



Les neurobranchés
Pour tout savoir, du neurone au sommeil



« ETAT DES LIEUX » DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'INSOMNIE

Les hypnotiques à action GABAergique (Benzodiazépines et molécules apparentées) dans la prise en charge de l'insomnie. A propos d'une enquête menée chez 75 patients sous hypnotique dans le cadre d'une officine de la Région Nord - Pas de Calais - Picardie.



C. Chaissac

Thèse pour le Diplôme d'Etat en Pharmacie.
Université de Picardie Jules Verne.
Faculté de Pharmacie (Amiens, le 30 Juin 1999).

Directeur de Thèse : Dr. D. Rose
Unité de Pathologie du Sommeil
CHU d'Amiens - France

UTILISATION DES HYPNOTIQUES GABAÉRGIQUES EN PRATIQUE COURANTE : UNE ENQUÊTE MENÉE CHEZ 75 PATIENTS SOUS HYPNOTIQUE DANS LE CADRE D'UNE OFFICINE

Sur la base d'un questionnaire simple, dont nous donnons un exemplaire en annexe, nous avons étudié la consommation en hypnotiques de la clientèle d'une officine rurale implantée à Houdain (Pas de Calais). Le questionnaire était proposé à chaque patient se présentant à l'officine du 2 Janvier au 17 Avril 1999 avec une prescription d'hypnotique. Il portait :

1. Sur les *troubles du sommeil* ayant amené le patient à cette prescription (facteur déclenchant, type d'insomnie ...)
2. Sur la *qualité du prescripteur* au moment de la première prescription
3. Sur l'*historique* de cette prescription (durée – éventuels effets secondaires, éventuel changement d'hypnotique ...)
4. Sur la *qualité du sommeil actuel* du patient sous hypnotique
5. Sur l'éventualité d'une *tentative de sevrage*.

Parallèlement, nous avons recherché, sur la base de l'historique informatique des prescriptions dont nous disposons à l'officine :

1. L'existence de traitements pour d'éventuelles *pathologies associées*
2. L'existence d'une *association* du traitement hypnotique avec la prise d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou d'antalgiques
3. Le *nombre de lignes moyen* des prescriptions avec hypnotique.

Nous disposons également des statistiques sur la *consommation en hypnotiques de la population générale de l'officine* ainsi que celles sur la *pyramide des âges* et le *sexe ratio*.

LA POPULATION INTERROGÉE

Sexe

Notre étude porte sur 75 patients des deux sexes (39 femmes – 36 hommes, F / H = 1.1). On retrouve dès lors une *très légère prédominance féminine* puisque, comparativement, la population générale de l'officine se compose de 47% de femmes et de 53% d'hommes (F / H = 0.9).

Cet effectif global de 75 patients interrogés n'a certes pas la prétention de représenter toute la population générale des patients sous hypnotique.

Âge

L'âge moyen de notre population est de 60.9 ans (+/- 11.6). Elle est **significativement plus âgée** que celle de l'officine dont l'âge moyen est de 43.5 ans (+/- 19.7). Il n'y a pas de différence d'âge inter-sexe puisque les femmes interrogées ont un âge moyen de 60.1 ans (+/- 11.6) et les hommes un âge moyen de 61.8 ans (+/- 11.7).

Etat de Santé

Pathologies associées aux troubles du sommeil

L'existence de pathologies associées (pathologies neuro-psychiatriques, pathologies cardio-respiratoires, éthylisme, troubles digestifs ...) n'a été décelée qu'à la lumière de l'historique du traitement en cours. Il se peut donc que des affections non traitées ou latentes soient demeurées inconnues.

