Une démarche au service de la santé
GROUPES QUALITÉ

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL ET USAGE DES HYPNOTIQUES

1. Préambule

Les troubles du sommeil sont fréquents. Ils touchent 19% de la population de façon occasionnelle. Un tiers des patients consultants un médecin généraliste ont déjà présenté des épisodes d'insomnie; 10 % souffrent de troubles chroniques.

En pratique généraliste, selon les rares études disponibles, l'insomnie toucherait globalement la moitié des consultants en médecine générale et se répartirait en 15 à 17 % d'insomnies légères, 12 à 17 % d'insomnies modérées et 19 à 23 % d'insomnies sévères.

Le diagnostic, purement clinique, est parfois difficile et les traitements autres que les hypnotiques sont méconnus.

Depuis 2002 plusieurs actions ont été menées en France pour diminuer la prise d'hypnotiques. De ce fait la consommation de benzodiazépines anxiolytiques a diminué de 1,8 % par an, cependant celle de benzodiazépines hypnotiques est restée stable. Au niveau européen, également, la consommation d'hypnotiques est relativement stable. En 2009 la France reste forte consommatrice en seconde position derrière la Suède.

La consommation des benzodiazépines hypnotiques augmente plus chez les femmes avec l'âge.

Les benzodiazépines sont majoritairement prescrites par les médecins généralistes.

2. Principes généraux :

1. **Définition :** L'insomnie se définit comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches.

2. **Diagnostic :**

   a) L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi :
   - le temps de latence de l'endormissement ;
   - la durée des éveils en cours de nuit ;
   - le nombre de ces éveils nocturnes ;
   - le réveil matinal prématuré ;
   - le temps total de sommeil ;
   - l'efficacité du sommeil ;

- l'état diurne : fatigue, hypersensibilité diffuse, troubles de l'attention, irritabilité; performances psychomotrices altérées;

b) Une consultation dédiée à la plainte est donc recommandée. Un agenda du sommeil rempli chaque matin pendant trois semaines par le patient permet une analyse rapide et précise. Cette consultation doit :

- identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil éveil des 24 heures (type, répercussions diurnes, traitements déjà utilisés, besoin de sommeil, temps passé au lit et temps total de sommeil).
- Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil
- Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés.
- Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique
- Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.
- Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites
- Apprécier la sévérité de l'insomnie selon :
  - sa fréquence (nombre de mauvaises nuits hebdomadaires) ;
  - l'ampleur de son retentissement diurne
- identifier
  - une insomnie d'ajustement (ou transitoire ou court terme), le plus souvent lié à un événement ponctuel ou une situation nouvelle déclenchant un stress et nécessitant une adaptation.
  - Une insomnie chronique :
    - Soit avec comorbidité psychique (dépression) ou physique (apnées, jambes sans repos, douleurs)
    - Soit avec usage de substance défavorable au sommeil (médicaments, alcool)
    - Soit sans comorbidité, psychophysiologique ou mauvaise perception du sommeil.

c) Le recours au spécialiste ou à des examens paracliniques :

- le recours à un spécialiste ne se fait qu'en cas d'insomnies atypiques, rebelles ou liées à d'autres troubles du sommeil.
- la polysomnographie est indiquée en cas de en cas de :
  - troubles du sommeil liés à la respiration (ronflements, somnolence diurne)
  - des mouvements périodiques des membres (signalés par le conjoint),
  - une somnolence diurne
  - sommeil conservé mais non réparateur, sans dépression associée,
  - trouble des rythmes circadiens,
  - diagnostic clinique incertain,
  - traitement bien conduit, s'avérant inefficace
- l'actimétrie (ou actigraphie)

  Ce dispositif permet de façon simple de relever les rythmes d'activité et de repos, qui témoignent dans une certaine mesure du rythme éveil-sommeil. L'actimétrie n'est pas indiquée en première intention pour le diagnostic, l'évaluation de la sévérité et la prise en charge de l'insomnie.

3. Prises en charges thérapeutiques

1) Stratégies thérapeutiques :

a) dans tous les cas d'insomnie avant toute autre initiative, il convient de s'assurer que quelques règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont réunies :

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

Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères.

b) Il faut restaurer une régulation du cycle veille-sommeil avec renforcement de l'éveil diurne et un suivi programmé avec réévaluation périodique de la situation, quel que soit le traitement.

c) En cas d'insomnie d'ajustement :

- dédramatiser la situation, assurer un soutien psychologique
- si nécessaire, un traitement pharmacologique, par sédatif, anxiolytique ou hypnotique, qui doit être le plus léger et le plus bref possible.

d) En cas d'insomnie chronique :

- outre le traitement de la pathologie éventuellement associée,
- le traitement préférentiel de l'insomnie en première intention est, dans la mesure du possible, une thérapie comportementale ou une psychothérapie
- réserver la prescription d'hypnotique au cas de recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle, après réévaluation de la situation du patient

