

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°

THESE

Pour le

Diplôme d'état de docteur en médecine

Qualification en Médecine Générale

par

Nathalie Rabourdin-Frin
Née le 29 novembre 1975 à Bagnolet

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2004

**REALISATION ET EVALUATION D'UN GUIDE PRATIQUE DE
L'INSOMNIE EN MEDECINE GENERALE**

Président : Monsieur le Professeur Vanelle

Directeur de thèse : Docteur Nogues

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Remerciements

A mon mari,

A mes parents,

Au Docteur Nogues pour m'avoir consacré du temps et une grande compréhension,

Au Professeur Vanelle, président du Jury, pour sa lecture critique du guide

Au Professeur Planchon et aux Docteurs Derkinderen et Senan, pour avoir accepté d'être les membres du jury.

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
METHODE	6
SELECTION	6
Les livres.....	6
Les revues médicales.....	7
Le réseau Internet	8
Les rencontres réalisées lors de la journée mondiale du sommeil	8
Les cours du D.U (Diplôme universitaire).....	8
Les contacts avec les associations et instituts sur le sommeil	8
INTERVENTION.....	9
Les connaissances	9
Les fiches médecin.....	11
Les fiches patients.....	13
EVALUATION.....	15
RESULTATS	17
Le guide.....	18
Evaluation du guide.....	65
DISCUSSION.....	67
RESULTAT PRINCIPAL ET IMPLICATION MAJEURE	67
FORCES ET FAIBLESSES DE MON TRAVAIL	68
Forces.....	68
Faiblesses	68
CHANGEMENTS OBSERVES OU A PROPOSER. IDEES NOUVELLES ISSUES DE VOTRE THESE.....	69
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	71

INTRODUCTION

D'après une enquête nationale sur les Français et leur sommeil, il apparaît que 3 Français sur 4 souffrent d'insomnie à des degrés divers.

Même si la moitié des insomniaques n'ont jamais évoqué le problème en consultation, ni été interrogés par leur médecin sur cette question, il reste pour le médecin généraliste un très grand nombre de consultations où le problème d'une insomnie doit être traité.

Cependant, par des connaissances souvent limitées sur ce sujet et un manque de temps en consultation, le médecin généraliste reste souvent impuissant devant les insomnies chroniques, et renouvelle la prescription d'hypnotiques, ce qui place la France au premier rang des pays consommateurs de psychotropes.

Un guide de l'insomnie pourrait s'avérer être un outil utile pour aider les médecins généralistes dans leur pratique. La première étape de cette thèse a été de réaliser ce guide. La seconde étape a consisté en son évaluation par des médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire.

METHODE

Elle comporte trois parties :

Sélection : recherche bibliographique pour l'élaboration du guide

Intervention : synthèse et rédaction du guide

Evaluation : élaboration d'un questionnaire et analyse des réponses.

1 Sélection

Les différents moyens d'accès aux connaissances ont été :

- Les livres destinés aux médecins ainsi qu'au grand public,
- Les revues médicales,
- Le réseau Internet,
- Les rencontres réalisées avec des professionnels du sommeil lors de la journée mondiale du sommeil,
- Les contacts avec les associations et instituts sur le sommeil.

Les critères de sélection ont été principalement :

- Une information claire et pratique,
- Une information adaptée aux connaissances et à la pratique de la médecine générale,
- Une information destinée aux patients déjà utilisée et validée par les centres du sommeil ou par les associations promouvant les connaissances et la prévention des troubles du sommeil,
- Une information écrite par des spécialistes du sommeil reconnus par le corps médical,
- Une information récente, datant de moins de cinq ans.

Les références principalement utilisées ont été :

1.1 **Les livres :**

- le chapitre intitulé « les insomnies » (pages 161 à 259) de l'ouvrage de Billiard, « Le sommeil normal et pathologique, » aux éditions Masson.
Ce livre a servi de base pour la rédaction « des connaissances » et notamment pour les chapitres traitant :
 - des insomnies occasionnelles et à court terme, rédigés par Peraita Adiados (24);
 - de l'insomnie psychophysiologique rédigée par Royant Parola (28);
 - des insomnies organiques neurologiques et somatiques rédigées par Laffont (15);
 - des insomnies psychiatriques rédigées par Garma (9)
 - et des insomnies médicamenteuses rédigées par Corruble et collaborateurs (4).
- **Le livre de Damien Léger intitulé « Les troubles du sommeil » aux éditions Doin (collection Conduites) paru en 2001.**
Ce livre est très adapté aux connaissances et à la pratique de la médecine générale. Le premier chapitre, coécrit par Léger et Stal est intitulé « Les troubles du sommeil en consultation de médecine générale » (18). Il a été utilisé pour :

- la rédaction de « aide au diagnostic »,
- la réalisation du questionnaire destiné au patient
- ainsi que la réalisation de la fiche médecin « comment interpréter l'agenda du sommeil ? ».

Le chapitre « insomnies » rédigé par Royant-Parola (26) a été la base pour la rédaction :

- de la partie sur les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de l'insomnie,
- de la fiche « quand demander l'avis au spécialiste ? »
- des « conduites à tenir ».

Le chapitre intitulé « pharmacologie des troubles du sommeil » rédigé par De la Giclais (7) a été le support de la rédaction :

- du chapitre sur les traitements médicamenteux,
- des fiches médecins relatant des hypnotiques,
- et des fiches patients « je prends un somnifère » et « je prends un antidépresseur ».

- **le livre de Royant-Parola intitulé « Comment retrouver le sommeil par soi même »** (27) est un livre destiné au grand public et notamment aux patients souffrant d'insomnie. Il a aidé à la rédaction des fiches patients : règles d'hygiène de sommeil, contrôle du stimulus, je prends un somnifère et je prends un antidépresseur.
- **L'ouvrage de W.C Dement intitulé « Avoir un bon sommeil » aux éditions Odile Jacob** paru en 2000 (5) insiste sur les enjeux d'un bon sommeil pour la qualité de vie des patients. Un chapitre est consacré à l'insomnie, il en traite les causes et les traitements. Il présente les bienfaits du sommeil et enfin les principes d'un bon sommeil avec un programme de restauration du sommeil en trois semaines. C'est un livre plutôt destiné aux patients qu'aux médecins.
- **Le livre de C.M Morin « Vaincre les ennemis du sommeil » aux éditions Marabout.** (21) a contribué à la rédaction des fiches patients : « hygiène de sommeil » et surtout « je prends un somnifère ». C'est également un ouvrage destiné aux patients.
- **Le Vidal** a servi de référence pour tout ce qui concerne la pharmacologie (effets indésirables, contre indications, pharmacocinétique) des hypnotiques, antihistaminiques et antidépresseurs.

1.2 *Les revues médicales*

Des revues de médecine générale comme La revue du praticien Médecine générale (32) et Le quotidien du Médecin (1) ont édité des dossiers qui ont l'avantage de répondre aux besoins des médecins généralistes. Les revues spécialisées sur le sommeil comme Sleep(14, 16, 29, 32), BVS Europe(23) et Sommeil et Vigilance ont permis de confirmer ces sources plus généralistes et d'approfondir certains domaines.

- **La Revue du praticien** a publié en 1996 une monographie intitulée « Les troubles de l'éveil et du sommeil ». Elle comporte, entre autres, un article sur les insomnies rédigées par Blois (3) ainsi qu'un article sur le traitement des insomnies rédigé par Lemoine (19).

- **La revue du praticien médecine générale** a publié en 2001 un dossier spécial sur les troubles du sommeil. Il a été écrit par Verdure-Poussin et Weber (31)
- **Le quotidien du Médecin** a édité des pages spéciales sous sa rubrique FMC sur le bon usage des hypnotiques, rédigées par Billiard (1). Ce feuillet de sept pages aborde de façon concise les différents hypnotiques, les autres médicaments de l'insomnie, quel hypnotique prescrire, les indications et les règles de prescription des hypnotiques ainsi que le sevrage. Ces pages sont suivies, le lendemain de cas cliniques (situations pratiques) et le surlendemain de QCM.
- **La revue Sleep** a diffusé un supplément en septembre 1999 sur l'insomnie (14, 16, 29, 32). On y évoque la possibilité de l'usage des hypnotiques à la demande (deux à trois fois par semaine) et l'intérêt de coupler un hypnotique pour l'effet à court terme aux thérapies cognitivo-comportementales pour le bénéfice à long terme.
- Sinon la plupart des articles traitent de l'épidémiologie de l'insomnie en France au Canada ou aux Etats Unis, de son coût économique et de ses conséquences sur la qualité de vie et la santé de la population générale. A noter, un article tout récent réalisé par Capitole Santé sur l'insomnie en médecine générale dans cinq régions dont les Pays de la Loire. (30) A noter également le numéro spécial de mai 2000 diffusé dans Impact Médecin avec une enquête sur les Français et leur sommeil (33).

1.3 Le réseau Internet

En tapant insomnie sur le moteur de recherche Google, on trouve sur le site de l'université de Lyon, l'article de Sylvie Royant-Parola « Que faire devant une insomnie » (25). Ce document est un mini guide sur l'insomnie très adapté à la pratique du médecin généraliste.

Le site de l'association Prosom explique les besoins de sommeil, les règles d'hygiène de sommeil et comment remplir l'agenda du sommeil.

1.4 Les rencontres réalisées lors de la journée mondiale du sommeil

Chaque année a lieu en mars la journée mondiale du sommeil. En 2003, je suis allée au centre du sommeil de Nantes sur les conseils du Dr Nogues. On y rencontre les psychiatres et les pneumologues du centre du sommeil. On y trouve les plaquettes destinées aux patients (syndrome d'apnées du sommeil, mouvements périodiques nocturnes, insomnie et narcolepsie), l'agenda du sommeil, le questionnaire envoyé aux patients du centre du sommeil de Nantes.

1.5 Les cours du D.U (Diplôme universitaire)

Les cours du Diplôme Universitaire de pathologie du sommeil, gentiment prêtés par le Dr de La Tullaye ont permis d'actualiser les connaissances et de connaître les conduites thérapeutiques des différents spécialistes des troubles du sommeil. Ils ont complété certaines connaissances notamment sur les thérapies cognitivo comportementales.

1.6 Les contacts avec les associations et instituts sur le sommeil

Les différentes brochures diffusées par l'association PROSOM ont été l'un des outils pour l'élaboration des fiches patients.

2 Intervention

Ce guide contient trois parties :

- Une partie traitant des connaissances que le médecin généraliste doit avoir acquies pour pouvoir prendre en charge les patients souffrant d'insomnie.
- Une partie composée de fiches destinées au médecin généraliste, pour aider au déroulement de la consultation, à regarder éventuellement pendant celle ci.
- Une partie composée de fiches destinées au patient, que le médecin peut remettre lors de la consultation.

La partie « les connaissances » est construite selon l'ordre habituel : définition, diagnostic, classification, diagnostic différentiel, examens complémentaires et traitement.

La difficulté a été de réaliser un guide relativement complet sans le surcharger de détails inutiles à la pratique du médecin généraliste. Cependant, un guide trop succinct ou synthétique suppose que les connaissances soient parfaitement acquies.

2.1 Les connaissances

- **Définition et signes physiques de l'insomnie**

La définition retenue est claire et concise, elle met en évidence le retentissement diurne pour retenir le diagnostic de l'insomnie. Les signes physiques associés à l'insomnie ont également été mentionnés.

- **Diagnostic différentiel**

La source sélectionnée et reprise intégralement est celle du cours de Royant-Parola diffusé sur Internet « Que faire devant une insomnie ? ». (25)

- **Classification**

La classification générale des insomnies a été présentée avant de détailler les différents types d'insomnie afin de donner quelques repères aux médecins généralistes. La classification est « pratique », en accord avec les conduites à tenir devant une insomnie, c'est-à-dire en fonction de la durée des troubles. La classification retenue est celle parue dans la Revue du Praticien monographie. (3)

- **Quelques insomnies à connaître**

L'ordre exposé dans la classification a été suivi afin que le lecteur puisse toujours se repérer (à l'exception des insomnies liées à des affections organiques diverses qui ont été développées juste après les insomnies en relation directe avec le sommeil et les insomnies des rythmes circadiens qui n'ont pas été traitées).

Les insomnies occasionnelles et à court terme ont été regroupées car leurs causes sont identiques. Les sources ont été principalement « Le sommeil normal et pathologique (Peraïta Adrados (24)) et les troubles du sommeil (Royant-Parola (26)).

Les insomnies chroniques regroupent de nombreuses insomnies et en font un chapitre dense.

L'insomnie psychophysiologique a été bien développée car il semble que ce soit l'insomnie chronique la plus difficile à gérer pour le médecin généraliste.

Puis l'insomnie de mauvaise perception du sommeil et l'insomnie idiopathique ont été traitées de façon succincte.

Les insomnies secondaires représentent un vaste chapitre. Les insomnies organiques liées au sommeil telles que le syndrome des jambes sans repos, les mouvements périodiques nocturnes et le syndrome d'apnées du sommeil ont été développées à l'aide du chapitre « Insomnie » de Royant-Parola (26). Puis deux encadrés « conduite à tenir devant une suspicion de syndrome des jambes sans repos et de mouvement périodique nocturne » et « conduite à tenir devant une suspicion de syndrome d'apnées du sommeil », ont été rédigés à l'aide des connaissances acquises à travers les différentes sources et les conseils du Dr Nogues.

Pour les insomnies organiques non liées au sommeil, les données viennent essentiellement du chapitre de Laffont (15).

Le tableau des causes des insomnies somatiques est tiré du livre de Michel Billiard également.

La rédaction des insomnies psychiatriques s'appuie sur les écrits de Royant-Parola dans « Les troubles du sommeil » (pages 46 et 47) (26) et de Garma dans « Le sommeil normal et pathologique » (pages 188 à 198)(9).

Le chapitre des insomnies liées aux médicaments a été rédigé à l'aide du chapitre du même nom rédigé par Corruble et ses collaborateurs (4). Ce sont des sources très complètes qui s'appuient sur des études cliniques et une bibliographie importantes.

- **Les aides au diagnostic**

Elles ont été rédigées principalement à l'aide du chapitre « Les troubles du sommeil en consultation de médecine générale » écrit (18). Les indications d'un enregistrement polysomnographique sont tirées du même livre.

- **Les médicaments de l'insomnie**

L'« hypnotique idéal » provient du chapitre « Benzodiazépines et nouveaux composés non benzodiazépiniques » par Monti dans « Le sommeil normal et pathologique » (page 209) (20). C'est un chapitre vaste et complexe, les avis diffèrent parfois selon les auteurs. Les avantages et les inconvénients de ces médicaments ont été présentés selon les données relativement objectives du Vidal pour les effets secondaires et selon des études sur les modifications des caractéristiques du sommeil.

Les antidépresseurs ont été intégrés dans les hypnotiques alors qu'ils n'induisent pas directement le sommeil. Ils auraient pu trouver leur place dans les autres médicaments de l'insomnie, au même titre que la phytothérapie et les antihistaminiques.

Le chapitre des antidépresseurs a été détaillé car il s'agit de notions relativement nouvelles pour les médecins généralistes. A la suite des avantages des antidépresseurs se trouvent leurs effets indésirables dans « Remarques ».

Un paragraphe intitulé « ce qu'il faut retenir » sur les antidépresseurs clôture ce vaste chapitre.

- **Les traitements non médicamenteux**

Ce chapitre a été écrit à l'aide de « Insomnie » de Royant-Parola du livre « Les troubles du sommeil » (26) et de « Hygiène de sommeil, thérapies comportementales de l'insomnie » écrit par De Koninck dans « Le sommeil normal et pathologique » (6). Les règles d'hygiène de sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit possèdent des fiches patients où les consignes sont détaillées.

2.2 Les fiches médecin

Ces fiches forment une synthèse appliquée à la pratique en médecine générale de la partie intitulée « Les connaissances ». Elles respectent l'ordre du raisonnement médical :

- ✓ Le diagnostic comportant la démarche diagnostique devant une insomnie et la conduite à tenir devant une insomnie occasionnelle, transitoire ou chronique.
- ✓ Les examens complémentaires avec le questionnaire et l'agenda du sommeil.
- ✓ Le traitement avec la fiche « quel médicament pour quelle insomnie », et un rappel sur les différents hypnotiques (nom, posologie, présentation, contre indication, effets indésirables et précautions d'emploi).

De façon plus détaillée, on trouve les fiches suivantes :

- **Démarche diagnostique** : l'arbre décisionnel présenté dans le guide est celui de Billiard paru dans la revue FMC du Quotidien du médecin (1). Par rapport à ceux retrouvés dans la littérature, (Royant-Parola (25 et 26), il a l'avantage d'associer au diagnostic, la conduite à tenir pour le médecin généraliste c'est-à-dire le traitement ou l'orientation vers différents spécialistes.

- **L'insomnie en consultation de médecine générale : généralités et conduites à tenir**

Ces fiches ont été écrites en imaginant le déroulement des différentes consultations et en gardant à l'esprit qu'une consultation de médecine générale dure un quart d'heure environ. Il apparaît indispensable en pratique courante d'orienter la consultation en fonction de la durée d'évolution de l'insomnie : occasionnelle /transitoire ou chronique.

Les différentes étapes de la prise en charge du patient insomniaque ont été mises en valeur par des encadrés.

- **Questionnaire**

Le questionnaire doit être bien présenté afin que le médecin comme le patient puissent en tirer le plus grand bénéfice. De plus le médecin doit également être capable de dégager rapidement les informations apportées par ce questionnaire.

- **Agenda du sommeil**

Cette fiche est rédigée sur le même modèle que le questionnaire avec deux parties : « comment le présenter au patient et comment l'interpréter»

- **Quand demander l'avis au spécialiste ?**

Ce sont les indications proposées par Royant-Parola dans le chapitre «Insomnie»du livre «Les troubles du sommeil» (p 61) (26) en supprimant la phrase «après échec de l'application des techniques comportementales tentées par le médecin généraliste» car peu de médecins généralistes **pratiquent les**

techniques comportementales et en ajoutant la phrase «en cas d'insomnie chronique avec escalade thérapeutique» trouvée sur son site Internet (25).

- **Quel médicament pour quelle insomnie ?**

La page de généralités mettant en évidence quelques principes de prescription est inspirée de la partie «traitement de l'insomnie» (p 53à 56) rédigée par Royant-Parola (26). Puis pour les benzodiazépines, les agonistes benzodiazépiniques et les phénothiazines, les données du Vidal ont été synthétisées en présentant les différentes molécules, leurs effets indésirables leurs contre indications et leurs interactions médicamenteuses.

- **Recommandations pour la prescription des hypnotiques et aspect médico-légal**

Les **règles de prescription des hypnotiques** d'après les ex RMO sont présentées et l'aspect médico-légal (risque de somnolence) est souligné. Ces données sont tirées d'un article paru dans la Revue du praticien Médecine générale le 8 novembre 1999 (numéro 476) et repris le 17 décembre 2001 (numéro 558). (17).

- **Comment réaliser le sevrage en hypnotique ?**

Une fiche sur le sevrage en hypnotique paraissait indispensable, car en théorie les hypnotiques sont un traitement de courte durée et en principe limitée à quatre semaines. Comme tout sevrage il faut savoir obtenir l'adhésion du patient et avoir une stratégie pour l'accompagner dans les différentes étapes.

- **Les différents antidépresseurs utilisés dans le traitement de l'insomnie**

Une fiche sur les antidépresseurs a été conçue pour rappeler les différents produits, leurs effets secondaires et leurs contre indications. Le premier paragraphe concernant les antidépresseurs sédatifs utilisés au 1/10 ou au 1/20 ème de la dose antidépressive provient de la partie traitement de l'insomnie (p 55) écrit par Royant-Parola (26). J'ai également synthétisé les données du Vidal pour les contre indications et les effets secondaires.

- **Adresses utiles pour la région nantaise**

Enfin, les adresses utiles paraissent être un outil indispensable pour la pratique quotidienne. Connaître les noms et les coordonnées de différents spécialistes peut aider à la prise en charge des patients insomniaques. La liste a été constituée à l'aide des pages jaunes de Loire Atlantique, de l'AFTCC et des remarques du Dr Nogues concernant les spécificités des uns et des autres (hypnose, thérapie cognitivo comportementale, pneumologues équipés pour le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil).

Cette liste est indicative et non exhaustive.

2.3 Les fiches patients

- **Les règles d'hygiène de sommeil**

Elles ont été rédigées à partir de plusieurs ouvrages : «Les troubles du sommeil», «Le sommeil normal et pathologique», la Revue du Praticien et les cours qui m'ont été fournis par le Dr de La Tullaye. Chaque auteur expose des conseils pour favoriser le sommeil. La fiche expose en deux parties ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter.

- **Le contrôle du stimulus**

Les informations proviennent exclusivement de l'encart « les consignes dans le contrôle du stimulus » de Royant-Parola dans « Insomnie » du livre « Les troubles du sommeil » de Léger (page 57) (26).

- **Restriction du temps d'éveil dans le lit »**

C'est la fiche qui est distribuée au centre du sommeil de Nantes.

- **« je prends un somnifère »**

Cette fiche a été rédigée en imaginant ce qu'aimerait savoir le patient et ce que le médecin pense utile qu'il sache, c'est-à-dire la prise au coucher exclusivement, une prescription limitée dans le temps à cause du risque de pharmacodépendance, les effets secondaires et notamment l'altération de la vigilance.

- **« je prends un antidépresseur »**

On y rappelle que les antidépresseurs ne sont pas uniquement le traitement des dépressions, qu'un traitement dure au minimum 4 mois et qu'une altération de la vigilance est possible.

- **Les fiches « syndrome d'apnées du sommeil » et « syndrome des jambes sans repos »**

Elles sont les copies des dépliants distribués par PROSOM. Ce sont des informations qui ont été conçues par J. Krieger de l'unité des troubles du sommeil des hôpitaux universitaires de Strasbourg.

- **Le questionnaire sur le sommeil**

Il a été élaboré à partir des questionnaires existants. Il a été conçu pour la médecine générale. Le but est d'avoir une idée de la nature du problème de sommeil, de la durée d'évolution des troubles, de regarder les règles d'hygiène de sommeil, et de faire réfléchir le patient sur les causes de son insomnie et comment il pourrait mieux dormir.

- **L'agenda du sommeil**

Il provient du livre « Comment retrouver le sommeil par soi même » de Royant-Parola (27), Il est très clair et le patient y note ses appréciations sur son sommeil et ses observations. A noter que ceux distribués par les laboratoires Sanofi-Synthélabo sont également très pratiques.

