

Des recommandations aux pratiques

Cette recommandation s'inscrit, comme celle sur la prévention des chutes chez les personnes âgées¹, dans le cadre d'une démarche initiée par la Haute Autorité de santé en 2004 : la HAS avait alors proposé aux sociétés scientifiques de médecine générale de prendre en charge intégralement l'élaboration et l'écriture de recommandations de pratiques cliniques dans certains domaines concernant particulièrement les soins primaires. Elle leur a donné les moyens financiers nécessaires. Le document dont les points-clés sont repris ci-dessous a été rédigé sous l'entière responsabilité de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) selon la méthodologie habituelle des recommandations.

L'adulte insomniacque et son généraliste

Cinq points-clés pour la pratique (recommandation SFTG/HAS 2006)

Dans la plupart des pays occidentaux, France en tête, la consommation d'hypnotiques augmente, alors qu'aucune étude ne propose d'explication réellement convaincante à ce phénomène. Selon les rares études disponibles, la moitié des consultants en médecine générale souffriraient d'insomnie (« légère » dans 15 à 17 % des cas, « modérée » pour 12 à 17 %, « sévère » pour 19 à 23 %), mais de nombreux insomniacques n'abordent pas cette question avec leur médecin. Les perturbations du fonctionnement diurne, physique, psychique et social qui en résultent, indépendamment de comorbidités éventuelles, altèrent la qualité de vie, globalement comme en cas de maladie chronique. L'épidémiologie montre un lien statistique positif entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles émotionnels, abus de substances illicites et d'alcool), ainsi qu'un risque accru d'accidents de la route et d'accidents du travail, notamment en raison des effets résiduels des hypnotiques. Les médecins généralistes sont concernés au premier rang : l'insomnie est un motif typique de recours en soins primaires, et ils suivent la grande majorité des patients insomniacques.

1. Les points-clés en ont été rapportés dans *Médecine*. 2006;2(9):407-10.

Point-clé 1 : un diagnostic essentiellement clinique

Du fait du retentissement de l'insomnie et de l'absence fréquente de plainte fonctionnelle de la part des patients, le groupe de travail recommande une **approche « active » de la question du sommeil** lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (accord professionnel). Au total, le diagnostic d'insomnie est essentiellement un **diagnostic clinique, fondé sur la plainte subjective** des patients, portant sur l'ensemble du cycle éveil-sommeil. L'analyse de ce ressenti devrait faire l'objet d'une consultation qui lui soit entièrement consacrée.

Le groupe de travail recommande de rechercher ou préciser :

- les caractéristiques de l'insomnie (type, ancienneté et fréquence, sévérité, temps passé au lit, durée du sommeil, besoin de sommeil habituel) et de ses répercussions dans la journée (fatigue, tension,

irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, rarement, somnolence excessive), des traitements déjà utilisés ou en cours ;

- les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil (activités vespérales, rituels, siestes, etc.), les facteurs d'hyperstimulation (activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, etc.), l'existence d'événements déclenchants, sources possibles de soucis ou de stress ;

- les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés, dont les apnées (notamment chez les personnes âgées), les mouvements périodiques des membres, les jambes sans repos, en recueillant si besoin l'avis du conjoint ;

- une pathologie associée, aiguë ou chronique : état douloureux, troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs, troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires ou thyroïdiens, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.) ;

- l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites ;

- des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par exemple : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

En pratique, il est utile, pour évaluer les caractéristiques de l'insomnie, de s'appuyer sur un « **agenda du sommeil** » portant sur au moins une quinzaine de jours². Il peut être intéressant de choisir deux périodes, l'une de travail, l'autre de vacances...

Point-clé 2 : hypnotique ou pas ?

Le respect d'une hygiène élémentaire du sommeil et une bonne régulation du cycle veille-sommeil avec renforcement de l'éveil diurne sont les deux premières règles à respecter. Quel que soit le traitement choisi, il exige un suivi programmé avec réévaluation périodique de la situation.

