

Insomnies, troubles du sommeil et solutions

Généralités, évolution naturelle

- Les insomnies représentent une plainte fréquente en soins de premier recours. Les patients décrivent des difficultés d'endormissement, ou des éveils nocturnes fréquents ou prolongés, ou un éveil matinal précoce. Le sommeil est parfois décrit comme insuffisant et/ou insatisfaisant. Une insomnie est dite chronique lorsqu'elle dure plus de 6 mois.
- Tous les paramètres du sommeil (durée, latence à l'endormissement, réveils nocturnes, etc.) varient avec l'âge, l'heure du coucher, le travail, l'activité diurne, la tension psychique.
- Le sommeil "normal" est celui qui est considéré par chacun comme satisfaisant, conduisant à un bien-être, à la réparation de la fatigue de la journée.
- Des médicaments sont susceptibles d'interférer avec le sommeil.

Critères de diagnostic, diagnostic différentiel

- La plainte d'insomnie recouvre des situations très diverses. Les insomnies sont décrites comme récentes ou anciennes, comme chroniques ou épisodiques. Le plus souvent, le patient ne présente aucune pathologie définie.
- La plainte chronique d'insomnie correspond à un symptôme subjectif: les patients qui se plaignent d'insomnie ont souvent une durée de sommeil peu différente de ceux qui ne s'en plaignent pas.
- Des causes non pathologiques sont souvent évoquées : soucis et contrariétés diverses, peur de "manquer de sommeil", de ne pas être "en état le lendemain", causes environnementales (bruit, literie, conjoint, etc.).
- La plainte d'insomnie est parfois révélatrice d'une pathologie organique ou psychiatrique :
- Un sommeil nocturne fragmenté, associé à un ronflement, un excès de poids et/ou une somnolence diurne excessive conduit à évoquer un syndrome d'apnées du sommeil.
- Des troubles du sommeil, éventuellement accompagnés de cauchemars, sont présents dans des situations de stress réactionnel à un traumatisme grave.

LES INSOMNIES OCCASIONNELLES

En résumé : ce sont les plus fréquentes. Leur origine est liée à des défauts d'hygiène de vie, un environnement nocturne défavorable, des problèmes psychologiques mais elles sont aussi liées à des pathologies intercurrentes, voire débutantes.

Un problème d'insomnie, même occasionnelle, justifie une consultation entièrement dédiée à ce motif.

On qualifie d'occasionnelles les insomnies durant de quelques jours à moins de quatre semaines de façon continue ou non.

Elles représentent deux tiers des insomnies et sont habituellement faciles à identifier. A savoir :

~ Défauts d'hygiène de vie :

- irrégularité des horaires de sommeil, siestes de plus de vingt minutes;
- activité physique intense trop tardive (moins de deux heures avant le coucher)
- surmenage ou stress professionnel
- repas du soir trop copieux
- abus de boissons alcoolisées, de tabac, de café, de vitamine C, d'autres excitants

~ Environnement nocturne:

- bruit
- changement de lit
- chaleur
- altitude (supérieure à 1 500 - 2 000 m)
- décalage horaire

~ Problèmes psychologiques:

- déceptions ou conflits (familiaux, amicaux, professionnels), deuils

~ Pathologie passagère ou débutante et son traitement:

- douleur, toux, prurit, fièvre, dyspnée, etc
- syndrome des jambes sans repos
- syndrome d'apnée du sommeil
- hyperthyroïdie, dépression réactionnelle, etc.
- médicaments: corticoïdes, bêta-2 mimétiques, antidépresseurs.

Traitement

- ~ La suppression de la cause et les conseils pour optimiser le sommeil peuvent suffire (voir conseils).
- ~ Une courte prescription (cinq à quatorze jours) d'hypnotiques à demi-vie courte est parfois nécessaire.
- ~ Le malade doit donner de ses nouvelles en fin de traitement et consulter si son insomnie persiste. Une insomnie passagère peut en effet être la porte d'entrée dans une insomnie chronique, surtout si elle se répète ou que le patient prenne plus ou moins l'habitude de prendre un hypnotique « de confort » après ce premier événement.

