



Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale

Recommandations

Décembre 2006

Avec le partenariat méthodologique
et le concours financier de la

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Sommaire

Recommandations	4
I. Préambule.....	4
<i>I.1. Position du problème.....</i>	<i>4</i>
<i>I.2. Questions non traitées dans les recommandations.....</i>	<i>4</i>
<i>I.3. Gradation des recommandations.....</i>	<i>5</i>
II. Comment définir et caractériser l'insomnie ?	5
III. Résumé de la classification ICSD-2 des insomnies de l'adulte ...	5
IV. Approche diagnostique par le médecin généraliste	6
<i>IV.1. Approche « active ».....</i>	<i>6</i>
<i>IV.2. Démarche diagnostique</i>	<i>6</i>
<i>IV.3. Outils à disposition du médecin généraliste.....</i>	<i>9</i>
V. Recours à un spécialiste du sommeil	10
<i>V.1. Quand recourir à un spécialiste du sommeil ?.....</i>	<i>10</i>
<i>V.2. Indications de la polysomnographie</i>	<i>10</i>
<i>V.3. L'actimétrie (ou actigraphie)</i>	<i>10</i>
VI. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques	11
<i>VI.1. Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations</i>	<i>11</i>
<i>VI.1.1. Règles d'hygiène et régulation du cycle éveil-sommeil.....</i>	<i>11</i>
<i>VI.1.2. Insomnies d'ajustement (occasionnelles ou de court terme).....</i>	<i>12</i>
<i>VI.1.3. Insomnies chroniques : indications générales.....</i>	<i>13</i>
<i>VI.2. Choix d'un médicament hypnotique.....</i>	<i>14</i>
<i>VI.2.1. Critères de prescription d'un hypnotique.....</i>	<i>15</i>
<i>VI.2.2. Choix du type de produit.....</i>	<i>15</i>
<i>VI.2.3. Les erreurs à éviter.....</i>	<i>16</i>
<i>VI.2.4. Information des patients sur le traitement par hypnotique.....</i>	<i>17</i>
<i>VI.2.5. Sevrage des hypnotiques</i>	<i>17</i>
<i>VI.3. Choix d'une thérapie cognitivo-comportementale</i>	<i>17</i>
VII. Prise en charge de l'insomnie chez les personnes âgées.....	18
<i>VII.1. Particularités cliniques.....</i>	<i>18</i>
<i>VII.2. Particularités des traitements</i>	<i>19</i>
<i>VII.3. Particularités de la prise en charge thérapeutique</i>	<i>19</i>
<i>VII.4. Arrêt des traitements pharmacologiques</i>	<i>20</i>

VIII. Insomnie et grossesse	20
<i>VIII.1. Avant la grossesse</i>	<i>20</i>
<i>VIII.2. Si une grossesse survient</i>	<i>21</i>
<i>VIII.2.1. En début de grossesse.....</i>	<i>21</i>
<i>VIII.2.2. En fin de grossesse.....</i>	<i>21</i>
IX. Arbre décisionnel	23
X. Conclusion.....	24
Annexe 1. Évaluation et enquête étiologique de l'insomnie	25
Annexe 2. Agenda sommeil-éveil	27
Annexe 3. Caractéristiques pharmacologiques communes des BZD et apparentés. Indications. Précautions d'emploi	29
Annexe 4. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	31
Annexe 5. Centres du sommeil en France (par régions).....	33
Participants	39
Fiche descriptive	41

Recommandations

I. Préambule

I.1. Position du problème

Les troubles du sommeil constituent, de l'avis de tous ceux qui se sont penchés sur cette question, un important problème de santé, tant par leur fréquence que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques. Parmi ces troubles, l'insomnie est l'élément dominant, serait en constante augmentation dans la plupart des pays occidentaux, et les consommations d'hypnotiques connaissent un essor croissant.

La France n'échappe pas à la règle, en particulier du fait de consommations d'hypnotiques et d'anxiolytiques supérieures à la plupart des autres pays occidentaux, à populations comparables, sans qu'une analyse approfondie de ce constat ait été jusqu'ici avancée de façon convaincante.

Cependant, les études de prévalence en population générale témoignent de la difficulté à cerner l'importance réelle de l'insomnie. Les données varient selon les critères diagnostiques choisis : insatisfaction liée au sommeil, symptômes d'insomnie ou troubles en référence à une classification reconnue.

Ainsi, en population générale, si environ 1/3 de la population générale manifeste l'un ou l'autre des symptômes d'insomnie, seuls entre 9 % et 13 % des personnes interrogées déclarent des troubles du sommeil avec des séquelles diurnes. Toutefois, seuls 5,6 % de la population adulte française répondent aux critères diagnostiques les plus stricts de l'insomnie, en tant que diagnostic principal. Cela étant, de nombreux insomniaques n'abordent pas cette question avec leur médecin, ce qui reste à expliquer.

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

Les conséquences de l'insomnie au plan de la santé individuelle consistent en une altération du fonctionnement diurne, physique, psychique et social, indépendamment de comorbidités éventuelles, et induisent une qualité de vie globalement comparable à celle des personnes ayant une maladie chronique. Les études épidémiologiques font ressortir un lien statistique positif entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles émotionnels, abus de substances illicites et d'alcool). Les insomniaques auraient un risque accru d'accidents de la route et d'accidents du travail, notamment en raison des effets résiduels des hypnotiques.

Les médecins généralistes sont concernés au premier chef par cette question, l'insomnie étant un motif typique de recours en soins primaires, et ont en charge le suivi de la grande majorité des patients insomniaques. Hormis leur degré de sévérité, les insomnies soulèvent le problème de la diversité de leurs étiologies (cf. III.), ainsi que la question des traitements appropriés, la prescription médicamenteuse étant à considérer avec circonspection.

I.2. Questions non traitées dans les recommandations

Ne sont pas traitées dans ce document les prises en charge :

- des troubles du sommeil dits « organiques » (syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques des membres, syndrome d'apnées du sommeil, obstructives ou centrales) ;
- des parasomnies (terreurs nocturnes, cauchemars, somnambulisme) ;
- des insomnies circadiennes (avance ou retard de phase, décalages horaires, irrégularité des cycles veille-sommeil).

De même, ne sont pas traitées les thérapeutiques pour lesquelles aucune étude validée n'a été trouvée, dont l'homéopathie et l'acupuncture.

I.3. Gradation des recommandations

Sauf mention particulière, les recommandations qui suivent résultent d'un accord professionnel entre les groupes de travail et de lecture.

II. Comment définir et caractériser l'insomnie ?

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

Il faut souligner, d'une part, que l'observation clinique doit porter sur l'ensemble du cycle sommeil-éveil, conçu comme un tout, et, d'autre part, que la notion même d'insomnie repose sur la plainte ou la description du patient. Le caractère subjectif des troubles, ici comme dans d'autres domaines, nécessite une analyse diagnostique particulièrement attentive, d'autant que les enregistrements du sommeil ne constituent pas une indication pour le diagnostic de l'insomnie (cf. V.).

III. Résumé de la classification ICSD-2 des insomnies de l'adulte

Les critères diagnostiques de chaque type d'insomnie figurent en *annexe 1*. Parmi les classifications existantes, la classification internationale des troubles du sommeil ICSD-2, révisée en 2004, a été retenue en raison de sa relative simplicité et de son caractère opérationnel.

En raison de la diversité des formes et des causes d'insomnie, l'intérêt d'une classification réside pour le praticien dans :

- d'une part, la référence à des critères diagnostiques portant sur l'ensemble du cycle éveil-sommeil et notamment sur l'association de l'insomnie avec des troubles diurnes ;
- d'autre part, les éléments permettant un diagnostic différentiel et étiologique :
 - le caractère aigu ou durable,
 - la présence ou non d'un événement déclenchant,
 - la présence ou non d'autres troubles du sommeil,
 - la présence ou non d'une comorbidité, somatique ou psychiatrique,
 - la consommation ou non de produits perturbant le sommeil.

▪ Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate

L'insomnie, présente depuis au moins 1 mois, est en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil.

▪ Insomnies d'ajustement

Il s'agit d'insomnies occasionnelles, transitoires ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes ou pouvant néanmoins se chroniciser.

▪ Insomnies chroniques sans comorbidité (ex-insomnies primaires)

- **Insomnie psychophysiologique** : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives.
- **Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil** : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.

- **Insomnie idiopathique** : début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable.
- **Insomnies chroniques avec comorbidité (ex-insomnies secondaires)**
- **Insomnie liée à une pathologie mentale** : états dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.
- **Insomnie liée à une pathologie physique** : pathologies douloureuses, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathies, troubles respiratoires, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.

▪ **Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil**

En rapport avec la prise de psychostimulant (caféine, nicotine, cannabis, cocaïne, etc.), alcool, médicament prescrit (cortisone, dopamine, composant amphétaminique, etc.), aliment ou toxique, ou même hypnotique, etc.

▪ **Remarque concernant les durées** : la question des durées respectives des insomnies d'ajustement (maximum 3 mois) et des insomnies chroniques (minimum 1 mois) constitue un point délicat et ne peut que laisser le clinicien dubitatif. Ces durées résultent de conventions et, à moins de 3 mois d'insomnie, ce critère ne peut pas être utilisé pour trancher, d'autant qu'une insomnie d'ajustement peut éventuellement évoluer vers la chronicité et que certains mécanismes de chronicisation peuvent être à l'œuvre dès le premier mois d'insomnie.

Le critère de référence pour les insomnies d'ajustement reste la notion d'événement ou de circonstances déclenchants ayant un effet de stress. Le retour à la normale des paramètres de sommeil se fait après suppression du facteur stressant ou adaptation du patient. Généralement, les troubles disparaissent en moins de 3 mois ; la persistance au-delà de 6 mois doit faire évoquer une dépression (ICSD, 1997).

IV. Approche diagnostique par le médecin généraliste

IV.1. Approche « active »

L'insomnie s'accompagne d'un retentissement diurne et d'une altération de la qualité de vie (études de prévalence comparant des populations insomniaques *versus* non insomniaques).

Du fait du retentissement de l'insomnie et de l'absence fréquente de plainte fonctionnelle de la part des patients¹, le groupe de travail recommande, de la part du médecin généraliste, une approche « active » de la question du sommeil lors de l'évaluation de la santé globale d'un patient, que ce soit en réponse à une plainte d'insomnie proprement dite, en présence d'une situation pathologique connue, susceptible de perturber le sommeil, ou à l'occasion d'une consultation approfondie ou d'un bilan de santé (accord professionnel). **Cela ne conduit pas nécessairement à la prescription d'hypnotiques.**

IV.2. Démarche diagnostique

Devant un patient se plaignant d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même ; il doit aussi être considéré en fonction de l'histoire personnelle et de l'environnement de ce patient.

