

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 28 mai 2014 à Poitiers
par **Monsieur Frédéric Glomot**

L'insomnie, le patient et le médecin généraliste

*Analyse de la qualité de sommeil des patients sous hypnotiques vus en consultation
de médecine générale*

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier Drouot

Membres : Monsieur le Professeur Meurice Jean-Claude
Madame le Docteur Lafay-Chebassier Claire
Madame le Docteur Quentin Solène

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Kamga Josselin



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie2. ALLAL Joseph, thérapeutique3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie5. BRIDOUX Frank, néphrologie6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie7. CARRETIER Michel, chirurgie générale8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)15. DROUOT Xavier, physiologie16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)18. FAURE Jean-Pierre, anatomie19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie22. GILBERT Brigitte, génétique23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion26. GUILLET Gérard, dermatologie27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire30. HERPIN Daniel, cardiologie31. HOUETO Jean-Luc, neurologie32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale33. IRANI Jacques, urologie34. JABER Mohamed, cytologie et histologie35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)38. KITZIS Alain, biologie cellulaire39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques45. MACCHI Laurent, hématologie46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)47. MARECHAUD Richard, médecine interne48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie | <ol style="list-style-type: none">51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie53. NEAU Jean-Philippe, neurologie54. ORLOT Denis, pédiatrie55. PACCALIN Marc, gériatrie56. PAQUEREAU Joël, physiologie57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique60. POURRAT Olivier, médecine interne61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire63. RICHER Jean-Pierre, anatomie64. ROBERT René, réanimation65. ROBLOT Françoise, maladies infectieuses, maladies tropicales66. ROBLOT Pascal, médecine interne67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale72. TOUCHARD Guy, néphrologie73. TOURANI Jean-Marc, oncologie74. WAGER Michel, neurochirurgie |
|---|---|

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Drouot Xavier,

Vous me faites le grand honneur de porter de l'intérêt à ce travail et de présider ce jury de thèse. Merci de m'avoir donné votre avis sur le questionnaire de mon étude. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Meurice Jean-Claude,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Lafay-Chebassier Claire,

Je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail et vous en remercie.

A Madame le Docteur Quentin Solène,

Solène, tu m'as fait l'honneur de te rendre disponible en faisant toujours preuve de gentillesse et de disponibilité afin de m'aider dans mon étude. Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail en faisant partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Kamga Josselin,

Josselin, je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci d'avoir toujours été disponible dans l'élaboration de ce projet. Soit assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

A mes anciens maitres de stages qui m'ont beaucoup apporté dans ma formation.

A mes parents, mes grands-parents, mes oncles et tantes.

A Théo et toute sa famille,

A ma belle-famille,

A mes amis,

A Krystina,

Tu es ma moitié. Et j'en suis ravi. Merci de ton aide précieuse et inestimable.

A Aaron et Eléa,

Vous êtes les meilleurs enfants qu'on puisse avoir.

ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament

BZD : benzodiazépines

CIM-10 : Classification internationale des maladies dixième révision (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10th Revision)

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Four Edition

ECG : électrocardiogramme

EEG : électro-encéphalogramme

EMG : électromyogramme

EOG : électro-oculogramme

HAS : haute autorité de santé

ICSD-2 : International Classification of Sleep Disorder, Second Edition (ICSD-2)

OMS : organisation mondiale de la santé

PGO : pointes géniculées occipitales

PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index

REMS : rapid eyes mouvement sleep

RMO : Références Médicales Opposables

SOL : sommeil à ondes lentes

SP : sommeil paradoxal

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TILE : tests itératifs de latence d'endormissement

TME : tests de maintien de l'éveil

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
GENERALITES	17
1. Physiologie du sommeil.....	17
1.1. Sommeil à ondes lentes.	17
1.2. Sommeil paradoxal.....	18
1.3. L'hypnogramme.	18
1.4. Variations physiologiques.	19
1.5. Le sommeil est un phénomène circadien.	21
1.6. La régulation du rythme veille-sommeil selon le modèle de Borbely.	22
2. Les troubles du sommeil – l'insomnie.....	23
2.1. Définition de l'insomnie :	23
2.2. Épidémiologie de l'insomnie :	24
2.3. Classification des insomnies :	25
2.4. Conséquences de l'insomnie :	28
2.5. Démarche diagnostique :	29
2.6. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.....	33
3. La consommation des benzodiazépines (BZD) et apparentés.	38
3.1. Caractéristiques	38
3.2. La consommation des benzodiazépines et apparentées:	39
3.3. Conséquences de la consommation des benzodiazépines :	44
3.4. Recommandations sur le sevrage des benzodiazépines :	45

MATERIEL ET METHODES	51
1. Objectifs.....	51
2. Type d'étude.....	51
3. Population étudiée	51
4. Période de recueil.....	51
5. Les moyens	51
6. Les variables étudiées	52
7. Considérations éthiques.....	53
8. Analyse des données	53
RESULTATS.....	54
1. Caractéristiques sociodémographique de la population	54
2. Analyse de la qualité de sommeil.....	56
2.1. La qualité subjective du sommeil.....	56
2.2. La latence du sommeil.....	58
2.3 Durée de sommeil.	60
2.4. L'efficacité du sommeil.	60
2.5. Les troubles du sommeil.	62
2.6. Utilisation d'un médicament du sommeil.....	67
2.7. Mauvaise forme durant la journée.	67
2.8 Score global au PSQI.....	69
3. Quels médicaments pour dormir?	69
4. Analyse de la motivation	72
DISCUSSION	80
1. Résultats principaux de notre étude.....	80
1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	80
1.2 Résultats concernant l'objectif principal	81

1.3 Résultats concernant l'objectif secondaire.....	81
2. Réflexions autour des résultats.....	82
2.1 Réflexions autour des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.	82
2.2. Réflexions autour de l'objectif principal.	84
2.3. Réflexions autour de l'objectif secondaire.....	85
3. Points forts.	85
4. Points faibles.	86
4. Ouvertures/Perspectives.....	88
4.1. Aborder le sujet.....	88
4.2. Éducation thérapeutique.	89
4.3. Le problème de la prise en charge en médecine libérale.	92
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.
RESUME	Erreur ! Signet non défini.
SERMENT	Erreur ! Signet non défini.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : classification des troubles du sommeil selon l'ICSD-2	25
Tableau 2 : classification des troubles du sommeil selon le DSM-IV.	28
Tableau 3 : Critères de sévérité de l'insomnie	31
Tableau 4 : risques de l'arrêt des benzodiazépines [64]	47
Tableau 5: caractéristiques sociodémographiques de la population	55
Tableau 6 : antécédents de la population étudiée.	55
Tableau 7 : répartition des différents médicaments utilisés par notre échantillon	71
Tableau 8 : répartition des différents médicaments utilisés par classe de psychotropes.....	71

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : hypnogramme normal.....	19
Figure 2 : Exemples d'hypnogrammes obtenus chez un enfant, un adulte et un sujet âgé....	20
Figure 3 : Mélatonine plasmatique (picomol/L) et positionnement du traitement à la lumière pour observer un décalage de phase.	22
Figure 4: Consommation totale de benzodiazépines et apparentées de 2000 à 2010 (DDJ/1000 hab/j)	41
Figure 5 : Consommation de benzodiazépines anxiolytiques de 2000 à 2010 (DDJ/1 000 hab/j)	41
Figure 6 : Nombre de patients prévalent affiliés au régime général de l'assurance maladie par benzodiazépines ou apparentées en 2009 et 2010	42
Figure 7 : Taux de prévalence de sujets traités par BZD, pour 100 habitants en France, en fonction de l'âge, du sexe et de l'indication du traitement.....	43
Figure 8: Répartition des patients en fonction de leur cabinet de consultation.....	54
Figure 9 : répartition de la population étudiée en fonction du nombre de lignes de médicaments.....	56
Figure 10 : répartition de la population étudiée en fonction de l'évaluation subjective de leur qualité de sommeil.....	57
Figure 11: répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de l'évaluation subjective de leur qualité de sommeil.	57
Figure 12 : répartition de la population étudiée en fonction de la latence du sommeil.....	58
Figure 13 : répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de la latence du sommeil.....	59
Figure 14 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence à laquelle, les patients n'ont pas pu s'endormir en moins de 30 minutes au cours du dernier mois.....	59
Figure 15 : répartition de la population étudiée en fonction de la durée de sommeil	60
Figure 16 : répartition de la population étudiée en fonction de l'efficacité du sommeil.....	61
Figure 17 : répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de l'efficacité du sommeil.....	62

Figure 18 : répartition de la population étudiée en fonction du nombre de réveil la nuit ou précocement le matin au cours du dernier mois.....	63
Figure 19 : répartition de la population étudiée en fonction du nombre de lever pour aller aux toilettes au cours du dernier mois	63
Figure 20 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence à laquelle, les patients éprouvent des difficultés à respirer correctement au cours du dernier mois.	64
Figure 21 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des épisodes de toux nocturnes ou de ronflement bruyant la nuit au cours du dernier mois.....	65
Figure 22 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu trop froid au cours du dernier mois.....	65
Figure 23 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu trop froid au cours du dernier mois.....	66
Figure 24 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu des mauvais rêves au cours du dernier mois.....	66
Figure 25 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu des douleurs au cours du dernier mois	67
Figure 26 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des difficultés à demeurer éveillé pendant la conduite, un repas ou une activité sociale au cours du dernier mois	68
Figure 27 : répartition de la population étudiée en fonction si cela représente un problème d'avoir assez d'enthousiasme pour faire leur activité au cours du dernier mois.....	68
Figure 28 : répartition du score global au PSQI de notre échantillon.....	69
Figure 29 : répartition de notre échantillon en fonction de la durée de consommation de somnifère	70
Figure 30: répartition de la population en fonction de l'importance si cesser de consommer une ou des médicaments pour dormir permettrait d'éviter la sensation d'être encore endormi lorsque le patient se lève le matin	72
Figure 31 : répartition de la population en fonction de l'importance si cesser une médication pour dormir, le patient devrait affronter plusieurs nuits d'insomnie.....	73
Figure 32 : répartition de la population en fonction de l'importance si en ne changeant rien à sa consommation actuelle, le patient risque d'être ou de devenir dépendant(e) à la médication.....	74

Figure 33 : répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation signifie que le patient doit faire des efforts pour trouver d'autres moyens de résoudre mon insomnie.	74
Figure 34 : répartition de la population en fonction de l'importance si sans médication pour dormir, le patient ne ressentira plus les effets sur sa performance et son humeur pendant l'avant-midi.....	75
Figure 35 : répartition de la population en fonction de l'importance si le patient serait à fleur de peau et très irritable si il cesse sa consommation de médication pour dormir	76
Figure 36 : répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation de médication pour dormir donnera une meilleure image de lui-même au patient.	76
Figure 37 : répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation rendra le patient anxieux(se), nerveux(se) et angoissé(e).	77
Figure 38 : répartition de la population en fonction de l'importance si l'entourage sera fier de lui si le patient réussit à cesser sa consommation.....	77
Figure 39 : répartition de la population en fonction de l'importance si l'entourage du patient subira ses sautes d'humeur s'il arrête sa médication pour dormir.	78
Figure 40 : répartition des scores obtenus par nos patients sur la partie motivation	79

INTRODUCTION

L'Homme passe un tiers de sa vie à dormir. Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental. Il est en moyenne de huit heures pour un adulte en bonne santé même s'il existe des différences inter individuelles [1,2].

Il n'est pas rare de voir en consultation des patients se plaindre de leur sommeil, en effet ces perturbations peuvent avoir des conséquences néfastes sur le fonctionnement quotidien et sur la survenue ou l'aggravation de nombreuses pathologies somatiques ou psychiques [3]. Les troubles du sommeil regroupent différentes symptomatologies [4,5], parmi lesquelles, l'insomnie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) définit l'insomnie comme une plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes, telles que fatigue, somnolence, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration et diminution des performances [6].

La prévalence de l'insomnie concerne entre 15 et 20% de la population [7].

L'insomnie est un problème de santé très répandu chez les patients consultants en médecine générale [8]. Mais l'insomnie est un trouble difficile à objectiver et à évaluer par le médecin traitant car il s'agit d'abord d'une plainte subjective dont il est difficile de saisir la sévérité et l'évolution. Il en résulte une incompréhension entre le patient et le médecin qui finissent par ne plus aborder le sujet [9,10]. Selon une étude, 18.1% des patients qui consultent consultants en médecine générale souffriraient d'insomnie, 30.9% des patients insomniaques consulteraient spécifiquement pour un problème d'insomnie, 69.1% des patients n'aborderaient le sujet qu'au détour d'une consultation pour un autre motif [10].

Les patients souffrant d'insomnie consultent davantage pour des soins de santé que les bons dormeurs [11–13].

Les patients se plaignant d'insomnie font souvent appel à leur médecin traitant afin d'obtenir un somnifère [14]. Près de 80% des prescriptions d'hypnotiques sont faites par ce dernier [15]. Les hypnotiques les plus utilisés sont les benzodiazépines et les

imidazopyridines (Zopiclone et Zolpidem) [16]. Dans le cadre d'une plainte de mauvais sommeil, l'indication doit se limiter aux insomnies occasionnelles et la durée de prescription, la plus réduite possible et toujours inférieure à quatre semaines, sauf exception. D'ailleurs l'Agence National de Sécurité du Médicament (ANSM) a fait un rappel en avril 2013, sur la durée maximale de prescriptions des médicaments classés comme hypnotiques et anxiolytiques (annexes 1et 2).

En consultation de médecine générale, des patients viennent pour leur « renouvellement de traitement », ce dernier comporte souvent plusieurs lignes de médicaments. Lors de la rédaction de l'ordonnance, il revient souvent une demande des patients de ne pas oublier de prescrire leur « comprimé pour dormir » sinon « Docteur, je ne dormirai pas ». A l'interrogatoire, les patients signalent que cela fait souvent plusieurs années que ce traitement est institué.

Bien que les benzodiazépines et apparentés soient utilisées sur une longue période par les patients insomniaque, les études disponibles sont de courte durée (tout au plus de huit semaines) [17].

Après avoir utilisé des somnifères, le patient surestime la durée de son sommeil, tandis qu'il la sous-estime après avoir passé une nuit sans médicament [18].

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la qualité de sommeil des patients traités pour leur insomnie avec un somnifère de manière chronique. L'hypothèse principale est que le sommeil de cette population est de mauvaise qualité.

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients. Il est particulièrement utile en médecine générale lorsque l'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, alimentation, prise de médicaments...) [19]. Il s'agit d'un outil d'accompagnement des malades chroniques, notamment dans un désir de changement. C'est pourquoi l'objectif secondaire est d'étudier la motivation des patients à arrêter leur somnifère. L'hypothèse secondaire est que les patients les plus motivés sont ceux ayant une mauvaise qualité de sommeil.

Dans un premier temps, il nous faut rappeler des généralités sur l'insomnie, sa prise en charge et la consommation des benzodiazépines et apparentés.

GENERALITES

1. Physiologie du sommeil [20-23].

Le sommeil comprend deux phases qui ne sont reconnaissables que par une analyse électroencéphalographique et polygraphique : le sommeil à ondes lentes (SOL) et le sommeil paradoxal (SP), dont les mécanismes sont totalement différents.

La polygraphie permet l'enregistrement simultané de l'activité électroencéphalographique (EEG) et de plusieurs paramètres physiologiques : l'électrooculogramme (EOG), l'électromyogramme (EMG), l'électrocardiogramme (ECG) et la fréquence respiratoire.

1.1. Sommeil à ondes lentes.

Avant 2007, quatre stades étaient différenciés. Depuis, le sommeil à ondes lentes (SOL) est classé en 3 stades. L'EEG permet de distinguer les différents stades.

Le sommeil lent léger : le stade N1, c'est la phase d'endormissement. A ce stade, il existe une instabilité entre l'éveil et le sommeil avec des changements brefs et rapides entre les deux états. Le tonus musculaire diminue progressivement. Les mouvements oculaires sont lents, réguliers et plus ou moins oscillants. Le stade N2 se caractérise par la présence de fuseaux de sommeil et de complexe K, témoin d'une activité corticale. Les mouvements oculaires ont disparu et le tonus musculaire est encore plus faible.

Le sommeil lent profond, stade N3 est caractérisé par l'apparition d'ondes delta de plus en plus lentes, amples et régulières. Il s'agit du stade le plus récupérateur, indispensable pour une impression de repos au lever. Le tonus musculaire est faible et les mouvements oculaires absents.

Ainsi dès le début du SOL, la respiration devient régulière de plus en plus lente et plus profonde, le sujet est immobile, les mouvements oculaires sont de plus en plus rares tandis que persiste un certain tonus de base.

1.2. Sommeil paradoxal.

Le sommeil paradoxal (SP) se caractérise par l'association de trois critères polygraphiques : EEG, EOG et EMG. Sur l'EEG, on constate l'apparition soudaine d'une activité désynchronisée, rappelant l'activité de veille, d'où le qualificatif de paradoxal. L'EOG montre des mouvements oculaires rapides : le sommeil paradoxal est pour cette raison souvent appelée REMS (*rapid eyes movement sleep*). L'EMG de la houppe du menton est complètement aboli, témoignant d'un effondrement du tonus musculaire. On constate également des décharges des voies visuelles sous forme de pointes géniculées occipitales (ou activité PGO). Le sommeil paradoxal s'accompagne également de signes végétatifs : accélération de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle, apparition d'une respiration irrégulière dite « ataxique ». Le SP est la phase onirique du sommeil, ou plus simplement le sommeil du rêve.

1.3. L'hypnogramme.

L'hypnogramme est construit à partir de mesures EEG et polygraphiques réalisées sur des tranches de temps successives de 1 minute (Figure 1).

Il permet d'évaluer d'un coup d'œil l'évolution d'une nuit de sommeil, révélant son architecture.

Le sommeil est organisé en cycles comportant une phase de SOL puis de SP. Chaque cycle dure entre 90 et 100 minutes et une nuit normale en comporte 4 à 6.

La teneur en sommeil lent léger et sommeil lent profond diminue entre chaque cycle au fur et à mesure que la nuit avance tandis que les phases de SP sont de plus en plus longues. Les premières heures du sommeil sont ainsi consacrées au SOL alors que les dernières privilégient le SP.

Au cours d'une nuit normale, le sommeil lent léger représente 50% de la durée totale, le sommeil lent profond représente 25% de la totalité du sommeil comme le SP.

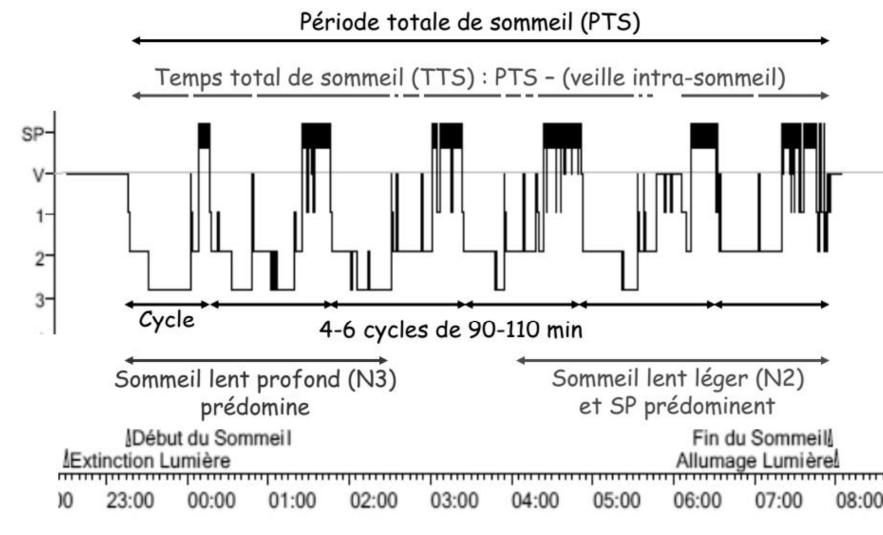


Figure 1 : Hypnogramme normal.

1.4. Variations physiologiques.

La durée moyenne du sommeil d'un adulte est d'environ huit heures, mais il existe une grande variabilité dans les besoins de chacun : entre six heures pour un petit dormeur et dix heures pour un gros dormeur, la différence se faisant toujours aux dépens du sommeil léger. Elle varie également en fonction de l'âge (Figure 2) et des horaires de travail (horaires irréguliers et postés) et de lever.

Il existe également des personnes du soir (couche-tard et lève tard) et du matin (couche-tôt et lève-tôt), indépendamment de la durée de sommeil.

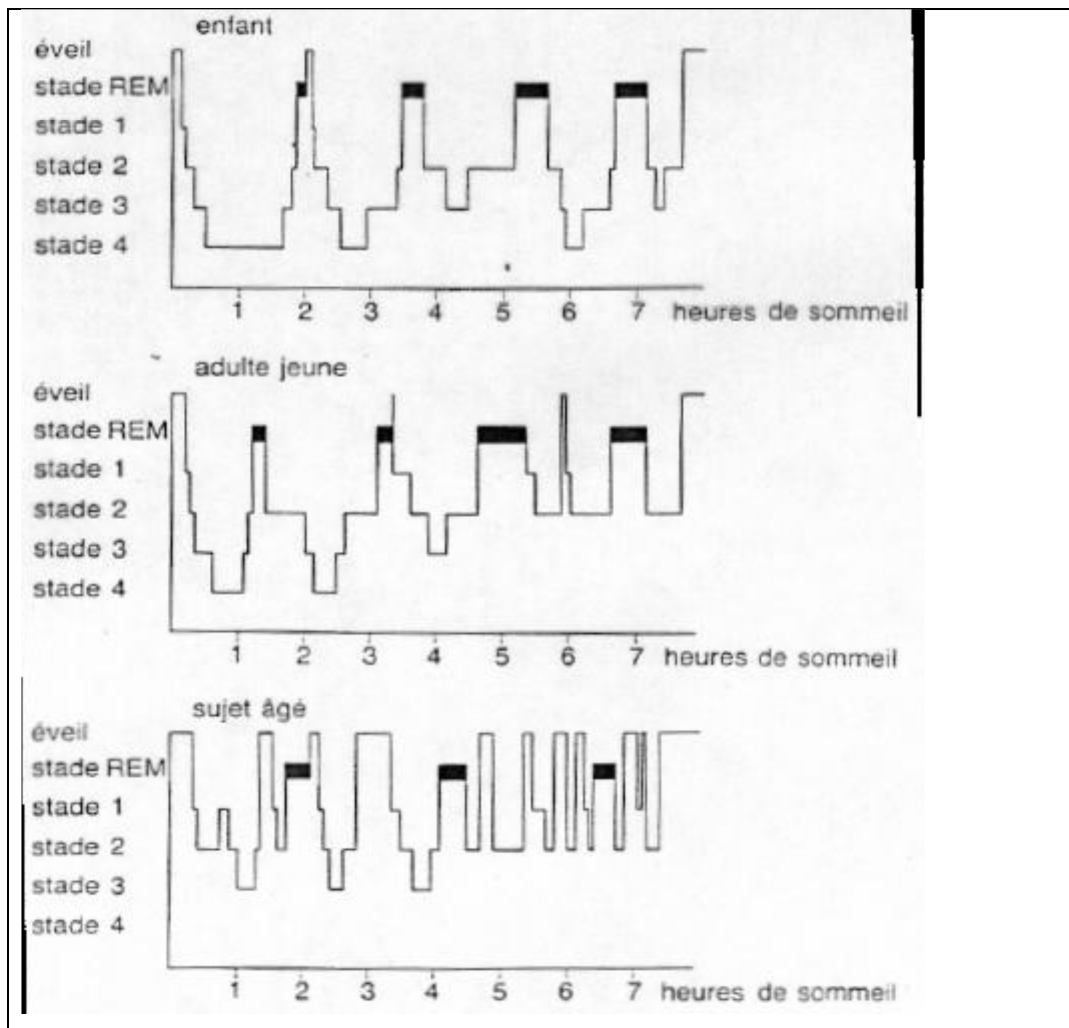


Figure 2 : Exemples d'hypnogrammes obtenus chez un enfant, un adulte et un sujet âgé.

Les stades 3 et 4 sur la figure correspondent au stade N3, le sommeil lent profond.

Il existe une modification du sommeil avec l'âge, qu'il faut prendre en compte dans l'analyse d'une plainte de mauvais sommeil.

Une modification de l'organisation du sommeil est observée chez la personne âgée au cours du cycle nyctéméral avec :

- une réapparition du sommeil polyphasique, les séniors étant plus sujets aux assoupissements diurnes et aux éveils nocturnes prolongés.
- un décalage du sommeil nocturne : l'heure du coucher est plus précoce de même que l'heure du réveil (vers cinq ou six heures du matin)

- une réduction de la latence de la première phase paradoxale et une diminution du gradient vespéro-matinal des phases paradoxales, dont la durée a tendance à s'égaliser entre la première et la dernière phase paradoxale.
- une modification quantitative des différents stades de sommeil : le sommeil lent profond est réduit, le stade 1 de sommeil augmenté, la durée du sommeil paradoxal est conservée mais ce dernier est plus fragmenté. Ces modifications concourent à une réduction du sommeil nocturne. L'efficacité (c'est-à-dire le temps passé au lit comparé aux heures dormies) est alors diminuée.
- Le délai moyen d'endormissement augmente également avec l'âge.

Ces modifications concernant le sommeil a pu être confirmé par une étude sur les paramètres objectifs du sommeil de bons dormeurs et a montré que la latence d'endormissement augmente avec l'âge, que le temps de sommeil total diminuait, et que l'éveil intra sommeil augmentait [24].

La privation de sommeil entraîne une dette de sommeil qui n'est pas proportionnelle à la durée de privation. Cette dette porte principalement sur le SOL.

1.5. Le sommeil est un phénomène circadien.

La plupart des activités physiologiques somatiques, végétatives, endocriniennes et métaboliques varient avec un cycle de 24heures. Ces rythmes sont dits nycthéméraux, ils suivent le nycthémère, c'est à dire l'alternance lumière-obscurité et le rythme des habitudes sociales. Le sommeil est un phénomène nycthéméral.

Le rythme veille-sommeil suit un rythme circadien, sa régulation est sous le contrôle d'une horloge biologique centrale située dans les noyaux supra-chiasmatiques.

Le réglage de cette horloge est dépendant d'un certain nombre de « synchroniseurs » complémentaires qui peuvent ne pas être tous présents simultanément. Parmi ces synchroniseurs, le rôle de l'alternance lumière-obscurité est majeur, mais le synchroniseur social est également fondamental parce qu'il ajoute un élément culturel ou « sociétal » au rythme veille-sommeil et surtout aux horaires de coucher et de lever. Malgré cela, les horaires de coucher sont plus ou moins tardifs ou précoces selon les individus, et cette

caractéristique est une véritable marque génétique. Certaines personnes sont plutôt du soir (coucher tardif entre 23h30 et 0h30) et d'autres du matin (coucher précoce, avant 22h, sans que cet horaire soit véritablement précis, et le lever précoce). Être du soir ou du matin ne préjuge pas du besoin quantitatif de sommeil. La durée nécessaire de sommeil est également génétiquement définie, que le patient soit court, long ou moyen dormeur.

