

Que proposer à l'insomniaque ?

Mots clés : Il peut paraître simple de répondre à la plainte d'insomnie par une prescription médicamenteuse. Cette simplicité cache une quasi-impossibilité de retour en arrière en cas d'insomnie chronique. Les effets secondaires des benzodiazépines (BZD) et assimilés (zolpidem et zopiclone), particulièrement chez les personnes âgées, sont tels qu'une réglementation très limitative en a découlé (traitements courts limités à quelques semaines, interruptions régulières¹), difficile à mettre en application... Deux synthèses anglaises récentes^{2,3} et une revue systématique de la revue *Prescrire* sur la place de la phytothérapie⁴ apportent des données sur les alternatives possibles au moment de la première prescription.

Quelle place pour les médicaments ?

Les BZD ont d'importants effets secondaires : altérations cognitives, somnolences diurnes, chutes, dépendance. Les « **Z drugs** » (zolpidem et zopiclone), plus onéreuses, ont été présentées comme moins dangereuses sur la base d'essais critiquables (durée brève de quelques semaines, pas de vraie différence en terme de bénéfice/risque) : le risque de dépendance, plus faible, persiste² et de nouveaux essais sont indispensables³. L'efficacité des **antidépresseurs sédatifs**, en dehors de l'association à une dépression, est controversée^{2,3}.

Les hypnotiques sont efficaces à court terme sur l'insomnie aiguë, mais leurs effets se dégradent avec le temps dans l'insomnie chronique.

Et les approches non pharmacologiques ?

Les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur effet durable au cours d'études avec suivi de 6 mois ou plus. Ces traitements incluent **contrôle par le stimulus** (*votre lit est fait uniquement pour dormir, couchez vous seulement quand vous êtes prêt à dormir, cessez toute activité exigeante sur le plan physique et intellectuel une heure avant, ne lisez pas et ne regardez pas la télé au lit, si vous ne vous endormez pas, levez vous et allez dans une autre pièce aussi longtemps que vous le désirez, levez vous à la même heure tous les jours...*), **hygiène du sommeil** (*limitez votre consommation d'alcool, de stimulant, les activités physiques trop intenses dans les 3 ou 4 heures précédant le coucher...*), **relaxation**. Ces techniques sont utilisables en médecine générale après une brève formation^{2,3,5}.

Les plantes sont-elles efficaces ?

La revue *Prescrire*⁴ a fait l'inventaire des plantes inscrites par l'Afssaps comme « traditionnellement utilisées

en cas de troubles mineurs du sommeil », donc avec des preuves d'efficacité faibles ou absentes.

Il est prudent de déconseiller celles dont l'innocuité est douteuse : La *ballote* (en association dans Euphytose®) renferme des composés peut-être hépatotoxiques et pourrait avoir été à l'origine d'une hépatite fulminante. L'*anémone pulsatile* renferme de la protoanémone, toxique chez l'animal. D'autres n'ont pas fait la preuve de leur innocuité : *aspérule*, *coquelicot*, *eschscholtzia*, *gaillet*, *laitue vireuse*...

D'autres sont acceptables en l'absence d'effets indésirables connus : soit ayant des indications traditionnelles autres que l'insomnie (*gatilier*, *mélilot*), soit n'ayant jamais été évaluées dans l'insomnie (*lavande*, *passiflore*, *houblon*, *aubépine*). *Mélisse*, *orange*, *tilleul*, *verveine* sont en vente libre⁴.

Pour la valériane des essais, de qualité méthodologique faible. Versus placebo, son efficacité a été jugée bonne à très bonne par les patients (66% vs 26%) mais ce bénéfice a été progressif et modeste (1 essai). Versus BZD, 2 essais n'ont pas montré de différence significative.

Il n'a pas été relevé d'effets indésirables au cours des essais et en pharmacovigilance, mais la valériane contient 2 principes actifs : les valépotriates, sédatifs et spasmolytiques, mais aussi cytotoxiques et mutagènes ; l'acide valérénique, sédatif et anticonvulsivant. Les valépotriates sont trouvés dans les solutions fortement alcoolisées. Il vaut donc mieux éviter les extraits alcooliques de titre élevé et la poudre de valériane et préférer les extraits aqueux et hydroalcooliques de titre faible⁴.

Que retenir en pratique ?

- La perception subjective de l'insomnie est au moins aussi importante que sa réalité objective, la durée du sommeil étant souvent équivalente à celle d'un « bon » dormeur. Ecouter et faire parler l'insomniaque sur sa plainte (type d'insomnies, fréquence et circonstances, moment du coucher, rituels d'endormissement, conséquences sur la vie diurne) permet d'adapter les conseils, d'identifier les possibles facteurs organiques ou psychopathologiques sous-jacents³. Les explications données en cours de consultation et des propositions plus structurées de type cognitivo-comportemental^{1,3,5} peuvent faire accepter une approche non médicamenteuse.

- Si une prescription paraît souhaitable, une phytothérapie respectant les règles ci-dessus peut être le prétexte à ménager un moment de détente avant le coucher⁴. Elle peut toujours précéder la prescription des hypnotiques modernes dont l'incapacité à rétablir un sommeil physiologique et les inconvénients sont certains, et avec lesquels le retour en arrière sera toujours difficile. Nous y reviendrons.

Références :

- 1 - Collectif. Traitement de l'insomnie et benzodiazépines. *Bibliomed* 2000 : 175.
- 2 - Holbrook AM. Treating insomnia. *BMJ* 2004 ; 329 : 1198-99.
- 3 - Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. *Lancet* 2004 ; 364 : 1959-73.
- 4 - *Prescrire* Rédaction. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. *Rev Prescrire* 2005 ; 258 : 110-14.
- 5 - *Prescrire* Rédaction. Insomnie. Les traitements cognitifs et comportementaux, alternatifs aux médicaments. *Rev Prescrire* 1998 : 181 : 133-5.