VO Hoang-Viet

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Le traitement de l'insomnie en médecine générale

Mémoire de fin d'études

Faculté de Médecine

Année académique 2012-2013

Promoteur : Dr DIELS Robert

Table des matières

Liste alphabétique des abréviations utilisées 3

Résumé 4

Introduction 5

Insomnie 6

- Définition 6
- Traitements recommandés 6
  - Le traitement non pharmacologique 7
  - La pharmacothérapie 8

Méthode 10

Résultats 10

- Pratique en médecine générale 11
- Traitements non pharmacologiques 12
- Hypnotiques 13

Analyse statistique 14

- Age 14
- Sexe 15
- Consommation d'hypnotiques 15

Discussion 17

- Barrières au traitement de l'insomnie 17
  - Au niveau des patients 17
  - Au niveau des médecins 18
  - Au niveau du système de soins de santé 20

Conclusions 21

Références 22

Annexes 24

- Annexe 1 : Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2) 24
- Annexe 2 : Hypothèses de travail du diagnostic différentiel 25
- Annexe 3 : Interventions cognitivo-comportementales 26
- Annexe 4 : Plan d'un traitement cognitivo-comportemental 28
- Annexe 5 : Profil d'effets indésirables des benzodiazépines et apparentés 29

Remerciements 30

Liste alphabétique des abréviations utilisées

BZD-A	:	Benzodiazépines et apparentés
DMG	:	Département de Médecine Générale de l'Université Libre de Bruxelles
ICSD-2	:	International Classification of Sleep Disorders, Second Edition
SSMG	:	Société Scientifique de Médecine Générale
TCC	:	Thérapie cognitivo-comportementale
TNP	:	Traitement non pharmacologique

Résumé

Introduction

L'insomnie est un problème majeur de santé. La prise en charge recommandée est d'abord étiologique. Ensuite, le traitement de l'insomnie doit être en priorité non pharmacologique, les hypnotiques étant à considérer uniquement dans un second temps. Les objectifs de ce mémoire seront de vérifier l'application de ces recommandations en médecine générale et de mettre en évidence les éventuelles barrières à leur mise en pratique.

Méthode

Un questionnaire disponible sur Internet a été envoyé par courriels aux membres de la SSMG et du DMG. Les participants ont dû choisir entre 4 réponses sur une échelle de Likert pour chacune des 37 affirmations proposées dans ce sondage.

Résultats

Des différences d'attitudes statistiquement significatives sur la prise en charge de l'insomnie sont retrouvées chez les généralistes selon leur sexe, leur âge et leur consommation personnelle ou non d'hypnotiques.

Des barrières au traitement de l'insomnie sont présentes à différents niveaux. Les patients ne sont pas assez informés sur l'insomnie et ses traitements. Les médecins ont de nombreux aprioris sur les attentes et les comportements de leurs patients et sur les traitements non pharmacologiques. Ils ont également une certaine tolérance vis-à-vis de l'utilisation chronique d'hypnotiques. Enfin, au niveau du système de soins de santé, les prestations pour traiter l'insomnie ne sont pas ou insuffisamment remboursées.

Conclusions

Plusieurs pistes peuvent être proposées pour favoriser la prise en charge adéquate de l'insomnie en médecine générale. Cette affection doit tous nous concerner, patients, médecins et autorités publiques. Un important travail d'informations est essentiel notamment pour les médecins qui se doivent d'approfondir leurs connaissances sur les possibilités thérapeutiques disponibles et applicables pour traiter l'insomnie.

Introduction

L'insomnie est un problème majeur de santé. Tout d'abord, elle est fréquente dans la population générale où on estime sa prévalence entre 15% et 25%.[1] La Belgique n'est pas épargnée. On retrouve en effet des troubles récents du sommeil chez un cinquième des Belges de plus de 40 ans.[2] En médecine générale, c'est même plus de 40% des patients rencontrés qui sont atteints d'insomnie, chiffres s'expliquant en partie par le nombre plus important de comorbidités dans cette tranche de la population.[1,3] Ensuite, l'insomnie est une affection ayant un impact sur la santé physique et mentale,[4] notamment concernant les pathologies psychiatriques et la qualité de vie des malades. Enfin, au niveau de la société, elle entraine également des répercussions négatives comme une diminution de la productivité et une augmentation de l'absentéisme et des coûts de soins de santé.[5] A la lumière de l'importance de ses conséquences, il est donc essentiel de traiter l'insomnie.[6]

Ce mémoire aura pour objectifs de faire la synthèse des recommandations sur le traitement de l'insomnie, de vérifier l'application de ces dernières en médecine générale et de mettre en évidence les éventuelles barrières à leur mise en pratique au moyen d'une enquête effectuée auprès des généralistes.

Insomnie

Définition

L'insomnie est définie comme une difficulté à initier le sommeil ou à maintenir celui-ci, un réveil trop précoce ou un sommeil ressenti comme étant de mauvaise qualité et non réparateur. Ces plaintes sont exprimées malgré des occasions et circonstances adéquates pour favoriser le repos et ont un retentissement diurne (Annexe 1).[4–9] L'insomnie est qualifiée d'aiguë si elle est présente depuis moins d'1 mois. Sinon, il s'agit alors d'insomnie chronique.[6,8]

Traitements recommandés

Le traitement de l'insomnie a pour but d'améliorer la qualité du sommeil, sa durée, et d'assurer un bon fonctionnement diurne. Il vise également à réduire l'anxiété liée à l'insomnie,[5,6] afin de produire finalement un sommeil satisfaisant pour le patient.[7]

La première étape consiste en une prise en charge étiologique de l'insomnie (Annexe 2),[4–7,10] même s'il est parfois illusoire de pouvoir trouver une affection causale vu l'intrication complexe des comorbidités chez certains patients.[5,6] Ensuite, si le traitement étiologique n'est pas possible ou se révèle inefficace, un traitement non pharmacologique (TNP) est à envisager en priorité.[7,8,11]

Si les plaintes sont récentes, il suffit souvent de conseiller le patient, le rassurer et patienter dans l'attente d'une amélioration.[8,12] Pour les situations ponctuelles, par exemple un voyage ou un événement stressant,[5] un traitement symptomatique de courte durée peut être prescrit selon la gravité de l'insomnie et la détresse que celle-ci provoque. Son objectif est de soulager le patient et l'aider à gérer ses soucis en lui permettant un bon fonctionnement pendant sa journée.[7] Les hypnotiques seront associés le plus vite possible au TNP.[5–7] La phytothérapie et les placebos ne sont pas à négliger dans certaines situations.[8,12]