- **Echelle de somnolence d'Epworth (13)**

- **Evaluation de la dépression (auto-questionnaire QD2A de Pichot) (11).**

- **Auto-évaluation de la dépression (questionnaire abrégé de Beck) (11)**

- **Echelle d'anxiété d'Hamilton (HAM-A) (11)**

- **Associations et instituts sur le sommeil**

La liste provient des listes trouvées dans les différents ouvrages destinés au grand public.

- **« Références de livres sur l'insomnie »**

Il s'agit d'une sélection de livres sur l'insomnie destinés aux patients.

- **Coordonnées des centres du sommeil dans l'Ouest de la France**

Elles proviennent de l'annuaire des centres de diagnostic et de traitement des troubles de l'éveil et du sommeil réalisé en mars 2001. La liste contenue dans ce guide est non exhaustive. Les centres agréés par la Société Française de Recherche sur le Sommeil sont repérés par un astérisque (*)

3 Evaluation

Une fois le guide réalisé, relu et corrigé par le Dr Nogues, responsable du centre de sommeil de Nantes, son évaluation a consisté en un questionnaire d'appréciation remis à plusieurs médecins généralistes.

Ce questionnaire comporte un système d'appréciation par ++, +, -, --, et ? et des questions ouvertes. Il a également été approuvé par le Dr Nogues.

Voici le questionnaire qui a été distribué aux médecins généralistes

A / Les connaissances

++ + - -- ?

- Pensez-vous que :
- les informations sont claires ?
 - la quantité d'information est suffisante ?
 - les informations sont adaptées à la pratique ?
 - les informations ont amélioré vos connaissances sur le sujet ?

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions :

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

B / Les fiches médecin

++ + - -- ?

- Pensez-vous que :
- les fiches sont pratiques ?
 - les conduites à tenir sont applicables ?
 - les fiches répondent à vos besoins ?

Quelles autres fiches auriez vous souhaité ?

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

Sous quelle forme préféreriez vous avoir ces fiches ?

informatique bloc avec fiches détachables guide livre ne sait pas

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions :

.....
.....

C / Les fiches patients

++ + - -- ?

- Pensez-vous que :
- les fiches remises au patients
soient un bon outil pour l'éducation des patients ?
 - les fiches sont adaptées aux besoins des patients ?

RESULTATS

1 **Le guide**

Voici le guide tel qu'il a été distribué aux médecins généralistes lors des EPU ; il était présenté sous forme A5, c'est-à-dire un demi-A4 recto verso avec une reliure spirale. Il contient 91 pages, comporte trois grandes sections : connaissances, fiches médecin et fiches patients.

GUIDE PRATIQUE DE L'INSOMNIE EN MEDECINE GENERALE

Nathalie Rabourdin-Frin

SOMMAIRE

Les connaissances	2
Définition et signes physiques de l'insomnie	3
Diagnostics différentiels	4
Classification générale des insomnies	5
Quelques insomnies à connaître	6
<i>Les insomnies occasionnelles et à court terme</i>	6
<i>Les insomnies chroniques</i>	9
Les aides au diagnostic	23
<i>Les questionnaires</i>	23
<i>Les échelles</i>	23
<i>L'agenda du sommeil</i>	23
<i>L'actimétrie</i>	24
<i>L'enregistrement polysomnographique</i>	25
Les traitements médicamenteux de l'insomnie	26
<i>Les hypnotiques</i>	26
<i>Les autres médicaments</i>	31
Les traitements non médicamenteux	32
<i>Les règles d'hygiène de sommeil</i>	32
<i>Le contrôle du stimulus</i>	33
<i>La restriction du temps passé au lit</i>	34
<i>La relaxation</i>	35
<i>Le contrôle des cognitions</i>	35
<i>Conclusion</i>	36
Les fiches pratiques du médecin généraliste	37
Démarche diagnostique devant une insomnie	38
L'insomnie en consultation de médecine générale	39
<i>Généralités</i>	39
<i>Conduite à tenir devant une insomnie occasionnelle</i>	41
<i>Conduite à tenir devant une insomnie transitoire</i>	42
<i>Conduite à tenir devant une insomnie chronique</i>	43
Le questionnaire	46
L'agenda du sommeil	48
Quand demander l'avis au spécialiste	49
Quel médicament pour quelle insomnie ?	50

Les différents hypnotiques	51
<i>Les benzodiazépines</i>	51
<i>Les agoniste benzodiazépiniques</i>	55
<i>Les phénothiazines</i>	57
Recommandations pour la prescription des hypnotiques	59
Aspect médico-légal	60
Comment réaliser un sevrage en hypnotique	61
Les différents antidépresseurs	64
Adresses utiles pour la région nantaise	67

Les fiches pratiques pour le patient **69**

Les règles d'hygiène de sommeil	70
Le contrôle du stimulus	71
La restriction du temps d'éveil dans le lit	72
Je prends un somnifère	73
Je prends un antidépresseur	75
Le syndrome d'apnées du sommeil	76
Le syndrome des jambes sans repos	79
Questionnaire sur le sommeil	81
L'agenda du sommeil	83
Echelle de somnolence d'Epworth	84
Evaluation de la dépression (Pichot)	85
Autoévaluation de la dépression (Beck)	86
Echelle d'anxiété d'Hamilton (Ham-A)	88
Associations et instituts sur le sommeil	89
Références de livres sur l'insomnie	90
Coordonnées des centres du sommeil dans l'ouest de la France	91

Comme vous avez pu le constater, l'insomnie est une pathologie fréquente en médecine générale. Banalisée des patients, elle a pourtant un retentissement majeur sur leur qualité de vie.

A cause d'un enseignement limité voire inexistant à la faculté, nos connaissances sur le sujet sont pauvres ou chargées d'idées fausses.

Résister à la pression du patient pour obtenir un médicament pour dormir, suppose de connaître les médicaments du sommeil et les traitements non pharmacologiques.

Ce guide a pour **objectif d'aider les médecins généralistes** dans leur pratique quotidienne pour la prise en charge des insomnies

Quelques chiffres

12 millions de Français sont touchés par l'insomnie;
10 à 15% des Français souffrent d'une insomnie chronique;
5% consultent pour ce problème;
10% des Français prennent un médicament visant à induire le sommeil;
2,5 fois plus de risque d'accident de la voie publique;
1,5 fois plus de risque d'accident du travail chez les insomniaques.

DEFINITION ET SIGNES PHYSIQUES DE L'INSOMNIE

L'insomnie est la diminution de la durée habituelle de sommeil et/ou l'atteinte de la qualité du sommeil avec un retentissement sur la qualité de veille du lendemain.

LES CONNAISSANCES

L'insomnie associe :

- des difficultés à obtenir et à maintenir le sommeil,
- des retards d'endormissement
- une instabilité du sommeil entrecoupé d'éveils,
- des éveils pénibles et inconfortables,
- des réveils matinaux et précoces ou tardifs et asthéniques,
- une sous estimation subjective de la durée du sommeil.
- la perception d'un sommeil non réparateur,

+

un retentissement diurne avec :

- un démarrage difficile
- une fatigue résiduelle
- une somnolence diurne excessive.

Les plaintes d'insomnie se traduisent souvent par :

- des difficultés d'endormissement > 30 minutes
- des éveils nocturnes
- des réveils trop précoces
- des retentissement diurne : troubles de la mémoire et de la concentration, nervosité et tension.

Les signes physiques de l'insomnie sont des douleurs cervicales, les yeux qui piquent, des coliques, le mal au dos.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Les petits dormeurs

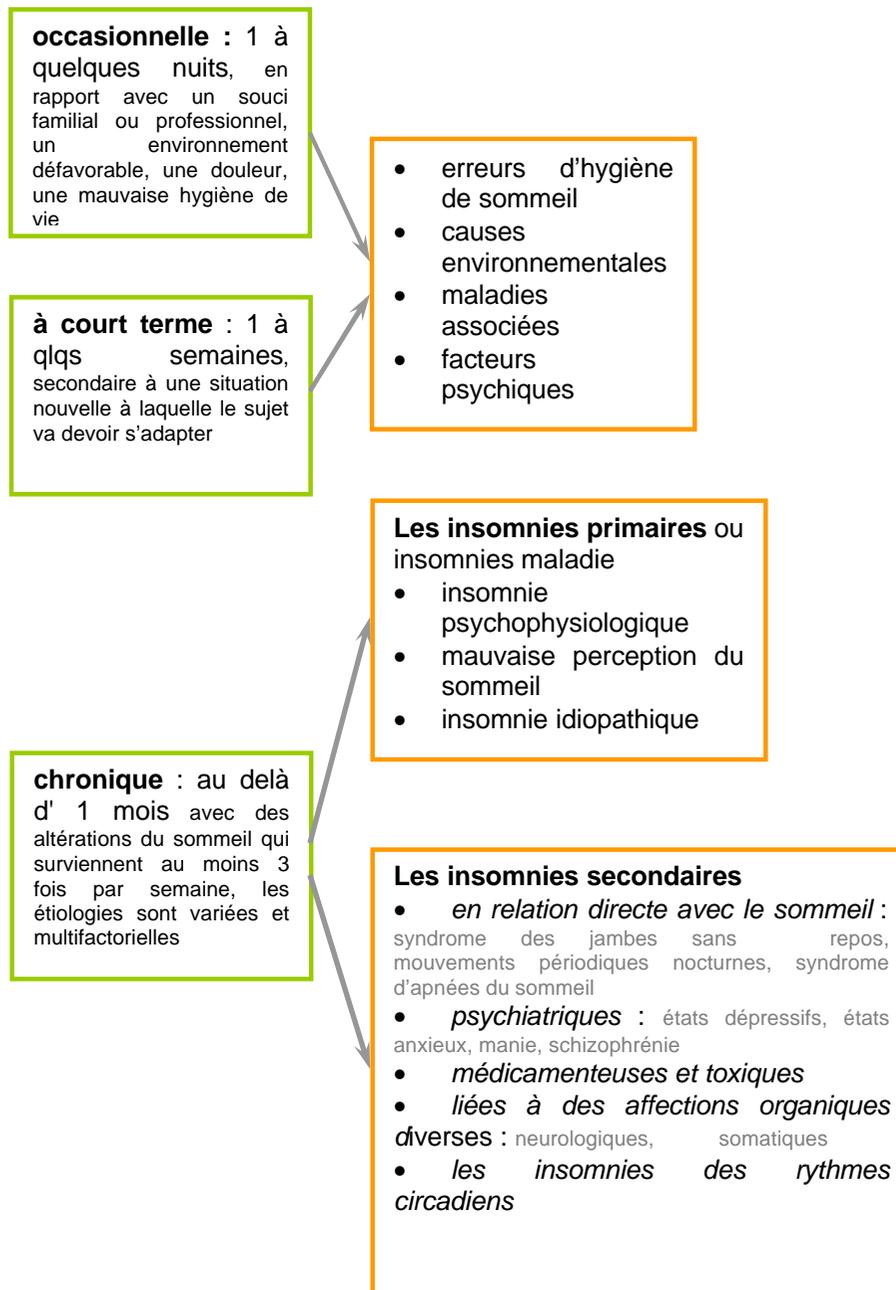
Ce sont des personnes qui ont réellement besoin de peu de sommeil pour récupérer (moins de 6 heures). Contrairement aux insomniaques, ils sont en forme et actifs le lendemain. On retrouve souvent une notion familiale. Ils consultent sous la pression de leur entourage qui les persuade qu'ils ne sont pas "normaux".

Le syndrome de retard de phase

Il se présente comme une insomnie d'endormissement avec un réveil tardif et très difficile le matin. Il touche préférentiellement l'adolescent et l'adulte jeune. Le sommeil est normal mais décalé, survenant plus tardivement que les horaires habituels. En vacances le décalage est très marqué et la vigilance excellente.

CLASSIFICATION GENERALE DES INSOMNIES

La durée des troubles est indispensable pour l'orientation étiologique



QUELQUES INSOMNIES A CONNAITRE

➤ LES INSOMNIES OCCASIONNELLES ET A COURT TERME

30 à 50 % de la population est touchée

Ce sont des insomnies dont la durée est inférieure à 3 semaines. Elles peuvent survenir par périodes entrecoupées d'intervalles libres.

Ces insomnies sont le plus souvent liées à une cause bien déterminée et parfaitement identifiable. Elles surviennent chez des patients qui dorment bien habituellement.

Elles peuvent être liées à une mauvaise hygiène de sommeil, à un environnement défavorable ou à un stress physique.

L'insomnie due à une mauvaise hygiène de vie

On peut distinguer :

ce qui entraîne une augmentation de l'éveil :

- La pratique d'un sport intensif à proximité de l'heure du coucher (cela augmente la température interne alors qu'on s'endort de manière privilégiée sur la pente descendante de la température)
- Un travail intellectuel intense poursuivi jusqu'à une heure tardive de la nuit. La consommation de caféine, alcool, thé, boissons à base de cola et vitamine (ces substances ont un retentissement non négligeable sur le sommeil, d'autant plus qu'elles sont utilisées avec excès généralement à des périodes où le sujet est fatigué.)
- Un repas copieux ou trop arrosé
- Les sorties tardives dans la semaine (elles relancent les systèmes d'éveil et introduisent une rupture dans la régularité du rythme du sommeil.)

Ce qui s'oppose à une bonne organisation du sommeil :

- les variations trop grandes de l'heure du coucher ou du lever
- trop de temps passé au lit
- les siestes

L'insomnie liée à des facteurs de l'environnement

On peut distinguer :

→ L'insomnie, due à un coucher dans un environnement inhabituel, affecte plus particulièrement les sujets habitués à des routines strictes du coucher.

→ L'insomnie due à des facteurs physiques :

Le bruit (surtout s'il s'agit de bruits inhabituels ou intenses, ils perturbent l'installation et le maintien du sommeil ; il n'y a jamais de réelle adaptation au bruit. Par exemple l'avion, l'autoroute);

La température extérieure influence considérablement le sommeil (La température idéale de la chambre se situe entre 18 et 20 degrés.);

La lumière influence beaucoup le sommeil (Le dormeur reste sensible à l'éclairage même s'il est endormi. C'est ainsi que l'on recommande une obscurité totale à ceux qui présentent des réveils nocturnes.)

→ L'insomnie d'altitude survient de façon aiguë à l'occasion d'une ascension en haute altitude. Elle est liée à l'hypoxie. Elle s'associe à d'autres symptômes: céphalées, fatigue, anorexie et tachycardie.

Le diagnostic d'insomnie liée aux facteurs de l'environnement est posé si :

- le trouble du sommeil est associé à la présence d'un stimulus physiquement mesurable ou à un ensemble de circonstances bien identifiées
- le ou les facteurs incriminés agissent par leurs propriétés physiques et non psychologiques
- la suppression de ce ou ces facteurs entraîne le retour d'un sommeil normal

Les insomnies dues à un stress physique occasionnel

Toutes les maladies qui occasionnent de la fièvre, des douleurs ou une gêne physique (toux, régurgitation, prurit,...) sont potentiellement pourvoyeuses d'insomnie.

C'est aussi l'insomnie signal, inexpiquée jusqu'au jour où la maladie se déclare et explique à posteriori le trouble du sommeil. Aussi les cardiaques et les insuffisants respiratoires connaissent à chaque aggravation de leur symptômes des périodes de mauvais sommeil.

L'insomnie d'ajustement ou insomnie à court terme

L'insomnie d'ajustement est un trouble du sommeil associé à un stress, à un conflit ou à un changement de l'environnement responsable d'un éveil émotionnel (ICSD, classification internationale des troubles du sommeil)

Ce type d'insomnie est extrêmement fréquent. C'est l'insomnie des soucis familiaux et professionnels; l'insomnie consécutive à une séparation, à un deuil; l'insomnie précédant une épreuve, un examen, une élection.

Tout individu ne répond pas de la sorte à un stress émotionnel, plus volontiers sans doute des individus peu sûrs d'eux ou émotifs.

La condition nécessaire pour retenir ce type d'insomnie est l'identification d'une circonstance de stress et la rémission de l'insomnie lorsque cette circonstance est écartée.

L'évolution de l'insomnie d'ajustement dépend du stress initial :

- S'il est aigu, transitoire, le trouble du sommeil est généralement de courte durée.
- Si au contraire le stress est de nature prolongée (décès, séparation, situation financière difficile) l'adaptation à cette situation peut prendre plus de temps et le trouble du sommeil persister plusieurs semaines avec le risque d'un passage à la chronicité si la thérapeutique est mal conduite.

L'insomnie d'ajustement peut aussi être "d'un symptôme de mise en éveil" pour aider le sujet à trouver une stratégie de compensation face à un stress et ceci, sans que cela ait une valeur pathologique.

➤ **LES INSOMNIES CHRONIQUES**

Les insomnies primaires

L'insomnie psychophysiologique

Epidémiologie

- sa prévalence est de 10 à 15% selon les études ;
- elle touche 2 fois plus de femmes que d'hommes;
- elle débute classiquement entre 20 et 30 ans;
- sa fréquence augmente avec l'âge,
- elle représente 15 à 25% des insomnies.

Physiopathologie

C'est par définition une insomnie " conditionnée " car elle est en quelque sorte " apprise " et entretenue par un comportement inadapté. Au moment du coucher, les signaux normalement inducteurs du sommeil comme l'extinction de la lumière deviennent des signaux paradoxalement inducteurs d'éveil. Les pensées volontaires et involontaires sont autant de signaux d'éveil qui repoussent le sommeil. Or lorsque l'endormissement se fait attendre, le patient s'énerve, se tend physiquement, ce qui éloigne encore plus le sommeil. Plus le patient veut dormir et moins il le peut. La journée du lendemain est difficile et lorsque la nuit approche, l'inquiétude revient et le patient provoque à nouveau une mauvaise nuit. Ainsi la boucle est fermée, un véritable cercle vicieux apparaît et s'auto-entretient.

A l'origine de l'insomnie, il peut y avoir des causes multiples, des soucis mineurs de tous les jours qui préoccupent le patient au moment du coucher, une maladie somatique qui perturbe le sommeil, des médicaments, des troubles psychiatriques, un voyage avec décalage horaire...Chacune de ces causes est à l'origine d'une insomnie qui doit habituellement rester transitoire. Mais la répétition de ces nuits perturbées par ces causes bien repérables et compréhensibles va constituer la première étape du conditionnement négatif à l'insomnie.

La question qui reste posée est celle de savoir pourquoi dans les mêmes conditions certaines personnes développent une insomnie et d'autres pas. La notion de terrain au sens de personnalité particulière, intervient sûrement, mais aussi, celle d'intensité et de répétition des événements traumatiques, qui peuvent déstabiliser l'individu et conduire à l'apparition d'une insomnie durable.

Signes cliniques

- difficultés d'endormissement avec sensation de tension au coucher et peur de ne pas dormir
- impression de sommeil léger, non récupérateur
- sommeil entrecoupé d'éveils
- sommeil souvent meilleur dans des lieux inhabituels (hôtels, chez des amis)

Evolution

En général, l'insomniaque aura un sommeil fragile toute sa vie. Il y aura des améliorations de la qualité du sommeil sans raison apparente et des aggravations lors d'épisodes de stress ou de maladie physique intercurrente.

Il ne faut pas négliger l'évolution fréquente vers l'abus de médicaments, de café ou d'alcool, ce qui aggrave le tableau clinique.

Traitement

Il s'agit de la meilleure indication des thérapies comportementales. Environ 2/3 des patients y répondent bien. Cependant, pour être efficace à long terme, des séances de rappel avec le thérapeute sont indispensables.

L'utilisation occasionnelle d'hypnotiques à faible dose permet de mieux gérer les situations stressantes.

→ L'insomnie de mauvaise perception du sommeil

Elle concerne les **patients qui se plaignent** de très peu dormir, mais dont les enregistrements de sommeil révèlent un **sommeil normal** ou très peu perturbé.

C'est un diagnostic controversé, selon les auteurs :

- la mauvaise perception du sommeil est commune à tous les insomniaques.
- il existerait un continuum entre cette forme d'insomnie et l'insomnie psychophysiologique.
- ce serait une forme extrême d'insomnie psychophysiologique dans laquelle les altérations objectives du sommeil sont tellement mineures qu'on ne les relève pas.
- ces patients se distingueraient par une activité mentale excessive au cours du sommeil dont on ne connaît pas la cause.
- ces patients cristalliseraient sur le sommeil toutes leurs plaintes d'une manière hypochondriaque.

L'insomnie idiopathique

Elle se distingue de l'insomnie psychophysiologique par **son début pendant l'enfance**. La polysomnographie objective un sommeil de mauvaise voire très mauvaise qualité. Il y aurait une atteinte des mécanismes neurobiologiques du sommeil et/ou de l'éveil. On retrouve souvent une histoire familiale de mauvais sommeil.

Les insomnies organiques liées au sommeil

Le syndrome des jambes sans repos

C'est un **diagnostic clinique à l'interrogatoire** : le patient décrit dès qu'il se couche des paresthésies dans les jambes qui le gênent et l'obligent à se lever. Dans les formes sévères, ces manifestations peuvent atteindre les membres supérieurs.

Elles surviennent pendant la journée mais s'exacerbent avant l'heure du coucher. Le sujet n'arrive pas à s'endormir, il doit bouger ses jambes, se lever ou marcher. Il est soulagé par une douche fraîche, le massage de ses jambes ou la marche pieds nus sur un sol froid.

Cette gêne et ce comportement entraînent une **insomnie d'endormissement majeure**. Chez certains patients il peut provoquer des éveils nocturnes. Bien souvent, ce syndrome est associé à un syndrome de mouvements périodiques des jambes.

Le syndrome des mouvements périodiques nocturnes

Il est associé au précédent dans 80 % des cas

Il existe à tout âge mais sa prévalence augmente considérablement au cours de la vie (29 % des plus de 50 ans). Il n'est **pas perçu par le patient**. Seule la personne dormant dans le même lit peut apporter son témoignage si les mouvements sont suffisamment importants.

Il est caractérisé par des mouvements d'extension du gros orteil, une dorsiflexion du pied parfois accompagné d'une flexion du genou voire de la hanche. Le mouvement est unilatéral ou bilatéral, parfois très violent. Les secousses durent 2 à 5 secondes et surviennent périodiquement pendant la nuit. On estime un seuil pathologique lorsque leur nombre dépasse 5 par heure. Ces mouvements sont suivis d'éveils chez la majorité des patients.

Le **diagnostic doit toujours être évoqué en présence d'une insomnie** et ne peut être posé qu'en faisant des enregistrements polygraphiques avec des électrodes placées au niveau des muscles jambiers antérieurs. On visualise également des microéveils sur l'EEG.