Le marqueur informant l'horloge biologique de l'alternance lumière-obscurité est une hormone, appelée la mélatonine. La lumière a une action inhibitrice puissante qui dépend de la dose. Il n'existe pas de sécrétion diurne de mélatonine. Elle commence à être libérée au moment du crépuscule, avec une augmentation croissante puis un plateau sécrétoire dont l'amplitude est variable d'un individu à l'autre mais relativement stable pour un même individu dans les mêmes conditions d'obscurité (Figure 3). La mélatonine est un synchroniseur fort pour l'apparition et le maintien du sommeil. Des traitements par la lumière peuvent être préconisés pour modifier la phase sécrétoire de la mélatonine, il s'agit de la lumbinothérapie pour les décalages de phase.

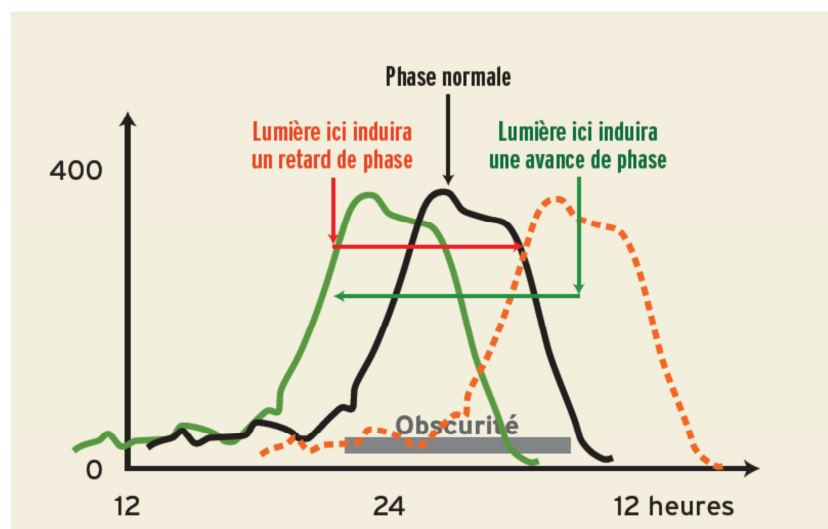


Figure 3 : Mélatonine plasmatique (picomol/L) et positionnement du traitement à la lumière pour observer un décalage de phase.

1.6. La régulation du rythme veille-sommeil selon le modèle de Borbely.

Le modèle de Borbely implique un processus homéostatique et un processus circadien (décrit ci-dessus). Dans le processus homéostatique, Il existerait, au cours de la

période de veille, l'accumulation d'un « besoin de sommeil », et ce d'autant plus que la période de veille se prolonge. Cette accumulation de besoin de sommeil ne cesse qu'avec l'apparition du sommeil lui-même : aucun repos allongé éveillé ne le fait disparaître. L'adénosine semble être la molécule responsable de cette pression du sommeil. Elle se fixe sur des récepteurs spécifiques capables d'induire une hyperpolarisation des neurones et donc une inhibition neuronale avec endormissement puis sommeil. Dans le modèle homéostatique, l'accumulation progressive de substances hypnogènes (l'adénosine) atteint un seuil « haut » qui, lorsqu'il est atteint, conduit au sommeil. Cependant, ce seuil physiologique peut être franchi par la volonté du sujet, qui résiste alors à la pression du sommeil. Ce faisant, il reste en période de veille, et donc accumule de plus en plus de substances hypnogènes jusqu'à un seuil maximal non défini et propre à chaque individu, génétiquement programmé, pour lequel le sommeil survient, quelles que soient les circonstances. Au cours du sommeil (il peut s'agir d'une sieste brève par exemple), la dégradation de la ou des substance(s) hypnogène(s) aboutit à une diminution de concentration de ce facteur hypnogène (adénosine) jusqu'à un niveau bas qui, lorsqu'il est atteint, conduit au réveil de l'individu normalement « en forme ».

2. Les troubles du sommeil – l'insomnie

Les troubles du sommeil regroupent plusieurs symptomatologies différentes, parmi lesquelles, l'insomnie.

2.1. Définition de l'insomnie :

Les experts s'accordent sur la définition suivante de l'insomnie. Un patient souffre d'insomnie si il rapporte des troubles de l'endormissement (mettre plus de trente minutes pour s'endormir), ou des troubles du maintien du sommeil (éveil intra sommeil d'au moins trente minutes, se réveiller plus de deux fois), ou un réveil trop précoce (se réveille au moins une heure avant l'heure choisie), ou d'un sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité [25,26].

Les critères généraux de l'insomnie précisés par la haute autorité de santé (HAS) sont les suivants [27] :

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

2.2. Épidémiologie de l'insomnie :

La plupart des études dans les pays occidentaux rapportent une prévalence de l'insomnie comprise entre 15 et 20% [7].

L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil. En 2000, l'une des plus importantes études épidémiologiques réalisées en population générale rapporte qu'elle touche 12 millions de personnes en France, soit 19% de la population générale et se rencontre à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et professionnels [28].

Dans une recherche bibliographique des articles parus entre 1980 et 2009 sur l'épidémiologie de l'insomnie en France, 30 à 50% des adultes en France, ont déclaré un trouble du sommeil et en utilisant une classification plus stricte, telle que celle du DSM IV, la prévalence de l'insomnie concernait entre 15 et 20 % de la population. Les femmes déclaraient systématiquement plus de troubles du sommeil que les hommes [29].

2.3. Classification des insomnies :

Il existe plusieurs classifications, trois sont largement utilisées : les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Four Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR) [5], *l'International Classification of Sleep Disorder, Second Edition* (ICSD-2) [4] et les critères de *l'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (CIM-10).

Il existe diverses définitions d'une classification à une autre.

2.3.1. La classification ICSD-2.

La classification ICSD-2 (Tableau 1) est celle qui a été retenue notamment par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) et la Haute Autorité de Santé (HAS), en raison de sa simplicité et de son caractère opérationnel. De plus, c'est la classification la plus utilisée dans les différentes études traitant l'insomnie.

Tableau 1 : Classification des troubles du sommeil selon l'ICSD-2.

Insomnies	Insomnie d'ajustement
	Insomnie psycho-physiologique
	Insomnie paradoxale
	Insomnie idiopathique
	Insomnie liée à une pathologie psychiatrique
	Hygiène du sommeil inadéquate
	Insomnie comportementale de l'enfant
	Insomnie due à une drogue ou à une substance
	Insomnie liée à une pathologie physique
	Insomnie non due à une substance ni à un désordre physiologique connu (insomnie non organique)
	Insomnie physiologique non spécifiée
Troubles du sommeil relatifs à la respiration	
Hypersomnies d'origine centrale	
Troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens	
Parasomnies	
Troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux	
Symptômes isolés, variantes apparemment normales, problèmes non résolus	
Autres troubles du sommeil	

La classification ICSD-2 différencie plusieurs types d'insomnie :

- insomnie d'ajustement : il s'agit d'une insomnie aiguë et transitoire. Elle est associée à un facteur stressant psychologique, environnemental, physique ou psychosocial. Elle cesse avec l'éviction du facteur causal ou si le patient s'adapte au facteur stressant.
- 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 : elle est caractérisée par une plainte de très mauvais sommeil alors que les données polysomnographiques sont normales.
- insomnie idiopathique : le début des symptômes date de l'enfance. Il n'y a pas de causes organiques ou psychiatriques évidentes. Il n'y a pas de période de rémission. il s'agit d'une forme d'insomnie très rare.
- insomnie secondaire à une pathologie psychiatrique : les troubles psychiatriques sont responsables de nombreux cas d'insomnie chronique, particulièrement les états dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles anxieux généralisés...etc.
- insomnie secondaire à une pathologie physique : de nombreuses pathologies organiques peuvent perturber le sommeil. Les maladies neurologiques avec les neuropathies dégénératives avec ou sans démence associée. Les troubles respiratoires avec un asthme mal équilibré, responsable de symptômes nocturne empêchant un sommeil de qualité. La broncho-pneumopathie chronique obstructive responsable de difficulté d'endormissement et de difficulté du maintien du sommeil. Les cardiopathies dominées par l'insuffisance cardiaque gauche responsable d'une orthopnée engendrant une insomnie. Les pathologies gastroduodénales avec le reflux gastro-œsophagien qui perturbe l'endormissement et entraîne des réveils fréquents. Les maladies rhumatismales entraînant des douleurs. Les pathologies thyroïdiennes en particulier les entités responsables d'hyperthyroïdie
- insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil. On retrouve les substances psychostimulantes (caféine, nicotine, cannabis, cocaïne...etc.), l'alcool. Parmi les médicaments potentiellement responsables

d'insomnie, il y a les hypnotiques, surtout les benzodiazépines, lorsqu'ils donnent lieu à un phénomène d'intolérance ou lorsqu'ils sont arrêtés brutalement (insomnie de rebond). Certains autres psychotropes avec les antidépresseurs (inhibiteurs de la monoamine-oxydase et les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine) les médicaments à visée cardiaque notamment les bêta bloquants, ou les médicaments de l'asthme (la théophylline et les beta 2 sympathomimétiques) ou les corticoïdes ou les hormones thyroïdiennes.

- insomnie par mauvaise hygiène du sommeil due à une mauvaise planification du sommeil avec des heures de coucher et de lever variables, un temps passé au lit excessif, des siestes. L'abus de substances psychostimulantes. Des activités mentales, physiques ou émotionnelles trop proche de l'heure du coucher. L'utilisation du lit à d'autres fins que le sommeil (télévision, lecture, repas...). Un environnement de chambre à coucher peu propice au sommeil.

2.3.2 La classification DSM-IV.

Dans cette classification, les troubles du sommeil sont répartis en 4 sections (Tableau 2).

- Les troubles primaires du sommeil, eux même subdivisés en :
 - Dyssomnies : caractérisées par des anomalies de la quantité, de la qualité ou de l'horaire du sommeil. On peut présumer qu'elles résultent d'anomalies endogènes des mécanismes responsables de la genèse du sommeil ou de l'horaire veille/sommeil, souvent compliquées par des facteurs de conditionnement.
 - Parasomnies : caractérisées par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques associés au sommeil, à certains de ses stades ou aux transitions veille-sommeil, elles correspondent plutôt à l'activation de systèmes physiologiques à des moments inappropriés du cycle veille-sommeil.
- Trouble en rapport avec un autre trouble mental
- Trouble dû à une affection médicale générale
- Trouble induit par une substance

Tableau 2 : Classification des troubles du sommeil selon le DSM-IV.

Troubles primaires	Dyssomnies	▪ <i>Insomnie Primaire</i> ▪ <i>Hypersomnie Primaire</i> ▪ <i>Narcolepsie</i> ▪ <i>Trouble du Sommeil lié à la Respiration</i> ▪ <i>Trouble du Sommeil lié au Rythme Circadien</i> ▪ <i>Dyssomnie non spécifiée.</i>
	Parasomnies	▪ <i>Cauchemars</i> ▪ <i>Terreurs Nocturnes</i> ▪ <i>Somnambulisme</i> ▪ <i>Parasomnies non spécifiées</i>
Trouble en rapport avec un autre trouble mental		<i>États dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.</i>
Trouble dû à une affection médicale générale		<i>Hyperthyroïdie, pathologies douloureuses, épilepsie, cardiopathies, troubles respiratoires, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.</i>
Trouble induit par une substance psychostimulante		<i>Psycho-stimulants, alcool, hypnotiques, médicaments prescrits, etc.</i>

2.3.3 La classification CIM-10 :

La classification CIM-10 décrit quatre classes principales de troubles du sommeil, avec leurs subdivisions, issues de l'ICSD-1. Elle est cependant très peu utilisée du fait de sa complexité. Cette classification est détaillée en annexe (annexe 3).

2.4. Conséquences de l'insomnie :

Le sommeil occupe une partie importante de la vie et ses perturbations peuvent avoir des conséquences néfastes sur le fonctionnement quotidien et sur la survenue ou l'aggravation de nombreuses pathologies somatiques ou psychiques [3]. Le retentissement de l'insomnie sur la vie quotidienne des patients est important, surtout lorsqu'elle est chronique.

Un mauvais sommeil est responsable de plaintes diurnes, à type de fatigue ; des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire ; troubles du fonctionnement social, professionnel ou scolaire ; une irritabilité ; des troubles de l'humeur ; une somnolence diurne ; une réduction de la motivation, de l'énergie ; une tendance aux erreurs et aux

accidents du travail ; des céphalées de tension ; des préoccupations au sujet de son sommeil [25,26].

Un impact socioprofessionnel est décrit par les patients eux-mêmes avec une baisse de la productivité, un endormissement au travail, des difficultés relationnelles et un fort taux d'absentéisme [29].

Bien que ses conséquences soient banalisées, l'insomnie affecte le fonctionnement de l'individu (asthénie, difficulté de concentration), son humeur et sa qualité de vie et même celle de son conjoint [30–33].

Un lien est établi entre les troubles respiratoires nocturnes et les maladies cardiovasculaires [34]. Mais récemment, des études ont cherché des liens possibles entre une privation de sommeil et des conséquences métaboliques (obésité, diabète de type 2, HTA). Ainsi une étude a démontré, qu'une dette de sommeil et une mauvaise qualité de sommeil étaient associées à un mauvais contrôle glycémique chez le patient diabétique de type 2 [35]. Une autre étude a montré qu'une durée de sommeil supérieure ou inférieure à une valeur médiane de 7 à 8 heures est associée à une prévalence accrue d'HTA, en particulier pour une durée inférieure à six heures [36]. De même une étude longitudinale a montré qu'une durée de sommeil inférieure à cinq heures par nuit était associée de façon significative à une augmentation du risque d'hypertension artérielle [37]. Les insomniaques semblent également avoir plus de comorbidités cardiovasculaires que les bons dormeurs. Enfin une étude a montré que les insomniaques sévères consommaient plus de médicaments à visée cardiovasculaire versus de bons dormeurs [38].

Pour contrer cette insomnie, environ 10% de la population prend un hypnotique de manière régulière [38,39].

2.5. Démarche diagnostique :

En décembre 2006, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi des recommandations concernant la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, qui sont reprise ci-dessous [27].

2.5.1. Démarche diagnostic clinique.

Devant un patient se plaignant d'insomnie, il faut :

- Identifier la nature de la plainte :
 - type, ancienneté et fréquence, sévérité des symptômes;
 - 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.
- 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 déclenchant, sources possibles de soucis ou de stress.
- 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.
- 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.).
- Détecter l'usage de substances perturbant le sommeil : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites.
- Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil (par exemple : lien entre « se mettre au lit » et « certitude de ne pas pouvoir s'endormir »).

À l'issue de cette investigation clinique, la réalité de l'insomnie permet d'être affirmée.

Devant une insomnie, il faut différencier :

- Ce qui n'est pas une insomnie : court dormeur (besoin de moins de 6 heures par nuit, et absence de répercussions diurnes), ou dans le cadre de troubles 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.

Il faut également 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, il faut que les symptômes soient présents au moins depuis plus d'un mois, elle est :
 - soit sans comorbidité, psychophysiologique ou mauvaise perception du sommeil ;
 - soit avec une comorbidité : pathologie(s) associée(s), somatique(s) ou psychique(s) ;
 - soit avec usage de substance(s) défavorable(s) au sommeil.

Il faut apprécier la sévérité de l'insomnie selon sa fréquence (nombre de mauvaises nuits hebdomadaires) et l'ampleur de son retentissement diurne (Tableau 3).

Tableau 3 : 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

Par ailleurs, il ne faut pas 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.

En annexe, un arbre décisionnel précise la démarche diagnostique devant une plainte d'insomnie (annexe 4).

2.5.2. Les examens de dépistage des troubles du sommeil [40].

Agenda du sommeil : L'agenda du sommeil est un relevé, nuit après nuit, des horaires de sommeil.

L'actimétrie : C'est un examen du rythme veille-sommeil. Il permet de visualiser l'alternance de l'activité des jours et des nuits et donc avoir une bonne représentation du rythme veille-sommeil et de la qualité de la nuit. Cet examen se fait en ambulatoire, le plus souvent sur une durée de huit jours, et vient en complément de la consultation et de l'agenda du sommeil pour apporter des informations sur la qualité de votre sommeil et de son organisation sur 24 heures.

Polygraphie ventilatoire : La polygraphie ventilatoire est un examen qui permet d'enregistrer tous les paramètres de la respiration au cours du sommeil. Elle est utile pour diagnostiquer un syndrome d'apnées du sommeil.

Polysomnographie : L'examen polysomnographique est l'examen de choix pour étudier le sommeil. Il se fait le plus souvent au cours d'une nuit passée en laboratoire de sommeil mais peut aussi être réalisé, dans certains cas, à domicile sans hospitalisation, on parle alors d'examen ambulatoire.

Une polysomnographie comporte l'enregistrement de nombreux signaux. Ceux de l'activité électrique du cerveau et de différents paramètres qui permettent soit de différencier les stades de sommeil comme les mouvements des yeux et la tension des muscles du menton, soit de rechercher des anomalies associées au sommeil (mouvements des jambes, troubles du rythme cardiaque ou troubles respiratoires).

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, une somnolence diurne ;
- ou en cas de sommeil conservé mais non réparateur, sans dépression associée, de trouble des rythmes circadiens, d'un diagnostic clinique incertain, de traitement bien conduit, s'avérant inefficace.

Les tests de vigilance : ces tests servent à évaluer la propension au sommeil, ou au contraire, à lutter contre le sommeil, en conditions monotones. Ils sont réalisés en laboratoire, sous la surveillance d'un technicien.

Il s'agit de :

- tests itératifs de latence d'endormissement (TILE ou MSLT) qui permettent d'objectiver la somnolence et au cours desquels la structuration du sommeil obtenu est étudié. Ils permettent d'affirmer le diagnostic de narcolepsie dès qu'il y a 2 endormissements en sommeil paradoxal.
- tests de maintien d'éveil (TME ou MWT) qui permettent de voir si le patient arrive à lutter contre l'envie de dormir.

2.6. Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques

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

2.6.1. Les règles d'hygiène du sommeil.

Dans un premier temps, il est indispensable de rappeler les règles d'hygiène du sommeil. L'institut national du sommeil et de la vigilance a établi des recommandations pour un sommeil de bonne qualité [41]:

- Adopter des horaires de sommeil réguliers. Se coucher et se lever à des heures régulières facilite en effet le sommeil.
- Se lever tous les jours à la même heure, week-end compris, a un effet synchroniseur du rythme veille-sommeil.

- Le réveil doit être dynamique pour bien éveiller son corps : lumière forte, exercices d'étirement, petit déjeuner complet.
- La pratique d'un exercice physique régulier dans la journée favorise l'endormissement. Eviter l'exercice physique en soirée, en particulier avant d'aller dormir.
- Se reposer ou faire une courte sieste en début d'après-midi. Il suffit de fermer les yeux 5 à 20 minutes en relâchant le corps. Le sommeil viendra rapidement si le besoin est là. La sieste permet de maintenir la vigilance pour le reste de la journée.
- Eviter les excitants après 16 heures. Café, thé, cola, vitamine C retardent l'endormissement et augmentent les réveils nocturnes.
- Eviter l'alcool et le tabac le soir. La nicotine est un stimulant qui retarde l'endormissement, augmente les réveils nocturnes et rend le sommeil plus léger. L'alcool a une action sédatrice mais favorise l'instabilité du sommeil avec des éveils nocturnes fréquents.
- Repérer les signaux du sommeil (bâillements, yeux qui piquent).
- En cas de réveil le matin même très tôt, se lever et commencer la journée. Ne pas chercher à tout prix à se rendormir.
- Ne pas utiliser de médicaments pour dormir sans avoir consulté un médecin.
- Au lit, éviter la télévision, le travail, le repas.

Toutefois, elles ne peuvent prétendre à elles seules permettre de résoudre un problème d'insomnie modérée ou sévère ; elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques.

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, une fois réveillé ;
- le soir, favoriser l'activité physique et utiliser une ambiance lumineuse forte

2.6.2. L'insomnie d'ajustement.

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. Ce peut être parfois le signal-symptôme d'une décompensation somatique (cardiaque ou respiratoire, par exemple). Il faut :

- 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.
- 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 éveillant 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.
- Proposer, si nécessaire, un traitement symptomatique le plus prudent possible, soit un sédatif léger (phytothérapie), soit un hypnotique (doxylamine, benzodiazépine (BZD) ou apparentés aux BZD)

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.

2.6.4. L'insomnie chronique.

L'ancienneté de l'insomnie peut remonter à plusieurs mois ou des années. Une fois la démarche diagnostique effectuée, il est important :

- 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.

S'il s'agit d'une insomnie avec comorbidité, il faut :

- D'une part, établir le traitement en fonction de la cause identifiée ou de la pathologie associée susceptible de causer, entretenir ou aggraver l'insomnie.
- D'autre part, l'insomnie est en règle générale à évaluer et à prendre en charge pour elle-même.

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.

2.6.4. La prescription d'hypnotique dans la prise en charge de l'insomnie.

Il faut 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 et sa durée, lié à la dose utilisée et à sa demi-vie;
- Les risques 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(s) type(s) d'activité(s) susceptible(s) d'être pratiquée(s) par le patient au décours de la prise du produit.

Les hypnotiques sont prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord strict avec les indications autorisées : de quelques jours à quatre semaines maximum. 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 utilisé, ou éventuellement dans le cadre d'un sevrage d'hypnotique.

Il est recommandé 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.

Le choix de l'hypnotique s'effectue :

- Parmi les BZD et apparentés, en sachant qu'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.
- 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
- Parmi les antihistaminiques H1 bénéficiant de l'indication « insomnie »
- La phytothérapie

Des erreurs sont 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.

2.6.5. Les thérapies cognitivo-comportementales.

S'il s'agit d'une insomnie sans comorbidité : la grande majorité de ces insomnies est d'ordre psychophysiologique. 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.

La thérapie cognitivo-comportementale tient une place importante avec 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.

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

3. La consommation des benzodiazépines (BZD) et apparentés.

L'apparition des benzodiazépines dans les années 1960 a donné une arme supplémentaire pour le traitement de l'insomnie. C'est une solution rapide et efficace mais purement symptomatique et de court terme.

3.1. Caractéristiques [42,43].

Les benzodiazépines sont des molécules appartenant à la classe des psychotropes. Leurs indications sont symptomatiques et non curatives.

Les benzodiazépines possèdent des propriétés anxiolytiques, sédatives, myorelaxantes mais aussi anticonvulsivantes. Elles présentent une structure chimique commune formée d'un cycle diazépine fusionné avec un cycle benzène. Des radicaux varient d'une molécule à l'autre ce qui leur confère leur activité spécifique et des paramètres

pharmacocinétiques différents (délai d'action, durée d'action, temps d'élimination...). Elles agissent sur le système nerveux central par l'intermédiaire des récepteurs GABA. Deux molécules hypnotiques sont également rapprochées de cette classe : le zolpidem et le zopiclone. Bien qu'elles n'aient pas la même structure chimique, elles possèdent un mécanisme d'action et des effets proches des benzodiazépines. Elles sont donc dites « apparentées aux benzodiazépines ».

Le choix d'une BZD [44] se fait en fonction de :

- Sa demi-vie d'élimination :
 - Intermédiaire (six à douze heures) pour des prises ponctuelles ou dans l'insomnie (accumulation faible, limite la survenue d'effets indésirables).
 - Longue (plus de douze heures): ces molécules s'accumulent et permettent un effet plus soutenu pour traiter des anxiétés généralisées par exemple.
- La physiopathologie du patient : chez les personnes âgées, les insuffisants hépatiques ou les personnes prenant des médicaments modifiant l'activité hépatique, il est préférable d'utiliser le lorazépam, oxazépam, témazépam car ces trois molécules sont peu métabolisées par le foie.

Le choix peut être guidé par le tableau fournit par l'assurance maladie : le choix d'une benzodiazépine dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans (annexe 5).

Le ministère des affaires sociales et de la santé a fait un rappel sur le bon usage des benzodiazépines pour les professionnels de santé (annexe 6).

3.2. La consommation des benzodiazépines et apparentées:

Déjà dans les années 70, une étude épidémiologique plaçait la France en deuxième position des pays européens consommateurs de benzodiazépines après la Belgique [45].

Le rapport Legrain en 1989, chargé d'évaluer la consommation d'hypnotique en France, a conclu à une consommation trop importante et dénoncé un renouvellement routinier des prescriptions [46].

Ce rapport a donné lieu, en 1991, à une réglementation qui limitait la durée de prescription de ces médicaments, douze semaines pour les anxiolytiques et quatre semaines pour les hypnotiques. En 1993, dans le cadre de la médicalisation de la maîtrise des dépenses de santé, un système de références médicales a été mis en place dont l'objectif était de maîtriser les dépenses de santé et l'amélioration de la qualité des soins. Le mode de prescription des hypnotiques figurait parmi les premières références médicales opposables (RMO) élaborées en 1993, mais ne furent appliquées qu'à partir de 1995. Ces références ne sont plus opposables depuis 2000 mais restent d'actualité, au même titre que celles issues de l'ANAES.

Les conclusions du rapport Zarifian [47] de 1996 sont encore en parti valables pour certaines d'entre elles :

- la consommation d'hypnotiques est liée à l'état de santé somatique des patients consultants leur médecin : le nombre de lignes d'une ordonnance prescrivant un hypnotique est environ deux fois plus élevé (6,1) que celui d'une ordonnance d'un patient sans hypnotique (2,9).
- les femmes consomment plus d'anxiolytiques et d'hypnotiques
- les médecins généralistes prennent en charge 85% des cas d'insomnie
- les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les hypnotiques non benzodiazépiniques
- seuls 30% des patients environ prenant un hypnotique ont tenté un sevrage
- la prise régulière moyenne dure plus de huit ans.

Selon un rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé publié en 2006, 15 à 20 % des français avaient un usage ponctuel des anxiolytiques et hypnotiques et 10 % un usage régulier. La part de la population ayant pris un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois (environ 25 %) serait deux fois plus élevée que la moyenne des pays européens limitrophes de la France [48].

Enfin, le rapport d'expertise de janvier 2012 sur l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [16], apporte des données épidémiologiques récentes.

Parmi les pays étudiés, la France est le deuxième pays consommateur d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède) en 2009.

La consommation d'hypnotiques et d'anxiolytique est toujours très préoccupante en France car elle est beaucoup plus élevée que dans les autres pays européens. Néanmoins, la consommation a globalement diminué, comme le montre la figure 4 et la figure 5.



Figure 4: Consommation totale de benzodiazépines et apparentées de 2000 à 2010 (DDJ/1000 hab/j).