En cas d'insomnie chronique, le traitement est toujours non pharmacologique. On considérera des médicaments uniquement en cas d'échec thérapeutique de la prise en charge initiale.[4–7,10,11]

Un suivi fréquent sera nécessaire quelque soit la modalité du traitement jusqu'à ce que l'insomnie soit stable ou résolue.[6–8]

Si l'insomnie persiste malgré un traitement adapté, il faudra alors référer pour affiner le diagnostic ou pour offrir une prise en charge thérapeutique spécialisée.[5,7,8]

Le traitement non pharmacologique

Le TNP est essentiellement composé de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Ayant pour objectif d'agir sur les croyances erronées du patient et sur les comportements favorisant son insomnie,[4–7,10] la TCC est le fruit d'une combinaison de différentes interventions (Annexe 3). Elle est généralement restreinte en médecine générale à des conseils d'hygiène du sommeil et au contrôle du stimulus.[5,7,9,12] La prise en charge cognitivo-comportementale exhaustive est en effet du ressort des psychologues ou autres thérapeutes spécifiquement formés (Annexe 4).[4–8]

L'efficacité de ce traitement a été démontrée pour l'insomnie primaire[4–7,10] et secondaire,[5,6] à la fois chez les jeunes adultes ainsi que chez les personnes âgées[9], bien que l'effet semble plus modeste chez ces derniers.[10] Les résultats sont comparables et même supérieurs aux hypnotiques dans certaines études, notamment au niveau de la persistance de l'effet dans le temps.[4] Vu la forte variabilité de la composition de la TCC dans les protocoles, il est difficile de distinguer la contribution de chaque intervention.[9,10] L'efficacité de l'hygiène du sommeil utilisée seule n'a par exemple pas été formellement démontrée.[6,7,9,12] L'intervention comportementale semble être la composante essentielle de la TCC.[6]

Les techniques de relaxation proposées généralement par des thérapeutes spécialisés ont également démontré leur intérêt.[4,7–10]

Le traitement combiné, qui ajoute à la TCC une prescription initiale d'hypnotiques, pourrait avoir les meilleurs résultats sur le long terme.[5,13] Néanmoins, la quantité de preuves est actuellement limitée.[6,7,9,13]

La pharmacothérapie

Le traitement pharmacologique est indiqué uniquement en cas d'insomnie aiguë, primaire ou secondaire.[4,5,7,9]

La classe médicamenteuse recommandée est celle des benzodiazépines et leurs apparentés (BZD-A), les hypnotiques Z.[5–8] Ces derniers ont en théorie un effet hypnotique plus spécifique que les benzodiazépines.[5] Malheureusement, cette différence n'a pas été démontrée tant du point de vue efficacité clinique qu'au niveau des effets secondaires.[9,11,14] Ils ont de plus le désavantage d'être plus chers et proposent moins de recul sur leur utilisation.[7] Les BZD-A ont une efficacité à court terme. La durée de l'effet est variable, devenant comparable au placebo après déjà 1 semaine de prise quotidienne selon certaines études.[7,9]

La prescription doit se faire selon des règles strictes. Les objectifs et les modalités de prise et d'arrêt des hypnotiques sont expliqués avant la première ordonnance. La dose minimum efficace est toujours utilisée et cela pour une durée limitée vu l'apparition rapide de tolérance, de dépendance et de nombreux effets secondaires possibles (Annexe 5).[4–8,15] Les BZD-A sont déconseillés chez les personnes âgées[5,9] à cause des effets indésirables spécifiques qu'ils peuvent rencontrer comme les fractures de hanche.[11] Enfin, un suivi régulier doit être planifié.[6–9]

La prise intermittente de BZD-A est encore débattue. Certains auteurs recommandent un usage discontinu pour limiter les effets de tolérance, de dépendance et d'abus de BZD-A[6] alors que d'autres pensent que ce traitement chronique favorise l'accoutumance.[7]

Les antidépresseurs tricycliques, les antihistaminiques et les neuroleptiques ne sont pas indiqués pour le traitement de l'insomnie primaire.[4–7,9] La mélatonine n'a pas non plus d'efficacité clinique prouvée dans cette situation.[4,5]

Concernant la phytothérapie, la valériane est la plante la plus étudiée. Elle ne peut pas être recommandée vu l'hétérogénéité des méthodes d'expérimentation et des préparations administrées,[4–6,9] malgré une efficacité modeste mais toutefois présente dans quelques études.[6,12] Sous la forme d'infusion vespérale, elle est parfois intégrée à une thérapie comportementale. Cependant, il manque des données sur la sécurité de son utilisation à long terme.[12]

Méthode

Un questionnaire écrit en français et inspiré d'une précédente étude belge sur les benzodiazépines[16] a été utilisé. Des courriels ont été envoyés aux membres de la Société Scientifique de Médecine Générale et du Département de Médecine Générale de l'ULB les invitant à répondre à ce sondage disponible uniquement par Internet. Les participants ont dû choisir entre 4 réponses sur une échelle de Likert pour chacune des 37 affirmations proposées dans 3 différentes sections.