Conduite à tenir devant une suspicion de syndrome des jambes sans repos ou de syndrome des mouvements périodiques nocturnes :

- prescrire un bilan biologique à la recherche d'un déficit en fer, vitamines B12 et folates et à la recherche d'une insuffisance rénale, étiologies possibles de ces syndromes. Le cas échéant, corriger la cause et surveiller l'évolution.
- éventuellement, essayer un traitement de l'insuffisance veineuse (veinotoniques), autre cause des impatiences nocturnes.
- adresser le patient au centre du sommeil pour un enregistrement du sommeil avec électromyogramme. Si le diagnostic est confirmé, le spécialiste initiera le traitement, traditionnellement par Rivotril et de plus en plus par Requip.

Le syndrome d'apnées du sommeil

Un syndrome d'apnée du sommeil peut se révéler par une insomnie. Il s'agit dans ce cas d'apnée à prédominance centrale, c'est-à-dire d'un arrêt de la commande des centres respiratoires.

Les signes cliniques ne sont pas évidents. Le ronflement est rare ou peu marqué. Parfois le conjoint peut témoigner d'arrêts respiratoires. La fatigue est plus importante le matin, il existe des gros troubles de la concentration et de la mémoire dans la journée.

On sera particulièrement attentif à cette insomnie apparemment sans cause qui entraîne un **retentissement** aussi **important le lendemain**. Le recours à l'enregistrement polysomnographique est indispensable pour établir le diagnostic.

La fiche « patient » (page 76) rappelle la physiopathologie, les signes cliniques et les bases du traitement.

Conduite à tenir devant une suspicion de syndrome d'apnées du sommeil :

- adresser le patient à un pneumologue équipé pour l'enregistrement du sommeil (voir carnet d'adresse). Il prescrira un bilan comprenant TSH, gaz du sang, explorations fonctionnelles respiratoires, radio de thorax, échographie cardiaque et demandera un avis auprès de son confrère ORL. Si le diagnostic est confirmé, le pneumologue instaurera un traitement par pression positive continue au cours du sommeil, l'ORL proposera éventuellement une intervention chirurgicale sur la luette, le voile du palais ou les amygdales.
- adresser le patient au centre du sommeil en deuxième intention

Les insomnies organiques non liées au sommeil

Les insomnies neurologiques et post traumatique

Elles relèvent d'un dysfonctionnement des systèmes de sommeil. On trouve :

Les insomnies d'origine traumatique (traumatisme crânien) : Une insomnie résiduelle peut persister plusieurs mois voire plusieurs années après un traumatisme crânien. De plus, il peut se développer un syndrome post-commotionnel comportant des troubles de la mémoire, du jugement et de la personnalité, associés à des céphalées et à une insomnie.

Les insomnies d'origine dégénérative : Une insomnie peut être retrouvée dans beaucoup de maladies dégénératives et démyélinisantes (maladie de Parkinson, atrophie multisystématisée, paralysie supra nucléaire progressive, chorée de Huntington, démences dégénératives et en particulier maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, insomnie fatale familiale)

C'est en général une insomnie avec :

- augmentation de la latence d'endormissement
- augmentation du nombre et de la durée des éveils nocturnes
- diminution du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal

Les insomnies d'origine infectieuse : Dans la maladie de Creutzfeld-Jacob, il y a une désorganisation totale de la veille et du sommeil

Epilepsie et sommeil : Les études polysomnographiques ont montré que les sujets épileptiques peuvent présenter des troubles du sommeil à type d'insomnie. L'électroencéphalogramme est perturbé (diminution du sommeil paradoxal) dans le cas des crises généralisées très fréquentes ainsi que dans les épilepsies partielles mais avec des perturbations du sommeil qui varient en fonction de la localisation du foyer primaire.

Les autres insomnies somatiques

Elles sont provoquées par différents symptômes d'étiologies variées, qui gênent l'établissement et le maintien du sommeil.

Quelques chiffres :

1/3 des sujets se plaignant d'insomnie souffre aussi d'un problème de santé physique pour lequel un traitement médical est prescrit.

Le risque est 3 fois plus élevé pour les personnes souffrant d'une maladie de se plaindre d'insomnie.

Plus spécifiquement, le risque relatif de se plaindre d'insomnie est plus élevé chez les sujets souffrant de maladies cardiovasculaires, rhumatismales, thyroïdiennes ou gastriques. Et inversement, l'insomnie majore la symptomatologie des troubles gastriques et rhumatismaux.

On conçoit aisément que **douleurs et fièvres** soient à l'origine d'insomnie. Chez les malades ayant des douleurs chroniques, notamment dans les douleurs rhumatismales, on objective des anomalies dans l'enregistrement du sommeil.

Dans les **BPCO, les crises d'asthme, la mucoviscidose et dans les pneumopathies interstitielles**, on observe un sommeil fragmenté. La toux et la dyspnée empêchent l'endormissement et provoquent des éveils nocturnes.

L'insuffisance cardiaque peut provoquer des dyspnées paroxystiques nocturnes traitées efficacement par des diurétiques, mais un traitement diurétique excessif entraîne une polyurie, également, cause d'insomnie. L'angor et les troubles du rythme surviennent souvent la nuit pendant le sommeil. L'HTA peut également s'accompagner de troubles du sommeil.

Divers **troubles endocriniens** peuvent entraîner une insomnie :

Dans l'hyperthyroïdie, l'insomnie est un symptôme classique au même titre que l'hyperréactivité et la fatigue. Les enregistrements confirment une difficulté d'endormissement et de fréquents éveils nocturnes.

Dans le diabète, plusieurs mécanismes sont invoqués : la polyurie, les hypoglycémies en milieu de nuit, la neuropathie périphérique.

Dans les **pathologies rénales ou hépatiques**, l'insomnie est fréquente et liée au prurit, au délirium ou aux crampes. De plus, le syndrome des jambes sans repos s'observe souvent chez les insuffisants rénaux.

Dans le **RGO et les UGD**, l'insomnie est fréquente, avec une gêne au moment du coucher. Les malades ayant un ulcère ont un taux de sécrétion acide durant le sommeil plus important que les sujets témoins.

Troubles cardio-vasculaires	Insuffisance cardiaque Maladies coronariennes avec angor Infarctus du myocarde Hypertension artérielle Valvulopathie
Troubles pulmonaires	Syndrome d'apnées du sommeil Asthme Syndrome pulmonaire obstructif chronique Syndrome pulmonaire restrictif Hypoventilation alvéolaire
Troubles gastro-intestinaux	Ulcère gastroduodénal Reflux gastro-oesophagien Insuffisance hépatique
Troubles rénaux	Insuffisance rénale Lithiase rénale Infection urinaire avec polyurie Polyuries d'étiologies variées
Troubles rhumatismaux	Arthrite Collagénose
Troubles moteurs	Mouvements périodiques des membres Syndrome des jambes sans repos
Troubles endocriniens et métaboliques	Diabète Hypo ou hyperthyroïdie Hypo ou hyperfonctionnement surrénalien
Allergie	
Grossesse	
Facteurs symptomatiques non spécifiques	Unités de soins intensifs, suites opératoires douleurs, paresthésies, prurit, fièvre, dyspnée, toux

Les insomnies psychiatriques

Quelques chiffres :

50 à 80 % des insomnies sont des insomnies psychiatriques
Jusqu'à 90 % des patients déprimés dorment mal et s'en plaignent.
Dans 10 à 15 % des cas, l'hypersomnie remplace l'insomnie.
50 à 80 % des patients atteints d'affection psychiatrique présentent des troubles du sommeil.
65% des sujets se plaignant d'insomnie présentent également une pathologie mentale et se répartissent ainsi :
17% présentent un trouble dépressif
45% présentent un trouble anxieux
2.2% présentent un trouble de l'adaptation (anxiété ou dépression réactionnelle à un événement stressant).

Le maintien de la dyssomnie à un an accroît le risque de survenue d'une dépression d'un coefficient qui peut atteindre 40.

La dépression

Une dépression sous jacente est toujours à craindre

Caractéristiques de l'insomnie dans la dépression :

C'est le plus souvent une insomnie de la deuxième partie de la nuit avec sensation d'un éveil précoce ou d'un sommeil très morcelé en fin de nuit.

Classiquement, l'insomnie de la dépression associe à des degrés divers un allongement de la durée de l'endormissement, un sommeil interrompu par de fréquents éveils nocturnes, un réveil matinal angoissé (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil, souvent 2 à 4 heures après l'endormissement).

C'est un sommeil superficiel, fragmenté, écourté, non réparateur. La nuit blanche est assez caractéristique de la dépression grave. Puis dans la journée, il y a des altérations de la fonction vigile, avec démarrage difficile, fatigue significative et somnolence. Ces patients ne dorment pas plus le jour que les témoins sains mais les siestes peuvent survenir à n'importe quelle heure dans la journée et non entre 13 et 15 heures comme chez les sujets normaux.

Attention; Il faut rechercher des signes subtils de dépression :

- Irritabilité et agressivité
- Repli sur soi
- Ralentissement
- Goût à rien
- Obligation de se forcer pour faire la moindre chose, y compris les activités habituellement investies avec plaisir.
- Autodépréciation
- Les idées suicidaires

C'est une insomnie trompeuse car au début le seul symptôme reconnu par le patient est le trouble du sommeil.

Il est important de dépister la dépression car si on se contente de traiter l'insomnie par des hypnotiques ou des anxiolytiques, la dépression va s'aggraver.

Dans le cas où l'insomnie s'intègre dans une maladie psychiatrique connue (psychose maniaco dépressive ou dépression unipolaire) le diagnostic est plus facile mais néanmoins il faut apprendre au patient à repérer cette insomnie comme premier signe d'une rechute dépressive afin qu'il consulte le plus rapidement possible.

Pour le spécialiste du sommeil, les aspects polysomnographiques permettraient, en théorie, de confirmer le diagnostic d'insomnie dépressive avec des troubles de la continuité et de l'architecture du sommeil, à la différence des insomnies associées à des troubles anxieux ou à une insomnie primaire.

L'épisode maniaque

L'insomnie est un des signes les plus précoces et les plus constants de l'état maniaque. Un des signes précurseurs de l'accès maniaque est la répétition de rêves à thème de blessure ou de mort. Le début de l'accès maniaque s'accompagne souvent d'un éveil continu de 40 à 50 heures.

En dépit d'une insomnie quasi totale, le patient maniaque trouve son sommeil suffisant et ne présente ni fatigue, ni somnolence diurne, mais au contraire une accélération de tous les processus psychomoteurs ; c'est pourquoi il ne se plaint pas de son sommeil. L'insomnie dure autant que l'accès et sa résolution sera un des meilleurs signes de guérison de l'épisode maniaque.

Les troubles anxieux

L'anxiété est une grande ennemie du sommeil.

Quelques chiffres :

L'anxiété dans ses différentes formes rend compte de 45 % des cas d'insomnie ayant une cause psychiatrique.

Chez 7.7 % des sujets se plaignant d'insomnie ; le diagnostic de troubles anxieux a été posé

L'insomnie favorise l'anxiété et 50 % des insomnies sévères ont des scores d'anxiété élevés.

Cliniquement, il s'agit d'une insomnie d'endormissement essentiellement ; elle paraît isolée ou s'intègre dans une symptomatologie de type obsessionnelle ou phobique. Il y a souvent une altération de la perception du sommeil. Au réveil le sujet est tendu, asthénique, polyalgique, jugeant son sommeil insuffisant et non réparateur.

L'insomnie des troubles anxieux est beaucoup moins sévère que celle des troubles de l'humeur.

Pour le spécialiste du sommeil, on observe des troubles de la continuité mais sans trouble de l'architecture ni anomalie du sommeil paradoxal.

Parmi les troubles anxieux, on distingue :

L'anxiété généralisée : L'insomnie est d'autant plus marquée que le trouble anxieux est plus sévère. Elle associe des difficultés d'endormissement avec tension, rumination, des éveils angoissés en pleine nuit, des éveils plus nombreux en première partie de nuit, période cruciale pour un sommeil réparateur.

Les troubles anxieux phobiques : Lorsque le sommeil constitue l'objet phobogène, la plainte porte surtout sur les difficultés d'endormissement, c'est-à-dire au moment inquiétant où l'on perd ses repères.

Les troubles paniques : Les attaques de panique peuvent survenir au cours du sommeil (30 à 58 % des patients). Elles provoquent un éveil brutal, sans souvenir de rêve. Le réendormissement est difficile, voire impossible en raison de l'hypervigilance qui en résulte.

Il y a sûrement une dépression associée et les troubles paniques avec accès nocturnes répondent bien aux antidépresseurs mais par contre la privation de sommeil aggrave l'anxiété et la survenue de crise de panique.

Les troubles obsessionnels compulsifs : L'insomnie d'endormissement est quasi constante mais les patients s'en plaignent peu. Les rituels et la souffrance psychique peuvent retarder considérablement l'heure du coucher.

Les états de stress post traumatique : L'insomnie sévère et les cauchemars traumatiques peuvent persister plusieurs dizaines d'année, même après la rémission des autres signes cliniques. Les rêves traumatiques surviennent au début de la nuit, en dehors du sommeil paradoxal entre minuit et trois heures du matin (c'est-à-dire plus tôt que dans les rêves d'angoisse qui ont lieu dans les deux dernières heures de sommeil). Lors d'un cauchemar, le réveil se fait dans un sentiment de terreur et le patient rapporte après ces rêves traumatiques des images vivides et des émotions violentes ; à l'inverse des patients souffrant de troubles paniques qui ont un déni du rêve . De plus, ces patients présentent souvent une altération de la perception du sommeil.

La schizophrénie

Comme dans la dépression, l'insomnie annonce souvent l'aggravation des symptômes. Certains patients retrouvent un sommeil normal dans les phases de rémission de la maladie, d'autres éprouvent une insomnie persistante et importante avec des réveils multiples

Finalement, l'insomnie peut faire partie d'un tableau psychiatrique telle qu'une névrose grave ou une psychose. Si le diagnostic ne pose pas de problème particulier, il faut se méfier de l'association avec une autre cause d'insomnie surtout lorsqu'il existe un sommeil très agité pouvant évoquer une pathologie organique.

Les insomnies liées aux médicaments

Il est difficile d'imputer une insomnie à un médicament car l'insomnie est une plainte subjective. L'insomnie médicamenteuse peut survenir chez un patient présentant une pathologie potentiellement insomniant (par exemple, beta 2 mimétiques et asthme).

Sont connus pour donner des insomnies, surtout en début de traitement :

Les corticoïdes et AINS : plus fréquemment si la posologie est élevée et surtout dans les deux premières semaines de traitement ainsi que sur les terrains prédisposés (femmes, atteinte du SNC, antécédent psychiatrique)

La théophiline et les beta 2 mimétiques : la théophiline a des propriétés psychostimulantes voisines de celles de la caféine, elles augmentent la vigilance et l'attention. Le salbutamol et la terbutaline possèdent des propriétés stimulantes du système nerveux central qui peuvent s'exprimer à des degrés variables : anxiété, insomnie, euphorie, trouble de la concentration, dysphorie.

Les hormones thyroïdiennes : l'insomnie peut être un symptôme de surdosage en hormones thyroïdiennes chez un hypothyroïdien.

Les amphétamines : Elles peuvent induire de nombreux effets psychotropes, tels que la stimulation intellectuelle, l'hyperréactivité, la diminution de la sensation de fatigue, l'insomnie, l'euphorie. L'insomnie est donc un effet intrinsèque des amphétamines et non pas un effet indésirable.

Les antidépresseurs : les IMAO et les antidépresseurs sérotoninergiques pourraient induire une insomnie dans environ 10% des cas. Certains antidépresseurs sont suspectés de pouvoir retentir plus durablement sur le sommeil en raison d'une certaine incidence sur l'architecture polysomnographique (notamment des produits comme la fluoxétine ou la venlafaxine). Des études sont en cours sur le sujet.

LES AIDES AU DIAGNOSTIC

Les hypnotiques : sous BZD, il y a 3 situations possibles d'insomnie :

- Phénomène de tolérance : épuisement de l'effet hypnogène au cours du temps conduisant à une réapparition de l'insomnie.
- Effet rebond : réapparition de l'insomnie à l'arrêt du traitement
- Sevrage brutal : l'insomnie est alors le symptôme le plus apparent.

Avec le Stilnox et l'Imovane, les phénomènes de sevrage et de rebond sont plus modérés.

Les antiparkinsoniens : la 21 lévodopa et la bromocriptine peuvent induire une insomnie dans le cadre d'une confusion, d'une agitation voire d'un épisode délirant.

Les antituberculeux : l'isoniazide a des propriétés stimulantes chez certains patients, induisant insomnie, symptomatologie maniaque et confusion.

Les antifongiques : les dérivés imidazolés et la griséofulvine pourraient induire une euphorie associée à de l'insomnie.

➤ LES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires sur le sommeil permettent d'apprécier :

- le type de plainte
- les symptômes évoqués et leur gravité
- l'hygiène de sommeil du patient
- des signes évoquant des pathologies organiques

Il existe **l'index de qualité du sommeil de Pittsburg (PSQI)** : ce questionnaire évalue le sommeil du mois précédent. Il a été validé et utilisé en anglais dans de nombreuses études. Il a l'intérêt de présenter des scores et des sous scores qui peuvent permettre une comparaison

Il existe des questionnaires propres à chaque centre du sommeil. Celui de l'Hôtel-Dieu de Paris (Dr D. Léger) a été proposé dans différentes études épidémiologiques en France, en collaboration avec la SOFRES.

Certains questionnaires évaluent la nuit précédente et sont complémentaires de l'agenda du sommeil. Ils permettent de comparer les nuits les unes aux autres et donc d'évaluer l'efficacité du traitement. C'est par exemple celui de Spiegel. J'ai réalisé un questionnaire (page 82), en m'inspirant des différents questionnaires existants et en m'efforçant de l'adapter à la pratique de la médecine générale.

➤ LES ECHELLES

L'**échelle de somnolence d'Epworth** est un questionnaire d'autoévaluation de l'appréciation du niveau habituel de somnolence diurne où le patient évalue le risque de s'assoupir dans des situations de la vie quotidienne.

Le **questionnaire de typologie de Hörne et Ösberg** est utilisé si l'on suspecte un trouble du rythme circadien du sommeil.

Les échelles d'anxiété de type **Hamilton**, ou de dépression **MADRS, Beck** sont utiles si on suspecte un trouble anxiodépressif.(page 85, 86, 87et 88)

➤ L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda du sommeil est le **meilleur moyen d'investigation subjective** des troubles du sommeil. Il permet d'analyser le sommeil d'un individu sur une période prolongée. Bien qu' il soit facile de décrire la nuit précédente, il est beaucoup plus difficile de se souvenir des nuits des semaines précédentes.

L'agenda du sommeil comporte sur une échelle graduée de 24 heures

- l'heure du coucher et l'heure de lever
- l'heure approximative d'endormissement
- les réveils nocturnes et l'heure du dernier réveil
- les siestes
- la prise de médicaments hypnotiques ou autres
- une note sur 10 de la qualité de la nuit
- une note sur 10 de la qualité de la journée
- des observations pour exprimer ce qui aurait pu influencer le sommeil (événements professionnels ou familiaux ...)

Ainsi le médecin peut noter :

- les horaires habituels de sommeil la semaine et le week-end
- la consommation réelle d'hypnotiques
- la répercussion sur la journée
- le temps passé au lit
- la fréquence des troubles du sommeil
- le Temps de Sommeil Total (TST)
- le temps d'endormissement

Il est important de dire au patient que l'agenda n'est pas un outil de précision et qu'il ne faut pas regarder son réveil toute la nuit pour remplir son agenda, ce qui risquerait fort de perturber son sommeil. L'agenda se complète le matin au réveil

Il permet d'évaluer la sévérité des troubles et la motivation du patient, d'évaluer l'efficacité d'un traitement et de faire ressortir des événements influençant le sommeil

➤ L'ACTIMÉTRIE

L'actimétrie peut compléter avantageusement l'agenda, en introduisant une **mesure objective**. C'est un petit appareil qui se porte au poignet, sans fil, qui enregistre tous les mouvements même légers. Ainsi, pendant une à trois semaines, on enregistre le rythme activité-repos qui est assez superposable au rythme veille-sommeil. Même si la mesure de la durée du sommeil est approximative, on peut avoir une idée de la fluctuation de l'insomnie et de son éventuelle amélioration sous traitement.

On peut aussi comparer les données de l'actimétrie de celles de l'agenda du sommeil, ce qui informe sur les capacités du patient à apprécier son sommeil.

On peut aussi dépister un syndrome des jambes sans repos devant une activité anormalement élevée au cours de la nuit.

➤ L'ENREGISTREMENT POLYSOMNOGRAPHIQUE

L'enregistrement polysomnographique comprend l'enregistrement simultané de:

- l'électroencéphalogramme (EEG)
- l'electromyogramme (EMG)
- l'électro-oculogramme (EOG)
- et parfois en fonction des affections recherchées, on peut y associer: l'électrocardiogramme (ECG), l'enregistrement des respirations abdominales et thoraciques, du flux nasal, de l'oxymétrie nocturne, de l'activité du muscle jambier antérieur.

Cet enregistrement peut être réalisé en ambulatoire ou au laboratoire. Dans le cadre de l'insomnie, l'intérêt de réaliser l'enregistrement en ambulatoire est qu'il perturbe moins le sujet qui dort dans son environnement habituel

Par contre, l'enregistrement au laboratoire a un intérêt limité dans l'insomnie psychophysiologique : la polysomnographie peut confirmer la réalité d'un mauvais sommeil, mais néanmoins il n'est pas rare d'observer un sommeil pratiquement normal puisque la situation d'exploration en laboratoire introduit une rupture par rapport aux conditions habituelles de sommeil, ce qui rompt temporairement le cercle vicieux de l'insomnie.

L'intérêt, au laboratoire, est d'avoir un enregistrement plus complet, ce qui est indispensable dans les cas complexes d'insomnies ou sont intriquées plusieurs étiologies organiques et parfois psychiatriques. On établit le diagnostic avec le plus de précision possible.

Il est important de noter **que l'enregistrement du sommeil nécessite un sevrage complet en hypnotiques d'au moins 15 jours** pour étudier la structure réelle du sommeil et non pas les effets de tel ou tel traitement.

Indications d'un enregistrement polysomnographique

- Suspicion d'une cause "organique" : syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques nocturnes ou syndrome d'apnées du sommeil
- Insomnie sévère avec gros retentissement sur la journée sans cause évidente
- Actimétrie anormalement élevée pendant la nuit
- Echec d'un traitement bien conduit

Recherche d'anomalies de la microstructure du sommeil chez un sujet se plaignant d'un sommeil non réparateur.

LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'INSOMNIE

➤ LES HYPNOTIQUES

Avant de prescrire un hypnotique, il faut réfléchir à l'étiologie de l'insomnie et savoir si cette insomnie requière un traitement médicamenteux.

Généralités

Selon le dictionnaire médical, un hypnotique provoque le sommeil. Les hypnotiques ont donc un effet dans l'induction du sommeil ou plutôt dans la réinduction du sommeil.

L'hypnotique idéal devrait :

- Induire rapidement et de façon sûre le sommeil
- Maintenir le sommeil et prévenir des éveils répétés pour une période de 7 à 8 heures.
- Préserver l'architecture du sommeil
- Ne pas induire d'effet résiduel le matin après la prise du traitement
- Ne pas devenir moins actif après administration répétée
- Ne pas donner lieu à une insomnie de rebond après sevrage
- Avoir une large marge de sécurité en cas de surdosage
- Ne pas avoir d'interaction avec d'autres médicaments
- Ne pas induire de dépendance.

Classiquement, on distingue différentes classes d'hypnotiques : Les benzodiazépines (BZD), les apparentés BZD, les antihistaminiques, et il faut y ajouter les antidépresseurs sédatifs

A noter que **les barbituriques ne sont plus et ne doivent plus être utilisés aujourd'hui pour traiter l'insomnie**, à cause de leur danger, de leur forte pharmacodépendance, de leurs effets sur la mémoire, d'autant plus qu'ils induisent un sommeil de mauvaise qualité et une somnolence diurne.

Les benzodiazépines

Avantages :

- Elles permettent d'améliorer le sommeil et l'anxiété à la fois (la prise d'anxiolytiques dans la journée favorise le sommeil nocturne en diminuant l'anxiété, commune à toutes les insomnies ; une BZD prise le soir peut avoir un effet résiduel anxiolytique dans la journée du lendemain si sa demi vie est suffisamment longue).

Inconvénients

- Elles ne donnent pas un sommeil de bonne qualité puisqu'elles diminuent le sommeil lent profond mais respectent le sommeil paradoxal
- Il y a un problème de pharmacodépendance avec effet rebond et syndrome de sevrage
- Elles ont de nombreux effets secondaires : Troubles de la mémoire, rétrograde à court terme, diminution de la vigilance diurne le matin pour les traitements à demi vie longue ou intermédiaire (« réveil dans le brouillard »), sensation ébrieuse, vertiges, ataxie, dysarthrie, diminution de la performance psychomotrice chez des sujets prenant des dérivés à action prolongée, rebond d'anxiété diurne chez des sujets prenant des hypnotiques à action brève

Les agonistes benzodiazépiniques

Zolpidem (Stilnox°)

Avantages

- Il ne modifie que très peu l'architecture du sommeil
- Il n'y a pas de phénomène de sevrage ou d'effet rebond à la posologie recommandée

Inconvénients

- A des effets secondaires à type de diarrhée, nausée, dyspepsie et de somnolence et de vertiges

Zopiclone(Imovane°)

Avantages

- Il respecte à peu près l'architecture du sommeil
- Il a peu d'effet rebond ou de syndrome de sevrage à la posologie recommandée

Inconvénients

- Il a des effets secondaires à type de sensation ébrieuse et de somnolence, d'éruption cutanée, de goût amer et de bouche sèche.

Attention : administrée le jour, l'imovane entraîne une atteinte mnésique et des performances psychomotrices jusqu'à quatre heures et demi après la prise.

Ces hypnotiques ne devraient pas être prescrits plus de quatre semaines selon les recommandations en raison du problème de surconsommation (pharmacodépendance) et d'inefficacité à long terme (tolérance)

Par contre, d'autres familles de psychotropes peuvent être utilisées dans le traitement de l'insomnie : certains antidépresseurs, certains antihistaminiques (antiH1) dans certaines indications ainsi que les extraits de plantes.

Les antidépresseurs

L'antidépresseur est le meilleur traitement de l'insomnie du sujet présentant une dépression patente.

L'insomnie du matin répond bien à tous les types d'antidépresseurs (sédatifs ou stimulants)

Dans les insomnies d'endormissement ou de milieu de nuit les antidépresseurs sédatifs semblent préférables. Avec eux le sommeil devient meilleur dès la première prise alors qu'il faut 10 à 15 jours pour percevoir une amélioration de la dépression.

Les effets des antidépresseurs sur le sommeil sont différents selon les molécules.

Parmi les antidépresseurs tricycliques, on retiendra que la trimipranine (surmontil°), l'amitryptiline (laroxyl °et elavil°) et la doxépine (quitaxon° et sinéquan°) ont le même effet hypnotique et le même effet sur le stade 4. Seul le surmontil° diffère des deux autres en ne diminuant pas le sommeil paradoxal. Or la privation de sommeil paradoxal serait bénéfique pour soigner les dépressions.

L'antidépresseur tricyclique (avec les effets indésirables que l'on connaît) de choix dans l'insomnie d'endormissement serait l'amitryptiline ou la doxépine. Cependant, le surmontil° serait considéré comme l'antidépresseur imipraminique le plus sédatif.

De plus, il semblerait qu'une dose faible d'antidépresseur, allant du dixième au tiers de la dose antidépressive serait suffisante pour obtenir un effet hypnotique efficace et durable. Cependant, il n'y a pas d'étude pour contrôler l'efficacité et la tolérance des antidépresseurs à faible dose dans le traitement de l'insomnie chronique.

Un autre antidépresseur a un effet hypnotique puissant : c'est la miansérine (athymil°). Elle est intéressante car elle ne présente pas les effets secondaires des imipraminiques (effets anticholinergiques et toxicité cardiaque). Par contre, il faut penser à surveiller l'hémogramme pendant les premiers mois à cause du risque d'agranulocytose. L'athymil est donc l'antidépresseur de choix dans les insomnies d'endormissement.

Les antidépresseurs seraient également efficaces dans l'insomnie psychophysiologique, même sans dépression évidente. Ils sont de toutes façons préférables à un traitement hypnotique prolongé et devenu inefficace. Ce sont surtout la miansérine (Athymil°) et la doxépine (Quitaxon°) qui seraient indiqués, en n'utilisant que des doses infimes de 5 à 10 milligrammes pour obtenir un effet satisfaisant, sans problème d'acoutumance ni de dépendance.

Par ailleurs, certains antidépresseurs peuvent être utilisés dans le traitement des insomnies avec rêves répétitifs et attaques de panique : Deroxat°, Seropram° et Anafranil°.

La paroxétine (Deroxat°) serait actuellement le traitement de choix dans les attaques de panique et a également été utilisée avec succès dans les terreurs nocturnes et dans le somnambulisme de l'adulte.

A noter surtout, l'intérêt des antidépresseurs dans le traitement des insomnies par surconsommation médicamenteuse. La tendance actuelle pour sevrer des BZD chez le patient anxieux est d'instaurer un traitement par Déroxat° à 1/4 comprimé pendant une semaine, puis 1/2 comprimé pendant une semaine puis ¾ comprimé pendant une semaine puis 1 comprimé pendant une semaine puis commencer alors à sevrer en hypnotique.

Une fois le sevrage en hypnotique réalisé, si le patient se sent mieux, on peut arrêter le deroxat en passant à ½ comprimé par jour pendant un mois puis ¼ comprimé pendant 3 mois. Si le patient est anxiodépressif, a des phobies ou des crises d'angoisse, il vaudra peut être mieux laisser l'antidépresseur à vie, tout en étant régulièrement réévalué dans sa pertinence et dans sa tolérance.

Si on instaure un traitement antidépresseur chez le patient non dépressif, il faut lui expliquer que c'est un bon traitement de l'anxiété et de l'insomnie.

Remarques

- Les antidépresseurs peuvent être à l'origine ou renforcer une insomnie
- Les antidépresseurs tricycliques créent ou augmentent les mouvements périodiques des membres inférieurs
- Les antidépresseurs trop stimulants peuvent induire un hyperéveil ou une anxiété
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) pourraient diminuer les mouvements périodiques des membres inférieurs.

Ce qu'il faut retenir,

- L'athymil est indiqué dans les insomnies d'endormissement et les réveils précoces. Il est facile d'emploi (pas de bilan préthérapeutique, surveillance de la NFS en cas d'infection car risque d'agranulocytose).
- Le deroxat, selon F. Goldenberg est l'antidépresseur de choix dans le traitement des insomnies.
- Depuis peu, le norset est utilisé dans les insomnies avec une forte composante anxieuse.
- Il faut débiter le traitement à petite dose ($\frac{1}{2}$ voire $\frac{1}{4}$ de comprimé de deroxat ou de norset) et augmenter les doses progressivement (pallier de $\frac{1}{4}$ de comprimé tous les 15 jours).

➤ LES AUTRES MEDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Certains antihistaminiques

(antiH1) sont hypnotiques : Donormyl°, Nopron°, Théralène°, Mépronizine° et Noctran°

- Ce sont des phénothiazines qui sont utilisées comme hypnotique en raison de leur effet sédatif. Elles induisent donc une somnolence mais qui peut être diurne en raison de leur demi vie qui est longue.
- Elles ont toutes des propriétés anticholinergiques avec donc leurs effets indésirables : bouche sèche, constipation, trouble de l'accommodation, rétention urinaire, glaucome.
- La mépronizine est une association de phénothiazine et de méprobamate (carbamate), ce qui induit un phénomène de tolérance au long cours et de dépendance avec risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal.
- Le Noctran °est une association de phénothiazine et de chlorazépate dipotassique (BZD).

En fait, il y a peu de données objectives sur leur véritable action hypnotique dans l'insomnie. Cependant, ils peuvent avoir un intérêt en relais des autres médicaments ou pour des insomnies d'intensité modérée.

L'hydrate de chloral, les barbituriques et les neuroleptiques

ne sont en général pas conseillés dans le traitement de l'insomnie.

La mélatonine

n'est pas commercialisée en France et ses effets dans l'insomnie sont controversés.

La phytothérapie

a de tout temps été utilisée pour améliorer le sommeil, mais peu d'étude l'a évaluée sérieusement. Cependant, les études réalisées, si elles n'ont pas montré une nette amélioration de l'insomnie, ont l'avantage d'avoir montré l'absence d'effet indésirable.

- Seule l'Euphytose° a montré une action sur l'insomnie lors d'essais cliniques publiés. Ce type de produit aura son utilité dans les troubles légers du sommeil et permettra en cas de succès de ne pas recourir à des médicaments plus lourds.

Ces produits peuvent être utiles lors de tentative de sevrage médicamenteux. Leur grand avantage est de n'avoir aucun risque de pharmacodépendance.

LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

Ce sont des techniques cognitivo-comportementales. Elles exigent une motivation et une coopération du patient, donc une participation active, ce qui explique en partie les bons résultats de ces techniques dans le traitement de l'insomnie. Le problème est le manque important de thérapeutes en France.

Les thérapies comportementales sont particulièrement indiquées dans le traitement de l'insomnie psychophysiologique où il existe un véritable conditionnement négatif au sommeil. Ces techniques reposent sur le fait que les mécanismes du sommeil sont liés à un comportement particulier au moment du coucher et que celui-ci est perturbé chez l'insomniateur. Il faut donc rétablir des signaux de sommeil cohérents par différentes techniques, parfois en association les unes avec les autres.

Un préalable indispensable mais non suffisant pour mieux dormir est d'avoir une bonne hygiène de sommeil. Il faut donc communiquer à tout patient qui consulte pour des problèmes d'insomnie les principes d'une bonne hygiène de sommeil. Cependant la seule information ne suffit pas, il faut aussi repérer les erreurs et essayer de les corriger.

➤ LES REGLES D'HYGIENE DE SOMMEIL

On peut les diviser en trois catégories :

- Celles qui visent à favoriser le sommeil par un **environnement** optimum :
Chambre aérée, calme, tempérée entre 18 et 20 degrés.
- Celles qui visent à respecter le **rythme veille-sommeil** :
Réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle en évitant de regarder la télévision, de travailler ou de manger au lit.
Trouver son rythme de sommeil et le respecter
Éviter la rumination des problèmes au lit
- Celles qui visent à **éviter ce qui nuit au sommeil**
Éviter drogues, alcool, caféine, vitamine C
Éviter les repas copieux le soir
Éviter de pratiquer un sport après 17 heures ou toute autre activité stimulante (car cela augmente la température du corps, l'excitation physique et mentale)

Les règles d'hygiène sont présentées dans les fiches « patients » (page 70)

➤ LE CONTROLE DU STIMULUS

Le contrôle du stimulus vise non seulement à enrayer toutes les activités qui sont incompatibles avec le sommeil mais également à recréer et à renforcer l'association entre le lit et le sommeil.

Cette technique repose sur l'idée que chez l'insomniateur, le stimulus « mise au lit » a perdu son rôle d'inducteur du sommeil. L'insomniateur ne ressent plus l'envie de dormir lorsqu'il se met au lit car son conditionnement fait que le lit, la chambre et même l'idée de dormir sont devenues incompatibles avec le sommeil.

Il faut aider le patient :

- à analyser son comportement durant la journée et plus particulièrement au moment du coucher
- à préparer le coucher en établissant un rituel pour la demi heure qui précède le coucher
- à déterminer ses horaires de coucher et de lever en essayant de trouver les meilleurs compromis entre les besoins physiologiques et les contraintes
- à identifier les signes du sommeil : yeux qui piquent, paupières qui se ferment, picotement dans la nuque, bâillement, attention qui se relâche, impression d'avoir froid
- à respecter la principale consigne qui est de ne se coucher que lorsqu'on a envie de dormir.

Cette technique peut être appliquée en groupe et les patients pourront partager leur expérience ainsi que leurs petits moyens pour retrouver l'envie de dormir.

Ces consignes sont présentées dans les fiches « patients » (page 71)

➤ LA RESTRICTION DU TEMPS PASSE AU LIT

Cette technique repose sur le principe que l'insomniaque passe trop de temps éveillé au lit, ce qui limite l'efficacité de son sommeil. Il faut réduire le temps passé au lit pour le faire coïncider le plus possible avec le temps de sommeil.

Grâce à l'agenda du sommeil établi sur huit jours minimum, on calcule le pourcentage de temps de sommeil total sur le temps passé au lit. L'objectif est d'atteindre 85%.

Si le patient dit dormir "X" heures, on retarde l'heure du coucher en maintenant l'heure du lever pour obtenir "X" heures de temps passé au lit. Si on a atteint les 85%, on peut avancer l'heure du coucher de 15 minutes. Par contre si on n'améliore pas le pourcentage au bout de dix jours, on retarde l'heure du coucher de 15 minutes.

Les siestes sont interdites et il faut garder un minimum de 5 heures de temps passé au lit.

Il faudra très probablement prescrire un arrêt de travail de 8 à 10 jours pour éviter la dangerosité de la somnolence induite par cette technique, qui est certes efficace mais qui entraîne une dette de sommeil avec un effet sur la vigilance. Cette technique nécessite un soutien médicopsychologique quotidien.

Les consignes de restriction de temps passé au lit sont présentées dans les fiches « patients » (page 72)

➤ LA RELAXATION

Les méthodes de relaxation sont utilisées dans le traitement de l'insomnie car l'insomniaque est trop tendu lors du coucher, ce qui est incompatible avec le sommeil. En une dizaine de séances, le patient apprend à se détendre sur le plan physique (par des exercices de contractions et de relâchement musculaire et par contrôle de la respiration) ainsi que sur le plan mental. La relaxation permet à l'insomniaque de faire le vide, d'intérioriser les sensations corporelles et d'éloigner les ruminations. Le but de la relaxation n'est pas d'induire le sommeil mais d'induire un état de détente propice à son apparition.

Ces techniques nécessitent un entraînement quotidien d'1/4 heure environ. Elles ne doivent être utilisées au moment du coucher uniquement lorsqu'elles sont parfaitement maîtrisées car un échec dû à une expérience trop précoce risquerait de disqualifier la technique

Il existe plusieurs méthodes de relaxation : training autogène (détente physique atteinte par des exercices mentaux), méditation, hypnose, biofeedback

➤ LE CONTROLE DES COGNITIONS

Les insomniaques entretiennent souvent de fausses croyances par rapport aux causes de l'insomnie; ils ont aussi des attentes irréalistes « je dois dormir 8 heures pour bien fonctionner », ou dramatisent les conséquences potentielles de l'insomnie sur leur vie ; « l'insomnie va finir par me causer de sérieux problèmes de santé ». Ces cognitions deviennent des ennemis tenaces du sommeil puisqu'elles engendrent des émotions négatives : quoi de mieux pour se garder éveillé que de s'inquiéter parce que l'on ne dort pas !

En thérapie cognitive, le traitement tente d'identifier les cognitions néfastes et d'amener le patient à les réévaluer, et finalement à les remplacer par des pensées et des attitudes mieux adaptées.

Changer ses croyances et ses attitudes

- Garder des attentes réalistes
- Eviter de blâmer l'insomnie de tous ses malheurs
- Réviser ses conceptions des causes de l'insomnie
- Mettre l'accent sur les facteurs qui peuvent être modifiés et contrôlés
- Ne jamais tenter à tout prix de dormir
- Ne pas faire un drame d'une nuit d'insomnie
- Développer une certaine tolérance aux effets de privation de sommeil

➤ CONCLUSION

Les thérapies cognitivo-comportementales visent à modifier les styles de vie, les habitudes, les pensées et les attitudes qui contribuent à perpétuer le cercle vicieux de l'insomnie.

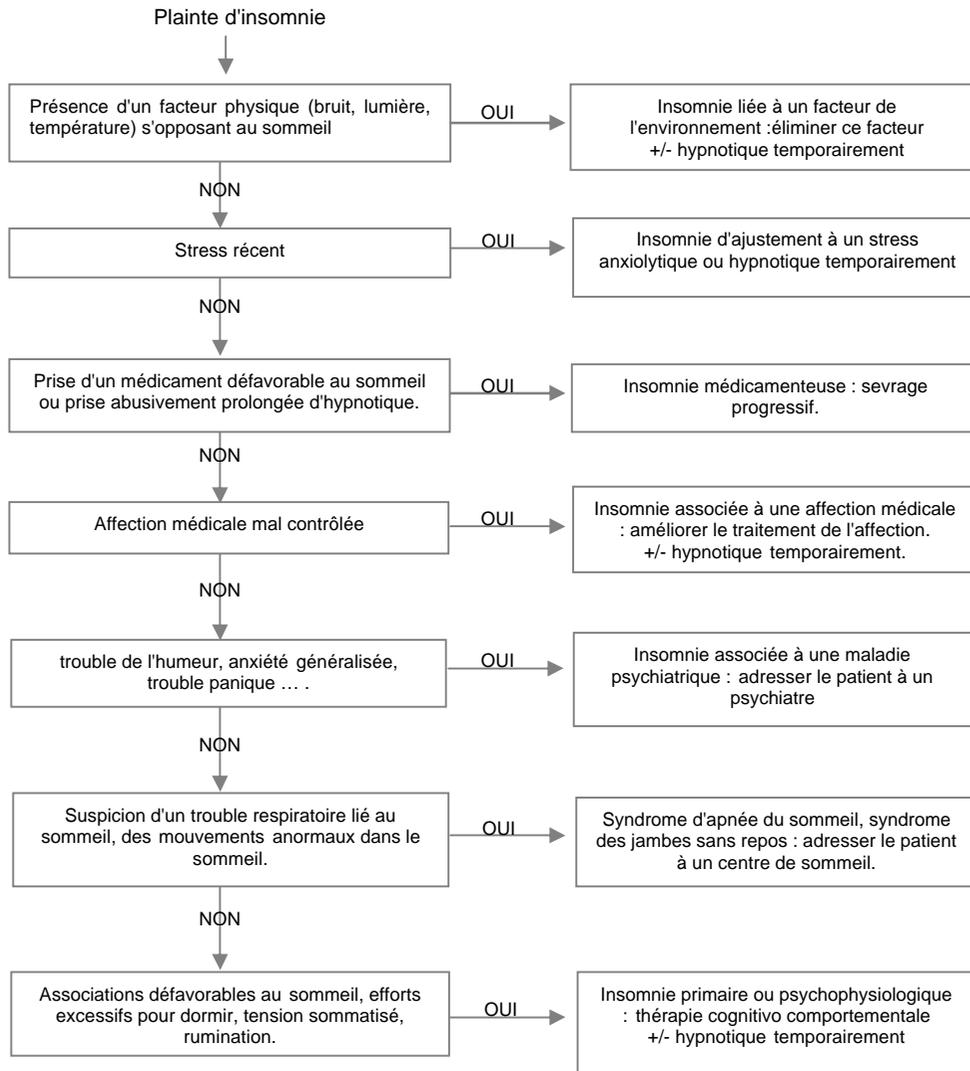
Même s'il n'est pas vraiment possible de modifier en profondeur la personnalité d'un individu, ce processus d'apprentissage est plutôt exigeant et parfois difficile à effectuer seul.

En général, 6 à 8 séances hebdomadaires sont suffisantes pour obtenir de bons résultats. Ces thérapies ont un coût plus important qu'un médicament à court terme en terme d'argent et d'effort mais à long terme, elles sont nettement plus avantageuses.

La solution est probablement de combiner les méthodes cognitivo-comportementales et les traitements médicamenteux pour obtenir un effet à la fois rapide et durable.

***LES « FICHES PRATIQUES » DU MEDECIN
GENERALISTE POUR LA CONSULTATION***

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE INSOMNIE



Arbre décisionnel de l'insomnie

➤ GENERALITES

La plainte d'insomnie en médecine générale peut être :

- le motif principal de consultation
- un motif secondaire de consultation ; dans ce cas il vaut mieux dire au patient que c'est un problème complexe qui ne se résume pas à la prescription d'un médicament et que le mieux est de prendre rendez-vous plus ou moins rapidement en fonction de la gêne, afin de ne parler que de ce problème.

Dès la plainte d'insomnie, il faut demander **à quand remonte le trouble** pour déterminer s'il s'agit d'une insomnie occasionnelle, transitoire ou chronique, ce qui va être fondamental pour organiser la suite de la consultation et des éventuelles consultations suivantes.

Dans tous les cas, il faut prendre au moins un quart d'heure ou plus lors de la première consultation :

- soit pour régler le problème d'emblée,
- soit pour expliquer la prise en charge si le problème paraît nécessiter plusieurs consultations.

De toutes façons, il faudra **revoir le patient pour contrôler l'évolution de l'insomnie** et l'efficacité d'un traitement qu'il soit médicamenteux ou non.

