: 1647-1649

• Shapiro CM, Dement WC. ABC of sleep disorders. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993; 306: 1604-1607.

• Metlaine A, Leger D, Choudat D. Socioeconomic Impact of Insomnia in Working Populations. *Industrial Health* 2005, 43, 11-19.

Selon le «Oxford Companion Handbook of General Practice» (Manuel de Pratique Générale d'Oxford), la fatigue est responsable de 10 % des accidents de la route (impliquant des véhicules motorisés).

• Simon C, Everitt H, Birtwistle J, et al. *Oxford Companion Handbook of General Practice*. Oxford University Press, 2002, Oxford.

12 Dans les années 80 déjà, on prescrivait en Belgique cinq fois plus de benzodiazépines par habitant qu'en Grande-Bretagne et trois fois plus qu'aux Pays-Bas. Ce n'est qu'en France qu'on constatait une consommation supérieure. Les chiffres de vente récents indiquent qu'en Belgique, la vente de benzodiazépines s'est encore accrue depuis lors.

Pour plus d'informations au sujet de cette problématique d'utilisation chronique de sédatifs, les auteurs font référence à un numéro thématique des *Folia Pharmacotherapeutica* (octobre 2002, utilisation rationnelle des benzodiazépines), où l'on aborde, entre autres, le schéma de sevrage en cas d'utilisation chronique.

• Anonyme. Utilisation rationnelle des benzodiazépines. *Folia Pharmacotherapeutica*. Octobre 2002.

• Balter MB, Manheimer DI, Mellinger GD, Uhlenhuth EH. A cross-national comparison of anti-anxiety/sedative drug use. *Curr Med Res Opin* 1984; 8 (suppl 4): 5.

13 Habraken H, Blondeel L, Soenen K. Determinants of chronic continuous use of benzodiazepines in the Belgian province of East-Flanders. *Arch Publ Health* 1995; 53: 373-384.

14 Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk. Taakgroep Taak en Functie. Afdeling Kwaliteitsbevordering WVVH. Berchem, 2001.

15 Petrovic M. Use and discontinuation of hypnotosedative medications in geriatric inpatients. PhD thesis. Ghent University, 2002, p. 135.

5. Texte de la recommandation

5.1. DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'insomnie se base sur l'anamnèse et, si nécessaire, sur un examen clinique limité¹⁶.

5.1.1. Anamnèse

L'anamnèse se déroule en trois étapes. Au total, le généraliste posera onze questions.

1. Étape 1

Le généraliste tente de préciser la plainte d'insomnie. Il établit s'il s'agit d'**insomnie réelle** ou d'**insomnie supposée**.

Question 1 : Quel est le cycle veille sommeil du patient ?

Grâce à cette question, le généraliste précise quelle est la durée d'endormissement du patient, s'il se réveille la nuit, et si oui, à quelle fréquence, quelle est la durée moyenne d'une nuit, et ainsi de suite.

Ici, les idées personnelles du patient au sujet de son sommeil peuvent également entrer en ligne de compte.

Question 2 : Cette insomnie a-t-elle des conséquences sur le fonctionnement diurne du patient ?

Grâce à cette question, le généraliste sait s'il s'agit d'insomnie réelle ou d'insomnie supposée. De même, à ce niveau, le médecin évalue pour la première fois la gravité du problème : le patient ressent-il cette insomnie comme invalidante pour son fonctionnement diurne ?

2. Étape 2

Une fois posé le diagnostic d'insomnie, le médecin explore les idées et attentes du patient quant à son insomnie. Il procède à une **anamnèse du sommeil**, ayant pour but de préciser davantage cette plainte (clarification des questions).

Question 3 : Le patient lui-même a-t-il une idée de la cause de son insomnie ?

La réponse à la question « Avez-vous vous-même une idée de ce qui vous fait mal dormir ? » livre une information importante. Premièrement apparaissent les facteurs de stress potentiels que le patient lui-même peut mentionner. La prise en charge de la problématique induisant le stress peut s'avérer importante pour réduire la tension. En outre, il importe que le généraliste et le patient lui-même gardent à l'esprit l'existence possible d'un certain nombre de facteurs entretenant ces plaintes de sommeil (par exemple, le conditionnement). Un inventaire des idées du patient donne également au généraliste une indication concernant les connaissances générales du patient au sujet des troubles du sommeil et de sa plainte en particulier. Il donne également une indication concernant les idées fausses éventuelles, à corriger ultérieurement par le généraliste.

Question 4 : Quelles sont les attentes du patient concernant la prise en charge de l'insomnie ?

Grâce à cette question, le généraliste sonde les attentes du patient, cachées ou non, par rapport au traitement. Il est possible que le patient établisse un rapport entre ses plaintes et des soucis dont il est conscient. Il en déduit ainsi que ses plaintes représentent la conséquence inévitable de cette problématique, qui est au centre de ses préoccupations et pour laquelle il demande principalement de l'attention. Il est également possible que le patient ait déjà lui-même une idée concernant l'une ou l'autre thérapie alternative (thé calmant, bourgeons de fleurs de Bach ou yoga par exemple) mais qu'il souhaite l'avis du médecin à ce sujet. Il se peut aussi que le patient soit déjà décidé à demander une prescription de sédatif.

¹⁶ Vu l'importance de la conduite à tenir, nous accordons une grande attention au diagnostic du problème d'insomnie. L'objectif est de prendre en considération en une consultation tant le diagnostic que la conduite à suivre. Davantage de temps est parfois nécessaire. Dans un second temps, un carnet journalier veille sommeil peut s'avérer utile pour objectiver davantage la plainte d'insomnie (par exemple, pour associer une expérience subjective de mauvais sommeil à des observations objectives, telles que le nombre de réveils). En annexe, un exemple d'un tel carnet est fourni.

Question 5: Depuis combien de temps dure cette insomnie ? Qu'est-ce que le patient a déjà lui-même tenté pour s'en débarrasser ?

On distingue l'insomnie de courte durée (c'est-à-dire de moins de 3 semaines) de l'insomnie de longue durée (c.-à-d. de plus de 3 semaines)¹⁷.

L'élaboration du champ diagnostique (voir figure 1 : hypothèses de travail)

En tenant compte des idées du patient concernant la cause de son insomnie, le généraliste établit un **diagnostic différentiel**¹⁸. Celui-ci prend en compte les affections somatiques et psychiatriques, les problèmes psychosociaux, les intoxications et les causes iatrogènes ainsi que les perturbations du rythme nyctéméral et les troubles du sommeil plus rares¹⁹⁻²⁰. On parle d'insomnie primaire lorsqu'aucune cause ne peut être clairement confirmée.

Ces causes sont reprises dans les cercles interne et externe du champ diagnostique. Dans le cercle interne, on cite les affections sévères ou potentiellement fatales, mais traitables, telles que : le syndrome d'apnées du sommeil, la narcolepsie, la dépression avec tendance suicidaire, la psychose (éventuellement comme signe premier d'un tableau maniaque), l'intoxication sévère aiguë (iatrogène, secondaire à l'alcool ou à des drogues illicites) et l'hyperthyroïdie. Dans le cercle externe, on cite les autres affections à prendre en considération. L'insomnie primaire fait également partie de ce cercle externe²¹.

3. ÉTAPE 3: Test des hypothèses du champ diagnostique

En partant d'un diagnostic différentiel suffisamment large, l'anamnèse ciblée et si nécessaire, l'examen clinique orienté, vont permettre au généraliste d'exclure les causes traitables et potentiellement fatales — qui sont les hypothèses du cercle interne — celles-ci étant moins fréquentes.

Après avoir exclu les causes du cercle interne, on vérifie les hypothèses de travail du cercle externe — y compris l'insomnie primaire — par ordre décroissant de probabilité en médecine générale.

La vérification des hypothèses de travail de ce cercle externe s'effectue grâce aux six questions suivantes.

17 En pratique médicale, la classification différenciant l'insomnie courte ou aiguë (c'est-à-dire durant moins de 3 semaines) de l'insomnie longue ou chronique (c'est-à-dire durant plus de 3 semaines) semble être un instrument de travail utilisable.

• Eijkelenboom PR, Springer MP, Dekker FN. Het Leidse slaapprotocol. De bruikbaarheid in de huisartspraktijk van een protocol voor de diagnostiek en behandeling van slaapklachten. Huisarts Wet 1992; 35: 465-469.

On utilise cette limite des trois semaines pour plusieurs raisons. Le conditionnement (le processus selon lequel le lit devient un signe annonciateur d'insomnie) apparaît après environ trois semaines. Ce conditionnement entretient le problème de sommeil, même si le problème d'origine est résolu. De plus, si l'insomnie de longue durée s'associe à une consommation de sédatifs, en plus de ce phénomène de conditionnement, on constate également un phénomène de dépendance physique et/ou psychique lié à cette consommation. Ceci rend l'approche particulièrement difficile.

Note: selon les modèles récents de conduite de consultation, on précise que la première phase de consultation permet surtout d'identifier les raisons pour lesquelles le patient entre en contact avec son médecin. Elle permet également, selon les plaintes, d'identifier les idées, attentes et préoccupations du patient.

• Silverman J, Kurtz S, Draper J. (2000): Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Lemma, Utrecht.

18 Esquisser un paysage diagnostique a pour objectif d'éviter de se centrer sur un diagnostic unique et d'exclure d'emblée les causes sérieuses mais plus rares (faisant partie du cercle intérieur).

19 Dans son « Guidelines for the Rational Use of Benzodiazépines », la psychiatre britannique Ashton (qui jouit d'une réputation mondiale concernant ses connaissances au sujet des benzodiazépines) définit les causes possibles d'insomnie selon les cinq « P »: Physique, Psychiatrique, Psychosociale, Physiologique et Pharmacologique.

• Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs 1994; 48: 25-40.

• Voir également : www.benzo.org.uk (consulté le 11 juillet 2005).

20 Parmi tous les troubles respiratoires liés au sommeil, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS) est le plus connu. La plupart du temps, un patient souffrant du SAS ne présente pas de plainte d'insomnie. Cependant, il ressent une somnolence diurne invalidante. Des céphalées matinales surviennent également. À l'avant-plan, le ronflement profond est typique (hétéroanamnèse). La plupart du temps, le patient présente un excès pondéral et de l'hypertension.

• Clinical Evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. BMJ Publishing Group. 2004.

La narcolepsie est une affection rare, mais invalidante. Elle est associée à des plaintes d'insomnie et de somnolence diurne, à des crises de cataplexie (c'est-à-dire des crises de paralysie temporaire, déclenchées par exemple par l'émotion), à des hallucinations hypnagogiques et à une paralysie du sommeil.

21 Les causes reprises dans le cercle central sont sérieuses et à traiter. Elles font partie du cercle central indépendamment de leur fréquence d'apparition, elles doivent pouvoir être exclues en un délai donné et concernent les maladies proprement dites et non leurs complications possibles. Dans le cercle extérieur en revanche, on tient compte de leur fréquence d'apparition. Huisarts Nu 2004; 33 (3): 126.

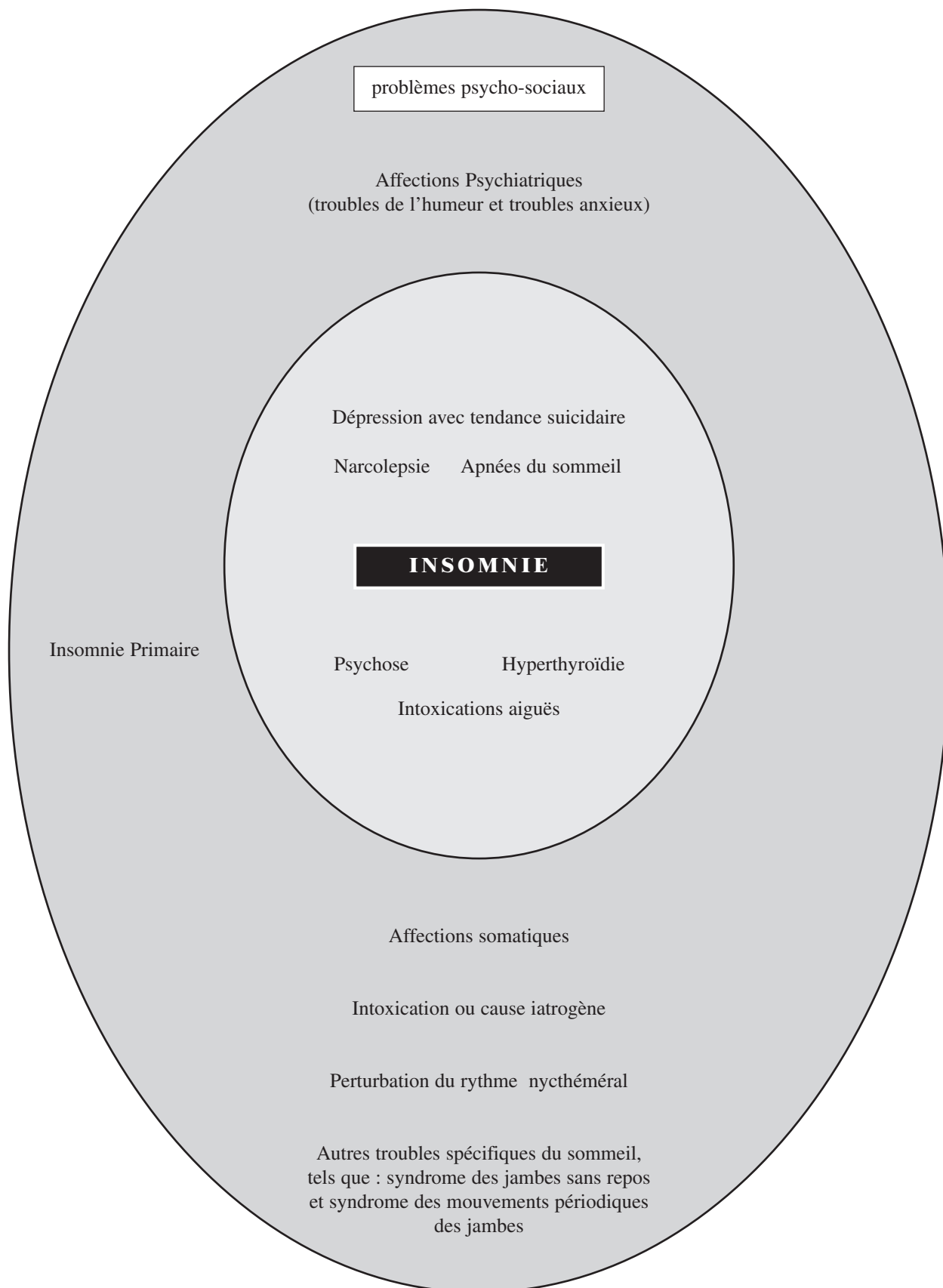


Figure 1 : Hypothèses de travail du diagnostic différentiel

Question 6 : Dans les semaines précédentes, y a-t-il eu des changements importants dans la vie du patient, ou y a-t-il eu des événements susceptibles de le tracasser ?