2) La prescription d'un hypnotique :

a) Critères de choix

- le profil d'insomnie du patient, l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique)
- le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liés à la dose et à la demi-vie
- les effets résiduels diurnes, le type d'activités pouvant être pratiquées au décours de la prise du produit
- le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes

b) Erreurs à éviter

- prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique
- associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques
- prescrire un hypnotique en cas de pathologie respiratoire
- arrêter brutalement un traitement hypnotique

L'effet rebond peut être limité ou évité par le choix de produits à demi-vie courte ou moyenne, à la plus faible dose efficace, et une diminution progressive de la dose

c) Informer les patients dès la prescription sur :

- la durée du traitement, le respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai d'action du produit, les effets résiduels possibles, les modalités d'arrêt du traitement, les effets indésirables à l'arrêt
- le délai à respecter à partir de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant vigilance et adresse (conduite automobile ou de machines, travaux de précision)

3) -Sevrage des hypnotiques :

La prise d'hypnotiques est entretenue par les insomnies de rebond. Le sevrage, toujours progressif, ne peut se faire que chez un patient motivé. La durée peut s'étendre sur plusieurs mois (utilisateurs de longue durée) :

- réduire les doses par paliers de ¼ de comprimé
- instaurer un suivi attentif, y compris après arrêt total de l'hypnotique

4) Choix d'une thérapie :

Choisir entre les deux méthodes comportementales praticables en soins primaires (mais peu répandues en France) : le contrôle du stimulus et la restriction du temps de sommeil

- Insomnie psychophysiologique : thérapie cognitivo-comportementale
- Mauvaise perception du sommeil : techniques de relaxation ou thérapie cognitivo-comportementale
- Trouble de rythme circadien : chronothérapie, luminothérapie

5) Personnes âgées :

- Particularités cliniques
  - les modifications physiologiques du sommeil (plus léger, plus fragmenté, plus étalé sur le nycthémère) ;
  - les conséquences diurnes de l'insomnie plus marquées qu'à l'âge moyen (ralentissement psychomoteur) ;
  - un métabolisme moins performant ralentissant la pharmacocinétique des médicaments;
  - une plus grande fréquence des comorbidités.
- -Particularités des traitements
  - Traitements pharmacologiques : Bien que la question du rapport bénéfices/risques reste discutée, on doit retenir que les effets indésirables habituels des BZD sont ici plus fréquents, notamment le risque de chutes ou d'accidents de conduite automobile et leur cortège de complications.
  - Techniques cognitivo-comportementales: leur efficacité chez les sujets âgés est considérée comme modeste,
  - Autres moyens non pharmacologiques
    - *La photothérapie* pourrait avoir un rôle favorable dans les troubles du sommeil à composante circadienne. Utilisée dans ces cas, elle nécessite cependant d'éliminer certaines contre-indications (glaucome, rétinopathie, médicaments sensibilisant à la lumière
    - *L'exercice physique modéré* : il pourrait contribuer à limiter les manifestations anxieuses ou les troubles de l'humeur.

4. Conclusion

La prise en charge d'un patient souffrant d'insomnie justifie une attention spécifique au contexte de vie et d'activité, à l'ensemble du cycle veille-sommeil, aux pathologies éventuellement associées.

La prescription d'hypnotiques, même justifiée, ne doit pas être banalisée, car si elle facilite le sommeil, elle ne règle pas réellement le problème de l'insomnie. Leur usage requiert des règles précises : dosage minimum utile, limitation dans le temps, information du patient, réévaluation programmée de la situation, modalités d'arrêt.

5. Les indicateurs

1) Indicateur 1 :

Taux de patients ayant eu au moins une prescription d'hypnotiques
nombre de patients de plus de 18 ans ayant eu au moins une prescription d'hypnotiques / nombre de patients de plus de 18 ans ayant eu au moins une consultation.
effet attendu : une diminution

2) Indicateur 2 :

Taux de patients ayant eu une seule prescription d'hypnotiques :
nombre de patients de plus 18 ans ayant eu une seule délivrance d'hypnotiques / nombre de patients de plus de 18 ans ayant eu une ou plusieurs délivrances d'hypnotiques.
Effet attendu :une augmentation

6. Références bibliographiques

- *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale : SFTG, HAS décembre 2006*
- *Insomnie : recommandation en première ligne de soins SSMG Belgique 11 juin 2005*
- *Agenda du sommeil HAS 2006*
- *Modalité d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez la personne âgée HAS octobre 2007*
- *Test d'auto-évaluation de l'insomnie de l'OMS 26 mars 2002*
- *Insomnies : hypnotiques ou non, revue MEDECINE mai 2009, Stratégies p208-213, Sarah HARTLEY, Toni QUERA SALVA*
- *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise Afssaps janvier 2012*

Rédacteur Jean Claude DOUGUET Coordonnateur des Groupes Qualité Bretons juin 2013
Relecture et validation CTO Apimed le 29 août 2013