69 patients sur 75 (92%) sont traités pour une pathologie associée à leurs troubles du sommeil :

- ❑ 20 (26.7%) pour une *pathologie neuropsychiatrique*, dont **13 pour dépression** (2 pour une maladie de Parkinson, 2 pour épisodes psychotiques, 2 pour troubles anxieux isolés, 1 pour migraine)
- ❑ 15 (20%) pour des *troubles cardio-respiratoires* (6 pour coronaropathie, 2 pour insuffisance cardiaque, 3 pour insuffisance respiratoire, 3 pour asthme)
- ❑ 4 (5.3%) pour une *intoxication exogène* d'origine éthylique
- ❑ 3 (4.0%) pour des *problèmes digestifs*
- ❑ 5 (6.7%) pour des *troubles divers* plus ou moins graves (1 cancer, 1 hyperthyroïdie, 1 goutte, 1 psoriasis, 1 allergie).

Facteurs de risque retrouvés au sein de notre population

Nous avons étudié deux types de facteurs de risque :

- ❑ Les facteurs de risque cardio-vasculaires (hypertension, hyperlipémie, diabète)
- ❑ Les facteurs de risque pouvant amener des troubles du sommeil comme l'existence d'une arthrose, d'une hypertrophie de la prostate, de troubles anxio-dépressifs. Chez les femmes, nous avons pris en compte, en fonction de l'âge de la patiente (> 55 ans), la survenue ou non de la ménopause. En effet, tant l'arthrose par les douleurs chroniques qu'elle entraîne que l'hypertrophie de la prostate par une nycturie peuvent être à l'origine d'éveils nocturnes multiples. Les troubles anxio-dépressifs s'accompagnent généralement d'une insomnie avec des troubles de l'initiation et/ou du maintien du sommeil. La

ménopause va de pair également avec la survenue de troubles du sommeil. Il serait, de fait, tentant de faire le lien entre l'insomnie féminine et les troubles de la ménopause. En effet, l'âge moyen de la première prise d'hypnotique chez les femmes (51.5 +/- 12.6 ans – médiane = 51 ans) coïncide avec l'âge de survenue des premiers troubles hormonaux et le déficit hormonal est à même de faire naître des facteurs de risque pouvant entraîner des troubles du sommeil (douleurs liées à l'ostéoporose et à l'arthrose, affections cardio-vasculaires). Cependant, un rapport de cause à effet est difficile à établir puisque la moyenne d'âge de la population étudiée est de 60.9 ans (+/- 11.6) ce qui induit, naturellement, une proportion importante de femmes ménopausées (74%). Tout juste peut on conclure à une fragilisation du sommeil par le vieillissement.

Les facteurs de risque cardio-vasculaires

- ❑ 37 patients (49%) sont traités pour **hypertension**. Ils sont plus âgés (66.4 +/- 7.3 ans – p = 0.0001) que la moyenne de la population interrogée (60.9 +/- 11.6 ans) et comptent 21 hommes pour 16 femmes (H / F = 1.3).
- ❑ 13 patients (17%) sont traités pour **hyperlipémie**. Ils ont un âge moyen de 61.5 +/- 8.2 ans et comptent 6 hommes pour 7 femmes (H / F = 0.9)
- ❑ 4 patients (5%) sont traités pour **diabète**. Ils ont un âge moyen de 64.8 +/- 10.8 ans et comptent 3 hommes pour 1 femme.

Il est intéressant de noter que 11 patients (15%), essentiellement des hommes (n = 7 - 64%), présentent au moins deux facteurs de risques cardio-vasculaires.

Les facteurs de risque pour le sommeil

- ❑ 16 patients (21%) souffrent d'**arthrose**. Ces patients, dont la moyenne d'âge est de 64.1 +/- 11.6 ans, sont essentiellement des femmes (n = 11, 69%).
- ❑ Les hommes (n = 36) sont à 16.7% (n = 6) traités pour une **hypertrophie prostatique**. Ils sont plus âgés (73.5 +/- 5.0 ans) que la population des hommes interrogés (61.8 +/- 11.7 ans).
- ❑ Les **troubles anxieux** concernent 25 patients (33%) avec une prédominance féminine (n = 17, 68%). 13 patients (17%) des patients interrogés sont traités pour **dépression**. Ce facteur de risque est essentiellement féminin (n = 11, 85% - p = 0.0092). Les **troubles anxio-dépressifs** touchent 11 patients (15%) dont 9 femmes (82%).
- ❑ 29 femmes (74.4%) sont concernées par la **ménopause**. Seules 6 d'entre elles (20%) prennent un traitement de substitution.