En cas d'insomnie d'ajustement (occasionnelle ou de court terme, où le problème est surtout de passer un cap délicat) :

- dédramatiser la situation, assurer un soutien psychologique,

- si nécessaire, un traitement pharmacologique, par sédatif, anxiolytique ou hypnotique, le plus léger et le plus bref possible

En cas d'insomnie chronique (dure depuis des mois ou années) :

- outre le traitement de la pathologie éventuellement associée,

- dans la mesure du possible, en première intention, une thérapie comportementale ou une psychothérapie ;

- la prescription d'hypnotique est à réserver aux recrudescences temporaires de l'insomnie, de façon ponctuelle, après réévaluation de la situation.

Dans les insomnies chroniques, notamment l'insomnie sans comorbidité (ou primaire), des **thérapies de type cognitivo-comportemental** ont montré leur efficacité, sur des délais de 6 mois à 2 ans après la fin des traitements, notamment le contrôle du stimulus (qui vise à recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil) et la restriction de sommeil (moins facile à accepter, elle vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher). Mais en France, ces méthodes thérapeutiques sont peu développées, voire méconnues, non prises en charge par l'assurance maladie, ce qui fait qu'elles sont actuellement peu accessibles.

Avant toute prescription

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.

Respecter ces règles peut suffire dans certains cas d'insomnies légères et sans comorbidité. Selon des avis d'expert, deux facteurs « synchroniseurs », la lumière et l'activité physique, sont en outre à prendre en compte :

- En cas de difficultés d'endormissement : bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) et éviter la lumière forte et l'activité physique le soir.

- En cas de réveil matinal trop précoce : ne pas traîner au lit quand on est réveillé, favoriser l'activité physique du soir, et utiliser une ambiance lumineuse forte.

Prescrire un hypnotique

Choisir

Doivent être pris en compte : le profil d'insomnie du patient, son état physiologique (âge, état rénal et hépatique), le délai d'action du produit et sa durée, les effets résiduels diurnes, le type d'activités pouvant être pratiquées au décours de la prise du produit et le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes³.

Parmi les **benzodiazépines** et apparentés, aucun produit n'a l'indication « insomnie chronique ». Les produits à demi-vie courte ou moyenne doivent être préférés dans le but d'éviter ou de limiter les effets résiduels diurnes (le choix peut être guidé par le *tableau 1*). L'efficacité des traitements discontinus n'a pas été étudiée sur le long terme dans les insomnies chroniques. Les études existantes, réalisées uniquement

2. Il en est proposé un exemplaire en annexe de la recommandation, disponible sur www.has-sante.fr. Différents autoquestionnaires sont également être proposés en complément.

3. En cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique, il peut être nécessaire d'adapter la posologie, notamment pour les benzodiazépines.

pour le zolpidem et sur le court terme, manquent de puissance pour permettre de conclure formellement à leur efficacité.

Les **antidépresseurs**, bien qu'ils soient utilisés en pratique dans le traitement de l'insomnie, n'ont pas fait la preuve de leur intérêt. Il n'est pas démontré que le rapport bénéfices/risques soit favorable, même si l'insomnie peut être améliorée dans le cadre d'un traitement d'une dépression.

Parmi **les antihistaminiques H1** bénéficiant de l'indication « insomnie », sous réserve des contre-indications et précautions décrites (effets anticholinergiques ou adrénolytiques), peuvent être utilisés chez l'adulte, mais déconseillés chez le sujet âgé (effets atropiniques non négligeables) : alimémine (Théralène®), prométhazine (Phénergan®), acéprométhazine associée au méprobamate (anxiolytique) sous le nom de Mépronizine®, doxylamine (Donormyl®) ; prescription à réévaluer si l'insomnie dure plus de 5 jours.

La phytothérapie, d'efficacité incertaine, peut être utile à titre de placebo : la valériane n'a pas montré d'efficacité supérieure à celle d'un placebo ; en l'absence d'essais randomisés, l'innocuité de la mélisse, de l'oranger, du tilleul et de la verveine odorante ne peut être ni affirmée, ni infirmée.

La **mélatonine** n'a pas fait la preuve de son efficacité dans l'insomnie et n'est ni autorisée, ni commercialisée en France en tant que médicament.