INSOMNIES CHRONIQUES - LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

En résumé: l'anxiété et la dépression sont les deux grandes pourvoyeuses d'insomnie chronique. Attention, la prise anarchique d'hypnotiques et d'anxiolytiques est parfois en cause. Les spécialistes du sommeil ne seront consultés qu'après six mois d'échec thérapeutique.

~ L'interrogatoire reste la base du diagnostic. Outre la qualité générale du sommeil et de l'éveil, on s'efforce de connaître l'histoire de l'insomnie, les représentations du patient concernant le sommeil (ses besoins présumés, ses inquiétudes, ses a priori et ses solutions personnelles, etc.), l'état physique et psychique du malade, ses traitements éventuels et son mode de vie.

~ Deux causes se détachent nettement : l'anxiété et la dépression. Le syndrome des jambes sans repos et les mouvements périodiques nocturnes provoquent des insomnies sévères dans 80 % des cas. Le syndrome d'apnée du sommeil est assez rarement responsable d'insomnie, mais occasionne un sommeil entrecoupé en fin de nuit et surtout une impression de sommeil non réparateur. Eliminer ces deux derniers syndromes peut nécessiter des explorations spécialisées.

Toutes les pathologies somatiques chroniques peuvent être en cause ainsi que leurs traitements. La prise de toxiques et de psychotropes est fréquente, parmi lesquels les hypnotiques et anxiolytiques pris de façon trop fréquente à l'occasion des épisodes répétés d'insomnie passagère.

~ A la fin de cette première longue consultation, on remet au patient des échelles d'évaluation simples et un agenda du sommeil. qu'il remplira pour la consultation suivante. Les échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression sont nécessaires pour déterminer les troubles psychiques, présents dans environ la moitié des cas. Il importe de débusquer une anxiété sous-jacente importante ou des angoisses dans certaines pathologies phobiques pour connaître comment est organisé l'abond de la nuit dans ce contexte. Plusieurs tests sont disponibles. Parmi les plus simples, on peut utiliser : l'échelle HAD, les tests d'anxiété de Catlell et de Stai; l'inventaire de la dépression de Beck (BOI-II) ou, plus facile, l'échelle de Pichot. On peut les trouver sur le site Internet du réseau Morphée: www.reseau-morphee.org

Un agenda de sommeil. Tenu sur dix à quinze jours, il est essentiel au diagnostic et au suivi du patient. Tous ces éléments permettent généralement de caractériser l'insomnie et ses conséquences, de trouver une ou plusieurs causes et d'envisager un traitement.

Les examens spécialisés

Insomnies, troubles du sommeil et solutions

Il faut adresser le patient à un centre de sommeil après **au moins six mois d'un traitement à la fois médicamenteux et non pharmacologique sans résultat**. Les délais de consultation en centre de sommeil sont extrêmement longs. Il paraît souvent préférable de confier les patients en difficulté à un spécialiste du sommeil (une liste de ces spécialistes est disponible sur les sites Internet).

~ La polysomnographie : utile dans certains cas très particuliers d'insomnie, elle contribue rarement à la décision thérapeutique. En revanche, on ne peut s'en passer pour le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil et du syndrome de mouvements périodiques nocturnes. La polysomnographie objective parfois de fausses insomnies relevant de tout autre traitement.

~ L'actimètre : ce petit appareil fixé au poignet (du côté non dominant) détecte les mouvements 24 heures sur 24 sur plusieurs jours consécutifs. L'enregistrement décrypté par ordinateur permet d'analyser les phases de motricité réduite correspondant aux périodes de sommeil. Cette technique très fiable donne des renseignements objectifs sur les horaires de sommeil et la qualité du sommeil.

INSOMNIES CHRONIQUES - LES GRANDS TABLEAUX CLINIQUES

En résumé: toutes les causes peuvent donner toutes sortes d'insomnies. Les situations les plus fréquentes exposées ci-après n'ont valeur que de schéma.

