



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé



PRISE EN CHARGE DES INSOMNIES

EN MÉDECINE GÉNÉRALE

VERSION COURTE 2020

1. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE LORS D'UNE PLAINTÉ POUR INSOMNIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La prise en charge d'une plainte pour insomnie en médecine générale comprend idéalement deux consultations distantes de deux à trois semaines, pendant lesquelles le patient est invité à tenir un « agenda de son sommeil » et à compléter des questionnaires de sommeil spécifiques. (v. annexes 2 et 3)

Les grandes étapes diagnostiques dans la prise en charge d'une insomnie

1. Le diagnostic général :

Anamnèse générale sans oublier l'anamnèse médicamenteuse avec un historique des prescriptions de somnifères

2. Éliminer une pathologie organique à l'origine de l'insomnie :

Examen clinique et paraclinique

3. Description du sommeil :

Anamnèse de sommeil, questionnaires de sommeil, agenda de sommeil, tracé d'enregistrement du sommeil (actigraphie)

4. Polysomnographie :

Elle est demandée uniquement si l'on suspecte une insomnie d'origine organique, comme un syndrome d'apnée de sommeil ou un syndrome des jambes sans repos (restless legs syndrom) et/ou si l'insomnie persiste pendant 6 mois et reste réfractaire à un traitement bien conduit.

- Décrire la **structure du sommeil et de l'éveil** du patient
- Noter la **fréquence et la durée** des plaintes
- Investiguer l'**impact** des troubles de sommeil **sur la performance diurne**
- Exclure une **insomnie secondaire** : penser aux douleurs, au reflux gastro-œsophagien, à une dyspnée, une orthopnée, une nycturie, une transpiration, des ronflements, un syndrome d'apnée du sommeil, un « restless legs syndrom », des crises de panique, des hallucinations nocturnes, des cauchemars, une dépression, une addiction etc.
- Faire une mise au point des **antécédents** médicaux personnels, familiaux et médicamenteux du patient

- Demander des informations sur les **investigations et tentatives de traitements antérieurs** des troubles de sommeil
- Rechercher la prise éventuelle de **substances influençant le système nerveux central** : hypnotiques, antihypertenseurs, antiasthmatiques, hormones, diurétiques, antidépresseurs, alcool, drogues, caféine etc.
- Rechercher l'existence de **facteurs individuels qui empêchent le sommeil** comme le stress, les conflits, des facteurs environnementaux et l'absence de **facteurs qui favorisent le sommeil** (chambre fraîche et sombre, pas de boissons excitantes dans les heures précédant les couchers, rituel du coucher etc)

2. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES INSOMNIES PRIMAIRES

La stratégie thérapeutique comporte plusieurs approches utilisées seules ou en association, après concertation avec le patient, selon le tableau clinique et la réponse thérapeutique (voir [annexe 1 - arbre décisionnel](#)).

2.1 Information et conseils d'hygiène de vie

niveau d'évidence C, recommandation de classe 1

Informier le patient sur :

- La structure du sommeil et le cycle normal du sommeil
- L'influence de l'âge sur le sommeil
- Le nombre théorique d'heures de sommeil en fonction de l'âge et sa grande variabilité
- La prévalence des insomnies afin de démystifier le problème
- La relation entre sommeil nocturne, activité journalière et les éventuelles siestes
- L'impact négatif de l'anxiété de ne pas arriver à trouver le sommeil et le cercle vicieux qui en découle
- La clarification des attentes et l'explication des objectifs thérapeutiques

Donner dix conseils indispensables en matière d'hygiène de vie :

1. Respecter des horaires fixes pour se coucher et surtout pour se lever (+/- 30 minutes) – valables aussi le WE. Ne pas se coucher si l'on n'est pas fatigué.
2. Ne pas rester plus de 7h par nuit dans son lit
3. Éviter les siestes durant la journée (éventuellement 20 à 30min avant 15h)
4. Avant de se coucher éviter de :