L'insomnie se diagnostique essentiellement par une évaluation clinique comportant un entretien approfondi, au moyen d'une approche somatique, psychologique et environnementale, soigneuse et détaillée, et d'une étude méticuleuse de l'historique du sommeil, y compris dans l'enfance du patient.

Les principaux paramètres cliniques de l'évaluation de l'insomnie sont :

- le temps de latence de l'endormissement ;

¹ Environ 24 à 25 % seulement de ceux qui présentent un ou plusieurs symptômes d'insomnie expriment une plainte concernant leur sommeil.

- la durée des éveils en cours de nuit ;
- le nombre de ces éveils nocturnes ;
- le réveil matinal prématuré ;
- le temps total de sommeil ;
- l'efficacité du sommeil ;
- l'état diurne : fatigue, hypersensibilité diffuse, troubles de l'attention, irritabilité, performances psychomotrices altérées.

L'index d'efficacité du sommeil se calcule de la façon suivante :

- temps (en minutes) passé au lit = délai entre l'heure du coucher et l'heure du lever ;
- temps (en minutes) total de sommeil = temps passé au lit – temps total d'éveil nocturne (incluant le délai d'endormissement, les durées d'éveils nocturnes et le délai entre l'éveil et le lever) ;
- index efficacité du sommeil = (temps total de sommeil/temps passé au lit) x 100 ;
- exemple : $320/450 \times 100 = 71,1 \%$.

Ce calcul n'a de sens qu'en tant que moyenne sur une période donnée (par ex. 15 jours).

La démarche diagnostique recommandée comporte les éléments suivants (cf. encadré 1).

Encadré 1. Démarche diagnostique en cas d'insomnie

1. Identifier la nature de la plainte, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures :

- type ; ancienneté et fréquence ; sévérité ;
- répercussions diurnes : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration, de la mémoire, rarement, somnolence excessive ;
- traitements déjà utilisés pour dormir et éventuellement en cours ;
- temps passé au lit ; temps de sommeil ; besoin de sommeil habituel.

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

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

4. Rechercher une pathologie associée, aiguë ou chronique :

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

5. Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.

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

À l'issue de cette investigation clinique, on peut :

a) Affirmer la réalité de l'insomnie (cf. encadré 2)

Encadré 2. Critères diagnostiques généraux de l'insomnie

- A. Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes :
1. difficulté à s'endormir ;
 2. difficulté à rester endormi ;
 3. réveil trop précoce ;
 4. sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité.
- B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.
- C. Au moins un des symptômes diurnes suivants relatif au sommeil nocturne est rapporté par le patient :
1. fatigue, méforme ;
 2. baisse d'attention, de concentration ou de mémoire ;
 3. dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire ;
 4. instabilité d'humeur, irritabilité ;
 5. somnolence diurne ;
 6. baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative ;
 7. tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile ;
 8. maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil ;
 9. préoccupations et soucis à propos du sommeil.

b) Différencier :

- *ce qui n'est pas une insomnie* : court dormeur (moins de 6 heures par nuit, absence de répercussions diurnes), trouble du rythme circadien ;
- *un trouble du sommeil associé à l'insomnie*, parfois masqué par celle-ci : apnées du sommeil, mouvements périodiques des membres (jambes sans repos), narcolepsie génératrice de mauvais sommeil.

c) Identifier :

- une *insomnie d'ajustement* (ou *transitoire* ou *de court terme*), le plus souvent liée à un événement ponctuel ou une situation nouvelle, déclenchant un stress et nécessitant une adaptation ;
- une *insomnie chronique* :
 - soit *sans comorbidité*, psychophysiologique ou mauvaise perception du sommeil ;
 - soit *avec une comorbidité* : pathologie associée, somatique ou psychique ;
 - soit avec usage de substance défavorable au sommeil.

d) Apprécier la sévérité de l'insomnie selon les critères suivants (cf. tableau 1) :

- sa fréquence (nombre de mauvaises nuits hebdomadaires) ;
- et l'ampleur de son retentissement diurne.

Cette catégorisation schématique ne doit pas faire oublier que certaines insomnies occasionnelles ou transitoires peuvent se chroniciser ; à l'inverse, les insomnies chroniques peuvent avoir un caractère inconstant, donc intermittent et récurrent.

Au total, le diagnostic d'insomnie est et reste essentiellement un diagnostic clinique, fondé sur une plainte subjective des patients. Bien que ceux-ci sous-évaluent habituellement leur temps de sommeil et surévaluent le temps d'éveil nocturne (comparativement aux

évaluations par polysomnographie), le praticien doit déterminer ses stratégies en fonction de cette plainte.

Tableau 1. Critères de sévérité de l'insomnie.

Sévérité	Fréquence/semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

NB. Certaines études évaluent la sévérité en fonction de la présence du nombre de paramètres perturbés : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes avec incapacité à se rendormir, sommeil non réparateur. Ainsi, une insomnie est estimée sévère si on relève au moins deux de ces paramètres, au moins trois fois par semaine sur un mois, avec séquelles diurnes.

IV.3. Outils à disposition du médecin généraliste

Il est recommandé d'étayer l'investigation clinique au moins sur deux outils testés et reconnus :

- *un plan détaillé d'évaluation* de la plainte d'insomnie, d'enquête étiologique et d'orientation des décisions (cf. *annexe 1*) ;
- *un agenda du sommeil* à remplir par le patient, ce qui facilite une auto-évaluation du problème (cf. *annexe 2*).

▪ Agenda du sommeil

L'agenda permet de connaître :

- les horaires habituels de sommeil ;
- la tendance « du soir » ou « du matin » ;
- le temps passé au lit ;
- la fréquence des troubles ;
- la répercussion de l'insomnie sur la journée.

Il permet d'estimer :

- la latence d'endormissement : temps estimé entre l'heure du coucher et le début du sommeil ;
- le temps de sommeil total : différence entre l'heure d'endormissement et celle du réveil, moins le temps d'éveil pendant la nuit ;
- l'index d'efficacité du sommeil.

Mais il ne renseigne pas sur les cycles du sommeil et leur durée.

Il permet aussi de discuter des habitudes du patient, de fixer des objectifs de traitement et de suivre l'évolution des troubles.

Il peut être intéressant de choisir une période de travail plus une période de vacances, de façon à approcher au mieux les tendances spontanées du patient.

▪ Autoquestionnaires

En complément, divers autoquestionnaires ou échelles analogiques peuvent être utilisés, sans pour autant dispenser de l'approche clinique, pour repérer :

- une somnolence excessive : échelle de somnolence d'Epworth ;
- des troubles anxieux et dépressifs (responsables de la majorité des insomnies chroniques) : questionnaire QD2A de Pichot (détection de la dépression),

questionnaire abrégé de Beck (échelle d'intensité), échelle HAD (évaluation de la sévérité de l'anxiété et de la dépression).

V. Recours à un spécialiste du sommeil

V.1. Quand recourir à un spécialiste du sommeil ?

Seuls certains cas particuliers nécessitent l'avis d'un spécialiste du sommeil. Ce sont :

- les insomnies rebelles, avec ou sans escalade thérapeutique ;
- les insomnies inexplicables, atypiques ou évoquant une situation particulièrement complexe.

Dans ces deux cas, l'avis diagnostique d'un psychiatre peut aussi être sollicité avant le recours à un centre d'exploration du sommeil.

Certains troubles doivent être explorés par des techniques spécialisées, notamment par polysomnographie.

Le choix des indications de techniques d'exploration relève du spécialiste du sommeil consulté, sachant que les données obtenues, de nature objective, peuvent ne pas se recouper totalement avec les données subjectives, même si celles-ci sont recueillies à l'aide de questionnaires ou de tests validés, portant sur des paramètres bien définis.

V.2. Indications de la polysomnographie

La polysomnographie n'est indiquée en première intention ni pour le diagnostic de l'insomnie d'ajustement ou de l'insomnie chronique, ni pour le diagnostic de l'insomnie due à des troubles psychiatriques.

La polysomnographie est indiquée :

- lorsque sont suspectés des troubles associés à l'insomnie :
 - des troubles du sommeil liés à la respiration (ronflements, somnolence diurne),
 - des mouvements périodiques des membres (signalés par le conjoint),
 - une somnolence diurne ;
- ou en cas de :
 - sommeil conservé mais non réparateur, sans dépression associée,
 - trouble des rythmes circadiens,
 - diagnostic clinique incertain,
 - traitement bien conduit, s'avérant inefficace.

V.3. L'actimétrie (ou actigraphie)

L'actimètre est un bracelet enregistreur de mouvements, sans fil, porté au poignet et utilisé de façon continue pendant plusieurs jours et nuits consécutifs. Ce dispositif permet de façon simple de relever les rythmes d'activité et de repos, qui témoignent dans une certaine mesure du rythme éveil-sommeil.

Les paramètres les mieux étudiés sont la durée totale de la période d'inactivité et les éveils en cours de nuit. Mais ces mesures ne sont pas d'une grande précision. L'actimétrie peut aider à clarifier la sévérité de l'insomnie en complément de l'agenda du sommeil.

L'actimétrie n'est pas indiquée en première intention pour le diagnostic, l'évaluation de la sévérité et la prise en charge de l'insomnie. Elle n'est pas adaptée au diagnostic du syndrome d'apnées du sommeil et des mouvements périodiques des membres.

VI. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques

VI.1. Stratégies thérapeutiques face aux diverses situations

Ces stratégies impliquent en général non seulement la prescription de traitements, pharmacologiques ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets des traitements et un soutien psychologique constant.

L'instauration d'un traitement pour insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci.

Selon les cas, soit l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même. Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le « *traitement doit avant tout chercher à être étiologique* ». Cela n'exclut pas de traiter l'insomnie pour elle-même, selon l'évaluation de sa chronicité et/ou de sa sévérité.

VI.1.1. Règles d'hygiène et régulation du cycle éveil-sommeil

Dans tous les cas d'insomnie, avant toute autre initiative, il convient de s'assurer que quelques règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont réunies (cf. *encadré 3*).

Encadré 3. Règles élémentaires d'hygiène du sommeil

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

Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères et sans comorbidité. Toutefois, elles ne peuvent prétendre à elles seules permettre de résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère² ; elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques.

D'autre part, compte tenu de la nécessité de prendre en compte l'ensemble du nyctémère, des facteurs diurnes, ou synchroniseurs, permettraient d'agir sur la période d'éveil afin de réguler la période de sommeil (avis d'expert) (cf. *encadré 4*).

² Notion validée par des essais comparant thérapies cognitivo-comportementales vs règles d'hygiène seules.

Encadré 4. Facteurs « synchroniseurs »

Si l'équilibre du cycle éveil-sommeil paraît insuffisant, il est utile de s'appuyer sur deux synchroniseurs importants : la lumière et l'activité physique.