Les insomnies chroniques primaires

Les insomnies primaires peuvent s'installer dès l'enfance, puis s'aggraver. Parfois, il s'agit d'une mauvaise perception du sommeil. Les insomnies primaires les plus typiques répondent à un concept psycho-physiologique. Lorsque le patient va se coucher, il déclenche une angoisse, liée à son impossibilité de s'endormir, qui renforce ses difficultés. Dans les insomnies primaires, les facteurs comportementaux et conditionnés sont prédominants. Il faut néanmoins avoir éliminé toutes les causes initiales possibles à cette insomnie, avant de la tenir pour primitive (voir les causes des insomnies occasionnelles).

~ Le traitement de choix repose sur les thérapies comportementales et cognitives de l'insomnie.

~ Des hypnotiques de façon discontinue peuvent être proposés, à condition d'une surveillance stricte et d'une grande discipline du patient.

Les insomnies du soir

Les difficultés à s'endormir s'observent souvent chez l'anxieux poursuivi par ses préoccupations et sont auto-entretenu par la crainte de ne pas s'endormir et de ne pas être en forme le lendemain.

Les états de stress ou d'hyperactivité, en particulier intellectuelle, l'exercice physique intense pratiqué en soirée gênent également l'endormissement, d'autant plus volontiers que s'associe souvent la prise d'excitants.

La toux, les douleurs, l'hyperthyroïdie peuvent freiner l'endormissement. Le syndrome des jambes sans repos doit toujours être évoqué.

~ Le traitement comporte la suppression ou l'amélioration de ces causes. le rappel des bonnes consignes pour dormir et la prescription d'un anxiolytique, d'un hypnotique ou d'un antidépresseur sédatif.

~ Le cas particulier du retard de phase correspond à un décalage du cycle veille-sommeil, avec un endormissement très tardif et un réveil spontané également tardif. Cette anomalie peut être constitutionnelle. Elle peut également se développer chez les sujets dépourvus d'activité sociale régulière, chez les adolescents et chez les travailleurs à rythme professionnel décalé. La prescription d'hypnotiques est déconseillée car le risque de dépendance est majeur dans cette situation. Lorsqu'on l'a identifié, il convient d'adresser le patient à un spécialiste du sommeil pour discuter

d'un traitement spécifique. en particulier par décalage progressif du coucher et du lever, jusqu'à un horaire satisfaisant ou par photothérapie matinale.

Les insomnies du matin

On doit toujours rechercher des signes éventuels de syndrome d'apnée du sommeil.

La dépression comporte pratiquement toujours des troubles du sommeil, de tous types, mais plus volontiers matinaux. Le malade se réveille tôt, fatigué, en proie à des ruminations mélancoliques, des idées de dévalorisation. de nouvelle journée vide qui s'ouvre, parfois d'idées suicidaires.

~ Le traitement antidépresseur vise à traiter la cause de la dépression et son symptôme insomnie. Certains associent un hypnotique en début de traitement.

Les antidépresseurs sédatifs ou stimulants sont efficaces sur toutes ces insomnies du matin.

~ L'avance de phase, avec un endormissement très précoce en début de soirée ou en fin d'après-midi associé à un réveil précoce dans la deuxième moitié de la nuit, se manifeste volontiers chez certains sujets âgés. Il existerait là aussi une prédisposition familiale. La durée totale du sommeil peut, d'ailleurs, être normale. L'importance du problème réside dans la désynchronisation du sujet avec le monde extérieur. Le traitement est complexe et doit être confié aux spécialistes du sommeil.

Les insomnies avec réveils fréquents et prolongés

À côté de situations pathologiques où l'on trouve une cause précise, les insomnies avec réveils prolongés concernent le plus souvent des sujets très stressés, anxieux, parfois déprimés.

D'autres personnes peuvent avoir des difficultés répétées pour se rendormir du fait de facteurs extérieurs (bruits, etc.) ou internes (bouffée de chaleur, cauchemars, angoisse, etc.), mais, assez souvent, le patient se réveille sans savoir pourquoi.

Le problème est qu'une fois réveillé, le sujet commence soit à penser, d'abord à des choses banales, puis plus préoccupantes, soit manifeste son angoisse si ses pensées concernent des problèmes de sa vie quotidienne. Dans les deux cas, ses systèmes d'éveil s'activent et l'empêchent de se rendormir. Les conseils à donner au malade sont capitaux (voir ci-dessous).