Grâce à cette question, le généraliste explore les **problèmes psychosociaux** tels que deuil, conflit, stress, ... Ceux-ci peuvent causer des tracas, une impossibilité de se détendre ainsi que des difficultés d'endormissement²². En première ligne, ces problèmes représentent les causes les plus fréquentes d'insomnie²³.

Question 7 : Durant les dernières semaines, le patient a-t-il souffert de changements d'humeur ou d'angoisse ?²⁴

Grâce à cette question, le généraliste aborde le groupe des **affections psychiatriques** possibles dont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. La dépression est notamment une affection psychiatrique importante pouvant être associée à un mauvais sommeil²⁵.

Question 8 : À part l'insomnie, existe-t-il d'autres plaintes physiques ?

Grâce à cette question, le généraliste explore les symptômes physiques ou les **affections somatiques chroniques**²⁶.

Question 9 : Quelles sont les conditions générales de vie et de travail du patient ?

Grâce à cette question, le généraliste parvient à déceler une **perturbation du rythme nyctéméral**. En général, les causes de cette perturbation sont : un décalage du rythme par travail à horaire décalé, des hospitalisations, une mauvaise hygiène du sommeil (comme un environnement bruyant)²⁷.

22 Si la problématique psychosociale existe déjà depuis longtemps (comme par exemple, en cas de problèmes relationnels de longue durée), le généraliste doit alors s'interroger sur les bouleversements récents éventuels. Parfois, les problèmes psychosociaux sont déjà résolus, mais la plainte de sommeil persiste, à cause du phénomène de conditionnement.

23 Dans tous ces cas, plus le problème d'insomnie existe depuis longtemps, plus il est probable que le conditionnement contribue à l'insomnie. De plus, en cas d'insomnie prolongée, plusieurs causes peuvent être impliquées. Ainsi, la découverte d'un facteur perturbant le sommeil peut parfois entraîner la mise à jour d'autres causes supplémentaires (problème de la multicausalité).

24 Concernant l'insomnie de longue durée, les affections psychiatriques sont responsables de moins de la moitié des cas. L'insomnie peut représenter une cause associée, une conséquence ou un symptôme de l'affection psychiatrique.

- Anonymous. Insomnia in general practice. WHO, Division of Mental Health, 1993, Geneva.
- Lamberg L, Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. JAMA 1997; 278: 1647-1649.
- Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. NEJM 1997; 336: 341-346.

25 L'insomnie peut représenter un prodrome de la dépression. En cas de dépression, les troubles du sommeil se caractérisent par un réveil trop matinal. Les patients dépressifs peuvent également souffrir de troubles d'endormissement, de réveils fréquents et d'hypersomnolence. Contrairement à la plupart d'autres situations impliquant l'insomnie, la fatigue ressentie par le patient dépressif n'augmente pas en cours de journée, mais diminue. Finalement, en cas d'insomnie associée à d'autres plaintes (parfois vagues), il faut également envisager une dépression sous-jacente.

Le diagnostic de dépression sort du cadre de cette recommandation. Cependant, en cas de dépression, les problèmes de sommeil constituent un facteur de risque de suicide. C'est pourquoi, en cas d'association d'insomnie et de dépression, le médecin doit s'informer de la présence d'éventuelles pensées suicidaires : "Vous arrive-t-il de penser qu'il serait préférable de ne plus vous réveiller?". En cas de réponse positive : "Pensez-vous parfois mettre fin à vos jours?".

Concernant la relation entre l'insomnie et l'augmentation de tendance suicidaire, nous vous renvoyons à :

- van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, van Tilburg W. Huisarts en depressie. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1993.

26 Les symptômes physiques éventuels sont : douleur, prurit, soif, pyrosis, toux, nycturie, dyspnée, obstruction nasale, sueurs nocturnes et palpitations cardiaques. Les affections somatiques chroniques possibles sont : l'hyperthyroïdie, la BPCO et l'asthme, l'insuffisance cardiaque congestive, l'angine de poitrine, l'insuffisance vasculaire artérielle périphérique, l'hypertrophie de la prostate, le reflux gastro-œsophagien (RGO) et l'ostéoartrrose. Les symptômes de périménopause (tels que les bouffées de chaleur) peuvent également perturber le sommeil. Il existe un certain nombre d'affections somatiques s'aggravant la nuit : dans ce cas, sont mises en cause l'influence du sommeil sur ces affections, l'influence circadienne (comme dans l'asthme) ou l'influence du décubitus (comme dans le RGO).

27 En cas de perturbation du rythme circadien, l'effet produit ne se limite pas seulement au moment de cette perturbation mais peut persister pendant de nombreuses années. Par exemple, même 10 ans plus tard, les personnes ayant travaillé à pause variable présentent un sommeil plus perturbé que les personnes n'ayant jamais travaillé selon cet horaire.

- Shapiro CM, Dement WC. ABC of sleep disorders. Impact and epidemiology of sleep disorders. BMJ 1993; 306: 1604-1607.
- Dans 11 % des cas d'insomnie de longue durée, on détermine une cause physiologique.
- Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. JAMA 1997; 278: 1647-1649.

Question 10 : Le patient consomme-t-il des excitants (alcool, café, tabac...) et/ou des médicaments ?

Grâce à cette question, le médecin tente de dépister les excitants et médicaments utilisés²⁸.

- Dès la consommation de plus d'un verre, l'alcool perturbe la structure du sommeil. Il est une cause fréquente de réveil trop matinal.
- La caféine et la nicotine exercent une action centrale stimulante et affectent surtout l'endormissement.
- Les psychotropes (stimulants ou sédatifs) et les drogues illicites peuvent nuire au sommeil.
- Les β -bloquants lipophiles passent à travers la barrière hémato-encéphalique et peuvent occasionner des cauchemars.
- Les anorexigènes, les hormones thyroïdiennes, les β -mimétiques, les diurétiques, les corticostéroïdes et la réserpine influencent également le sommeil.

Question 11 : Y a-t-il des plaintes spécifiques à des affections de sommeil typiques ?

Grâce à cette question, le généraliste établit le diagnostic du **syndrome de jambes sans repos (RLS)** ou du **syndrome des mouvements périodiques des jambes (PLMS)**, par exemple. Ces syndromes représentent de réelles affections du sommeil. Vu leur caractère invalidant et la nécessité d'un traitement spécifique, il faut pouvoir reconnaître ces affections²⁹.

Lorsqu'on a exclu les causes du cercle interne et qu'aucune autre cause du cercle externe n'a pu être établie, le généraliste pose le diagnostic d'**insomnie primaire**.

5.1.2. Examens complémentaires

Ce n'est qu'après avoir accompli une anamnèse complète que le généraliste procédera à l'examen clinique³⁰. Selon la cause probable, cet examen comprendra une prise de la pression artérielle, du pouls ou la palpation de la glande thyroïde.

Parfois, les résultats de l'anamnèse et/ou de l'examen clinique nécessiteront des **examens techniques** complémentaires, tels qu'une prise de sang, avec une détermination de TSH en cas de suspicion de dysthyroïdie.

En cas de suspicion d'apnées du sommeil, de narcolepsie, ou de RLS et PLMS, un avis spécialisé est judicieux. Un examen polysomnographique permet alors d'objectiver une suspicion de perturbation du sommeil.

5.1.3. ??? Conclusion

Grâce aux onze questions de l'anamnèse, le généraliste sait que les plaintes évoquées par le patient correspondent bien à de l'insomnie et non à une insomnie supposée (pseudo-insomnie). Il sait également si le problème dure depuis plus de 3 semaines et ce que le patient a tenté lui-même pour s'en débarrasser. Il connaît également les idées et les attentes du patient au sujet de la prise en charge des problèmes du sommeil. Pour découvrir la cause de l'insomnie, le généraliste a passé en revue les éléments des cercles interne et externe du champ diagnostique. La plupart du temps, l'insomnie trouve son origine dans un problème psychosocial. En cas d'insomnie de longue durée, environ 1 cas sur 4 correspond à une insomnie primaire. Un examen clinique ciblé et un examen technique limité éventuel mènent au diagnostic final.

28 Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. NEJM 1997; 336: 341-346.

29 Deux exemples de troubles du mouvement associés au sommeil sont : le syndrome des mouvements périodiques des jambes, observé pendant le sommeil des personnes âgées, et le syndrome des jambes sans repos.

À eux deux, ces troubles du mouvement représentent 10 % des cas d'insomnie de cause connue. La prévalence de ces affections augmente chez les personnes âgées. Ces troubles peuvent également être la conséquence de la consommation de médicaments (effet secondaire des antidépresseurs).

Le généraliste peut établir le diagnostic du syndrome des jambes sans repos, sur base des 4 caractéristiques suivantes : sensations désagréables dans les jambes, augmentation de ces troubles au repos, diminution de ceux-ci au mouvement, présence d'un rythme circadien (aggravation le soir). Pour établir le diagnostic du syndrome de mouvements périodiques des jambes, une hétéroanamnèse est nécessaire, car souvent, le patient lui-même ne ressent qu'une somnolence diurne.

• Handboek slaap en slaapproblemen. Van Bommel AL, Beersma DGM, de Groen JHM et al. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001, p. 109.

• Walters A. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The international restless legs syndrome study group. Mov Disorder 1995; 10 (5) : 634-642.

• Lamberg, Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. JAMA 1997; 278 : 1647-1649.

30 <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005).

5.2. CONDUITE À TENIR : PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE EN PREMIÈRE LIGNE

Lors de la prise en charge de l'insomnie, le généraliste suivra un **plan en trois étapes** (voir aussi l'arbre décisionnel)³¹.

Étape 1 : Toujours tenter une prise en charge étiologique.

La prise en charge de l'affection sous-jacente (causale) sort du cadre de cette recommandation.

Étape 2 : Lorsqu'aucune cause étiologique ne peut être clairement déterminée (= insomnie primaire), lorsque la prise en charge étiologique échoue ou qu'elle n'est pas (immédiatement) applicable, le généraliste opte pour une **prise en charge non médicamenteuse**³².

Étape 3 : Le généraliste n'envisagera une **prise en charge médicamenteuse** qu'en cas de circonstances exceptionnelles³³.

31 Il faut considérer la problématique de l'insomnie comme faisant partie d'un état médical et social complexe. Par conséquent, lors de la prise en charge thérapeutique, il faut tenir compte de la personnalité, des psychopathologies actuelles et passées, de l'utilisation antérieure de benzodiazépines et du statut socio-économique.

- Tyrer P. Risk of dependence on benzodiazepine drugs: the importance of patients selection. *BMJ* 1989; 298: 102-104.
- Wittchen HU, Perkonig A, Reed V. Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *Eur Addict Res* 1996; 2: 36-47.
- Petrovic M, Vandierendonck, Mariman et al. Personality traits and socio-economical status of hospitalised elderly benzodiazepine users. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 733-738.

32 La thérapie comportementale cognitive a, selon une étude randomisée, au moins autant d'efficacité et parfois même sur une plus longue durée que l'utilisation d'hypnotiques chez des patients motivés atteints d'insomnie chronique. Chez les patients plus âgés aussi, la thérapie comportementale semble une alternative réalisable. Les résultats d'études disponibles ne plaident pas en faveur de la combinaison de la thérapie comportementale et de la médication contre l'insomnie.

Une étude compare la thérapie comportementale (relaxation et contrôle de stimulus) avec l'administration quotidienne de TRIAZOLAM® pendant 7 jours, suivie d'un arrêt progressif s'étalant sur 7 jours chez 30 patients âgés de 19 à 45 ans présentant un trouble d'endormissement (McClusky 1991). Le TRIAZOLAM® présente un meilleur effet immédiat sur l'endormissement alors que la thérapie comportementale ne produit son effet qu'à partir de la deuxième semaine.

- McClusky HY, Milby JB, Switzer PK, Williams V, Wooten W. Efficacy of behavioural versus TRIAZOLAM® treatment in persistent sleep onset insomnia. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 121-126.

Une étude évalue l'efficacité de la thérapie comportementale cognitive (restriction de sommeil, contrôle de stimulus, thérapie cognitive, éducation et hygiène du sommeil) à long terme (2 ans) chez 78 personnes de plus de 55 ans. Tant la thérapie comportementale cognitive (TCC) que l'administration d'une benzodiazépine au moins deux fois par semaine produisent une amélioration d'emblée. Seule la TCC maintient cette amélioration à long terme. La combinaison de la TCC et d'une benzodiazépine donne au départ de meilleurs résultats que chaque thérapie isolée mais cet avantage ne se maintient pas à terme.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991-9.