Nous avons calculé, pour chaque patient, le nombre total de facteurs de risque (FDR) (cf. Tableau). Le cumul des FDR est directement lié à l'âge du patient ($p = 0.0034$) et au nombre de lignes de l'ordonnance ($p = 0.0001$). Notons que 28% des patients interrogés, soit près d'un tiers de la population, présentent au moins 3 FDR.

L'ETAT DE SANTE DES PATIENTS : CUMUL DES FACTEURS DE RISQUE (FDR)

CUMUL DES FDR	NB DE PATIENTS	AGE	NOMBRE DE LIGNES
0	6 (8.0%)	49.2 +/- 10.2	2.1 +/- 2.0
1	20 (26.7%)	55.5 +/- 13.6	4.9 +/- 2.2
2	28 (37.3%)	63.1 +/- 9.8	6.2 +/- 2.7
3	11 (14.7%)	65.7 +/- 7.7	8.2 +/- 1.9
4	8 (10.7%)	67.1 +/- 7.5	8.5 +/- 2.1
5	2 (2.7%)	68.0 +/- 14.1	9.0 +/- 2.8

Nombre de lignes moyen sur l'ordonnance

Le nombre moyen de lignes sur l'ordonnance d'hypnotique est de 6.1 +/- 2.9. Les 6 patients (8% - dont 4 femmes, cf. Tableau 7) ne présentant aucun trouble chronique traité ni aucun facteur de risque (FDR) ont un nombre de lignes moyen de 2.1 +/- 2.0, ce qui correspond à une médication quasi-systématique de troubles passagers, ces patients consultant leur médecin au moins toutes les quatre semaines pour leur prescription d'hypnotique.

En résumé :

La consommation d'hypnotiques est très liée à l'état de santé des patients. En effet, 92% des patients interrogés sont traités pour une pathologie associée et près d'un tiers (28%) présentent au moins 3 facteurs de risque cardio-vasculaires ou pouvant entraîner des troubles du sommeil. Le nombre de lignes moyen sur l'ordonnance d'hypnotique est élevé. Il apparaît, en outre, des différences entre les hommes et les femmes. Les patientes sous hypnotique présentent plus de facteurs de risques pouvant entraîner des troubles du sommeil : elles représentent 69% des patients traités pour arthrose, 68% des patients traités pour troubles anxieux, 85% pour dépression et 82% pour troubles anxio-dépressifs. Elles constituent, par ailleurs, 70% de la population n'ayant aucun trouble traité associé à l'insomnie. Les hommes, en revanche, ont plus de pathologies associées et plus de facteurs de risque cardio-vasculaires.

L'INSOMNIE ET SA PRISE EN CHARGE

Tous les renseignements colligés (date de la première prise, événement intercurrent ayant entraîné la prise, observation d'effets secondaires ...) font appel à la mémoire et au jugement des patients, ce qui peut être à l'origine de biais subjectifs.

A l'origine du trouble

Dans 85% des cas (n = 64), le début de l'insomnie peut être rattaché par le patient à un événement ou un trouble identifiable :

- Pour 26 d'entre eux (41%) à un *stress* d'origine familial ou professionnel (deuil, divorce, licenciement ...)
- Pour 22 d'entre eux (34%) à une *maladie* ou à un *accident*, soit une cause organique patente
- Pour 9 d'entre eux (14%) à un *problème psychiatrique avéré*
- Pour 7 d'entre eux (11%) à des *problèmes d'hygiène de sommeil* ou de rythmes imposés (travail posté).