La prise en charge peut être courte et se résumer à une seule consultation dans le cas d'une insomnie occasionnelle dont la cause est facilement identifiable et dont le traitement (hypnotique +/- étiologique) est simple. Il faudra cependant garder à l'esprit cette insomnie et s'assurer de sa guérison lors d'une consultation ultérieure pour un autre motif. C'est par exemple, un étudiant qui dort mal avant les examens et tout rentre dans l'ordre après les examens.

Malheureusement, la plupart du temps, l'insomnie est un problème complexe, souvent chronique, dont le diagnostic étiologique et la prise en charge thérapeutique demandent du temps et de l'investissement tant de la part du patient que de la part du médecin.

Il en est bon alors d'établir une **stratégie de prise en charge** et d'expliquer les différentes étapes au patient.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INSOMNIE OCCASIONNELLE

Orientation de la consultation

- Ecouter la plainte et s'assurer qu'il s'agit bien d'une insomnie : demander au patient ce qu'il entend par « insomnie » (afin d'éliminer les diagnostics différentiels que sont les petits dormeurs et le syndrome de retard de phase)
- Durée des troubles :
insomnie de quelques jours : conduite à tenir devant une **insomnie occasionnelle**
insomnie de quelques semaines : conduite à tenir devant une **insomnie transitoire**
insomnie de quelques mois ou années : conduite à tenir devant une **insomnie chronique**

NB : plus les troubles durent, plus la prise en charge durera.

L'insomnie occasionnelle (de quelques nuits) est rarement le motif de consultation en médecine générale car chacun sait que mal dormir peut arriver à tout le monde. **Quand le patient consulte** pour une insomnie occasionnelle, **c'est que la gêne est importante** et il convient de prendre la demande au sérieux.

Souvent, dans les insomnies occasionnelles, **le patient a identifié la cause** de son insomnie. Parfois, un traitement étiologique sera facilement envisageable :

- si douleur, traitement antalgique +/- traitement étiologique
- si toux, traitement étiologique +/- traitement antitussif
- si cause environnementale, améliorer les conditions (mettre des rideaux si trop de lumière, baisser le chauffage s'il fait trop chaud, mettre des bouchons auriculaires s'il y a trop de bruit ...)

Dans la plupart des cas, on aidera à passer le cap difficile en prescrivant un hypnotique.

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape 1** : écouter la plainte (empathie),
- **Etape 2** : identifier la ou les causes du trouble,
- **Etape 3** : savoir si le patient prend déjà un traitement,
- **Etape 4** : proposer et expliquer le traitement symptomatique (hypnotique) et étiologique si possible,
- **Etape 5** : s'assurer de l'absence de passage à la chronicité en demandant au patient de reconsulter rapidement si les troubles ne s'améliorent pas,
- **Etape 6** : proposer les fiches « je prends un hypnotique » et « les règles d'hygiène de sommeil ».

Attention à 3 pièges :

- **S'assurer qu'il s'agit bien d'une insomnie occasionnelle** et non pas chronique, auquel cas la prescription d'un hypnotique serait plutôt néfaste.
- S'assurer de l'**absence de dépression** sous jacente
- S'assurer que l'insomnie n'est pas le **signal-symptôme**, par exemple d'une décompensation cardio-respiratoire d'un patient chronique.

Cela nous amène à conclure que **l'examen clinique doit être systématique** à chaque consultation (au minimum : mesure de la pression artérielle et auscultation cardio-pulmonaire).

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INSOMNIE TRANSITOIRE

L'insomnie transitoire est **due à une situation nouvelle** à laquelle le sujet doit s'adapter. Il s'agit généralement d'une séparation, d'un deuil, d'une maladie chronique ou d'une promotion professionnelle.

Dans ce type d'insomnie, **les troubles sont anciens** (quelques semaines) et les causes sont généralement plus difficiles à traiter que dans l'insomnie occasionnelle.

Il faudra passer par les mêmes étapes que pour l'insomnie occasionnelle (sauf l'étape 5 car d'autres consultations seront «obligatoires » et non plus facultatives) et là aussi un traitement hypnotique sera souvent nécessaire.

Cependant, par rapport à la prise en charge de l'insomnie occasionnelle, la manipulation du traitement hypnotique sera plus délicate (risque de dépendance physique et psychique) et le suivi sera plus long et difficile

La réassurance et le soutien psychologique seront primordiaux

Le **risque de passage à la chronicité est plus grand** que dans l'insomnie occasionnelle.

Il sera important de bien expliquer au patient que prendre un hypnotique n'est pas dangereux si on le prend de manière raisonnée et que le plus important est de ne pas tomber dans le cercle vicieux de l'insomnie.

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape 1** : écouter la plainte (empathie),
- **Etape 2** : identifier la ou les causes du trouble,
- **Etape 3** : savoir si le patient prend déjà un traitement,
- **Etape 4** : proposer et expliquer le traitement symptomatique (hypnotique) et étiologique si possible,
- **Etape 5** : proposer le prochain rendez-vous pour voir l'évolution du trouble,
- **Etape 6** : proposer les fiches « je prends un hypnotique » et « les règles d'hygiène de sommeil ».

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INSOMNIE CHRONIQUE

C'est une insomnie qui **dure depuis des mois ou des années**. Le suivi de ce type d'insomnie nécessitera plusieurs consultations.

➤ LA PREMIERE CONSULTATION

La première consultation permet de « faire connaissance » avec l'insomnie du patient. Il est important d'annoncer au patient la nécessité d'un suivi et d'une **participation active** de sa part pour résoudre au mieux et au plus vite ce trouble.

Il faut **éliminer une urgence** notamment psychiatrique (état maniaque, mélancolie ou délire).

Il faut éviter de prescrire des hypnotiques à la première consultation car ils peuvent aggraver certains troubles ou retarder la réalisation d'un enregistrement du sommeil (nécessité d'un sevrage en hypnotique pendant 15 jours).

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape 1** écouter la plainte (empathie),
- **Etape 2** s'assurer du diagnostic d'insomnie (retentissement diurne),
- **Etape 3** s'assurer de l'ancienneté des troubles (mois ou années),
- **Etape 4** demander s'il y a un traitement en cours,
- **Etape 5** examen clinique (auscultation cardio-pulmonaire, mesure de la pression artérielle, palpation de la thyroïde),
- **Etape 6** éliminer une urgence (décompensation d'une maladie psychiatrique ou d'une insuffisance cardiaque ou respiratoire),
- **Etape 7** annoncer que l'insomnie chronique est un problème complexe qui nécessite un suivi en consultation,
- **Etape 8** proposer de remplir le questionnaire et l'agenda du sommeil pour la prochaine consultation,
- **Etape 9** proposer la fiche des règles d'hygiène de sommeil,
- **Etape 10** annoncer le programme de la prochaine consultation (analyse du questionnaire, discuter de l'hygiène de sommeil, envisager un traitement ou un sevrage).

➤ LA DEUXIEME CONSULTATION

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape 1** s'enquérir du sommeil du patient depuis la dernière consultation,
- **Etape 2** analyser le questionnaire: s'assurer qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'un syndrome d'apnée du sommeil, de mouvement périodiques nocturnes ou d'un syndrome des jambes sans repos, auxquels cas un avis spécialisé est indiqué. Essayer de formuler **une cause** à cette insomnie et en discuter avec le patient (on peut s'aider de l'arbre décisionnel ou de la classification des insomnies),
- **Etape 3** demander au patient s'il pense avoir une bonne **hygiène de sommeil** (d'après la fiche remise à la précédente consultation et d'après l'agenda du sommeil) et proposer pour la prochaine consultation de discuter des points « sensibles »,
- **Etape 4** en fonction de la cause formulée à l'étape 2, on proposera une **attitude thérapeutique ou la poursuite d'investigations** (agenda du sommeil, consultation spécialisée),
 - Si insomnie médicamenteuse : sevrage progressif,
 - Si affection médicale : améliorer le traitement de l'affection et prescrire un hypnotique temporairement,
 - Si maladie psychiatrique : adresser le patient au psychiatre,
 - Si suspicion de SAS, MPN ou SJSR : adresser au centre du sommeil,
 - Si suspicion d'insomnie psychophysiologique, proposer de remplir un agenda du sommeil pour évaluer la sévérité du trouble et la motivation du patient,
- **Etape 5** proposer le prochain rendez-vous et ses objectifs (améliorer l'hygiène de sommeil).

La deuxième consultation a essentiellement pour but de **formuler une cause** à cette insomnie et en fonction de la cause d'envisager la suite avec le patient. Il faut garder à l'esprit que la cause la plus fréquente des insomnies chroniques est l'insomnie psychophysiologique. Dans ce cas, il n'y a pas d'urgence à prescrire un hypnotique, au contraire, il faudra la plupart du temps, essayer de proposer un sevrage en hypnotique et une thérapie comportementale.

➤ LA TROISIEME CONSULTATION (DE L'INSOMNIE PSYCHOPHYSIOLOGIQUE)

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape 1** s'enquérir du sommeil du patient depuis la précédente consultation,
- **Etape 2** expliquer ce qu'est l'insomnie psychophysiologique,
- **Etape 3** discuter des erreurs d'hygiène du sommeil,
- **Etape 4** discuter de l'agenda du sommeil,
- **Etape 5** parler du contrôle du stimulus et du contrôle des cognitions,
- **Etape 6** proposer une thérapie cognitivo-comportementale,
- **Etape 7** donner la fiche sur l'insomnie psychophysiologique,
- **Etape 8** proposer un nouveau rendez-vous de consultation.

Il est important de ne pas passer à côté d'une dépression sous jacente ;si on a un doute, on peut proposer de remplir des échelles de dépression.

➤ LES CONSULTATIONS SUIVANTES

Les différentes étapes de la prise en charge :

- **Etape1** s'enquérir du sommeil du patient depuis la dernière consultation. Pour évaluer l'efficacité d'un traitement, on peut s'aider du questionnaire de suivi ou de l'agenda du sommeil,
- **Etape 2** s'assurer du respect des règles d'hygiène de sommeil,
- **Etape 3** s'inquiéter de la tolérance des médicaments prescrits,
- **Etape 4** rappeler les règles d'usage des hypnotiques,
- **Etape 5** rappeler qu'il ne faut pas hésiter à consulter tant que l'on ne sent pas guéri ou si l'on pense rechuter (importance du soutien psychologique)

LE QUESTIONNAIRE

➤ COMMENT LE PRESENTER AU PATIENT ?

C'est un outil précieux pour le diagnostic d'insomnie. Il permet :

- d'évaluer la nature et la sévérité de l'insomnie,
- de dépister rapidement des maladies liées au sommeil,
- de trouver une cause à l'insomnie,
- d'évaluer l'hygiène de vie et de sommeil,
- de repérer les « erreurs » qui nuisent à un bon sommeil.

Il a l'intérêt d'être complet et systématique (on n'oublie rien) et de faire gagner du temps en consultation car le patient réfléchit chez lui.

Il doit être rempli de manière consciencieuse afin de mieux comprendre l'insomnie et donc de proposer le traitement le plus adapté.

➤ COMMENT L'INTERPRETER RAPIDEMENT ?

On peut noter sur une feuille :

- la nature du problème de sommeil : problème d'endormissement, d'éveils nocturnes, de réveil matinaux précoces,
- s'il y a une somnolence diurne,
- le nombre d'heures passées au lit,
- la durée des troubles,
- les erreurs d'hygiène de sommeil,
- les traitements déjà entrepris,
- la ou les éventuelles causes incriminées.

Ainsi on ne gardera en mémoire que ce qui pose problème.

L'AGENDA DU SOMMEIL

➤ COMMENT LE PRESENTER AU PATIENT ?

Il est important de rappeler au patient que dans la très grande majorité des cas d'insomnie, il n'y a pas besoin d'examen complémentaires compliqués. Généralement, un bon interrogatoire (aidé par le questionnaire) et l'agenda du sommeil suffisent pour établir un diagnostic et envisager un traitement.

L'agenda du sommeil est donc également un outil très précieux pour connaître le sommeil d'un individu. Il permet de repérer facilement son rythme de sommeil et de voir la progression de la qualité du sommeil sous traitement.

Il faut avoir **un exemplaire à montrer et à donner au patient** pour lui expliquer comment il doit le remplir.

Il est important de remplir l'agenda **pendant une période prolongée** (au moins 15 jours) pour avoir un bon aperçu du profil du sommeil. Il faut le remplir **chaque jour** car il est facile de se rappeler de la nuit précédente mais il est plus difficile de se rappeler en détail les événements des 2 ou 3 nuits précédentes.

Le patient devra :

- le matin au réveil :
Mettre ↓ pour indiquer l'heure du coucher,
Hachurer la zone correspondant au sommeil (avec des « blancs » en cas de longs éveils),
Mettre ↑ pour indiquer l'heure du lever,
Noter la qualité de la nuit et du réveil par TB, B, Moy, M, TM,
Noter les médicaments et les facteurs qui ont pu influencer le sommeil.
- le soir :
Hachurer les zones de sieste,
Mettre un « S » pour les moments de somnolence,
Noter la qualité de la journée.

Il ne faut pas regarder son réveil toute la nuit pour noter avec précision les heures et durées de réveil car cela nuirait fortement au sommeil !

L'agenda du sommeil reste un très bon examen même si c'est un examen subjectif et approximatif. C'est aussi **un bon outil pour le suivi à long terme** et pour évaluer l'efficacité d'un traitement, qu'il soit médicamenteux ou non.

➤ COMMENT L'INTERPRETER ?

Déjà, très rapidement le médecin a un aperçu de la sévérité des troubles et de la motivation du patient pour se soigner. De plus, on voit la consommation réelle de médicaments.

On voit rapidement :

- Le délai d'endormissement,
- L'efficacité du sommeil (rapport entre les temps de sommeil et le temps passé au lit),
- Si les horaires de coucher et de lever sont réguliers

QUAND DEMANDER L'AVIS AU SPECIALISTE ?

Il faut recourir à un avis spécialisé :

- En cas d'insomnie chronique avec escalade thérapeutique,
- En cas d'insomnie avec suspicion d'une pathologie spécifique : apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques nocturnes,
- En cas d'insomnie ayant un retentissement majeur sur la journée du lendemain,
- Parfois pour motiver le patient qui voit sa plainte prise en considération,
- En cas d'impossibilité de consacrer un temps important à l'investigation de l'insomnie.

QUEL MEDICAMENT POUR QUELLE INSOMNIE ?

Rappelons que toute insomnie n'est pas une indication à la prescription d'un hypnotique. Les indications types sont les insomnies occasionnelles et les insomnies à court terme.

Les insomnies chroniques ne sont pas à priori, une bonne indication des hypnotiques compte tenu des risques de tolérance et de dépendance.

Toutefois, dans certains cas, une prescription peut être justifiée, soit parce qu'un autre type de traitement, thérapie cognitivo-comportementale en particulier se révèle inefficace soit parce que l'insomnie connaît une recrudescence à l'occasion de circonstances difficiles. Dans ce cas, une prise intermittente du produit hypnotique paraît préférable.

Il n'y a pas d'hypnotique idéal. Chaque hypnotique a un profil particulier et chaque personne a ses réactions propres.

Il y a cependant quelques principes :

- En cas de difficultés d'endormissement, il faut un hypnotique à Tmax bref et à demi-vie d'élimination ultrarapide (Stilnox),
- En cas de troubles de maintien du sommeil, on prescrira un hypnotique à demi-vie d'élimination rapide (Imovane°, Havlane°, Normison°),
- En cas d'éveil en seconde partie de la nuit, il faut prescrire un antidépresseur sédatif au coucher (athymil) ou bien du déroxat. En dernier recours, si l'heure d'éveil n'est pas trop proche du lever, proposer un demi comprimé de stilnox.

Les antihistaminiques ne présentent pas d'avantage par rapport aux BZD et aux agonistes BZD.

Il faut privilégier les agonistes BZD par rapport aux BZD car les phénomènes de dépendance sont nettement moindres aux posologies recommandées.

Dans les insomnies peu sévères on pourra recourir à l'Euphytose ou éventuellement autres traitements à base de plantes.

Dans les insomnies avec dépression sous jacente, le traitement de choix est évidemment un antidépresseur.

Dans les insomnies organiques, il faut envisager avant tout le traitement spécifique de l'affection.

LES DIFFERENTS HYPNOTIQUES

➤ LES BENZODIAZEPINES

spécialité	DCI	Présentation en mg	Posologie en cp	Tmax en h	1/2 vie élimination
halcion	triazolam	0.125	1	0.5 à 4	1 à 4 h
havlane	loprazolam	1	1	1	8 h
mogadon	nitrazéпам	5	1 à 2	2 à 3	14 à 48 h
noctamide	lormétazéпам	1 ou 2	1	3	10 h
normison	témazéпам	10 ou 20	1	3/4 à 4	5 à 8 h
nuctalon	estazolam	2	1	2.6	17 h
rohypnol	flunitrazéпам	1	1/2 à 1	1/2 à 1.5	20 h

- Tous ont une durée de prescription limitée à 4 semaines sauf l'Halcion° qui a une durée de prescription limitée à 2 semaines
- Tous sont des BZD et donc ont des propriétés anticonvulsivantes, myorelaxantes, anxiolytique, sédatives, hypnotiques et amnésiantes.
- Tous peuvent donner un phénomène de **tolérance**, « certains effets des BZD sont susceptibles de se modifier lors d'une administration prolongée, en raison du développement d'une tolérance ».
- Tous peuvent entraîner un état de **pharmacodépendance physique et psychique**, et plus particulièrement en cas d'utilisation prolongée.

Divers facteurs semblent favoriser la survenue de la dépendance :

- Durée du traitement,
- Dose,
- Antécédents d'autres dépendances, médicamenteuses ou non, y compris alcoolique.

- Tous peuvent entraîner à l'arrêt un **phénomène de sevrage** :

Certains symptômes sont fréquents et d'apparence banale :

- Insomnie
- Céphalées
- Anxiété importante
- Myalgies
- Tension musculaire
- Irritabilité

D'autres symptômes sont plus rares

- Agitation
- Episode confusionnel
- Sensibilité exacerbée (bruits, lumière)
- Dépersonnalisation, déréalisation
- Phénomènes hallucinatoires
- Convulsions

Les symptômes de sevrage peuvent se manifester dans les jours qui suivent l'arrêt du traitement. Pour les BZD à durée d'action brève, et surtout si elles sont données à dose élevée, les symptômes peuvent même se manifester dans l'intervalle qui sépare les 2 prises.

L'association de plusieurs BZD risque, quelle qu'en soit l'indication, anxiolytique ou hypnotique, d'accroître le risque de pharmacodépendance.

- Tous peuvent entraîner un **phénomène de rebond**, ce syndrome transitoire peut se manifester sous la forme d'une exacerbation de l'insomnie qui avait motivé le traitement par BZD
- Tous peuvent entraîner une **amnésie antérograde** dans les heures qui suivent la prise.
- Chez certains sujets, les BZD peuvent provoquer des **réactions paradoxales** avec :
 - Agitation
 - Libération d'agressivité
 - Actes automatiques amnésiques

Elles imposent l'arrêt du traitement L'enfant et le sujet âgé y sont davantage exposés.

- Tous sont indiqués dans le traitement des insomnies occasionnelles, transitoires et chroniques sauf l'Halcion° et le Rohypnol° qui n'ont pas l'indication dans l'insomnie chronique.

- Pour tous, la posologie doit être diminuée de moitié chez le sujet âgé, l'insuffisant rénal ou hépatique.

- Tous ont pour **contre indications** :

Absolues

- Insuffisance respiratoire sévère
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère (risque d'encéphalopathie)
- Hypersensibilité aux BZD

Relatives

- Myasthénie
- Alcool
- Allaitement

- Tous ont pour **effets indésirables**

En rapport avec la dose ingérée et la sensibilité individuelle du patient

- Sensation ébrieuse
- Asthénie, baisse de vigilance, somnolence (particulièrement chez le sujet âgé)
- Hypotonie musculaire

Egalement

- Réaction paradoxale chez certains sujets (en particulier sujets âgés et enfants) telles qu'irritabilité, agressivité, tension, agitation, troubles du comportement, modification de la conscience
- Eruption cutanée, prurigineuse ou non ;
- Modification de la libido

Certains ont des effets indésirables spécifiques :

- urticaire pour le Normison °(du à la présence de parahydroxybenzoates dans la capsule)
- troubles gastro intestinaux et céphalées et exceptionnellement ataxie et diplopie pour le Normison° et le Noctamide°

- Tous ont **des interactions médicamenteuses**

association déconseillée :

- alcool en raison de la majoration de l'effet sédatif

associations à prendre en compte

- morphiniques (analgésiques, antitussifs et traitement de substitution), barbituriques, autres BZD à cause du risque majoré de dépression respiratoire, qui peut être fatale en cas de surdosage
- autres dépresseurs du SNC : morphiniques, barbituriques, antidépresseurs sédatifs, antihistaminiques H1 sédatifs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, clonidine et apparentés, thalidomide à cause d'une majoration de la dépression centrale
- clozapine à cause du risque accru de collapsus avec arrêt respiratoire et/ou cardiaque

- Certains ont des interactions médicamenteuses spécifiques :

pour l'Halcion :

- sont contre indiquées les associations suivantes : itraconazole, kétoconazole
- sont déconseillées les associations suivantes : érythromycine, josamycine (en raison de la possibilité de troubles du comportement) et le ritonavir (majoration de la sédation)
- l'association avec l'indinavir nécessite des précautions d'emploi (majoration de la sédation) ;
- les associations à prendre en compte sont : la cimétidine, la clarithromycine en raison de la majoration de la sédation

pour le Normison° :

- prendre en compte l'association avec le baclofène et les anti hypertenseurs centraux (majoration de la dépression centrale)

➤ **LES AGONISTES BENZODIAZEPINIQUES**

spécialité	DCI	Présentation en mg	Posologie en cp	½ vie en heure
zopiclone	imovane	7.5	½ à 1	5 à 7
zolpidem	stilnox	10	½ à 1	2.4

L'**imovane** agit en 1 heure trente à 2 heures avec une demi vie de 5 heures. Il y a peu d'effet rebond.

Les principaux effets secondaires observés sont : une sécheresse buccale, une amertume du goût, une somnolence et une difficulté à se lever le matin. Administrée le jour, la zopiclone entraîne une atteinte mnésique et des performances psychomotrices jusqu'à 4.5 heures après la prise. Une réaction de sevrage peut se produire après arrêt brutal de la zopiclone

C'est le traitement de choix dans les problèmes de maintien du sommeil avec éveils répétés dans la nuit.