Une étude menée auprès de 26 patients constate que l'effet de la thérapie comportementale (hygiène de sommeil, relaxation, éventuellement thérapie de soutien et thérapie cognitive) n'augmente pas avec la prise occasionnelle de TRIAZOLAM® (au maximum une fois par semaine), ni à court ni à long terme.

- Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomnia? *Sleep* 1997; 20: 1111-1118.

Une étude menée auprès de 63 patients ayant un trouble de l'endormissement compare un traitement au ZOLPIDEM® de quatre semaines et suivi d'un arrêt progressif s'étalant sur 4 semaines, avec une thérapie comportementale cognitive (composante cognitive, composantes comportementales, relaxation, éducation), versus combinaison de ZOLPIDEM® et de TCC, et versus médication-placebo (Jacobs 2004). Pendant le traitement, il s'avère que la TCC, que ce soit en monothérapie ou en combinaison avec du ZOLPIDEM®, est plus efficace que le ZOLPIDEM® ou le placebo seuls. En outre, la TCC en monothérapie s'avère pour le moins aussi efficace et, pour certains résultats, fonctionner même mieux que la thérapie en combinaison. À l'arrêt de la thérapie au ZOLPIDEM®, l'insomnie empire à nouveau jusqu'au niveau qu'elle avait avant le traitement. Avec la thérapie comportementale, en revanche, l'effet se maintient. Après l'arrêt de la thérapie combinée, on observe aussi un recul du bénéfice obtenu précédemment.

- Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1888-1896.

33 Ainsi, dans le traitement de l'insomnie, on considère les sédatifs comme étant le dernier choix, après la mise en évidence et le traitement de toutes les causes sous-jacentes éventuelles.

- British National Formulary. 44th edition, London: British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

5.2.1. La prise en charge non médicamenteuse

Lors de la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, on peut distinguer **trois interventions**. La première consiste en l'information ciblée des patients si indiqué, cette information est suivie par la deuxième intervention, à savoir de ses conseils ciblés concernant le sommeil (= hygiène du sommeil) avec un contrôle du stimulus. Pour ces deux interventions, un suivi est planifié. En cas de plaintes persistantes, on orientera vers un thérapeute spécialisé ou vers un laboratoire du sommeil (= troisième intervention).

1) Information du patient (ou psycho-éducation)

Pour l'instant, dans le domaine de l'insomnie, la recherche n'a pas encore confirmé l'efficacité de la psycho-éducation de manière univoque³⁴. On admet cependant que les patients ont besoin de et droit à une information surtout si l'on choisit d'impliquer ce patient dans le processus décisionnel (prise de décision partagée). L'objectif de l'éducation du patient est de corriger ses idées fausses éventuelles au sujet du sommeil, des troubles du sommeil et de leur prise en charge³⁵.

Dès que le médecin dispose d'une bonne vision des conceptions du patient, il peut utiliser de façon optimale cette information³⁶.

Voici une dizaine de points pouvant entrer en ligne de compte :

1. Structure du sommeil³⁷.
2. Importance des quatre premières heures de sommeil (vu la structure du sommeil).
3. Influence de l'âge sur la structure du sommeil³⁸.

34 Au sujet de l'efficacité de l'éducation du patient, les résultats varient fortement selon les plaintes pour lesquelles on a évalué cette intervention.

- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R 2000 Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* CD000011,
- Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 : CD001488.
- Mayou RA, Thompson DR, Clements A, Davies CH, Goodwin SJ, Normington K, Hicks N, Price J. Guideline-based early rehabilitation after myocardial infarction. A pragmatic randomised controlled trial *J Psychosom Res* 2002; 52 (2): 89-95.
- Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002. CD 003688.

35 Dans l'approche des problèmes de sommeil, afin de pouvoir fournir des conseils efficaces et ciblés, il est utile de passer en revue, avec le patient, ses idées, ses soucis et ses attentes par rapport à ses plaintes. Cette démarche peut mener à une vision commune, au sujet de ce que sont ou non ses plaintes de sommeil et de leur traitement.

36 En examinant les brochures destinées aux patients, on constate également que l'information présente souvent un certain nombre de lacunes. Différentes recommandations, pour l'élaboration de brochures, peuvent probablement être appliquées à l'information orale (Coulter, 1999), notamment :

- Utilisez les questions du patient comme point de départ ;
 - Accordez de l'attention aux idées fausses ;
 - Faites référence à toutes les options de traitement pertinentes ;
 - Veillez à fournir une information honnête, au sujet des risques et des opportunités ;
 - Veillez à inclure une information quantitative, si possible ;
 - Fournissez au patient les moyens de trouver de l'information supplémentaire ;
 - N'utilisez pas un langage alarmant et paternaliste ;
 - Incitez le patient à participer à la réflexion, à noter les questions qu'il se pose entre les sessions.
- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D, 1999: Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318: 318-322

37 Information concernant la structure normale du sommeil :

Le sommeil normal est constitué de 4 à 6 cycles. Un cycle consiste en 4 phases :

Phase 1 : phase d'endormissement : transition de l'état d'éveil au sommeil. Le dormeur se prépare, le sommeil correspond en fait à un état suivant la détente.

Phase 2 : après environ 15 minutes, un sommeil léger se développe.

Phases 3 et 4 : après environ 30 minutes, le sommeil devient plus profond : phase de sommeil profond. Le dormeur est difficile à réveiller.

Fonction : phase nécessaire à la récupération corporelle.

Progressivement, le sommeil devient moins profond. Il passe ensuite en phase de sommeil REM (ainsi dénommé, en raison des mouvements oculaires rapides caractérisant cette phase). Il dure environ 10 minutes, et on le nomme également « sommeil des rêves ». Pendant cette période, il existe une forte activité cérébrale. Cette phase est nécessaire à la récupération psychologique. En début de nuit, on observe une grande quantité de sommeil profond, et plutôt peu de sommeil REM. Plus tard dans la nuit, à partir du troisième cycle, ce modèle se modifie à l'avantage du sommeil REM.

38 Les besoins en sommeil varient selon la période de vie. Les bébés dorment la plus grande partie de la journée. Chez les personnes âgées, le besoin de sommeil diminue (environ 6 heures)

4. Le nombre d'heures de sommeil nécessaires et les variations individuelles. La plupart des patients connaissent l'existence du phénomène des petits et grands dormeurs. Cependant, des idées fausses au sujet de ce nombre d'heures de sommeil nécessaires règnent encore. Un certain nombre de patients redoutent (et dramatisent) les conséquences d'une nuit courte : ils estiment qu'il faut dormir au moins 8 à 9 heures par nuit et ignorent que le besoin de sommeil diminue avec l'âge.
5. Le sommeil est le reflet du fonctionnement diurne³⁹.
6. Le sommeil est l'état de transition normal suivant la détente.
Il correspond à une forme plus profonde de calme, spontanément consécutive à la détente. Ainsi, il est crucial d'abandonner l'idée du patient qui s'attend à réapprendre à dormir. Il faut communiquer au patient que l'essentiel est qu'il apprenne à se détendre, et que le sommeil surviendra alors spontanément. Ceci revient donc à préconiser la détente (physiologique et psychologique).
7. Place de la médication dans le traitement de l'insomnie⁴⁰ et effet de cette médication ou de l'alcool sur le sommeil⁴¹.
8. Prévalence de l'insomnie.
9. Importance du conditionnement⁴².
10. Processus mentaux causant également l'apparition d'un cercle vicieux⁴³.

2) hygiène du sommeil et contrôle du stimulus

Si cette information ne suffit pas, le médecin peut décider, avec l'accord de son patient, de prescrire (et pour le patient d'appliquer) l'hygiène du sommeil combinée à un programme de contrôle du stimulus⁴⁴.

Pour chaque patient, avant de donner des conseils, le généraliste passera en revue ce que le patient a appris par d'autres, et ce qu'il a lui-même tenté. On suggère que les tentatives infructueuses renforcent une manière de penser négative et sabotent les initiatives suivantes potentiellement utiles.

39 Les problèmes de sommeil correspondent en fait à des problèmes d'hyperactivité psychophysiologique.

40 L'éducation du patient, au sujet des risques et des bénéfices des médicaments, réduit efficacement leur consommation.

- Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H and al. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *British Journal of General Practice* 1994; 44: 5-8.

41 Alcool : un certain nombre de personnes souffrant de troubles d'endormissement consomment de l'alcool pour s'endormir. Effectivement l'alcool diminue le temps d'endormissement, mais occasionne le réveil du patient pendant la dernière partie de la nuit. Il réduit également le sommeil REM.

42 Il est important de faire comprendre au patient l'existence de ce conditionnement, qui s'instaure après 2 à 3 semaines. C'est sur ce principe du conditionnement que repose l'essentiel des conseils ciblés au sujet du sommeil.

43 Un endormissement constamment difficile aura comme conséquence que le patient va accorder beaucoup d'attention à toutes sortes de signes indiquant, selon lui, qu'il restera encore longuement éveillé la nuit. Cette dynamique mène ainsi à une angoisse anticipée de ne pas dormir. Ces deux mécanismes favorisent l'installation d'un cercle vicieux, présentant comme conséquences des pensées angoissantes et l'appréhension de rester éveillé.

44 Dans les recherches, la plupart du temps, on utilise l'hygiène du sommeil comme une technique adjuvante, associé à d'autres interventions. Concernant son effet en monothérapie, on ne dispose que peu de recherches.

Selon un essai contrôlé randomisé (RCT : Randomised Controlled Trial), réalisé chez des personnes âgées (en moyenne 60 ans), on a observé que les patients recevant des conseils quant à l'hygiène du sommeil dormaient mieux que ceux se trouvant encore sur la liste d'attente (Engle-Friedman 1992). Cependant, lors d'un autre RCT, comparant l'hygiène du sommeil et un médicament placebo, aucune différence significative d'effet n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes (Martinez 1997).

- Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioural treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol* 1992; 48: 77-90.

- Martinez-Manzano C, Levario-Carrillo M. Eficacia de las medidas de higiene del suño en el tratamiento del insomnio. *Gac Méd Méx* 1997; 133: 3-6.

Dans quelques études, on compare l'hygiène du sommeil en monothérapie avec une thérapie combinée associant hygiène du sommeil à une autre technique (notamment le contrôle du stimulus, la relaxation ou la restriction de sommeil). En général, les résultats de ces études montrent un meilleur effet de la thérapie combinée (Morin 1999, Wang 2005), même si une étude a mis en évidence une meilleure efficacité de la monothérapie, comparée à une thérapie combinée à la restriction de sommeil (Morin 1999).

- Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.

- Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primary insomnia : a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 50: 553-64.

Selon un RCT, comparant l'hygiène du sommeil et le contrôle de stimulus, le WASO (temps de réveil après l'endormissement) était réduit par cette intervention au sein des deux groupes. Cependant, dans le groupe « hygiène du sommeil », cet effet s'exprimait moins (22 minutes versus 36 minutes pour le groupe « contrôle du stimulus »). Dans ce groupe, les patients étaient également moins satisfaits du traitement reçu.

- Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.

Dans les différentes recommandations, le sujet de l'hygiène du sommeil est principalement abordé. Vu le peu d'arguments disponibles, la prise en charge combinée par l'hygiène de sommeil et le contrôle du stimulus paraît plus indiquée⁴⁵. Selon l'information apportée par le patient, on peut prodiguer les conseils suivants, au sujet de l'hygiène du sommeil (également au nombre de 10)⁴⁶ :

1. Se lever à la même heure.
2. Éviter de rester éveillé au lit pendant de longues périodes.
3. N'utiliser le lit que pour dormir ou faire l'amour.
4. Éviter les siestes en journée (à ce sujet, la littérature ne s'exprime pas de manière univoque).
5. Réduire la consommation d'alcool, de produits à base de caféine, d'hypnotiques.
6. Éviter les repas lourds avant le coucher.
7. Maintenir une température agréable dans la chambre, une ventilation suffisante ainsi qu'un bon obscurcissement.
8. Éviter toute activité stressante pendant les heures précédant le coucher.
9. Une légère activité en soirée est permise.
10. En journée, une activité physique est recommandée.

Deux conseils provenant de la technique de contrôle du stimulus de Bootzin et Nicassio complètent ces dix règles d'hygiène du sommeil :

11. Se coucher dès que l'on se sent somnolent.
12. Si après environ 10 à 20 minutes, le sommeil ne vient pas : se lever, aller dans une autre pièce et faire quelque chose de délassant. Ne retourner au lit que lorsqu'on se sent somnolent. Si à nouveau après 10 à 20 minutes, on ne parvient pas à s'endormir : répéter cette procédure.

Le médecin réfléchira avec le patient au sujet de l'action délassante à effectuer. Ainsi, le patient n'aura pas à l'imaginer lui-même au moment de l'insomnie⁴⁷.

45 Donner des règles relatives à l'hygiène du sommeil est une intervention courante, mais il semble qu'on ne dispose que d'arguments minimes à son sujet. Dans la littérature, certains de ces conseils (pas de sieste en journée) sont même contredits (Beullens 1995, Fichten et coll. 1995). Il n'existe pas de conclusion univoque concernant ces conseils (parfois, on conseille de se coucher toujours à la même heure ; parfois, on conseille de se coucher quand on se sent fatigué).

- Beullens J. 1995. Een middagslaapje tast de slaapkwaliteit van oudere mensen niet aan. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 26 ; 3 (104-108).
- Fichten CS, Creti L, Amsel R, Brender W, Weinstein N, Libman E. Poor sleepers who do not complain of insomnia : myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. J Behav Med 1995 Apr ; 18 (2) : 189-223.