En cas de difficultés d'endormissement :

- bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) ;
- éviter la lumière forte et l'activité physique le soir.

En cas de réveil matinal trop précoce :

- ne pas traîner au lit quand on est réveillé ;
- le soir, favoriser l'activité physique et utiliser une ambiance lumineuse forte.

VI.1.2. Insomnies d'ajustement (occasionnelles ou de court terme)

L'insomnie est ici récente ou installée depuis quelques semaines ; il s'agit de passer un cap délicat. Cette insomnie peut être consécutive à une situation stressante, à un changement passager d'horaire ou de lieu, voire à une situation nouvelle, un conflit interpersonnel, un abus passager de substance stimulante, licite ou illicite. C'est parfois le signal-symptôme d'une décompensation somatique (cardio-respiratoire, par exemple).

En l'absence d'études spécifiques portant sur les stratégies à adopter, le groupe de travail recommande une démarche comportant les étapes suivantes.

a) Analyser le contexte en évaluant :

- les facteurs de déclenchement de l'insomnie ;
- l'état de détresse actuel du patient ;
- les conséquences de l'insomnie sur son état psychologique et sa capacité à mener à bien ses activités professionnelles et familiales.

b) Une fois le contexte analysé :

- dédramatiser la situation autant que possible, rassurer le patient ;
- assurer si nécessaire un soutien psychologique ;
- faire la part d'une éventuelle pathologie coexistante et la traiter ; dans ce cas, ne pas méconnaître les effets éveillants de certains médicaments ou une possible interaction entre ce traitement et celui de l'insomnie ;
- veiller à ce que les conditions optimales du sommeil soient réunies (cf. VI.1.1.).

c) Proposer, si nécessaire, un traitement symptomatique le plus prudent possible :

- *soit un sédatif léger* (phytothérapie), bien qu'aucune étude n'apporte d'éléments permettant de les situer clairement en termes d'efficacité ; un simple effet placebo n'est ni à écarter, ni à dédaigner, même en l'absence de remboursement ;
- *soit un hypnotique* (doxylamine, benzodiazépine [BZD] ou apparenté aux BZD), adapté au profil d'insomnie du patient, pendant quelques jours, à la plus faible dose possible, choisi parmi ceux qui sont estimés induire le moins possible de retentissement sur la vigilance diurne (cf. VI.2.). Quel que soit l'hypnotique choisi, la plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et prescrite pour une période clairement limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum (sauf pour le triazolam, dont la prescription est limitée à 2 semaines) incluant la période de diminution de la dose. Dans tous les cas de prescription d'hypnotique, le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter (cf. VI.2.4.) ;

- *si la composante anxieuse est prépondérante*, la prescription d'un anxiolytique selon les mêmes principes peut s'avérer suffisante pour permettre le rétablissement du sommeil.

Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, ne serait-ce qu'en raison d'une éventuelle chronicisation du trouble.

Si la situation semble devoir durer plusieurs semaines, voire plus longtemps, le groupe de travail recommande de proposer un traitement non pharmacologique, si un tel traitement est accessible (cf. VI.3.). Ces techniques ont été proposées en première intention devant toute insomnie à court terme autre qu'occasionnelle. Toutefois, les délais nécessaires à l'obtention de leurs effets (plusieurs semaines) laissent les praticiens devant le choix de la solution la mieux adaptée à chaque patient, selon le degré de tolérance à l'insomnie et les répercussions de celle-ci sur la vie diurne.

VI.1.3. Insomnies chroniques : indications générales

L'ancienneté de ces insomnies peut remonter à des mois ou des années. Il importe avant toute chose, une fois effectuée la démarche diagnostique :

- d'identifier d'éventuels traitements antérieurs par médicaments hypnotiques ;
- de savoir que l'efficacité pour des traitements prolongés n'a pas été démontrée (absence d'études sur le long terme) et qu'une accoutumance est possible ;
- et de savoir que le traitement hypnotique peut parfois, par lui-même, être un facteur d'entretien de l'insomnie, notamment en raison du rebond d'insomnie qu'il peut induire lorsqu'il est arrêté.

▪ Insomnies avec comorbidité

D'une part, le traitement est à établir en fonction de la cause identifiée ou de la pathologie associée susceptible de causer, entretenir ou aggraver l'insomnie (ces traitements ne sont pas abordés ici) :

- environnement ou rythmes d'activité défavorables au sommeil ;
- trouble mental, dépressif³, anxieux ou autre ;
- pathologie somatique ;
- usage de substances contrariant le sommeil.

D'autre part, l'insomnie, quant à elle, est en règle générale à évaluer et prendre en charge pour elle-même, le traitement des troubles associés, notamment dépressifs, n'entraînant pas automatiquement le retour du sommeil (les antidépresseurs requièrent toujours un certain délai avant d'agir sur le trouble de l'humeur).

▪ Insomnies sans comorbidité

La grande majorité de ces insomnies est d'ordre psychophysiologique, c'est-à-dire résultant d'un conditionnement mental et physique.

Il importe en premier lieu d'amener le patient à réfléchir sur le pourquoi de son insomnie.

Les thérapies cognitivo-comportementales trouvent ici leur indication la plus appropriée. Malgré l'absence de données, les autres psychothérapies, notamment celles d'inspiration psychanalytique, peuvent également avoir ici leur place.

▪ Dispositions communes aux insomnies chroniques

Que l'insomnie s'accompagne ou non d'une comorbidité, il convient de favoriser le contraste veille-sommeil. Il est possible d'agir :

- *sur le versant « éveil »*, par le renforcement des « synchroniseurs » (choix d'horaires réguliers, exercice physique, exposition à la lumière naturelle ou, à défaut, photothérapie)

³ L'insomnie peut ici paraître initialement isolée, mais être annonciatrice d'un état dépressif ou d'une décompensation d'un autre trouble psychiatrique (état maniaque ou délirant, etc.).

et par le sevrage d'hypnotiques devenus inefficaces ; la stimulation de l'éveil diurne, en évitant la fin de journée, améliore le sommeil nocturne ;

- *sur le versant « sommeil »* : le traitement peut faire appel aux techniques cognitivo-comportementales, en fonction de leur efficacité et de leur accessibilité (cf. VI.3.).

Cette prise en charge non seulement s'étend sur plusieurs semaines ou mois, mais peut nécessiter des rappels ultérieurs pour assurer l'effet à long terme. C'est dire l'importance d'un suivi programmé, assorti d'évaluations périodiques sur l'évolution des divers paramètres du sommeil.

En outre, dans les différents cas d'insomnie chronique, avec ou sans comorbidité, et compte tenu du fait que la sévérité des insomnies chroniques peut varier au cours du temps, la prescription ponctuelle d'hypnotiques à faibles doses, malgré l'absence d'études qui en démontrent l'intérêt, peut s'avérer utile, après réévaluation de la situation du patient, pour lui permettre de pallier une recrudescence de son insomnie.

VI.2. Choix d'un médicament hypnotique

Les bénéfices et les risques du traitement par hypnotique sont à prendre en compte pour chaque patient.

Les effets indésirables possibles sont :

- d'une part, les effets résiduels diurnes : céphalées, troubles de l'équilibre, xylostomie⁴, troubles de la mémoire, altération des performances psychomotrices et cognitives ;
- d'autre part, l'effet de rebond d'insomnie, c'est-à-dire le retour de l'insomnie à un degré plus sévère qu'avant traitement.

▪ Effets résiduels

En ce qui concerne les effets résiduels, les paramètres en cause sont : la nature du produit, la dose, le délai d'action et la demi-vie, la fréquence d'administration, l'âge et le sexe. La demi-vie à elle seule ne préjuge pas de l'intensité ou de la durée des effets résiduels.

La sélection d'un produit sûr et le choix de la dose appropriée sont les premières étapes vers la minimisation des risques.

Si un hypnotique doit être prescrit, il faut viser à ce que ses effets soient limités à la durée de la nuit suivant son ingestion. On doit commencer avec la plus faible dose possible, surtout chez le sujet âgé, qui nécessite des posologies plus faibles. On doit également éviter d'augmenter la dose trop rapidement, la marge thérapeutique de ces médicaments étant étroite, en sorte que les effets résiduels peuvent parfois devenir très importants lors d'un simple doublement de la dose (cf. *tableau 2*).

Avant la prescription, il importe de connaître les activités du lendemain de la prise qui peuvent requérir une vigilance optimale (cf. VI.2.4.), ainsi que les antécédents traumatiques tels que chute ou fracture.

▪ Effet rebond

En ce qui concerne l'effet rebond, il devrait pouvoir être limité ou évité par une prescription à la plus faible dose efficace et réduit par une diminution progressive de la dose.

▪ À efficacité et tolérance comparables, le choix doit se porter sur le médicament le moins cher.

⁴ Sensation de gueule de bois (en anglais « *hangover* »).

VI.2.1. Critères de prescription d'un hypnotique

Le prescripteur doit s'appuyer sur les éléments suivants :

- le profil d'insomnie du patient (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil ou réveil matinal prématuré) ;
- le délai d'action du produit (Tmax) et sa durée, liée à la dose utilisée et à sa demi-vie (cf. *annexe 3*) ;
- le risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes (éviter si possible de cumuler plusieurs médicaments psychotropes) ;
- l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique), qui conditionne sa sensibilité et la capacité d'élimination du produit ;
- le type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise du produit.

Il est recommandé que les hypnotiques soient prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord strict avec les indications autorisées : de quelques jours à 4 semaines maximum, sauf pour le triazolam (2 semaines maximum), incluant la période de diminution de la dose (cf. *annexe 3*). Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à éviter.

Le changement d'un hypnotique pour un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé⁵, ou éventuellement dans le cadre d'un sevrage d'hypnotiques.

Il est recommandé aux médecins généralistes de réévaluer les prescriptions d'hypnotiques effectuées par un autre prescripteur, notamment chez les patients venant d'effectuer un séjour en institution (hôpital, maisons de personnes âgées) et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer.

VI.2.2. Choix du type de produit

▪ Parmi les BZD et apparentés, aucun produit n'a l'indication « insomnie chronique ». Les produits à demi-vie courte ou moyenne doivent être préférés dans le but d'éviter ou de limiter les effets résiduels diurnes. Le choix peut être guidé par le *tableau 2*.

L'efficacité des traitements discontinus n'a pas été étudiée sur le long terme dans les insomnies chroniques. Les études existantes, réalisées uniquement pour le zolpidem et sur le court terme, manquent de puissance pour permettre de conclure formellement à leur efficacité.

⁵ Conclusion de l'étude du *National Institute for Clinical Excellence*, 2004.

Tableau 2. Classement des effets résiduels des hypnotiques BZD et apparentés selon l'altération des performances psychomotrices aux diverses doses (d'après A Vermeeren, CNS Drugs 2004;18(5):p.323).