Le stilnox agit rapidement en 15 à 30 minutes avec une demi vie de 2 à 4 heures

Il n'y a pas d'effet rebond ni de syndrome de sevrage à la posologie recommandée

Ses effets secondaires comprennent des sensations vertigineuses et de tête vide, de la somnolence, des céphalées et des troubles gastro-intestinaux

C'est le traitement de choix dans les problèmes d'endormissement. On peut le prescrire à la demande, c'est-à-dire pour quelques nuits par semaine.

Leur **prescription** est **théoriquement limitée à 28 jours**. La prolongation du traitement ne doit pas se faire sans réévaluation de l'état du patient. Il faut prévenir d'emblée le patient de la durée limitée du traitement et s'il y a lieu, des modalités d'arrêt progressif de celui-ci.

Comme tous les psychotropes, sur le plan médico-légal, il est bon de mentionner sur l'ordonnance l'altération de la vigilance qui peut rendre dangereuse la conduite de véhicules et l'utilisation de machines ainsi que la majoration de l'effet sédatif par l'alcool.

➤ LES PHENOTHIAZINES

Ordonnance type	
Dr X	Date
Mme Y	
Stinox ½ à 1 comprimé au coucher si besoin	
Une boite de 7 comprimés	
Ce traitement peut modifier vos capacités d'attention, de réaction, et votre vigilance au volant et au travail.	
L'absorption de boissons alcoolisées est fortement déconseillée durant toute la durée du traitement	
Signature	

DONORMYL Doxylamine (NR)	30cp sécables 15 mg	A :7.5 à 15 mg 15 à 30 minutes avant le coucher
THERALENE Alimémazine	50 cp sécables 5 mg sirop :fl. de 30 ml à 1 mg par goutte	A :5 à 20 mg au coucher E>12 mois : 0.25 à 0.5 mg/kg au coucher
MEPRONIZINE Acéprométazine 10mg Méprobamate 400mg	30 cp sécables	A : ½ à 1 cp (jusqu'à 2) au coucher
NOCTRAN Acéprométazine 7.5mg Acépromazine 0.75 mg Clhorazépate dipotassique 10 mg	30 cp sécables	A : ½ à 1 cp (jusqu'à 2) au coucher

Contre indications

- Risque de glaucome par fermeture de l'angle ou de rétention urinaire par obstacle urétéro-prostatique,
- Antécédent d'hypersensibilité ou d'intolérance aux différents produits,
- Insuffisance respiratoire, apnées du sommeil, myasthénie (Mépronizine et Noctran),
- Porphyrries (pour Mépronizine).

Effets indésirables

- Phénothiazines : somnolence diurne, excitation paradoxale chez certains sujets, effets atropiniques (bouche sèche, mydriase, troubles de l'accomodation, élévation de la pression intraoculaire, constipation, risque de rétention urinaire en cas d'obstacle urétéro prostatique, risque de poussée de glaucome aigu en cas de glaucome à angle fermé), exceptionnellement troubles extrapyramidaux, génito-endocriniens, cutanés (allergiques ou par photosensibilisation), ictère, leucopénie, agranulocytose.
- Ceux des carbamates pour le méprobamate.
- Ceux des benzodiazépines pour le Noctran.

Précaution d'emploi

- Utiliser avec prudence chez les conducteurs et utilisateurs de machine et les sujets âgés (sommolence), les parkinsoniens, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ou d'affection cardio-vasculaire grave.
- Associations déconseillées : alcool (effet sédatif) et bétahistine (antivertigineux comme le Serc°).
- Associations à prendre en compte : autres anticholinergiques, autres médicaments dépresseurs du SNC.
- Le Donormyl est un produit léger, intéressant dans les insomnies modérées avec sommeil agité ou réveils nocturnes et dans les sevrages aux benzodiazépines.
- Le Théralène donne de bons résultats dans les insomnies sévères, mais il est souvent responsable d'un effet sédatif le lendemain. A faible dose, il régularise le sommeil des personnes âgées.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRESCRIPTION DES HYPNOTIQUES (EX RMO)

Selon le journal officiel du 5 décembre 1998, la prescription des hypnotiques doit reposer sur une analyse soignée de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée.

Elle doit être régulièrement réévaluer et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991.

Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

Dans le cadre de cette prescription :

- Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques,
- Il n'y a pas lieu de prescrire des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et de les reconduire sans réévaluation régulière,
- Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder 2 à 4 semaines (2 semaines pour le triazolam),
- Il n'y a pas lieu de prescrire un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

ASPECT MEDICO- LEGAL

Un pictogramme sur l'emballage de l'hypnotique indique le risque de somnolence lié au produit. Il faudra bien rappeler au patient le risque de somnolence matinale, en particulier les premiers jours.

En cas d'accident mettant en cause un patient au volant alors qu'il est sous psychotropes, les interrogations du juge concernent 3 points :

- le traitement était-il nécessaire ?
- était-ce le seul possible ?
- le médecin s'était-il informé sur les effets du produit et la situation du patient (notamment professionnelle) ?

La faute du médecin peut donc porter sur :

- le choix du traitement
- l'interrogatoire et l'examen du patient (doivent apprécier l'adéquation du produit)
- la non prescription d'arrêt maladie pendant la durée du traitement si le produit prescrit était le seul possible.

Avec l'évolution de la jurisprudence dans le domaine de la responsabilité médicale lors des accidents liés à la prise de psychotropes, le médecin a intérêt à choisir le bon traitement (produit le mieux toléré et pour une durée la plus brève possible) et à informer le patient par écrit des risques éventuels d'une baisse de la vigilance.

Exemple de mention à apposer sur l'ordonnance :

« Ce traitement peut modifier vos capacités d'attention, de réaction, et votre vigilance au volant et au travail ».

« L'absorption de boissons alcoolisées est fortement déconseillée durant toute la durée du traitement ».

COMMENT REALISER LE SEVRAGE EN HYPNOTIQUE ?

Comme toujours en médecine, il n'y a pas de recette miracle ; et comme dans tout sevrage, la motivation du patient est primordiale. Il faut donc obtenir le consentement et l'engagement du patient pour arrêter un hypnotique.

➤ ETAPE 1 POURQUOI ARRETER LES BZD ?

Pour convaincre le patient de la nécessité d'un sevrage en BZD, il faut lui rappeler que :

- L'utilisation à long terme des BZD a des risques connus d'altération de la mémoire, de l'attention et de la vigilance diurne.
- Les BZD sont inefficaces dans l'insomnie à long terme (au bout de 3 semaines) d'après les enregistrements du sommeil et que si le patient a l'impression de mieux dormir , et d'avoir de meilleures performances avec le médicament, c'est peut être à cause de l'effet placebo, à cause de l'effet amnésiant qui fait que le patient oublie qu'il s'est réveillé dans la nuit, à cause de l'effet anxiolytique des BZD qui fait que le patient supporte mieux son mauvais sommeil, à cause de l'effet euphorisant qui influe sur son humeur et la perception qu'il a de son sommeil.
- Les recommandations gouvernementales limitent la prescription à 4 semaines, en incluant la période de sevrage (en raison du fort risque de dépendance) et normalement la reconduction des hypnotiques ne devrait pas se faire sans réévaluation.
- Plus on attend pour réaliser le sevrage, plus cela sera difficile à cause du phénomène de dépendance et de tolérance.

➤ ETAPE 2 EXPLIQUER LE SYNDROME DE SEVRAGE ET L'EFFET REBOND.

Une fois le patient décidé à arrêter les hypnotiques, il faut lui expliquer ce qu'est le syndrome de sevrage ainsi que l'effet rebond.

D'après le dictionnaire Vidal, le syndrome de sevrage comporte des symptômes fréquents et non spécifiques (troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, céphalées, nausées, hypersensibilité au bruit, à la lumière, à l'odeur et au toucher).

Et moins fréquemment : dépersonnalisation, réactions psychotiques et crises d'épilepsie.

En pratique, en cas de sevrage brutal, on observe une insomnie, une tension musculaire, des crises convulsives, une dysphorie et une dépression, une anxiété et une agitation.

Le syndrome de sevrage survient 1 à 3 semaines après l'arrêt du traitement et dure pendant quelques jours voire quelques semaines.

Le patient sera prêt au sevrage s'il a confiance en son médecin, s'il est averti des problèmes de rebond, s'il n'est pas préoccupé par son anxiété, si les conflits majeurs sont résolus, s'il n'y a pas d'événement stressant prévisible pendant le sevrage.

Le sevrage sera compliqué :

- Si on diminue les doses trop rapidement (il faut diminuer de ¼ de comprimé et un seul médicament à la fois)
- Si les paliers sont trop courts (on recommande des paliers de 3 à 4 semaines)
- Si le patient a peur du sevrage
- Si les troubles anxieux sous jacents réapparaissent
- S'il y a une dépendance à l'alcool, au café ou aux drogues
- S'il y a des événements de vie stressant

L'effet rebond, c'est le risque de passer des nuits plus mauvaises qu'avant la prise du médicament.

L'effet rebond dépend :

- De la durée de la prise : plus la prise est ancienne, plus l'effet rebond dure, par exemple, pour une prise datant de 10 ans, l'effet rebond peut durer 1 an.
- De la dose : plus la dose est importante et plus l'effet rebond l'est
- De la demi vie du produit :

Pour les BZD à demi vie courte, l'effet rebond est immédiat (le lendemain)

Pour les BZD à demi vie longue, l'effet rebond est tardif (3 à 8 jours plus tard).

➤ ETAPE 3 PRESCRIRE

Si le patient n'est ni déprimé ni anxieux, on peut simplement diminuer l'hypnotique très progressivement, c'est-à-dire de ¼ comprimé toutes les 3 à 4 semaines. Ou bien dans le cas des BZD à longue durée d'action, en passant à des produits dont la demi vie est plus courte sur des périodes de 2 à 3 mois, pour terminer par les hypnotiques les moins pharmacodépendants et pourquoi pas par les plantes.

On peut aussi proposer un traitement discontinu, c'est-à-dire où le patient prend l'hypnotique 2 soirs par semaine ou bien par cure d'1 à 2 semaines en cas de majoration des troubles liés aux événements de la vie. Mais bien souvent se pose le problème de sevrage à la fin de chaque cure.

Si le patient est anxieux ou dépressif, on instaure un traitement par Déroxat° à ¼ comprimé pendant 1 semaine, puis on augmente de ¼ comprimé toutes les semaines pour obtenir la posologie de 1 comprimé par jour et alors on commence le sevrage en hypnotique.

Puis une fois le sevrage en hypnotique réalisé, si le patient se sent mieux, on peut commencer à sevrer en Déroxat°, en diminuant la dose à ½ comprimé par jour pendant 1 mois puis à ¼ comprimé pendant 3 mois.

Par contre si le patient reste anxiodépressif, a des phobies ou des crises d'angoisse, il vaut mieux laisser l'antidépresseur à vie .

On peut également prescrire une thérapie cognitivo comportementale.

➤ ETAPE 4 PREVOIR

Il faut prévoir des consultations régulières pour aider le patient à mener à bien le sevrage.

LES DIFFERENTS ANTIDEPRESSEURS UTILISES DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Les antidépresseurs sédatifs tels que le Quitaxon, l'Athymil, le Surmontil, le Laroxyl sont des produits qui ont une action hypnotique propre. Ils agissent peu ou pas sur l'endormissement mais ont en revanche une bonne action sur les réveils nocturnes et le réveil précoce. La posologie utile dans ces types d'insomnie est très faible, de l'ordre du 1/10 ou du 1/20 des doses antidépressives. Ils n'entraînent que peu ou pas de dépendance et les patients n'augmentent pas les doses.

Le choix de la molécule dépend des contre indications et de la survenue éventuelle d'effets secondaires indésirables, des réponses aux traitements antérieurs, de la forme galénique disponible mais aussi de la sémiologie dépressive :

- Antidépresseur sérotoninergiques si impulsivité et hostilité,
- Antidépresseurs sédatifs si anxiété majeure, ou si antécédent de virage maniaque,
- Antidépresseur stimulant si ralentissement psychomoteur important,
- Le Norset a montré de bons résultats dans le traitement des insomnies avec anxiété majeure.

produits	Présentation et dosage	Posologie en mg/j
<u>Tricycliques</u>		
Anafranil	Cp à 10-25-75 mg	25 à 300
prothiaden	Gel à 25mg –cp à 75	75 à 150
Tofranil	Cp à 10-25 mg	25 à 150
Pertofran	Cp à 25 mg	50 à 200
Laroxyl*	Cp à 25-50 mg -gtte à 1mg	25 à 250
Elavil	Cp à 10-25mg	25 à 250
Quitaxon	Cp à 10-50 mg gtte à 0.5 mg	25 à 400
Defanyl	Cp à 50-100 mg	150 à 200
surmontil	Cp à 25-100 mg	50 à 100
<u>Tétracycliques</u>		
ludiomil	Cp 25-75 mg	50 à 150
<u>IRS</u>		
Prozac	Gel à 2 mg	20 (à 60)
Floxyfral	Cp à 50-100mg	100 (à 300)
Deroxat	Cp à 20 mg	20 (à 60)
	Suspension.buvable. avec doseur à 10mg/5ml	
Zoloft	Gel à 25-50 mg	50 à 200
Seropram	Cp à 20mg,gtte à 20 mg	20 à 60

<u>IMAO</u>		
Classique Marsilid	Cp à 50 mg	25 à 150
<u>Sélectifs et réversibles</u>		
Humoryl	Gel à 200 mg	600
moclamide	Cp à 150 mg	300 à 600
<u>Autres profils pharmacologiques</u>		
Vivalan	Cp à 100-300LP	200 à 300
Stablon	Cp à 12.5 mg	12.5 x 3/j
Ixel	Gel à 25 –50 mg	50 x 2/j
Effexor	Cp à 25 –50 mg et 37.5 LP	75 à 100
Athymil et miansérine	Cp à 10 –30 –60 mg	30 à 90
Norset	Cp à 15 mg	15 à 45

*Les antidépresseurs sédatifs sont en gras.

➤ LES CONTRE INDICATIONS

Elles concernent essentiellement les tricycliques. Les contre indications absolues sont **l'adénome de prostate et le glaucome à angle fermé**. Les **antécédents** d'infarctus récent, de trouble de la conduction et d'insuffisance coronarienne nécessitent un avis cardiologique et un électrocardiogramme.

Tous les antidépresseurs sont contre indiqués en association avec les **IMAO non sélectifs** (Marsilid). Ses difficultés d'emploi du fait d'un maniement très difficile, de nombreuses interactions médicamenteuses ou alimentaires, relègue cette classe médicamenteuse en dernière intention.

La plupart des IRS sont contre indiqués ou déconseillés en association avec **les triptans** et **les AVK**.

Tous les antidépresseurs sont déconseillés en association avec **l'alcool et les dépresseurs du SNC**

➤ LES EFFETS SECONDAIRES

Les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques :

Ils sont à connaître pour détecter leur survenue, les surveiller, et les prévenir :

ADRESSES UTILES POUR LA REGION NANTAISE

- **Effets atropiniques** : constipation, sécheresse buccale, rétention d'urine, trouble de l'accommodation.
- **Effets centraux** : insomnie, anxiété, somnolence diurne, confusion mentale, tremblement digital fin, crises convulsives, asthénie.
- **Effets liés à la maladie** : réactions anxieuses, délirantes ou hallucinatoires, virage de l'humeur, levée d'inhibition, risque suicidaire.
- **Effets cardiovasculaires** : hypotension orthostatique, troubles de la conduction et de la repolarisation, troubles vasomoteurs avec bouffées de chaleur
- **Effets sexuels** : baisse de la libido, frigidité, retard à l'éjaculation, impuissance
- **Effets rares** : hépatite cholestatique, avitaminose B, rash cutané allergique, paresthésie, agranulocytose.

Les effets secondaires des antidépresseurs sérotoninergiques :

Ils sont généralement bénins et transitoires : nausée ou vomissement, somnolence, insomnie, asthénie, tremblement, céphalées, impuissance, trouble de l'éjaculation, sécheresse buccale, hypersudation. Très rarement on peut observer une hyponatrémie, une ataxie, des troubles extrapyramidaux et des hémorragies.

Il existe un risque de **syndrome sérotoninergique** (agitation, confusion, hypomanie, myoclonie, tremblement, hyperréflexie, rigidité, hyporéactivité, hypo ou hypertension, tachycardie, frisson, hyperthermie, sueurs et diarrhée) en cas d'association médicamenteuses mais aussi en fonction de la posologie du produit utilisé.

Avec l'**Athymil**, il est recommandé de surveiller l'hémogramme pendant les premiers mois du traitement en raison du risque **d'agranulocytose**.

Il peut exister un **syndrome de sevrage** avec les imipaminiques (tricycliques), le Déroxat, le Zolof[®], et le Norset. A l'arrêt brutal du médicament, dans un délai d'une semaine, on peut observer des vertiges, des troubles sensoriels, des troubles du sommeil, une agitation, une anxiété, une asthénie, des troubles digestifs et une hypersudation. Ces signes peuvent persister 1 à 2 semaines.

➤ **PSYCHIATRES :**

- utilisant la thérapie cognitivo-comportementale et membres de l'A.F.T.C.C. (association française de thérapie cognitivo-comportementale)

Dr Piot-Lenne 51 bis rue Gen Buat 44000 Nantes 02 40 74 12 65

Dr Papon 51 bis rue Gen Buat 44000 Nantes 02 40 74 95 15

Dr Berthelin Ginet 25 avenue de la Libération 44400 Rezé 02 40 75 89 19

Dr De mondragon 17 rue du Roi Albert 44000 Nantes 02 40 20 09 67

Dr Poudat 3 rue Marceau 44000 Nantes 02 40 48 13 86

Dr Sabran Hôpital Saint Jacques 85 rue Saint Jacques 44000 Nantes
02 40 84 63 40

- utilisant l'hypnose

Dr Legrand et Dr Servillat 20 rue Mercoeur 44000 Nantes 02 40 48 77 39

Dr Vallée 123 Bd des Belges 44000 Nantes 02 40 50 38 75

➤ **PSYCHOLOGUE (A.F.T.C.C.) :**

Dr Dravet 28 rue du Calvaire 44000 Nantes 06 63 58 23 36

➤ **PNEUMOLOGUES :**

Pour le diagnostic du syndrome d'apnées du sommeil.

Dr Humeau-Chapuis et Dr Kierzkowski 25 rue Mauvoisin 44000 Nantes
02 40 03 49 09

Dr Jasnot 1 rue Eugène Tessier 44000 Nantes 02 51 72 46 10

Dr Audouin, Dr Payerne et Dr Boutet 6 rue Richebourg 44000 Nantes
02 40 74 29 89

➤ **CENTRE DU SOMMEIL DE NANTES**

Hôpital Nord Laënnec Boulevard Jacques Monod 44800 Saint Herblain
02 40 16 55 10

Cette liste est indicative et non exhaustive.

*LES « FICHES PRATIQUES » POUR LE
PATIENT*

LES REGLES D'HYGIENE DE SOMMEIL

Ce qu'il faut éviter :

- Eviter tous les excitants : café, thé, vitamine C, coca-cola, tabac
- Ne pas faire de repas trop copieux le soir et éviter l'alcool au dîner.
- Eviter de pratiquer un sport ainsi que toutes activités stimulantes après 17 heures.
- Eviter la rumination des problèmes au lit
- Ne pas utiliser de médicaments tout seul, en parler à son médecin.

Ce qu'il faut faire

- Prendre un bain chaud au moins deux heures avant le coucher aide à la détente et augmente la profondeur du sommeil.
- Favoriser les activités relaxantes le soir : lecture, musique, télé.
- Gérer le stress de la journée.
- Dormir dans une chambre aérée, chauffée légèrement, calme, agréable et avec une bonne literie.
- Réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle en évitant de regarder la télé au lit, de travailler ou de manger au lit.
- Respecter son rythme de sommeil : se lever dès le réveil, approximativement à la même heure et se coucher à son heure.
- Ne se coucher que lorsque l'on ressent des signaux de sommeil (bâillements, nuque lourde, yeux qui piquent...)
- Suivre les signaux d'éveil : si l'on n'arrive pas à dormir ou si on est réveillé depuis plus de 20 minutes, se lever et faire autre chose. Si on se réveille le matin, ne pas chercher à prolonger le sommeil à tout prix, mais au contraire, se lever et commencer sa journée.
- Si on utilise des médicaments pour dormir, trouver la dose efficace la plus faible possible. Essayer de ne les prendre que quelques jours par semaine.

LE CONTROLE DU STIMULUS

- **Respecter un rituel régulier** au moment du coucher (se mettre en pyjama, se laver les dents, lire.. avant la mise au lit)
- **Eviter les stimulus parasites** (activités éveillantes au moment du coucher, ou angoissantes avant la mise au lit)
- **Ne se coucher que lorsque l'envie** de dormir se fait sentir.
- Si l'endormissement ne survient pas en 20 minutes ou une demi-heure, se lever et aller dans une autre pièce pour s'occuper d'activités peu stimulantes, attendre que le besoin de sommeil se fasse à nouveau sentir pour retourner se coucher. Répéter les étapes précédentes à chaque éveil.
- Le lever final doit toujours se faire à la même heure, surtout si on a mal dormi.
- **Eviter de faire la sieste.**

LA RESTRICTION DU TEMPS D'VEUIL DANS LE LIT

PROGRAMME DE GESTION DE L'INSOMNIE (Première séance)

Ces travaux récents ont montré que l'insomnie peut être traitée efficacement par des méthodes non pharmacologiques. Ces méthodes peuvent également répondre à la demande de patients qui souhaitent diminuer leur consommation de médicaments hypnotiques. Ces méthodes exigent parfois plus de temps que les médicaments pour agir. Cependant, l'amélioration dure plus longtemps et contribue par ailleurs à restaurer une meilleure qualité de sommeil.

Certains insomniaques ont tendance à augmenter le temps qu'ils passent dans leur lit afin de compenser leur manque de sommeil. Le soir, ils essayent de se coucher plus tôt, et le matin de rester plus longtemps couchés. Le temps passé dans le lit peut ainsi devenir supérieur au besoin réel de sommeil. A la longue, ce temps excessif passé dans le lit a tendance à accentuer le problème du sommeil plutôt que de le soulager.

La première technique que nous vous recommandons d'appliquer est la technique de restriction du temps d'éveil dans le lit. Cette technique vise à obtenir une meilleure adéquation entre le temps de sommeil et le temps passé dans le lit, et permet une amélioration de l'efficacité du sommeil. L'efficacité étant définie comme le rapport entre le temps de sommeil et le temps passé dans le lit.

Afin d'appliquer cette méthode, nous vous recommandons de suivre les étapes suivantes :

1 Retardez l'heure de votre coucher au maximum, en attendant les premiers signes de somnolence (bâillements, picotement des yeux, paupières lourdes, etc.).