46 Pour l'instant, aucun argument scientifique ne permet d'accorder plus d'importance à un conseil plutôt qu'à un autre.

47 Le contrôle du stimulus semble une des stratégies les plus efficaces et fait toujours l'objet de recherches en médecine générale. Une grande similitude existe entre l'hygiène du sommeil et le programme de contrôle du stimulus développé par Bootzin et coll. Cette technique de contrôle du stimulus agit davantage sur le conditionnement établi. Il est essentiel de comprendre qu'une situation liée au sommeil (notamment le lit ou la chambre) est devenue un signe annonciateur d'un comportement différent du sommeil. Dès lors, celui-ci peut avoir une signification d'aversion (comme par exemple se tracasser) mais peut également correspondre à une situation agréable, mais incompatible avec le sommeil (regarder la TV ou lire). Il existe au moins 9 RCT, comparant l'effet du contrôle du stimulus par rapport à l'effet observé dans un groupe placebo (groupe contrôle, constitué des patients toujours sur la liste d'attente). Tous ces essais ont pu démontrer un effet. Cette technique agit autant sur les troubles de l'endormissement que sur les troubles de maintien du sommeil. Elle semble également efficace chez les personnes âgées.

- Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep 1999 ; 22 : 1134-1156.
- Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus Control Instructions. In: Hauri P, ed. Case Studies in Insomnia. New York, NY Plenum Publishing Corp 1991 ; 19-28. De techniek wordt ondermeer ook beschreven in Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control : nonpharmacologic training for insomnia Can Fam Physician 1998 Jan ; 44 : 73-9
- En médecine générale, il n'existe qu'une seule étude examinant l'effet du contrôle du stimulus. Dans cette étude, des médecins (ayant reçu une formation de trois heures) ont appliqué cette technique chez 24 personnes, âgées de 25 à 65 ans et souffrant de troubles de l'endormissement. On a recruté les participants au moyen d'annonces dans les médias, ainsi que dans des pratiques médecine générale. Parmi les 15 personnes ayant terminé le traitement, 13 d'entre elles présentaient un temps d'endormissement réduit d'en moyenne 57 %, lors des 4 premières semaines. Chez les patients utilisant le contrôle du stimulus combiné à des hypnotiques, le nombre de sessions nécessaires correspondait au double (environ 10), par rapport aux patients ne consommant pas d'hypnotique. Les patients sous hypnotiques ont réduit leur dose quotidienne de 84 %, ainsi que le nombre de nuits sous cette médication de 62 %. Après 6 mois de suivi, cette tendance se renforçait toujours. Cependant, cette étude présente des défaillances méthodologiques, et ne concerne qu'une population limitée (24 patients). Les 9 patients qui ont interrompu le traitement différaient des autres patients pour les caractéristiques suivantes : problèmes personnels aigus, décès du conjoint, divorce et/ou perte de travail. Les médecins participants ont mentionné que cette technique était facile d'emploi, mais qu'elle exigeait un très haut degré de motivation de la part des patients.
- Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. Can Fam Physician 1997 ; 43 : 290-6.
- Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control : nonpharmacologic treatment for insomnia. Can Fam Physician 1998 ; 44 : 73-9.

La prise en charge non médicamenteuse exige du patient (et du médecin) beaucoup d'effort et de patience, ce dont il vaut mieux discuter au préalable avec le patient.

3) Observation

Afin d'augmenter la confiance du patient, on lui proposera d'associer à cette consultation, une période d'observation (ou de suivi), pendant laquelle le patient mettra en pratique les interventions convenues⁴⁸.

Vu que la consultation se déroulera seulement trois semaines plus tard, il peut être utile de demander au patient de noter son profil veille sommeil. Ce carnet journalier veille sommeil fournira au généraliste un reflet des progrès réalisés (ou non)⁴⁹.

4) référence

Quand et pourquoi référer ?

Si après 5 à 10 semaines, malgré le suivi correct des recommandations, on n'observe pas d'amélioration⁵⁰, on peut, avec l'accord du patient, envisager de le référer. Cette référence visera surtout l'affinement ou la réévaluation du diagnostic. Pour cela, on peut envisager un examen polysomnographique⁵¹.

La référence vers une prise en charge thérapeutique plus spécialisée fait également partie des possibilités.

Vers qui référer ?

Le généraliste peut orienter le patient vers une prise en charge générale ciblée sur les plaintes de sommeil : thérapie par relaxation, thérapie comportementale cognitive, prise en charge en groupe des plaintes du sommeil.

La relaxation est une approche dont l'efficacité est démontrée. Dans ce cas, le patient peut s'adresser à des kinésithérapeutes spécialisés, à des hypnotérapeutes ou à des thérapeutes du comportement⁵².

En parcourant l'ensemble de la littérature, on peut conclure que l'effet de la relaxation est bien démontré chez les patients souffrant de troubles d'**endormissement**⁵³.

48 Dans les études évaluant l'efficacité du contrôle du stimulus, on a fréquemment utilisé plusieurs séances. Même si ces études ont fortement justifié l'emploi du contrôle du stimulus, aucune directive concernant la fréquence des visites des patients n'a été fournie. Dans l'étude de Baillargeon, mentionnée ci-dessus, on a constaté que les patients ne devant pas être sevrés nécessitaient en moyenne 5.8 séances, et que les patients devant être sevrés en nécessitaient 10.5.

49 Même si l'usage du carnet journalier est fréquent lors d'une approche comportementale, aucune étude fiable n'a contrôlé l'effet de ce carnet journalier, en ce qui concerne l'observance, ni pour l'effet thérapeutique. Les suggestions d'utilisation de ces carnets représentent donc un consensus (en annexe : exemple de carnet journalier veille sommeil).

50 Si le patient doit être sevré d'un traitement antérieur à base d'hypnotiques, il faut effectuer une évaluation après 10 semaines.

51 Une étude dans un laboratoire du sommeil n'aura de sens que si le patient est sevré de benzodiazépines.

52 Concernant spécifiquement les patients présentant des troubles de maintien du sommeil, aucun effet de la relaxation n'a pu être démontré. Aucune étude randomisée n'a été réalisée chez les personnes âgées. Chez les personnes âgées, on n'a réalisé qu'une seule étude comparative de l'effet exercé par la combinaison relaxation-hygiène du sommeil versus la combinaison contrôle du stimulus-hygiène du sommeil. On y a observé un meilleur effet du contrôle du stimulus. Des recherches comparant la relaxation et le contrôle du stimulus, réalisées chez des patients souffrant d'insomnie, fournissent des résultats généralement contradictoires : certaines études ne peuvent démontrer aucune différence d'efficacité tandis que d'autres avantagent l'un des deux traitements.

- Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep 1999; 22: 1134-1156.

En principe, la relaxation pourra être dispensée par toute personne qui aura suivi un enseignement adéquat. On ne dispose pas d'étude montrant qu'une formation professionnelle particulière du dispensateur de soins ait un effet plus important sur l'efficacité de l'intervention. Nous n'avons pas trouvé davantage d'étude qui se soit prononcée sur l'efficacité de la relaxation uniquement par des moyens audio sans encadrement préalable.

Dans un essai contrôlé randomisé, réalisé chez des patients anxieux, on n'a pu montrer un effet supérieur de la relaxation par rapport à d'autres thérapies non médicamenteuses. Chez certaines personnes, la relaxation peut même provoquer une augmentation de l'anxiété.

- Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. Can Fam Physician 1997; 43: 290-6.

53 Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep 1999; 22: 1134-1156.

Outre la relaxation, la **thérapie comportementale cognitive (TCC ou CBT, Cognitive Behavioral Therapy)** semble efficace dans le traitement d'une insomnie persistante⁵⁴.

Enfin, on peut également orienter vers une **approche de groupe**⁵⁵. Dans un groupe limité de patients souffrant d'insomnie, cette approche consiste en différentes séances se déroulant sous la forme d'un cours sur le sommeil. Cette approche correspond à un mélange de psycho-éducation, de contrôle du stimulus, de relaxation et de TCC⁵⁶.

En pratique, la politique pragmatique du généraliste consistera à considérer les possibilités d'orientation. Le patient est-il prêt à faire appel à un thérapeute du comportement cognitif? Y a-t-il des thérapeutes du comportement disponibles dans la région? En existe-t-il qui n'ont pas de liste d'attente? À cet égard, les auteurs de cette recommandation pensent qu'il est défendable par exemple, que le médecin oriente d'abord vers un kinésithérapeute, pour appliquer la technique de relaxation, en attendant l'instauration d'une TCC par un thérapeute spécialisé.

54 Quelques études récentes, correctement menées, ont évalué l'effet de la thérapie comportementale cognitive, combinée à un certain nombre de techniques mentionnées ci-dessus.

Ainsi, lors d'une étude réalisée en double aveugle chez 78 patients souffrant de troubles chroniques de maintien du sommeil, on a constaté que la combinaison psycho-éducation + contrôle du stimulus + restriction de sommeil semble efficace, comparée au groupe placebo. 5 mois après la thérapie, cet effet était toujours présent. De plus, l'effet obtenu était supérieur à celui de la thérapie par relaxation. On estimait que le pourcentage de patients, présentant une amélioration du WASO, d'au moins 50% représentait un critère de réussite cliniquement pertinent: d'après le carnet journalier veille sommeil, ce critère a été atteint pour 64% des patients traités par TCC, contre 12% pour la thérapie de relaxation et 8% pour le placebo ($p = 0.001$); concernant les données polysomnographiques, ces pourcentages étaient respectivement de 40%, 28% et 12% ($p = 0.08$).

- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001; 285: 1856-64.

Une autre étude, réalisée chez 78 patients souffrant de troubles du sommeil chroniques (d'endormissement et du maintien du sommeil), comparait l'effet de la combinaison thérapie cognitive + contrôle du stimulus + restriction de sommeil + hygiène du sommeil par rapport à celui d'une médication-placebo. On y a constaté une amélioration, se maintenant pendant au moins les 2 années suivant la thérapie. Comme critère de réussite cliniquement pertinent, les auteurs de cette étude ont pris entre autres le pourcentage de patients ne répondant plus aux critères diagnostiques d'insomnie. Après traitement, ce pourcentage était de 78% pour la TCC, versus 14% pour le placebo. L'étude ne montre aucun pourcentage de succès pendant la période de suivi.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991-999.

Une étude menée auprès de 63 patients ayant un trouble de l'endormissement compare un traitement au ZOLPIDEM® de quatre semaines, suivi d'un arrêt progressif s'étalant sur 4 semaines et accompagné d'une thérapie comportementale cognitive (composante cognitive, composantes comportementales, relaxation, éducation), avec la combinaison de zolpidem et de TCC, et avec une médication-placebo. (Jacobs 2004) Pendant le traitement, il s'avère que la TCC, que ce soit en monothérapie ou en combinaison avec du ZOLPIDEM®, est plus efficace que le ZOLPIDEM® ou le placebo seul. En outre, la TCC en monothérapie s'avère pour le moins aussi bonne et, pour certains critères, fonctionner même mieux que la thérapie en association. A l'arrêt de la thérapie au ZOLPIDEM®, l'insomnie empire à nouveau jusqu'au niveau qu'elle avait avant le traitement. Avec la thérapie comportementale, l'effet se maintient en revanche. Après l'arrêt de la thérapie combinée, on observe aussi une régression du bénéfice obtenu précédemment.

Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1888-1896.

En médecine générale, la seule étude randomisée qui compare l'effet de la TCC par rapport à toute absence de traitement, présente un certain nombre de lacunes méthodologiques et il faut donc en interpréter les résultats avec prudence. Dans cette étude, réalisée chez 139 patients présentant des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, la TCC, administrée par des « infirmières de première ligne », soigneusement entraînées, a obtenu un meilleur effet que l'autosurveillance. Ainsi, après TCC, on a constaté une diminution du temps d'endormissement, passant 61 à 28 minutes. Dans le groupe contrôle, cette diminution passait de 74 à 70 minutes. Pendant un suivi d'un an, les données ont montré un effet persistant, mais pendant cette phase, l'étude se déroulait sans groupe de contrôle.

Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001; 39: 45-60.

Une autre étude randomisée, en médecine générale, a comparé une forme abrégée de TCC (2 séances) avec des conseils d'hygiène du sommeil chez 20 patients présentant une insomnie primaire chronique et a constaté un résultat significativement meilleur avec la TCC qu'avec l'hygiène du sommeil au cours d'un suivi de 3 mois après le traitement. La moitié environ des patients qui avaient reçu la TCC ont fait état d'au moins 50% de diminution du temps de WASO.

Edinger JD, Sampson WS. A primary care friendly cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 2003; 26: 177-182.

55 Pour l'instant, on ne dispose pas de preuve suffisante permettant des recommandations concrètes concernant le meilleur programme de traitement, en terme de type (individuel ou en groupe), de fréquence, de durée ou de dispensateur de soins. Le généraliste doit s'orienter vers les différentes ressources de sa région (mutualité, formation supérieure sociale).

56 Sur base de la discussion ou du carnet journalier, si l'on constate que des tracas interfèrent avec le sommeil du patient (problématique psychosociale), on peut envisager une approche étiologique. Dans ce cas, on peut orienter vers la psychothérapie, la thérapie relationnelle ou d'autres approches spécialisées, en fonction du problème présenté.