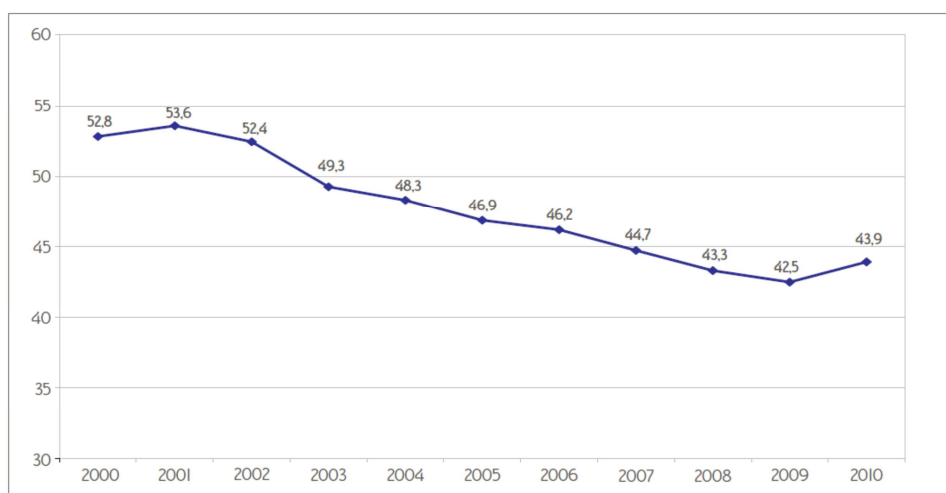


Figure 5 : Consommation de benzodiazépines anxiolytiques de 2000 à 2010 (DDJ/1 000 hab/j)

Les benzodiazépines et apparentés les plus consommées au cours de l'année 2009 et 2010 sont présentées dans la figure 6. Parmi les sujets exposés, 2 millions consomment du

bromazépam, 2 millions du zolpidem, ensuite, 1,6 millions de consomment l'alprazolam (environ) et 1,2 millions de la zopiclone. L'alprazolam présente l'augmentation la plus marquée du nombre de sujets consommant des benzodiazépines entre 2009 et 2010 (+10,4 %).

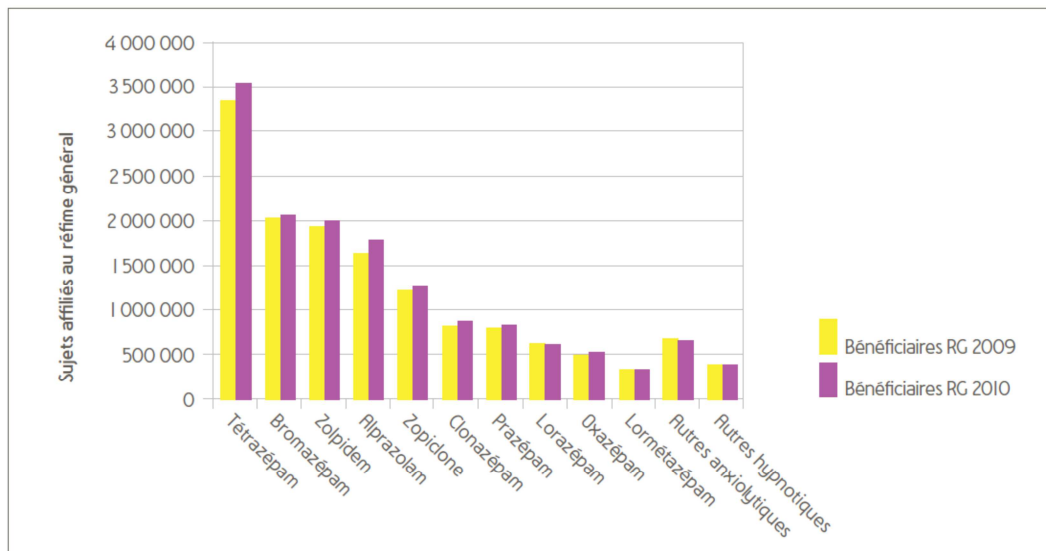


Figure 6 : Nombre de patients prévalent affiliés au régime général de l'assurance maladie par benzodiazépines ou apparentées en 2009 et 2010.

L'âge médian des patients bénéficiant d'un traitement par benzodiazépines, toutes classes confondues, est de 48 ans.

Les sujets consommant des benzodiazépines sont majoritairement des femmes (près de 60 %), comme dans une autre étude [28].

Comme l'illustre la figure 7, la prévalence de patients consommant des benzodiazépines anxiolytiques augmente fortement avec l'âge et majoritairement chez les femmes. Près d'une femme sur cinq consomme des benzodiazépines anxiolytiques lorsqu'elle est âgée de 30 à 40 ans et près d'une femme sur trois lorsqu'elle est âgée de 70 à 75 ans. Cette augmentation est plus modérée chez l'homme, avec près de 10 % des hommes qui consomment une benzodiazépine anxiolytique lorsqu'ils sont âgés de 30 à 40 ans et moins de 15 % lorsqu'ils ont entre 70 et 75 ans.

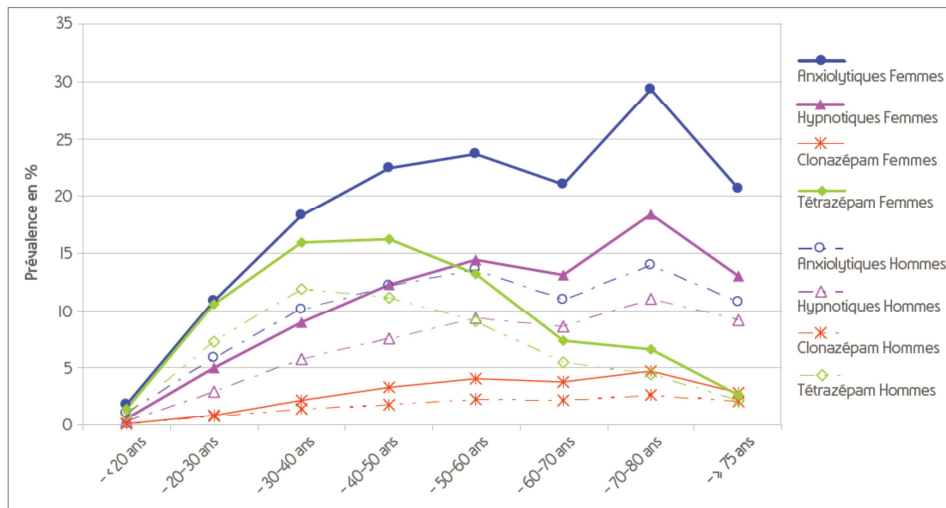


Figure 7 : Taux de prévalence de sujets traités par BZD, pour 100 habitants en France, en fonction de l'âge, du sexe et de l'indication du traitement.

D'autres études confirment, l'augmentation de la consommation de somnifères avec l'âge [49,50].

21 % des patients ont une association de deux benzodiazépines au cours du traitement. 30 % des patients ont deux benzodiazépines associées, anxiolytiques et/ou hypnotiques. Un antidépresseur est associé à une benzodiazépine dans 21,1 % et à un traitement antipsychotique dans 4,9 % des cas.

En moyenne, un patient sur quatre traité par une benzodiazépine est atteint d'une pathologie chronique. Les principales pathologies retrouvées dans cette population sont majoritairement un cancer (6,0 %), un diabète (5,0 %) et des troubles psychiatriques (4,9 %).

Dans une enquête sur le sommeil et l'utilisation de substances, parmi les personnes utilisant une substance pour dormir, les personnes âgées de 55 ans et plus consomment davantage de médicaments avec ordonnance (benzodiazépines), celles âgées entre 35 et 54 ans utilisent surtout des produits naturels, et celles âgées entre 16 et 34 ans consomment surtout des médicaments sans ordonnance [51].

Les primo-prescriptions de BZD, toutes classes confondues sont établies par des médecins libéraux dans 88 % des cas.

Le délai médian entre deux délivrances chez les patients bénéficiant de plus de deux remboursements est peu différent selon l'indication et est proche de un mois. Le temps de

traitement médian est de sept mois pour une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique ou apparentée.

Environ 18 % des patients ont une posologie journalière estimée supérieure à celle recommandée par l'autorisation de mise sur le marché (AMM). La posologie de l'AMM est respectée dans 84 % des cas quand il s'agit d'une benzodiazépine hypnotique.

Parmi les patients sous benzodiazépines et apparentées, plus de la moitié (55 %) des patients ayant bénéficié d'un arrêt de traitement de benzodiazépines reprendra au moins une fois un nouveau traitement dans les 24 mois qui suivent, avec un délai de survenue médian proche de 21 mois.

3.3. Conséquences de la consommation des benzodiazépines :

Les benzodiazépines sont associées à un risque accru d'effets indésirables. Les effets les plus souvent rapportés sont une somnolence en journée, des céphalées, des vertiges, des nausées et de la fatigue [52]. D'autres effets indésirables sont possibles : amnésie antérograde, confusion, réactions paradoxales (avec aggravation de l'insomnie, de l'anxiété, de l'agitation, de l'agressivité) et des symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement [53].

Après un traitement prolongé, elles entraînent une pharmacodépendance, facilitée par le fait que leurs effets s'épuisent en 3 à 4 semaines, le patient augmente progressivement ses doses de médicaments. Le sevrage est difficile car le patient redoute l'arrêt thérapeutique en raison de l'insomnie rebond. L'usage prolongé des benzodiazépines expose au risque de dépendance et donc au sevrage physique, plus fréquent pour les benzodiazépines à demi-vie courte, associant insomnie, céphalées, vision floue, tremblements, risque convulsif. Le score de Tyrer permet d'apprécier ce risque. L'arrêt brutal expose à un effet « rebond » qui se traduit par une majoration de l'anxiété [54].

Pour le zolpidem et le zopiclone, les études sont de courte durée, comme pour les benzodiazépines [52]. Les études s'intéressant à leur profil d'innocuité à long terme sont rares. Avec l'utilisation de ces produits, il est rapporté une dépendance et des abus, avec des symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement [55]. Ces symptômes de sevrage sont

fréquemment observés à l'arrêt d'une dose élevée, des signes cliniques à type d'angoisse, de tachycardie, tremblements, sudation et une insomnie de rebond sont également observés.

L'efficacité de tous les hypnotiques s'estompe rapidement pour les benzodiazépines (trois à quatre semaines) ou moins rapidement pour le Zopiclone et le Zolpidem.

La consommation de benzodiazépines est responsable d'une baisse de l'attention ou de la vigilance [56], une augmentation de la somnolence provoquant un risque d'accident [57].

La consommation de benzodiazépines expose les sujets âgés à des risques spécifiques en raison des modifications physiologiques liées à l'âge. Ces modifications favorisent une accumulation des métabolites actifs des benzodiazépines et accroissent ainsi le risque de surdosage et d'effets indésirables. Ces effets indésirables sont essentiellement psychomoteurs et cognitifs, avec l'augmentation des risques de chutes et de fractures, la perturbation de la mémoire à court terme, de la mémoire de rappel, un ralentissement dans l'apprentissage d'une nouvelle information, des performances verbales ainsi qu'un risque de déclin cognitif [34,45].

Les personnes âgées sous psychotropes sont les plus vulnérables avec une augmentation des accidents tels que les chutes, les fractures de hanche ou les accidents de la route [58–60].

Récemment une étude affirmait l'existence d'une association entre la prise de benzodiazépines et le risque de démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans [61]. Mais une revue médicale évoque plus un rôle d'amplificateur des benzodiazépines sur les troubles cognitifs liés à la démence, facilitant le diagnostic qui serait fait plus précocement, mais sans action direct sur la maladie elle-même [62].

3.4. Recommandations sur le sevrage des benzodiazépines :

En octobre 2007, la HAS a établi des recommandations sur les modalités de sevrage des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé de plus de 65 ans

recevant depuis au moins trente jours un traitement par BZD ou médicaments apparentés [63].

La conduite de l'arrêt de BZD ou d'un médicament apparenté relève du médecin traitant mais certaines situations peuvent bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

En cas de refus d'arrêt des benzodiazépines par le patient, il faut renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.

Si le patient envisage d'arrêter, la prise de benzodiazépine, il faut consacrer une consultation essentiellement centrée sur le sevrage.

Au cours de cette consultation, il faut :

- informer le patient sur la BZD consommée ;
- présenter les risques de la consommation de BZD au long cours ;
- présenter les bénéfices de l'arrêt, voire d'une simple réduction de posologie ;
- informer de l'ensemble des signes pouvant apparaître pendant l'arrêt des BZD ;
- informer sur les risques d'un arrêt trop rapide des BZD et médicaments apparentés ;
- donner des conseils adaptés au patient pour réduire puis arrêter la consommation de BZD, avec si nécessaire une réduction de dose très progressive.

Il convient d'évaluer les attentes du patient et son degré « d'attachement » aux BZD. Les items du questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (annexe 7) peuvent être utilisés.

L'arrêt des BZD peut entraîner un rebond, un syndrome de sevrage ou une rechute (Tableau 4). Chez le patient âgé, le syndrome de sevrage est sous-diagnostiqué, car les symptômes sont mis sur le compte de l'âge ou d'autres maladies associées.

Tableau 4 : Risques de l'arrêt des benzodiazépines [64].

	DÉFINITION	SYMPTÔMES	DÉLAIS D'APPARITION
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise.	Signes généraux fréquents : anxiété, insomnie, céphalées. Signes plus spécifiques : confusion, hallucination. Plus rarement : troubles de la vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée.	Le plus souvent : anxiété et insomnie.	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive (1 à 3 semaines).
Rechute	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement.	Anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise.

Le syndrome de sevrage doit être prévenu. La sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient en fonction du patient, du type de BZD et de la vitesse de décroissance de la posologie. Les facteurs suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- la rapidité de la diminution posologique ;
- la consommation d'une posologie élevée de BZD ;
- la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- l'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt ;
- l'existence d'une dépression associée ;
- la surconsommation régulière d'alcool (plus de trois verres/jour pour un homme et plus de deux verres/jour pour les femmes) ou d'autres substances psychoactives.

Afin de réduire l'intensité du syndrome de sevrage, Il est important :

- de rechercher une dépression ou des troubles anxieux caractérisés avant d'entreprendre un arrêt de BZD, pour mettre en place une prise en charge spécifique ;
- de diminuer progressivement la dose de BZD ;
- d'identifier les facteurs de risques potentiels (demi-vie courte, dose élevée, surconsommation d'alcool) dont la présence chez un patient nécessite des mesures de surveillance renforcée.

Il convient de rechercher des facteurs pronostiques importants pour optimiser la démarche et l'adapter à chaque patient.

- Durée et posologie du traitement en cours.
- Produits consommés : la prise concomitante de plusieurs psychotropes rend l'arrêt des BZD plus difficile. La consommation d'une BZD à visée anxiolytique ou la consommation d'alcool avant l'arrêt augmentent le risque de reprise de BZD.
- Facteurs liés à la clinique : une insomnie sévère, une détresse psychologique sont des facteurs de risque de reprise de BZD.

Certaines situations nécessitent des précautions particulières, notamment une décroissance des posologies plus lente et un suivi renforcé, lors :

- d'une dépression caractérisée ;
- d'insomnie chronique ;
- de troubles anxieux caractérisés (trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés) ;
- de troubles cognitifs, démence ;
- d'échecs de tentatives antérieures d'arrêt ;
- d'une surconsommation régulière d'alcool (sans dépendance).

Au cours du sevrage, le patient (ou son entourage) peut tenir un calendrier de décroissance posologique avec un relevé des symptômes inhabituels. La tenue d'un agenda du sommeil (annexe 8) peut également être utile.

L'arrêt doit toujours être progressif. En ambulatoire, il peut être conduit :

- en quatre à dix semaines habituellement;

- Ou sur plusieurs mois pour des utilisateurs de longue durée ou recevant des posologies élevées de BZD ou médicaments apparentés.

Une diminution initiale de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine constitue un exemple de décroissance dans le cas d'un arrêt ambulatoire sur quatre à dix semaines. Certaines situations nécessitent un plus faible taux de réduction.

Les TCC associées à l'arrêt progressif des BZD ont un intérêt pour l'arrêt ou la diminution de la consommation de BZD.

Un accompagnement régulier par des consultations centrées sur l'arrêt des BZD est indispensable. Au début de la stratégie d'arrêt, une consultation de suivi une semaine après la première diminution de dose, puis à chaque diminution, soit toutes les deux à quatre semaines lorsque la réduction de la posologie se fait sans difficulté.

Les consultations de suivi pendant la réduction de dose doivent permettre :

- d'analyser les symptômes liés à l'arrêt ou d'autres symptômes nouveaux ;
- d'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt ;
- d'encourager le patient à poser des questions ;
- de rechercher une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac ou d'autres substances psychoactives pendant la phase d'arrêt ;
- de titrer la réduction de posologie : demander au patient s'il peut ramener les comprimés non utilisés ;
- de réaliser du renforcement positif vis-à-vis de la diminution posologique.

Si le patient trouve que la diminution est trop rapide ou s'il a des symptômes liés à l'arrêt, il est recommandé de ralentir la vitesse de réduction ou d'allonger la durée des paliers posologiques ; si les signes sont importants, il faut revenir à la posologie précédente.

À court terme, pour les patients qui ont réussi à arrêter la BZD, il est recommandé une consultation au cours des trois à sept jours après la dernière prise afin d'évaluer les symptômes liés à l'arrêt et notamment de donner une information claire sur le rebond d'insomnie et/ou d'anxiété (nature, explication de l'origine, durée potentielle).

À moyen terme, un suivi régulier en consultation doit être proposé, tout particulièrement durant les six premiers mois qui suivent l'arrêt, période la plus à risque pour la reprise de médicament. Comme a pu le montrer, l'étude sur la consommation des BZD [16].

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la qualité de sommeil des patients traités pour insomnie avec un somnifère de manière chronique. L'objectif secondaire est d'étudier la motivation des patients à arrêter leur somnifère et plus particulièrement la balance décisionnelle.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive.

3. Population étudiée

L'étude portait sur des patients vu en consultations dans différents cabinets de médecine générale du département de la vienne.

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient avoir entre 40 et 80 ans, tous sexes confondus, prendre un ou plusieurs psychotropes de façon hebdomadaire et depuis plus d'un mois.

4. période de recueil

La période de recueil des données s'est effectuée du 4 octobre au 31 janvier 2014 inclus.

5. les moyens

En fin de consultation, tout patient prenant un hypnotique au long cours s'est vu remettre un questionnaire évaluant la qualité de son sommeil et la motivation pour se sevrer de leur médication. Des explications leurs ont été donné quant à l'objectif de l'étude.

Grace à l'informatisation du dossier médical dans les différents cabinets, il était très aisé de savoir si le patient prenait un hypnotique et depuis combien de temps. Et les antécédents et les traitements au long cours ont été retrouvés.

Le patient était invité à remplir le questionnaire dans la salle d'attente et le remettre à la secrétaire avant de partir. Si le patient ne pouvait pas rester en salle d'attente, une enveloppe timbrée était fournie pour le retour par voie postale du questionnaire.

6. les variables étudiées

Un questionnaire a été mis en place pour permettre de répondre aux deux objectifs de l'étude. Il était composé de deux parties. La première partie du questionnaire permettait de répondre à l'objectif principal de l'étude sur la qualité du sommeil du patient.

Pour établir ce questionnaire, nous nous sommes basés sur le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (annexe 9). Le PSQI comprenait 19 questions d'auto-évaluation et des questions posés au conjoint ou compagnon de chambre (s'il existe). Il mesurait la qualité du sommeil durant le mois précédent à partir d'autorapports. L'échelle allait de 0 à 21 ; un score supérieur à 5 indiquait une perturbation du sommeil.

Pour établir notre questionnaire, nous avons repris les 19 questions d'auto-évaluation car le patient venait souvent seul en consultation donc il était difficile de remplir les questions en rapport avec le conjoint. Le PSQI se décomposait en sept « composantes ». Chaque composante permettait d'obtenir un score entre 0 et 3.

Les sept composantes étaient les suivantes :

- composante 1 : permettant d'analyser la qualité subjective du sommeil
- composante 2 : permettant d'analyser la latence du sommeil
- composante 3 : permettant d'analyser la durée du sommeil
- composante 4 : permettant d'analyser l'efficacité habituelle du sommeil
- composante 5 : permettant d'analyser les troubles du sommeil
- composante 6 : permettant de rechercher l'utilisation d'un médicament du sommeil
- composante 7 : permettant d'analyser la mauvaise forme durant la journée

Le score global était obtenu avec la somme des scores de chaque composante.

Si ce score était inférieur ou égale à 5 c'était en faveur d'une bonne qualité de sommeil, au contraire si le score était supérieur à 5, c'était en faveur d'une mauvaise qualité de sommeil.

La deuxième partie du questionnaire permettait d'évaluer la motivation du patient, et plus particulièrement la balance décisionnelle grâce à des questions fermées pour lesquelles il suffisait de cocher la mention utile, en fonction de l'importance de chaque énoncé.

En fonction de sa réponse à chaque question, le patient obtenait un score entre -2 et 2. Si l'énoncé de la question ne lui semblait pas important du tout, il obtenait un score de -2, si ça lui semble un peu important un score de -1, si ça lui semble plutôt important un score de 0, si ça lui semblait très important un score de 1 et si ça lui semblait extrêmement important un score de 2. Les scores obtenus à chaque question par les patients en fonction de l'importance de l'énoncé étaient additionnés pour obtenir un score global. Un score total positif était en faveur d'une motivation du patient dans un sevrage alors qu'un score négatif était en faveur d'une absence de motivation.

Le questionnaire est visible dans son intégralité en annexe (annexe 10).

7. considérations éthiques.

Lors du traitement des données, chaque patient a reçu un numéro d'anonymat selon l'ordre d'inclusion.

8. analyse des données

Les questionnaires pour lesquels il manquait des données, ont été exclus de l'analyse. Les données du questionnaire ont été incorporées dans un tableau Excel en vue de leur analyse statistique.

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographique de la population

Au cours de la période d'inclusion, nous avons pu remettre 63 questionnaires à des patients utilisant un somnifère pour dormir, et nous avons eu 62 réponses.

L'étude s'est déroulée dans différents cabinets de médecine générale de la vienne, dans lesquelles l'investigateur a eu l'occasion d'effectuer un remplacement de médecine générale. Ces cabinets sont aux nombres de six (Figure 8).

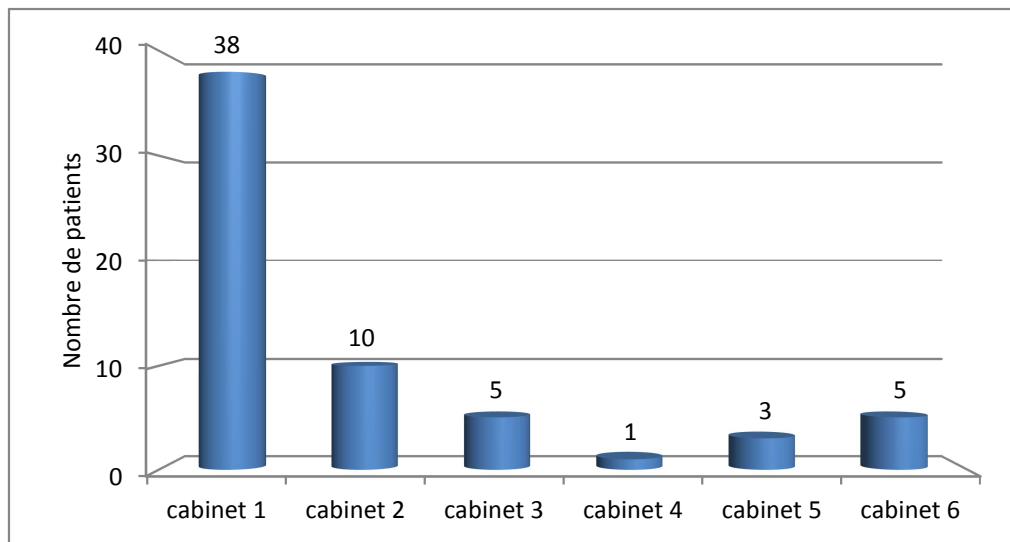


Figure 8: Répartition des patients en fonction de leur cabinet de consultation

Cinq des cabinets sont en zone semi-rural et le sixième est en milieu urbain.

Sur les 62 patients, la moyenne d'âge était de 63.18 ans $\pm$ 11.31 et la médiane est de 64.50 ans. Le plus jeune des patients avait 44 ans et le plus âgé avait 80 ans. Au niveau de la répartition par tranche d'âge, il y avait 39 patients de plus de 60 ans et 23 patients de moins de 60 ans. En ce qui concernait le sexe des patients, 15 patients étaient des hommes (24%) et 47 des femmes (76%). 46 patients (74%) étaient en couple ou mariés et 16 patients (26%) étaient célibataires ou veufs. Les caractéristiques sociodémographiques sont reprises dans le Tableau 5.

Tableau 5: Caractéristiques sociodémographiques de la population.

	N total	N < 60 ans	N ≥ 60 ans	Age moyen	min	max
Population de l'étude	62	23 (37%)	39 (63%)	63,18 ±11,31	44 ans	80 ans
Sexe						
Femmes	47 (75,8%)	15 (31,9%)	32 (68,1%)			
Hommes	15 (24,2%)	8 (53,3%)	7 (46,7%)			
Statut marital						
Mariés ou en couples	46 (74,2%)	20 (43,5%)	26 (56,2%)			
Célibataires ou veufs	16 (25,8%)	3 (18,75%)	13 (81,25%)			

Dans notre échantillon, les patients possédaient de nombreux antécédents (Tableau 6), les plus fréquemment retrouvés étaient l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le reflux gastro-œsophagien, le syndrome dépressif et l'hypothyroïdie.

Tableau 6 : Antécédents de la population étudiée.

Antécédents	N
Hypertension artérielle	29
Dyslipidémie	22
Reflux gastro-œsophagien	18
Syndrome dépressif	16
Hypothyroïdie	10
Diabète de type 2	9
Ostéoporose	9
Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire	9
Arthrose	6
Infarctus du myocarde	4
Migraine	3
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	2
Hypertrophie bénigne de prostate	2
Apnée du sommeil	2
Cancer en rémission complète	2
Accident vasculaire cérébral	1
Insuffisance rénale chronique terminale	1
Dégénérescence maculaire liée à l'âge	1
Polyarthrite rhumatoïde	1

Les patients inclus dans l'étude venaient en consultation dans la grande majorité pour leur renouvellement d'ordonnance. En moyenne, il y avait 4.48 lignes de médicaments sur leur ordonnance de médicaments pris de façon chronique (Figure 9).

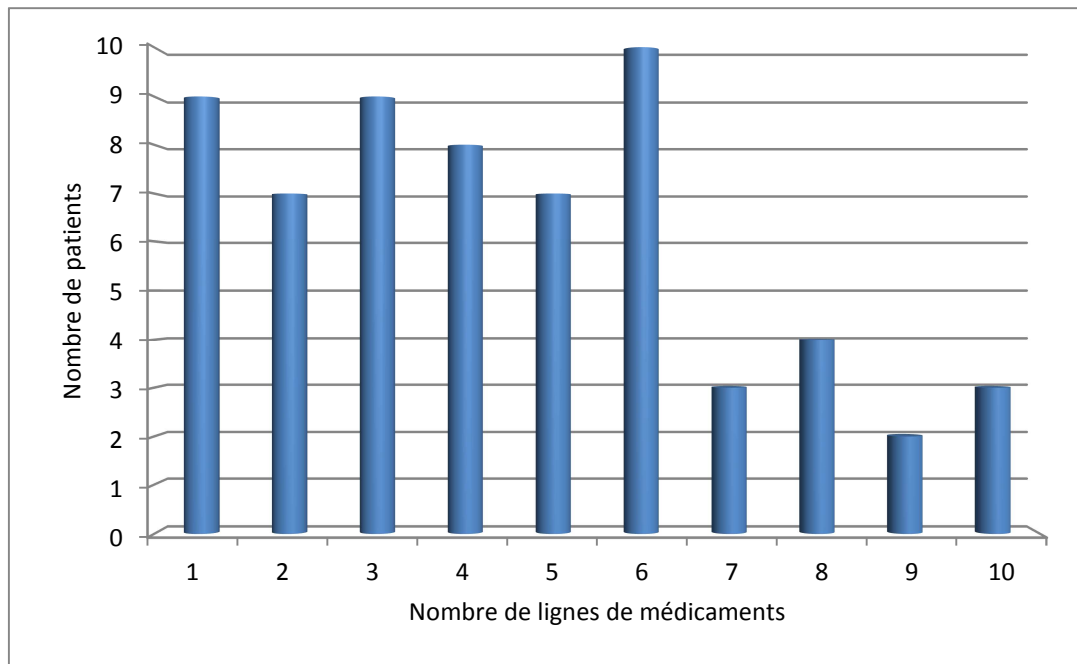


Figure 9 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre de lignes de médicaments

2. Analyse de la qualité de sommeil

Pour cette partie, les différentes composantes du PSQI ont été analysées séparément

2.1. La qualité subjective du sommeil.

La qualité subjective du sommeil de notre échantillon, correspond à la question 6 du questionnaire.