2 Si vous n'arrivez pas à vous endormir, ou à retrouver le sommeil après un éveil nocturne, au bout de 10 à 15 mn, levez-vous et sortez de votre chambre.

3 Entrez une activité calme et tranquille, en évitant les activités nécessitant une concentration importante, ainsi que la télévision. Évitez également de vous exposer à une lumière trop intense.

4 Dès que vous vous ressentez de nouveau des signes de somnolence, vous pouvez retourner vous coucher.

5 Renouveler autant de fois que nécessaire cette démarche au cours de la nuit.

6 Maintenez par ailleurs une heure de lever régulière, quelque soit l'heure du coucher ou le nombre d'heures de sommeil. Cela vous aidera à retrouver votre rythme de sommeil régulier.

Dans un premier temps, cette technique permet d'améliorer la qualité de votre sommeil. Dans un second temps, et à mesure que cette qualité s'améliore vous pouvez

graduellement augmenter la quantité de temps passé dans votre lit. Vous pourrez ainsi atteindre un temps de sommeil optimal tout en maintenant une bonne efficacité.

JE PRENDS UN SOMNIFERE

Mon médecin m'a prescrit un somnifère ou plus exactement un hypnotique. C'est un médicament qui induit le sommeil. Il est donc utile dans les problèmes d'insomnie.

C'est un médicament. Il faut donc **respecter certaines règles** pour ne pas qu'il devienne dangereux ou néfaste.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Il ne faut pas le prendre au milieu de la nuit à cause de la baisse de la vigilance le lendemain.
- Il ne faut prendre qu'**un seul comprimé par jour** (1/2 comprimé si on a plus de 65 ans) Même si le médicament est moins efficace avec le temps, il ne faut pas augmenter la dose.
- Il ne faut jamais arrêter le traitement de manière brutale à cause du risque de **syndrome de sevrage**, qui se manifeste par une insomnie plus importante que celle qui a motivé le traitement, et par des maux de tête, des douleurs musculaires, une irritabilité et une augmentation de l'anxiété.
- Plus rarement, le syndrome de sevrage peut donner une agitation, une confusion, des hallucinations et des convulsions. En cas de désir de sevrage, il faut en parler à son médecin.

Ce qu'il faut faire :

- Il faut le prendre **au coucher**, juste avant d'éteindre la lumière à cause du risque de chute
- La prescription médicale est limitée à **28 jours** à cause du risque de dépendance. Il faut donc utiliser ce médicament de manière ponctuelle pour réinduire le sommeil et pour réinstaller les cycles naturels de sommeil. De plus, il faut savoir que ces médicaments sont néfastes sur le sommeil lorsqu'ils sont utilisés à long terme

Les effets indésirables :

Ils entraînent une **amnésie** (perte de la mémoire) le plus souvent **quelques heures après la prise**, c'est pourquoi il est conseillé de prendre ce médicament immédiatement avant le coucher et de se mettre dans les conditions les plus favorables pour une durée de sommeil ininterrompue de plusieurs heures.

Ils peuvent entraîner également :

- Des vertiges, des troubles de l'équilibre des étourdissements
- Des maux de tête
- Une somnolence la journée , une baisse de la vigilance
- Une faiblesse musculaire
- Une vision double (diplopie)

Et plus rarement :

- Une fatigue
- Des troubles gastro-intestinaux
- Une modification du désir sexuel (libido)
- Des manifestations cutanées

L'effet indésirable le plus fréquemment retrouvé avec l'Imovane° est un goût amer dans la bouche.

Ce **traitement peut modifier vos capacités** d'attention, de réaction, et votre vigilance au volant et au travail.

L'absorption de boissons alcoolisées est fortement déconseillée durant toute la durée du traitement à cause de l'augmentation de l'effet sédatif et de l'altération de la vigilance.

Mon médecin m'a prescrit un antidépresseur :

- parce que je souffre d'une dépression et l'insomnie est un symptôme fréquent de la dépression.
- ou bien parce que je souffre d'une insomnie chronique et il vaut mieux prendre des antidépresseurs que des hypnotiques au long terme.
- ou bien parce que je suis en période de sevrage des hypnotiques et les antidépresseurs vont m'aider pendant cette période difficile.

Les antidépresseurs sont des médicaments qui agissent sur l'humeur.

- Il faut savoir que leur **effet sur la dépression demande un délai de 2 à 4 semaines** et que **leur effet sur le sommeil est plus rapide** (quelques jours).
- Contrairement aux hypnotiques (somnifères) et aux anxiolytiques (« anti stress »), il n'y a **pas de dépendance** avec les antidépresseurs et il n'est donc pas dangereux d'en prendre pendant une longue durée.
- Pour **éviter les rechutes**, ce médicament **doit être pris pendant au moins 4 mois**.
- Selon le type d'antidépresseur, la dose nécessaire peut être atteinte en plusieurs jours, ou sur 3 à 4 jours ou bien d'emblée. Par contre, **l'arrêt de l'antidépresseur sera toujours très progressif** pour éviter le risque de réaction de sevrage avec certains antidépresseurs.
- La **prise en charge psychologique** est fondamentale

Les effets indésirables :

Ils dépendent de la classe à laquelle ils appartiennent. Les antidépresseurs les plus prescrits actuellement agissent sur les récepteurs à la sérotonine et ont souvent comme effets indésirables : nausée, vomissement, fatigue, diarrhée ou constipation, maux de tête, sécheresse buccale, sueurs, troubles visuels, palpitations, modification du poids, sédation et somnolence.

Cette liste n'est pas exhaustive et il faut se référer à la notice du médicament. **Ces effets indésirables sont généralement transitoires**(2 semaines).

Ce traitement peut modifier vos capacités d'attention, de réaction, et votre vigilance au volant et au travail

L'absorption de boissons alcoolisées est fortement déconseillée durant toute la durée du traitement à cause de l'augmentation de l'effet sédatif et de l'altération de la vigilance.

LE SYNDROME D'APNEES DU SOMMEIL

Le syndrome d'apnées du sommeil est une maladie fréquente (touchant 2 à 5% de la population), de connaissance relativement récente.

➤ LES MECANISMES

Elle est due à des arrêts répétés de la respiration au cours du sommeil. Ces apnées sont causées par une obstruction dans la gorge dans une région appelée pharynx.

En effet, les parois du pharynx sont constituées de tissus mous. Au cours de la veille, le pharynx reste ouvert du fait de la tension des muscles qui écartent les parois. Au cours du sommeil, ces muscles se relâchent ; le pharynx se comporte alors comme un tuyau mou au travers duquel on cherche à aspirer de l'air. Cette aspiration entraîne un affaissement des parois du pharynx ; l'air passe difficilement, entraînant des turbulences qui font vibrer les structures de la gorge, créant ainsi un bruit : *c'est le ronflement*. Lorsque les parois du pharynx s'affaissent totalement, l'air ne peut plus passer du tout : *c'est une apnée*. Le système respiratoire essaie de vaincre l'obstacle en aspirant plus fort, ce qui ne fait qu'aggraver les choses. La respiration ne peut recommencer qu'à la faveur d'un éveil, qui permet aux muscles du pharynx de se contracter, et à la gorge de se rouvrir.

Le syndrome d'apnées du sommeil comporte plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines d'apnées au cours de la même nuit, donc autant d'éveils. Cependant ces éveils sont habituellement brefs, non mémorisés. Le patient ne se plaint pas de son sommeil.

➤ LES SYMPTOMES

La maladie se manifeste le plus souvent par un ou plusieurs symptômes suivants :

- un **ronflement** qui est souvent particulièrement bruyant, qui se répète toutes les nuits et occupe toute la nuit ou presque toute la nuit
- une **impression de ne pas être bien reposé**, le matin dès le réveil, et une tendance à s'endormir dès que l'environnement n'est plus stimulant. En particulier **des endormissements** se produisent de façon presque systématique à la télévision, à la lecture, etc.
- un **excédent de poids** ; la relation entre excédent de poids, ronflement et arrêts respiratoires au cours du sommeil est très forte.
- une **hypertension artérielle**
- **des troubles de la mémoire et de l'attention**
- **des troubles du caractère à type d'irritabilité**
- une **baisse de la libido**, c'est-à-dire un désintérêt sexuel
- une **augmentation de la production d'urine au cours du sommeil**, avec le besoin d'aller aux toilettes une ou plusieurs fois par nuit.

L'ensemble de ces symptômes constitue un handicap important, pour l'activité professionnelle, mais aussi pour la vie sociale, en particulier conjugale et familiale.

La somnolence expose à des **risques d'accident**, notamment de la circulation. Pour cette raison, la législation soumet l'obtention ou le maintien du permis de conduire à la mise en œuvre d'un traitement efficace (arrêté du 7 mai 1997).

A long terme, la maladie a des répercussions en particulier sur le système cardio vasculaire, due à la fois aux éveils répétés et au manque d'oxygène pendant le sommeil, entraînant une hypertension artérielle. **Le risque d'infarctus et d'attaque cérébrale est plus élevé chez les personnes qui ont un syndrome d'apnées du sommeil**. C'est sans doute ces complications qui expliquent que non traitée, la maladie diminue l'espérance de vie.

➤ LE TRAITEMENT

Le traitement comporte différentes approches, variables d'un cas à l'autre.

- **Dans tous les cas**, il faut **supprimer** (sous contrôle médical) les causes d'aggravation du ronflement et des apnées, c'est-à-dire **l'alcool le soir et certains médicaments comme les tranquillisants et les somnifères**.
- **Dans les syndromes d'apnées du sommeil sévères** ou relativement sévères, le traitement le plus efficace, et dénué de risques, est l'**application d'une pression positive au moyen d'un masque nasal au cours du sommeil**. Ce traitement est contraignant, mais en général bien accepté.
- La **perte de poids** est **indispensable**, pour de nombreuses raisons, qui ne sont pas seulement liées aux apnées du sommeil. Souvent, elle permet d'améliorer le syndrome d'apnée du sommeil, parfois au point de pouvoir arrêter le traitement par la pression positive continue.
- Le **traitement chirurgical** portant sur les tissus mous de la gorge, en particulier la luette, le voile du palais et les amygdales, est **parfois efficace** sur les apnées au cours du sommeil lorsque celles-ci sont peu nombreuses.
- Enfin comme le ronflement et les apnées surviennent plus volontiers sur le dos, des traitements visant à **éviter de dormir sur le dos** peuvent être utiles. Là encore, ils ne sont efficaces que lorsque les apnées sont peu nombreuses.

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Ce que les proches des malades doivent savoir sur le syndrome d'apnées du sommeil :

- Les symptômes de la maladie s'installent de façon très lentement progressive, et les épisodes d'endormissement involontaires ne sont pas toujours perçus, ou parfois interprétés comme un simple signe de fatigue
- Malgré ce caractère souvent très impressionnant des bruits émis au cours du sommeil, les patients eux même ne se rendent pas compte de ce qui se passe au cours de leur sommeil
- Il est fréquent qu'ils banalisent ce qui leur arrive, et qu'ils soient très sceptiques vis à vis de ce qu'on leur raconte. Il faut souvent beaucoup de patience et d'insistance, pour les amener à consulter un médecin à ce propos.
- Les apnées, même si elles sont parfois prolongées se terminent spontanément ; il n'est donc pas nécessaire de réveiller le patient de façon répétée
- Il est utile également de se souvenir que la distraction et les oublis fréquents, l'irritabilité, le désintérêt sexuel ne sont pas des témoignages de mauvaise volonté ou d'agressivité, mais qu'ils sont directement liés à la maladie.

Cette information a été conçue par l'Unité des Troubles du Sommeil des Hôpitaux universitaires de Strasbourg / Professeur Jean Krieger.

Le syndrome des jambes sans repos comporte deux types de manifestations souvent associées chez un même patient :

- **le syndrome d'impatiences des membres inférieurs** qui correspond à des sensations désagréables ressenties au cours de la veille,
- **et les mouvements périodiques** qui se produisent au cours du sommeil.

➤ LE SYNDROME D'IMPATIENCES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Il s'agit d'une sensation désagréable, parfois à la limite du tolérable, mais toujours très difficile à décrire : sensation de picotement ou de ruissellement ou de brûlure, toujours accompagnée d'un impérieux besoin de bouger.

Deux caractères typiques :

- la gêne survient de préférence le soir et la nuit ;
- elle est favorisée par l'immobilité, et soulagée, au moins en partie, par le mouvement.

Ce syndrome d'impatiences des membres inférieurs a souvent un caractère familial, en général méconnu. Il est volontiers attribué, par erreur à des problèmes circulatoires, et notamment de circulation veineuse.

➤ LES MOUVEMENTS PÉRIODIQUES AU COURS DU SOMMEIL

Comme leur nom l'indique, il s'agit de mouvements qui se produisent au cours du sommeil, de façon involontaire. Ils ne sont en général pas ressentis par le patient (sauf dans le cas, plus rare, où ils se manifestent à l'éveil) mais peuvent être enregistrés au cours d'un enregistrement polygraphique du sommeil.

Ils répondent à des critères précis de durée et de fréquence de répétition. Ils touchent en général les muscles des jambes, le plus souvent les muscles des extrémités, entraînant une flexion du pied et des orteils mais parfois s'étendent à la racine des membres, entraînant une flexion du genou, ou même de la hanche ; plus rarement, ils s'étendent aux membres supérieurs

Manifestations

Il arrive que le syndrome d'impatience des membres inférieurs soit gênant au point de constituer à lui seul le motif de consultation. Beaucoup plus souvent, les patients consultent pour un trouble du sommeil, avec des difficultés d'endormissement ou des éveils répétés au cours de la nuit, qui ne sont pas toujours mis en relation avec le syndrome d'impatience des membres inférieurs.

Les mouvements périodiques au cours du sommeil sont responsables d'une désorganisation et d'une fragmentation du sommeil, et entraînent un sommeil de qualité insuffisante, et donc une somnolence au cours de la journée. La relation entre mouvements périodiques au cours du sommeil et somnolence n'est cependant pas démontée formellement.

QUESTIONNAIRE SUR LE SOMMEIL

Les mécanismes

On sait qu'environ 80% des personnes qui ont un syndrome d'impatience des membres inférieurs ont également des mouvements périodiques au cours du sommeil.

En revanche on peut observer des mouvements périodiques au cours du sommeil en l'absence de syndrome d'impatience des membres inférieurs et seuls 30% des personnes qui ont des mouvements périodiques au cours du sommeil ont également un syndrome d'impatience des membres inférieurs.

Néanmoins, on peut supposer que les deux manifestations ont une explication commune, traduisant une hyperexcitabilité ou un défaut de mise en repos du système nerveux.

Dans certains cas, on identifie des maladies spécifiques du système nerveux, touchant les nerfs périphériques ou la moelle épinière. Le plus souvent le système nerveux paraît indemne. C'est dans ces cas que l'on retrouve une histoire familiale, dans près de 90% des cas.

Le mécanisme intime de la maladie n'est pas connu, mais il semble impliquer une activité insuffisante des cellules du système nerveux (neurones) utilisant la dopamine pour transmettre le signal nerveux d'un neurone à l'autre.

Récemment une relation entre une carence en fer et la maladie a été mise en évidence. Le syndrome d'impatience est également fréquent en cas d'insuffisance rénale ou de diabète.

Le traitement

- Lorsqu' existe une carence en fer, la reconstitution des réserves ferriques est souvent très efficaces.
- Dans le cas contraire le traitement fait appel à des médicaments qui facilitent la transmission de l'influx nerveux entre les neurones utilisant la dopamine comme neurotransmetteur.
- D'autres médicaments sont également efficaces et notamment des médicaments utilisés dans le traitement de certaines formes d'épilepsie.

Cette information a été conçue par l'Unité des Troubles du Sommeil des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg Professeur Jean Krieger Institut du sommeil et de la vigilance Tel :04 38 37 27 27

Date de réponse au questionnaire :

Nom :

Prénom :

Age : ans

Profession :

Travail à horaires décalés OUI/NON

Téléphone (facultatif) :

Poids :kg

Taille : m

Nature du problème de sommeil

J'ai des difficultés à m'endormir

OUI/NON

J'ai des difficultés pour rester endormi(e) durant la nuit

OUI/NON

Je me réveille trop tôt le matin

OUI/NON

J'ai des difficultés pour rester éveillé durant le jour

OUI/NON

Habituellement, les soirs de la semaine, je me couche àheures puis il me fautminutes pour m'endormir. Pendant la nuit, je me réveillefois ; mon dernier réveil le matin est àheures, puis je me lève àheures.

Ce qui me réveille la nuit, c'est :

(douleur, bruit,

enfants,...)

Je fais des siestes pendant la journée

OUI/NON

si oui,jour(s) par semaine et la sieste dureminutes.

Il m'arrive de m'endormir dans des endroits ou à des moments inappropriés
OUI/NON

Histoire des problèmes de sommeil

Je souffre d'insomnie depuis jours / mois / années.

Mes problèmes ont commencé pour la première fois à l'âge deans.

Ces problèmes sont apparus de manière progressive / brutale.

Il y a des événements stressants qui peuvent être reliés au début de mon problème d'insomnie OUI / NON , ce sont : (décès d'un proche, divorce, retraite, problème médical)

Mes autres problèmes de santé

J'ai une maladie grave OUI/NON, c'est :

J'ai une maladie chronique OUI/NON, c'est :

J'ai déjà été hospitalisé(e) OUI/NON

pour.....il y aans

pour.....il y aans

J'ai déjà eu des problèmes psychiatriques OUI/NON, il y a.....ans

Dans ma famille, quelqu'un a eu des problèmes psychiatriques OUI/NON

Je prends des médicaments tous les jours OUI/NON, ce sont :

Mon hygiène de vie et de sommeil

Ma chambre est un endroit propice pour dormir OUI/NON
 mon matelas est confortable OUI/NON
 il n'y a pas de bruit OUI/NON
 la température y est agréable OUI/ NON, il y fait degrés
 il y a le téléphone, la radio, la télévision OUI/NON
 je travaille dans ma chambre OUI/NON
 je mange dans ma chambre OUI/NON
 je lis dans mon lit avant de dormir OUI/NON

Je pratique un sport, c'est, j'en fais fois par semaine deheures àheures.

Je boistasses de café par jour dont.....tasses après le repas du soir.

Je boistasses de thé par jour dont.....tasses après le repas du soir.

Je boisverres de Coca-Cola par jour dont.....verres après le repas du soir.

Je fume cigarettes par jour.

Je prends des médicaments pour dormir: OUI/NON

leurs noms sont :

et leurs doses sont :

J'en prends depuisjours, mois, années

J'en prendsfois par semaine / mois

Je me sens dépendant de ces médicaments OUI/NON

Ces médicaments sont efficaces sur mon sommeil OUI/NON

Les causes de mon insomnie:

Je dors mal parce que :

ma chambre n'est pas un lieu propice au sommeil OUI/NON

je rumine mes pensées et mes angoisses dans mon lit OUI/NON

j'ai des "fourmis" ou des douleurs dans les jambes OUI/NON

j'ai des secousses dans les jambes la nuit, avec des crampes le matin OUI/NON

j'ai du mal à respirer, je m'arrête de respirer OUI/NON

je ronfle fort OUI/NON

j'ai des brûlures d'estomac, des régurgitations, un goût acide dans la bouche O/N

je suis agité, je fais des cauchemars, je parle, je grince des dents en dormant O/N

j'ai mal OUI/NON

j'ai des difficultés au travail, dans ma famille OUI/NON

dernièrement, j'ai vécu des choses particulièrement difficiles OUI/NON

A mon avis, je dors mal parce que :(exprimez-vous)

A mon avis, pour guérir, il faudrait :(exprimez-vous)

Un agenda pour reporter vos horaires de sommeil

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

DATE	HEURES		Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM		Traitement et remarques particulières
	M	TM	Moy	de la journée	
Nuit du... au...	20	22	24	2	
Exemple	21	23	1	3	
	22	24	2	4	
	23	1	3	5	
	24	2	4	6	
	1	3	5	7	
	2	4	6	8	
	3	5	7	9	
	4	6	8	10	
	5	7	9	11	
	6	8	10	12	
	7	9	11	13	
	8	10	12	14	
	9	11	13	15	
	10	12	14	16	
	11	13	15	17	
	12	14	16	18	
	13	15	17	19	
	14	16	18	20	

↓ heure de mise au lit
sommeil ou sieste
↑ heure de lever

▨ long réveil
▩ 1/2 sommeil

S somnolence dans la journée

Echelle de somnolence d'Epworth

Pour détecter une somnolence excessive dans la journée, je vous demande d'évaluer le risque de vous assoupir dans certaines situations de la vie courante.

Pour répondre à ce questionnaire, notez le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

- 0 : je ne somnolerais jamais
- 1 : faible chance de s'endormir
- 2 : chance moyenne de s'endormir
- 3 : forte chance de s'endormir

puis calculez votre score final ; s'il est supérieur à 9, on peut parler d'hypersomnie

situations	Chances de S'endormir
Assis en train de lire	
En train de regarder la télévision	
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	
Allongé l'après-midi, lorsque les circonstances le permettent	
Etant assis en parlant à quelqu'un	
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	

Score final =

- Si le score est inférieur à 11, vous avez une somnolence normale,
- Entre 11 et 16, votre somnolence est modérée,
- A partir de 16, vous êtes franchement somnolent. En voiture, vous êtes dangereux !

Il faut comprendre d'où vient cette somnolence ? L'avis d'un spécialiste et une exploration de votre sommeil est indispensable.

EVALUATION DE LA DEPRESSION (AUTOQUESTIONNAIRE QD2 A DE PICHOT)

Ce test est constitué de 13 items simples auxquels il faut répondre par « vrai » ou « faux »

Date
Nom

Prénom

En ce moment, ma vie me semble vide	ø vrai	ø faux
J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	ø vrai	ø faux
Je suis sans énergie	ø vrai	ø faux
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose	ø vrai	ø faux
Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi même	ø vrai	ø faux
Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	ø vrai	ø faux
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	ø vrai	ø faux
En ce moment, je suis triste	ø vrai	ø faux
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	ø vrai	ø faux
J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	ø vrai	ø faux
Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude	ø vrai	ø faux
Je suis sans espoir pour l'avenir	ø vrai	ø faux
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	ø vrai	ø faux

Score sur 13 =

AUTOEVALUATION DE LA DEPRESSION (QUESTIONNAIRE ABREGE DE BECK)

Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Il faut remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie.