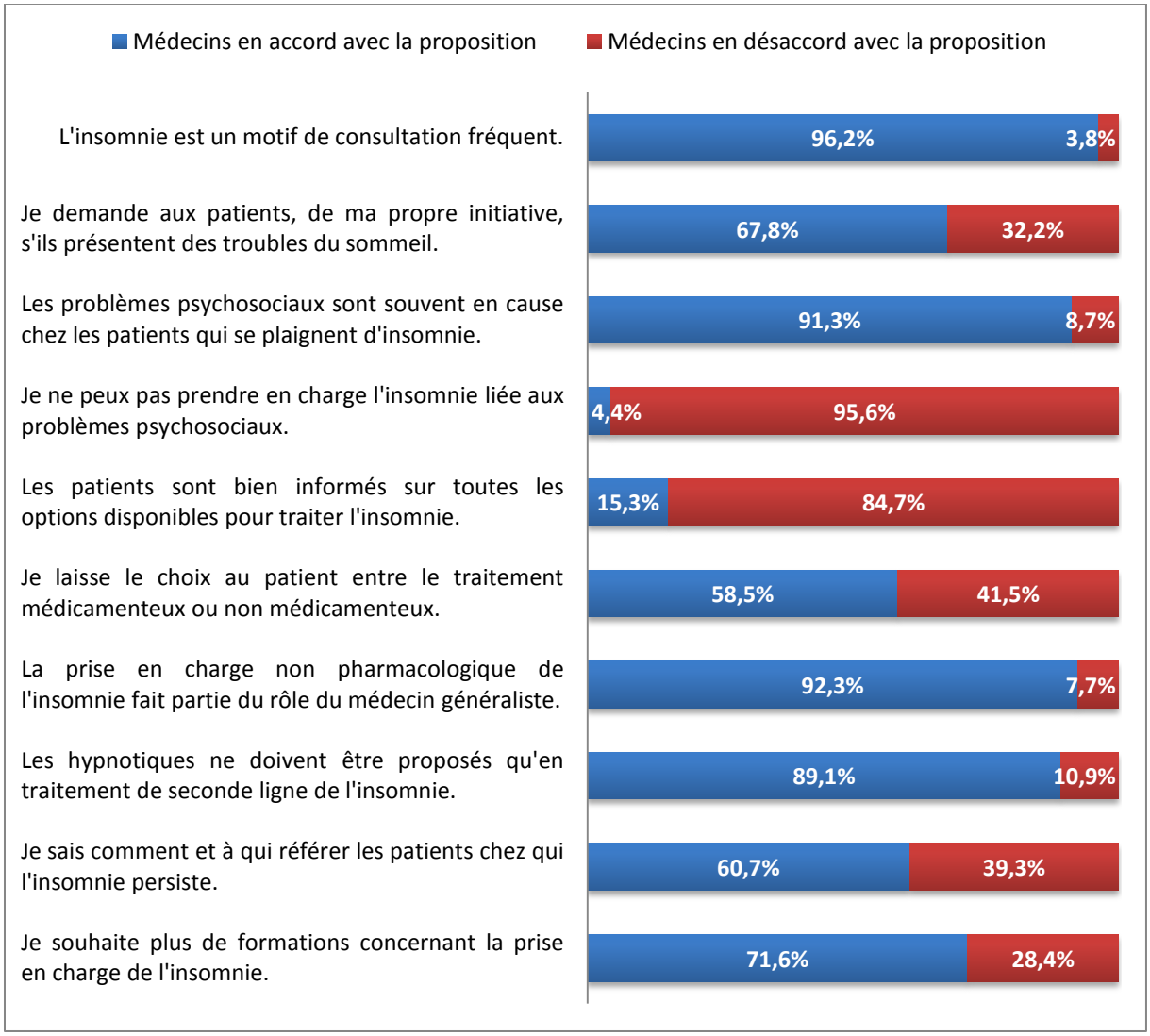
Pour l'analyse statistique des résultats, le test exact de Fisher a été employé. Une différence a été considérée comme significative quand le test bilatéral a obtenu une P-Value < 0,05.

Résultats

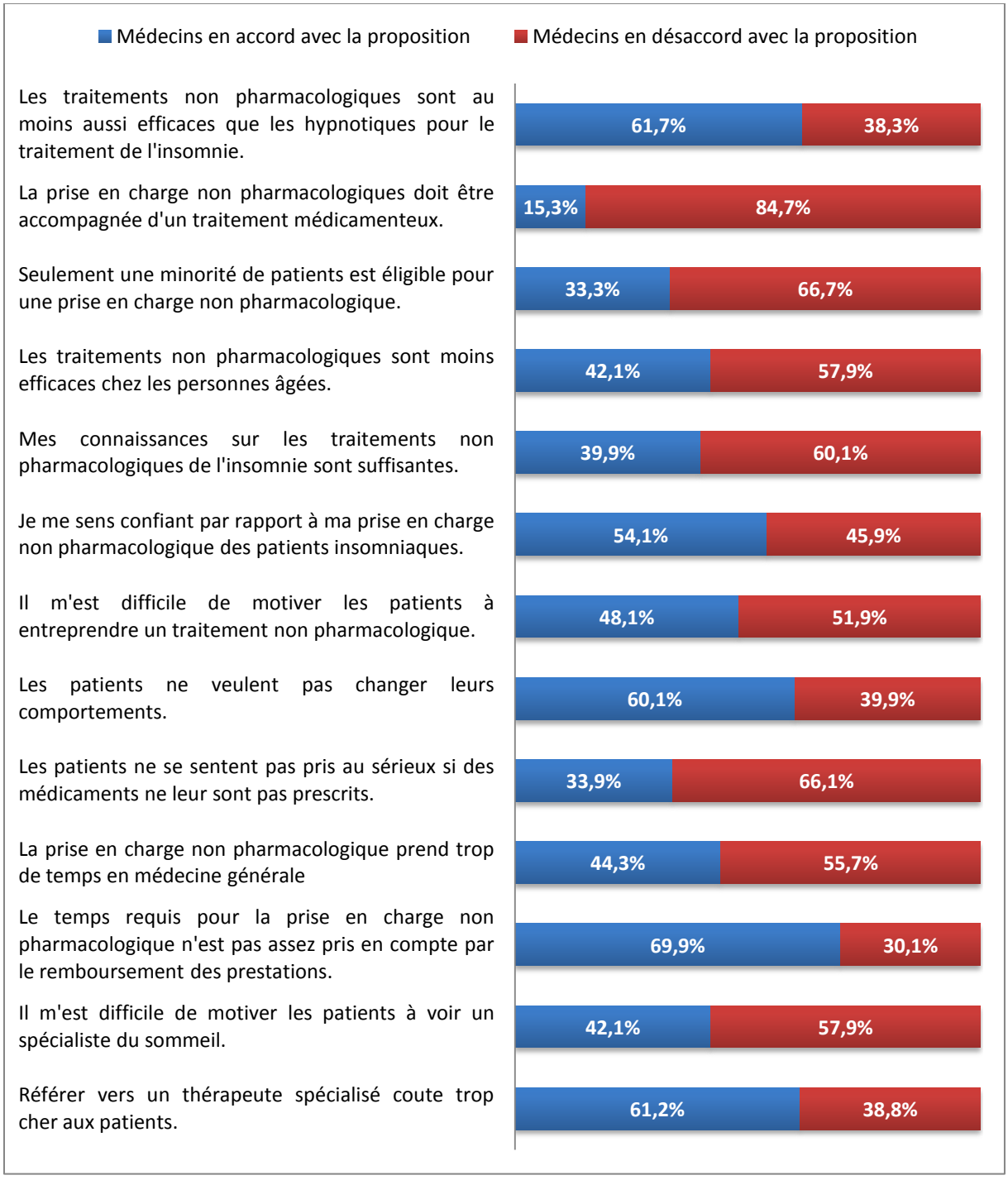
183 réponses ont été reçues. Les participants avait une moyenne d'âge de 44 ± 13 ans. 56% étaient des femmes.