Sur les 62 patients, 4 évaluaient leur qualité de sommeil comme très bonne, 33 comme assez bonne, 18 comme assez mauvaise et 7 comme très mauvaise (Figure 10).

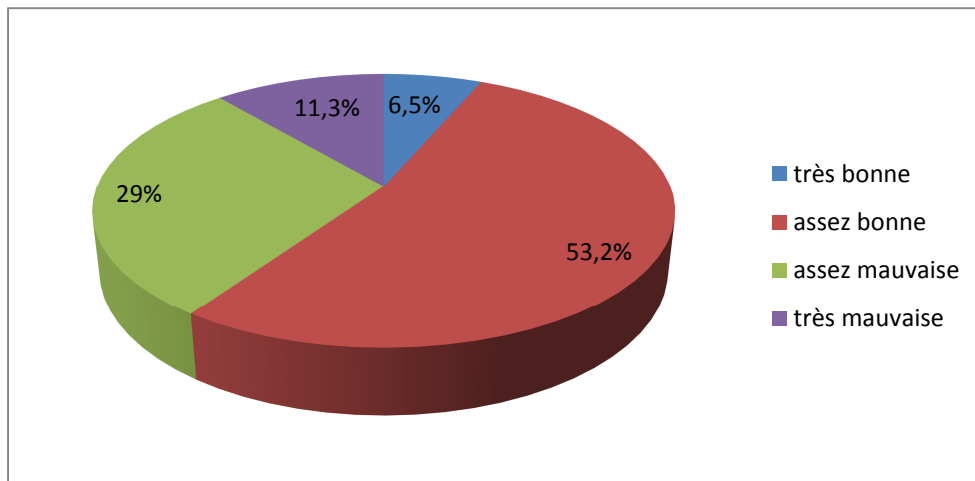


Figure 10 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'évaluation subjective de leur qualité de sommeil.

Parmi les 39 patients de plus de 60 ans, 3 évaluaient leur qualité de sommeil comme très bonne, 23 comme assez bonne, 10 comme assez mauvaise et 3 comme très mauvaise (Figure 11).

Parmi les 23 patients de moins de 60 ans, 1 évaluaient sa qualité de sommeil comme très bonne, 10 comme assez bonne, 8 comme assez mauvaise et 4 comme très mauvaise (Figure 11).

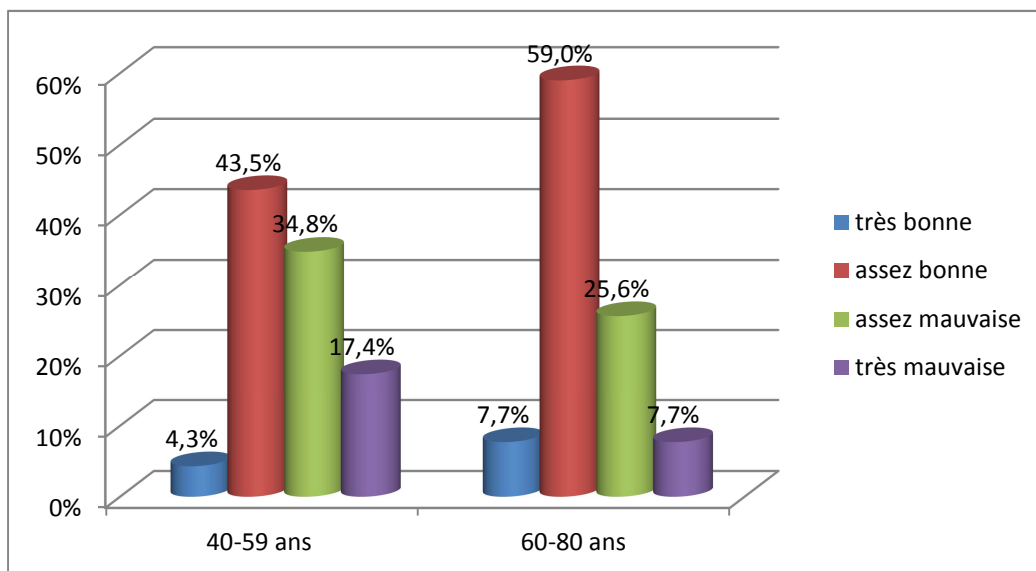


Figure 11: Répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de l'évaluation subjective de leur qualité de sommeil.

2.2. La latence du sommeil.

La latence du sommeil de notre échantillon correspond aux questions 2 et 5a du PSQI.

Pour la question 2, les patients devaient préciser le nombre de minutes nécessaire pour s'endormir chaque soir. En moyenne, les patients mettaient 27.3 minutes pour s'endormir. Les plus de 60 ans mettaient en moyenne 27.6 minutes contre 26.7 minutes chez les moins de 60 ans pour s'endormir. Les hommes mettaient en moyenne 23.8 minutes contre 28.4 minutes chez les femmes pour s'endormir.

28 patients déclaraient mettre moins de 15 minutes pour s'endormir, 21 mettaient entre 16 et 30 minutes pour s'endormir, 5 mettaient entre 31 et 60 minutes pour s'endormir et 8 mettaient plus de 60 minutes pour s'endormir (Figure 12).

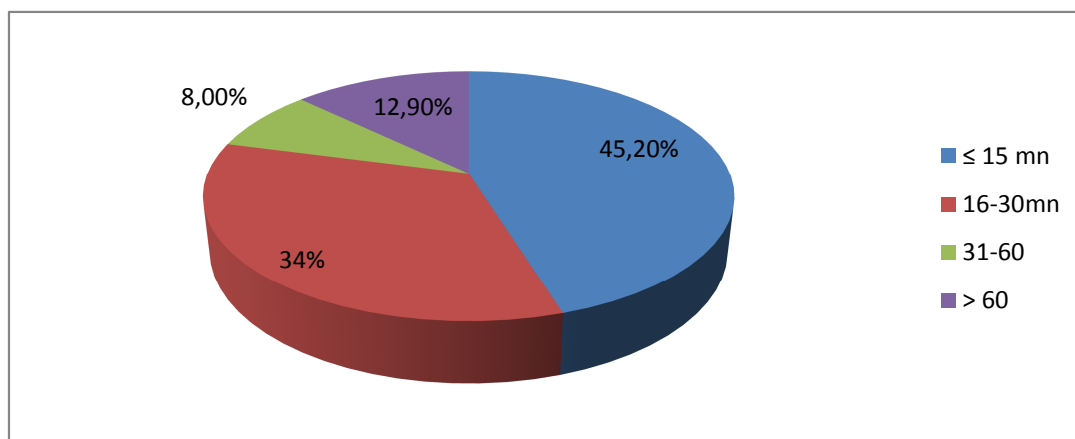


Figure 12 : Répartition de la population étudiée en fonction de la latence du sommeil.

Parmi les moins de 60 ans, 9 patients mettaient moins de 15 minutes pour s'endormir, 10 mettaient entre 16 et 30 minutes, 2 mettaient entre 31 et 60 minutes, 2 mettaient plus 60 minutes (Figure 13).

Parmi les plus de 60 ans, 19 patients mettaient moins de 15 minutes pour s'endormir, 11 mettaient entre 16 et 30 minutes, 3 mettaient entre 31 et 60 minutes, 6 mettaient plus 60 minutes (Figure 13).

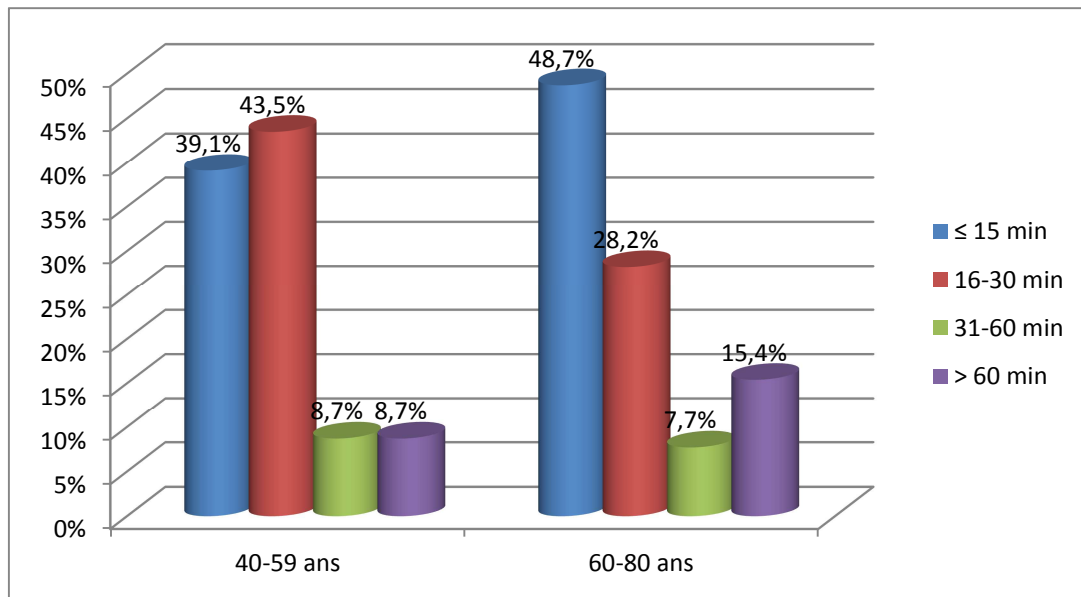


Figure 13 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de la latence du sommeil.

Pour la question 5a, les patients devaient préciser à quelle fréquence, ils n'avaient pas pu s'endormir en moins de 30 minutes le mois dernier. 10 patients déclaraient avoir pu s'endormir en moins de 30 minutes lors du derniers mois, 18 patients déclaraient n'avoir pu s'endormir en moins de 30 minutes moins d'une fois par semaine, 12 patients 1 ou 2 fois par semaine et 22 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 14).

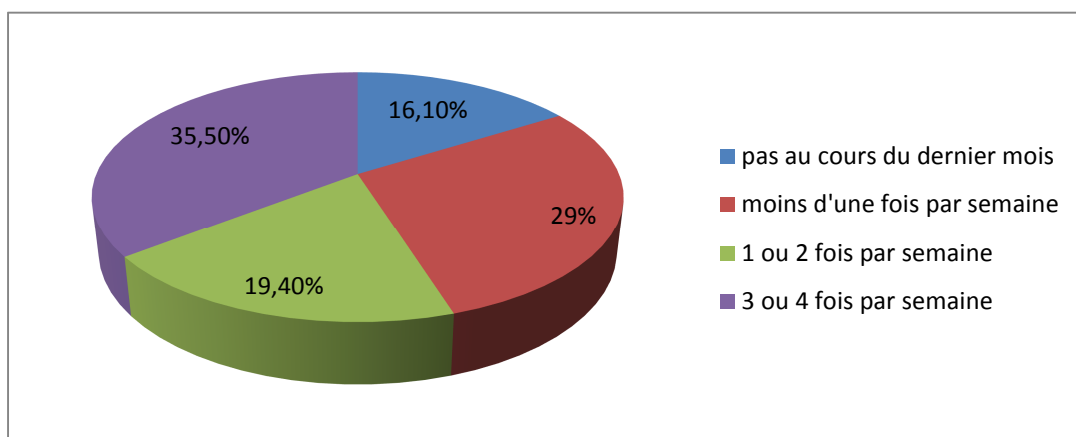


Figure 14 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence à laquelle, les patients n'ont pas pu s'endormir en moins de 30 minutes au cours du dernier mois.

2.3 Durée de sommeil.

La durée du sommeil correspond à la question 4. En moyenne, les patients déclaraient dormir en moyenne 6 heures et 22minutes. Les plus de 60 ans dormaient en moyenne 6 heures et 19 minutes et les moins de 60 ans dormaient en moyenne 6 heures et 23 minutes.

Dans notre échantillon, 10 patients déclaraient dormir plus de sept heures, 28 patients entre six et sept heures, 14 patients entre cinq et six heures et 10 patients moins de cinq heures (Figure 15).

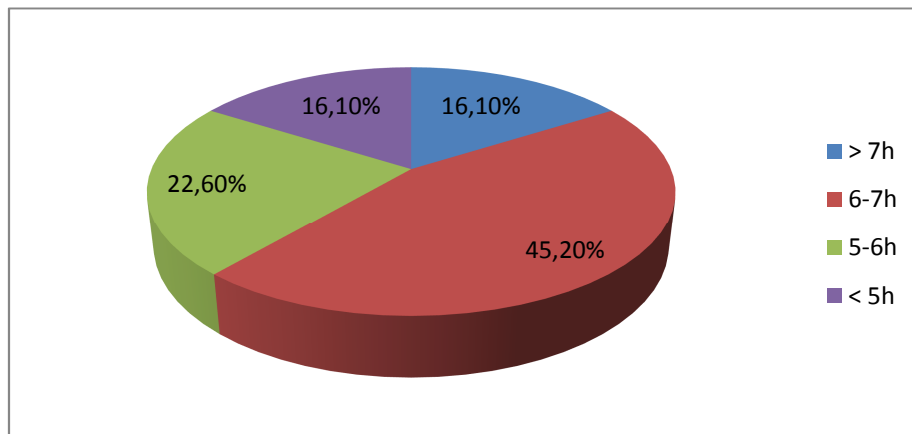


Figure 15 : Répartition de la population étudiée en fonction de la durée de sommeil.

2.4. L'efficacité du sommeil.

Pour répondre à cette composante du PSQI, il nous faut calculer le nombre d'heures passées au lit grâce aux résultats des questions 3 et 1.

En moyenne, la population de notre échantillon passaient 8 heures et 34 minutes au lit. Le plus petit temps passé au lit était de 4 heures et 30 minutes. Le temps le plus long passé au lit était de 11 heures

Une efficacité de sommeil supérieure à 85% correspond à un sommeil efficace. Dans notre échantillon, 30 patients avaient un sommeil efficace soit 30.6 %. 20 patients avaient une efficacité de sommeil entre 75 et 84%, 8 patients avaient une efficacité de sommeil entre 65 et 74% et 15 patients avaient une efficacité de sommeil inférieure à 65% (Figure 16).

Parmi les moins de 60 ans, 10 patients avaient un sommeil efficace, 6 patients avaient une efficacité de sommeil entre 75 et 84%, 3 patients avaient une efficacité de sommeil entre 65 et 74% et 4 patients avaient une efficacité de sommeil inférieure à 65% (Figure 17).

Parmi les plus de 60 ans, 9 patients avaient un sommeil efficace, 14 patients avaient une efficacité de sommeil entre 75 et 84%, 5 patients avaient une efficacité de sommeil entre 65 et 74% et 11 patients avaient une efficacité de sommeil inférieure à 65% (Figure 17).

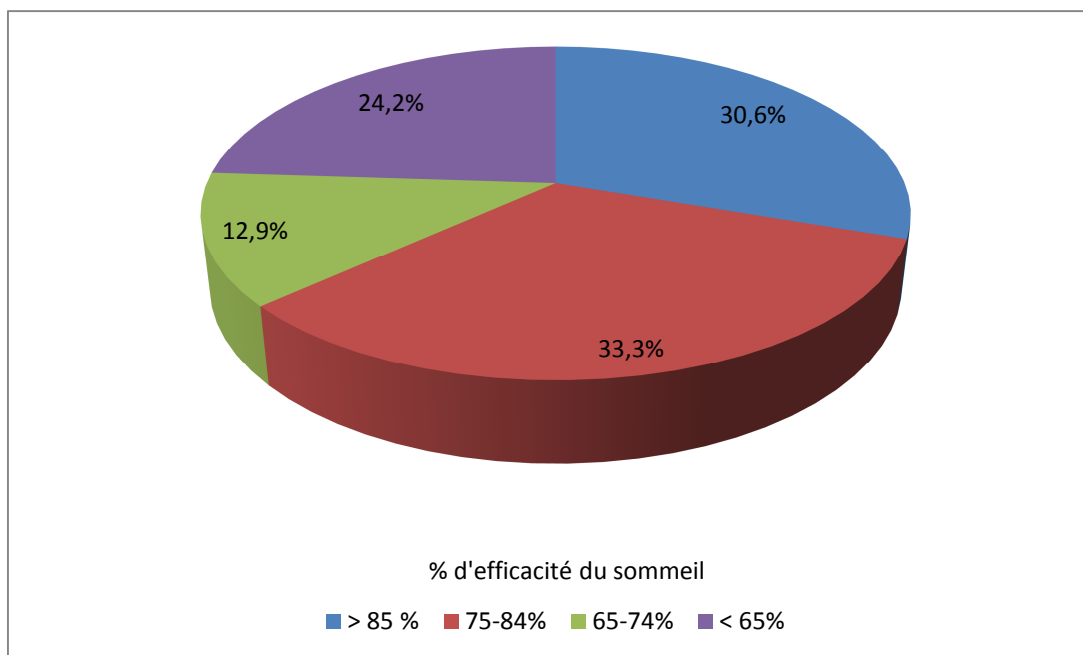


Figure 16 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'efficacité du sommeil.

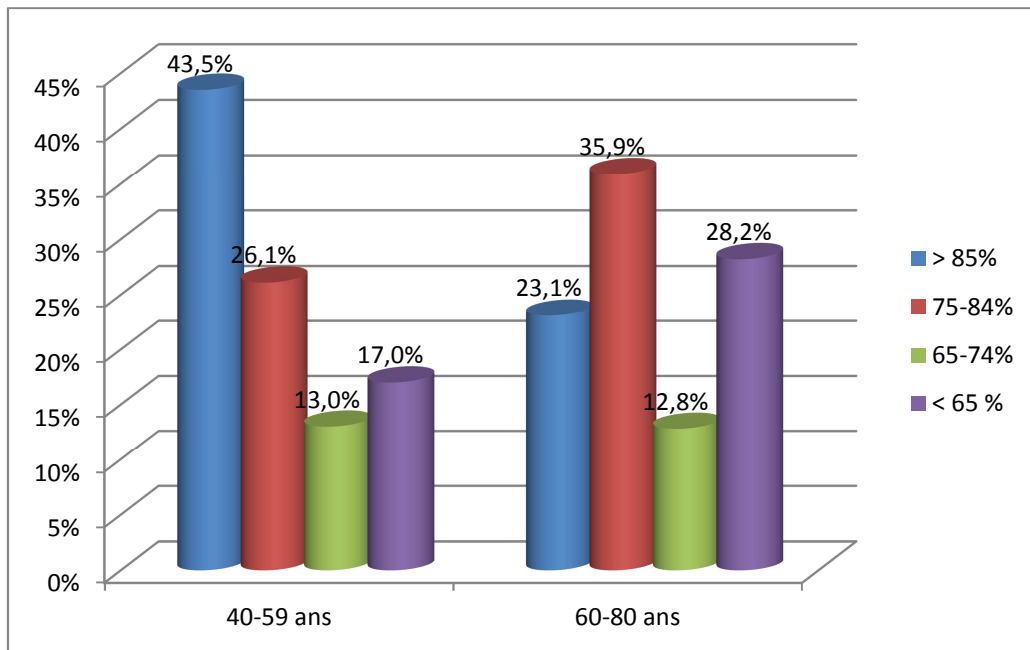


Figure 17 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge en fonction de l'efficacité du sommeil.

2.5. Les troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil correspondent aux questions 5b à 5j du PSQI.

La question 5 b permettait d'évaluer la fréquence du nombre de réveil la nuit ou précocement le matin au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 4 patients ne se réveillaient pas la nuit au précocement le matin, alors que 5 patients se réveillaient la nuit ou précocement le matin moins une fois semaine, 9 patients 1 ou 2 fois par semaine, 44 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 18).

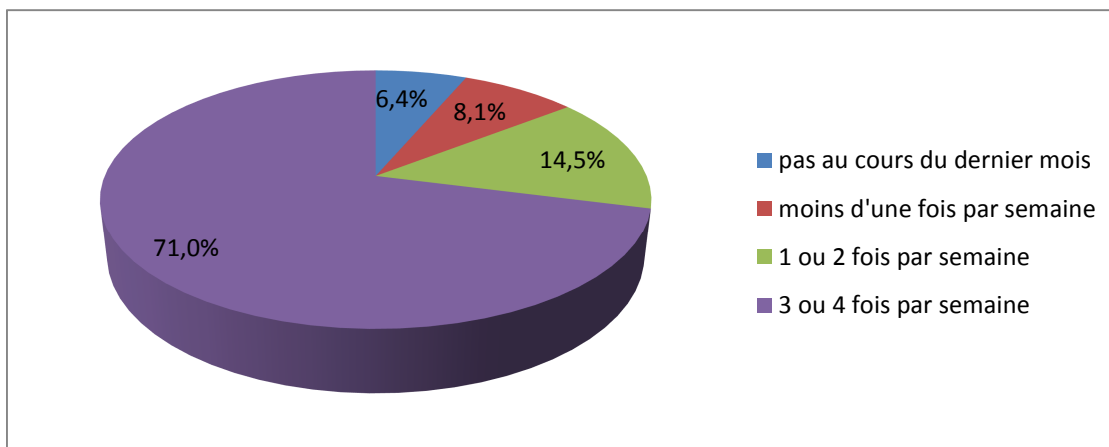


Figure 18 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre de réveil la nuit ou précocement le matin au cours du dernier mois.

La question 5c permettait d'évaluer la fréquence des levers pour aller aux toilettes au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 12 patients ne levaient pas la nuit pour aller aux toilettes, 10 patients se levaient moins d'une fois par semaine, 3 patients 1 ou 2 fois par semaine et 37 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 19).

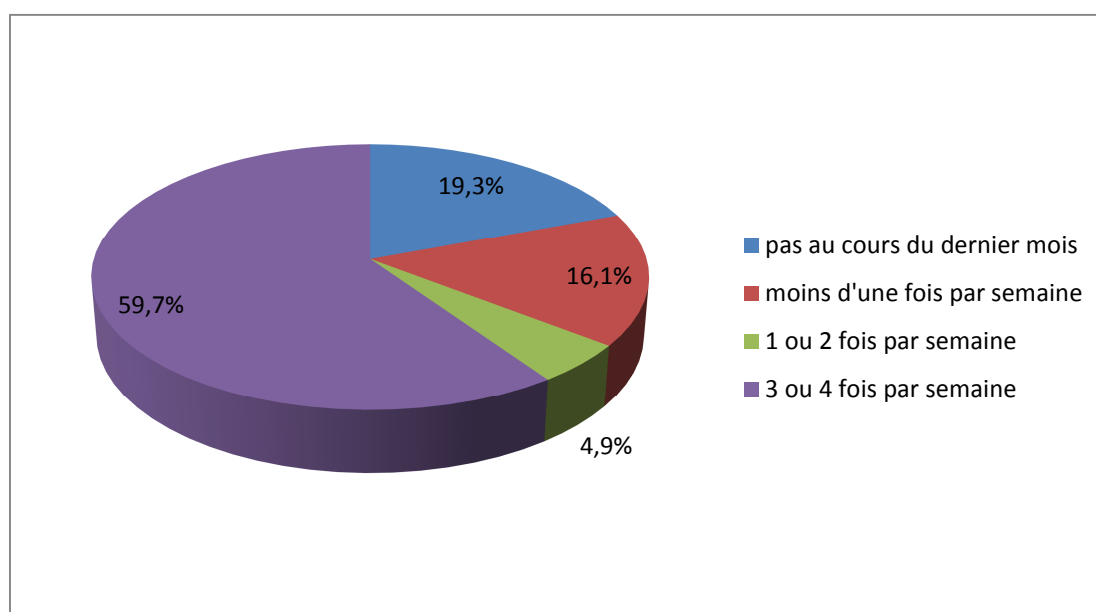


Figure 19 : Répartition de la population étudiée en fonction du nombre de lever pour aller aux toilettes au cours du dernier mois.

La question 5d permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont éprouvé des difficultés à respirer correctement au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 52

patients n'éprouvaient pas des difficultés à respirer correctement, 4 patients éprouvaient des difficultés à respirer correctement moins d'une fois par semaine, 3 patients 1 ou 2 fois par semaine et 3 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 20).

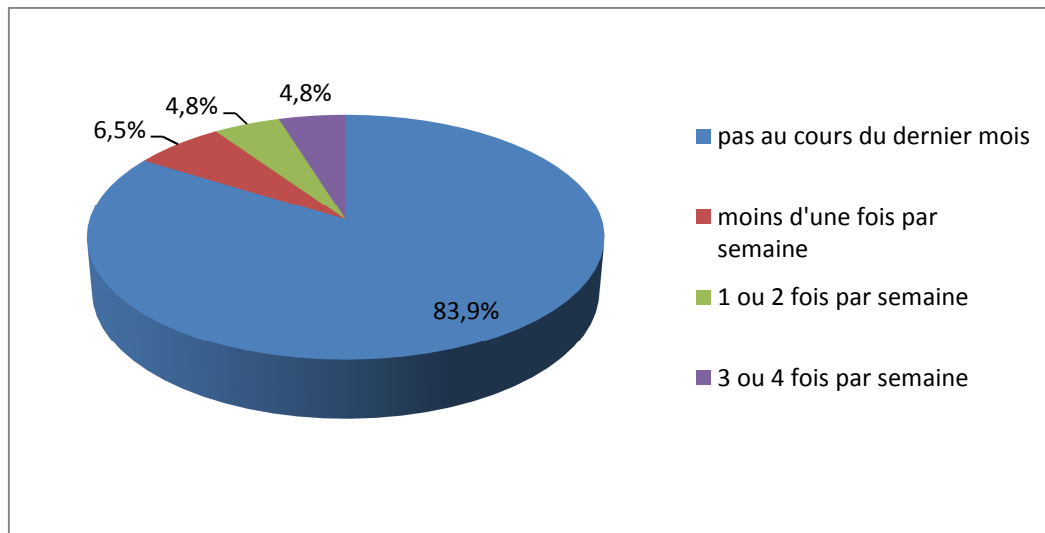


Figure 20 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence à laquelle, les patients éprouvent des difficultés à respirer correctement au cours du dernier mois.

La question 5e permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients rapportaient une toux nocturne ou des ronflements bruyants au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 32 patients ne rapportaient pas une toux nocturne ou des ronflements bruyants, 5 patients rapportaient une toux nocturne ou des ronflements bruyants moins d'une fois par semaine, 1 patient 1 ou 2 fois par semaine et 24 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 21).