0 je ne me sens pas triste

1 je me sens cafardeux ou triste

2 je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à m'en sortir

3 je suis si triste et si malheureux que je ne peux le supporter

0 je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir

1 j'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir

2 pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer

3 je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer

0 je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie

1 j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens

2 quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec

3 j'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

0 je ne me sens pas particulièrement insatisfait

1 je ne sais pas profiter agréablement des circonstances

2 je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit

3 je suis mécontent de tout

0 je ne me sens pas coupable

1 je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps

2 je me sens coupable

3 je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaut rien

0 je ne suis pas déçu par moi-même

1 je suis déçu par moi-même

2 je me dégoûte moi-même

3 je me hais

0 je ne pense pas à me faire du mal

1 je pense que la mort me libérerait

2 j'ai des plans précis pour me suicider

3 si je le pouvais, je me tuerais

0 je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens

1 maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux

3 j'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement

0 je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

0 je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 j'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux

3 j'ai l'impression d'être laid et repoussant

0 je travaille aussi facilement qu'avant

1 il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 il faut que je fasse un très gros effort pour faire quoi que ce soit

3 je suis incapable de faire le moindre travail

0 je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 faire quoi que ce soit me fatigue

3 je suis incapable de faire le moindre travail

0 mon appétit est toujours aussi bon

1 mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 je n'ai plus du tout d'appétit

score final =

ECHELLE D'ANXIÉTÉ D'HAMILTON (HAM-A)

ASSOCIATIONS ET INSTITUTS SUR LE SOMMEIL

COTATION

0 : absent 1 : léger 2 : moyen 3 : fort 4 : maximal (invalidant)

C'est items sont évalués à l'aide de 5 degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). La note globale d'inclusion pour un essai thérapeutique est généralement au minimum de 20.

1 Humeur anxieuse Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité.	9 Symptômes cardiovasculaires Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battements des vaisseaux – Sensations syncopales – Extra-systoles.
2 Tension Sensations de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensations d'être incapable de rester en place.	10 Symptômes respiratoires Poids sur la poitrine ou sensations de constriction – Sensations d'étouffement – Soupirs – Dyspnée.
3 Peur Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule.	11 Symptômes gastro-intestinaux Difficultés pour avaler – Vents – Dyspepsie : douleurs avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac – "Coliques" abdominales – Borborygmes – Diarrhées – Perte de poids – Constipation.
4 Insomnie Difficulté d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – rêves pénibles – cauchemars – Terreurs nocturnes.	12 Symptômes génito-urinaires Aménorrhée – Ménorragie – Apparition d'une frigidité – Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Ejaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance.
5 Fonction intellectuelles (cognitive) Difficulté de concentration – Mauvaise mémoire.	13 Symptômes du système nerveux Autonome Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Tendance à la sudation – Vertiges – Céphalée de tension – Horripilation.
6 Humeur dépressive Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – Variations de l'humeur dans la journée.	14 Comportement lors de l'entretien général Tendru, non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité : va-et-vient – Tremblement des mains – Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale.
7 Symptôme somatiques généraux (musculaire) Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée.	Physiologie Avale sa salive – Eructations – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/mn – Réflexe tendineux vif – Tremblements – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières
8 Symptômes somatiques généraux (sensoriels) Tintement d'oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements.	

Prosom

(association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil)

Hôpital de l'Hôtel-Dieu, porte 17
 1, place de l'hôpital
 69288 Lyon cedex 02
 04 78 42 10 77

Association sommeil et santé

BP 28
 92362 Meudon la forêt cedex
 01 42 36 04 35
 e-mail :sommeilsante@yahoo.fr
 site :www.sommeilsante.asso.fr

Institut du sommeil et de la vigilance

19, boulevard de la Chantourne
 38700 La Tronche
 04 38 37 27 27
 e-mail : isv .secrétariat@wanadoo.fr

Société française de recherche sur le sommeil (SFRS)

Secrétariat : neurophysiologie clinique
 CHU La Milètrie
 86021 Poitiers cedex
 05 49 44 43 87
 site :www.sfrs@sommeil.univ-lyon1.fr

REFERENCES DE LIVRES SUR L'INSOMNIE

- M. Billiard, Le sommeil normal et pathologique. Troubles du sommeil et de l'éveil, Paris, Masson, 1998.
- L. Garma, Clinique de l'insomnie, Paris, PUF, Nodule, 1994.
- M. Lecendreux, Réponses à 100 questions sur le sommeil, Paris, Solar, 2002.
- D. Léger, Troubles du sommeil, Paris, Doin, 2001
- S. Royant-Parola, Comment retrouver le sommeil par soi-même, Paris, Odile Jacob, 2002.
- C.M.Morin, Vaincre les ennemis du sommeil, Marabout, 2000.
- W. Dément, Avoir un bon sommeil, Paris, Odile Jacob, 2000

COORDONNEES DES CENTRES DU SOMMEIL DANS L'OUEST DE LA FRANCE Pays de la Loire

Dr B. Nogues
Service de pneumologie
*Centre du sommeil
Hôpital Laennec
44093 NANTES Cedex 1
Tel : 02 40 16 54 94

Pr J.L. Racineux
Service de Pneumologie
CHRU. Hôtel Dieu
4, rue Larrey
44033 ANGERS Cedex 1
Tel : 01 41 35 49 67

Dr M. Desjobert
Service de Broncho-pneumologie
*Centre Hospitalier Général
33, rue du Haut Rocher
55015 LAVAL Cedex
Tel : 02 43 66 51 85

Bretagne

Dr A. Furby
Service d'Explorations Fonctionnelles Neurologiques
Centre Hospitalier I Beauchée
10, rue Marcel Proust
22023 ST BRIEUX Cedex 1
Tel : 02 96 01 71 93

Dr S. Esnault-Lavandier
Service d'Explorations Fonctionnelles Neurologiques
***CHU. Morvan**
5, avenue Foch
29609 BREST CEDEX
Tel : 02 98 22 33 46

La liste des centres est non exhaustive.
Les centres agréés par la Société Française de Recherche sur le Sommeil sont repérés par un astérisque (*).
Réalisé en mars 2001

2 Evaluation du guide

19 questionnaires sur les 34 ont été récupérés (56 %).

Que pensez-vous de ce guide ?

A / Les connaissances

	++	+	-	--	?	
Pensez-vous que :						
les informations sont claires ?		15	4	0	0	0
la quantité d'information est suffisante ?		17	2	0	0	0
les informations sont adaptées à la pratique ?		13	6	0	0	0
les informations ont amélioré vos connaissances sur le sujet ?		13	5	1	0	0

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions :

Peut-on avoir des notions sur les problèmes de sommeil des jeunes enfants
Guide peut être trop dense
Le catalogue des causes somatiques des insomnies est peu utile en pratique
L'insomnie est dédramatisée, on aborde les techniques d'endormissement

B / Les fiches médecin

	++	+	-	--	?	
Pensez-vous que :						
les fiches sont pratiques ?		11	8	0	0	0
les conduites à tenir sont applicables ?		8	10	1	0	0
les fiches répondent à vos besoins ?		11	8	0	0	0

Quelles autres fiches auriez-vous souhaité ?

Aucune en plus car c'est complet

Sous quelle forme préféreriez vous avoir ces fiches ?

informatique 10 bloc avec fiches détachables 8 guide livre 5 ne sait pas 4

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions :

Informatique si ordinateur, guide livre s'il est remplaçant nomade
Informatique pour les fiches médecins, blocs pour les patients
Mettre plus en évidence les points importants
Dans le cas d'un guide édité, bien veiller à la présentation et la mise en page (couleurs, onglets)

C / Les fiches patients

	++	+	-	--	?	
Pensez-vous que :						
les fiches remises au patients soient un bon outil pour l'éducation des patients ?		12	7	0	0	0

les fiches sont adaptées aux besoins des patients ? 9 10 0 0 0

Quelles autres fiches auriez-vous souhaité ?

Règles d'hygiène de sommeil pour les enfants

Aucune, mais il ne faut pas les remettre sans le support de la consultation très argumentée.

Sous quelle forme préféreriez vous avoir ces fiches ?

8 informatique 1 photocopies du guide 16 bloc avec fiches détachables 0 ne sait pas

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions :

Fiches pas assez synthétiques

D / Conclusion

Pensez-vous que :	++	+	-	--	?
ce guide est utile ?	17	2	0	0	0
ce guide va modifier votre pratique ?	7	10	2	0	0
ce guide vous a fait prendre conscience de l'importance de traiter l'insomnie afin d'en éviter la chronicisation ?	6	8	4	0	1
l'information recherchée est facilement retrouvée ?	6	11	2	0	0
ce guide mérite d'être diffusé ?	12	6	0	0	1

Vous pouvez exprimer vos remarques et suggestions pour améliorer ce guide :

Insomnie, notion déjà connue

C'est un guide très riche en informations, à lire et à relire

Je souhaite que ce guide soit édité

Très pédagogique

DISCUSSION

1 Résultat principal et implication majeure

L'objectif principal de cette thèse était de **réaliser un guide sur l'insomnie qui soit utile au médecin généraliste**. La question D1 du questionnaire montre que 17 médecins sur les 19 qui ont répondu soit 89,5 % ont jugé ce guide très utile (++) et 2 médecins soit 10,5 % l'ont jugé utile(+). On peut donc dire que ce guide répond bien à un besoin.

Les objectifs secondaires étaient :

- **Améliorer les connaissances des médecins généralistes sur l'insomnie.**

Selon la réponse à la question A4, 13 médecins sur 19, soit 68,4% ont affirmé que ce guide avait contribué à l'amélioration de leurs connaissances sur ce sujet de façon importante (++) et 5 médecins soit 26,5% de façon moins importante(+). Seul un médecin déclare que les informations données n'ont pas contribué à l'amélioration de ses connaissances.

- **Donner des outils aux médecins généralistes et aux patients pour améliorer la prise en charge des insomniaques.**

Les réponses à la question B3 montrent que tous les médecins qui ont répondu trouvent que les fiches médecin répondent à leur besoin (57,9 % de manière ++ et 42,1% de manière +). Les réponses à la question C2 montrent également que tous les médecins qui ont répondu trouvent que les fiches patients répondent à leur besoin (de manière ++ pour 47,4% d'entre eux et de manière + pour 52,6% d'entre eux).

On peut donc penser que ces outils sont globalement bien adaptés à la pratique du médecin **généraliste**.

- **Recueillir les avis des médecins pour améliorer ce guide (question D6) et connaître leur avis sur le meilleur support pour l'aide à la consultation ou pour distribuer les fiches patients (informatique, blocs de fiches, livre).**

A la question B5, les fiches médecin sous forme informatique obtiennent 37% des voix contre 29,6% pour les blocs avec fiches détachables, 5 % pour le guide livre et 14,8 % ne se prononçaient pas. Il est donc difficile d'affirmer avec conviction que les fiches médecin sous forme informatique sont les plus adaptées pour l'aide à la consultation. En fait, je pense que les médecins ont eu du mal à répondre à cette question parce que les fiches médecins ne sont pas utiles lors de la consultation quand on les a intégrées mentalement.

Quant aux fiches patient, il apparaît plus clairement que les médecins préfèrent les avoir sous forme de blocs pour les distribuer à leurs patients (64% des réponses contre 32 % pour la forme informatique et 4 % pour les photocopies des fiches du guide)

2 Forces et faiblesses de mon travail

2.1 Forces

- **Originalité**

L'originalité de cette thèse est d'avoir conçu un guide sur l'insomnie destiné spécifiquement aux médecins généralistes. Et l'originalité de ce guide est de regrouper en un même ouvrage les connaissances utiles pour le médecin, les fiches médecin et les fiches patients.

Le livre de Léger, « Les troubles du sommeil » (7, 12, 18, 26) est destiné aux médecins et un chapitre est consacré à la consultation en médecine générale. Cependant, c'est plus un ouvrage théorique que pratique et il ne comporte pas de fiches patients.

Le livre de Royant-Parola « comment retrouver le sommeil par soi même ? » (27) est au contraire destiné aux patients. Les connaissances exposées sont importantes mais il n'y a pas de fiches médecins pour l'aide à la consultation.

Je n'ai pas trouvé de thèse de création d'ouvrages spécialisés pour le médecin généraliste

- **Ce guide mérite d'être diffusé**

A la question D5, tous les médecins (excepté un qui ne se prononce pas), ont répondu que le guide méritait d'être diffusé ; 12 soit 63,5 % de manière ++ et 6 soit 31,6 % de manière +.

2.2 Faiblesses

- **Bibliographie**

Elle est basée sur essentiellement 3 ouvrages francophones : « Le sommeil normal et pathologique » de M. Billiard (2, 4, 6, 8, 9, 10, 15, 20, 24, 28), « Les troubles du sommeil » de D. Léger (7, 12, 18, 26) et « Comment retrouver le sommeil par soi même » de Royant-Parola (27). Cependant Dement (5) et Morin (21), auteurs anglo-saxons, ont écrit des ouvrages en accord avec les ouvrages francophones

- **Correction par un seul spécialiste**

Seul le D Nogues a lu le guide avant qu'il soit distribué aux médecins généralistes. Il n'y a donc eu qu'un seul avis critique sur le fond. Les attitudes diagnostiques et thérapeutiques sont en accord avec ce qui est pratiqué au centre du sommeil de Nantes mais je n'ai pas recherché d'autres habitudes de prescription dans d'autres centres du sommeil. Cependant, il est important de noter que les livres sur lesquels j'ai essentiellement travaillé sont les références de tous les centres du sommeil agréés de France et que les trois auteurs précédemment cités sont dans d'autres centres que celui de Nantes.

- **Biais pour l'évaluation du guide**

Les médecins recrutés sur Nantes étaient probablement sensibilisés aux problèmes de sommeil puisqu'ils sont allés à un EPU sur le sommeil.

On aurait pu penser que mes relations cordiales avec les médecins de l'EPU d'Ancenis influenceraient les appréciations des médecins sur ce guide ; or les réponses obtenues sont comparables dans les deux groupes de médecins.

Cependant, on peut contester le nombre de médecins qui est insuffisant pour établir des conclusions solides. Il est important de noter que seulement 56% des médecins ont renvoyé le questionnaire, les autres ne l'ont pas fait, par manque d'intérêt ? par oubli ?

On peut également contester le choix des questions et la manière d'y répondre (où est la médiane + ou - ? ; - veut-il signifier moyen ou mauvais ?). J'aurais du mettre une légende.

- **Erreurs**

J'ai omis de développer les troubles du rythme circadien.

J'ai placé les antidépresseurs dans les hypnotiques alors qu'il aurait peut être été préférable de les mentionner dans les autres traitements de l'insomnie.

Deux médecins ainsi que le Dr Nogues ont trouvé ce guide trop dense, d'autres l'ont sûrement pensé mais ne l'ont pas noté. Je pense qu'avec une mise en page plus agréable, ce guide paraîtrait moins dense.

3 Changements observés ou à proposer. Idées nouvelles issues de la thèse.

A la question « ce guide va t-il modifier votre pratique ? » 7 médecins ont répondu ++, 10 médecins ont répondu + et 2 médecins -. On peut donc espérer une amélioration des connaissances et des pratiques médicales grâce à ce guide. Cependant l'idéal serait de quantifier l'impact de ce guide par une évaluation des pratiques (dépistages de troubles spécifiques du sommeil, prescription d'hypnotiques, patients adressés aux différents spécialistes du sommeil...) avant et après lecture de ce guide. Mais ceci serait un travail de grande ampleur.

On pourrait ajouter dans le titre du guide le mot « Adulte » car je n'ai pas traité les insomnies de l'enfant par choix pour ne pas surcharger le guide. Cependant quelques confrères m'ont signalé qu'ils auraient aimé avoir des informations sur l'insomnie de l'enfant.

Il faudrait ajouter un chapitre sur les rythmes circadiens. Beaucoup de nos patients travaillent la nuit ou avec des horaires décalés et en souffrent dans leur sommeil. Quelques conseils donnés par leur médecin pourraient leur être utiles.

Il faudrait trouver « un sponsor » pour l'édition et la diffusion auprès des médecins généralistes des fiches patients sous forme de blocs car il semblerait que ce soit le support le plus adapté à la pratique de la médecine générale.

Il faudrait également trouver un éditeur qui accepterait de diffuser ce guide puisque l'ensemble des médecins interrogés a déclaré que ce guide méritait d'être diffusé.

CONCLUSION

Même si les résultats de l'évaluation de ce guide pratique de l'insomnie sont à relativiser en raison du faible nombre de réponses obtenues au questionnaire, il semble que ce guide soit un outil utile et apprécié des médecins généralistes.

En effet, les informations fournies par le guide ont été jugées adaptées à la pratique et auraient amélioré les connaissances des médecins sur le sujet.

L'idée de « fiches médecins » et de « fiches patients » intégrées dans le guide semble avoir séduit les médecins interrogés. La majorité de ces médecins préféreraient avoir à leur disposition « les fiches patients » sous forme de blocs avec fiches détachable.

De plus, les médecins interrogés ont estimé que ce guide méritait d'être diffusé. Il serait important de trouver un moyen de distribuer ce livret afin de le rendre accessible à l'ensemble des médecins généralistes.

Enfin, les médecins ont affirmé que ce guide allait modifier leur pratique. Ceci laisse espérer une meilleure prise en charge des patients insomniaques. Néanmoins, un travail intéressant serait de mesurer l'impact de cet ouvrage sur la pratique médicale et ceci à plus grande échelle.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) BILLIARD M. Le bon usage des hypnotiques. Le quotidien du médecin 7007-156 A 2001
- 2) BILLIARD M. Evaluation d'un sujet consultant pour insomnie dans M. Billiard, le Sommeil normal et pathologique ; Masson ed, 1998, p 164-165.
- 3) BLOIS R. Insomnies La Revue du Praticien 46, 1996, 2416-2421
- 4) CORRUBLE E., WARROT D., SOUBRIE CL., PUECH A. Insomnies liées aux médicaments dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 208-214
- 5) DEMENT W. Avoir un bon sommeil. Paris : Odile Jacob ed, 2000
- 6) DE KONNINCK J. Hygiène du sommeil et traitements comportementaux de l'insomnie dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 226-231
- 7) DE LA GICLAIS B. Pharmacologie des troubles du sommeil dans Troubles du sommeil, Léger D ; Doin ed, 2001, p 135-148
- 8) GAILLARD J-M. Introduction dans le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 161-164
- 9) GARMA L. Les insomnies psychiatriques dans le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 188-200.
- 10) GOLDENBERG F. Autres médicaments de l'insomnie dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 217-222
- 11) Guelfi J.D. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1 Editions Médicales Pierre Fabre, 1996.
- 12) GUILLEMINAULT C. Introduction dans D.Léger Troubles du sommeil, Léger ; Doin ed, 2001, p XI- XIV
- 13) JOHNS MW. A new method for measuring daytime sleepiness : the Epworth sleepiness scale, Sleep ,1991, 14 (6) :540-5
- 14) KRYGER M , LAVIE P , AND ROSEN R. Recognition and diagnosis of insomnia, Sleep, 1999, 22, S421-S426
- 15) LAFFONT F. Les insomnies organiques dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson, ed, 1998, p 178-186
- 16) LANGER S, MENDELSON W. AND RICHARDSON G. Symptomatic treatment of insomnia, Sleep,1999,22 , S 437-S445

- 17) LAVAUD JL, Psychotropes, accidents et responsabilité médicale, La Revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 558, p 2191-2192
- 18) LEGER D. ET STAL V. Troubles du sommeil en consultation de médecine générale dans Troubles du sommeil, Léger D. ; Doin ed, 2001, p 1-22
- 19) LEMOINE P. Traitement de l'insomnie, La Revue du Praticien, 1996, 46, p 2422-2427
- 20) MONTI J-M. Les traitements de l'insomnie dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard, Masson ed, 1998, p208-214
- 21) MORIN.CM, Vaincre les ennemis du sommeil, Marabout ed, 2000
- 22) OHAYON M. Dis-moi comment tu dors. Le plessis Robinson : les empêcheurs de tourner en rond, 1997
- 23) OHAYON M. Insomnies en population générale : plaintes et pathologie, août 1996, BVS Europe 5-13
- 24) PERRAITA ADRADOS R. Les différentes formes d'insomnies dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson ed, 1998, p 166-169.
- 25) ROYANT-PAROLA S. Que faire devant une insomnie ? <http://ura.1195-6.univ-lyon1.fr>
- 26) ROYANT- PAROLA S. Insomnies dans Troubles du sommeil léger D, Doin ed, 2001, p39-62
- 27) ROYANT-PAROLA S. Comment retrouver le sommeil par soi même O.JACOB ed, 2002
- 28) ROYANT- PAROLA S. L'insomnie psychophysiologique dans Insomnies dans Le sommeil normal et pathologique, Billiard ; Masson, 1998, p169-176
- 29) ROTH T, ROEHRS T, COSTA E SILVA JA, CHASE MH, public Health and Insomnia : Consensus Statement Regarding its Status and Needs for Future Actions, Sleep, 1999, 22, S 417-S 420
- 30) TIBERGE M. LECASBLE M., BECQ JP. , L'insomnie en médecine générale dans 5 régions françaises : Bretagne, Centre, Pays de la Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Capitole Santé. Les résultats de cette enquête seront présentés au prochain congrès européen sur le sommeil qui se tiendra à Prague en octobre 2004.
- 31) VERDURE-POUSSIN A et WEBER M. Troubles du sommeil, La revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 550, 1757-1801
- 32) WALSH J, USTUN TB, Prevalence and Health consequences of insomnia, Sleep,1999, 22, S 427- S 436
- 33) Enquête Les Français et leur sommeil, impact médecin hebdo, mai 2000, p 4-7 (numéro spécial réalisé en collaboration avec le laboratoire Aventis)

Titre de thèse : Réalisation et évaluation d'un guide pratique de l'insomnie en médecine générale

RESUME

Partant du constat que trois Français sur quatre souffraient d'insomnie et que la moitié consultait leur médecin pour ce problème, l'objet de cette thèse a été de réaliser un guide pratique de l'insomnie pour le médecin généraliste.

Après une recherche bibliographique, les informations recueillies ont été agencées pour composer en 90 pages au format A5 un guide en trois parties : « les connaissances », les « fiches médecin » et les « fiches patients ».

La deuxième étape de cette thèse a consisté en l'évaluation de ce guide auprès de quelques médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire. Les médecins interrogés ont affirmé que ce guide était utile, avait amélioré leurs connaissances sur l'insomnie, allait modifier leur pratique et méritait d'être diffusé.

MOTS CLEF

Insomnie, guide pratique, médecine générale, fiche patient, fiche médecin, diagnostic, traitement, questionnaire du sommeil, agenda du sommeil, polysomnographie.