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

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

▪ Parmi les antihistaminiques H1 bénéficiant de l'indication « insomnie », sous réserve des contre-indications et précautions décrites (effets anticholinergiques ou adrénolytiques), peuvent être utilisés chez l'adulte, mais sont à déconseiller chez le sujet âgé (effets atropiniques non négligeables) :

- l'alimémazine (Théralène®) et la prométhazine (Phénergan®) ;
- l'acéprométazine associée au méprobamate (anxiolytique) sous le nom de Mépronizine® ;
- la doxylamine (Donormyl®), à réévaluer si l'insomnie dure plus de 5 jours.

▪ La phytothérapie : il n'a pas été prouvé pour la valériane d'efficacité supérieure à celle d'un placebo. En l'absence d'essais randomisés, l'innocuité de la mélisse, de l'oranger, du tilleul et de la verveine odorante ne peut être ni affirmée, ni infirmée. Si l'efficacité de ces substances reste incertaine, il peut néanmoins en être fait usage à titre de placebo.

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

VI.2.3. Les erreurs à éviter

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique.
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.
- Renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient.
- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids).
- Prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire.
- Arrêter brutalement un traitement hypnotique.

VI.2.4. Information des patients sur le traitement par hypnotique

Le groupe de travail recommande d'informer les patients sur la durée du traitement, le nécessaire respect de la dose prescrite, l'heure de la prise, le délai moyen d'action du produit prescrit, ses effets résiduels possibles et leur durée moyenne, notamment sur la vigilance et la mémoire (les avertissements mentionnés sur les notices accompagnant les produits peuvent être insuffisants) et les modalités d'arrêt. L'arrêt du traitement doit être prévu dès la prescription et les effets indésirables lors de l'arrêt sont à signaler aux patients.

On doit également les informer de la nécessité d'éviter la conduite automobile et les travaux de précision et/ou présentant des risques (ex. conduite de machines, utilisation d'outils ou de véhicules) :

- en début de traitement (première semaine) ;
- en cas de somnolence, vertige ou manque de concentration.

L'absence de perception de ces sensations ne signifie d'ailleurs pas que les performances sont normales.

Des pictogrammes figurent sur les boîtes d'hypnotiques, indiquant les restrictions à observer pour la conduite automobile.

Au-delà de la période initiale du traitement, les patients doivent être informés du délai à respecter à partir de l'heure de la prise d'hypnotique pour pouvoir exercer des activités requérant une vigilance totale ; ils doivent aussi être conseillés pour adapter leurs comportements en fonction de ces activités.

VI.2.5. Sevrage des hypnotiques

De manière générale, l'arrêt progressif des hypnotiques est requis, quelle que soit la durée de l'insomnie, et plus particulièrement chez les utilisateurs au long cours. La durée du sevrage peut s'étendre sur plusieurs mois chez des utilisateurs de longue durée.

Pour prévenir ou limiter les effets d'un syndrome de sevrage comme de l'effet rebond, il n'existe pas de protocole préétabli. Il est généralement conseillé de réduire les doses par paliers (de ¼ de comprimé). Le rythme de réduction des doses est à adapter à la situation de chaque patient, la durée des paliers étant fonction de l'ancienneté de la consommation d'hypnotique.

Les mesures de renforcement du contraste veille-sommeil constituent un appoint utile (cf. VI.1.3.).

Parmi d'autres propositions :

- prescrire une utilisation intermittente pendant une durée de quelques semaines et changer périodiquement d'hypnotique, en utilisant des produits les moins susceptibles d'effets rebond et de sevrage (selon la dose et la demi-vie), puis éventuellement, des plantes ;
- changer de forme galénique du même produit ;
- utiliser un placebo.

Quelle que soit la modalité choisie, cette période doit être programmée avec le patient et nécessite un suivi attentif ainsi qu'un soutien psychologique constant, ce soutien étant à poursuivre après l'arrêt total de l'hypnotique.

VI.3. Choix d'une thérapie cognitivo-comportementale

Dans les insomnies chroniques, notamment l'insomnie sans comorbidité (ou primaire), des preuves d'efficacité ont été apportées parmi les méthodes suivantes :

- le contrôle du stimulus ;
- la restriction de sommeil ;
- la relaxation musculaire progressive ;
- le *biofeedback* ;

- la thérapie cognitivo-comportementale combinée.

Le contrôle du stimulus, associé ou non à une autre technique, et la restriction de sommeil sont considérés parmi les techniques les plus efficaces :

- le contrôle du stimulus vise à recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil ;
- la restriction du temps de sommeil, moins facile à accepter que la technique précédente, vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher.

Ces deux méthodes (cf. *annexe 4*) peuvent entraîner une amélioration au moins modérée du délai d'endormissement et du maintien du sommeil, des performances diurnes et de la qualité de vie. Ni l'une ni l'autre ne sont réputées augmenter le temps total de sommeil. Elles s'insèrent dans un plan de suivi avec répétition des instructions, sur plusieurs séances, éventuellement prolongées par un rappel après quelques mois. Elles supposent une claire compréhension, une pleine adhésion et une bonne observance du patient. Un effet prolongé de leur efficacité est attesté, sur des délais de 6 mois à 2 ans après la fin des traitements.

La relaxation, soit de type musculaire progressive, soit par *biofeedback*, vise à réduire l'hypervigilance qui peut résulter de conditionnements physiques, cognitifs ou émotionnels. Elle peut faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil, notamment dans les cas d'insomnie à composante anxieuse.

Les approches combinées, bien qu'efficaces, n'ont pas été démontrées supérieures au contrôle du stimulus ou à la restriction de sommeil utilisés seuls.

La thérapie cognitive proprement dite, tout comme les approches combinées, relève de praticiens spécialisés. En France, ces méthodes thérapeutiques sont peu développées, voire méconnues. Lorsqu'elles sont pratiquées, elles sont le fait de spécialistes des thérapies comportementales et posent le problème de leur prise en charge par l'assurance maladie, donc du coût à supporter par le patient. Ce coût, le temps que le patient doit y consacrer, le petit nombre de praticiens utilisant ces techniques, font qu'à l'heure actuelle l'accessibilité à ces traitements est extrêmement limitée.

VII. Prise en charge de l'insomnie chez les personnes âgées

VII.1. Particularités cliniques

Ces particularités tiennent à plusieurs facteurs :

- les modifications physiologiques du sommeil (plus léger, plus fragmenté, plus étalé sur le nyctémère) ;
- les conséquences diurnes de l'insomnie plus marquées qu'à l'âge moyen (ralentissement psychomoteur) ;
- un métabolisme moins performant ralentissant la pharmacocinétique des médicaments ;
- une plus grande fréquence des comorbidités.

Ces éléments se manifestent progressivement sans qu'un « âge-seuil » soit clairement définissable, et de façon variable avec l'âge physiologique réel de chaque patient, mais ils sont généralement bien présents à partir de 75-80 ans. Une analyse clinique minutieuse du symptôme et de son retentissement est donc indispensable.

Insomnie et dépression : une insomnie durable en seconde partie de nuit peut constituer le signe unique d'appel d'une dépression masquée, qu'il importe de repérer en raison d'un risque suicidaire potentiel.

Une information des patients se plaignant de sommeil insuffisant est à faire quant aux modifications physiologiques liées à l'âge, de façon à éviter la mise en route de traitements intempestifs qui s'avéreront difficiles à arrêter.

Autre élément à prendre en compte : la pression assez fréquente de l'entourage, familial ou institutionnel, en faveur d'un traitement pharmacologique systématique chez le sujet âgé, pression qu'il faut le cas échéant savoir pondérer, de même qu'il peut s'agir de remettre en cause un traitement instauré en milieu hospitalier lorsqu'un patient en sort.

VII.2. Particularités des traitements

▪ Traitements pharmacologiques

La plus grande prudence est de mise, en raison de facteurs propres au sujet âgé (pharmacocinétique ralentie, sensibilité accrue du système nerveux central, interaction des médicaments, psychotropes ou non). Bien que la question du rapport bénéfices/risques reste discutée, on doit retenir que les effets indésirables habituels des BZD sont ici plus fréquents, notamment le risque de chutes ou d'accidents de conduite automobile et leur cortège de complications.

▪ Techniques cognitivo-comportementales

Leur efficacité chez les sujets âgés est considérée comme modeste, variable selon le thérapeute, partiellement bénéfique à court terme (sur l'endormissement et le maintien du sommeil), discutable sur le long terme. L'âge constitue de plus un frein à leur accessibilité et à l'adhésion des patients.

▪ Autres moyens non pharmacologiques

- *La photothérapie* pourrait avoir un rôle favorable dans les troubles du sommeil à composante circadienne. Utilisée dans ces cas, elle nécessite cependant d'éliminer certaines contre-indications (glaucome, rétinopathie, médicaments sensibilisant à la lumière).
- *L'exercice physique modéré* : il pourrait contribuer à limiter les manifestations anxieuses ou les troubles de l'humeur.

Sans avoir un effet direct sur le sommeil, ces deux moyens seraient utiles chez le sujet âgé dans le but de renforcer le contraste veille-sommeil.

VII.3. Particularités de la prise en charge thérapeutique

Les stratégies thérapeutiques destinées aux sujets âgés nécessitent quelques considérations particulières par rapport à celles des sujets plus jeunes.

- Un objectif général est la promotion de l'éveil diurne, en stimulant la pratique d'activités physiques ou intellectuelles, un horaire de coucher tardif, le respect d'horaires de lever, la limitation ou l'arrêt de la sieste, l'exposition à la lumière naturelle, etc., de façon à entretenir ou restaurer le cycle éveil-sommeil (chronothérapie).
- En cas de comorbidités :
 - d'une part, il importe de repérer les situations génératrices d'insomnie (syndrome d'apnées du sommeil, état douloureux, dépression), ainsi que les médicaments pouvant perturber le sommeil (modifier la dose, l'horaire ou le médicament) ;
 - d'autre part, les thérapeutiques sont à hiérarchiser en fonction des pathologies très souvent multiples présentes chez le même individu ; la polymédication nécessite une grande vigilance quant au risque d'interactions médicamenteuses, surtout en cas d'autres traitements psychotropes ou antalgiques majeurs, agissant sur le système nerveux central.
- Pour les insomnies elles-mêmes, lorsqu'elles sont chroniques, les traitements non pharmacologiques sont conseillés si possible en priorité, éventuellement combinés de façon ponctuelle avec l'utilisation d'hypnotiques, bien que l'indication « insomnie chronique » ne soit actuellement attribuée à aucun d'entre eux.

▪ Lorsque l'usage d'hypnotiques paraît nécessaire (insomnies sévères), le choix de produits à demi-vie courte et de demi-doses par rapport à celles de l'adulte jeune est préconisé (cf. *tableau 3*). Les anxiolytiques sont ici à éviter.