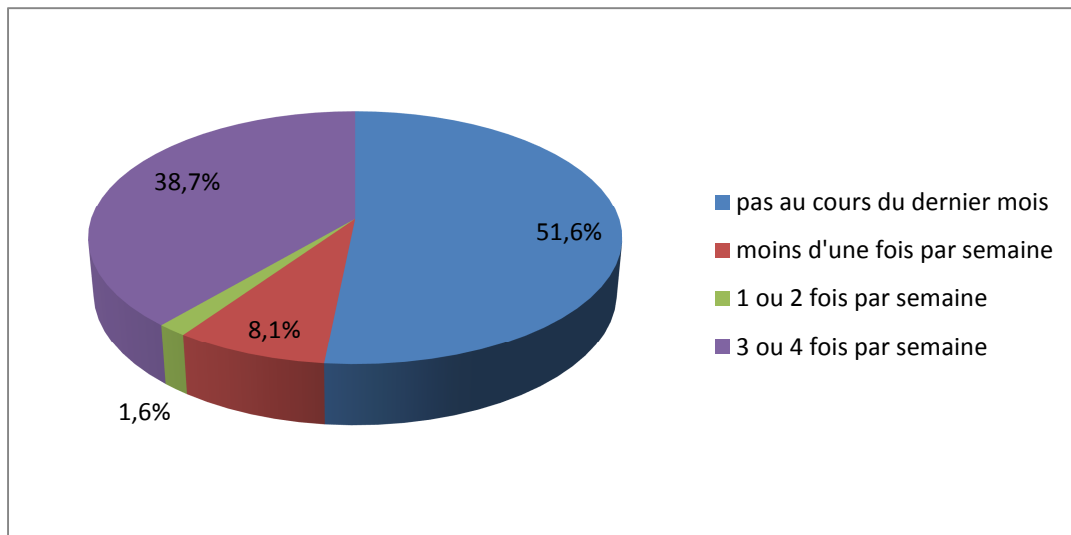


Figure 21 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des épisodes de toux nocturnes ou de ronflement bruyant la nuit au cours du dernier mois.

La question 5f permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont eu trop froid au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 45 patients n'ont pas eu trop froid, 8 patients ont eu trop froid moins d'une fois par semaine, 7 patients 1 ou 2 fois par semaine et 2 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 22).

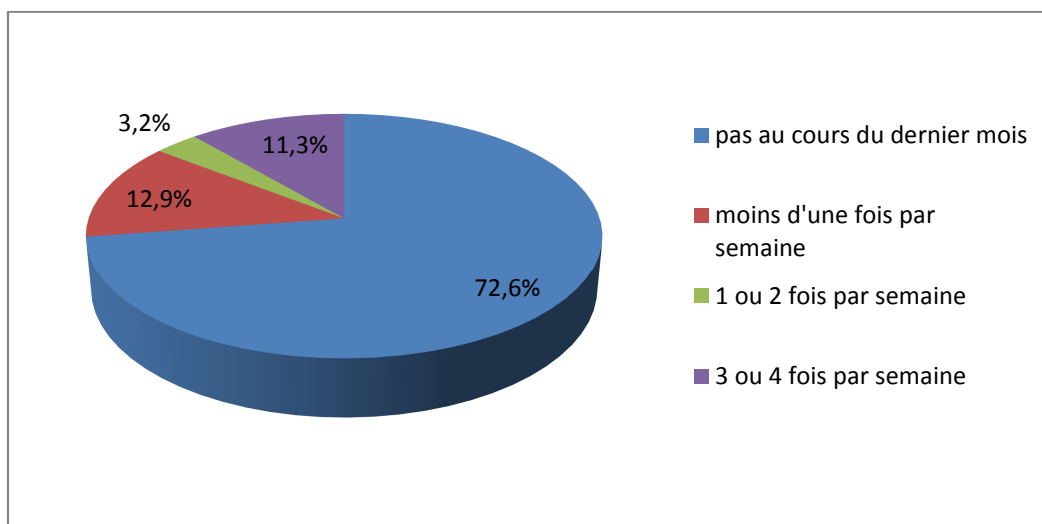


Figure 22 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu trop froid au cours du dernier mois.

La question 5g permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont eu trop chaud au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 37 patients n'ont pas eu trop chaud,

16 patients ont eu trop chaud moins d'une fois par semaine, 4 patients 1 ou 2 fois par semaine et 5 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 23).

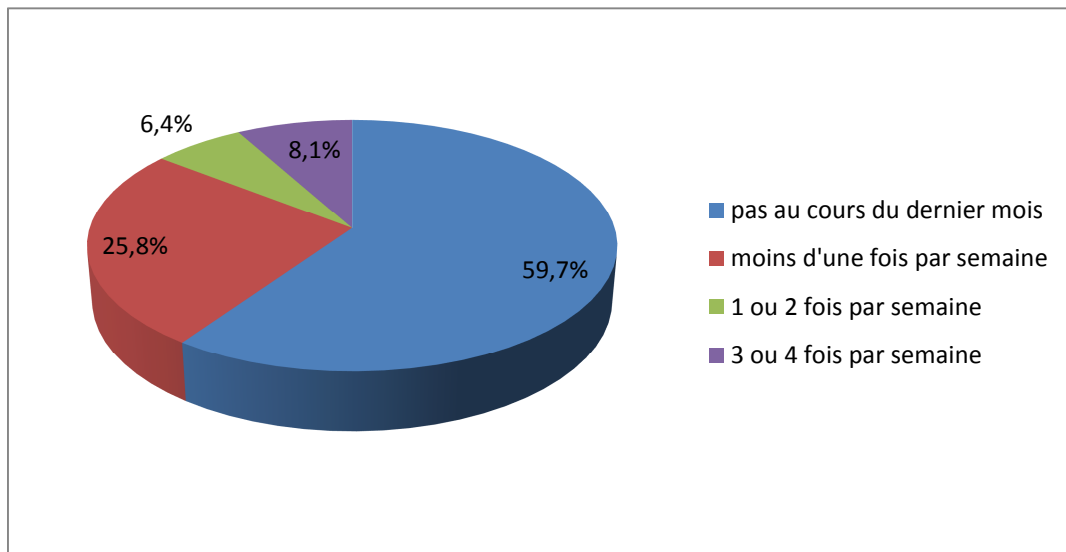


Figure 23 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu trop froid au cours du dernier mois.

La question 5h permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont eu des mauvais rêves au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 25 patients n'ont pas eu de mauvais rêves, 17 patients ont eu des mauvais rêves moins d'une fois par semaine, 12 patients 1 ou 2 fois par semaine et 8 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 24).

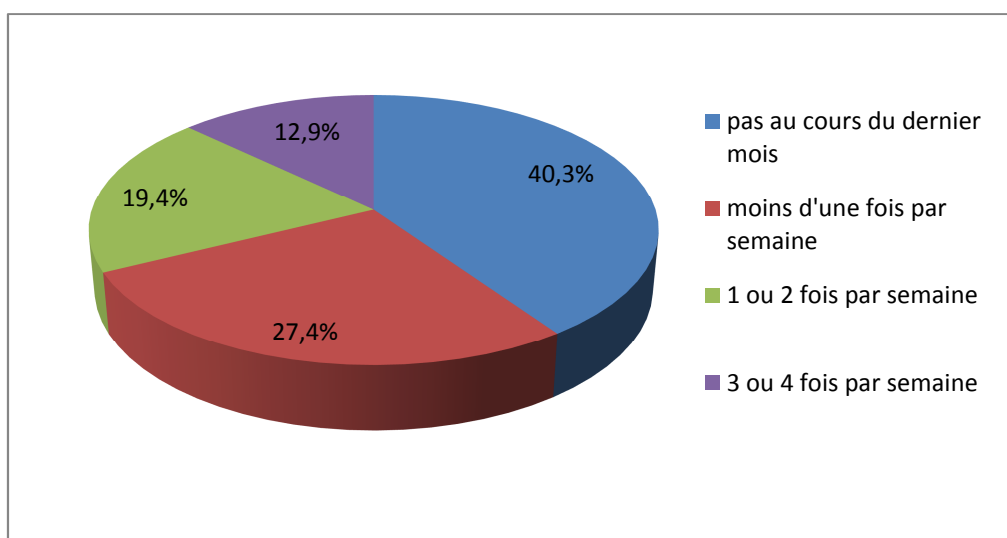


Figure 24 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu des mauvais rêves au cours du dernier mois.

La question 5i permettait d'évaluer la fréquence à laquelle les patients ont éprouvé des douleurs au cours du dernier mois. Dans notre échantillon, 23 patients n'éprouvaient pas de douleurs, 23 patients ont eu des douleurs moins d'une fois par semaine, 6 patients 1 ou 2 fois par semaine et 10 patients 3 ou 4 fois par semaine (Figure 25).

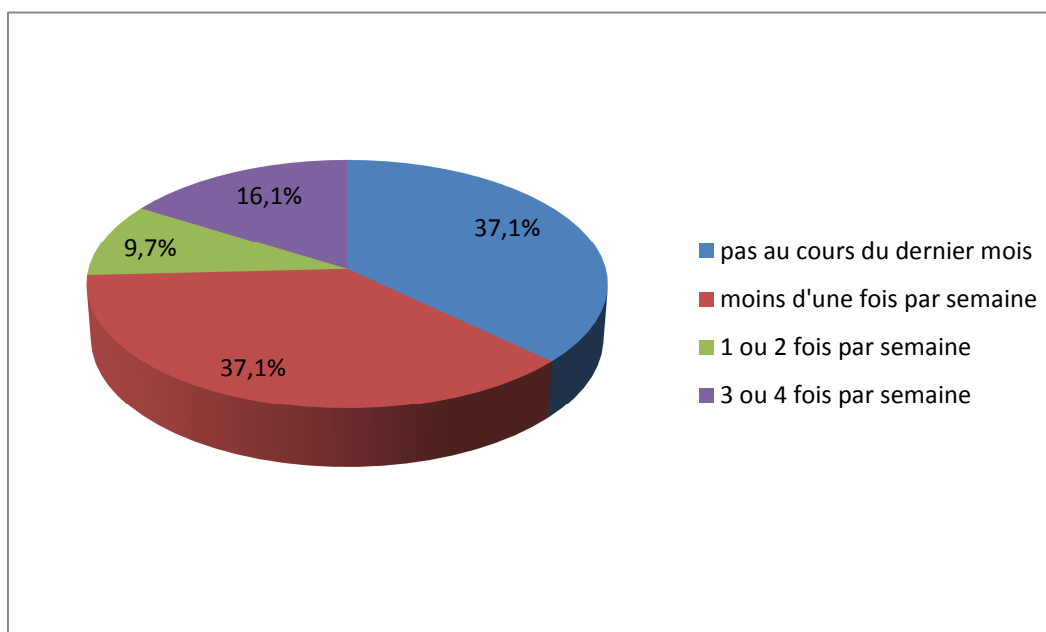


Figure 25 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence où les patients ont eu des douleurs au cours du dernier mois.

Concernant, la question 5j où le patient devait préciser s'il avait d'autres troubles du sommeil, aucun patient n'a donné de description.

2.6. Utilisation d'un médicament du sommeil.

L'utilisation d'un médicament du sommeil correspond à la question 7 du PSQI. Tous les patients précisaient avoir recours à un ou plusieurs médicament(s) pour dormir 3 ou 4 fois par semaine au cours du dernier mois.

2.7. Mauvaise forme durant la journée.

Une mauvaise forme durant la journée correspond aux questions 8 et 9 du PSQI. Pour la huitième question le patient devait préciser combien de fois il avait des difficultés à demeurer éveillé pendant qu'il conduisait, prenait un repas ou était occupé dans une activité

sociale. Dans notre échantillon, 30 patients ont précisé avoir des difficultés, 14 avaient des difficultés moins d'une fois par semaine, 10 1 ou 2 fois par semaine et 8 3 ou 4 fois par semaine (Figure 26).

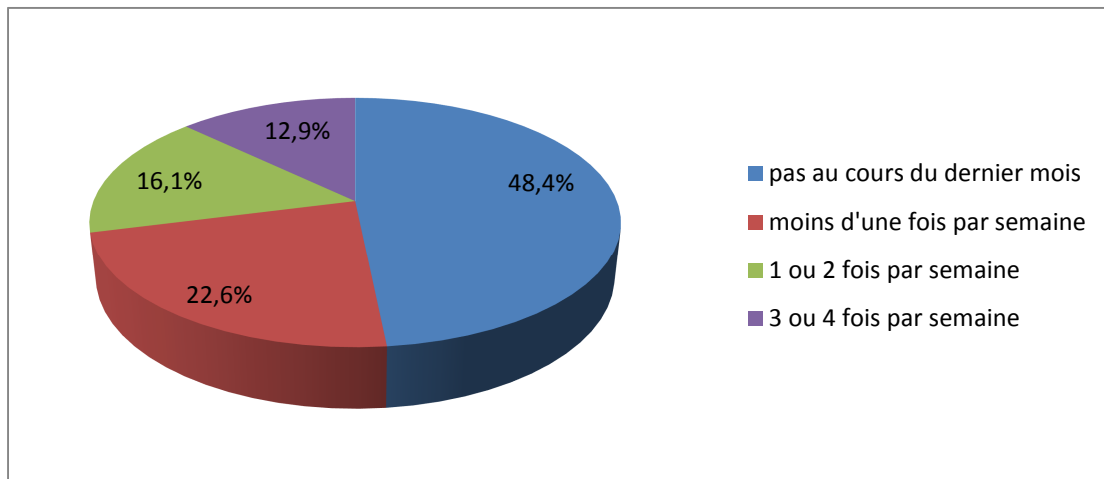


Figure 26 : Répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des difficultés à demeurer éveillé pendant la conduite, un repas ou une activité sociale au cours du dernier mois.

Pour la neuvième question qui était : *au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?* Dans notre échantillon, pour 34 patients cela n'était du tout un problème, pour 19 seulement un tout petit problème, pour 7 un certain problème, pour 2 un très gros problème (Figure 27).

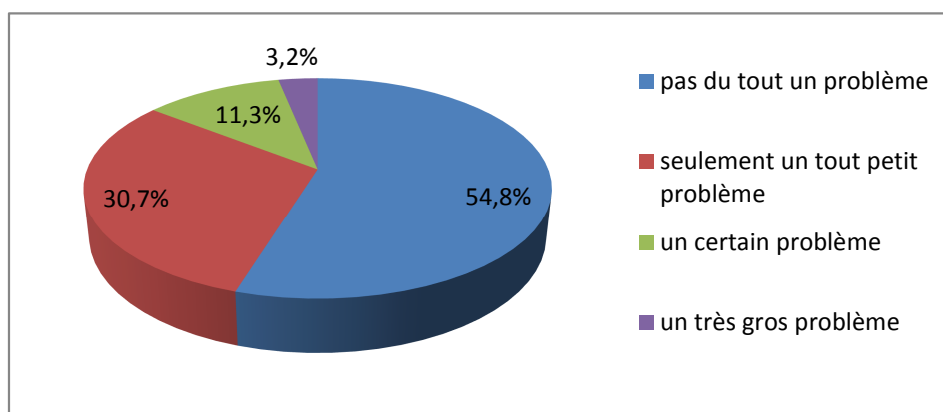


Figure 27 : Répartition de la population étudiée en fonction si cela représente un problème d'avoir assez d'enthousiasme pour faire leur activité au cours du dernier mois.

2.8 Score global au PSQI.

Le score était obtenu grâce à la somme des 7 composantes du PSQI.

Le score le plus faible était de 5 et concernait deux patients. Tous les autres patients avaient un score supérieur à 5. Le score le plus élevé était de 18 (Figure 28). La moyenne du score du PSQI de nos patients était de 11.21, et la médiane était de 11.

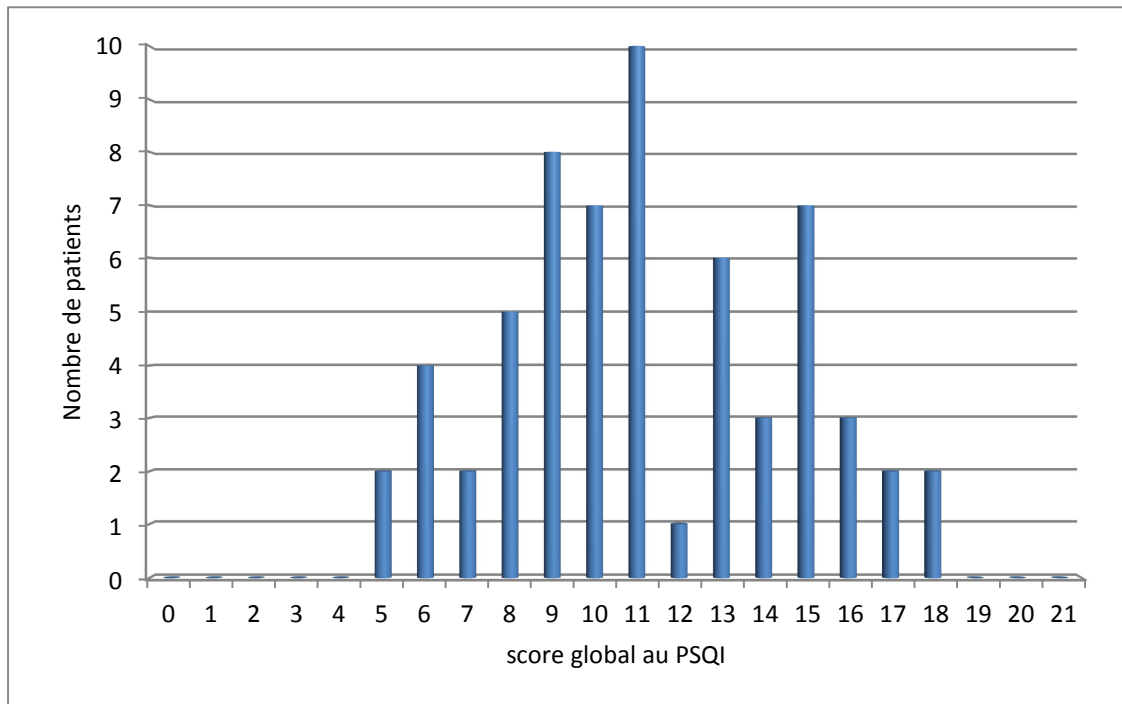


Figure 28 : Répartition du score global au PSQI de notre échantillon.

3. Quels médicaments pour dormir?

Tous les patients ont précisé prendre un ou plusieurs médicaments pour dormir.

En ce qui concerne la durée de traitement, elle était en moyenne de 7 ans, 10 mois et 24 jours. La plus courte durée était de 2 mois, tandis que la plus longue était de 40 ans (Figure 29).

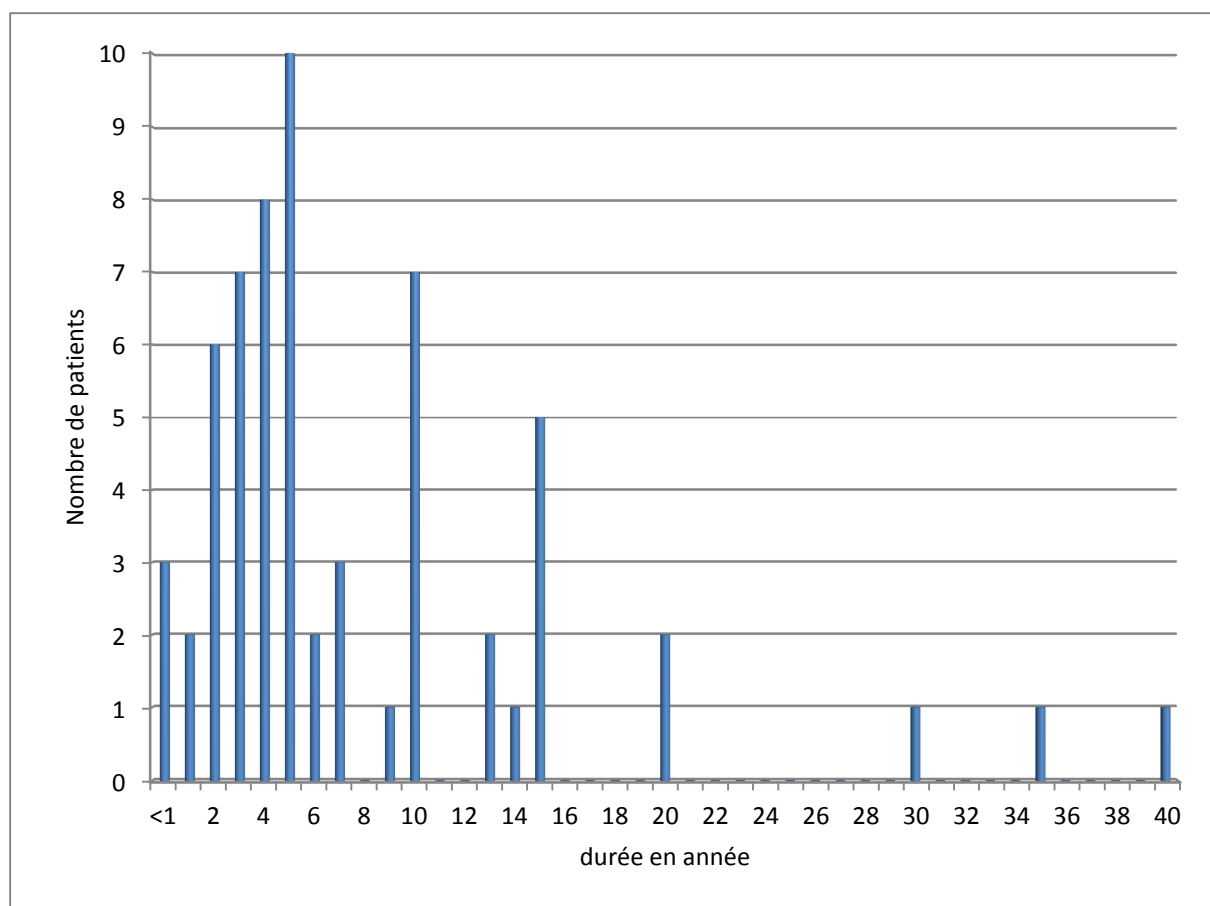


Figure 29 : Répartition de notre échantillon en fonction de la durée de consommation de somnifère

Parmi les médicaments utilisés (Tableau 7 et Tableau 8), le plus utilisé était le Zolpidem (19 patients), puis le Bromazépam (18 patients) et l'Alprazolam (14 patients).

Tableau 7 : Répartition des différents médicaments utilisés par notre échantillon.

Nom du médicament	N de patients
Zolpidem	19
Bromazepam	18
Alprazolam 0.25 mg ou 0.50 mg	14
Oxazepam 10 mg ou 50 mg	6
Zopiclone	6
Prazepam	4
Lormétazépam	1
Lorazépam 2.5 mg	1
Hydroxyzine 25mg	1
Cyamémazine gouttes	1

Tableau 8 : Répartition des différents médicaments utilisés par classe de psychotropes.

psychotropes	nombre de molécules
Benzodiazépines et apparentées	8
Antihistaminiques	1
Neuroleptiques	1

Dans notre échantillon, 8 patients soit 13% utilisaient plus d'une molécule pour dormir. Pour ces patients, nous avons retrouvés les associations suivantes :

- Alprazolam 0.5 + Oxazepam 50 + Zolpidem
- Bromazepam ½ + Zopiclone
- Oxazepam 50 + Zolpidem
- Zopiclone + Bromazepam ¾
- Alprazolam 0.5 + Zopiclone
- Zopiclone + Alprazolam 0.5
- Bromazepam +Hydroxyzine 25
- Zopiclone + Alprazolam 0.5

Dans notre échantillon, 48 patients ont déjà pensé à arrêter contre 14 qui ne l'ont jamais envisagé.

4. Analyse de la motivation

Les patients de notre échantillon prenaient un somnifère depuis longtemps, nous avons étudié leur motivation, pour arrêter leur médication du sommeil à travers dix questions s'intéressant particulièrement à la balance décisionnelle. La série de questions énoncées représentaient des aspects positifs et négatifs de la consommation de médication pour dormir. Le patient devait indiquer à quel point chaque énoncé était important pour lui à l'aide d'une échelle fournie.

La question 14 demandait au patient : *Cesser de consommer ma médication pour dormir me permettrait d'éviter la sensation d'être encore endormi(e) lorsque je me lève le matin ?* Pour 40 patients cela n'était pas du tout important, pour 15 patients un peu important, pour 3 patients plutôt important, pour 2 patients très important, pour 2 patients extrêmement important (Figure 30).

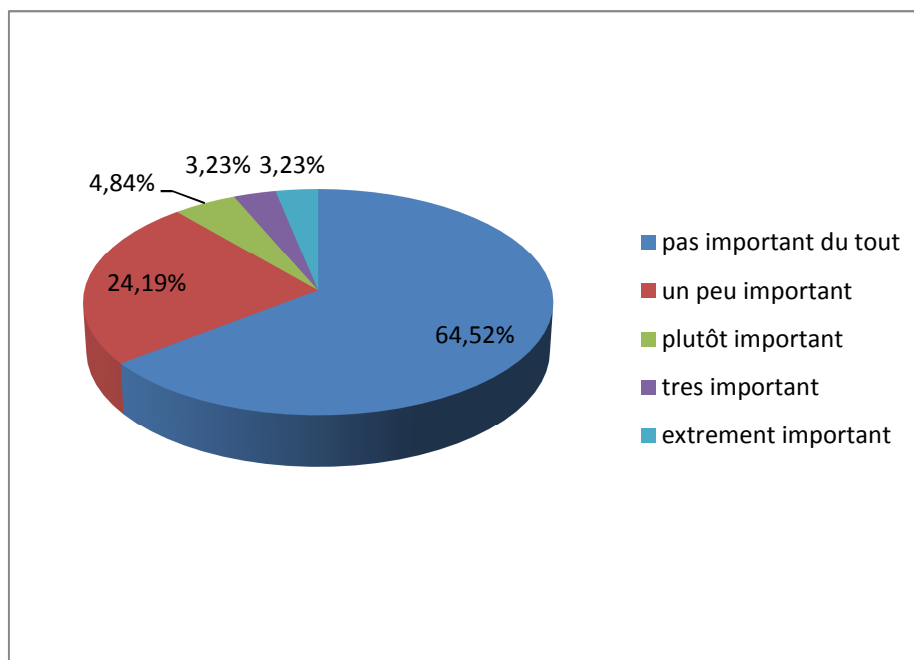


Figure 30: Répartition de la population en fonction de l'importance si cesser de consommer une ou des médicaments pour dormir permettrait d'éviter la sensation d'être encore endormi lorsque le patient se lève le matin.

La question 15 demandait au patient : *Si je cesse ma médication pour dormir, je devrai affronter plusieurs nuits d'insomnie ?* Pour 9 patients cela n'était pas du tout important, pour 9 patients un peu important, pour 15 patients plutôt important, pour 14 patients très important, pour 18 patients extrêmement important (Figure 31).