~ Ces réveils répétés, qui se prolongent sur des mois, nécessitent une prise en charge de toutes les causes

Les insomnies totales

Les insomnies totales d'installation brutale correspondent souvent au début d'une dépression sévère ou peuvent la précéder de quelques mois.

Beaucoup plus rarement, il peut s'agir d'un état confusionnel, délirant ou d'un accès maniaque.

~ Dans ces situations, l'avis d'un psychiatre ou d'un spécialiste du sommeil s'impose rapidement. En attendant le rendez-vous, on peut faire une courte prescription d'hypnotique en gardant le contact avec ce patient.

Les insomnies chroniques rebelles

Associant souvent de grandes difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents et prolongés, les insomnies chroniques rebelles sont souvent liées à des troubles de la personnalité, à des addictions ou à un usage prolongé et anarchique d'hypnotiques ou d'anxiolytiques.

~ Pour ces cas difficiles, la collaboration avec un spécialiste ou un centre du sommeil est recommandée. Là, des techniques précises de reconditionnement du sommeil seront mises en œuvre (restriction du temps de sommeil, etc.), associées souvent à diverses techniques de psychothérapie (de relaxation, comportementale et cognitive, etc.).

Insomnies, troubles du sommeil et solutions

CONSEILS POUR FAVORISER LE SOMMEIL

~ Essayer de déterminer son heure de coucher optimale (celle à laquelle on s'endort rapidement en temps normal) et s'y tenir à un quart d'heure près. D'une façon générale, se coucher quand on a sommeil.

~ Tenter de déterminer son heure de réveil optimale (celle à laquelle on se réveille quasi spontanément en temps normal, ou qui correspond à un lever en forme et lucide) et s'y tenir, autant que possible. En particulier, éviter les grasses matinées.

~ S'autoriser ponctuellement ou plus souvent, une courte sieste (moins de vingt minutes) après le déjeuner, à condition que celle-ci s'accompagne d'une sensation de bien-être. Attention ! Dans les insomnies chroniques, on veille à limiter le temps de lit, la sieste peut alors, dans ce cas, être déconseillée.

~ Préparer son sommeil par un bain chaud pris deux heures avant, une relaxation, une lecture (à condition de fermer le livre dès que le sommeil se manifeste).

~ Dormir dans un lit confortable, une chambre calme, sombre ou très peu éclairée, assez fraîche.

~ Faire de l'exercice physique au moins trois fois par semaine (sport d'endurance: marche, footing, vélo, natation; taï-chi ; yoga) dans la journée, en évitant la fin d'après-midi et la soirée.

~ Eviter les erreurs d'hygiène : repas lourds le soir, alcool, tabac, café, boissons contenant de la vitamine C, discussions acharnées en soirée, etc.

POUR RÉAPPRENDRE À DORMIR

L'objectif n'est pas de dormir plus, mais de dormir mieux.

~ **Ecouter et préparer son corps pour se coucher au bon moment.**

- Repérer les signaux de sommeil : bâillements, paupières lourdes, relâchement de l'attention, perte de tonus de la nuque, parfois frilosité.

L'envie de dormir diffère de la fatigue. La fatigue physique ou psychique survient en fin de journée; elle peut conduire à l'envie de s'allonger, mais une fois la détente obtenue et après un laps de temps de repos, elle diminue et l'activité peut reprendre. L'envie de dormir, en revanche, peut s'estomper, mais ne disparaît pas.

- Passer moins de temps au lit.

C'est une erreur de penser que l'on se repose mieux dans son lit que dans son salon, par exemple. Pour l'insomniaque, passer son temps au lit entretient son insomnie.

- En pratique, il faut retarder le coucher et ne se mettre au lit que pour dormir.

Si le sommeil ne vient pas en vingt minutes, se relever. Puis, se recoucher plus tard, lorsque le sommeil ne manifestera. En cas de réveil au cours de la nuit, agir de même: se lever, aller dans une autre pièce pour faire autre chose et se recoucher plus tard, lorsque le sommeil se manifestera.