Les résultats ont été divisés en 2 catégories en considérant que le médecin marquait son accord avec la proposition en répondant « d'accord » ou « tout à fait d'accord » et son désaccord par « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

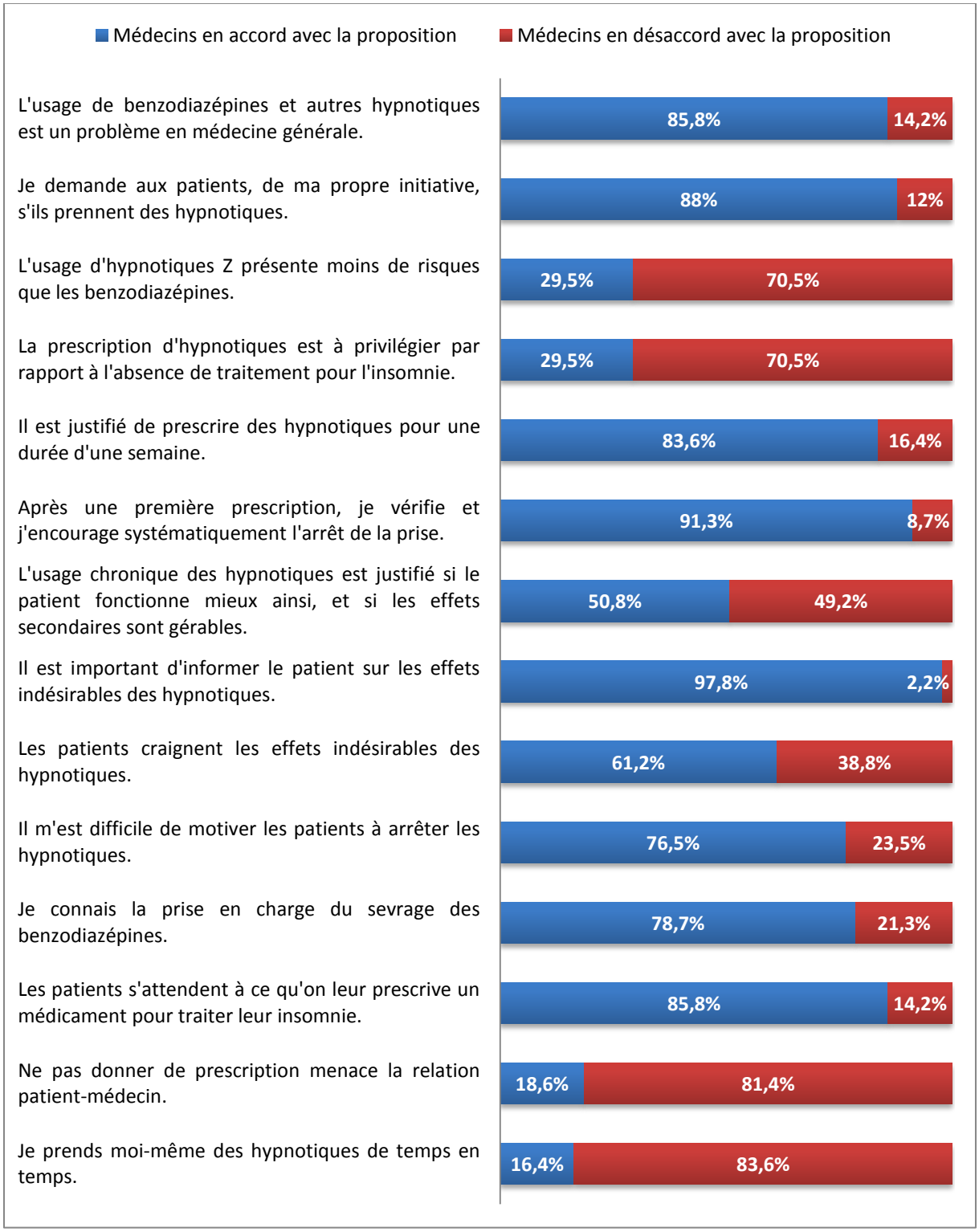
Pratique en médecine générale



Traitements non pharmacologiques



Hypnotiques



Analyse statistique

Age

Les médecins ont été classés en deux catégories d'âge avec une séparation fixée arbitrairement à 40 ans. Une différence statistiquement significative entre les réponses des deux groupes a souvent pu être mise en évidence.

En accord avec l'affirmation			
Age	**< 40**	**≥ 40**	**P-Value**
Je souhaite plus de formations concernant la prise en charge de l'insomnie.	86,3%	60,2%	< 0,001
Mes connaissances sur les traitements non pharmacologiques de l'insomnie sont suffisantes.	28,8%	49,5%	< 0,01
Je me sens confiant par rapport à ma prise en charge non pharmacologique des patients insomniaques.	42,5%	63,1%	< 0,01
Je sais comment et à qui référer les patients chez qui l'insomnie persiste.	45%	72,8%	< 0,001
L'usage de benzodiazépines et autres hypnotiques est un problème en médecine générale.	92,5%	80,6%	< 0,05
Les patients s'attendent à ce qu'on leur prescrive un médicament pour traiter leur insomnie.	78,8%	91,3%	< 0,05
La prescription d'hypnotiques est à privilégier par rapport à l'absence de traitement pour l'insomnie.	20%	36,9%	< 0,05
L'usage chronique des hypnotiques est justifié si le patient fonctionne mieux ainsi, et si les effets secondaires sont gérables.	41,3%	58,3%	< 0,05
Je connais la prise en charge du sevrage des benzodiazépines.	63,8%	90,3%	< 0,001
Seulement une minorité de patients est éligible pour une prise en charge non pharmacologique.	20%	43,7%	< 0,001

Les médecins plus jeunes perçoivent plus de difficultés dans le traitement de l'insomnie. Ils sont moins nombreux à considérer leurs connaissances sur le TNP comme suffisantes, se sentent alors moins confiants et souhaitent donc plus de formations sur l'insomnie. Ils sont également qu'une minorité à savoir comment et à qui référer leurs patients insomniaques. L'utilisation des benzodiazépines pose moins de problèmes pour les généralistes de 40 ans et plus. Ceux-ci ont en effet tendance à mettre l'emphase sur les attentes des patients.[16] Ainsi, ils sont plus à penser que ces derniers souhaitent une prescription pour leur insomnie et ils préfèrent prescrire à l'absence de traitement. Une plus grande proportion d'entre eux justifie une utilisation chronique d'hypnotiques et connaisse la prise en charge du sevrage de ces médicaments. Ils sont aussi plus nombreux à affirmer que tous les patients ne sont pas éligibles pour une prise en charge non pharmacologique, à l'image d'une précédente étude où les médecins plus âgés étaient moins favorables au TNP.[17]

Sexe

Hommes et femmes ont répondu de façon différente significativement pour 4 propositions.

En accord avec l'affirmation			
Sexe	**H**	**F**	**P-Value**
Je souhaite plus de formations concernant la prise en charge de l'insomnie.	61,7%	78,4%	< 0,05
Je connais la prise en charge du sevrage des benzodiazépines.	88,9%	70,6%	< 0,01
La prescription d'hypnotiques est à privilégier par rapport à l'absence de traitement pour l'insomnie.	42%	19,6%	< 0,01
Ne pas donner de prescription menace la relation patient-médecin.	25,9%	12,7%	< 0,05

Les généralistes de sexe féminin reconnaissent davantage certaines lacunes dans leurs connaissances et souhaitent alors plus de formations disponibles. Quant à la prise en charge de l'insomnie, les hommes sont plus nombreux à penser que prescrire des hypnotiques est à privilégier par rapport à l'absence de traitement et que ne pas prescrire menace leur relation avec le patient.

Consommation d'hypnotiques

Par rapport à la prise personnelle ou non d'hypnotiques par le généraliste, l'analyse montre qu'elle engendre une différence significative pour plusieurs réponses.

En accord avec l'affirmation			
Prise personnelle d'hypnotiques	**Oui**	**Non**	**P-Value**
L'usage de benzodiazépines et autres hypnotiques est un problème en médecine générale.	73,3%	88,2%	< 0,05
Après une première prescription d'hypnotiques, je vérifie et j'encourage systématiquement l'arrêt de la prise.	76,7%	94,1%	< 0,01
Les patients craignent les effets indésirables des hypnotiques.	83,3%	56,9%	< 0,01
Le temps requis pour la prise en charge non pharmacologique n'est pas assez pris en compte par le remboursement des prestations.	86,7%	67,3%	< 0,05

Les médecins prenant des hypnotiques ont des opinions différentes concernant principalement ces médicaments. Ils sont en effet moins défavorables à l'usage d'hypnotiques en médecine générale et encouragent moins systématiquement leur arrêt

après une première prescription. Ils pensent également davantage que les patients craignent les effets indésirables de ces médicaments. Pour les généralistes qui n'utilisent pas d'hypnotiques, le temps est un obstacle moins important au TNP de l'insomnie.

Discussion

Barrières au traitement de l'insomnie

Notre enquête a étudié la perception des généralistes quant à leur prise en charge des patients insomniaques. Elle a ainsi pu mettre en lumière de nombreuses difficultés et barrières à l'application des recommandations sur le traitement de l'insomnie.

Au niveau des patients

Presque tous les généralistes ont considéré que l'insomnie est une plainte fréquente en consultation. Ils sont d'ailleurs près de 70% à demander spontanément l'état du sommeil de leurs patients. Ce sont des résultats encourageants car seul un tiers ou moins des insomniaques consultait spécifiquement pour ce problème dans des études précédentes[3,18,19] et une minorité de généralistes abordait ce sujet.[19] A l'instar de certains médecins qui affirment que l'insomnie est une plainte moins importante que les autres,[18,19] les patients considèrent en effet qu'il s'agit d'une réponse normale à des circonstances particulières de vie et non d'une maladie.[3,20]

Cette absence de recours aux soins peut aussi s'expliquer par leur manque de connaissances sur la prise en charge possible de l'insomnie et son efficacité.[20] 85% des médecins de notre étude pensent que les patients sont mal informés sur les différents traitements de l'insomnie.

Ce manque d'informations peut également influencer les stratégies thérapeutiques. Il n'y a par exemple que peu de demandes spécifiques d'un TNP,[21] sachant que la majorité des médecins sondés laisse le choix du mode de traitement aux patients. L'impression que les patients s'attendent à une prescription médicamenteuse, ressentie par 86% des généralistes, est perçue habituellement comme une barrière au TNP,[16] peut-être même la plus importante.[22] Près de la moitié des médecins trouve aussi qu'il leur est difficile de motiver les patients à initier un TNP, ces derniers ne souhaitant pas changer leurs comportements.[16,22]

Ces différents aprioris contrastent cependant avec les avis exprimés par les patients insomniaques dans la littérature. Ceux-ci sont en effet souvent ouverts aux alternatives non médicamenteuses quand on prend le temps de les informer,[23] y compris ceux qui ont initialement envisagé un traitement par hypnotiques.[24] Ils recherchent essentiellement une moyen thérapeutique efficace[21] et se sentent considérés même si aucun médicament n'est prescrit.[16,21] Les patients rejettent alors la responsabilité de la première prescription d'hypnotiques sur leur médecin.[16]

La plupart des utilisateurs de somnifères s'est procuré des hypnotiques au départ chez des proches ou directement chez le pharmacien.[19] Malgré leurs craintes sur la dépendance[3] et les effets secondaires de ces médicaments, une part importante des patients continue sa consommation, d'ailleurs souvent sous-estimée,[21] convaincu qu'il n'y a pas d'autres solutions pour éviter de redevenir insomniaque. Dans ce contexte, il est heureux de voir que près de neuf généralistes interrogés sur dix recherchent activement la prise d'hypnotiques chez leurs patients, même si 77% d'entre eux comme d'autres auparavant[16] trouvent difficile de les motiver à arrêter.

Au niveau des médecins

91% des médecins ont répondu que les causes d'insomnie sont avant tout d'origine psychosociale, proportion qu'on retrouve dans différentes études,[3,19] les insomnies primaires étant minoritaires.[3,17] 96% considèrent que la prise en charge de ces causes est de leur ressort. Bien qu'il leur est parfois plus difficile de poser des questions intimes que de prescrire un médicament,[25] ils affirment habituellement être idéalement placés pour connaitre les faiblesses et les ressources de chaque patient.[16] Ils déplorent toutefois l'absence de stratégies claires pour lutter contre ces problèmes psychosociaux.[23]

86% des généralistes pensent que l'usage d'hypnotiques est un problème en médecine générale. On retrouve d'ailleurs dans la littérature majoritairement des avis négatifs sur les hypnotiques de la part des médecins.[16,18] Souvent ouverts aux initiatives pour en réduire la prescription,[23] certains déplorent un manque d'alternatives thérapeutiques à leur disposition, comme illustre le fait que près d'un tiers des sondés privilégie les hypnotiques à

l'absence de traitement. Prescrire est alors considéré comme un geste d'empathie[16,25] souvent marqué par la gratitude des patient.[25]

Quand ils sont amenés à prescrire, 89% des médecins proposent les hypnotiques qu'en seconde ligne thérapeutique conformément aux recommandations et 84% sont favorables à leur prescription pendant une semaine. Il est important d'informer les patients sur les effets indésirables des hypnotiques pour presque tous les généralistes. Ils sont aussi 91% à vérifier et à encourager l'arrêt des hypnotiques après leur initiation. Dans une étude française, les médecins prévoyaient en majorité une visite de contrôle dans un délai moyen de 3 semaines,[19] une première prescription pouvant en effet être le point de départ d'un usage chronique.[16]

Mais ceci contraste avec le fait que la moitié des personnes interrogées cautionne l'usage chronique des hypnotiques si les effets secondaires sont gérables. Certains justifient leur choix en affirmant que les effets secondaires sont peu nombreux et que la dépendance tient de la personnalité du patient.[25] A ce propos, une étude sur la pratique des généralistes en Italie a montré que ceux-ci avaient tendance à maintenir le traitement qu'il ait eu ou non un effet sur l'insomnie des patients.[3] Les prescriptions de benzodiazépines pour le traitement de l'insomnie sont donc principalement des renouvellements.[22] Cette situation est d'autant plus préoccupante que 21% des médecins déclarent dans notre sondage qu'ils ne connaissent pas les modalités de leur sevrage.

Quant au choix de l'hypnotique, 30% des sondés pensent que les hypnotiques Z présentent moins de risques que les benzodiazépines. Ces fausses croyances sont répandues chez certains médecins qui les décrivent étant à la fois plus efficaces[14,17,23] et provoquant moins d'effets secondaires.[14,23] Les hypnotiques Z sont actuellement les somnifères les plus prescrits dans le monde, majoritairement par des généralistes.[14]

92% des médecins pensent que TNP de l'insomnie fait partie du rôle du généraliste. Cependant, 38% trouvent que cette prise en charge est moins efficace que le traitement médicamenteux et doit obligatoirement être accompagnée d'hypnotiques pour près d'un médecin sur six. Ces affirmations sans fondement sont retrouvées régulièrement dans la littérature.[16,23,25] Cet apriori sur le TNP concerne principalement l'insomnie, la psychothérapie étant par exemple le traitement préféré des généralistes pour l'anxiété.[23]

33% des médecins déclarent que tous les patients ne sont pas éligibles pour un TNP et 42% pensent que ce traitement est moins efficace chez les personnes âgées. Rappelons que la prise en charge non pharmacologique reste le premier choix thérapeutique pour ces derniers[10] et précisons que l'acceptabilité du TNP de l'insomnie par les patients n'est pas corrélée à leur statut économique, leur appartenance ethnique ou encore leur âge.[24]

Bien que 84% des médecins dans notre sondage se sentent confiants par rapport au TNP, ils sont une majorité à reconnaitre certaines lacunes dans ce domaine. 72% souhaitent d'ailleurs plus de formations sur la prise en charge de l'insomnie. Ces chiffres peuvent être associés avec le faible nombre d'heures consacrées à ce sujet pendant les études de médecine.[18]

Au niveau du système de soins de santé

44% des sondés pensent que le TNP de l'insomnie prend trop de temps en médecine générale et 70% affirment que le remboursement n'est donc pas en rapport avec la durée nécessaire à la consultation. Ces limitations sont décriées dans la littérature aussi bien par les médecins[16,18] que par les patients.[22] Le tentation est alors de prescrire un médicament par souci d'économie.[25]

39% des généralistes rencontrent des problèmes quand ils souhaitent référer leurs patients. La disponibilité limitée des thérapeutes spécialisés dans l'insomnie est souvent décrite en tant qu'un frein au TNP.[22,25] La prescription de médicaments est perçue comme une alternative applicable.[22] Le coût du TNP est également un facteur important.[16,22] Référer vers un spécialiste est jugé trop cher par 61% des médecins dans notre étude.

Conclusions

Les recommandations pour le traitement de l'insomnie sont précises : la prise en charge doit être non pharmacologique en priorité. Pourtant, de nombreux obstacles subsistent pour leur mise en pratique en médecine générale. Ces barrières se situent à 3 niveaux, du coté des patients, du système de soins de santé et des généralistes eux-mêmes.

Plusieurs pistes peuvent être proposées pour y remédier. Tout d'abord, une campagne publique pourrait être lancée pour rappeler que l'insomnie est une affection qui a des conséquences néfastes et pour laquelle des traitements efficaces sont possibles. Ensuite, la sécurité sociale devrait aider à augmenter la disponibilité du traitement non pharmacologique de l'insomnie en mettant en place une indemnisation majorée pour les consultations psychosociales et en remboursant les séances thérapeutiques proposées entre autres par certains psychologues. Pour terminer, n'oublions pas la contribution indispensable des médecins à la prise en charge adéquate de l'insomnie. Chacun pourrait enrichir ses connaissances sur les alternatives aux hypnotiques, connaitre les stratégies applicables sur le terrain et savoir référer à bon escient.

Références

1. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Hedner J. Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. Sleep Medicine. 2010 Dec;11(10):987–98.

2. Dregan A, Armstrong D. Cross-country variation in sleep disturbance among working and older age groups: an analysis based on the European Social Survey. International Psychogeriatrics. 2011 Apr 19;23(09):1413–20.

3. Terzano MG, Cirignotta F, Mondini S, Ferini-Strambi L, Parrino L. Studio Morfeo 2: Survey on the management of insomnia by Italian general practitioners. Sleep Medicine. 2006 Dec;7(8):599–606.

4. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A. The assessment and management of insomnia in primary care. British Medical Journal. 2011 May 27;342(may27 1):d2899–d2899.

5. Buysse DJ. Insomnia. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2013;309(7):706–16.

6. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine. 2008;4(5):487.

7. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, Mariman A, De Meyere M. Insomnie: recommandation en première ligne de soin. SSMG: Recommandations de Bonne Pratique [Internet]. 2006; Available from: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_Insomnie.pdf

8. Gervais Y, Midy F. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Haute Autorité de Santé : Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2006; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf

9. Visiteurs médicaux indépendants. Insomnie. Le Projet Farmaka asbl [Internet]. 2011; Available from: http://www.farmaka.be/fr/visiteur_independant/2011_02_insomnie.pdf

10. Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. In: The Cochrane Collaboration, Montgomery P, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.

11. Idées-Forces. Plainte d'insomnie chez les adultes : traitement médicamenteux (hors phytothérapie). La Revue Prescrire. 2012;

12. Idées-Forces. Plainte d'insomnie chez les adultes : traitement non médicamenteux et phytothérapie. La Revue Prescrire. 2012;

13. Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2009;301(19):2005–15.

14. Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas JV, Middleton H, Orner R. Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. British Journal of General Practice. 2008 Jun 1;58(551):417–22.