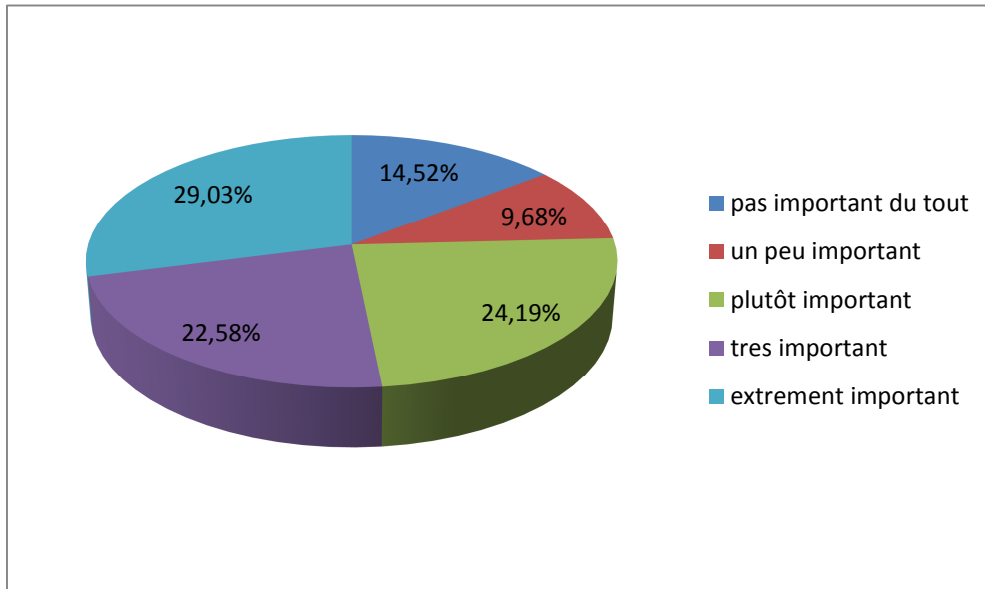


Figure 31 : Répartition de la population en fonction de l'importance si cesser une médication pour dormir, le patient devrait affronter plusieurs nuits d'insomnie.

La question 16 demandait au patient : *en ne changeant rien à ma consommation actuelle, je risque d'être ou de devenir dépendant(e) à la médication ?* Pour 22 patients cela n'était pas du tout important, pour 21 patients un peu important, pour 7 patients plutôt important, pour 5 patients très important, pour 7 patients extrêmement important (Figure 32).

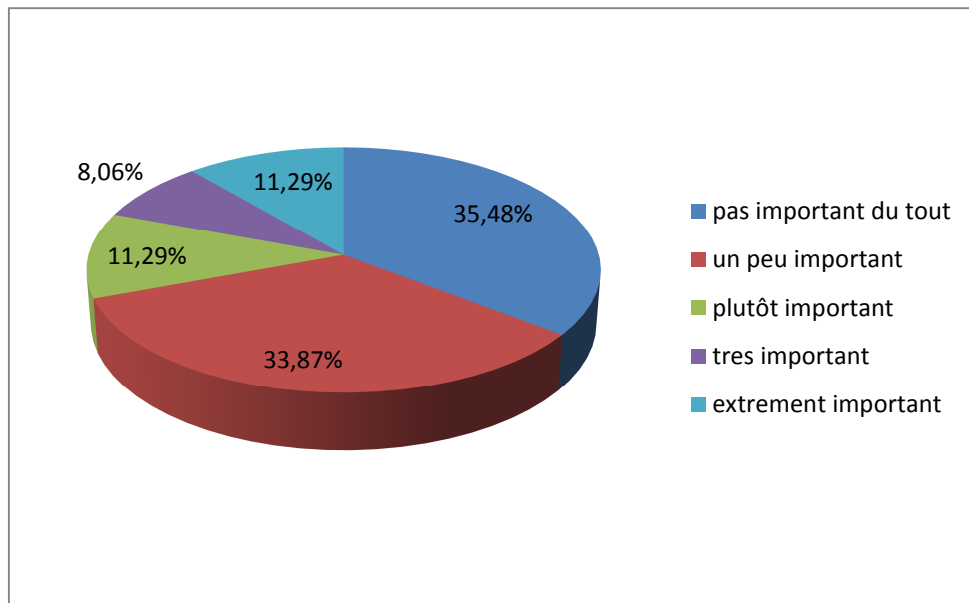


Figure 32 : Répartition de la population en fonction de l'importance si en ne changeant rien à sa consommation actuelle, le patient risque d'être ou de devenir dépendant(e) à la médication.

La question 17 demandait au patient : *Cesser ma consommation signifie que je dois faire des efforts pour trouver d'autres moyens de résoudre mon insomnie ?* Pour 12 patients cela n'était pas du tout important, pour 15 patients un peu important, pour 18 patients plutôt important, pour 10 patients très important, pour 7 patients extrêmement important (Figure 33).

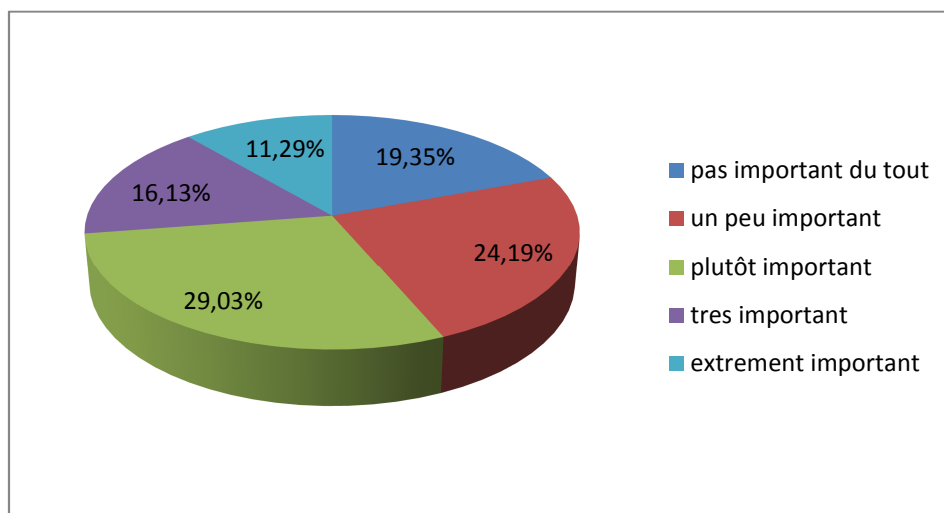


Figure 33 : Répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation signifie que le patient doit faire des efforts pour trouver d'autres moyens de résoudre mon insomnie.

La question 18 demandait au patient : *sans médication pour dormir, je n'en ressentirai plus les effets sur ma performance et mon humeur pendant l'avant-midi ?* Pour 28 patients cela n'était pas du tout important, pour 14 patients un peu important, pour 15 patients plutôt important, pour 5 patients très important, pour 2 patients extrêmement important (Figure 34).

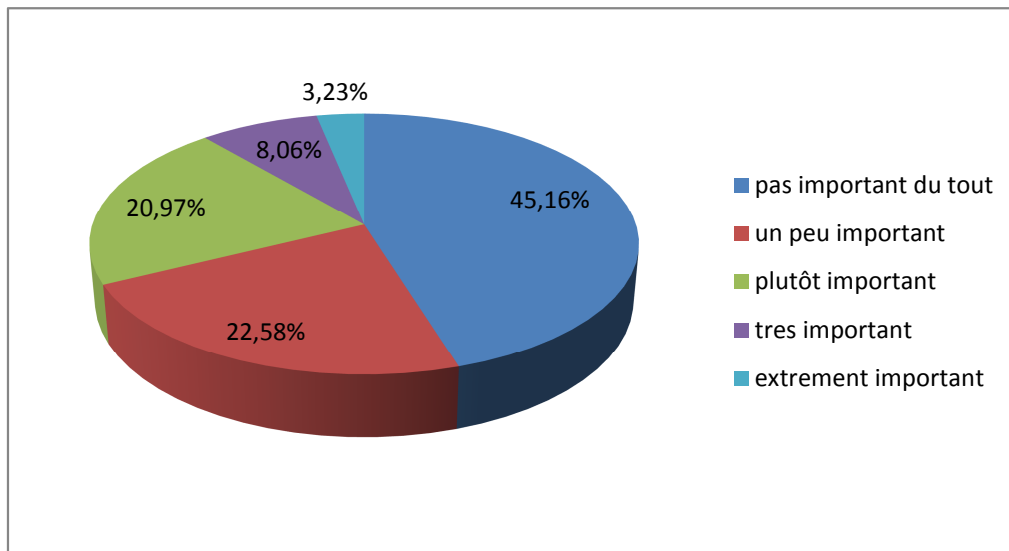


Figure 34 : Répartition de la population en fonction de l'importance si sans médication pour dormir, le patient ne ressentira plus les effets sur sa performance et son humeur pendant l'avant-midi.

La question 19 demandait au patient : *je serai à fleur de peau et très irritable si je cesse ma consommation de médication pour dormir ?* Pour 29 patients cela n'était pas du tout important, pour 13 patients un peu important, pour 10 patients plutôt important, pour 6 patients très important, pour 4 patients extrêmement important (Figure 35).

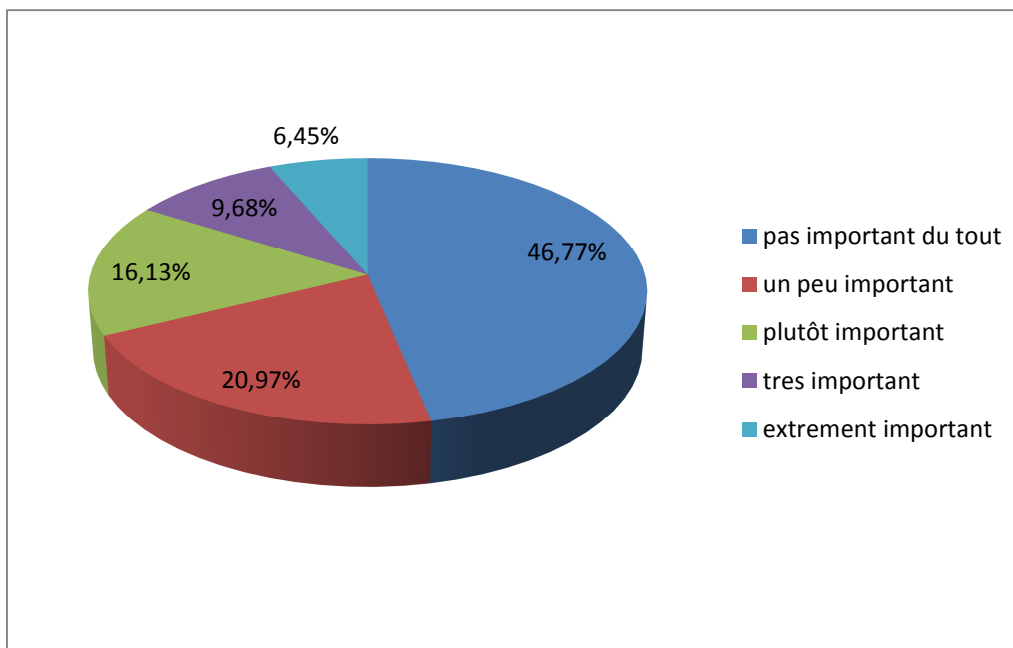


Figure 35 : Répartition de la population en fonction de l'importance si le patient serait à fleur de peau et très irritable si il cesse sa consommation de médication pour dormir.

La question 20 demandait au patient : *cesser ma consommation de médication pour dormir me donnera une meilleure image de moi-même ?* Pour 47 patients cela n'était pas du tout important, pour 8 patients un peu important, pour 3 patients plutôt important, pour 2 patients très important, pour 2 patients extrêmement important (Figure 36).

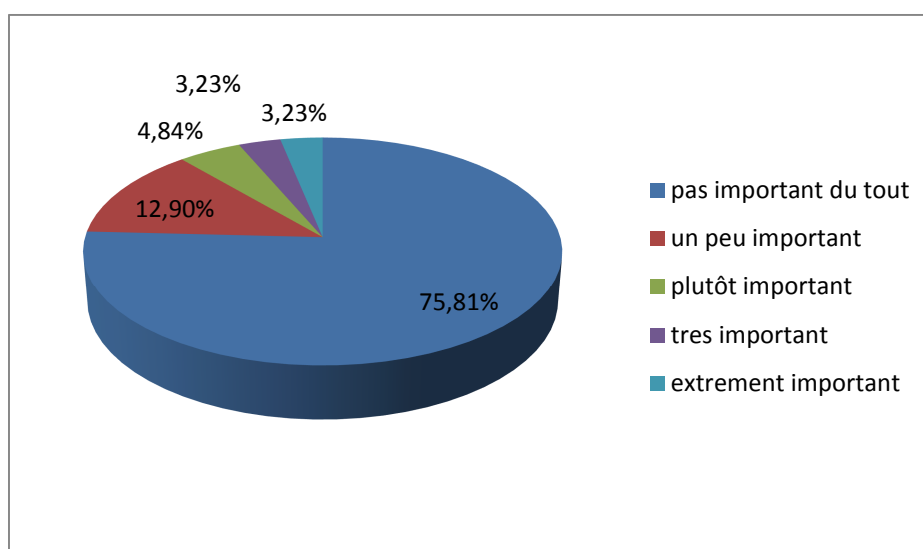


Figure 36 : Répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation de médication pour dormir donnera une meilleure image de lui-même au patient.

La question 21 demandait au patient : *cesser ma consommation me rendra anxieux(se), nerveux(se) et angoissé(e).* Pour 19 patients cela n'était pas du tout important, pour 13 patients un peu important, pour 13 patients plutôt important, pour 9 patients très important, pour 8 patients extrêmement important (Figure 37).

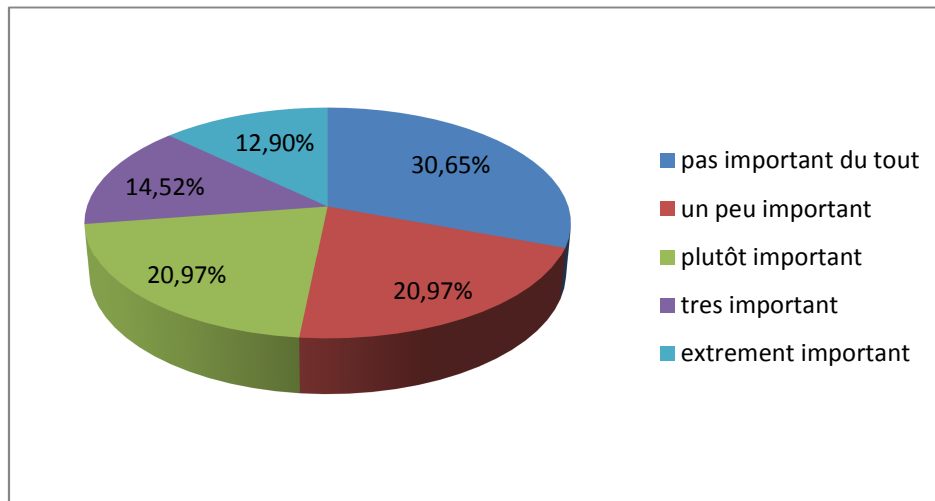


Figure 37 : Répartition de la population en fonction de l'importance si cesser sa consommation rendra le patient anxieux(se), nerveux(se) et angoissé(e).

La question 22 demandait au patient : *mon entourage sera fier de moi si je réussis à cesser ma consommation ?* Pour 51 patients cela n'était pas du tout important, pour 7 patients un peu important, pour 1 patient plutôt important, pour 2 patients très important, pour 1 patient extrêmement important (Figure 38).

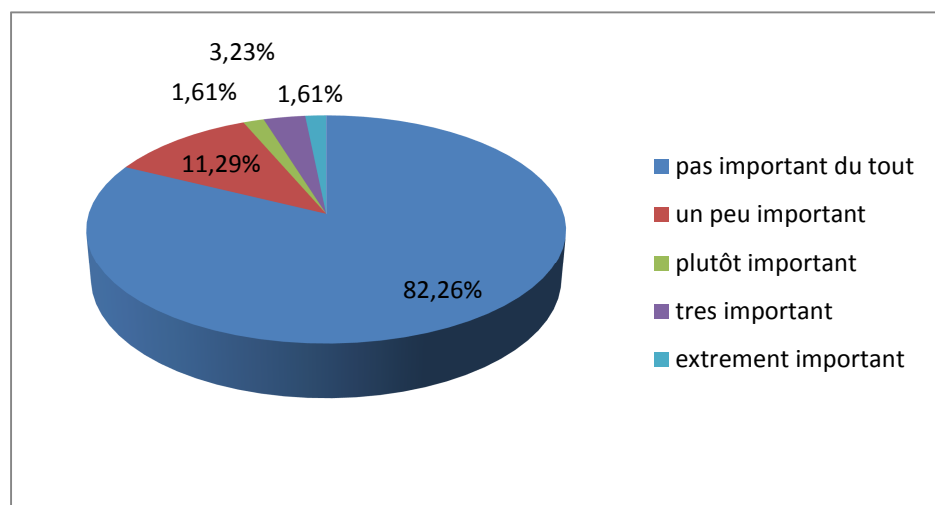


Figure 38 : Répartition de la population en fonction de l'importance si l'entourage sera fier de lui si le patient réussit à cesser sa consommation.

La question 23 demandait au patient : *mon entourage subira mes sautes d'humeur si j'arrête ma médication pour dormir?* Pour 36 patients cela n'était pas du tout important, pour 12 patients un peu important, pour 7 patients plutôt important, pour 4 patients très important, pour 3 patients extrêmement important (Figure 39).

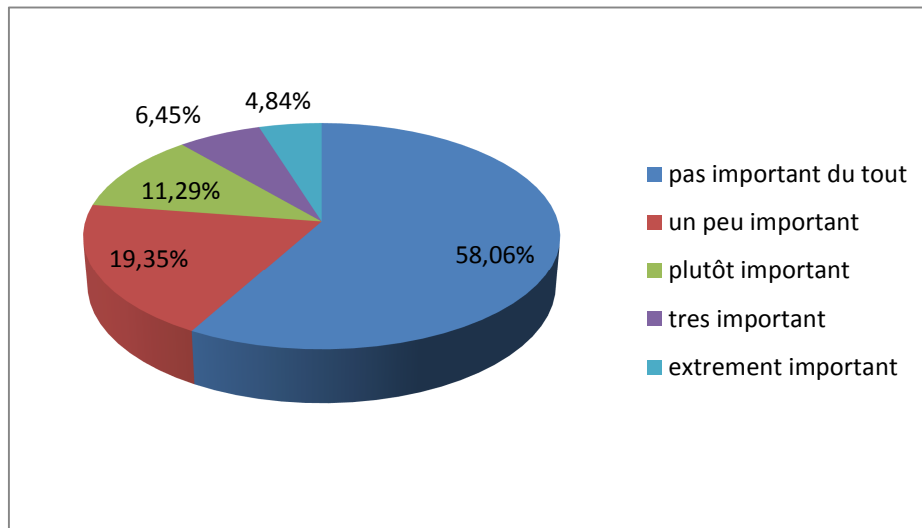


Figure 39 : Répartition de la population en fonction de l'importance si l'entourage du patient subira ses sautes d'humeur s'il arrête sa médication pour dormir.

Les scores obtenus à chaque question ont été additionnés pour obtenir un score global.

Le score le plus faible était de -20 et le plus élevé est de 16. Huit patients (13%) avaient un score positif. Deux patients (3%) avaient un score égal à zéro. 52 patients (84%) avaient un score négatif (Figure 40).

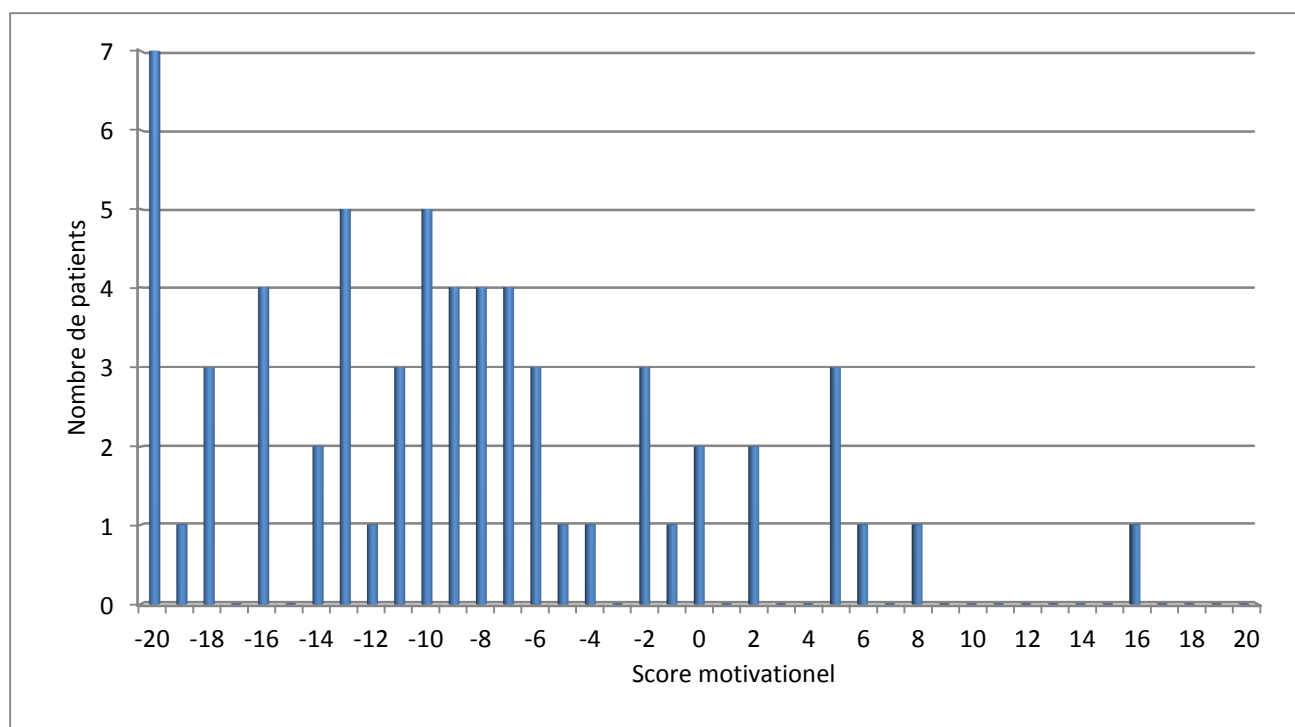


Figure 40 : Répartition des scores obtenus par nos patients sur la partie motivation.

DISCUSSION

L'insomnie est une pathologie fréquente dans la population générale.

Le médecin généraliste est en général l'interlocuteur de première intention. La prescription de somnifères reste élevée et est souvent la première réponse apportée au patient malgré des recommandations contraires [65–67].

Comme le rappelle l'ANSM, près de 90% des prescriptions de benzodiazépines proviennent de prescripteurs libéraux et notamment des médecins généralistes.

Il semble essentiel de savoir si la prescription et surtout le renouvellement systématique de somnifère permet au patient d'obtenir une bonne qualité de sommeil et ce de façon durable.

1. Résultats principaux de notre étude.

1.1 Caractéristiques sociodémographiques.

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 63.18 ans $\pm$ 11.31 et l'âge médian est de 64,5 ans. Cependant, la majorité des patients de notre échantillon avait plus de 60 ans, et donc n'ayant plus de contraintes professionnelles (patients retraités).

Les femmes étaient les plus représentées, 76% de femmes contre 24% d'hommes.

Le nombre moyen de lignes de médicaments était de 4,84 lignes sur les ordonnances de médicaments pris de façon quotidienne par les patients.

Parmi les molécules les plus utilisées pour obtenir le sommeil, il y avait le Zolpidem en première position, puis le Bromazépam et l'Alprazolam en troisième.

La durée moyenne de traitement était de 7 ans, 10 mois et 24 jours donc bien au-delà des règles de bon usage des benzodiazépines.

13% des patients utilisaient plus d'une molécule pour obtenir le sommeil.

Les patients possédaient pour la plupart des antécédents médicaux. Les plus fréquemment retrouvés étaient l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le reflux gastro-œsophagien, le syndrome dépressif et l'hypothyroïdie.

1.2 Résultats concernant l'objectif principal

53,2% des patients estimaient leur qualité de sommeil comme assez bonne. 17,4% des moins de 60 ans contre 7,7% des plus de 60 ans l'estimaient très mauvaise. Mais s'agissant d'une estimation du patient et donc lié à son interprétation, cette donnée est subjective.

Au niveau de l'efficacité de sommeil, 30,6% des patients avaient une efficacité du sommeil $\geq 85\%$. Comparativement 43,5% des moins de 60 ans contre 23,1% des plus de 60 ans avaient une efficacité du sommeil $\geq 85\%$. Ainsi il y a une efficacité de sommeil plus faible que pourrait le laisser entendre le ressenti des patients sur leur qualité du sommeil.

79 % des patients de l'étude s'endormaient en moins de 30 minutes mais seulement 45,2% en moins de 15 minutes alors que classiquement la définition d'un « bon sommeil » est un endormissement en quelques minutes [20] . 71 % des patients se réveillaient la nuit ou précocement le matin trois ou quatre fois par semaine.

Dans notre échantillon, en utilisant l'index de Pittsburgh, nous avons retrouvé deux patients avec une bonne qualité de sommeil, c'est-à-dire avec un index de Pittsburgh inférieur ou égale à cinq. Ce résultat permet de répondre à l'objectif principal de l'étude à savoir que les patients utilisant de manière chronique une médication pour dormir ont objectivement une mauvaise qualité de sommeil.

1.3 Résultats concernant l'objectif secondaire.

48 patients ont déjà pensé à arrêter de consommer une médication pour dormir contre 14 patients qui n'ont jamais pensé arrêter.

Concernant le score motivationnel, 84% de notre échantillon a obtenu un score motivationnel négatif. Ce résultat nous permet de répondre à l'objectif secondaire de

l'étude : les patients sous somnifères ne sont pour la grande majorité pas motivés pour un sevrage.

2. Réflexions autour des résultats.

2.1 Réflexions autour des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.

Au niveau national, l'âge médian des consommateurs de benzodiazépines en 2012 est de 56 ans (hommes = 55 ans, femmes = 57 ans) [68]. Les femmes sont plus nombreuses à consommer des benzodiazépines (64% sont des femmes).

En 2012, au niveau national, on retrouve le même trio parmi les molécules consommées mais dans un ordre différents où l'Alprazolam est la benzodiazépine la plus consommée, devant le Zolpidem et le Bromazépam [68]. Cela semble normal que le Zolpidem soit le plus utilisé dans notre échantillon car notre étude s'adresse à une population souffrant d'insomnie.

Au niveau national, parmi les consommateurs de benzodiazépines, 22,2 % consomment deux benzodiazépines d'indications différentes, simultanément ou non et 0,7 % en consomment trois [68], tandis que dans notre échantillon, ils sont 13%.

Les médicaments pour dormir ne sont pas les seuls consommés par les patients, d'autres médicaments sont retrouvés sur les ordonnances pris de manière chronique montrant que l'insomnie est associée à d'autres problèmes de santé. Notamment des maladies cardiovasculaires.

Nos patients avaient parfois beaucoup d'antécédents ce que confirme Mellinger et al [69] qui ont observé que l'insomnie affectait plus de la moitié des sujets qui avaient deux problèmes médicaux ou plus.