Typologie des troubles

Les difficultés d'endormissement sont retrouvées chez 67 patients sur 75 (soit dans 89% des cas) ; ces troubles restent isolés chez 47 d'entre eux (70%). Ils sont associés dans près d'un cas sur trois (n = 20, 27%) à des troubles du maintien du sommeil et / ou à des éveils trop précoces. De fait, les insomnies du petit matin isolées sont assez rares (n = 3, 4%).

La prise en charge de l'insomnie

La prescription médicamenteuse

Les *généralistes* représentent 93% (n = 70) *des prescripteurs*. 3 prescriptions (4%) ont été faites lors d'une hospitalisation et seules 2 prescriptions (3%) viennent d'un spécialiste

Les *deux nouvelles molécules GABAergiques apparentées aux benzodiazépines* viennent en tête avec 69% *des prescriptions*. Le Zolpidem bénéficie d'une nette préférence avec 40 prescriptions (53%) contre 12 (16%) pour la Zopiclone. Viennent ensuite les benzodiazépines à action intermédiaire avec 11 prescriptions (15%) puis les benzodiazépines à action prolongée avec 7 prescriptions (9%). Restent 5 prescriptions d'association (7%). Le Triazolam (HALCION® - benzodiazépine à action courte), dont la prescription est maintenant limitée à 14 jours,

n'est plus représenté : 5 des patients l'ont reçu en première intention mais le prescripteur a toujours changé d'hypnotique.

Chez **25 patients (33%)** – dont 17 femmes – *l'hypnotique est associé à un anxiolytique*. Parmi ces 25 patients, 8 patients (11%) – dont 6 femmes – reçoivent également un *antidépresseur* et 7 patients (9%) un *antalgique*. De fait, l'association combinant hypnotique – anxiolytique et/ou antidépresseur – antalgique est essentiellement retrouvée chez les femmes ($p = 0.0433$).

Le vécu du traitement

Tout hypnotique confondu, 49 patients (**65%**) *considèrent bien ou même très bien dormir*. Seuls 4% d'entre eux ($n = 3$) déclarent que leur sommeil sous hypnotique est mauvais.

Seuls **10 patients (13%)** ont observé des *effets secondaires indésirables* avec leur hypnotique actuel. Sous Zolpidem, 4 patients se sont plaints d'éveils nocturnes et 1 patient de troubles de la mémoire. Sous Zopiclone, on relève 1 plainte de goût métallique (métabolites éliminés par la salive), 1 plainte de troubles de la mémoire et 1 plainte de vertiges avec accoutumance au produit. Sous Flunitrazépam, 2 patients ont souffert d'hypersomnie diurne.

23 patients (31%) ont tenté un sevrage. 17 d'entre eux n'ont pas de pathologie associée ($p = 0.0093$) et jugent leur sommeil comme bon ou très bon. 5 sont en traitement depuis moins d'un an et pratiquent une prise discontinue. Ces tentatives ont à l'évidence échoué puisqu'ils se présentent au comptoir avec une prescription d'hypnotique.

L'historique du traitement

L'*âge moyen lors de la première prise* d'hypnotique est de 52.5 +/- 12.5 ans (médiane = 52 ans) sans différence statistiquement significative entre les hommes (53.6 +/- 12.4 ans – médiane = 55.5 ans) et les femmes (51.5 +/- 12.6 ans – médiane = 51 ans).

Le *traitement est suivi depuis*, en moyenne, **8.4 +/- 9.0 ans** (médiane = 5 ans) et **89%** ($n = 67$) des patients prennent leur hypnotique *de façon continue*. Il est intéressant de noter que 5 des 8 patients ne prenant pas leur hypnotique de façon continue sont traités depuis moins d'un an.