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.

Informé

Dès la prescription, le patient doit connaître :

- 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).

Sevrer

L'arrêt progressif des hypnotiques est requis, quelle que soit la durée de l'insomnie, et plus particulièrement chez les utilisateurs au long cours, chez lesquels le sevrage peut durer plusieurs mois. Il est généralement conseillé de réduire les doses par paliers (de 1/4 de comprimé), selon un rythme propre à chaque patient, d'autant plus lent que la consommation est ancienne... Cette période difficile doit être programmée avec le patient et nécessite un suivi attentif ainsi qu'un soutien psychologique constant, à poursuivre après l'arrêt total de l'hypnotique.

Tableau 1. Effets résiduels des hypnotiques BZD et apparentés selon l'altération des performances psychomotrices aux diverses doses (d'après A. Vermeeren, CNS Drugs. 2004;18:323).

Produit	Dose (mg)	Délais après administration			
		4-8 h	8-12 h	12-16 h	16-22 h
Zolpidem (Stilnox®)	10	modéré	improbable	improbable	improbable
Témazépam (Normison®)	20	modéré	improbable	improbable	improbable
Triazolam (Halcion®)	0,125	modéré	improbable	improbable	improbable
Lormétazépam (Noctamide®)	1	sévère	mineur	improbable	improbable
Triazolam	0,25	sévère	mineur	improbable	improbable
Zolpidem	20	sévère	mineur	improbable	improbable
Lormétazépam	2	sévère	modéré	improbable	improbable
Loprazolam (Havlane®)	1	sévère	modéré	improbable	improbable
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1	sévère	modéré	improbable	improbable
Triazolam	0,5	sévère	modéré	improbable	improbable
Zopiclone (Imovane®)	7,5	sévère	modéré	improbable	improbable
Nitrazépam (Mogadon®)	5	sévère	mineur ?	mineur	improbable ou mineur
Flunitrazépam	2	sévère	modéré	mineur ou modéré	mineur
Nitrazépam	10	sévère	modéré	modéré	modéré
Loprazolam	2	sévère	sévère	sévère	modéré

Point-clé 3 : quand demander un avis spécialisé ?

Seuls certains cas particuliers nécessitent l'avis d'un spécialiste du sommeil : les insomnies rebelles et les insomnies inexplicables, atypiques ou évoquant une situation particulièrement complexe. Dans ces deux cas, l'avis diagnostique d'un psychiatre peut aussi être sollicité avant le recours à un centre d'exploration du sommeil.

Le choix des indications de techniques d'exploration (poly-somnographie et actimétrie) relève du spécialiste du sommeil consulté, sachant que les données obtenues, de nature objective, peuvent ne pas se recouper totalement avec les données subjectives.

Point-clé 4 : personnes âgées

L'objectif général est d'entretenir ou restaurer le cycle éveil-sommeil (chronothérapie) : favoriser l'éveil diurne (respecter l'horaire du lever, limiter ou arrêter la sieste, retarder l'horaire du coucher), stimuler la pratique d'activités physiques ou intellectuelles, favoriser l'exposition à la lumière naturelle, etc.

Certaines comorbidités génèrent des insomnies : syndrome d'apnées du sommeil, état douloureux, dépression ; de même certains médicaments (modifier la dose, l'horaire ou le médicament) ; la polymédication favorise le risque d'interactions médicamenteuses (surtout s'il s'agit de traitements psychotropes ou antalgiques majeurs, agissant sur le système nerveux central).

Pour l'insomnie chronique, les traitements non pharmacologiques sont conseillés si possible en priorité, éventuellement combinés de façon ponctuelle avec l'utilisation d'hypnotiques, bien que l'indication « insomnie chronique » ne soit actuellement attribuée à aucun d'entre eux. Si l'hypnotique paraît nécessaire, choisir des produits à demi-vie courte et à demi-doses (tableau 2).