Caractéristiques des plaintes et du patient, à prendre en considération lors d'une référence

Concernant la **nature de l'intervention**, le généraliste peut tenir compte des résultats suivants, dans sa prise de décision :

- Le **fonctionnement diurne** peut éventuellement indiquer le choix de la thérapie. Chez les patients ayant un mauvais fonctionnement diurne, on peut utiliser des techniques allongeant le sommeil (comme la relaxation). Par contre, chez les patients peu gênés la journée, les techniques consolidant le sommeil (comme la restriction de sommeil) sont préférables⁵⁷.
- Même si, dans la littérature scientifique, on n'accorde que peu d'attention à la **préférence du patient**, il est probable que celle-ci s'avère également importante lors du choix final de la thérapie. En effet, un patient motivé contribuera à la bonne issue de cette thérapie⁵⁸.
- Quelques données sont disponibles concernant l'**acceptabilité** des interventions étudiées. En général, l'acceptabilité est meilleure que celle d'une thérapie par placebo⁵⁹. Elle est également meilleure que celle des benzodiazépines⁶⁰. Lors d'une étude comparant l'hygiène du sommeil avec le contrôle du stimulus, on a constaté que les patients recevant l'hygiène du sommeil étaient moins satisfaits quant à leur traitement⁶¹.
- Pour l'instant, on ne dispose d'aucune preuve en faveur d'une thérapie adaptée au patient (par exemple : relaxation progressive chez les patients tendus, contrôle du stimulus chez les patients présentant des activités incompatibles avec le sommeil). D'autre part, il est peu probable qu'une même thérapie soit efficace sur tous les patients. Souvent, le traitement efficace de l'insomnie exigera une combinaison de techniques. Il faut soigneusement planifier cette **thérapie combinée** afin d'éviter que l'efficacité de cette intervention ne soit diminuée par une perte de temps à des avis et techniques moins performants⁶².
- **Âge** : Chez les personnes âgées, différentes études récentes ont montré que les affections somatiques et les troubles de sommeil spécifiques (tels que les apnées du sommeil et le syndrome des jambes sans repos) font partie des causes d'insomnie. Concernant la thérapie non médicamenteuse, ces études ont également montré une réponse comparable à celle observée chez les jeunes⁶³.
- Il n'existe aucune preuve indiquant que le **sexe** du patient ait une influence sur le succès de la thérapie contre l'insomnie⁶⁴.

57 L'analyse post-hoc de l'étude de Lichstein et coll. (2001), réalisée chez des personnes âgées, semble mettre en évidence que les patients souffrant de dysfonctionnement diurne réagissent mieux à la thérapie de relaxation, tandis que les patients présentant peu de dysfonctionnement diurne réagissent mieux à la restriction de sommeil.

• Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69 : 227-39.

58 Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999 ; 22 : 1134-1156.

59 Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001 ; 285 : 1856-64.

• Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69 : 227-39.

• Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999 ; 22 : 1134-1156.

60 Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999 ; 22 : 1134-1156.

61 Friedman L, Benson K, Noda A, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000 ; 13 : 17-27.

62 Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999 ; 22 : 1134-1156.

63 Dans un RCT, réalisé en médecine générale, après thérapie comportementale cognitive, on a même obtenu une plus grande réduction du temps WASO chez les personnes âgées de plus de 60 ans que chez celles âgées de 18 à 44 ans. (Espie 2001). Cette étude présente cependant un certain nombre de lacunes méthodologiques.

• Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001 ; 39 : 45-60.

• Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999 ; 281 : 991-999.

• Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999 ; 22 : 1134-1156.

• Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69 : 227-39.

64 Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001 ; 39 : 45-60.

• Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999 ; 281 : 991-999.

- L'influence de la **consommation d'hypnotiques** sur l'effet des thérapies non médicamenteuses est incertaine. Des études complémentaires sont nécessaires pour permettre une conclusion étayée⁶⁵.

5.2.2. La prise en charge médicamenteuse de l'insomnie

En fonction de la **gravité** et de la **durée** de l'insomnie, le généraliste peut néanmoins envisager une prise en charge médicamenteuse du problème.

Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque l'insomnie est considérée par le patient et/ou par le médecin comme étant très sérieuse et invalidante ou lorsque l'insomnie mène le patient à un état de tension extrême (détresse)⁶⁶, le généraliste peut décider de prescrire un sédatif⁶⁷.

65 Un certain nombre d'études exclut toute personne utilisant des sédatifs ou la médication y est d'abord progressivement arrêtée avant le début de la thérapie non médicamenteuse. Il faut en tenir compte lorsqu'on interprète les résultats.

- Friedman L, Benson K, Noda A, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 17-27.
- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001; 285: 1856-64.
- Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69: 227-39.

Dans d'autres études, on tolère l'emploi d'hypnotiques, mais les résultats sont contradictoires. Ainsi, l'analyse post-hoc de quelques essais contrôlés randomisés confirme que la thérapie comportementale est moins efficace chez les consommateurs d'hypnotiques, par rapport aux non-consommateurs.

- Morin CM, Hauri Pj, Espie CA et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.

Cependant, d'autres RCT n'ont établi aucun lien entre la consommation d'hypnotiques et l'effet thérapeutique.

- Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001; 39: 45-60.
- Mimeault V, Morin CM. Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 511-9.

Un RCT, réalisé chez des patients souffrant d'insomnie chronique, afin d'évaluer si la thérapie comportementale peut être combinée avec une utilisation occasionnelle d'hypnotiques, n'a montré aucun avantage évident de mono ou de thérapie combinée.

- Hauri PJ. Can we mix behavioural therapy with hypnotics when treating insomniacs? *Sleep* 1997; 20: 1111-1118.

Il est important de signaler que parmi les 26 patients de l'étude, 20 étaient sous sédatifs en début d'étude. Avant de participer, les patients devaient d'abord arrêter cette prise. Cela signifie que l'étude a été réalisée avec des patients très motivés, et qu'on peut douter de la généralisation possible des résultats.

Lors d'un RCT, effectué chez des personnes âgées, on a constaté une tendance à obtenir un meilleur effet avec la combinaison thérapie comportementale + benzodiazépines, par rapport à l'effet obtenu individuellement par ces 2 thérapies. Cependant, cet avantage ne s'est pas maintenu à long terme.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991-999.

À ce sujet, une explication possible pourrait être que les personnes traitées par sédatifs (seuls ou associés à une thérapie non médicamenteuse) attribuent exclusivement les bénéfices obtenus à cette médication. Par conséquent, ces personnes sont plus sujettes aux rechutes en cas d'arrêt de la médication.

66 Le critère subjectif utilisé par le guide de pratique PRODIGY pour prescrire quand même un sédatif est : « When the insomnia is severe, disabling or subjecting the individual to extreme distress » (« Quand l'insomnie est sévère, invalidante ou qu'elle mène l'individu à une détresse extrême »). Ce critère, adopté entre autres par l'« Oxford Companion Handbook of General Practice » (Manuel de Pratique Générale d'Oxford) et par le « British National Formulary » (Formulaire National Britannique), est également inspiré du travail de référence d'Ashton, concernant l'usage raisonnable des benzodiazépines. Dans le Standard NHG mis à jour sur les troubles dépressifs (NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap : Société Néerlandaise des Généralistes), on détermine la conduite à tenir en cas de trouble dépressif, selon le critère « sévérité » et « degré de souffrance ». Pour chaque généraliste, le défi consiste à évaluer, grâce à une anamnèse soigneuse, la sévérité de l'insomnie présentée par son patient et à adapter la conduite à tenir à ce sujet.

- <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005).
- Simon C, Everitt H, Birtwistle J, et al. Oxford Companion Handbook of General Practice. Oxford University Press, 2002, Oxford
- British National Formulary. 44th edition, London : British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
- Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs* 1994; 48: 25-40.
- Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). *Huisarts Wet* 2003; 46: 614-623.

67 Pendant la phase de négociation de la consultation, le patient participe à la détermination de la conduite à tenir. Une bonne *psycho-éducation du patient* au sujet de l'emploi de sédatifs en général et au sujet des benzodiazépines en particulier, doit mener à limiter la consommation de ces benzodiazépines.

- Patient education about the risks and benefits of drugs is effective in reducing their usage, Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H and al. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *British Journal of General Practice* 1994; 44: 5-8.

Dans la décision de prescrire ou non le sédatif, la durée de l'insomnie est également déterminante : insomnie aiguë (moins de 3 semaines) ou insomnie chronique (plus de 3 semaines)⁶⁸. Ce n'est qu'en cas de situations aiguës (par exemple en cas de décès soudain d'un proche⁶⁹) que le généraliste peut envisager un traitement médicamenteux de l'insomnie. Cette prise en charge a pour but de soulager les symptômes aigus (tels qu'un dysfonctionnement diurne) et de prévenir les complications (telles que le passage à l'acte)⁷⁰. Dans ces situations exceptionnelles, on ne peut pas considérer cette médication comme un moyen curatif.

En cas d'insomnie chronique, vu le problème de conditionnement et le risque d'accoutumance et de dépendance, le généraliste évitera de prescrire un sédatif.

L'emploi des sédatifs ne se fera que **sous conditions très strictes** : il sera limité dans le temps, à une dose efficace minimale⁷¹. Dès le début, il faut communiquer ce message au patient afin de ne pas engendrer de fausses attentes au sujet de cette médication et d'en limiter la consommation dans le temps.


Dans ces situations de « crise », la prise en charge médicamenteuse sera dès que possible combinée à des mesures non médicamenteuses (comme l'hygiène du sommeil), puis finalement remplacée par ces mesures⁷².

Parmi les classes de sédatifs existants, les **benzodiazépines** répondent le mieux aux critères du « **moins mauvais sédatif** »⁷³ :

- Elles ont un effet rapide⁷⁴.
- Avec les molécules d'action intermédiaire, on obtient un effet suffisamment prolongé.
- En comparaison avec les anciens barbituriques, il existe une sécurité relative concernant un surdosage.

Cependant, les benzodiazépines présentent également un effet secondaire diurne de type « gueule de bois » (« hang-over »). Elles nuisent à la capacité à conduire⁷⁵ et pour cette raison, sont responsables d'accidents de la

68 Comme mentionné plus haut, le conditionnement renforce le problème d'origine, lorsque l'insomnie dure depuis 3 semaines ou plus. Il faudra traiter ce problème de manière spécifique et non médicamenteuse. De plus, vu que le risque d'accoutumance et de dépendance aux sédatifs augmente à partir de 2 semaines de consommation, il faut éviter la prescription de sédatifs dans chaque cas d'insomnie chronique.

69 Il n'existe qu'un seul RCT examinant l'effet des benzodiazépines sur le deuil. Cette étude n'a démontré aucun effet éventuel négatif des benzodiazépines, en cas de  Cependant, il faut remarquer que cette étude n'incluait qu'un nombre très limité de patients, et que la dose de benzodiazépine (DIAZÉPAM) utilisée était très basse. De plus, les auteurs trouvent également important d'informer le patient concernant l'éventuel désavantage de report du deuil, à un moment où l'on peut éventuellement s'attendre à un soutien moins important de la part de l'entourage.

- Warner J, Metcalfe C, King M. Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. *British Journal of Psychiatry* 2001 ; 178 : 36-41.

70 L'insomnie chronique peut mener à des problèmes psychiatriques (tels que la dépression et les troubles de panique), ainsi qu'à l'abus d'alcool.

- Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997 ; 278 : 1647-1649.

71 <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005).

72 <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005) : En l'utilisant de cette manière, la médication devrait être un remède temporaire, adjuvant d'une approche non médicamenteuse. Selon le peu d'études disponibles, il semble que l'approche combinée, médicamenteuse et non médicamenteuse, présente un avantage, mais uniquement à court terme. À long terme, cette combinaison ne présente pas plus d'avantage qu'une approche non médicamenteuse.

73 Au niveau de l'ensemble de la littérature consultée, on considère la classe des benzodiazépines comme le premier choix. À ce sujet, les directives britanniques et hollandaises n'accordent à la classe des hypnotiques non benzodiazépines (les dénommées « z-drugs ») que le second choix. À ce sujet, ces directives emboîtent le pas aux auteurs internationaux, tels que Ashton et Wagner.

- Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs* 1994 ; 48 : 25-40.
- Wagner J, Wagner L, Hening W. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacological agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998 ; 32 : 680-691.

74 Dans une synthèse, Holbrook constate que les benzodiazépines augmentent efficacement la durée du sommeil, évaluée subjectivement par le jugement du patient et objectivement par la polysomnographie ; par contre, on observe une diminution du temps d'endormissement (d'après le patient, mais celle-ci n'est pas objectivée par les mesures en laboratoire).

- Holbrook A.M., Crowther R, Lotter A et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000 ; 162 : 225-233.

75 Les consommateurs de benzodiazépines présentent un risque accru d'accidents de la route : 28 à 60 % par rapport aux non consommateurs. En pratique, cela implique qu'il faut clairement informer les patients au sujet des risques pour la conduite, lorsqu'ils prennent ce genre de médicaments et leur signaler que pendre le volant dans ces conditions est interdit d'un point de vue médico-légal. Conformément à la législation en vigueur, le groupe d'auteurs propose dès lors de mentionner effectivement cette interdiction de prendre le volant dans le dossier médical global qui doit être signé par le patient. En début de traitement et lors d'une augmentation de dosage, il faut certainement éviter la conduite d'une voiture.

- Barbone F, Mc Mahon AD, Davey PG et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998 ; 352 : 1331-1336.
- Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A et al. Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *JAMA* 1997 ; 278 : 27-31.

route. Après 2 semaines d'utilisation, elles sont responsables de tolérance ou d'accoutumance et engendrent une dépendance physique et psychique⁷⁶. En cas d'arrêt brutal, les benzodiazépines provoquent des phénomènes de manque ou de sevrage⁷⁷.

De plus, la consommation de benzodiazépines est liée à une série d'effets indésirables, tels que chutes⁷⁸ et perte de mémoire⁷⁹. Or, c'est le groupe de population le plus sensible à ces effets indésirables, les personnes âgées, qui en consomme le plus. On a décrit certaines interactions cliniquement significatives, avec certains autres médicaments⁸⁰ et avec l'alcool⁸¹.