Lorsqu'un traitement par BZD est indiqué, l'Afssaps recommande de **privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif** (dites « à demi-vie courte »), **car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.**

Tableau 3. Choix d'une BZD⁶ ou d'un apparenté dans l'indication « insomnie », chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique, ou après 75 ans.

À privilégier	Benzodiazépines à « demi-vie courte » (< 20 heures) ⁷				
	Nom en DCI	Nom commercial	Demi-vie ⁸ (heures)	Métabolite actif	Dose recommandée
	Zolpidem	Stilnox ®	2,5	non	5 mg
	Zopiclone	Imovane ®	5	non	3,75 mg
	Témazépam	Normison ®	5 à 8	non	7,5 – 15 mg
	Loprazolam	Havlane ®	8	non	0,5 mg
	Lormétazépam	Noctamide ®	10	non	0,5 – 1 mg
! À éviter !	Benzodiazépines à « demi-vie longue » (≥ 20 heures)				
	Flunitrazépam	Rohypnol ®	16 à 35	oui	-
	Nitrazépam	Mogadon ®	16 à 48	non	-
	Clorazépate dipotassique	Noctran ® ⁹	30 à 150	oui	-

VII.4. Arrêt des traitements pharmacologiques

Les procédés exposés plus haut sont les mêmes pour les personnes âgées que pour les autres. Il faut de plus tenir compte d'un possible retard dans la survenue d'un syndrome de sevrage, qui peut se doubler d'un syndrome confusionnel.

Outre la promotion de l'éveil diurne, une réduction graduelle accompagnée de thérapie comportementale serait la façon la plus efficace d'aider ces patients à diminuer ou cesser la consommation de BZD.

VIII. Insomnie et grossesse

Le problème particulier que pose l'insomnie pendant la grossesse est le risque médicamenteux : risque malformatif survenant lors du 1^{er} trimestre, risque fœto-toxique et/ou néonatal ensuite. Ce risque doit conduire à une grande prudence dans la prescription de médicaments, sans négliger pour autant les conséquences éventuelles d'une insomnie rebelle.

VIII.1. Avant la grossesse

Si l'éventualité d'une grossesse se présente, même sans projet précis, par exemple en cas d'arrêt ou d'absence de contraception, il faut rappeler les règles de prudence concernant les prises de médicaments (prescrits ou en automédication, médicaments ou plantes) en cas d'insomnie si une grossesse survient¹⁰.

⁶ Liste non exhaustive.

⁷ Définition adoptée dans Lechevallier-Michel N, European Journal of Clinical Pharmacology, 2004.

⁸ Demi-vie mesurée chez l'adulte.

⁹ Association de clorazépate dipotassique et de deux neuroleptiques.

¹⁰ HAS. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes », avril 2005.

Lorsqu'une femme en âge de procréer souffre d'insomnie associée à un état dépressif ou à un trouble anxieux, elle est fréquemment polymédicamentée, le traitement hypnotique étant en général associé à d'autres psychotropes. En cas de projet de grossesse, cette situation peut nécessiter, d'une part, une concertation avec un psychiatre et, d'autre part, un recours à l'avis d'un centre régional de pharmacovigilance (CRPV)¹¹ ou du Centre de recherche sur les agents tératogènes (CRAT)¹².

VIII.2. Si une grossesse survient

VIII.2.1. En début de grossesse

« Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression. Il est conseillé de les rechercher systématiquement. »¹³

- Dans le cas d'une femme insomniaque qui a pris un somnifère ne se sachant pas enceinte, bien qu'il n'y ait pas d'hypnotiques susceptibles de justifier d'une interruption thérapeutique de grossesse, il est cependant justifié de prendre l'avis soit du CRPV, soit du CRAT, pour mettre au point d'éventuelles mesures de surveillance spécifiques de la grossesse.
- Dans le cas d'une insomnie apparaissant en cours de grossesse :
 - soit elle relève d'une cause particulière (telle une lombalgie, à rechercher et à traiter), l'insomnie pouvant alors céder avec le traitement de la pathologie associée ;
 - soit le traitement de la cause ne suffit pas ou bien il s'agit d'une insomnie isolée : les solutions non médicamenteuses sont alors à privilégier.

Si les autres recours ont été épuisés et que l'usage d'un médicament s'avère nécessaire car l'insomnie se prolonge et devient sévère, le recours à un CRPV ou au CRAT permet de choisir en fonction du cas un traitement présentant le risque minimal.

VIII.2.2. En fin de grossesse

En fin de grossesse et d'autant plus que l'on s'approche du terme de la grossesse, il est nécessaire de se rapprocher de l'équipe chargée de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né pour les prévenir des soins spécifiques à donner à un enfant dont la mère a pris des psychotropes.

Les risques pour le nouveau-né sont :

- des signes d'imprégnation aiguë ou chronique : des apnées, une hypothermie, une possibilité d'hypotonie axiale, des difficultés de succion entraînant une mauvaise courbe pondérale ;
- la survenue d'un syndrome de sevrage (excitabilité, agitation) retardé de plusieurs jours.

L'*encadré 5* résume les principales précautions de traitement à respecter.

¹¹ Liste disponible sur le site de l'Afssaps : www.agmed.sante.gouv.fr

¹² Centre de recherche sur les agents tératogènes : <http://lecrat.monsite.wanadoo.fr>

¹³ HAS. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes », avril 2005.

Encadré 5. Prescription de médicaments et médicaments en vente libre¹⁴

- Limiter la prescription de médicaments pendant cette période aux seuls cas où le bénéfice du traitement est supérieur au risque pour le fœtus.
- Pour le traitement d'une affection aiguë ou chronique chez une femme enceinte utiliser le traitement le mieux évalué au cours de la grossesse. Programmer les éléments de surveillance chez la mère et l'enfant.
- Si le traitement est nécessaire, expliquer à la femme enceinte le choix de la thérapeutique maternelle envisagée : bénéfices attendus, nocivité moindre pour l'enfant, conséquences éventuelles sur le fœtus. Un conseil peut être pris auprès d'un centre régional de pharmacovigilance (liste disponible sur le site de l'Afssaps : www.agmed.sante.gouv.fr).
- Il est essentiel d'avertir les femmes enceintes que l'automédication (achat de médicaments sans ordonnance ou prise de médicaments sous forme orale disponibles dans la pharmacie familiale) doit être évitée durant la grossesse. Avant toute prise de médicaments, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre conseil auprès de leur médecin, sage-femme ou pharmacien.

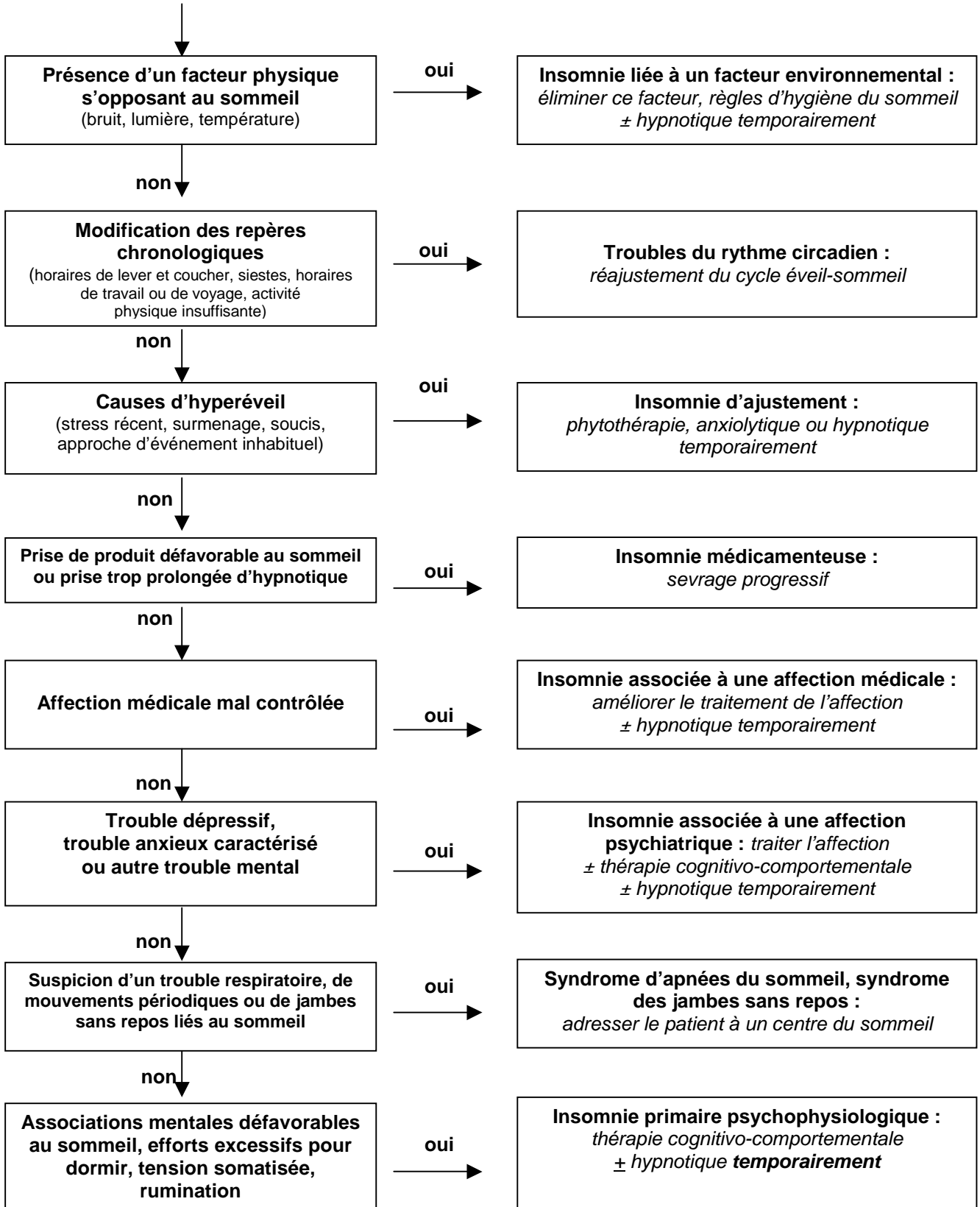
Un guide « Médicaments et grossesse » a été publié par l'Afssaps le 15 octobre 2005, et est disponible sur le site : <http://afssaps.sante.fr/htm/10/filcoprs/indco4.htm>. Il est composé de deux livrets : Infectiologie et Psychiatrie. Ce dernier comprend une partie « hypnotiques ».

¹⁴ Extrait de : HAS. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes », avril 2005.