Point-clé 5 : femmes enceintes

L'insomnie pendant la grossesse pose le problème particulier du risque médicamenteux : malformatif lors du 1^{er} trimestre, fœto-toxique et/ou néonatal ensuite. Ce risque doit conduire à une grande prudence dans la prescription de médicaments, sans négliger pour autant les conséquences éventuelles d'une insomnie rebelle. Il peut être utile de demander l'avis du centre régional de pharmacovigilance (liste disponible sur www.agmed.sante.gouv.fr) ou du Centre de Recherche sur les Agents Tératogènes (CRAT : <http://lecrat.monsite.wanadoo.fr>), soit pour mettre au point d'éventuelles mesures de surveillance spécifiques de la grossesse si un somnifère a été pris avant que la femme n'ait connaissance de sa grossesse, soit pour choisir en fonction du cas un traitement présentant le risque minimal si la prescription d'un médicament s'avère nécessaire.

En fin de grossesse et d'autant plus que l'on s'approche du terme, il est nécessaire de prévenir l'équipe chargée de l'accouchement pour les soins spécifiques à prévoir pour le nouveau-né en cas de signes d'imprégnation aiguë ou chronique ou de survenue d'un syndrome de sevrage. Toute automédication doit être évitée durant la grossesse.

Tableau 2. Choix d'une BZD ou apparenté dans l'indication « insomnie », chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique, ou après 75 ans.

À privilégier : Benzodiazépines à « demi-vie courte » (< 20 heures)			
Nom en DCI (nom commercial)	1/2 vie heures	Métabolite actif	Dose recommandée
Zolpidem (Stilnox [®])	2,5	non	5 mg
Zopiclone (Imovane [®])	5	non	3,75 mg
Témazépam (Normison [®])	5 à 8	non	7,5-15 mg
Loprazolam (Havlane [®])	8	non	0,5 mg
Lormétazépam Noctamide [®]	10	non	0,5-1 mg
! À éviter ! Benzodiazépines à « demi-vie longue » (= 20 heures)			
Flunitrazépam (Rohypnol [®])	16 à 35	oui	–
Nitrazépam (Mogadon [®])	16 à 48	non	–
Clorazépate dipotassique (Noctran [®])	30 à 150	oui	–

En résumé : en cas de plainte d'insomnie confirmée

Quel problème ?	Type d'insomnie	Que faire ?
1. Y a-t-il un facteur physique s'opposant au sommeil (bruit, lumière, température) ?	⇒ Insomnie liée à un facteur environnemental	⇒ <i>Éliminer ce facteur, règles d'hygiène du sommeil ± hypnotique temporairement</i>
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Troubles du rythme circadien	⇒ <i>Réajuster le cycle éveil-sommeil (horaires de lever et coucher, etc., cf. texte)</i>
2. Y a-t-il modification des repères chronologiques ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Insomnie d'ajustement	⇒ <i>Phytothérapie, anxiolytique ou hypnotique temporairement</i>
3. Y a-t-il des causes d'hyperéveil (stress récent, surmenage, soucis, approche d'événement inhabituel) ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Insomnie médicamenteuse	⇒ <i>Sevrage progressif</i>
4. Y a-t-il prise de produit défavorable au sommeil ou prise prolongée d'hypnotique ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Insomnie associée à une affection médicale	⇒ <i>Améliorer le traitement de l'affection en cause ± hypnotique temporairement</i>
5. Y a-t-il affection médicale mal contrôlée ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Insomnie associée à une affection psychiatrique	⇒ <i>Avis spécialisé (psychiatre) : traiter l'affection ± thérapie cognitivo-comportementale ± hypnotique temporairement</i>
6. Y a-t-il trouble mental, dépressif, anxieux, ou autre ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Syndrome d'apnées du sommeil, des jambes sans repos...	⇒ <i>Avis spécialisé (centres du sommeil)</i>
7. Y a-t-il trouble respiratoire, mouvements périodiques ou de jambes sans repos liés au sommeil ?		
↪ <i>Insomnie persistante</i>	⇒ Insomnie primaire psychopathologique	⇒ <i>Thérapie cognitivo-comportementale ± hypnotique temporairement</i>
8. Y a-t-il associations mentales défavorables au sommeil, efforts excessifs pour dormir, tension somatisée, rumination ?		