25 patients (33%) ont cependant changé d'hypnotique au cours de leur traitement – 10 d'entre eux ont même changé au moins deux fois : 9 sur avis du prescripteur (dont 5 pour le Triazolam), 7 pour hypersomnie diurne, 5 pour éveils nocturnes, 3 pour accoutumance et 1 pour pertes de mémoire. La première prise est plus ancienne pour ces patients, avec une moyenne de 11.1 +/- 11.4 ans (médiane = 10 ans).

En résumé :

85% des patients interrogés retrouvent à l'origine de leur insomnie un événement déclenchant. Cet événement est lié, à part égale, à l'environnement (52%) ou à la maladie (48%). Les troubles du sommeil initiaux sont essentiellement des troubles de l'endormissement (89% des cas) isolés (70% des cas) survenant autour de la cinquantaine, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La prescription initiale d'hypnotique émane dans 93% des cas d'un médecin généraliste. Elle porte essentiellement sur les nouvelles molécules apparentées aux benzodiazépines (69%). Les associations combinant hypnotique – anxiolytique – antidépresseur – antalgique sont essentiellement retrouvées chez les femmes.

La prise en charge de l'insomnie par le traitement hypnotique est bien vécue par les patients puisque 65% d'entre eux sont satisfaits de leur sommeil et que seulement 13% parlent d'effets secondaires indésirables.

Une fois le traitement instauré, les patients restent fidèles à leur hypnotique. 67% d'entre eux n'ont jamais changé de traitement que, pourtant, 89% d'entre eux prennent en continu depuis plus de 8 ans. Ils ne sont que 31% à avoir tenté un sevrage.

LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'INSOMNIE : UN CONSTAT D'ECHEC

Il nous semblait intéressant de mener cette enquête dans la mesure où elle nous permettait un « état des lieux » sur la prise en charge actuelle de l'insomnie trois ans après le rapport alarmant d'Edouard ZARIFIAN sur la consommation des psychotropes en France (« *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France* » – Mars 1996 – 274 pp.). Il apparaît, que même menée sur un petit échantillon de patients, notre enquête retrouve les mêmes caractéristiques de la population consommatrice d'hypnotiques et les mêmes déviations dans la prise en charge de l'insomnie.

LA POPULATION CONSOMMATRICE D'HYPNOTIQUES

La consommation d'hypnotiques augmente bien avec l'âge et devient prépondérante après 40 ans. De fait, dans notre étude, la première prise survient autour de la cinquantaine, tant chez les hommes que chez les femmes.

Elle est, en outre, très liée à l'état de santé somatique des patients. Le nombre de lignes moyen d'une ordonnance d'hypnotique (6.1 dans notre étude; 5.2 - ZARIFIAN, 1996) est très élevé alors que dans une ordonnance sans hypnotique le nombre moyen de lignes est presque moitié moindre (2.9 - ZARIFIAN, 1996). La maladie est à la fois un facteur déclenchant de la prise initiale (48% des cas dans notre étude) et un élément favorisant la prise continue du traitement. Parmi nos patients n'ayant jamais tenté de sevrage de leur hypnotique, 54% présentaient une pathologie associée aux troubles du sommeil.

Les facteurs de risque pouvant entraîner des troubles du sommeil touchent essentiellement les femmes, ce qui est en accord avec les conclusions du rapport de ZARIFIAN (1996) montrant une consommation le plus souvent féminine d'hypnotiques et d'anxiolytiques en France. Il semble, en effet, intéressant de souligner la part importante tenue par les femmes (66.7% des cas) dans la population de patients traités pour troubles anxio-dépressifs.

De fait, même au sein de notre petit échantillon de patients interrogés, la consommation d'hypnotiques est très liée aux difficultés socio-professionnelles (ZARIFIAN, 1996). Dans notre étude, les facteurs environnementaux sont dans 52% des cas impliqués dans le déclenchement de l'insomnie.

En outre, il est intéressant de remarquer que les troubles du sommeil initiaux portent essentiellement sur des difficultés d'endormissement isolées (70% des cas), ce qui est classiquement décrit comme le type d'insomnie rencontré en cas de « stress » important.

LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE

Les patients se tournent vers leur médecin généraliste, responsable dans plus de 85% des cas (93% des cas dans notre étude) de la prescription initiale d'hypnotique (ZARIFIAN, 1996). Il reste qu'aucun des patients interrogés dans notre enquête n'a fait l'objet d'une investigation quelconque de ses troubles du sommeil (agenda de sommeil, actimétrie, polygraphie de sommeil ...). De fait, l'identité professionnelle du médecin en France se concrétise essentiellement par l'ordonnance d'un médicament (ZARIFIAN, 1996).

Cette prescription porte essentiellement sur les « nouvelles » molécules hypnotiques apparentées aux benzodiazépines. Le trio STILNOX® - IMOVANE® - ROHYPNOL® représente 58% (ZARIFIAN, 1996) à 65% des prescriptions (notre étude). Ceci est une particularité bien française. La France, en effet, demeure le pays le plus consommateur d'hypnotiques en Europe, avec une stabilité remarquable au cours de la période 1991 - 1994 ; l'évolution est marquée par une diminution des benzodiazépines au sens strict du terme au profit des deux produits les plus récents que sont le Zolpidem et la Zopiclone (ZARIFIAN, 1996). Ces deux molécules représentent à elles seules 69% des prescriptions dans notre étude. Les prescripteurs ont donc su tirer profit du progrès apporté

par l'avènement de ces deux molécules. Il faut cependant noter que leur mise sur le marché français remonte à plus de 10 ans (respectivement 1987 et 1988 pour la Zopiclone et le Zolpidem) depuis lesquels elles ont assis leur suprématie en l'absence de toute innovation. On peut, par exemple, s'étonner qu'il n'existe pas d'hypnotique à libération prolongée, ce qui permettrait, avec une molécule à demi-vie courte, de diminuer les effets résiduels diurnes en conservant une activité nocturne continue. De même, la forme "Patch" donnerait au patient la possibilité d'interrompre l'activité de son hypnotique en cas de besoin. Ces exemples n'ont pas la prétention d'être autre chose que des suggestions ...

Une fois le traitement instauré, les patients interrogés restent fidèles à leur hypnotique, qu'ils prennent en continu dans 89% des cas. Seuls 31% d'entre eux ont tenté un sevrage. Cette prise régulière dure, en moyenne, depuis plus de 8 ans. Ce chiffre est à rapprocher de l'ancienneté moyenne (7.5 ans) du traitement par hypnotique rapportée par ZARIFIAN (1996) ; 57% des consommateurs d'hypnotiques ont débuté leur traitement depuis 5 ans au moins (52% dans notre étude) - 33% depuis au moins 10 ans (40% dans notre étude).

DE L'EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE

Ces observations restent grandement alarmantes.

De fait, si les hypnotiques sont efficaces et si les nouvelles molécules tendent à induire un sommeil proche du sommeil physiologique, l'efficacité des hypnotiques GABAergiques ne perdure pas au-delà de quelques mois. Leur utilisation à long terme ne peut qu'entraîner une majoration de leurs effets secondaires et l'apparition de phénomènes d'accoutumance. La mise en place d'un protocole de sevrage devient alors nécessaire. Celui-ci sera d'autant plus difficile que les hypnotiques auront été administrés longtemps et à doses élevées. Ces molécules ne peuvent donc briguer d'autre statut que celui de traitement symptomatique de l'insomnie. Elles ne doivent être qu'un des éléments de la prise en charge de l'insomnie qui nécessite une investigation clinique du patient et un traitement conjuguant des approches psychothérapeutiques, comportementales et pharmacologiques. Leur indication doit se limiter au traitement des insomnies occasionnelles ou réactionnelles récentes (< à 3 semaines), chaque fois que l'hygiène de sommeil et les traitements non pharmacologiques s'avèrent insuffisants (BENOÎT, 1991). Quoiqu'il en soit, la durée de prescription doit être courte (quelques jours à quelques semaines selon les cas) et le traitement réévalué régulièrement et ce conformément à l'esprit de l'arrêté du 7 octobre 1991 qui limite la durée de prescription des médicaments hypnotiques à 4 semaines, à l'exception de l'HALCION® pour lequel la durée de prescription est limitée à 2 semaines.