IX. Arbre décisionnel

(inspiré de Billiard M. Quotidien du Médecin)

PLAINTÉ D'INSOMNIE (confirmée et caractérisée, cf. annexe 1)



X. Conclusion

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

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

Une meilleure connaissance des situations pour lesquelles les hypnotiques sont prescrits et des caractéristiques des utilisateurs paraît hautement souhaitable.

Les alternatives au traitement médicamenteux, qui relèvent du registre éducatif ou cognitivo-comportemental, s'adressent principalement aux insomnies chroniques et certaines sont susceptibles d'enrichir la panoplie des médecins généralistes ou d'autres soignants. Mais elles sont aujourd'hui peu développées en France, donc peu accessibles, et ne constituent dans ce contexte qu'une alternative assez théorique. En conséquence :

- l'appropriation de certaines de ces techniques par les médecins généralistes pourrait être recommandée dans le cadre de leur formation, initiale ou continue, à condition qu'ils puissent dans leur activité dégager le temps nécessaire pour y consacrer des consultations spécifiques ;
- la nécessité d'une adaptation des conditions d'exercice des soignants de première ligne, dans le but de développer des alternatives aux traitements pharmacologiques, serait à signaler aux instances décisionnelles de l'assurance maladie et des professions concernées.

Annexe 1. Évaluation et enquête étiologique de l'insomnie

Ce document a été établi à partir d'un questionnaire testé en France par 322 médecins généralistes, auprès de 947 patients.

Réf. **Viot-Blanc V, Peyrieux JC.** Does a practical diagnostic questionnaire improve management of insomnia in general practice? *Sleep Research Online* 1999; (supp1): 794

I. CARACTÉRISER LA PLAINTÉ DU PATIENT			
SON TYPE	La plainte concerne le sommeil	Difficulté à s'endormir	<i>Difficulté d'initiation</i>
		Réveil en cours de nuit Réveil matinal trop précoce	<i>Difficulté de maintien du sommeil</i>
	La plainte concerne le réveil ou la journée, alors qu'il pense avoir bien dormi	Fatigue Sensation de tension Somnolence	<i>Sommeil non réparateur</i>
SON ANCIENNETÉ		Moins de 1 mois	<i>Insomnie d'ajustement ?</i>
		Plus de 1 mois : nb. de mois ou années _ _	<i>Insomnie chronique ?</i>
SA SÉVÉRITÉ	Fréquence : nombre de mauvaises nuits par semaine	1 ou moins	<i>Insomnie légère</i>
		2 ou 3	<i>Insomnie modérée</i>
		4 ou plus	<i>Insomnie sévère</i>
	Retentissement diurne après les mauvaises nuits	Aucun retentissement	<i>Pas de véritable insomnie</i>
		Fatigue, état maussade, tension, irritabilité	<i>Insomnie légère, modérée ou sévère</i>
		Somnolence	<i>Autre trouble du sommeil (cf. page suivante)</i>
LES TRAITEMENTS POUR DORMIR ÉVENTUELLEMENT UTILISÉS		Nature, fréquence et durée d'utilisation des produits Traitements anciens ou en cours	
ÉVALUER LE TEMPS PASSÉ AU LIT ET LE TEMPS DE SOMMEIL	Agenda du sommeil sur 1 ou 2 semaines	Horaires du coucher et du lever (temps A, passé au lit)	<i>A > B = trop de temps passé au lit</i>
		Estimation du temps de sommeil nécessaire (temps B) : ≥ 9 h = <i>gros dormeur</i> 6 à 9 h = <i>moyen dormeur</i> < 6 h = <i>court dormeur</i>	<i>B > A = temps de sommeil insuffisant</i>
			<i>Pas d'insomnie vraie</i>

II. RECHERCHER LES CAUSES			DÉCIDER
ENVIRONNEMENT NOCTURNE	Bruit, lumière, température	<i>Défaut d'hygiène du sommeil</i>	Conseiller
MODIFICATION DES REPÈRES	Variabilité des horaires de lever et coucher Siestes trop prolongées Activité physique insuffisante Horaires de travail irréguliers Travail de nuit Voyages trans-méridiens fréquents	<i>Troubles circadiens et/ou défaut d'hygiène du sommeil</i>	Conseiller
CAUSES D'HYPERÉVEIL	Surmenage, hyperactivité en fin de journée	<i>Défaut d'hygiène du sommeil</i>	Conseiller et/ou traiter
	Événement inhabituel récent ou imminent	<i>Insomnie d'ajustement</i>	
	Soucis, stress	<i>Insomnie d'ajustement</i>	
AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL ASSOCIÉS (recueillir l'avis du conjoint)	Ronflements, excès de poids, somnolence diurne	<i>Syndrome d'apnées du sommeil</i>	Avis et/ou exploration complémentaire (polysomnographie)
	Mouvements brusques des membres pendant le sommeil	<i>Mouvements périodiques des membres</i>	
	Compulsion à bouger les jambes, souvent avec dysesthésies, survenant au repos, le soir et momentanément soulagées par le mouvement	<i>Syndrome des jambes sans repos</i>	
MALADIE ASSOCIÉE	État douloureux Trouble dépressif Trouble anxieux caractérisé Neuropathie dégénérative Migraine Asthme, bronchopathie obstructive Reflux gastro-œsophagien Hyperthyroïdie	<i>Insomnie liée à une comorbidité</i>	Traiter ou adapter un traitement de la maladie associée
SUBSTANCE PERTURBANT LE SOMMEIL	Médicaments : amphétamines, antidépresseurs stimulants, bêta-bloquants, corticoïdes, hormones thyroïdiennes, théophylline, etc. Hypnotiques pris au long cours	<i>Insomnie liée à une comorbidité</i>	Adapter le traitement de la maladie associée
	Café, thé, soda caféiné		Conseiller
	Alcool, tabac, drogue		Traiter l'addiction et l'insomnie
CONDITIONNEMENT PSYCHO-PHYSIOLOGIQUE	Associations mentales défavorables au sommeil, efforts excessifs pour dormir, tension somatisée, ruminant	<i>Insomnie sans comorbidité</i>	Traiter l'insomnie
MAUVAISE PERCEPTION DU SOMMEIL	Manque de conscience ou impression d'absence du sommeil		PSG ? Psychothérapie ?

Annexe 2. Agenda sommeil-éveil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du .././.... au .././....

Jours (*)	Hypnotique (cocher)	19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	19 h	Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
	Lun																
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	

Mode d'utilisation

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
 - //// Périodes de sommeil (griser)
 - ┌ ─ ─ ─ Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
 - ↑ Heure du lever
 - Fatigue
 - ★ Envie de dormir
 - Sieste involontaire
 - Sieste volontaire
- Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 8 |
 Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 5 |
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : | x |

(*) Le nombre de jours peut aller jusqu'à 28 ou même 31, seul le format de la page nous limite ici.

Consignes au patient :

Remplir l'agenda :

- chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
- chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.

Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

Annexe 3. Caractéristiques pharmacologiques communes des BZD et apparentés. Indications. Précautions d'emploi

▪ Pharmacodynamie

L'activité qualitative de ces produits est myorelaxante, anxiolytique, sédative, hypnotique, anticonvulsivante, amnésiante. Chacun de ces effets est plus ou moins marqué selon les doses utilisées.

Ces effets sont liés à une action agoniste spécifique sur un récepteur central faisant partie des « récepteurs macromoléculaires gaba-oméga », également appelés BZD 1 et BZD 2.

Les effets des apparentés sur le sommeil sont associés à un profil électro-encéphalographique différent de celui des BZD.

▪ Pharmacocinétique

Absorption

La liaison aux protéines est élevée. Une corrélation concentration-effet n'a pu être établie pour cette classe de produits, en raison de l'intensité de leur métabolisme et du développement d'une accoutumance.

Les BZD passent la barrière hémato-encéphalique ainsi que dans le placenta et le lait maternel.

Métabolisme et élimination

Le foie joue un rôle majeur dans le processus de métabolisation, entraînant la formation de métabolites actifs, dont les durées de demi-vie varient par rapport à celle du produit initial ; ce métabolisme explique le très faible pourcentage de produit retrouvé inchangé au niveau urinaire. L'élimination se fait sous forme de dérivés inactifs glycuco-conjugués, hydrosolubles, retrouvés majoritairement dans les urines.

Populations à risque

- Sujets âgés : le métabolisme hépatique diminue, et donc la clairance totale, avec augmentation des concentrations à l'équilibre de la fraction libre et des demi-vies. Il importe de diminuer les doses, au moins dans un premier temps.
- Insuffisants hépatiques : la clairance totale diminue ; on note une augmentation de la fraction libre (et du volume de distribution) ainsi que de la demi-vie.
- Insuffisants rénaux : aucune accumulation de Z. ou de ses métabolites n'a été décelée après utilisation prolongée ; une diminution modérée de la clairance peut être observée.

.../...

Tableau. Hypnotiques : doses, T max et demi-vies, indications, durées de prescription autorisées.

DCI	Noms de marque	Dose thérapeutique usuelle		Délai d'action		Indications	Durées de prescription autorisées
		adulte	personne âgée	T max	Durée de demi-vie		
BZD							
Estazolam	<i>Nuctalon®</i>	1 - 2 mg	0,5 - 1 mg	15 - 30'	8 - 24 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Lormétazépam	<i>Noctamide®</i>	1 - 2 mg	0,5 - 1 mg	3 h	10 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Loprazolam	<i>Havlane®</i>	1 mg	0,5 mg	1 h	8 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Nitrazépam	<i>Mogadon®</i>	5 mg	2,5 mg	2 - 3 h	16 - 48 h	Insomnies occas. & transitoires Insomnies chroniques	4 semaines
Témazépam	<i>Normison®</i>	15 - 30 mg	7,5 - 15 mg	45' - 4 h	5 - 8 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Triazolam	<i>Halcion®</i>	0,125 – 0,25 mg	0,125 mg	15 - 30'	1,5 - 5 h	Insomnies occas. & transitoires	2 semaines
Flunitrazépam	<i>Rohypnol®</i>	0,5 - 1 mg	0,5 mg	3 h	16 - 35 h	Insomnies occas. & transitoires	2 x 1 semaine
Apparentés aux BZD							
Zolpidem	<i>Stilnox®</i>	5 - 10 mg	5 mg	30'	1,5 - 4,5 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Zopiclone	<i>Imovane®, Noctirex GÉ®</i>	7,5 mg	3,75 mg	1 h 30 - 2 h	5 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Antihistaminiques							
Alimémazine	<i>Théralène®</i>	5 - 10 mg	5 mg	pas de données	pas de données	Insomnies occas. & transitoires	non précisé
Doxylamine	<i>Donormyl®</i>	7,5 - 15 mg	3,75 – 7,5 mg	2 h	10 h	Insomnies occas. & transitoires	2 à 5 jours
Chlorazépate + acépromazine	<i>Noctran®</i>	1 cp	½ cp	60'	30 - 150 h	Insomnies occas. & transitoires	4 semaines
Méprobamate + acépromazine	<i>Mépronizine®</i>	1 cp	-	1 – 3 h	6 - 16 h	Insomnies	courte durée (non précisé)

Annexe 4. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

1. Plan d'un traitement cognitivo-comportemental

(d'après Vallières A, Guay B et Morin C, Le Médecin du Québec, 2004, 39 (10) : 85-96)

Séances	Activités
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Survol du programme ▪ Renseignements sur le sommeil (stades) ▪ Qu'est-ce que l'insomnie ▪ Histoire naturelle de l'insomnie ▪ Auto-enregistrement et principes d'autogestion ▪ Restriction du temps passé au lit
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision des modèles d'insomnie ▪ Modèle conceptuel de l'insomnie ▪ Explication du traitement comportemental ▪ Méthodes comportementales ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision des explications du traitement comportemental, des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Travail sur le respect des procédures ▪ Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ; attitudes et croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie cognitive et sur les consignes de « contrôle par le stimulus » ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ▪ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ▪ Consignes d'hygiène du sommeil ▪ Ajustement de la restriction du sommeil
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ▪ Retour sur la thérapie comportementale ▪ Évaluation des progrès ▪ Maintien des gains

2. Méthodes de contrôle du stimulus et de restriction du sommeil (descriptif)

(d'après S Royant-Parola, in D Léger, 2001. Troubles du sommeil. Paris. Doin.)