15. Supplément: intéractions médicamenteuses. Patients insomniaques. La Revue Prescrire. 2012;32(350):410–3.

16. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. Canadian Family Physician. 2010;56(11):e398–e406.

17. Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. Journal of Sleep Research. 2010 Mar;19(1-Part-I):36–41.

18. Israel AG, Lieberman JA 3rd. Tackling insomnia: diagnostic and treatment issues in primary care. Postgraduate Medicine : A Special Report - Insomnia in Primary Care: Overcoming Diagnostic and Treatment Barriers. 2004;116(6):7–13.

19. Léger D, Allaert F-A, Massuet M-A. La perception de l'insomnie en médecine générale. La Presse Médicale. 2005;34(19):1358–62.

20. Stinson K, Tang NK, Harvey AG. Barriers to treatment seeking in primary insomnia in the United Kingdom: a cross-sectional perspective. SLEEP. 2006;29(12):1643–6.

21. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. Canadian Family Physician. 2007;53:1200–1.

22. Dollman WB, LeBlanc VT, Roughead EE. Managing insomnia in the elderly–what prevents us using non-drug options? Journal of Clinical Pharmacy and therapeutics. 2003;28(6):485–91.

23. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Ørner R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010 Jun 10;16(4):731–7.

24. Bluestein D, Healey AC, Rutledge CM. Acceptability of Behavioral Treatments for Insomnia. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2011 May 6;24(3):272–80.

25. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2007 Jan;25(4):214–9.

Annexes

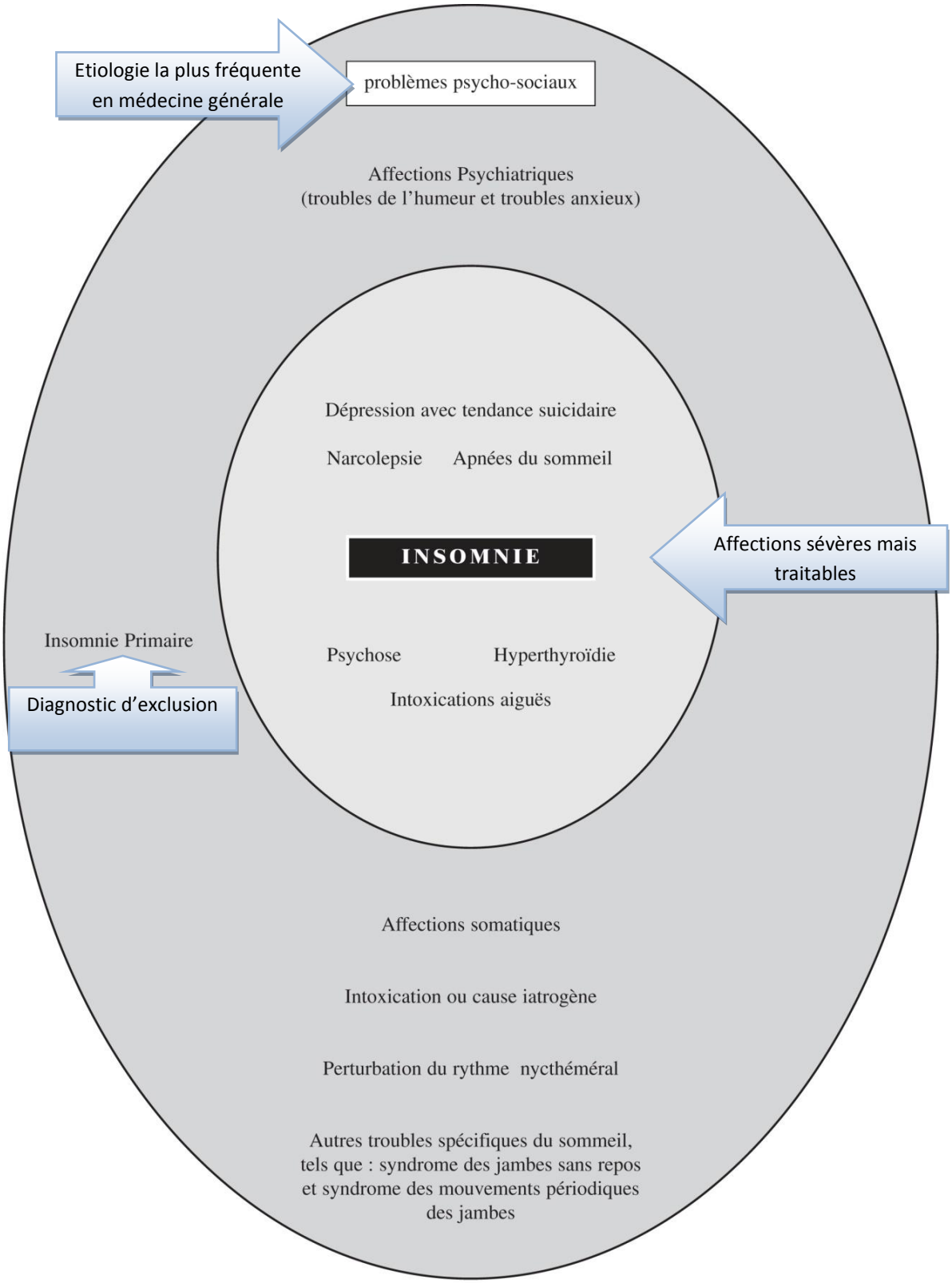
Annexe 1 : Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2)

Buysse DJ. Insomnia. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2013;309(7):706–16.

	Critères diagnostiques de l'insomnie
1	Plainte d'une difficulté pour initier le sommeil, d'une difficulté pour maintenir le sommeil, d'un réveil trop tôt ou d'un sommeil qui est chroniquement non réparateur ou de mauvaise qualité
2	La plainte est exprimée malgré des opportunités et circonstances adéquates pour dormir
3	Au moins une des conséquences suivantes sur le fonctionnement diurne est exprimée par le patient : o Fatigue ou malaise o Diminution de l'attention ou de la concentration, trouble de la mémoire o Dysfonctionnement social, mauvaises performances scolaires ou professionnelles o Trouble de l'humeur ou irritabilité o Somnolence diurne o Diminution de la motivation, de l'énergie ou de l'esprit d'initiative o Tendance aux erreurs et aux accidents au travail ou au volant o Nervosité, céphalées ou symptômes gastro-intestinaux en réponse au manque de sommeil o Préoccupation ou inquiétude par rapport au sommeil

Annexe 2 : Hypothèses de travail du diagnostic différentiel

Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, Mariman A, De Meyere M. Insomnie: recommandation en première ligne de soin. SSMG: Recommandations de Bonne Pratique. 2006



Annexe 3 : Interventions cognitivo-comportementales

Buysse DJ. Insomnia. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2013;309(7):706–16.

Intervention	Description	Techniques spécifiques
Hygiène du sommeil	○ Conseils pour promouvoir les comportements favorisant le sommeil et pour décourager les comportements interférant avec le sommeil	○ Ne pas essayer de dormir à tout prix ○ Eviter les stimulants (caféine, nicotine) ○ Limiter la consommation d'alcool ○ Etablir un horaire de sommeil régulier ○ Eviter les siestes ○ Faire de l'exercice régulièrement au minimum 6h avant le coucher ○ Garder la chambre sombre et silencieuse
Contrôle du stimulus	○ Basé sur les principes du conditionnement opérant et du conditionnement classique ○ Comportements augmentant l'association entre le sommeil et l'environnement	○ Aller au lit uniquement en cas d'envie de dormir ○ Utiliser la chambre et le lit uniquement pour dormir ○ Ne pas lire, regarder la télévision, téléphoner ou planifier des activités dans la chambre ○ Si impossibilité de s'endormir pendant 10-20 minutes, quitter le lit et la chambre ○ Revenir au lit seulement quand l'envie de dormir reprend ○ Régler l'alarme et se réveiller à une heure régulière chaque jour ○ Ne pas utiliser la fonction délai de l'alarme ○ Ne pas faire la sieste pendant la journée
Restriction de sommeil	○ Basée sur des preuves expérimentales que le sommeil est régulé par des processus circadiens et homéostatiques ○ Favoriser l'endormissement en réduisant le temps passé au lit et en maintenant un réveil à heure fixe le matin pour renforcer les rythmes circadiens	○ Restreindre le temps passé éveillé au lit en organisant un horaire stricte pour le sommeil et le réveil, horaire défini par le nombre d'heures de sommeil en une nuit en moyenne ○ Se réveiller à heure fixe indépendamment de la durée du sommeil la nuit précédente ○ Si après 10 jours l'efficacité du sommeil est inférieur à 85%, augmenter la restriction de 15-30 minutes ○ Augmenter le temps passé au lit si l'efficacité est égale ou supérieure à 85%
Relaxation	○ Incompatibilité entre le sommeil et la tension musculaire ou l'hypervigilance ○ Augmenter l'exercice la journée et favoriser le sommeil la nuit	○ Relaxation musculaire progressive, imagerie guidée et exercices de respiration

Intervention	Description	Techniques spécifiques
Thérapie cognitive	○ Fausses croyances sur le sommeil et sur l'insomnie provoquant hypervigilance et nervosité ○ Identifier et corriger ces croyances et attitudes erronées	○ Corriger les fausses croyances et les craintes sur le sommeil : • Surestimation du nombre d'heures de sommeil nécessaires • Peur que le sommeil ne peut être contrôlé • Peur de rater des occasions pour dormir ○ Diminuer la rumination en collectant les pensées dans un journal ○ Concevoir des essais comportementaux pour tester les croyances sur le sommeil
Thérapie cognitivo-comportementale	○ Traitement multimodal combinant les interventions décrites plus haut	○ Hygiène du sommeil ○ Contrôle du stimulus ○ Restriction de sommeil ○ Thérapie cognitive ○ Relaxation intégrée ou non
Thérapie comportementale brève	○ Techniques centrales du contrôle du stimulus et de la restriction de sommeil	○ Restreindre le temps passé au lit à la moyenne d'heures de sommeil + 30 minutes ○ Se réveiller à heure fixe indépendamment de la durée du sommeil la nuit précédente ○ Aller au lit uniquement en cas d'envie de dormir ○ Ne pas rester au lit éveillé

Annexe 4 : Plan d'un traitement cognitivo-comportemental

Gervais Y, Midy F. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Haute Autorité de Santé : Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2006; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf

Séances	Activités
1	○ Survol du programme ○ Renseignements sur le sommeil (stades) ○ Qu'est-ce que l'insomnie ○ Histoire naturelle de l'insomnie ○ Auto-enregistrement et principes d'autogestion ○ Restriction du temps passé au lit
2	○ Révision des modèles d'insomnie ○ Modèle conceptuel de l'insomnie ○ Explication du traitement comportemental ○ Méthodes comportementales ○ Ajustement de la restriction du sommeil
3	○ Révision des explications du traitement comportemental, des procédures et de la restriction du temps passé au lit ○ Travail sur le respect des procédures ○ Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ; attitudes et croyance concernant le sommeil ○ Ajustement de la restriction du sommeil
4	○ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ○ Retour sur la thérapie cognitive et sur les consignes de « contrôle par le stimulus » ○ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ○ Ajustement de la restriction du sommeil
5	○ Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ○ Révision et modification des thèmes d'attitudes et de croyance concernant le sommeil ○ Consignes d'hygiène du sommeil ○ Ajustement de la restriction du sommeil
6	○ Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ○ Retour sur la thérapie comportementale ○ Évaluation des progrès ○ Maintien des gains

Annexe 5 : Profil d'effets indésirables des benzodiazépines et apparentés

Supplément: intéractions médicamenteuses. Patients insomniaques. La Revue Prescrire. 2012;32(350):410–3.

Effets indésirables
Somnolences, baisses de la capacité à la conduite de véhicules, troubles de la concentration et de la mémoire
Confusions, ataxies et chutes, surtout chez les patients âgés
Sensations vertigineuses, dysarthries, tremblements, dépressions
Dépressions respiratoires, faiblesses musculaires avec divers symptômes dont des troubles de la motilité oculaire, troubles urinaires
Effets paradoxaux avec désinhibition, augmentations de l'hostilité et de l'agressivité, comportements délictueux, conduites automatiques et amnésies
Diminutions de l'efficacité thérapeutique (alias tolérances) qui s'installent en 2 à 4 semaines d'usage quotidien
Dépendances et syndromes de sevrage : l'arrêt brutal entraîne insomnies, anxiétés, tremblements, perceptions anormales, confusions, convulsions. Ces syndromes sont plus fréquents avec les benzodiazépines à demi-vie courte
Usages toxicomaniaques par voie intraveineuse à la recherche d'effets euphorisants
Pertes de poids
Coma, hypotension artérielle et dépression respiratoire en cas de surdose
Décès rares en l'absence de surdose de substance associée

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé et qui ont ainsi permis la réalisation de ce mémoire :

- Au Docteur DIELS Robert pour son encadrement et ses conseils avisés.
- A KERKHOFS Myriam pour sa disponibilité et son expertise sur la psychologie.
- Aux secrétaires de la SSMG et du DMG pour leur collaboration.
- A tous les médecins qui ont pris le temps de répondre à mon enquête.