- a. consommer de l'alcool (respecter un intervalle de 2 heures entre la dernière prise d'alcool et le moment du coucher),
 - b. consommer des boissons caféinées (respecter un intervalle de 4 heures entre la dernière prise et le moment du coucher)
 - c. manger des repas lourds et / ou avec de trop des grandes portions
5. Eviter des activités sportives importantes le soir (pratiquer un sport régulièrement pendant la journée favorise par contre un bon sommeil)
 6. Essayer de maintenir un « rituel du coucher », cela permet de se déconnecter de la vie quotidienne
 7. Créer un espace de sommeil agréable (lit confortable, chambre calme, aérée et suffisamment sombre, température plutôt fraîche)
 8. N'utiliser le lit que pour dormir. En cas de problèmes d'endormissement ou de réveil nocturne, quitter le lit dès que des ruminations ou pensées désagréables s'installent ou si le sommeil ne (re)vient pas endéans de 15-20 minutes
 9. Eviter de regarder la montre/le réveil en cas de réveil nocturne. Ne pas allumer une lumière très claire la nuit
 10. Si possible s'exposer après le réveil matinal à la lumière du jour pendant 30 minutes

Si l'efficacité de ces mesures à elles seules n'a pas été étudiée de façon rigoureuse, il est cependant établi qu'elles complètent utilement les thérapies proprement dites.

Ces mesures sont unanimement soutenues dans les recommandations en vigueur (niveau d'évidence C, recommandation de classe I).

2.2 Thérapies psychologiques

Les thérapies psychologiques, fussent-elles comportementales (p.ex. contrôle par le stimulus, restriction du sommeil, relaxation) ou comportementales et cognitives (thérapie cognitivo-comportementale combinée) ont un intérêt clinique certain dans les insomnies.

A court terme (6 à 10 semaines), leur efficacité semble être comparable à celle des somnifères (Niveau d'évidence A, recommandation de classe I).

Leur place dans la pratique médicale courante reste modeste, étant donné qu'elles se heurtent à un certain nombre d'obstacles pratiques et/ou économiques.

2.3 Pharmacothérapie

2.3.1 Benzodiazépines (BZD)

Niveau d'évidence A, recommandation de classe I

Les BZD sont efficaces à court terme pour raccourcir le délai d'endormissement et prolonger la durée du sommeil. Leur efficacité à long terme n'est pas démontrée.

Elles modifient la qualité de sommeil et engendrent des troubles. Elles entraînent une augmentation de la latence d'apparition et une diminution de la durée totale du sommeil paradoxal (REM).

Les BZD présentent une faible toxicité aiguë à doses thérapeutiques, mais elles exposent à un certain nombre d'effets indésirables tels que

- effet résiduel pendant la journée avec comme conséquence une somnolence diurne, des vertiges et une incoordination motrice avec risque de chutes et de fractures,
- troubles de mémoire (amnésie antérograde)
- en cas de traitement prolongé : développement d'une tolérance et risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner à l'arrêt un syndrome de sevrage
- il existe une dépendance croisée entre les BZD et les substances apparentées (Z-drugs).
- réactions paradoxales (aggravation de l'insomnie, de l'anxiété, de l'agitation, de l'agressivité)
- au long cours, les BZD peuvent aggraver des déficits cognitifs préexistants.

2.3.2 Les apparentés aux benzodiazépines (" z-drugs ")

Niveau d'évidence A, recommandation de classe I

Les " z-drugs " diminuent le délai d'endormissement et augmentent la durée du sommeil.

Elles présentent les mêmes effets indésirables que les benzodiazépines, y compris l'effet résiduel, l'accoutumance, la dépendance et les manifestations de sevrage. La balance bénéfices-risques des "z-drugs" n'est pas supérieure à celle des BZD.

Des troubles du comportement tels que le somnambulisme et des conduites automatiques ont été rapportés avec le zolpidem, surtout à doses élevées ou en cas de prise concomitante d'alcool, de benzodiazépines ou d'antidépresseurs.