Dans notre étude, nous avons retrouvé des maladies somatiques pouvant être responsable d'insomnie secondaire :

- le reflux gastro-œsophagien (29% de l'échantillon),

- une pathologie thyroïdienne mal équilibrée par le traitement substitutif,
- des hypoglycémies induites par certains antidiabétiques.
- des pathologies pouvant donner des douleurs telles que l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde.
- Des traitements pouvant perturber le sommeil, notamment pour les patients avec un antécédent d'infarctus du myocarde, qui étaient sous bêtabloquants.

De nombreux patients possédaient des facteurs de risques cardio vasculaire, de type hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète. D'autres avaient des antécédents cardiovasculaires graves de type infarctus myocarde ou arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire. Ces caractéristiques sont confirmées par une étude montrant que les insomniaques sévères consomment plus de médicaments à visée cardio vasculaire que les bons dormeurs [38].

Les patients avec un antécédent d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, et qui étaient donc sous traitement anticoagulant, augmentent leur risque d'hémorragie intracérébrale lors d'une chute avec traumatisme crânien. Ce risque lié à la prise d'anti coagulant est à prendre en compte lorsque les patients sont sous benzodiazépines car ces dernières induisent des troubles de la vigilance et donc augmentent le risque de chute. Dans un registre un peu similaire, 14% des patients avaient un antécédent d'ostéoporose, ce qui induit un plus grand risque de fracture lors d'une chute.

26% des patients se plaignaient d'un syndrome dépressif, pathologie fréquente chez les insomniaques comme l'atteste une étude qui retrouve chez 59,3% des patients du groupe insomnie des troubles psychiatriques (anxiété et dépression), contre 14,4% chez les bons dormeurs [70]. La relation entre l'insomnie et certains troubles psychiatriques (notamment les troubles dépressifs et anxieux) est bidirectionnelle et particulièrement complexe [71]. L'insomnie peut précéder ou suivre l'apparition du trouble psychiatrique ou faire partie des symptômes résiduels persistant après le traitement du trouble. Cette persistance des difficultés de sommeil peut devenir, à son tour, un facteur de risque de rechute du trouble.

Ainsi à l'examen du dossier des patients se pose la question des relations de cause à effet : est-ce l'insomnie qui est à l'origine de certaines pathologies et/ou de leur aggravation,

ou est-ce les comorbidités qui engendrent des troubles du sommeil ? On peut identifier des causes possibles induisant une perturbation du sommeil du patient qu'il faut déceler et expliquer aux patients. De même, en prescrivant et en renouvelant des ordonnances de benzodiazépines nous mettons en danger nos patients.

2.2. Réflexions autour de l'objectif principal.

Cette étude a donc permis de montrer que les consommateurs de benzodiazépines avaient une mauvaise qualité de sommeil.

Il y a dans la littérature très peu d'études sur la qualité du sommeil des patients utilisant le PSQI. Les études ne s'intéressent pour la plupart qu'à certains paramètres du sommeil comme le délai d'endormissement, la durée totale de sommeil, le nombre de réveil nocturne ou précocement le matin ou certaines études des données polysomnographiques.

Les benzodiazépines sont souvent utilisées sur de longues périodes par les patients insomniaques, mais les études disponibles sont toutes de courte durée [72]. Utilisées à court terme, les benzodiazépines peuvent raccourcir le temps d'endormissement et prolonger la durée totale de sommeil, avec un bénéfice plutôt limité [72].

Les études d'une durée supérieure à quatre semaines sont rares et ne sont pas en mesure de démontrer un effet statistiquement significatif des benzodiazépines sur les paramètres du sommeil. Une étude retrouve une diminution du temps d'endormissement par rapport au placebo mais avec une différence non significative. De plus dans certaines études, la dose en benzodiazépine est augmentée progressivement pour éviter un effet d'accoutumance [52].

Plusieurs études confirment que les utilisateurs chroniques d'hypnotiques et d'anxiolytiques n'ont aucune amélioration ou bien une légère amélioration comparée aux insomniaques [73].

Enfin, des essais randomisés sur les benzodiazépines à visée hypnotique ont montré une perte d'efficacité après 10-15 jours de traitement [72,74].

2.3. Réflexions autour de l'objectif secondaire.

Concernant la motivation pour un sevrage, notre étude est très intéressante. La grande majorité de nos patients avaient une mauvaise qualité de sommeil, mais n'étaient pas pour autant motivés pour un sevrage.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études analysant la motivation des patients sous somnifère pour se sevrer.

La motivation est un élément indispensable dans le cadre d'un sevrage, celui-ci semble donc difficile à mettre en place, de plus selon plusieurs études, la consommation de somnifère favoriserait la satisfaction concernant la durée du sommeil [72,75].

Une question peut se poser, pourquoi la motivation est-elle si faible? Pour de nombreux patients le syndrome de sevrage est très présent car beaucoup ont déjà essayé d'arrêter par eux-mêmes et ont été confrontés à ce syndrome avec surtout une insomnie de rebond très mal vécue par le patient. En effet en cas d'usage régulier de benzodiazépines, une tolérance aux effets hypnotiques se développe après quelques semaines. L'arrêt brutal peut être suivi d'une insomnie de rebond, en particulier avec les médicaments à courte durée d'action. La molécule est donc reprise par le patient dans le but d'amoindrir les symptômes de sevrage, enclenchant un cercle vicieux de dépendance. Ce phénomène explique en grande partie la faible motivation des patients de notre étude à se sevrer de leur traitement psychotrope.

3. Points forts.

Notre étude possède plusieurs points forts qu'il convient de relever.

Premièrement, Il s'agit d'une étude prospective.

Deuxièmement, elle traite d'un sujet d'actualité, que commence à s'approprier les pouvoirs publics.

Ensuite, Notre étude est originale car peu d'études sont retrouvées dans la littérature sur la qualité de sommeil des patients utilisant une médication pour le sommeil de manière systématique, et depuis une durée supérieure à leurs indications.

Pour notre questionnaire, nous nous sommes appuyés sur les items du PSQI, un questionnaire validé au niveau international. Les études retrouvées dans la littérature s'intéressent essentiellement à des paramètres du sommeil tel que la durée d'endormissement, la durée totale de sommeil, le nombre de réveil nocturne, et utilise rarement le PSQI.

Cette étude a permis de confirmer à une petite échelle, l'inefficacité du traitement au long court de l'insomnie par des psychotropes.

Le patient a souvent une vision erronée de la qualité de son sommeil, le fait de réaliser ce questionnaire permet de faire réaliser objectivement au patient que son sommeil est de mauvaise qualité, montré au patient qu'il a tort que son sommeil n'est pas de bonne qualité. Il peut s'agir de la première phase d'une prise en charge d'un sevrage en benzodiazépine, fait prendre conscience au patient que son sommeil est mauvais. Il s'agira en suite de lui proposer une autre prise en charge de son sommeil et surtout d'être convaincant, afin qu'il adhère complètement, car tous les patients ont une angoisse de ne plus dormir sans leur somnifère.

4. Points faibles.

Concernant le calcul de l'efficacité du sommeil, le temps passé au lit intervient dans ce calcul. Certains patients passent beaucoup de temps au lit, particulièrement les patients de plus 60 ans. Ces derniers n'ont pour la plupart plus de contraintes professionnelles, contrairement aux patients de moins de 60 ans, ayant une activité professionnelle, qui sont obligés de se lever à une certaine heure. Pour ce calcul intervient aussi, la durée de sommeil déclarée par le patient, cette donnée est subjective. Il est reconnu dans la littérature une tendance à la sous-estimation de la durée du sommeil par les insomniaques [89]. La proportion de notre échantillon ayant une efficacité de sommeil supérieur à 85% est sans doute sous-évaluée et le score pour la composante 4 sur évalué.

Dans le calcul du PSQI, la composante 6 se réfère à l'utilisation d'un médicament pour le sommeil. Hors tous les patients de notre étude (100%) prennent un somnifère, ce qui octroi d'office trois points à tous les patients de notre échantillon. Le PSQI est donc systématiquement majoré de 3 points dans notre étude. Cela explique en partir pourquoi la

grande majorité (97%) des scores est supérieure à 5. En analysant les résultats on s'aperçoit que 12 patients ont un score entre 5 et 8, et aurait sans cette composante une bonne qualité de sommeil.

Plus de la moitié des patients inclus dans l'étude proviennent de la patientèle d'un seul cabinet. Le lieu d'exercice des cabinets se trouve en milieu semi rural pour la plupart, un seul cabinet se trouve en milieu urbain ce qui représente six patients (9.7%), ce qui ne nous permet pas d'avoir une population variée avec des personnes vivant en milieu urbain et d'autres en milieu rural ou semi-rural. Il y a un biais de recrutement : la population de notre échantillon n'est pas représentative de la population générale.

L'étude n'a pas incluse de patients vivants en EPHAD, ni même des patients de plus de 80 ans, dont certains sont totalement autonome à la maison, cela aurait pu permettre d'augmenter le nombre d'inclusion et d'avoir des données sur la population la plus exposée aux benzodiazépines.

Le mode de distribution du questionnaire peut constituer un biais de sélection, les médecins pouvant « choisir » les patients à qui ils le distribuent, en favorisant les personnes valides et ayant un bon état cognitif par crainte qu'ils ne comprennent pas les questions ou remplissent mal le questionnaire ou pour limiter la durée des explications.

Il existe également des biais inhérents à l'auto-questionnaire : les personnes ne sachant pas lire, ayant d'importants troubles cognitifs, d'importants troubles visuels, une impossibilité d'écrire ne pourront y répondre.

Le nombre moyen d'années d'exercice en libéral des médecins à qui appartiennent la patientèle n'est pas précisé, on peut se demander si la démarche thérapeutique des médecins face aux patients souffrant de troubles du sommeil est une démarche dépendante de leurs années d'expérience et de leur formation initiale.

Le questionnaire étant relativement long, cela pourrait avoir influencé les réponses des participants. Sur la partie analyse de la motivation, beaucoup de patient ont coché la première réponse. Cela pourrait suggérer que les patients étaient pressés de terminer le questionnaire sans réellement réfléchir aux réponses.

Enfin, Notre étude ne permet pas de savoir si la plus longue durée d'évolution de l'insomnie sous somnifères est une conséquence, comme semble le montrer une étude [86], des effets néfastes des hypnotiques sur le sommeil ou alors s'il s'agit de troubles plus sévères initialement, ne s'améliorant pas spontanément, ou dont les conséquences sur la vie quotidienne sont plus importantes et qui, alors, nécessitent un traitement.

4. Ouvertures/Perspectives.

4.1. Aborder le sujet

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis [12], 69% des patients souffrant de troubles du sommeil n'en ont jamais parlé à leur médecin, 26% en ont parlé à l'occasion d'une consultation pour un autre motif et seulement 5% ont consulté spécifiquement leur médecin traitant pour évoquer leur trouble du sommeil. Ils évoquent le plus souvent le problème à la fin de consultation ou au moment de renouveler une ordonnance et demande une solution rapide et efficace.

Cette façon d'aborder les troubles du sommeil induit une difficulté supplémentaire pour la prise en charge et le suivi.

Il est important de proposer systématiquement une consultation orientée sur leur problème d'insomnie lors de la première plainte et ne pas prescrire par solution de rapidité, d'efficacité (seulement à court terme) un somnifère. De même, il faut insister auprès du patient lors de leur renouvellement que ces médicaments ne sont pas à prendre de façon chronique et qu'ils ne doivent être utilisés que pour de courtes durées. Il faut encourager le patient à revenir en consultation pour parler spécifiquement de ce problème. Pour prendre en charge au mieux un trouble du sommeil, il faut du temps, au même titre que certaines pathologies chroniques, l'insomnie ne peut se régler à la fin de la rédaction d'une ordonnance de médicaments pour d'autres pathologies.

Comme la prise en charge de l'hypertension artérielle, l'insomnie nécessite un bilan clinique initiale voir un bilan paraclinique, ainsi que la mise en place de mesures hygiéno-diététiques avant une prescription médicamenteuse.

Il serait intéressant de savoir combien de fois dans l'année les patients ont parlé de leur problème de sommeil à leur médecin, de savoir ce qu'ils ressentent, s'ils se sont accommodés à moins bien dormir. Pensent-ils que leur médecin ne peut plus rien leur apporter hormis renouveler leur somnifère de manière systématique.

La prise en charge d'un patient insomniaque n'est pas aisée, elle nécessite une considération globale des multiples facteurs environnementaux, psychologiques et parfois organiques du patient.

4.2. Éducation thérapeutique.

L'insomnie est vécue comme une maladie et l'idée qu'elle peut se soigner sans médicament est difficile à faire comprendre au patient en règle générale. Si on prend l'exemple de l'hypercholestérolémie, qui peut se traiter par des médicaments, il y a des règles hygiéno-diététiques à appliquer pour faire diminuer le cholestérol. Pour l'insomnie il faut appliquer des bonnes règles d'hygiène du sommeil pour espérer avoir un bon sommeil.

Une étude visant à rechercher l'application des règles d'hygiène du sommeil chez les patients consommateurs de somnifères serait intéressante car il s'agit des premiers éléments à explorer lors d'une plainte d'insomnie et à mettre en place dans une optique de sevrage en benzodiazépines. Les consommateurs de somnifères commettent plus fréquemment des « erreurs » d'hygiène de sommeil, notamment en allant se coucher sans avoir sommeil, et mettent significativement plus de temps à s'endormir. Ils se couchent et se lèvent plus fréquemment à des heures irrégulières, et ont des activités dans le lit autres que dormir ou avoir des relations sexuelles. Les personnes de plus de 65 ans ayant une tendance à l'avance de phase, avec un coucher et un lever précoce, ont une diminution de l'efficacité du sommeil, qui correspond à un rapport temps de sommeil sur temps passé au lit faible, et à une augmentation du sommeil diurne sans diminution du sommeil total [15,76].

Mais les patients sous somnifères sont probablement assez sceptiques sur l'efficacité de l'application de ses règles ou qu'ils pensent avoir à tort avoir une bonne d'hygiène de sommeil.

Nous pouvons d'ailleurs nous interroger : s'agit-il d'insomniaques par erreurs d'hygiène, dont les troubles ont été pérennisés par la prise de « somnifères », ou est-ce la prise de somnifères qui leur a permis de ne plus prendre garde à leur rythme veille-sommeil?

Les thérapies non médicamenteuses de l'insomnie et l'impact de l'hygiène de vie sur le sommeil sont souvent peu connus.

Il est important d'insister sur les règles d'hygiène du sommeil. Des fiches d'informations aux patients pourraient leur être données aux cours de ces consultations ou alors, les pharmaciens pourraient les délivrer en même temps que les conseils qu'ils prodiguent lorsque les patients viennent acheter des médicaments à délivrance sans ordonnance.

Une nouvelle forme de coopération médecin – pharmacien serait une piste de réflexion intéressante dans la nouvelle dynamique du pharmacien clinicien comme il peut l'être pour d'autres pathologies telles que l'équilibration de l'INR des patients sous Préviscan.

Un programme d'éducation thérapeutique pourrait être envisagé, avec la coopération de différents intervenants médicaux (notamment des psychologues). La remise d'un agenda du sommeil et de notre questionnaire pourrait être une première démarche, le patient pourrait alors revenir en consultation pour en discuter.

Une étude sur l'impact de 2 conférences d'éducation thérapeutique données à 2 mois d'intervalle aux patients souffrant d'insomnie apparaît comme une solution efficace. Sur les 55 patients suivis, à 3 mois, 20% des participants avaient complété l'agenda du sommeil et avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant ; 56% des consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement ; 84% des participants ayant appliqués les conseils et les thérapies cognitives et comportementales avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil [77].

D'autres alternatives à la prescription de somnifère existent, notamment les techniques de thérapie cognitivo-comportementale, elles associent un volet motivationnel et un volet éducatif [17].

Dans la prise en charge initiale de l'insomnie, la thérapie cognitivo-comportementale fait ses preuves. Une étude sur 164 patients souffrant d'insomnie chronique, une TCC en ligne s'avérait plus efficace qu'un traitement placebo à court terme [78]. Des études avec une période de suivi plus longue sont nécessaires pour vérifier si l'effet se maintient.

Dans une étude portant sur 201 patients présentant une insomnie chronique, Les patients du groupe intervention participaient à cinq sessions hebdomadaires de thérapie cognitivo-comportementale, en petits groupes. Le groupe témoin recevait des soins habituels. Les résultats révélaient un effet bénéfique sur le PSQI et après six mois, l'effet était encore significatif [79].

Une récente synthèse méthodique [80] a évalué l'efficacité d'une intervention minimale et courte du médecin généraliste faisant principalement appel à la responsabilité propre du patient, pour la suppression progressive des benzodiazépines. Trois études ont été prises en compte. Les résultats montrent un meilleur résultat d'une intervention minimale (consultation chez le médecin généraliste et un livret d'auto-assistance ; lettre invitant à l'arrêt avec ou sans information trimestrielle écrite) qu'avec des soins habituels en termes de réduction des benzodiazépines. La dose de benzodiazépine était diminuée de 20 à 35% après 6 mois dans le groupe intervention, versus 10 à 15% dans le groupe contrôle.

Une étude de cohorte récente [81] a montré que la majorité des sujets arrétant de consommer leur benzodiazépine suite à une intervention minimale ne consommaient toujours pas de benzodiazépine après 10 ans.

Selon une étude, évaluant le sommeil des patients à l'aide d'une polysomnographie, un agenda du sommeil et une évaluation psychologique qui ont reçu soit un traitement pharmacologique, soit un traitement par thérapie cognitivo-comportementale, soit placebo, soit l'association d'une thérapie cognitivo-comportementale et pharmacologique. Le traitement s'est effectué pendant 8 semaines. La latence d'endormissement, l'efficacité du sommeil et le temps de sommeil total étaient meilleurs dans le groupe avec un traitement pharmacologique que dans le groupe avec un traitement par thérapie cognitivo-comportementale. Un suivi a été effectué à 3 et 8 mois. Au troisième mois de suivi, la latence d'endormissement, l'efficacité du sommeil et le temps de sommeil total étaient meilleurs dans le groupe traité par thérapie cognitivo-comportementale. Au huitième mois

de suivi, le groupe traité par thérapie cognitivo-comportementale a montré un état de sommeil stable, tandis que le sommeil des autres patients revient progressivement à l'état de prétraitement [82]. Toutefois cette étude a contourné l'effet d'accoutumance en augmentant progressivement la dose des médicaments.

Comme le montre une étude [73], les patients sous hypnotiques trouvent un effet bénéfique à leur traitement et c'est surtout une « méthode » pratique et demandant peu d'investissement de la part du patient que d'autres moyens pour favoriser le sommeil.

Les traitements non pharmacologiques, en particulier le contrôle du stimulus et la restriction de sommeil, sont efficaces dans le traitement de l'insomnie et sont associés à une amélioration durable à long terme dans le sommeil [17].

Malgré les données montrant une efficacité des traitements non pharmacologiques, des molécules sont développées pour la prise en charge de l'insomnie chronique, notamment l'Almorexant, un antagoniste des récepteurs de l'hypocrétine.

4.3. Le problème de la prise en charge en médecine libérale.

Les médecins généralistes mettent en avant le manque de temps (les patients évoquant souvent le problème en fin de consultation). Une des solutions envisageables pourrait être la création d'une « visite longue durée », permettant aux médecins de consacrer le temps nécessaire avec une rémunération en conséquence, comme cela peut l'être dans le cadre de la consultation de dépistage des troubles cognitifs.

Pour inciter les médecins généralistes, on peut rappeler que dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique, la prescription de benzodiazépines intervient. La prise en charge adéquate de leur patientèle leur permettrait d'atteindre leur objectif en matière de prescription de benzodiazépines et avoir une rémunération en conséquence.

De même, l'augmentation du nombre de maisons de santé doit permettre de développer le concept de prise en charge globale et multidisciplinaire des patients. L'insomnie et les troubles du sommeil peuvent rentrer dans cette démarche avec la mise

place d'un plan d'éducation thérapeutique articulé autour du médecin généraliste, faisant intervenir psychologues et infirmiers notamment.

Afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge du patient insomniaque (et notamment au niveau des recommandations), les formations médicales continues sont à développer.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que les patients sous benzodiazépines n'ont pas résolu leur problème d'insomnie, au contraire celui-ci s'est pérennisé. Le patient a pris l'habitude et « vit avec », n'osant plus en parler à son médecin ou seulement en fin de consultation pour insister que le médecin n'oublie pas de mettre leur petit comprimé pour dormir. La consommation des BZD est très importante en France, mais cela n'est pas un constat récent. Des démarches ont été entreprises pour diminuer cette consommation mais sans résultats significatifs pour le moment. Les pouvoirs publics doivent jouer un rôle prépondérant dans la sensibilisation du grand public. Une coopération médecin-malade est indispensable pour enrayer la consommation. De même que la motivation du patient, le médecin à un rôle important, il doit convaincre, soutenir et pouvoir motiver ses patients. La consommation de benzodiazépines pour traiter une insomnie n'est pas une fatalité, il existe plusieurs alternatives aux traitements médicamenteux. Mais c'est un travail sur le long terme en coopération avec le patient, qui nécessite patience et courage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* avr 2002;6(2):97-111.
2. Cornwell AC, Feigenbaum P. Sleep biological rhythms in normal infants and those at high risk for SIDS. *Chronobiol Int.* 2006;23(5):935-961.
3. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med.* 25 mai 1998;158(10):1099-1107.
4. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. American Academy of Sleep Medicine; 2005. 297 p.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR-tm. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2000. 1002 p.
6. Waldvogel F, Hovaguimian T, Dubuis J, Garrone G, Haynal A, Naville P., et al. Insomnia in general practice : notes to accompany videotape [Internet]. World Health Organization, Division of Mental Health; 1993. [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/62312?locale=fr>
7. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Br J Psychiatry.* oct 1997;171:382-388.
8. Hohagen F, Rink K, K  ppler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993;242(6):329-336.
9. Leger D, Poursain B. An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition. *Curr Med Res Opin.* nov 2005;21(11):1785-1792.

10. Léger D, Allaert F-A, Massuel M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale: Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. La Presse Médicale. nov 2005;34(19, Part 1):1358-1362.
11. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? JAMA. 15 sept 1989;262(11):1479-1484.
12. Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. Sleep. oct 1991;14(5):392-398.
13. Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg F, Guilleminault C. Insomnia and use of hypnotics: study of a French population. Sleep. oct 1991;14(5):386-391.
14. Baillargeon L, Demers M, Grégoire JP, Pépin M. [Study on insomnia treatment by family physicians]. Can Fam Physician. mars 1996;42:426-432.
15. Allaert F-A, Urbinelli R. Sociodemographic profile of insomniac patients across national surveys. CNS Drugs. 2004;18 Suppl 1:3-7; discussion 41, 43-45.
16. Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. [cité 6 avr 2014]. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé; 2012 janv. Disponible sur: <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/L-Afssaps-dresse-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Communique>
17. Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. The Lancet. nov 2004;364(9449):1959-1973.
18. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen | NHG [Internet]. [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-slaapproblemen-en-slaapmiddelen>
19. Becchio M. Mémo « L'entretien motivationnel » [Internet]. HAS; 2009 [cité 30 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_860635
20. Dauvilliers Y, Billiard M. Aspects du sommeil normal. EMC - Neurologie. oct 2004;1(4):458-480.

21. Lavallard-Rousseau M-C. Le sommeil [Internet]. [cité 27 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/719702/le-sommeil>
22. Paquereau J. physiologie du sommeil normal. 30 sept 2007;1529-36.
23. Paquereau J, Claustrat B. Le sommeil normal et rythme veille-sommeil. oct 2013 [cité 28 avr 2014];(908). Disponible sur: http://www.larevuedupraticien.fr/search/apachesolr_search/sommeil?pagination=20&expression=1&tvid=0&taud=0&tphoto=0&tpdf=&tqui=&tar=0
24. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 1 nov 2004;27(7):1255-1273.
25. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. Sleep. 15 déc 2004;27(8):1567-1596.
26. NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. NIH Consens State Sci Statements. 13 juin 2005;22(2):1-30.
27. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale [Internet]. 2006 déc. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
28. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. J Sleep Res. mars 2000;9(1):35-42.
29. Troubles du sommeil et hypnotiques : impacts médicaux et socio-économiques [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/88016/article/troubles-du-sommeil-et-hypnotiques-impacts-medicaux>
30. Cochen V, Arbus C, Soto ME, Villars H, Tiberge M, Montemayor T, et al. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. J Nutr Health Aging. avr 2009;13(4):322-329.

31. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med.* févr 2001;63(1):49-55.
32. Morin CM. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. Guilford Publications, Incorporated; 1993. 238 p.
33. Zammit GK. Subjective ratings of the characteristics and sequelae of good and poor sleep in normals. *J Clin Psychol.* mars 1988;44(2):123-130.
34. Bounhoure J-P, Galinier M, Didier A, Leophonte P. [Sleep apnea syndromes and cardiovascular disease]. *Bull Acad Natl Med.* mars 2005;189(3):445-459; discussion 460-464.
35. Kristen L Knutson AMR. Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. *Archives of internal medicine.* 2006;166(16):1768-74.
36. Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE, et al. Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. *Sleep.* août 2006;29(8):1009-1014.
37. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Pickering TG, et al. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension.* mai 2006;47(5):833-839.
38. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep.* 15 sept 2002;25(6):625-629.
39. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin.* janv 2008;24(1):307-317.
40. Les examens du sommeil [Internet]. www.reseau-morphee.fr. [cité 28 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/comment-explorer-le-sommeil>
41. MON SOMMEIL EN PRATIQUE [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 28 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/mon-sommeil-en-pratique>

42. Benzodiazépines [Internet]. Pharmacorama. 2008 [cité 30 avr 2014]. Disponible sur: http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Output/Acides_aminesa4_1.php
43. Heather A. Les Benzodiazépines: Comment agissent-elles et comment s'en sevrer? [Internet]. benzo.org.uk. 2002 [cité 30 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.benzo.org.uk/freman/>
44. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. août 2008;166(7):585-594.
45. Balter MB, Levine J, Manheimer DI. Cross-national study of the extent of anti-anxiety-sedative drug use. N Engl J Med. 4 avr 1974;290(14):769-774.
46. LEGRAIN M. Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la solidarité; 1990. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/33401/>
47. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France [Internet]. [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/964063200/index.shtml>
48. BRIOT M. Le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. Assemblée Nationale; 2006 juin. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
49. Hohagen F, Käßler C, Schramm E, Rink K, Weyerer S, Riemann D, et al. Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. Acta Psychiatr Scand. août 1994;90(2):102-108.
50. Morgan K, Dallosso H, Ebrahim S, Arie T, Fentem PH. Prevalence, frequency, and duration of hypnotic drug use among the elderly living at home. Br Med J (Clin Res Ed). 27 févr 1988;296(6622):601-602.
51. France C. Blais CMM. Prévalence et traitement chez les patients consultant en médecine générale.

52. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults: Summary [Internet]. 2005 [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11906/>
53. Prise en charge de l'insomnie [Internet]. 2009 [cité 27 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.cbip.be/Folia/2009/F36F05B.cfm>
54. Médicaments détournés - benzodiazépines [Internet]. [cité 27 avr 2014]. Disponible sur:
<http://psydocfr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/medics/medics.htm>
55. Carson S, McDonagh MS, Thakurta S, Yen P-Y. Drug Class Review: Newer Drugs for Insomnia: Final Report Update 2 [Internet]. Portland (OR): Oregon Health & Science University; 2008 [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47207/>
56. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 29 déc 1988;319(26):1701-1707.
57. Oster G, Huse DM, Adams SF, Imbimbo J, Russell MW. Benzodiazepine tranquilizers and the risk of accidental injury. *Am J Public Health*. déc 1990;80(12):1467-1470.
58. Cumming RG, Klineberg RJ. Psychotropics, thiazide diuretics and hip fractures in the elderly. *Med J Aust*. 15 mars 1993;158(6):414-417.
59. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *Journal of Clinical Epidemiology*. déc 2000;53(12):1222-1229.
60. Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. juin 2000;48(6):682-685.
61. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Peres K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*. 27 sept 2012;345(sep27 4):e6231-e6231.

62. Trivalle C. L'abus de benzodiazépines peut-il être cause de maladie d'Alzheimer ? 17 janv 2013 [cité 28 avr 2014]; Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/cahiers-medicament?page=6&type=All&classe=All&dc=All>
63. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2007 oct. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
64. Benzodiazépines : rappel sur le syndrome de sevrage, l'effet rebond et la rechute [Internet]. 2013 sept. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/benzodiazepines-rappel-sur-le-syndrome-de-sevrage-l-effet-rebond-et-la-rechute.html>
65. Declercq T om, Rogier R, Habraken H, Michels J, Mariman A. Insomnie : Recommmnandation en première ligne de soins [Internet]. Société Scientifique de Médecine Général e; 2005 juin. Disponible sur: <http://www.ssmg.be/publications/recommandations-de-bonne-pratique>
66. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A. The assessment and management of insomnia in primary care. BMJ. 27 mai 2011;342(may27 1):d2899-d2899.
67. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. J Clin Sleep Med. 15 oct 2008;4(5):487-504.
68. Richard N, Collin C, Cavalié P, Djeraba A, Monzon E, Leplay M, et al. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - [Internet]. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2013 déc. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
69. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates. Arch Gen Psychiatry. mars 1985;42(3):225-232.

70. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med.* mars 2006;7(2):123-130.
71. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* févr 2003;37(1):9-15.
72. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ.* 25 janv 2000;162(2):225-233.
73. Krska J, MacLeod TN. Sleep quality and the use of benzodiazepine hypnotics in general practice. *J Clin Pharm Ther.* avr 1995;20(2):91-96.
74. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA.* 24 déc 1997;278(24):2170-2177.
75. Ohayon M, Caulet M, Lemoine P. Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. *L'Encéphale.* 22(5):337-350.
76. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* déc 2011;59(6):409-422.
77. HULLAR J, FAY R, Vespignani H. impact d' une demarche d' education therapeutique de groupe dans la prise en charge des troubles du sommeil de l' adulte. 2010.
78. Moore M. Looking for a good night's sleep. *The Lancet.* juill 2012;380(9839):322-323.
79. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly H-L, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep.* mai 2007;30(5):574-584.
80. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* sept 2011;61(590):e573-578.

81. De Gier NAH, Gorgels WJMJ, Lucassen PLBJ, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Fam Pract.* juin 2011;28(3):253-259.
82. Wu R, Bao J, Zhang C, Deng J, Long C. Comparison of sleep condition and sleep-related psychological activity after cognitive-behavior and pharmacological therapy for chronic insomnia. *Psychother Psychosom.* 2006;75(4):220-228.

ANNEXE 1

Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques

Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite¹:

DUREE DE PRESCRIPTION	D.C.I.	FORME PHARMACEUTIQUE
4 SEMAINES	Butobarbital	Suppositoires
	Clorazépate dipotassique	Comprimés
	Estazolam	Comprimés
	Loprazolam	Comprimés
	Lormétazépam	Comprimés
	Méprobamate	Comprimés
	Nitrazépam	Comprimés
	Témazépam	Capsules
	Zopiclone	Comprimés
	Zolpidem	Comprimés
2 SEMAINES	Triazolam	Comprimés
	Zaléplone	Comprimés
2 SEMAINES mais fractionnement sur 7 jours	Zaléplone	Comprimés
	Flunitrazépam	Comprimés

¹ Modifié par :

Arrêté du 28 janvier 1992 (JO du 22 février 1992),
Arrêté du 18 août 1992 (JO du 4 septembre 1992),
Arrêté du 3 septembre 1992 (JO du 13 septembre 1992),
Arrêté du 1^{er} février 2001 (JO du 7 février 2001).

ANNEXE 2

Durée maximale de prescription des médicaments classés comme anxiolytiques

Arrêté du 7 octobre 1991 modifié fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite¹ :

DUREE DE PRESCRIPTION	D.C.I.	FORMES PHARMACEUTIQUES
12 SEMAINES	Alprazolam	Comprimés
	Bromazépam	Comprimés
	Buspirone	Comprimés
	Chlordiazépoxide	Comprimés
	Clobazam	Gélules – comprimés
	Clorazépate dipotassique (dosages unitaires < à 20 mg)	Gélules – comprimés – préparation injectable
	Clotiazépam	Comprimés
	Diazépam	Comprimés – Solution buvable – Solution injectable
	Etifoxine	Gélules
	Hydroxyzine	Comprimés – Sirop – Ampoules injectables
	Loflazépate d'éthyle	Comprimés
	Lorazépam	Comprimés
	Méprobamate	Comprimés – Ampoules injectables
	Nordazépam	Comprimés
	Oxazépam	Comprimés
	Prazépam	Comprimés
	Tofizopam	Comprimés
4 SEMAINES	Clorazépate dipotassique (dosages unitaires ≥ 50 mg)	Comprimés

¹ Modifié par :

Arrêté du 28 janvier 1992 (JO du 22 février 1992),

Arrêté du 18 août 1992 (JO du 4 septembre 1992),

Arrêté du 3 septembre 1992 (JO du 13 septembre 1992),

Arrêté du 1er février 2001 (JO du 7 février 2001),

Arrêté du 7 avril 2005 (JO du 15 avril 2005)

ANNEXE 3

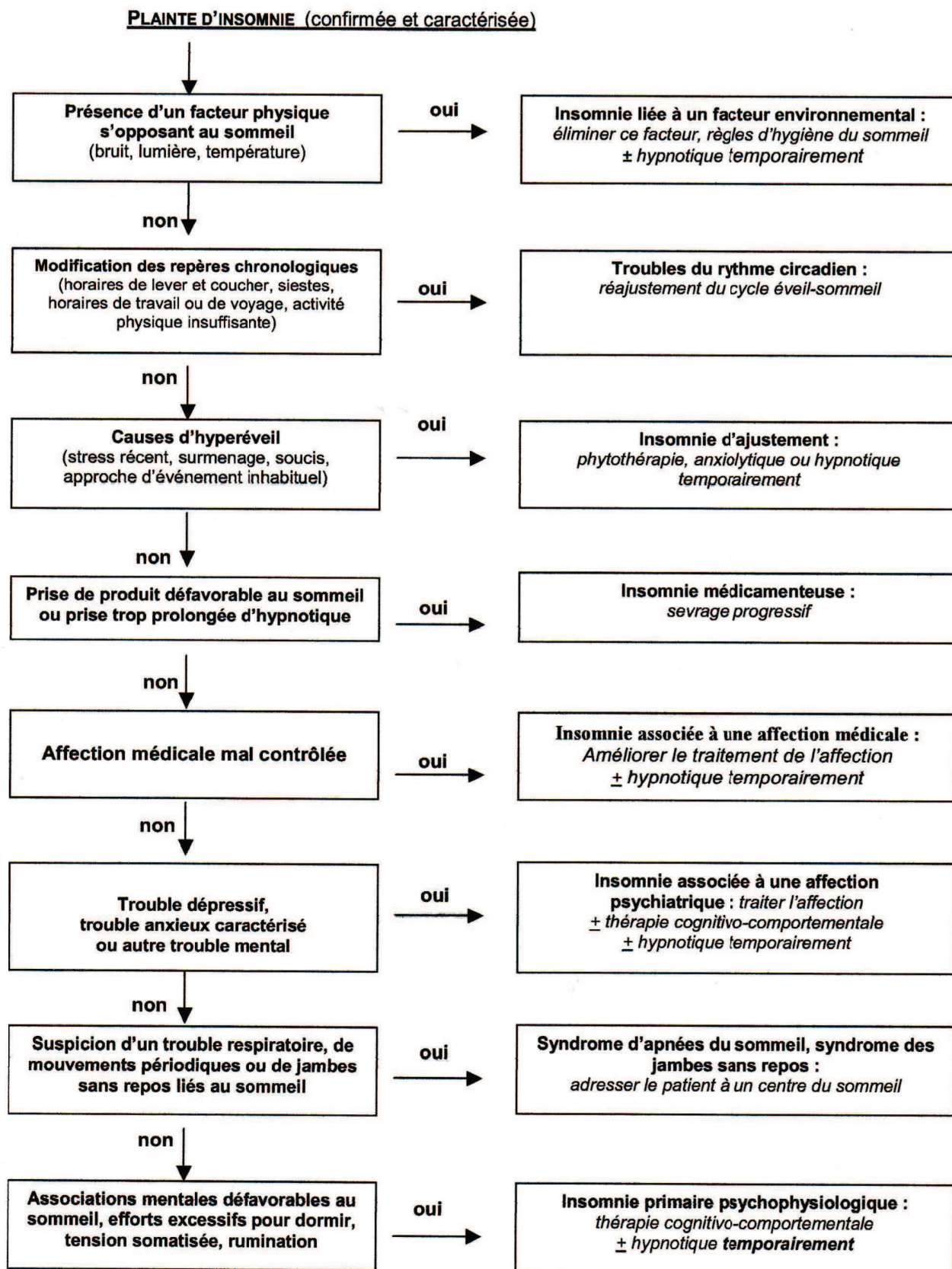
Tableau 3 : les troubles du sommeil selon la CIM-10.

Dyssomnies	Intrinsèques (dépendantes de l'individu)	Primaires	<u>Par défaut :</u> - insomnie idiopathique - insomnie familiale - autres <u>Par excès :</u> - narcolepsies - hypersomnies
		Secondaires	Troubles respiratoires du sommeil Mouvements anormaux du sommeil Autres
	Extrinsèques (dépendantes de facteurs externes)		<u>Par défaut :</u> - insomnie psycho-physiologique - mauvaise perception du sommeil - insomnie par défaut d'ajustement - mauvaise hygiène du sommeil - autres <u>Par excès :</u> - syndrome de carence de sommeil - autres
	Circadiennes		Autres <u>Intrinsèques :</u> - retard de phase, avance de phase - irrégularité des cycles éveil/sommeil - autres <u>Extrinsèques :</u> - décalage trans-méridien (jet-lag) - liées au travail posté - autres
Parasomnies	D'activation (hyperéveil)		Éveils confus, somnambulisme, terreurs nocturnes
	Liées au sommeil paradoxal Liées aux transitions veille/sommeil		Troubles comportementaux, paralysies récurrentes, cauchemars Troubles dissociatifs nocturnes, énurésie, autres
Troubles du sommeil d'origine médico-psychiatrique	Dépendants d'une pathologie causale	Psychiatriques	
		Neurologiques	Épilepsies morphéiques, céphalées liées au sommeil
		Autres troubles liés au sommeil	Reflux gastro-cesophagien, ischémie coronaire, troubles de la déglutition, laryngospasme Gros dormeur, petit dormeur, ronchopathie, somniloquie, etc.
Troubles « proposés »	Sans consensus sur leur définition		

ANNEXE 4

ARBRE DÉCISIONNEL

(inspiré de M. Billiard. Quotidien du Médecin)



ANNEXE 5

Mise à jour
Mai 2012

BENZODIAZEPINES

Choix d'une benzodiazépine¹
dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil
chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans

Si un **traitement par benzodiazépine est réellement justifié** pour un patient donné, il est recommandé :

- d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique²
- d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées³.

► À utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)⁴

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	non	4 semaines
	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
anxiolytiques	VERATRAN®	Clotiazépam	4 h	non	12 semaines
	SERESTA®	Oxazépam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

⚠ À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)⁴

hypnotiques	ROHYPNOL®	Flunitrazépam	16 à 35 h	oui	limitée à 14 j avec délivrance fractionnée de 7 j + ordonnance sécurisée
	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxiolytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines : gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

¹ Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandations HAS - octobre 2007.

³ Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - janvier 2012.

⁴ Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lechevallier-Michel et al : European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

Fiche actualisée sur la base de la fiche réalisée avec la contribution des Prs J. Doucet et S. Legrain et en accord avec la HAS (2008).

ANNEXE 6



Le bon usage des benzodiazépines par les professionnels de santé

23 septembre 2013

Les benzodiazépines sont efficaces sur de courtes durées

Dans l'anxiété et l'insomnie, les benzodiazépines (BZD) ont montré leur efficacité sur des durées brèves de traitement. Les benzodiazépines perdent leur intérêt thérapeutique en cas de traitement prolongé qui, dans la plupart des cas, devient injustifié alors qu'en parallèle les effets indésirables persistent.

Indications	Durées	
Troubles sévères du sommeil : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire.	Quelques jours à 4 semaines, y compris la période de réduction de posologie.	Insomnie occasionnelle : 2 à 5 jours. Insomnie transitoire : 2 à 3 semaines.
Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder 8 à 12 semaines, y compris la période de réduction de la posologie.	

Les effets indésirables des benzodiazépines

Les effets indésirables ne disparaissent pas à l'usage. Ils sont en rapport avec la dose ingérée et la sensibilité individuelle du patient :

Effets indésirables neuropsychiatriques :

- amnésie antérograde, qui peut survenir aux doses thérapeutiques, le risque augmentant proportionnellement à la dose,
- troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation, dépendance physique et psychique (y compris à doses thérapeutiques) avec syndrome de sevrage ou un effet rebond à l'arrêt du traitement,
- sensations ébrieuses, céphalées, ataxie,
- confusion, baisse de la vigilance voire somnolence (particulièrement chez le sujet âgé), insomnie, cauchemars, tension,
- modifications de la libido.

Effets indésirables cutanés : éruptions cutanées, prurigineuses ou non.

Effets indésirables généraux : hypotonie musculaire, asthénie, risque de chutes.

Effets indésirables oculaires : diplopie.

ANNEXE 7

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	☐ 1	☐ 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	☐ 1	☐ 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	☐ 1	☐ 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	☐ 1	☐ 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	☐ 1	☐ 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	☐ 1	☐ 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	☐ 1	☐ 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	☐ 0	☐ 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

ANNEXE 8

Médicaments pour dormir	Temps passé au lit ou à dormir (nuit, sieste)	Qualité de la nuit et forme dans la journée
Nom des médicaments.....	Indiquez par une « X » : - l'heure de mise au lit - l'heure du lever	Précisez la qualité de la nuit et la forme dans la journée par : <i>B = bien</i> <i>M = mauvais</i> <i>TB = très bien</i> <i>TM = très mauvais</i>
Précisez ce que vous avez pris chaque soir pour dormir dans la colonne « médicaments »	Indiquez le temps de sommeil en hachurant la case : 	

Agenda du sommeil chez l'octogénaire : Consignes d'utilisation pour le médecin

➤ **Il est important de différencier le temps passé au lit et le temps de sommeil.**

En effet, une personne peut se coucher tôt pour regarder la télévision ou être mise au lit tôt par un professionnel de santé. Une personne peut aussi se coucher pour une sieste sans dormir du tout.

➤ **Il est important de recueillir les informations suivantes :**

- le temps passé au lit = combien de temps êtes vous resté au lit ? (nuit et/ou sieste)
La clinophilie est préjudiciable au cycle veille sommeil
- le temps de sommeil = combien de temps avez vous dormi ? (nuit et/ou sieste)
- les réveils prolongés de plus d'une heure et leurs motifs
- le ou les médicaments pris par le malade pour dormir incluant l'automédication

➤ **Il est important d'avoir une semaine complète, en raison des rythmes différents du patient**
(venue de la famille, activités,).

Bien préciser au patient que le relevé horaire n'est pas à une heure près.

En pratique

- Vous initiez le remplissage de l'agenda avec votre patient pour la nuit et la partie écoulée du jour de la consultation ou de la visite,**
Vous explicitez si besoin les conditions de remplissage pour la sieste (lit, fauteuil...).

Date	Médicaments	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	MINUIT	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	MIDI	13h	14h	15h	16h	Sommeil la nuit	Forme le jour	Commentaires
Exemple	1/2			X												X						X		X		M	M	TOUX

M.S. a pris 1/2 ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

- L'horaire de coucher/mise au lit est symbolisé par une croix (X)
- Le temps de sommeil est symbolisé par des hachures (ceci vaut aussi pour un sommeil au fauteuil)
- Le malade peut avoir des réveils dans la nuit, prolongés de plus d'une heure, dans ce cas arrêt des hachures
- L'horaire lever/sortie de lit est symbolisé par une croix (X)

Dans la colonne « commentaires » :

- Le malade note ce qui peut être cause de difficultés d'endormissement, de gêne pendant la nuit ou de réveil précoce: angoisse, idées noires, toux, gêne respiratoire, douleur, ronflement du conjoint, lever du conjoint, bruit extérieur.....

Pour l'évaluation subjective de la qualité du sommeil et de la forme dans la journée, choisir parmi :

- Très bien TB ; Bien B ; Mauvais M ; Très mauvais TM.

- Le patient poursuit le remplissage de l'agenda sur les 6 jours suivants, une semaine suffit**

ANNEXE 9



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Test effectué le :/...../..... (Jour/mois/année)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

➤ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

➤ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

➤ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

➤ Heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				
b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé ou				

ronflé bruyamment				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- ☐ Très bonne
 ☐ Assez bonne
 ☐ Assez mauvaise
 ☐ Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois
 ☐ Moins d'une fois par semaine
 ☐ Une ou deux fois par semaine
 ☐ Trois ou quatre fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois
 ☐ Moins d'une fois par semaine
 ☐ Une ou deux fois par semaine
 ☐ Trois ou quatre fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- ☐ Pas du tout un problème
 ☐ Seulement un tout petit problème
 ☐ Un certain problème
 ☐ Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

- ☐ Ni l'un, ni l'autre.
☐ Oui, mais dans une chambre différente.
☐ Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.
☐ Oui, dans le même lit.

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours	Moins d'une	Une ou deux	Trois ou quatre
--	--------------	-------------	-------------	-----------------

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

	du dernier mois	fois par semaine	fois par semaine	fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

Score global au PSQI :

Calcul du score global au PSQI

Le **PSQI** comprend **19 questions d'auto-évaluation** et **5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre** (s'il en est un). Seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score.

Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner **7 "composantes" du score global**, chaque composante recevant un score de 0 à 3.

Dans tous les cas, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de **0 à 21 points**, 0 voulant dire qu'il n'y a **aucune difficulté**, et **21** indiquant au contraire des **difficultés majeures**.

Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

➤ Examinez la **question 6**, et attribuez un score :

Très bonne = **0** Assez bonne = **1** Assez mauvaise = **2** Très mauvaise = **3**

Score de la composante 1 =

Composante 2 : Latence du sommeil

➤ Examinez la **question 2**, et attribuez un score :

≤15 mn = **0** 16-30 mn = **1** 31-60 mn = **2** >60 mn = **3**

Score de la question 2 =

➤ Examinez la **question 5a**, et attribuez un score :

Pas au cours du dernier mois = **0** Moins d'une fois par semaine = **1** Une ou deux fois par semaine = **2** Trois ou quatre fois par semaine = **3**

Score de la question 5a =

➤ Additionnez les scores des questions 2 et 5a, et attribuez le score de la composante 2 :

Somme de 0 = **0** Somme de 1-2 = **1** Somme de 3-4 = **2** Somme de 5-6 = **3**

Score de la composante 2 =

Composante 3 : Durée du sommeil

➤ Examinez la **question 4**, et attribuez un score :

>7 h = **0** 6-7 h = **1** 5-6 h = **2** <5 h = **3**

Score de la composante 3 =

Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

- Indiquez le nombre d'heures de sommeil (**question 4**) :
- Calculez le nombre d'heures passées au lit :
Heure du lever (**question 3**) :
Heure du coucher (**question 1**) :
Nombre d'heures passées au lit :
- Calculez l'efficacité du sommeil : $(\text{Nb heures sommeil} / \text{Nb heures au lit}) \times 100 = \text{Efficacité habituelle (en \%)} \Rightarrow (\text{.....} / \text{.....}) \times 100 = \text{..... \%}$
- Attribuez le score de la composante 4 :
>85% = 0 75-84% = 1 65-74% = 2 <65% = 3
Score de la composante 4 =

Composante 5 : Troubles du sommeil

- Examinez les **questions 5b à 5j**, et attribuez des scores à chaque question :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
fois			
du dernier mois = 0	par semaine = 1	par semaine = 2	par semaine = 3

**Score de la question 5b = 5c = 5d = 5e = 5f =
5g = 5h = 5i = 5j =**
- Additionnez les scores des questions 5b à 5j, et attribuez le score de la composante 5 :
Somme de 0 = 0 Somme de 1-9 = 1 Somme de 10-18 = 2 Somme de 19-27 = 3
Score de la composante 5 =

Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

- Examinez la **question 7**, et attribuez un score :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
du dernier mois = 0	par semaine = 1	par semaine = 2	par semaine = 3

Score de la composante 6 =

Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

- Examinez la **question 8**, et attribuez un score :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
--------------	------------------	------------------	----------------------

du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par
semaine = 3

Score de la question 8 =

- Examinez la **question 9**, et attribuez un score :

Pas du tout Seulement un Un certain Un très gros
un problème = 0 tout petit problème = 1 problème = 2 problème = 3

Score de la question 9 =

- Additionnez les scores des questions 8 et 9, et attribuez le score de la composante 7 :

Somme de 0 = 0 Somme de 1-2 = 1 Somme de 3-4 = 2 Somme de 5-6 = 3

Score de la composante 7 =

Score global au PSQI

- Additionnez les scores des 7 composantes :

ANNEXE 10

ETUDE SUR LA QUALITE DU SOMMEIL DE LA POPULATION

NOM : Prénom : date de naissance :/...../.....

Date d'aujourd'hui :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Situation familiale : en couple/marié ☐ célibataire/veuf ☐

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois.

MERCI DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS

Au cours du mois dernier :

1/ l'heure habituelle du coucher ?

2/ nombre de minutes pour vous endormir chaque soir ?

3/ l'heure habituelle du lever le matin ?

4/ combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

Heures de sommeil par nuit :

Pour les questions suivantes, cochez la réponse la plus appropriée.

5/ Au cours du mois dernier à quelle fréquence :

Vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30minutes ?

☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin ?

☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes ?

☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous n'avez pas pu respirer correctement ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez toussé ou ronflé bruyamment ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez eu trop froid ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez eu trop chaud ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez eu de mauvais rêves ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez eu des douleurs ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

Vous avez eu des troubles du sommeil pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :

Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

6/ Comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- ☐ Très bonne ☐ Assez bonne ☐ Assez mauvaise ☐ Très mauvaise

7/ Combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

8/ Combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- ☐ Pas au cours du dernier mois ☐ moins d'une fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par semaine ☐ 3 ou 4 fois par semaine

9/ A quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- ☐ Pas du tout un problème ☐ Seulement un tout petit problème ☐ Un certain problème ☐ Un très gros problème

10/ Prenez – vous un ou plusieurs médicaments pour dormir ? Oui ☐ Non ☐

Si oui merci de répondre aux questions suivantes.

11/Depuis combien de temps prenez-vous un médicament pour dormir ?

12/Lesquels ?

13/ Avez-vous déjà pensé à arrêter de prendre ce médicament ? Oui ☐ Non ☐

La prochaine série d'énoncés représente des aspects positifs et négatifs de la consommation de médication pour dormir. Veuillez indiquer à quel point chaque énoncé est important pour vous à l'aide de l'échelle :

14/ Cesser de consommer ma médication pour dormir me permettrait d'éviter la sensation d'être encore endormi(e) lorsque je me lève le matin.

- ☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

15/ Si je cesse ma médication pour dormir, je devrai affronter plusieurs nuits d'insomnie.

- ☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

16/ En ne changeant rien à ma consommation actuelle, je risque d'être ou de devenir dépendant(e) à la médication.

- ☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

17/ Cesser ma consommation signifie que je doive faire des efforts pour trouver d'autres moyens de résoudre mon insomnie.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

18/ Sans médication pour dormir, je n'en ressentirai plus les effets sur ma performance et mon humeur pendant l'avant-midi.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

19/Je serai à fleur de peau et très irritable si je cesse ma consommation de médication pour dormir.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

20/ Cesser ma consommation de médication pour dormir me donnera une meilleure image de moi-même.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

21/ Cesser ma consommation me rendra anxieux(se), nerveux(se) et angoissé(e).

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

22/ Mon entourage sera fier de moi si je réussis à cesser ma consommation.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

23/ Mon entourage subira mes sautes d'humeur si j'arrête ma médication pour dormir.

☐ Pas du tout important ☐ Un peu important ☐ Plutôt important ☐ Très important ☐ Extrêmement important

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

RESUME

Introduction : Les troubles du sommeil regroupent différentes symptomatologies parmi lesquelles, l'insomnie qui est un problème de santé très répandu chez les patients consultants en médecine générale. Dont le traitement de premier recours est souvent un somnifère. L'objectif principal de cette étude était d'étudier la qualité de sommeil des patients traités pour leur insomnie avec un somnifère de manière chronique. L'hypothèse principale était que le sommeil de cette population est de mauvaise qualité. L'objectif secondaire était d'étudier la motivation des patients à arrêter leur somnifère. L'hypothèse secondaire était que les patients les plus motivés étaient ceux ayant une mauvaise qualité de sommeil.

Méthode : L'étude portait sur des patients vu en consultations dans différents cabinets de médecine générale du département de la Vienne. En fin de consultation, tout patient prenant un hypnotique au long cours (>1 mois) s'était vu remettre un questionnaire évaluant la qualité de sommeil et la motivation pour se sevrer de leur médication. Ce questionnaire était composé de deux parties. La première permettait de répondre à l'objectif principal de l'étude sur la qualité du sommeil du patient à l'aide des items du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). La deuxième partie permettait d'évaluer la motivation du patient, et plus particulièrement la balance décisionnelle.

Résultats : 62 patients ont été inclus. Concernant la qualité de sommeil, le score le plus faible était de 5 et concernait deux patients. Tous les autres patients avaient un score supérieur à 5. Le score le plus élevé était de 18. La moyenne du score du PSQI de nos patients était de 11.21, et la médiane était de 11. Les patients utilisant de manière chronique une médication pour dormir avaient objectivement une mauvaise qualité de sommeil. La durée de traitement était en moyenne de 7 ans, 10 mois et 24 jours. La plus courte durée était de 2 mois, tandis que la plus longue était de 40 ans. Au niveau de la motivation, le score le plus faible était de -20 et le plus élevé est de 16. Huit patients (13%) avaient un score positif. Deux patients (3%) avaient un score égal à zéro. 52 patients (84%) avaient un score négatif. Les patients sous somnifères n'étaient pour la grande majorité pas motivés pour un sevrage.

Conclusion : En dépit du fait que la prise de somnifère(s) n'a pas amélioré la qualité de sommeil des patients souffrant d'insomnie, les patients n'étaient pour la plupart pas motivés pour l'arrêt de leur traitement.

Mots-clés :

Insomnie – Benzodiazépines - PSQI – Qualité de sommeil – Sevrage – Motivation – Médecine générale

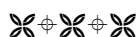


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