- En fin de nuit, si l'on est réveillé depuis plus de vingt minutes, se lever et commencer sa journée. Ne pas essayer de rattraper du sommeil sur le matin.

- Garder des horaires de lever régulier.

- Eviter de s'allonger sur son lit dans la journée.

~ **Très important !**

Ces conseils doivent être respectés tous les soirs et toutes les nuits. Le faire deux nuits sur trois, c'est courir à l'échec.

Les premiers jours peuvent être difficiles. Les premiers signes de changement concernant le sommeil apparaissent plus ou moins rapidement, entre une et trois semaines.

Quand les processus de changement de sommeil se mettent en place, l'endormissement est plus rapide, le sommeil plus continu et plus profond, sans pour autant devenir plus long. Le sujet commence à réaliser qu'il peut dormir.

Un ouvrage à lire du Dr Royant Parola

"Comment retrouver le sommeil par soi-même" éditions Odile Jacob

• Répondre à une plainte d'insomnie est souvent l'occasion de mettre en relief certaines idées fausses ou certains aspects défavorables de la vie diurne. C'est aussi le moment de rechercher des facteurs favorisants. Soulager la plainte n'est en tous cas pas synonyme de "faire dormir plus longtemps".

• Lorsque l'insomnie est récente, on trouve souvent des facteurs favorisants : les rechercher et proposer une intervention est le premier temps de la démarche. Faire accepter une situation passagère ou proposer des solutions non médicamenteuses suffit très souvent.

Choix des traitements ; nature et degré de leur efficacité

• La prise en charge de la plainte d'insomnie ne se limite pas à la prescription de médicaments et repose en première intention sur des conseils d'hygiène du sommeil.

• Les conseils d'hygiène du sommeil le plus souvent proposés sont les suivants :

- limiter la consommation de stimulants (café, thé, boissons gazeuses à la caféine) en particulier dans les 4 à 6 heures qui précèdent le coucher ;

- limiter la consommation d'alcool. L'alcool aide parfois à s'endormir, mais il provoque des réveils nocturnes ;

- éviter les gros repas avant le coucher, en sachant qu'une légère collation est susceptible d'aider à l'endormissement ;

- éviter une activité physique dans les heures qui précèdent le coucher, en sachant que l'activité physique est en soi favorable au sommeil ;

- concevoir la chambre comme un lieu propice au sommeil : réduire les bruits (ou porter des bouchons d'oreille), faire l'obscurité, régler le chauffage à un niveau agréable, vérifier la qualité du matelas ;

- adopter un horaire régulier du coucher et du lever.

Ces conseils sont d'efficacité modérée. Ils sont le plus souvent à associer à une autre méthode.

• Le "contrôle par le stimulus" est une technique facilement applicable : elle vise à renforcer un conditionnement associant la chambre à coucher et le sommeil, et à régulariser le cycle veille-sommeil en donnant au patient des directives simples :

- se coucher seulement lorsqu'on est fatigué(e) et prêt(e) à dormir ;

- une heure avant le coucher, cesser toutes les activités exigeantes sur le plan physique comme intellectuel ;

- utiliser son lit uniquement pour dormir, l'activité sexuelle étant la seule exception à cette règle ;

- si l'on se sent incapable de dormir après 20 minutes, se lever et aller dans une autre pièce. Ne retourner dans la chambre que pour y dormir ;

- répéter cette étape aussi souvent que nécessaire ;

- se lever tous les jours à la même heure : peu importe la durée du sommeil de la nuit précédente. Cela aide à acquérir un rythme de sommeil constant.

• Le traitement cognitif et comportemental des insomnies par le "contrôle par le stimulus" demande une forte motivation des patients et des soignants. Cependant, son efficacité paraît proche de celle des benzodiazépines, et les patients en sont satisfaits. Des diminutions de l'ordre de 50 % du délai d'endormissement et de la durée des réveils nocturnes ont été observées, avec un maintien à moyen et long termes de ces effets.

• Dans le stress réactionnel à un traumatisme grave, des thérapies cognitives et comportementales apportent une aide, en complément du soutien social et familial actif et d'une écoute de la personne par les soignants, destinés à l'aider à mieux comprendre ses symptômes et à reprendre confiance. On

Objectifs de la prise en charge, critères d'intervention

Insomnies, troubles du sommeil et solutions

manque de preuves d'un effet bénéfique des psychothérapies d'inspiration psychanalytique dans ce contexte.

- La prise d'une infusion vespérale est un prétexte à ménager un moment de détente avant le coucher. En soutien aux actions comportementales, elle favorise parfois la transition vers l'endormissement.
- L'utilisation empirique des vertus "calmantes" des plantes est multiséculaire. En France, une vingtaine de plantes sont autorisées dans la composition de médicaments "traditionnellement utilisés" en cas de troubles mineurs du sommeil. Pour la plupart d'entre elles, aucune évaluation clinique n'est disponible.
- La mélisse, l'oranger, le tilleul, et la verveine odorante n'ont aucune activité spécifique démontrée, mais aucune donnée ne contredit actuellement leur réputation d'innocuité. Rien ne s'oppose à leur utilisation sous forme d'infusion. De la même façon, le recours à des plantes comme l'aubépine, le houblon ou la passiflore semble acceptable du fait de l'absence d'effets indésirables graves liés à leur emploi.
- Dans l'état actuel de l'évaluation clinique de la valériane, des extraits de cette plante semblent avoir une efficacité modeste sur la qualité ressentie du sommeil, supérieure au placebo et proche de celle d'une benzodiazépine à dose faible. Il n'existe pas de raison d'en exclure l'emploi sur des périodes courtes, en privilégiant les extraits aqueux et hydroalcooliques de titre faible
- En dehors de la phytothérapie, les traitements médicamenteux font le plus souvent appel au groupe des benzodiazépines ou apparentés. Les benzodiazépines diminuent à court terme le délai d'endormissement, diminuent le nombre et la durée des réveils, et augmentent la durée du sommeil. La balance bénéfices-risques de ces psychotropes est plus favorable que celle d'autres hypnotiques : carbamates (*méprobamate*), barbituriques, antihistaminiques H1 sédatifs, etc. Cependant, parmi les benzodiazépines, les effets indésirables du *flunitrazépam* (accoutumance suivie de dépendance physique et psychique, etc.) sont tels qu'il vaut mieux ne pas commencer de traitement par ce médicament
- Pour les troubles du sommeil liés au stress réactionnel à un traumatisme grave, autant éviter les benzodiazépines. Si leur prescription paraît nécessaire, mieux vaut bien évaluer avec les patients la balance bénéfices-risques et s'en tenir à un traitement de courte durée.
- Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.

Critères de surveillance, d'alerte ; condition d'arrêt des traitements

- La prescription initiale d'un traitement hypnotique ne devrait porter que sur une courte période, en informant le patient d'emblée sur le risque d'accoutumance et les difficultés ultérieures de sevrage.

Contre-indications, effets indésirables

- Avec les benzodiazépines, il existe un risque de dépression respiratoire. Ce risque est accru chez les patients ayant déjà une insuffisance respiratoire.
- Des hallucinations, des amnésies ainsi que des cas de somnambulisme avec comportement automatique étranges ou inappropriés ont été décrits sous benzodiazépine ou sous *zolpidem*. Le Résumé des caractéristiques du produit des spécialités à base de *zolpidem* et de *zopiclone* mentionne un risque de conduite automatique avec amnésie.
- Pour les benzodiazépines et apparentés, lors de traitement au long cours, les effets indésirables rendent le plus souvent la balance bénéfices-risques défavorable, en raison des troubles mnésiques, des troubles des fonctions cognitives et des performances psychomotrices, de l'hypotonie musculaire et de la

baisse de la vigilance diurne, qui favorisent, par exemple, des chutes, des accidents de la circulation routière ou du travail.