On sait que les benzodiazépines sont plus efficaces que le placebo durant seulement une semaine⁸². Après une semaine, on n'observe plus d'effet significatif par rapport au placebo et des phénomènes de manque surviennent déjà lors d'un arrêt brutal du traitement.

Dans la prise en charge de l'insomnie en première ligne, l'usage des **barbituriques et de leurs dérivés** (comme le MÉPROBAMATE[®]) est obsolète, vu le profil d'effets indésirables et le danger d'intoxication⁸³. Pour des raisons similaires, l'usage en première ligne d'antipsychotiques sédatifs (comme la CLOTIAPINE[®]) ou d'antihistaminiques sédatifs (comme la PROMÉTHAZINE[®]) est également nuisible⁸⁴.

76 Selon Ashton, les benzodiazépines peuvent engendrer une dépendance. Elle distingue différents types de dépendance : la dépendance à des doses thérapeutiques, la dépendance à des doses fortes prescrites et la consommation récréative de benzodiazépines.

• Ashton CH. Benzodiazepines : how they work and how to withdraw — aka The Ashton Manual. Revised August 2002. www.benzo.org.uk/manual (geraadpleegd op 10.12.2003)

Selon les autres auteurs, une consommation chronique de benzodiazépines n'implique pas forcément une réelle dépendance.

Seule une minorité de patients (10%), ayant débuté avec une dose basse prescrite de benzodiazépine, aurait besoin, au bout d'un certain temps, de doses plus fortes.

77 Committee on Safety of medicines. Benzodiazepines, dependence and withdrawal symptoms. *Current Problems* 1988; 21 : 1-2.

• Ashton CH. Benzodiazepines : how they work and how to withdraw. Revised August 2002. www.benzo.org.uk/manual (dernière consultation le 11 juillet 2005).

78 La consommation de benzodiazépines augmente le risque de chutes. La plupart des études confirment également le lien entre la prise de benzodiazépines et un risque accru de fracture du fémur.

• Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people : a systematic review and meta-analysis : I. Psychotropic drugs. *JAGS* 1999; 47 : 30-39.

• Passaro A, Volpato S, Romagnoni F et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalised population : the GIFA study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53 : 1222-1229.

• Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ et al. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly : effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 2001; 158 : 892-898.

• Herings RM. Geneesmiddelen als determinant van ongevallen. Universiteit Utrecht, 1994.

• Anonyme. Psychotropes chez les sujets âgés : le risque de chute et de fracture augmente. *La Revue Prescrire* 1998; 18 (189) : 776-779.

• Pierfitte C, Macouillard G, Thicoipe M et al. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study. *BMJ* 2001; 322 : 704-708.

79 Petrovic M. Use and discontinuation of hypnotic medications in geriatric inpatients. PhD Thesis. Ghent University, 2002, p. 20-22.

80 Lors d'une administration simultanée, les médicaments suivants renforcent l'action des benzodiazépines :

1. Alcool et substances psychotropes (dont les ISRS).
2. ERYTHROMYCINE[®] et autres macrolides, antimycosiques azolés.
3. Contraception orale.
4. CIMÉTIDINE[®].
5. ISONIAZIDE[®] et PROPRANOLOL[®].

81 Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines : when and what to use. *Drugs* 1994; 48 : 25-40.

82 Selon deux méta-analyses, il semble que le traitement à court terme par benzodiazépines peut allonger le temps de sommeil efficace.

• Nowell PD, Mazumdar S, Buysse D et al. Benzodiazepines and ZOLPIDEM[®] for chronic insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278 (24) : 2170-2177.

• Holbrook AM, Crowther R, Lotter A. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000; 162 (2) : 225-23.

83 Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *The annals of pharmacotherapy* 1998; 32 : 680-691.

84 www.prodigy.hhs.uk/guidance.asp?gt=insomnia.

Les **nouveaux hypnotiques non benzodiazépines** (les dénommées «z-drugs»: ZOPICLONE[®], ZOLPIDEM[®] et ZALÉPLONE[®]) ne présentent aucun avantage évident par rapport aux benzodiazépines classiques. Vu leur prix plus élevé, leur profil d'effets indésirables et l'expérience d'utilisation moins longue, ces produits ne constituent qu'un second choix⁸⁵.

Au sujet des **antidépresseurs tricycliques, à action sédative** de type AMITRIPTYLINE[®] classiques ou de type TRAZODONE[®], on ne dispose que de peu d'information chez le patient insomniaque non dépressif⁸⁶.

Néanmoins, lorsqu'une prise en charge médicamenteuse de plus longue durée s'impose, on utilise fréquemment ces produits en première ligne pour leur effet hypnotique. Vu leur toxicité potentielle, il faudrait plutôt les réserver à leur indication spécifique, la dépression⁸⁷.

Au sujet de la **mélatonine**, nous disposons de quelque preuve scientifique de son utilité potentielle pour la prise en charge du décalage horaire (*jet-lag*)⁸⁸.

Concernant la **phytothérapie** (la valériane, entre autres), on ne dispose également que de peu d'éléments. Les questions au sujet de son innocuité et de ses effets à long terme restent toujours sans réponse⁸⁹.

Lors du choix du produit, nous recommandons une benzodiazépine, à durée d'action intermédiaire⁹⁰.

85 Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. The annals of pharmacotherapy 1998; 32: 680-691.

• www.nice.org.uk/TA077guidance (geraadpleegd op 03.08.2004) / Guidance on the use of zaleplon[®], zolpidem[®] and zopiclone[®] for the short-term treatment of insomnia.

86 Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. The annals of pharmacotherapy 1998; 32: 680-691.

• Insomniacs with co-existing psychiatric disorders in Anonymous. Insomnia in general practice. WHO, Division of Mental Health, 1993, Geneva.

87 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=insomnia (dernière consultation le 11 juillet 2005).

Le test GLEM effectué auprès des généralistes de Flandre a révélé combien l'utilisation de tels produits est bien intégrée dans l'approche médicamenteuse de l'insomnie. On ne dispose d'études ni pour l'AMITRIPTYLINE[®] ni pour la MIANSERINE[®] (LERIVON[®]) chez des patients non dépressifs. Pour ce qui concerne la TRAZODONE[®] (TRAZOLAN[®]), une étude conclut que l'on trouve très peu de données appuyant son utilisation auprès de patients non dépressifs. Le profil d'effets indésirables de la TRAZODONE[®] (effets indésirables cardiovasculaires, priapisme) est, en outre, beaucoup plus important que celui des autres hypnotiques conventionnels.

• James SP, Mendelson WB. The use of TRAZODONE[®] as a hypnotic: a critical review. J Clin Psychiatry. 2004 Jun; 65 (6): 752-755.

88 En Belgique, la mélatonine n'est pas commercialisée comme médicament. Son utilisation n'est autorisée que lors d'essais cliniques.

• Herxheimer A, Petrie KJ. Melatonin for the prevention and treatment of jet-lag (Cochrane Review) in: The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford, Update Software.

L'Agency for Healthcare Research and Quality résume en une récente Technology Assessment la littérature consacrée à la mélatonine n'agissant pas tant comme hypnotique mais plutôt comme "phase re-setter". Le rapport pose également des questions concernant l'innocuité des suppléments de mélatonine en cas d'utilisation à plus long terme. www.ahrq.gov/clinic/evrtpdfs.htm#melatonin (dernière consultation le 08-06-2005).

89 Stevinson C, Ernst E. Valerian for insomnia: a systematic review of randomized clinical trials. Sleep Medicine 2000; 1: 91-99.

www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band81/b81-7.html (dernière consultation le 11 juillet 2005).

Au sujet de l'utilisation de la valériane dans le traitement de l'insomnie, le guide de pratique britannique Prodigy mentionne l'existence d'un argument scientifique, indiquant que ce produit présenterait un avantage minime dans le traitement de l'insomnie. Cependant, on manque d'études à ce sujet. De plus, pour la valériane, on a également mentionné des effets indésirables. Son usage est contre-indiqué pendant la grossesse, l'allaitement ou chez les personnes souffrant d'une altération de la fonction hépatique.

La Revue Prescrire affirme dans un article à caractère général de février 2005 que l'on ne dispose d'aucune preuve d'action pour la plupart des extraits de plantes utilisés pour combattre l'insomnie en France et qu'il existe, par ailleurs, des doutes quant à leur innocuité. Seul un effet modeste de la valériane sur la qualité du sommeil est reconnu et La Revue Prescrire suppose l'absence d'effets indésirables (graves) en cas d'utilisation en préparation pure (absence de valépotriats).

Stratégies. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. Revue Prescrire 2005; 25 (258): 110-114.

90 Vu la sédation résiduelle et l'effet « gueule de bois » diurne, on évite l'emploi des benzodiazépines à longue durée d'action, de type DIAZÉPAM[®] et FLUNITRAZÉPAM[®].

Le FLUNITRAZÉPAM[®] (ROHYPNOL[®]) est une benzodiazépine à longue durée d'action. Selon de nombreuses publications, il semble que le FLUNITRAZÉPAM[®] soit utilisé par les personnes dépendantes à la drogue. Les effets indésirables mentionnés sont: amnésie, irritation, agressivité et même comportement violent. Vu que le FLUNITRAZÉPAM[®] cause une amnésie et une désinhibition, il est également utilisé comme sédatif dans les viols, et on le surnomme « drogue du viol ». Sa combinaison avec l'alcool peut provoquer une amnésie pratiquement totale.

• Anonymous. Utilisation abusive du FLUNITRAZÉPAM[®] par les toxicomanes. La Revue Prescrire 1996; 16 (162): 376-377.

• Anonymous. Toxicomanes au ROHYPNOL[®]. La Revue Prescrire 2001; 21 (214): 140.

Il faut également éviter les benzodiazépines à (très) courte durée d'action (type TRIAZOLAM[®]), en raison des phénomènes paradoxaux sévères et des réactions de manque. Vu ces effets, le TRIAZOLAM[®] a été retiré du marché au Danemark et au Royaume-Uni.

Selon certains auteurs, pour les benzodiazépines caractérisées non seulement par un temps de demi-vie relativement court, mais aussi par une activité puissante (comme par exemple, l'ALPRAZOLAM[®] et le LORAZÉPAM[®]), ce risque est encore accru. La combinaison de puissance et d'élimination rapide a comme conséquence que le sentiment « d'état de besoin » et la dépression peuvent également survenir entre deux prises thérapeutiques.

On n'a démontré aucune différence d'action entre les différentes benzodiazépines appartenant à cette catégorie. Il n'y a donc pas de préférence claire pour l'un ou l'autre de ces produits⁹¹.

On prescrira la dose la plus faible possible car l'action sédatrice d'une benzodiazépine est davantage déterminée par la dose que par le type de molécule et la sensibilité individuelle à une benzodiazépine est imprévisible. Chez les personnes âgées et chez les patients souffrant d'affections hépatiques et/ou rénales, les doses seront encore inférieures. Pendant la grossesse et l'allaitement, il vaut mieux éviter l'usage d'hypnotiques⁹².

Enfin, vu les phénomènes d'accoutumance et de dépendance, il vaut mieux prescrire une benzodiazépine pour une durée **maximale d'une seule semaine**⁹³. Concernant l'administration intermittente de benzodiazépines (par exemple une benzodiazépine est prise tous les 3 jours pendant 1 à 2 semaines), la littérature n'émet pas d'avis univoque. Parfois, afin de réduire le risque d'accoutumance, on conseille cette administration intermittente. Cependant, une utilisation intermittente de longue durée pourrait également renforcer ce risque de recours à des médicaments⁹⁴.

5.2.2.1. La prescription unique

Idéalement, le choix du généraliste se porte sur une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire (de type LORMÉTAZEPAM, LOPRAZOLAM ou TÉMAZÉPAM), utilisée à la dose la plus faible possible et pour une durée maximale d'une seule semaine⁹⁵.

-
- Ashton CH. A problem with lorazepam. 1988. www.benzo.org.uk
 - Ashton CH. Doctors turn to more addictive short-acting benzodiazepines. Druglink 1988.
 - Ashton CH. Risk of dependence on benzodiazepine drugs: a major problem of long term treatment. BMJ 1989; 198: 103-104.
 - Chen Y, Lader M. Long term benzodiazepine treatment: is it ever justified? Human Psychopharmacology 1990; 5: 301-312.
 - Hallfors DD, Saxe L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. Am J Public Health 1993; 83 (9): 1300-1304.
 - Busto U, Sellers EM. Pharmacokinetic determinants of drug abuse and dependence: a conceptual perspective. Clinical Pharmacokinetics 1986; 11: 144-153.
 - Lader M. Benzodiazepine dependence. Neuro-Psychopharmacological and Biological Psychiatry 1984; 8: 85-95.
- Les auteurs de cette recommandation estiment que le niveau de preuve, nécessaire pour conseiller l'ALPRAZOLAM® et le LORAZÉPAM® est insuffisant.

91 Pour le choix de produit, la littérature internationale propose le TÉMAZÉPAM, le LORMÉTAZEPAM ou le LOPRAZOLAM. Contrairement à la plupart des benzodiazépines, ces médicaments sont directement conjugués dans le foie: ils ne produisent donc pas métabolite actif. Par contre, le LORAZÉPAM et d'autres sont métabolisés dans le foie, ce qui rend leur durée d'action dépendante de troubles de la fonction hépatique ou d'interactions avec d'autres médicaments. Chez les personnes âgées, les médicaments métabolisés dans le foie présentent un temps de demi-vie deux fois plus long que celui chez les jeunes adultes.

Les publications d'Ashton plaident également contre l'utilisation du LORAZÉPAM (ou de l'ALPRAZOLAM).

- Les auteurs de cette recommandation mettent également en évidence la confusion régnant au sujet du LORAZÉPAM, qui est très largement utilisé en Belgique, et qui ne correspond pas à un produit de choix. Ils attirent également l'attention sur le fait qu'en Belgique, la taille du conditionnement de la spécialité détermine aussi et surtout ce choix.

92 Pendant la grossesse, l'usage de benzodiazépines est déconseillé. En cas de prise régulière, le nouveau-né peut présenter des symptômes de sevrage. Lors d'un emploi juste avant ou pendant l'accouchement, le « syndrome de l'enfant hypotonique » (« floppy infant syndrome ») peut survenir, avec par conséquent une hypotonie et des troubles respiratoires. Au sujet du risque tératogène des benzodiazépines, nous ne possédons aucune certitude scientifique.

93 En Belgique, depuis de nombreuses années déjà, on a attiré l'attention sur la nécessité de petits conditionnements de benzodiazépines, permettant la prescription d'une quantité correcte de médicaments.

94 Concernant l'approche médicamenteuse de l'insomnie, la directive britannique a même proposé « d'administrer les benzodiazépines de façon vraiment intermittente », par exemple, en les administrant tous les trois jours, afin de réduire le risque de tolérance. <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomni> (dernière consultation le 11 juillet 2005).

95 <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005).

- Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ et al. NHG-Standaard Slapeloosheid in Slaapmiddelen. Huisarts Wet 1992; 35: 212-219.
- Anonymes Verantwoord gebruik van benzodiazepines. Folia Pharmacotherapeutica 2002; 10: 82-90.
- Wagner J, Wagner L, Hening W. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. Ann Pharmacother 1998; 32: 680-691.

Dès le début, il faut communiquer ce message au patient de manière explicite, afin de ne pas engendrer de fausses attentes au sujet de cette médication et d'en limiter la consommation dans le temps. Dès que possible, la prise en charge médicamenteuse sera combinée à des mesures non médicamenteuses (comme l'hygiène du sommeil), puis finalement remplacée par ces mesures⁹⁶.

Recommandations lors de la prescription d'un sédatif:

- Dans les situations aiguës, comme soutien temporaire.
- De préférence, une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire.
- À la dose efficace la plus faible, dans le plus petit conditionnement.
- Selon le principe de consentement éclairé : lors d'un rendez-vous, on discute avec le patient de la durée de la médication, de ses avantages et de ses inconvénients. La possibilité de dépendance et d'autres effets indésirables (comme les chutes) sont mentionnés également.
- Dès la première prescription, il faut toujours discuter des modalités d'arrêt de la médication (quand, comment). De cette manière, on évite également de tomber dans le piège où le patient, satisfait de son traitement, redemande des prescriptions supplémentaires.
- Chaque jour, tentez d'éviter leur usage. Prenez la médication uniquement en cas de nécessité, ou de manière intermittente.
- Accordez de l'importance à la sécurité lors de la prise de benzodiazépine. D'un point de vue médico-légal, il est interdit de conduire en ayant pris des psychotropes. Évitez l'emploi simultané d'alcool, tenez compte des interactions avec d'autres médicaments. De même, les benzodiazépines ne doivent pas être transmises à d'autres personnes sans avis médical. Elles doivent être gardées hors de la portée des enfants.

5.2.2.2. Suivi de la prise en charge médicamenteuse

Si le généraliste a quand même décidé de prescrire une benzodiazépine, son devoir est de surveiller dans le temps l'évolution de ce traitement, afin d'éviter le passage à une consommation chronique⁹⁷. Après chaque première prescription de benzodiazépines, les auteurs proposent de convoquer le patient à une consultation de suivi, et ce après une semaine.

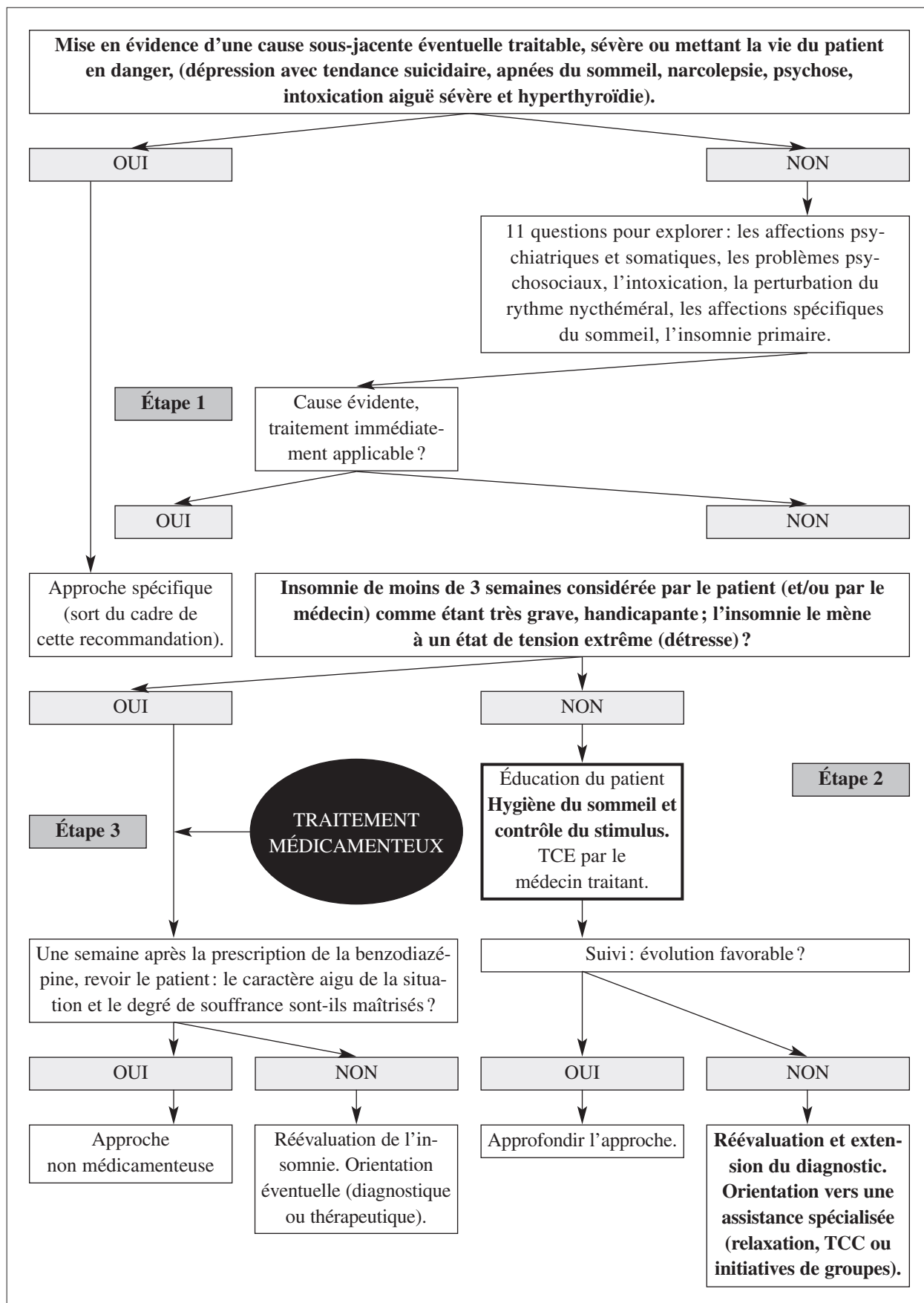
Si le patient a bien réagi à sa médication (c'est-à-dire que la situation aiguë causale est résolue et/ou que le degré de souffrance est maîtrisable), le généraliste examinera à nouveau la cause de l'insomnie et tentera une prise en charge non médicamenteuse, selon les recommandations fournies. Entre-temps, il incitera son patient à stopper ou à réduire son sédatif comme convenu.

Si après une semaine, le patient ne réagit pas, ou s'il réagit insuffisamment au traitement médicamenteux, le généraliste réévaluera le diagnostic et la prise en charge de la plainte d'insomnie. Éventuellement, il référera son patient, pour des raisons diagnostiques ou thérapeutiques.

96 <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia> (dernière consultation le 11 juillet 2005) : en l'utilisant de cette manière, la médication devrait être un remède temporaire, adjuvant d'une approche non médicamenteuse.

97 Chez un nouveau consommateur de benzodiazépines, il faut éviter les renouvellements d'ordonnances.

- Gorgels WJ, Oude Voshaar, Mol AJ et al. Het langdurig gebruik van benzodiazepines. Ned Tijdschr Geneesk 2001 ; 145 : 1342-1346.
- Ubbels THCM, Visser FHJA, Beusmans GMHI et al. Benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk : waarom laten wij het (niet) zo ? Huisarts Wet 1999 ; 42 : 107-111.
- Visser FHJA, Jongbloet AJ, Knotnerus JA et al. Benzodiazepinen : de gebruiker en zijn huisarts. Bijwerkingen, satisfactie, afhankelijkheid en stoppen gezin door de bril van de huisarts en zijn gebruiker. Huisarts Wet 1998 ; 41 : 329-334.



Arbre décisionnel : hypothèses du diagnostic différentiel et traitement par étapes de l'insomnie en première ligne de soins.

5. Texte de la recommandation

6. Conditions connexes

- Chaque généraliste doit disposer d'une information rapidement accessible, gratuite, basée sur des données fiables afin de prendre en charge le problème de l'insomnie sur une base objective
- Chaque généraliste doit créer un dossier médical ciblé sur les épisodes pour relever les consultations concernant l'insomnie.
- Chaque généraliste doit être formé concernant les différentes possibilités non médicamenteuses de prise en charge de l'insomnie, même si le patient s'attend à recevoir une pilule pour dormir.
- En médecine générale, on devrait disposer d'un lot de carnets journaliers veille/sommeil, et de brochures destinées aux patients au sujet du sommeil, de préférence sous forme électronique.
- Chaque généraliste doit disposer d'un annuaire médico-social, local ou régional, reprenant les noms et les adresses des kinésithérapeutes, des psychothérapeutes, des psychologues, ... spécialisés dans la prise en charge des plaintes du sommeil (relaxation, TCC, thérapies de groupe). Il en va de même pour référer en cas de troubles du sommeil spécifiques.
- L'industrie pharmaceutique doit mettre sur le marché une benzodiazépine bon marché à durée d'action intermédiaire, à utiliser à une dose la plus basse possible, pendant une semaine.
- Pour ce type de consultation, il faut prévoir un numéro de nomenclature ou une indemnisation forfaitaire. L'indemnisation devrait être suffisante, vu le temps supplémentaire investi dans l'information du patient (expliquer la procédure, commenter les brochures et le carnet journalier).
- Les autorités devraient soutenir cette politique concernant la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, au moyen de campagnes d'information et d'incitation.
- Les autorités devraient investir dans l'accessibilité des initiatives de première ligne au sujet du sommeil (comme un cours de sommeil, dispensé dans une structure de groupe).

7. Agenda de recherche

- Comment peut-on informer la population au sujet de l'importance d'un bon sommeil, et de la consultation précoce du généraliste lors de plaintes liées au sommeil ? Le groupe d'auteurs propose de fixer comme un objectif de santé un bon sommeil pour tous.
- Mise en œuvre de la recommandation : en pratique, lors de la prise en charge de l'insomnie, si l'on applique cette recommandation, quel est le gain lié à la prescription ciblée des benzodiazépines et quelle est la satisfaction des patients ?
- Lors de la mise en pratique de cette recommandation, quelles sont les réticences du généraliste et de son patient ? Quelles en sont les causes ? Quelles en sont les solutions ?
- Lors des stades décisionnel et thérapeutique, quel est l'effet du suivi par le généraliste ?
- Quel bénéfice offre un traitement combiné non médicamenteux et médicamenteux de courte durée de l'insomnie en première ligne ?
- En médecine générale, quelle est l'applicabilité de la prise en charge non médicamenteuse dans l'insomnie ?
- **Comment peut-on mesurer l'effet de cette recommandation ?**
 - En cas d'insomnie, il faut s'interroger sur l'existence de plaintes diurnes. Il faut sonder les attentes du patient et chercher la cause, au moyen d'un champ diagnostique.
 - Lors de la prise en charge de l'insomnie, il faut avant tout utiliser une information adaptée au patient et le contrôle du stimulus.
 - On n'administrera un sédatif qu'en cas de dysfonctionnement diurne aigu.
 - Comme sédatif, il faut uniquement prescrire une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire, à la dose la plus basse possible et pour une durée maximale d'une semaine.

8. Réalisation

Un groupe d'auteurs (Dr Tom Declercq, M. Roland Rogiers, Mme Hilde Habraken, Dr Jan Michels, Prof. Dr Marc De Meyere et Dr An Mariman) a été constitué. Ils ont élaboré cette recommandation suivant la méthodologie de la Commission «Recommandations» (Stuurgroep Aanbevelingen) de la WVVH. La méthodologie se composait d'une stratégie de recherche par étapes qui avait pour point de départ les directives étrangères existantes. Ces recommandations ont été confrontées à «Clinical Evidence» et aux données de la Cochrane Library. Cette recherche a été complétée par des articles tirés de revues liées à l'ISDB (International Society of Drug Bulletins) ainsi que par d'autres études tirées de six revues (BMJ, Lancet, JAMA, N Eng J Med, Arch Intern Med, Ann Intern Med) tenues à jour par le Projet Farmaka. Enfin, une recherche dans la base de données Medline menée sur la base des mots clés principaux «sleep disorder» et «benzodiazepines» est venue compléter la base de données du Projet Farmaka.

Ensuite, le projet de texte a été soumis aux experts suivants: Prof. Gert Laekeman (connaissance et information au sujet des médicaments), Dr Hugo Stuer (médecin généraliste), Dr Jan Van Assche (médecin généraliste, commission de la problématique psychosociale de la WVVH), Dr Marc Martens (médecin généraliste, intéressé au problème des effets sur la santé de la flexibilité des heures de travail), Dr M. Bouma (médecin généraliste, collaborateur scientifique de la NHG), Dr Mirko Petrovic (médecin interniste-gériatre, maladies internes générales, urgentiste), Prof. Dirk Pevernagie (pneumologue, CSSW, U Gent) et Dr Ingrid Verbeek (Centre de Kempenhaege, Pays-Bas). En cas de justification suffisante et en consensus des auteurs, le texte a été adapté selon les commentaires des experts. Il faut noter que le fait d'être mentionné comme expert ne signifie pas que chaque expert approuve la totalité de cette recommandation, dans le moindre détail.

Le texte retravaillé a été testé quant à sa faisabilité pratique et son applicabilité dans 4 GLEMs flamands (Overmere, le Circuit-Gent, Leuven et le Koepoort Antwerpen). La recommandation a été traduite en français et testée dans trois GLEMs francophones (Tournai, Renaix et Ellezelles).

Le texte a été adapté selon les remarques des GLEMs. Les résultats de ces tests peuvent se résumer comme suit: le recours au diagnostic différentiel ne s'impose pas de soi mais s'avère utile pour ne pas se fixer immédiatement sur un seul diagnostic. Souvent, les généralistes utilisent une forme mixte propre de TCC et d'hygiène de sommeil. Bien que plusieurs consultations soient nécessaires, cela n'est pas toujours faisable. Il n'est pas facile de ne recourir exclusivement qu'à une stratégie non médicamenteuse et des antidépresseurs sont parfois prescrits à la place des benzodiazépines. Ensuite, le texte a été soumis à l'approbation de la Commission d'experts Recommandations, à la rédaction du HANU et au CEBAM. (Centre Belge d'Evidence-Based Medecine) avant d'être publié.

Ce texte sera complètement actualisé tous les 5 ans. Les messages clés sont mis à jour tous les ans.

Les auteurs ont d'ores et déjà pris des dispositions à cette fin.

Les auteurs et les membres de la Commission «Recommandations» n'ont aucune relation avec l'industrie pharmaceutique.

Cette recommandation a été réalisée avec le soutien du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Le groupe d'auteurs a pu mener son travail en totale indépendance.

9. Annexes

CARNETS JOURNALIERS VEILLE SOMMEIL

Le médecin a le choix : il peut utiliser des formulaires de carnet journalier existants. Nous vous renvoyons à l'exemple présenté en annexe. Il peut également créer, avec son patient, son propre carnet journalier. À l'intérieur de ce carnet, doivent figurer quelques données de base :

Concernant le sommeil :

- Temps passé au lit (moments du coucher et du lever, nombre d'heures passées au lit).
- Temps efficace de sommeil.
- Qualité du sommeil (éventuellement désigné selon un score).
- Réveils nocturnes : nombre, durée, cause ?
- Moment du réveil définitif.
- Moment du lever.
- Siestes en journée : nombre, durée ?

Dans ce carnet, le médecin peut également récolter de l'information **au sujet de l'hygiène du sommeil** de son patient :

- Boissons après 18h00 ?
- Cigarettes après 18h00 ?
- Moment du repas du soir (y compris la lourdeur du repas).
- Utilisation nocturne de boissons ou de cigarettes ?
- Tendance aux pensées soucieuses ? Contenu ?
- Idées au sujet du sommeil et du trouble du sommeil.
- Médications (sédatifs et autres).

La méthode la plus simple consiste à demander au patient d'évaluer son fonctionnement diurne sur une échelle variant de 0 à 100. Si l'on suppose que le patient réponde : 60, le médecin peut ensuite lui demander ce qu'il est encore capable de faire en étant à ce score, et ce qu'il ne serait plus capable de faire pour des scores de 55, 50, 45. Et que pourrait ou que devrait-il faire pour améliorer lui-même ce score, à 65, 70, etc. Quels seraient pour lui les signes d'amélioration ? De la même manière, le médecin peut également évaluer sous forme de score la qualité du sommeil.

Ce travail par échelle permet au patient de poser un regard plus nuancé sur sa plainte. À bien noter : cette méthode consiste en une technique de dialogue, elle ne correspond nullement à une échelle utilisée en recherche.



CARNET JOURNALIER VEILLE/SOMMEIL⁹⁸

Nom :

Date de départ : / /

MODÈLE DU SOMMEIL

1. Jour 1 Jour 2 Jour 3 Jour 4 Jour 5 Jour 6 Jour 7

À quelle heure vous êtes-vous levé ce matin ?

2. À quelle heure vous êtes-vous couché hier soir ?

3. Combien de minutes ont été nécessaires pour vous endormir ?

4. Combien de fois vous êtes-vous réveillé pendant la nuit ?

5. Au total, pendant combien de temps êtes-vous resté éveillé pendant la nuit ?

6. Au total, combien d'heures/minutes avez-vous dormi ?

7. Avez-vous consommé de l'alcool la nuit précédente ? (quoi et quelle quantité ?)

8. Combien de pilules sédatives devez-vous prendre pour vous endormir ?

QUALITÉ DU SOMMEIL

Comment vous sentiez-vous ce matin ?

0	1	2	3	4
pas bien du tout		moyennement bien		très bien

La nuit passée, dans quelle mesure votre sommeil vous a-t-il fait du bien ?

0	1	2	3	4
pas bien du tout		moyennement bien		très bien

La nuit passée, dans quelle mesure avez-vous été intellectuellement actif au lit ?

0	1	2	3	4
pas du tout		moyennement		très fortement

La nuit passée, dans quelle mesure étiez-vous physiquement tendu au lit ?

0	1	2	3	4
pas du tout		moyennement		très fortement

98 Carnet journalier, tiré de "The Management of Anxiety and Insomnia". Traduction : R. Rogiers.



Société Scientifique de Médecine Générale



**Recommandations
de Bonne Pratique**

**BROCHURE
DESTINÉE AUX PATIENTS :
LES PROBLÈMES
DE SOMMEIL**

Auteurs

Tom Declercq, Roland Rogiers, Hilde Habraken, Jan Michels, An Mariman, Marc De Meyere

Bon à savoir

- Nous avons besoin de sommeil pour récupérer. Le sommeil permet de se reconstituer un potentiel énergétique, que ce soit au niveau physique ou mental.
- Le sommeil fait naturellement suite à un état de détente. Il est donc inutile de vouloir se forcer à dormir, ce qui ne ferait que produire l'effet contraire. Il faut commencer par essayer de se détendre.
- Notre sommeil est le miroir de notre activité diurne. Examinez donc pendant un instant la façon dont vous organisez votre activité diurne. Une personne qui reste sous tension jusqu'au soir ne peut s'attendre à pouvoir s'endormir immédiatement. Quelqu'un qui est tracassé toute la journée sans obtenir de résultat vivra vraisemblablement la même chose dans son sommeil.
- On ne peut parler d'un manque de sommeil que si l'on en ressent les conséquences durant les activités diurnes, comme, par exemple, le fait de s'emporter rapidement, de ne pas parvenir à se concentrer sur son travail ou de vouloir dormir tout au long de la journée. Le besoin de sommeil varie aussi d'une personne à l'autre. Il y a des "grands dormeurs" et des "petits dormeurs". Dire que chacun doit avoir huit heures de sommeil est pure invention.
- Notre besoin de sommeil évolue avec l'âge. Un nouveau-né dort la majeure partie du jour. Plus on prend de l'âge, plus le sommeil devient léger et les réveils fréquents. En général, les personnes âgées se lèvent plus tôt et sont plus vite fatiguées le soir.

On parlera de trouble du sommeil si :

1. une personne connaît régulièrement un trouble du sommeil pendant 1 mois
 2. avec un retentissement pendant la journée
 3. sans que cela soit imputable à la prise de médicaments, d'excitants ou à une affection physique ou psychiatrique
-

- Les problèmes de sommeil se multiplient. Un tiers de la population occidentale environ connaît de temps à autre des problèmes de sommeil. De 10 à 20 % de la population souffre de problèmes de sommeil chroniques.

Différents troubles du sommeil

- Il existe différents types de troubles du sommeil. Comme mentionné plus haut, il arrive parfois que des personnes dorment mal en raison de l'une ou l'autre maladie ou parce qu'elles ont pris certains produits ou médicaments. Il existe aussi des troubles du sommeil spécifiques liés à la respiration, à un syndrome des jambes sans repos ou à un rythme nuit jour changeant sans cesse (travail à pause, longs trajets en avion). Nous n'aborderons pas, dans cette brochure, ce type de plaintes.
- Nous nous limiterons aux troubles du sommeil des personnes qui souffrent de troubles de l'endormissement, du maintien du sommeil ou de réveil précoce.
- Seul le médecin peut détecter si vous souffrez d'un trouble du sommeil et, le cas échéant, de quel type de trouble il s'agit. Il pourra également déterminer si ce que nous allons exposer ci-après s'applique à votre cas.



De bonnes habitudes de sommeil

- Ne pas aller au lit le soir si l'on n'est pas fatigué mais se lever autant que possible toujours à la même heure.
- Il est très important de consacrer la dernière demi-heure de la journée à se préparer progressivement au sommeil. On veillera au respect d'une certaine routine : mettre la table, se déshabiller, se laver, se brosser les dents. Une douche ou un bain chaud peuvent favoriser la détente.
- Si l'on est sujet à des troubles du sommeil, mieux vaut ne pas regarder la télévision ou lire dans la chambre à coucher.
- Si après 20 minutes au lit, on ne parvient pas à s'endormir, il faut se lever et se livrer à une activité utile mais plutôt ennuyante dans une autre pièce. On ne retournera au lit que fatigué.

Manger, boire, être actif

- Essayez de vous consacrer à des activités reposantes avant d'aller au lit, comme écouter de la musique, par exemple, ou bavarder avec son conjoint
- Évitez des repas trop lourds le soir. Les efforts physiques sont également à déconseiller. L'activité sexuelle ne pose pas de problème du fait qu'elle détend.
- Évitez de fumer, de boire de l'alcool et des boissons contenant de la caféine et de l'acide carbonique (café, coca, limonade) juste avant d'aller dormir. Si l'on a l'habitude d'une grande consommation de ces boissons, on s'en privera pendant quelques jours ou quelques semaines. L'alcool facilite l'endormissement mais perturbe le sommeil naturel et nuit au maintien du sommeil.
- Tentez d'être aussi actif que possible au cours de la journée. Une activité physique régulière améliore le sommeil.

Un environnement de sommeil confortable

- Veillez à maintenir une température confortable, assurer le silence et l'obscurité dans la chambre à coucher.

Gestion du stress

- Si des tracas pendant la journée causent les problèmes de sommeil, trouvez quelqu'un à qui en parler. Examinez quelles activités dissipent ces pensées stressantes. Il peut s'avérer utile parfois de coucher sur le papier en début de soirée ces pensées stressantes.
- Si l'on a divers projets à élaborer au lit, posez un stylo et du papier sur la table de chevet pour y inscrire ces idées.
- Des méthodes de relaxation telles que le yoga, la méditation, l'auto-hypnose et autres exercices de relaxation constituent une bonne manière d'apprendre à se détendre.

Médication

- Le fait de prendre des somnifères pendant plus d'une ou deux semaines ne fera qu'aggraver le problème. Une telle médication peut empêcher que l'on se réveille mais ne peut remplacer le sommeil naturel.
- Le risque est grand de s'accoutumer à la prise de pilules, créant ainsi un problème supplémentaire.
- Ne prenez jamais de somnifères sans avoir consulté un médecin. Celui-ci peut discuter avec vous de méthodes permettant d'agir réellement sur votre insomnie sans recourir à une médication.

Problèmes prolonges du sommeil

- Les problèmes du sommeil apparaissent généralement parce que les personnes se trouvent en période de stress. Même si ces causes trouvent une solution entre-temps, les plaintes de sommeil peuvent subsister.
- Après trois semaines environ d'un mauvais sommeil, un mécanisme se développe. Le lit est assimilé à un endroit d'insomnie, ce qui énerve le sujet qui va au lit et diminue d'autant ses chances de pouvoir s'endormir.
- Si les plaintes du sommeil persistent depuis des mois voire des années et que le sujet a tout tenté parmi les solutions énumérées ci-dessus, il peut s'avérer nécessaire de réfléchir à son mode de vie : organiser différemment sa vie, aborder les problèmes sous un angle neuf. Le traitement de plaintes du sommeil existant depuis des années peut encore donner de bons résultats.
- La recherche montre qu'il est préférable de résoudre son problème de sommeil sans recourir à des médicaments. C'est ainsi que l'on obtient les meilleurs résultats, résultats qui persistent à long terme !
- Il faut se donner du temps. Le problème du sommeil a pris le temps de se développer. Les gens espèrent souvent des solutions miracles qui résolvent ce problème en une nuit, ce qui est bien compréhensible mais manque de réalisme. Il faut se donner le temps pour réapprendre un modèle de sommeil habituel.
- L'une des erreurs les plus fréquentes réside dans le manque de persévérance des gens dans leurs tentatives. Il faut environ deux à trois semaines pour retrouver un sommeil normal. Pendant tout ce temps, il faut respecter scrupuleusement les conseils du médecin.
- Il se peut qu'une orientation vers un laboratoire du sommeil s'avère nécessaire. On y étudie votre sommeil et la qualité de votre sommeil à l'aide de mesures très précises. Le patient passe alors une nuit en clinique.

Un carnet journalier veille sommeil peut être parfois riche d'enseignements sur les éléments qui jouent un rôle dans vos problèmes de sommeil. Abordez avec votre médecin l'utilité éventuelle d'un tel carnet pour vous et la façon dont il convient de le compléter.