Considérations à prendre en compte si l'on décide de prescrire une BZD ou d'une " z-drug "

- Débuter le traitement par les doses les plus faibles possibles pour une durée maximale d'une à deux semaines lors de la toute première prescription.
- Conseiller une administration intermittente (p. ex. tous les 3 jours pendant 1 à 2 semaines) pour éviter des problèmes d'accoutumance.
- Prévenir le patient des risques potentiels d'interaction avec l'alcool et autres substances sédatives).
- Revoir le patient rapidement après une première prescription.
- Proposer d'autres traitements (p.ex. thérapie comportementale et cognitive, stratégies de relaxation), avant de renouveler la prescription de BZD.
- Arrêter progressivement le traitement en prévenant le patient du risque de réapparition transitoire des symptômes initiaux.

2.3.3 Mélatonine

La mélatonine simple n'a pas de place dans la prise en charge des insomnies primaires (*niveau d'évidence A / recommandation de classe III*).

La forme à libération prolongée, dosée à 2mg (Circadin®) utilisée en monothérapie, est éventuellement utile pour la prise en charge à court terme de certains patients âgés souffrant d'insomnie primaire associée à un rythme circadien défaillant (*niveau d'évidence B / recommandation de classe IIb*).

2.3.4 Antidépresseurs

Dans l'état actuel des connaissances, l'utilisation des antidépresseurs sédatifs dans la prise en charge des insomnies primaires, sans comorbidité dépressive, ne peut pas être recommandée (*niveau d'évidence B / recommandation de classe III*).

2.3.5 Neuroleptiques

L'utilisation hypnotique des neuroleptiques dans les insomnies primaires est à éviter.
(niveau d'évidence B / recommandation de classe III)

2.3.6 Antihistaminiques

L'hydroxizine et l'alimémazine sont parfois utilisés comme médicaments de deuxième intention après échec des mesures comportementales, si les benzodiazépines et apparentés ne peuvent être employés (p.ex. en cas d'intolérance ou de contre-indications) (niveau d'évidence C / recommandation de classe IIb).

Le recours aux anti-H1 sédatifs (doxylamine, dimenhhydrinate, diphenhydramine) proposés en vente libre pour l'automédication des insomnies occasionnelles de l'adulte est à déconseiller au vu de leurs effets indésirables anticholinergiques, neurologiques (extrapyramidaux) et cognitifs potentiellement graves, surtout chez les personnes âgées (niveau d'évidence B / recommandation de classe III).

2.3.7 Antiépileptiques

Les anticonvulsivants gabapentine et prégabaline ont été étudiés notamment dans les troubles du sommeil associés aux douleurs neuropathiques, à l'alcoolisme et aux troubles anxieux généralisés, mais non dans les insomnies primaires. Leur utilisation dans ce cadre est donc à éviter (recommandation de classe III).

2.3.8 Phytothérapie

Un traitement à base de valériane peut être envisagé dans certains cas (niveau de preuve B / recommandation de classe IIb). De nombreuses autres plantes sont fréquemment utilisées sans preuves satisfaisantes pour leur efficacité.

3. GROUPE DE TRAVAIL

GT Troubles du sommeil :

M. Yves BRUCH, membre du Conseil scientifique, pharmacien auprès du CMSS, chargé de la rédaction de la présente recommandation

Mme Sandrine COLLING, membre de la Cellule d'expertise médicale

Dr Jean-Marc CLOOS, médecin spécialiste en psychiatrie, spécialisé en addictologie et psychothérapeute cognitivo-comportemental

Dr Cristina Ioana NICOLAIE, membre de la Cellule d'expertise médicale

Dr Marion PIEGER, médecin généraliste

Dr Isabelle ROLLAND-PORTAL, membre de la Cellule d'expertise médicale

Les membres ne déclarent pas de conflits d'intérêts.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225