Pour le contrôle du stimulus, qui vise à recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil, les consignes suivantes tendent à éviter au patient de passer du temps au lit lors des périodes d'éveil :

- prévoir de se détendre une heure avant le coucher ; éviter les activités éveillantes ou angoissantes dans cette période (nécessité d'une période de transition entre veille et sommeil) ;
- aller au lit uniquement lorsque la somnolence est ressentie ;
- sortir du lit lorsqu'il est impossible de s'endormir (ou se rendormir) au bout de 15 à 20 minutes ; aller dans une autre pièce, s'occuper de façon non stimulante et attendre que le sommeil se fasse à nouveau sentir ;
- répéter cette procédure aussi souvent que nécessaire ;
- se lever à la même heure chaque matin, quel que soit le nombre d'heures passées à dormir, même en fin de semaine ;
- réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle, à l'exclusion de toute autre activité, en particulier regarder la TV, travailler au lit, etc ;
- éviter les siestes.

Ces consignes sont données au patient lors de la première séance. Les séances suivantes consistent à renforcer leur application et à soutenir le patient dans cette démarche. Le maintien des consignes est poursuivi jusqu'à ce que le délai d'endormissement devienne égal ou inférieur à 30 minutes pendant 4 semaines. Lorsque les patients prennent un hypnotique, la consigne est de le maintenir jusqu'à ce que le sommeil s'améliore, puis de commencer à le réduire graduellement.

La restriction du temps de sommeil, moins facile à accepter que la précédente technique, vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher :

- on vise à obtenir un coefficient d'efficacité du sommeil ($[\text{temps total de sommeil} / \text{temps passé au lit}] \times 100$) égal au moins à 85 % ;
- on calcule le temps moyen de sommeil du patient à partir d'un agenda, tenu pendant au moins 8 jours, et on prescrit un temps passé au lit égal à cette durée ;
- la restriction de sommeil se pratique en retardant l'heure du coucher par tranches de 15 minutes, mais en maintenant constante l'heure du lever. Si au bout de 10 jours, l'efficacité du sommeil ne s'améliore pas, on retarde l'heure du coucher de 15 minutes supplémentaires ;
- le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à 5 heures ;
- les siestes diurnes sont interdites ;
- par la suite, en fonction de l'amélioration obtenue, le temps de sommeil peut être augmenté progressivement, de 15 minutes en 15 minutes, en avançant l'heure du coucher.

Cette technique est efficace mais difficile, au moins au début, car la privation de sommeil entraîne une baisse de la vigilance diurne. Elle peut nécessiter un arrêt de travail de quelques jours pour en éviter les conséquences.

Annexe 5. Centres du sommeil en France (par régions)

(source : site web : <http://sommeil.univ-lyon1.fr/sfrs>, décembre 2005)

Les centres ci-dessous sont ceux que la Société française de recherche et de médecine du sommeil (SFRMS) a labellisés. Cette liste est indicative, en raison de changements pouvant intervenir.

Alsace

Unité de pathologie du sommeil

Clinique neurologique - Hôpitaux universitaires de Strasbourg
67091 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 11 63 12

Dr J Krieger

Centre de sommeil de la clinique Sainte-Barbe

29, rue du Faubourg-National
67083 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 21 70 00

Dr C Petiau

Unités d'explorations veille sommeil

Service de psychiatrie générale
27, rue du 4^e R.S.M.
68250 Rouffach
Tél. : 03 89 78 71 43

Dr JP Macher

Aquitaine

Unité des troubles du sommeil et de la vigilance-épilepsie (UTSVE)

Centre hospitalier de Pau
4, boulevard Hauterive
BP 1156 - 64046 Pau Université Cedex
Tél. : 05 59 92 49 73 Fax : 05 59 72 67 49

Dr A Dakar

Clinique du sommeil

Hôpital Pellegrin - CHU de Bordeaux
Place Amélie-Raba-Léon
33076 Bordeaux
Tél. : 05 56 79 55 10

Dr J Paty

Centre du sommeil

Polyclinique du Tondu
151, rue du Tondu
33082 Bordeaux
Tél. : 05 56 00 26 26

Dr O Costes

Auvergne

Unité de sommeil du CH de Montluçon

18, avenue du 8 Mai 45
03113 Montluçon Cedex
Tél. : 04 70 02 30 90

Dr Maillet-Vioud

Centre de sommeil Auvergne

Service EEG explorations fonctionnelles du système nerveux
CHU de Clermont-Ferrand
63003 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 31 60 36 / 04 73 31 60 37 - Fax : 04 73 31 61 23

Dr JC Péchadre

Bourgogne

Laboratoire de sommeil du CHS La Chartreuse

1, boulevard Chanoine-Kir
BP 1514
21033 Dijon Cedex
Tél. : 03 80 42 49 66

Dr Roy Didi

Laboratoire d'EEG et de sommeil de la clinique Saint-Rémy

31, rue Charles-Dodille
71100 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 92 38 00

Dr JL Deliry

Laboratoire d'exploration du système nerveux

Hôpital général
3, rue du Fg Raines
BP 1519 - 21033 Dijon Cedex
Tél. : 03 80 29 37 53

Dr M Lemesle

Bretagne

Service d'explorations fonctionnelles neurologiques

Hôpital Morvan
29285 Brest Cedex
Tél. : 02 98 22 33 33
Fax : 02 98 22 34 98

Dr D Mabin

Centre

Centre de sommeil

CHU Tours - Hôpital Bretonneau
2, boulevard Tonnelé
37044 Tours Cedex
Tél. : 02 47 47 37 23

Dr A Autret

Franche-Comté

Unité de sommeil de l'hôpital de Belfort

Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard
Site de Belfort
14, rue de Mulhouse
BP 499 - 90016 Belfort Cedex

Dr I Guy

Pathologies et Explorations du Sommeil

Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard
CHIC Belfort Montbéliard
25209 Montbéliard cedex
Tél. : 03 81 91 61 71

Dr M Bataillard

Haute-Normandie

Unité d'exploration de la pathologie du sommeil

Service de pneumologie
CHU de Rouen (hôpital de Bois-Guillaume)
76031 Rouen Cedex
Tél. : 02 35 08 83 83

Dr JF Muir

Île-de-France

Centre de sommeil

Hôtel-Dieu de Paris
1, place du Parvis de Notre-Dame
75181 Paris Cedex 04
Tél. : 01 42 34 82 43 - Internet : <http://www.sommeil-vigilance.com>

Dr D Léger

Fédération des pathologies du sommeil

Hôpital Pitié-Salpêtrière,
47, boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13
Tél. : 01 42 17 67 52 - [secretariat : orcel@psl-ap-hop-paris.fr](mailto:secretariat@psl-ap-hop-paris.fr)

Dr I Arnulf

Service de neurologie

Explorations fonctionnelles
Fondation A. de Rothschild
25, rue Manin
75940 Paris Cedex 19
Tél. : 01 48 03 68 53

Dr M F Monge-Strauss

Service d'explorations fonctionnelles multidisciplinaires

Hôpital Ambroise-Paré
9, avenue Charles-de-Gaulle
92104 Boulogne Cedex
Tél. : 01 49 09 57 14

Dr A Foucher

Service de réanimation médicale

Hôpital Raymond-Poincaré
104, boulevard Raymond-Poincaré
92380 Garches
Tél. : 01 47 10 77 81

Dr Ph Gajdos

Service d'explorations fonctionnelles

Hôpital Henri-Mondor
51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny
94010 Créteil
Tél. : 01 49 81 26 96 / 01 49 81 26 90

Dr Goldenberg

Laboratoire d'exploration du sommeil

Hôpital Antoine-Béclère
157, avenue de la Porte-de-Trévoux
92141 Clamart Cedex
Tél. : 01 45 37 46 40 - Internet : <http://www.epita.fr:8000/~sommeil/>

Dr Escourou

Unité sommeil

Explorations fonctionnelles physiologiques
2, rue Ambroise-Paré
Hôpital Lariboisière
75010 Paris
Tél. : 01 49 95 80 76

Dr V Viot-Blanc

Languedoc-Roussillon

Service de neurologie B

Hôpital Gui-de-Chauliac
4, avenue Bertin-Sans
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. : 04 67 33 72 40

Dr J Touchon

Limousin

Centre d'étude régionale du sommeil

CHU Dupuytren
2, avenue Martin-Luther-King
87042 Limoges Cedex
Tél. : 05 55 05 61 23

Dr Ph Tapie

Midi-Pyrénées

Service d'explorations fonctionnelles du système nerveux

CHU Rangueil
Rue Joseph-Poulhes
31054 Toulouse Cedex
Tél. : 05 61 32 26 98

Dr M Tiberge

Laboratoire du sommeil

Fondation Bon-Sauveur-d'Alby
1, rue Lavazière
BP 94 - 81003 Albi Cedex
Tél. : 05 63 48 48 99 - **Internet** : <http://www.svs81.org>

Dr E Mullens

Nord – Pas de Calais

Unité des troubles de la veille et du sommeil

Centre hospitalier régional universitaire de Lille - Hôpital B
59037 Lille Cedex
Tél. : 03 20 44 59 62

Dr JD Guieu

Pays de Loire

Centre du sommeil

Service de pneumologie
Hôpital Laennec
44093 Nantes Cedex
Tél. : 02 40 16 54 87

Dr B Nogues

Service de broncho-pneumologie

Centre hospitalier général de Laval
Rue du Haut-Rocher
53015 Laval
Tél. : 02 43 66 50 00