- Après quelques semaines d'utilisation, les benzodiazépines et apparentés (*zopiclone*, *zolpidem*) exposent au risque de dépendance ainsi que de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal du traitement. En cas d'apparition d'une perte d'efficacité, l'augmentation des doses n'est pas une solution adaptée. La fréquence des cas d'abus et de dépendances avec le *zolpidem* est du même ordre qu'avec les benzodiazépines hypnotiques, et cette substance a été inscrite en 2002 par les Nations-Unies au tableau IV de la Convention internationale de Vienne qui vise à contrôler l'abus et le trafic illicite de psychotropes.
 - Les troubles liés au sevrage des benzodiazépines et apparentés sont de gravité variable : de simples troubles psychiques (irritabilité transitoire) à des complications neurologiques sévères (crises convulsives, confusion mentale).
 - Lorsque la plainte d'insomnie est ancienne, elle est souvent confondue avec la demande d'un produit, pour lequel une pharmacodépendance existe parfois. L'objectif est alors de maîtriser la relation avec le malade, et de gérer dans la durée sa consommation médicamenteuse en fonction des inconvénients diurnes (asthénie, perte de mémoire, chute chez le patient âgé, etc.).
 - Le plus souvent, le praticien est confronté à un patient qui est déjà traité par une benzodiazépine. L'arrêt du traitement est alors souvent difficile à obtenir, et est à négocier avec le patient en fonction de sa perception du problème et des effets indésirables dont il a conscience. Si un arrêt complet durable est le plus souvent impossible à réaliser, l'objectif est au moins de parvenir à une monothérapie, aux doses les plus faibles possibles, compatibles avec le maintien de l'effet thérapeutique et les effets indésirables les plus limités.
 - Dans le stress réactionnel à un traumatisme grave, les antidépresseurs ne sont guère utiles et leurs effets indésirables n'incitent pas à y recourir.
- ### Précautions particulières, grossesse, allaitement, interactions, surdosage, etc.
- Les personnes âgées, qui consomment habituellement des hypnotiques durant de longues périodes, s'exposent à des déficits des fonctions cognitives et motrices, à des états confusionnels, à une insomnie réactionnelle et à des accidents de sevrage. Chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer, les benzodiazépines sont susceptibles d'aggraver les troubles cognitifs.
 - La maladie de Parkinson est associée à une somnolence diurne et à des accès soudains de sommeil. L'utilisation d'un médicament sédatif chez un malade ayant une maladie de Parkinson aggrave la somnolence diurne due à cette maladie.
 - Les données concernant un éventuel risque tératogène des benzodiazépines, de même que les conséquences sur le développement des fonctions cérébrales du fœtus restent imprécises.
 - En fin de grossesse, la prise de benzodiazépines par la mère est susceptible d'entraîner une intoxication chez le nouveau-né : dépression respiratoire voire apnée ; hypothermie, notamment en cas de prise unique d'une dose élevée avant l'accouchement ; en cas de prise modérée chronique, hypotonie axiale et troubles de la succion ; éventuellement syndrome de sevrage, avec hyperexcitabilité et agitation.
 - L'association des hypnotiques (benzodiazépines et apparentés, carbamates ou anti-histaminique H1 sédatifs) avec d'autres médicaments sédatifs, tels que les antidépresseurs, le *phéno-barbital* ou les médicaments antiparkinsoniens, majore la sédation et la somnolence diurne liées à ces médicaments. L'altération de la vigilance peut rendre dangereuse certaines activités. Il existe un risque accru de dépression respiratoire en cas

Insomnies, troubles du sommeil et solutions

d'administration d'une benzodiazépine à un patient ayant ingéré de l'alcool ou des médicaments agissant sur le système nerveux central tels que les antidépresseurs, les antihistaminiques H1, des neuroleptiques ou des opiacés.

Praticité, dispositifs médicaux et réglementation

- En France, depuis 1998, il existe une liste de 19 plantes à partir desquelles il est licite d'élaborer des "médicaments à base de plantes", sur la base d'un dossier allégé d'autorisation de mise sur le marché. Quatre des plantes de cette liste (mélisse, orange, tilleul, verveine) sont en vente libre et ne relèvent pas du monopole des pharmaciens.
- En France, la prescription des hypnotiques est limitée à quatre semaines, à l'exception du *flunitrazépam* et du *triazolam* dont la prescription est limitée à 14 jours.
- Tout traitement par benzodiazépine d'une durée supérieure à trois ou quatre semaines devrait être arrêté progressivement, afin d'éviter un syndrome de sevrage