Il semble donc que la prise en charge des insomnies reste encore de nos jours un échec flagrant

même si les patients semblent satisfaits de leur traitement. Cette constatation est d'autant plus inquiétante que plus de 10% de cas nouvellement traités entrent chaque année dans le groupe de patients traités au long cours par les benzodiazépines et assimilées, et ce de façon non conforme à la réglementation (ZARIFIAN, 1996). Dans notre étude, 12% des patients interrogés prenaient leur traitement depuis moins d'un an. Il serait intéressant de suivre leur devenir Au bout d'un délai moyen de 7 mois, le traitement est poursuivi dans 45% des cas (ZARIFIAN, 1996).

LES RAISONS D'UN TEL ECHEC

La poursuite d'un tel traitement renouvelé toutes les quatre semaines par les prescripteurs laisse perplexe A l'origine de cette carence, on retrouve trois facteurs essentiels :

- ❑ Un défaut de formation du monde médical, tant au niveau universitaire que post-universitaire. A ce propos, il faut souligner que la formation post-universitaire des médecins et des pharmaciens est souvent assurée en collaboration avec les laboratoires pharmaceutiques ... Ce défaut de formation est responsable d'une **trop faible sensibilisation du corps médical aux conséquences des troubles du sommeil** alors que l'on sait maintenant que la durée du sommeil est un meilleur critère de risque de mortalité que l'existence d'un diabète, d'une pathologie cardiaque ou d'une hypertension. L'insomnie est toujours considérée comme étant de nature essentiellement psychologique, ne requérant que peu d'efforts diagnostiques.
- ❑ Un défaut de moyens persistant. En effet, les organismes nationaux de recherche (INSERM, CNRS) offrent peu de crédits aux recherches sur les troubles du sommeil comme sur les mécanismes neurobiologiques à la base de l'homéostasie du sommeil. Seuls une dizaine de Centres de Sommeil sont à ce jour reconnus, en France, par la Société Française de Recherche sur le Sommeil. Les généralistes doivent donc généralement assumer seuls la prise en charge de l'insomnie alors que, le plus souvent, le cadre de leurs consultations ne leur permet pas une approche efficace (manque de temps, difficultés d'accompagnement des patients avec le suivi de leur agenda de sommeil, manque d'éléments diagnostiques tels que les tracés actimétriques ou polysomnographiques ...) notamment dans les formes chroniques, dont le traitement repose essentiellement sur une approche comportementale et/ou psychothérapeutique.
- ❑ Un défaut d'information sur les règles d'hygiène de sommeil pourtant simples et constituant une prévention efficace. Leur diffusion reste confidentielle et l'on ne peut que regretter qu'elles ne soient pas intégrées dans les programmes scolaires et ne fassent que trop rarement l'objet de campagne de Santé Publique.

Patient:

Age

Sexe

Pathologies associées:

Nombre de lignes sur la prescription d'hypnotique:

Première prise d'hypnotique:

Événement décisif:

Type d'insomnie

⇒ Difficultés d'endormissement

⇒ Eveils précoces

⇒ Difficultés maintien sommeil

Hypnotique(s) prescrits

Motif du changement d'hypnotique

Association : Anxiolytiques

Antidépresseurs

Antalgiques

Qualité du sommeil sous hypnotique:

Très mauvais ----- Mauvais ----- Moyen ----- Bon ----- Très bon

Commentaires:

Effets secondaires observés

Tentatives de sevrage ?:

Oui

Non