Dr M Desjobert

Picardie

Explorations des pathologies de la veille et du sommeil

Centre hospitalier de Compiègne
8, avenue Henri-Adnot
BP 29 - 60321 Compiègne cedex
Tél. : 03 44 23 65 49

Dr M Bedat

Poitou-Charentes

Service de neurophysiologie clinique

Cité hospitalière de la Milétrie
BP 577 - 86021 Poitiers Cedex
Tél. : 05 49 44 43 87

Dr J Paquereau

Unité d'exploration du sommeil

Service de neurophysiologie clinique
Centre hospitalier
79021 Niort
Tél. : 05 49 32 77 67

Dr J Duhurt

Provence – Alpes - Côte d'Azur

Centre Saint-Paul

300, boulevard Sainte-Marguerite
13009 Marseille
Tél. : 04 91 17 07 50

Dr P Genton

Services des maladies respiratoires

Secteur respiration sommeil
Centre hospitalier général d'Aix-en-Provence
13616 Aix-en-Provence
Tél. : 04 42 33 51 63

Dr R Poirier

Fédération du sommeil

30, avenue de la Voie-Romaine
BP 69 - 06002 Nice Cedex 1
Tél. : 04 92 03 05 93

Dr C Firly

Centre d'exploration du sommeil

CH intercommunal de Toulon-La Seyne sur Mer
Hôpital Font-Pré
1208, avenue Colonel-Picot
BP 1412
83056 Toulon Cedex
Tél. : 04 94 61 60 66

Dr MF Mateo-Champion

Centre du sommeil AP-HM

Unité fonctionnelle du service de neurophysiologie Clinique
Centre hospitalier et universitaire la Timone
264, rue Saint-Pierre
13385 Marseille Cedex
Tél. : 04 91 38 58 33 - Fax : 04 91 38 58 30

Dr M Rey

Rhône – Alpes

Laboratoire de neurophysiologie

Pavillon de neurologie
Hôpital Albert-Michallon
BP 217 X - 38043 Grenoble Cedex 9
Tél. : 04 76 76 55 18

Dr C Feuerstein

Unité de sommeil

Bâtiment 3B, Niveau 2
Centre hospitalier Lyon-Sud
69495 Pierre-Benite Cedex
Tél. : 04 78 86 17 89

Dr Kocher

Unité d'hypnologie

Service de neurologie fonctionnelle et d'épileptologie
Hôpital neurologique
59, boulevard Pinel
69934 Lyon Cedex
Tél. : 04 72 35 79 00

Dr H Bastuji

Unité de sommeil gériatrique

Hôpital gériatrique A. Charial, CHU de Lyon
40, av. de la Table de Pierre
69340 Francheville
TEL : 04 72 32 34 82

Dr H Onen

**Unité de sommeil du centre hospitalier
intercommunal Annemasse-Bonneville**

17, rue du Jura
74107 Annemasse-Ambilly
Tél. : 04 50 87 40 27
Fax : 04 50 87 40 89

Dr Chatellain

Participants

Le promoteur et le comité d'organisation

Cette recommandation pour la pratique clinique a été réalisée par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), en collaboration avec la Société française de médecine générale (SFMG), le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), dans le cadre d'un partenariat avec l'Anaes, devenue HAS.

Les sociétés savantes ayant accepté de participer à la recommandation, outre les précédentes, sont : la Société française de recherche en médecine du sommeil (SFRMS), la Fédération française de psychiatrie, la Société française de neurologie et la Fédération française de neurologie.

Le comité d'organisation a posé les questions suivantes :

1. Qu'est-ce que l'insomnie ? Comment la définir et la caractériser (type, étiologie) ?
2. Quelle est l'épidémiologie de l'insomnie et quel est le poids de la maladie pour l'individu et la collectivité en France ?
3. Quelles sont les questions pertinentes à poser au patient et quelles sont les investigations à réaliser par le médecin généraliste ?
4. Indications des avis et des investigations spécialisées ?
5. Place du traitement pharmacologique et non pharmacologique y compris le problème du sevrage ?
6. Arbre décisionnel.

Composition du comité d'organisation

Pr Max BUDOWSKI, Paris (CNGE)
Dr Lucile GARMA, Paris et Dr Didier CUGY, Bordeaux (SFRMS)
Pr Anne-Marie MAGNIER, Paris (SFTG)

Dr Philippe MARTEL, HAS (service des recommandations professionnelles), Saint-Denis La Plaine
Dr Luc MARTINEZ, Bois-d'Arcy (SFMG)
Dr Jean-Pierre VALLÉE, Colleville-Montgomery (SFDRMG)

L'ensemble du travail a été coordonné par le Dr Yves GERVAIS, médecin généraliste, chargé de projet, sous la responsabilité scientifique et technique du Pr Anne-Marie MAGNIER.

Le groupe de travail a été présidé par le Dr Patrick OUVRARD.

La partie relative à l'épidémiologie et aux données économiques de l'insomnie a été réalisée par Mme Fabienne MIDY, chef de projet du service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS.

La validation des versions françaises des échelles analogiques d'anxiété et de dépression a été fournie aimablement par le Dr Julien-Daniel GUELFY.

La recherche documentaire a été effectuée par le chargé de projet, et complétée par le service de documentation de la HAS.

Les comptes rendus de séances du groupe de travail ont été rédigés par Mme Fabienne HAUS-BOULAY, résidente en médecine générale.

Le secrétariat a été assuré par Mmes Sylvie CAUMEL, Marie-Claude CASSARD et Alice THOMAS.

Composition du groupe de travail

Dr Alain BARDOUX, généraliste,
Maubeuge
Dr Blandine BERNIT, généraliste, Lyon
Dr Bertrand DIQUET, pharmacologue,
Angers
Dr Patrice DOSQUET, HAS, Saint-Denis
La Plaine
Dr Lucile GARMA, neuropsychiatre, Paris
Dr Yves GERVAIS, généraliste, Paris -
Chargé de projet
Dr José GOMES da CUNHA, généraliste,
Mornac
Mme Fabienne HAUS-BOULAY, résidente
en médecine générale, Paris
Dr Jean KRIEGER, neurologue,
Strasbourg

Dr Damien LÉGER, neurophysiologiste,
Paris
Dr Philippe MARTEL, HAS, Saint-Denis La
Plaine
Dr Yves LE NOC, généraliste, Nantes
Pr Anne-Marie MAGNIER, généraliste,
Paris
Mme Fabienne MIDY, HAS, Saint-Denis
La Plaine
Dr Fannie ONEN, gériatre, Paris
Dr Patrick OUVARD, généraliste, Angers
- Président du groupe de travail
Dr Véronique VIOT-BLANC, psychiatre,
pharmacologue, Paris

Composition du groupe de lecture

Dr Isabelle ARNULF, neurologue, Paris
Pr Michel BILLIARD, neurologue,
Montpellier
Dr Yves BONENFANT, généraliste,
Rennes
Dr Pascale CANFRERE, généraliste,
Nantes
Dr Stéphane CASSET, généraliste,
Clamecy
Dr Didier CUGY, généraliste, Bordeaux
Dr Éric DRAHI, généraliste, Saint-Jean-de-
Braye
Dr Nathalie DUMARCET, Afssaps, Saint-
Denis
Dr Jean-Pierre DUPONT, généraliste,
La Queue-en-Brie
Dr Yves FILLoux, généraliste, Champiers
Dr Jean-Pierre GIORDANELLA, CPAM,
Paris
Pr Julien-Daniel GUELFY, psychiatre, Paris
Dr Nicolas HOMMEY, généraliste, Paris
Pr Philippe JAURY, généraliste, Paris
Dr Yves KAGAN, gériatre, Paris
Pr Claire LE JEUNNE, médecine interne,
Paris
Dr Nassir MESSAADI, généraliste, Lille

Dr Emmanuel MONROZIER, généraliste,
La Mure
Dr Élisabeth NEE, généraliste, Caen
Dr Hakki ONEN, gériatre, Francheville
Dr Brigitte PHILIPS-MUSNIER,
généraliste, Meaux
Pr Dominique PRINGUEY, psychiatre,
Nice
Dr Nathalie RABOURDIN-FRIN,
généraliste, Saint-Géron
Pr Claude ROUGERON, généraliste, Anet
Dr Sylvie ROYANT-PAROLA, psychiatre,
Paris
Dr Claudine SOUBRIE, pharmacologue,
Paris
Dr Gilbert SOUWEINE, généraliste,
Vénissieux
Dr Véronique TACK, généraliste, Bures-
sur-Yvette
Dr Jean-Pierre VALLÉE, généraliste,
Colleville-Montgomery
Dr Marie-Françoise VECCHIERINI,
neurologue, Paris
Dr Frédérique YANA, généraliste,
Châtelleraut

Fiche descriptive

TITRE	Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	Répondre aux questions suivantes : 1. Qu'est-ce que l'insomnie ? Comment la définir et la caractériser (type, étiologie) ? 2. Quelle est l'épidémiologie de l'insomnie et quel est le poids de la maladie pour l'individu et la collectivité en France ? 3. Quelles sont les questions pertinentes à poser au patient et quelles sont les investigations à réaliser par le médecin généraliste ? 4. Quelles sont les indications des avis et des investigations spécialisées ? 5. Quelle est la place du traitement pharmacologique et non pharmacologique, y compris celle du sevrage ? 6. Quel arbre décisionnel proposer ?
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes
Demandeur	Anaes et Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
Promoteur	Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), avec la participation méthodologique et le soutien financier de la HAS
Pilotage du projet	Coordination : Dr Yves GERVAIS, chargé de projet, sous la responsabilité scientifique et technique du Pr Anne-Marie MAGNIER, membres de la SFTG. Aide méthodologique : Dr Philippe MARTEL et Dr Patrice DOSQUET, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice DOSQUET) Recherche documentaire : Dr Yves GERVAIS ; compléments effectués par le service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique PAGÈS) Secrétariat : Mmes Sylvie CAUMEL, Marie-Claude CASSARD et Alice THOMAS, SFTG.
Participants	Société française de médecine générale (SFMG), Collège national des généralistes enseignants (CNGE), Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG). Société française de recherche en médecine du sommeil (SFRMS), Fédération française de psychiatrie, Société française de neurologie et Fédération française de neurologie. Membres de groupes de travail et de lecture (cf. liste des participants)
Recherche documentaire	De janvier 1994 à décembre 2004 et compléments jusqu'en mars 2006
Auteurs de l'argumentaire	Dr Yves GERVAIS Partie épidémiologique et économique : Mme Fabienne MIDY, chef de projet, service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine RUMEAU-PICHON)
Validation	Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS en septembre 2006 Validation par le Collège de la HAS en décembre 2006
Autres formats	Fiche de synthèse et argumentaire Documents téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr