



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Émeline PARISOT

Le 6 décembre 2011

**Impact d'une intervention d'éducation thérapeutique
individuelle dans le sevrage des hypnotiques chez l'adulte.
Étude prospective en cabinet de médecine générale.**

Examineurs de la thèse :

M. Gérard BARROCHE

Professeur

Président

M. Serge BRIANÇON

Professeur

Juge

M. François PAILLE

Professeur

Juge

M. Olivier BOUCHY

Médecin généraliste

Juge

Remerciements

À Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE

Professeur de neurologie

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous en remercie.

Veillez trouver en ce travail, l'assurance de ma gratitude, de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur de Santé Publique

Je suis honorée de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Veillez accepter l'expression de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse et de juger mon travail.

Veillez accepter le témoignage de mon respect.

À Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Médecin généraliste à Revigny-sur-Ornain

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse. Vous m'avez aidé à développer, à élaborer ce projet. Je vous remercie pour votre soutien et vos précieux conseils.

Veillez accepter le témoignage de ma reconnaissance, mon estime et ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Philippe ROCHEBOUET, Monsieur le Docteur Eric BASTIDE, Monsieur le Docteur Bernard VALLET et Madame le Docteur Béatrice BLANDIN

Médecins généralistes exerçant dans la Maison médicale de Revigny-sur-Ornain

Vous avez accepté de participer à ce projet. Veuillez trouver le témoignage de ma gratitude.

Aux agréables secrétaires de la Maison médicale de Revigny-sur-Ornain, je vous remercie de l'aide que vous m'avez apporté dans mise en œuvre de ce projet.

Aux patients ayant accepté de participer à cette étude, sans vous, ce travail n'aurait pas pu exister, je vous en remercie.

Aux médecins généralistes que je remplace, qui acceptent de me confier leurs patients et leurs cabinets, je souhaite également vous remercier.

À ma famille, A mes parents, mes frères et sœurs

Je vous remercie de m'avoir toujours soutenue et encouragée au cours de mes études. Je vous dédie ce travail et vous témoigne toute mon affection.

À mes amis,

Merci de votre présence et de votre soutien.

À Sébastien,

Toi qui me soutiens quotidiennement, merci d'être là. Je te remercie de m'avoir épaulée, soutenue et supportée pendant toutes ces années.

Avec tout mon amour.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

INTRODUCTION13

PREMIÈRE PARTIE :

ÉTAT DES LIEUX, CONNAISSANCES DU SUJET15

1. Prise en charge des troubles du sommeil15

1.1. Le sommeil normal15

1.1.1.	Définition	15
1.1.2.	Organisation du sommeil	16
1.1.2.1.	Stades et cycles de sommeil	16
1.1.2.2.	Evolution du rythme de sommeil au cours de la vie	18
1.1.3.	Régulation du sommeil normal	22
1.1.3.1.	Le processus homéostatique	22
1.1.3.2.	Le processus circadien	23
1.1.3.3.	Modèle de régulation à 2 processus	27
1.1.3.4.	Le processus ultradien	29
1.1.4.	Structures nerveuses et neurotransmetteurs impliqués dans la régulation veille-Sommeil	29
1.1.4.1.	Le système de l'éveil	30
1.1.4.2.	Le système du sommeil lent	32
1.1.4.3.	Le système du sommeil paradoxal	33
1.1.5.	Modifications physiologiques au cours du sommeil	34
1.1.6.	Grandes fonctions du sommeil et conséquences de la privation de sommeil	35

1.2. Les troubles du sommeil36

1.2.1.	Définition de l'insomnie	36
1.2.1.1.	Selon de DSM-IV	36
1.2.1.2.	Selon l'ICSD-2	37
1.2.2.	L'insomnie dans la population française	39
1.2.3.	L'insomnie dans la pratique du médecin généraliste	41

1.3. Prise en charge du patient se plaignant d'insomnie en médecine générale42

1.3.1.	Approche diagnostique par le médecin traitant	42
1.3.2.	Outils à la disposition du médecin généraliste	43
1.3.3.	Consultations et examens spécialisés	44
1.3.4.	Approches thérapeutiques de l'insomnie	45

2.2. <u>L'éducation thérapeutique : une préoccupation croissante</u>	75
2.3. <u>Finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique</u>	77
2.4. <u>Structuration du programme d'éducation thérapeutique</u>	79
2.4.1. Diagnostic éducatif	79
2.4.2. Contrat d'objectifs	80
2.4.3. Mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique	81
2.4.4. Evaluation du programme d'éducation thérapeutique	82
2.5. <u>L'éducation thérapeutique en France et expériences dans la prise en charge des troubles du sommeil</u>	82
2.5.1. L'éducation thérapeutique en France	82
2.5.2. Expériences françaises d'éducation thérapeutique dans le domaine du sommeil	83

DEUXIÈME PARTIE :

ÉTUDE D'UNE INTERVENTION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUELLE CHEZ DES PATIENTS ADULTES SOUS HYPNOTIQUES. ÉTUDE PROSPECTIVE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1. <u>Matériel et méthode</u>	87
1.1. <u>Protocole de la recherche</u>	87
1.1.1. Objectifs	87
1.1.1.1. Objectif principal	87
1.1.1.2. Objectif secondaire	88
1.1.2. Hypothèses	88
1.1.3. Schéma général	89
1.1.4. Plan expérimental	92
1.1.5. Caractéristiques de la population et mode de recrutement	97
1.1.5.1. Population de l'étude	97
1.1.5.2. Mode de recrutement	99
1.1.6. Effectif envisagé et justification	99
1.1.7. Méthode de mesure et critères d'évaluation	99
1.2. <u>Elaboration du programme d'éducation thérapeutique et des supports</u>	100
1.2.1. Diagnostic éducatif	100
1.2.2. Contrat d'objectifs	101

1.2.3.	Contenus et supports de l'éducation thérapeutique	102
1.2.3.1.	Agenda du sommeil	104
1.2.3.2.	La ronde des décisions	104
1.2.3.3.	Le livret d'informations remis au patient	110
1.2.4.	Mise en œuvre et planification des séances d'éducation	111
1.2.5.	L'évaluation du programme d'éducation thérapeutique	111
1.2.6.	Méthodologie utilisée pour les questionnaires de l'étude	112

2. Résultats115

2.1. Participation et assiduité des patients lors de l'éducation thérapeutique 115

2.2. Population étudiée115

2.2.1.	Effectif et caractéristiques de la population	115
2.2.2.	Le patient et son traitement pour dormir	118
2.2.3.	Le patient et son sommeil	123
2.2.4.	Mode de vie et habitudes de la population	125

2.3. Attentes et réceptivité du patient vis-à-vis de la proposition de l'éducation thérapeutique126

2.4. Choix des objectifs de l'éducation thérapeutique127

2.5. Evaluation de la première séance127

2.6. Analyse de l'agenda du sommeil128

2.7. Evaluation de la deuxième séance129

2.8. Troisième séance à 1 mois132

2.9. Entretien téléphonique à 3 mois137

2.10. La décision du patient de diminuer ou sevrer son traitement hypnotique139

3. Discussion141

3.1. Sur la méthode141

3.2. Sur les résultats	142
3.2.1. Faisabilité de l'étude	142
3.2.2. Caractéristiques de l'échantillon de la population étudiée	143
3.2.3. Satisfaction et réceptivité du patient à l'éducation thérapeutique	145
3.2.4. Le traitement hypnotique	146
3.2.5. Les règles d'hygiène de sommeil	148
3.2.6. Impact de l'éducation thérapeutique	149
3.2.7. Expérience personnelle et professionnelle	152

CONCLUSION154

BIBLIOGRAPHIE155

ANNEXES165

ANNEXE 1 : Les médicaments et la conduite automobile	165
ANNEXE 2 : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)	166
ANNEXE 3 : Informations et accord du patient	167
ANNEXE 4 : Agenda du sommeil et Notice d'utilisation	169
ANNEXE 5 : Carton de rendez-vous remis au patient en fin de séance	171
ANNEXE 6 : Diagnostic éducatif	172
ANNEXE 7 : Contrat d'objectifs	177
ANNEXE 8 : Première ronde des décisions. Le sommeil et les règles pour bien dormir	178
ANNEXE 9 : Deuxième ronde des décisions. Le traitement hypnotique, ses méfaits et ses risques	186
ANNEXE 10 : Livret d'informations remis au patient	191
ANNEXE 11 : Evaluation de la première séance	209
ANNEXE 12 : Evaluation de la deuxième séance	210
ANNEXE 13 : Troisième séance	212
ANNEXE 14 : Entretien téléphonique à 3 mois	214
ANNEXE 15 : Exemples d'agendas du sommeil remplis par les patients	216

Introduction

Les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, constituent un important problème de santé publique par leur fréquence, leurs répercussions humaines, sociales et économiques et surtout par la prescription d'hypnotiques et d'anxiolytiques qui en découle(1).

La prescription et la consommation d'hypnotiques et anxiolytiques sont en constante augmentation dans les pays occidentaux, particulièrement en France, qui apparaît premier pays européen consommateur de ce type de traitements (1, 2, 3, 4,5). Consommation plus alarmante chez la personne âgée, qui majore les risques de chutes et d'altération des fonctions cognitives (3, 6).

Alors que la durée de prescription est fixée à quatre semaines pour les troubles du sommeil dans les différentes recommandations (7, 8), la consommation observée est beaucoup plus prolongée et peut être qualifiée de chronique.

Le médecin généraliste apparaît en première ligne dans son exercice quotidien dans la prise en charge des troubles du sommeil et leur traitement, les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultations en soins primaires, l'insomnie toucherait la moitié des consultants en médecine générale (1).

Le médecin généraliste doit adopter une démarche diagnostique afin d'affirmer la réalité de l'insomnie (pas toujours évident en pratique), la caractériser et proposer un traitement adapté (pas obligatoirement médicamenteux). Le médecin traitant joue un rôle central dans la prise en charge des patients sous hypnotiques et anxiolytiques, que ce soit à l'instauration, lors du suivi, lors d'une demande de renouvellement ou pour proposer une procédure d'arrêt de ce traitement (3).

Une stratégie d'arrêt du traitement est recommandée, chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis trente jours, si l'indication n'est plus valide (8).

La Haute Autorité de Santé propose au médecin des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines et apparentés, une intervention brève par le médecin traitant est efficace pour réduire la consommation de ce type de traitement à court et moyen terme en donnant des informations orales et écrites (8). Aujourd'hui, de nombreuses études démontrent une efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans l'insomnie et le sevrage des hypnotiques (informations sur le sommeil, hygiène de sommeil, relaxation, contrôle de stimulus et restriction du temps passé au lit, thérapie cognitive) (9).

Ainsi, une intervention de type éducation thérapeutique, en utilisant certaines techniques de thérapie cognitivo-comportementale, apparaît être une proposition intéressante pour les patients sous hypnotiques afin de leur donner toutes les compétences et les connaissances pour la participation à leur santé et pour la prise de décision concernant leur traitement hypnotique ou anxiolytique, à savoir la diminution voire l'arrêt de leur traitement.

L'éducation thérapeutique du patient, telle que la définit l'OMS, vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (10).

Les thèmes médicaux concernés, en général, sont les maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires...) (11) mais l'éducation thérapeutique peut être étendue à d'autres problèmes de santé : aux troubles du sommeil et aux traitements hypnotiques.

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient est une préoccupation croissante des Pouvoirs Publics, des professionnels de santé (12) et est amenée à prendre une place considérable dans l'exercice du médecin généraliste. Le médecin généraliste apparaît déjà impliqué dans l'éducation thérapeutique en ambulatoire (13).

Ces dernières années de nombreuses publications témoignent de l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient. L'inscription de l'éducation thérapeutique dans la loi Hôpital Patient Santé Territoires, article 84, en 2009, souligne la priorité d'intégrer l'éducation thérapeutique au parcours de soins du patient (14).

Ces données justifient la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique individuelle chez des patients sous hypnotiques, de réaliser une étude de faisabilité de cette démarche, d'évaluer cette intervention et d'apprécier son application à la médecine générale.

La première partie de cette thèse constituera un état des lieux des connaissances médicales concernant le sujet abordé.

La deuxième partie présentera l'étude d'une intervention d'éducation thérapeutique individuelle chez des patients adultes sous hypnotique. Elle abordera son élaboration, sa mise en œuvre, sa faisabilité, la satisfaction des patients, son évaluation en terme de santé, notamment son impact sur la diminution de posologie et le sevrage des hypnotiques.

PREMIÈRE PARTIE :

ÉTAT DES LIEUX, CONNAISSANCES DU SUJET

1. Prise en charge des troubles du sommeil

Les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'insomnie serait en constante augmentation dans la plupart des pays occidentaux et les consommations d'hypnotiques qui en découlent connaissent un essor croissant (1).

Le médecin généraliste apparaît le premier acteur dans la prise en charge des troubles du sommeil et des patients sous hypnotiques ou anxiolytiques (3). En effet, 80% des psychotropes, notamment hypnotiques et anxiolytiques, sont prescrits par les médecins généralistes (6), témoignant de leur implication dans cet important problème de santé publique.

Le médecin généraliste doit adopter une démarche diagnostique pour identifier, caractériser l'insomnie, affirmer sa réalité, apprécier sa sévérité afin de proposer une stratégie thérapeutique (pharmacologique ou non) la plus adaptée possible (1). Il apparaît donc indispensable de définir le sommeil normal, l'insomnie, de connaître sa prévalence, de proposer une démarche diagnostique et une stratégie thérapeutique.

1.1. Le sommeil normal

1.1.1. Définition

Le Dictionnaire Larousse nous donne, pour le sommeil, la définition suivante :

1. Etat de quelqu'un qui dort; état physiologique périodique de l'organisme (notamment du système nerveux) pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations amoindrie. On distingue une phase de sommeil lent, profond et réparateur, et une phase de sommeil paradoxal, caractérisé par le rêve.
2. Envie de dormir, avoir sommeil.
3. Etat momentané d'inertie, d'inactivité.

D'un point de vue scientifique et médical, le sommeil apparaît comme un état de fonctionnement cérébral complexe.

1.1.2. Organisation du sommeil

Notre vie quotidienne est rythmée par les états de veille et de sommeil, deux états physiologiques fondamentaux.

Le sommeil représente plus d'un tiers de la vie de l'Homme.

1.1.2.1. Stades et cycles de sommeil

Le sommeil n'est pas un état continu, il est constitué de différents stades qui s'organisent et se succèdent de façon identique au cours de la nuit.

La complexité du sommeil est étudiée depuis le XIX^{ème} siècle, à partir de l'observation de l'homme éveillé et endormi.

Deux auteurs, Hervé de Saint-Denis (15) et Alfred Maury (16), font progresser ces connaissances en faisant des observations sur leur propre sommeil. A partir de 1937, le recours à l'électroencéphalographie (EEG) complète les connaissances sur le sommeil, une classification de l'état de veille et de sommeil est établie, par Loomis et al. (17), uniquement selon des critères EEG. Par la suite, l'observation des mouvements oculaires et de l'activité musculaire au cours du sommeil aboutissent à une classification en 1968, encore utilisée actuellement, établie par Rechtschaffen et Kales (18). Depuis 2007, une nouvelle nomenclature des stades de sommeil est proposée par *l'American Academy of Sleep Medicine* (AASM) (19); c'est celle que nous retiendrons.

Que ce soit chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou la personne âgée, on rencontre les mêmes stades de sommeil. Ces stades sont répartis entre sommeil lent et sommeil paradoxal. Ces stades constituent des cycles de sommeil qui se répètent au cours de la nuit.

- Le sommeil lent(20)

Il comprend plusieurs stades successifs de profondeur croissante.

Le stade N1 (anciennement stade 1) apparaît en premier, suivi du stade N2 (anciennement stade 2). Ils correspondent au sommeil lent léger.

Le stade N1 est observé lors de l'endormissement. Il associe une activité EEG de fréquence mixte de 2 à 7 Hz (ondes thêta), un tonus musculaire, des mouvements oculaires lents de fréquence inférieure à 1 Hz et souvent des ondes pointues localisées sur le vertex ou « pointes vertex ».

Le stade N2 associe également une activité EEG de fréquence mixte, mais au sein de laquelle apparaissent de façon intermittente des fuseaux rapides ou spindles, de fréquence comprise entre 12 et 16 Hz, et des complexes K (ondes diphasiques). Le tonus musculaire est toujours lent et diminue, les mouvements oculaires sont absents à ce stade.

Le stade N3 constitue le sommeil lent profond (anciennement stades 3 et 4), il est aussi nommé sommeil à ondes lentes. A l'EEG, on retrouve des ondes de type delta de fréquence comprise entre 0,5 et 2 Hz et d'amplitude supérieure à 75 microvolts. Le tonus musculaire tend à diminuer dans le sommeil profond. Les mouvements oculaires sont toujours absents.

- Le sommeil paradoxal(20)

Le stade R (pour REM Sleep, soit RapidEyeMovementSleep, anciennement stade 5) s'oppose au sommeil lent par de nombreux aspects.

L'activité EEG est de fréquence mixte, proche de celle du stade 1, mais elle associe des trains d'ondes thêta en «dents de scie», et des bouffées de rythme alpha.

Des mouvements oculaires rapides apparaissent, isolés ou en bouffées, sous les paupières qui demeurent closes.

Le tonus musculaire est aboli, mais cette atonie musculaire est interrompue par de brèves décharges musculaires affectant les muscles du visage et des extrémités.

Tableau récapitulatif des modifications observées au cours des stades de sommeil :(source: www.sommeil-mg.net)

	ondes cérébrales	comportement	yeux	tonus	respiration	coeur
éveil, yeux ouverts	rythme rapide fin et irrégulier	éveillé vigilant	ouverts secousses	élevé (réflexes ok)	irrégulière	rapide régulier
éveil, yeux fermés	r. rapide bien régulier (alpha)	éveillé, détendu calme	fermés + mouvements lents	idem	+calme	idem
endormissement (stade 1)	ralentissement du tracé	somnolent mais encore conscient	fermés, pas de movt.	idem	idem	idem
sommeil lent léger (stade 2)	fuseaux et complexes K	très réveillable au moindre bruit	0	réduction	régulière ++ ronfle	ralentis
sommeil lent profond (stades 3 et 4)	grandes ondes lentes régulières	confus au réveil (très difficile)	0	disparition mais réflexes conservés	régulière +/- ronfle	ralentis très régulier
sommeil paradoxal REM (st.5)	rythme rapide fin et irrégulier +dents de scie	vigile au réveil (difficile) érection réflexe	secousses rapides (MOR)	abolition complète des réflexes	irrégulière +/- pauses	rapide irrégulier

Une nuit de sommeil est constituée de plusieurs cycles successifs (4 à 6 cycles par nuit). Un cycle de sommeil dure environ 90 minutes chez le jeune adulte.

Chaque cycle commence par du sommeil léger et se termine par du sommeil paradoxal.

On représente l'évolution de la nuit et des différents cycles de sommeil sous forme d'un hypnogramme.

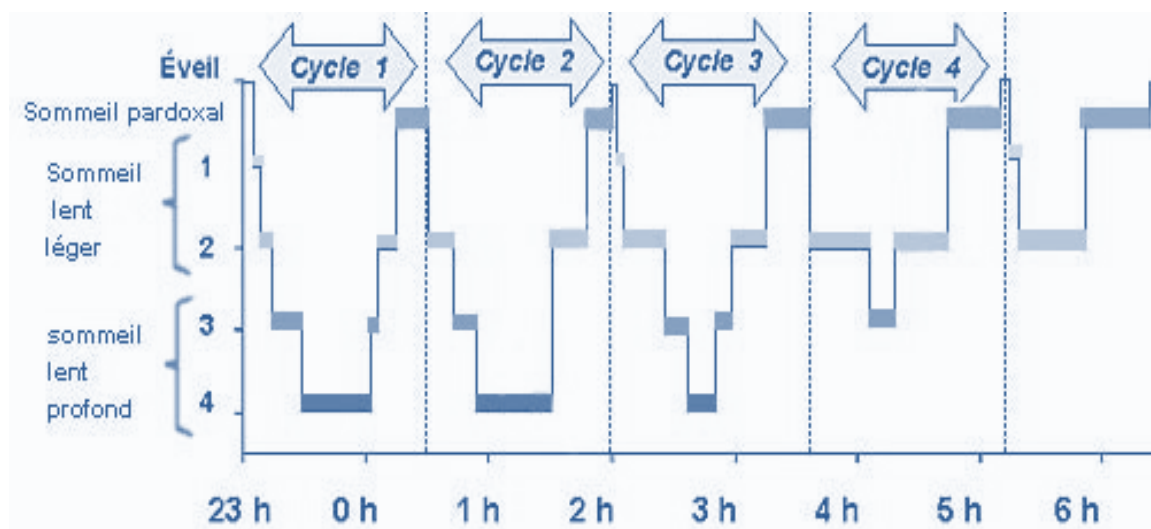
Les cycles contiennent des proportions variables de sommeil N1, N2, N3 et paradoxal.

Le sommeil profond est surtout présent dans la première moitié de la nuit alors que les sommeils léger et paradoxal sont plus abondants en deuxième moitié de nuit.

Le sommeil lent représente 75 à 80 % de la durée totale de sommeil (5% pour le stade N1, 50% pour le stade N2, 15 à 20% pour le stade N3), et le sommeil paradoxal constitue 17 à 23% du sommeil (20, 21).

Les cycles du sommeil :

(source: www.sommeil-mg.net)



1.1.2.2. Evolution du rythme de sommeil au cours de la vie

En fonction de l'âge, il existe des modifications notables de la durée du sommeil et de la répartition des divers stades de sommeil.

On retrouve les mêmes stades de sommeil tout au long de la vie, mais leur organisation évolue.

- Chez le nouveau-né(20)

Le nouveau-né a une durée globale de sommeil de 16 à 17 heures par 24 heures. Les cycles de sommeil sont très nombreux (18 à 20 par 24 heures) avec une répartition diurne et nocturne équivalente, puisque le nouveau-né ne distingue pas encore le jour de la nuit.

Chez le nouveau-né, on parle de sommeil agité, calme et transitionnel.

Le nouveau-né s'endort en sommeil agité aussi bien le jour que la nuit.

Le sommeil agité représente 40 à 50% du sommeil, le sommeil calme 30 à 40% et le sommeil transitoire 10 à 15%.

Les deux premières années d'un enfant sont primordiales dans l'organisation du sommeil.

Au cours de cette période, se développent les principales caractéristiques du sommeil, déterminantes pour un bon sommeil à l'âge adulte. Le rythme veille-sommeil sur 24h se met en place progressivement au cours des 4 à 6 premières semaines de vie grâce à la maturation cérébrale et aux relations environnementales qui offrent des notions de temps (relations mère-bébé, prises alimentaires à heures régulières, l'alternance lumière-obscurité) (22).

Vers l'âge de 3 mois, la structure du sommeil évolue, la durée de sommeil diminue, on peut alors reconnaître tous les stades décrits chez l'adulte. Le sommeil agité fait place au sommeil paradoxal et le sommeil calme est remplacé par le sommeil lent.

A partir de 6 mois, les endormissements se font en sommeil lent comme chez l'adulte.

A 9 mois, la structure du sommeil ressemble à celle de l'adulte.

- Chez l'enfant (20, 22)

De 9 mois à 6 ans, les siestes disparaissent progressivement.

La première partie de la nuit est presque exclusivement composée de sommeil lent profond, accompagné de réveils incomplets. La seconde partie présente une stabilisation du sommeil paradoxal et une augmentation du sommeil lent.

Entre 6 et 12 ans, le sommeil est stable et les réveils sont très brefs.

Chez l'enfant, on observe sur l'hypnogramme un premier cycle de sommeil long, une abondance du sommeil profond, le sommeil est stable et les réveils nocturnes sont rares (cf. Modifications de l'hypnogramme au cours de la vie).

- Chez l'adolescent (22)

L'organisation du sommeil nocturne de l'adolescent est proche de celle de l'adulte.

Les grands bouleversements hormonaux et les modifications comportementales qui surviennent à cette période ont un impact non négligeable sur le sommeil.

On observe une diminution importante du sommeil lent profond (le plus récupérateur) au profit du sommeil lent léger.

Un retard de phase est fréquemment retrouvé, les couchers et les levers sont tardifs en raison du travail scolaire, des sorties plus fréquentes, des activités telles que jeux vidéo ou discussions sur internet le soir...

Un manque de sommeil peut apparaître de façon chronique chez l'adolescent aux vues des contraintes horaires (rythme scolaire) incompatibles avec leur besoin accru de sommeil.

Cette dette de sommeil est souvent récupérée le week-end, avec un décalage important des horaires de sommeil pendant ces périodes.

- Chez l'adulte (22)

Par rapport à l'enfant, le sommeil lent profond est moins abondant et disparaît quasiment en deuxième partie de nuit. Le premier cycle de sommeil est plus court (cf. *Modifications de l'hypnogramme au cours de la vie*).

Les contraintes professionnelles (horaires décalés, stress...) et familiales sont à prendre en compte chez l'adulte, pouvant perturber le sommeil de façon notable.

- Chez le sujet âgé (20, 22, 23)

Avec l'âge, la qualité, la rythmicité et l'organisation du sommeil changent.

On note une altération précoce de la continuité du sommeil, caractérisée par une augmentation du nombre d'éveils nocturnes (en fréquence et en durée) et de changement de stades, par une diminution de la durée totale du sommeil et de l'efficacité du sommeil.

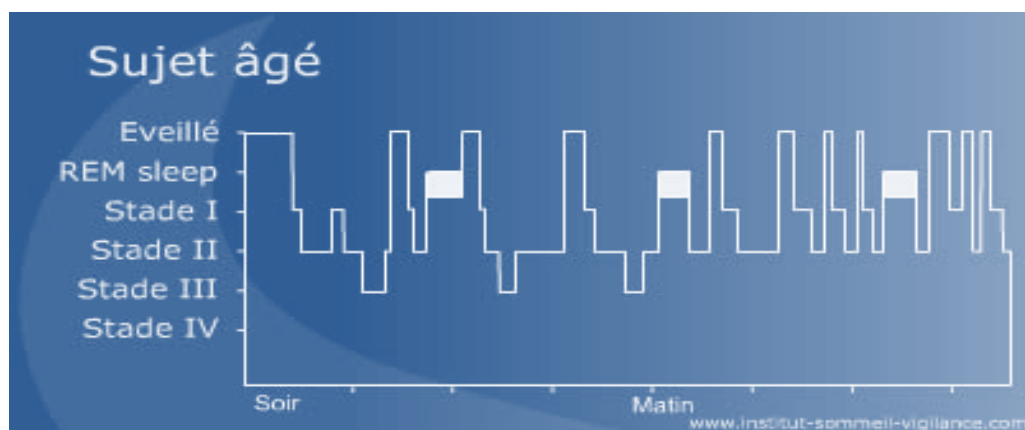
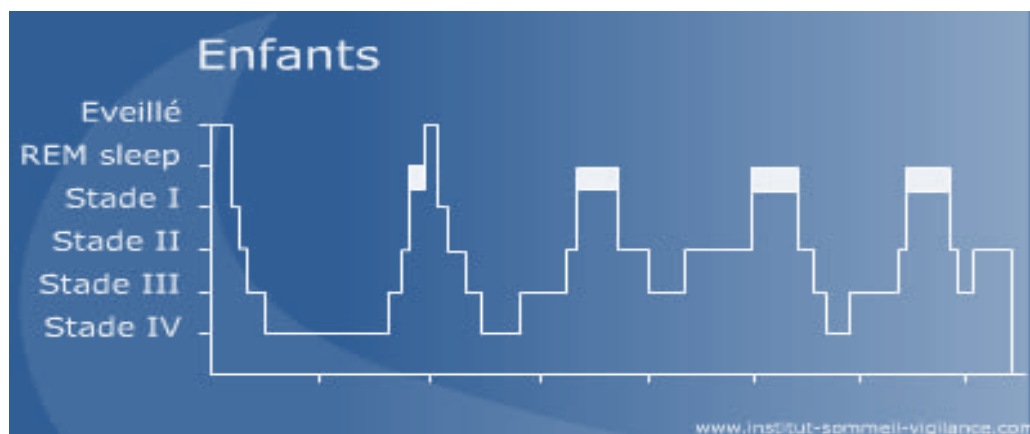
Le sommeil lent profond diminue (en pourcentage et en durée) et disparaît même, le sommeil paradoxal diminue également.

On observe souvent une avance de phase chez le sujet âgé; l'endormissement survient habituellement plus tôt, avec un réveil habituellement plus précoce.

La répartition du sommeil sur les 24 heures change, le besoin d'une sieste en milieu de journée devient nécessaire (pour certains) afin de compenser la durée du sommeil nocturne diminuée.

Ainsi, le sommeil d'un sujet âgé prend un aspect poly-phasique, c'est-à-dire morcelé la nuit, avec une à plusieurs siestes le jour (cf. *Modifications de l'hypnogramme au cours de la vie*).

Modifications de l'hypnogramme au cours de la vie :



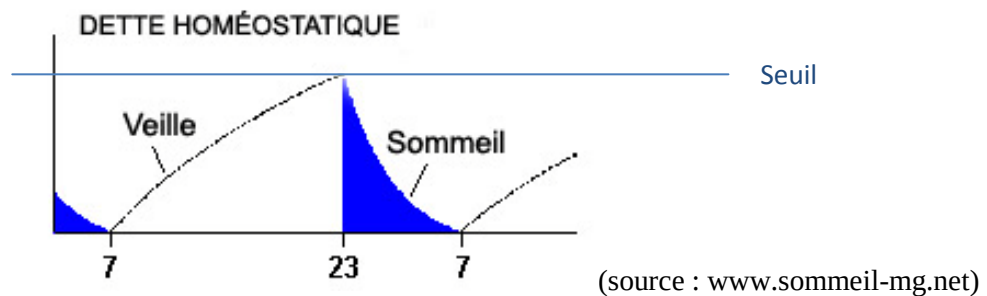
1.1.3. Régulation du sommeil normal

Le sommeil résulte de l'effet conjugué du processus homéostatique, circadien et ultradien.

1.1.3.1. Le processus homéostatique(20)

L'homéostasie est définie comme l'ensemble des processus mis en jeu par l'organisme pour ramener une variable d'état à sa valeur normale lorsqu'elle s'en écarte.

Le processus homéostatique (processus S) est un processus accumulatif augmentant régulièrement pendant la veille et diminuant pendant le sommeil. En effet, le besoin de sommeil augmente pendant l'éveil et diminue pendant le sommeil.



La régulation homéostatique correspond à une accumulation de dette de sommeil pendant l'éveil, qui induit le sommeil à partir d'un certain seuil.

Ce processus homéostatique est observable sur l'EEG, notamment par l'apparition de l'activité à ondes lentes (sommeil lent profond) pendant le sommeil, qui varie en fonction de la durée de veille. Une veille prolongée a pour effet l'augmentation de l'activité à ondes lentes pendant le sommeil suivant, et inversement. Ainsi lors d'une privation de sommeil, on observe une proportion de sommeil lent profond augmentée.



(source: sommeil-mg.net)

De même, pendant la veille, ce processus est marqué, à l'EEG, par l'activité en ondes thêta qui varie suivant la durée de veille. Une veille prolongée ou un manque de sommeil entraînent une tendance croissante à l'activité thêta de veille. Ainsi cette activité thêta de veille, corrélée à l'activité en ondes lentes pendant le sommeil, représente ce même processus homéostatique.

Le lien entre la fonction réparatrice du sommeil et l'activité à ondes lentes (sommeil lent profond) apparaît donc comme une hypothèse séduisante.

Ce processus se traduit également par l'oscillation de la concentration en adénosine, produit de dégradation du métabolisme des cellules cérébrales consommant de l'ATP durant l'éveil, traduisant le besoin de sommeil.

L'accumulation d'adénosine sur les récepteurs spécifiques induit un besoin croissant de sommeil et facilite l'apparition du sommeil lent profond (ondes lentes).

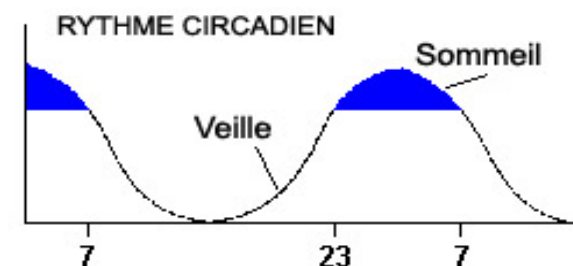
De plus, l'activité à ondes lentes touche préférentiellement le lobe frontal, pendant le premier cycle du sommeil. Lobe impliqué dans le processus attentionnel et dans la réalisation des tâches complexes, particulièrement actif en veille et très sensible à la privation de sommeil. Ainsi, cette augmentation ciblée de l'activité à ondes lentes dans le lobe frontal pendant le sommeil pourrait témoigner d'un besoin augmenté de récupération en rapport avec une sollicitation majeure en veille. On peut alors parler de régulation régionale de l'activité à ondes lentes (sommeil lent profond) en fonction des sollicitations diurnes.

Les expériences de privation du sommeil montrent l'existence de la régulation homéostatique. Le retour à l'équilibre se manifeste par une augmentation de la somnolence proportionnelle à la durée de l'éveil et par un rebond d'efficacité du sommeil compensatoire (en quantité: durée et en qualité: ondes lentes, sommeil profond).

Ce processus répond aux besoins de sommeil, besoins qui dépendent des conditions de vie (privation de sommeil, sieste) et des facteurs individuels de sommeil (besoin de sommeil variable; court ou long dormeur).

1.1.3.2. Le processus circadien(20)

Le processus circadien (processus C) régule ce qui est communément appelé «l'horloge biologique». Circadien vient du latin *circa* « autour » et *dies* « jour », le rythme circadien s'articule donc autour du jour.

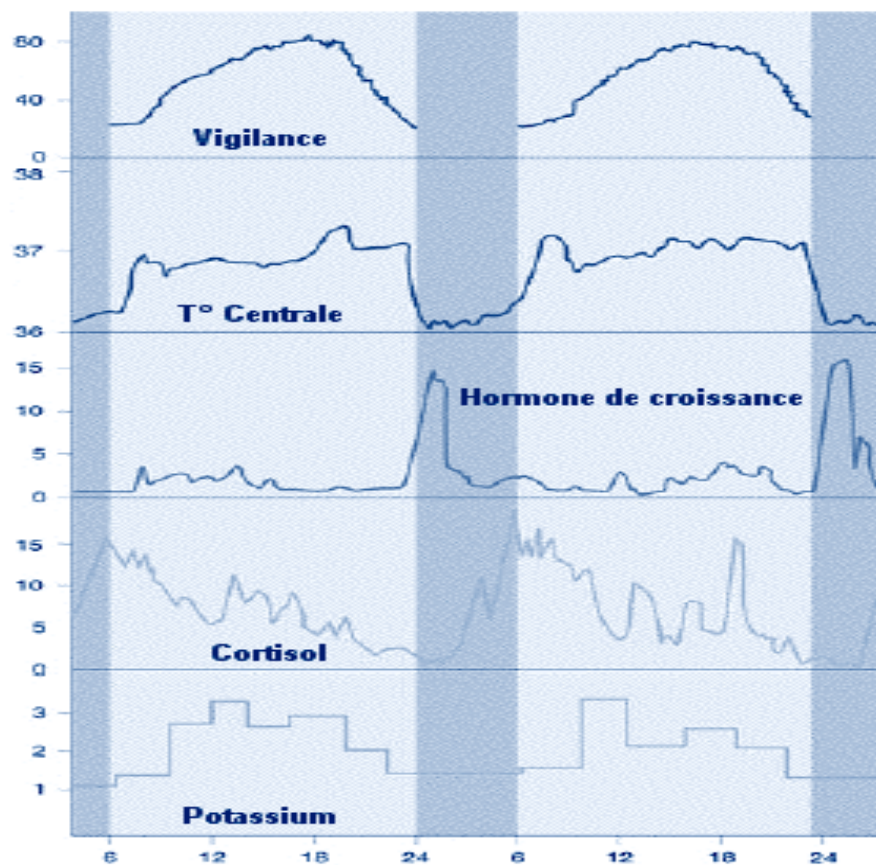


(source: sommeil-mg.net)

De nombreux organismes vivants, des plus simples aux plus complexes (organismes unicellulaires, plantes, animaux ...), présentent des rythmes biologiques intrinsèques (proches des 24 heures), qui se traduisent par une alternance relativement périodique d'activités physiologiques et qui représentent l'intervalle de temps séparant la survenue de deux phénomènes identiques.

La rythmicité circadienne affecte toutes sortes d'activités physiologiques; l'alternance veille-sommeil, l'absorption de nourriture, la température corporelle et les sécrétions hormonales, avec une stabilité et une précision étonnantes en rapport avec la présence d'une horloge biologique.

Les rythmes circadiens : (source: sommeil-mg.net)



Chez les mammifères, la quasi-totalité de ces rythmes est générée dans les noyaux supra-chiasmatiques de l'hypothalamus, qui contiennent les éléments nécessaires à la génération d'une horloge biologique, et qui possèdent une périodicité endogène (proche des 24 heures).

Chez l'homme, l'organisation circadienne des états de vigilance s'acquiert progressivement après la naissance.

Plus tard, ce rythme se synchronise spontanément sur 24 heures sous l'influence des synchroniseurs externes. Ces synchroniseurs externes sont principalement la lumière, la température, l'activité physique, les repas et les contacts sociaux. Ils permettent aux noyaux supra-chiasmatiques, dont la périodicité endogène est légèrement supérieure à 24h, de se synchroniser sur les conditions environnementales de façon quotidienne.

La genèse de ces rythmes nécessite trois éléments fondamentaux :

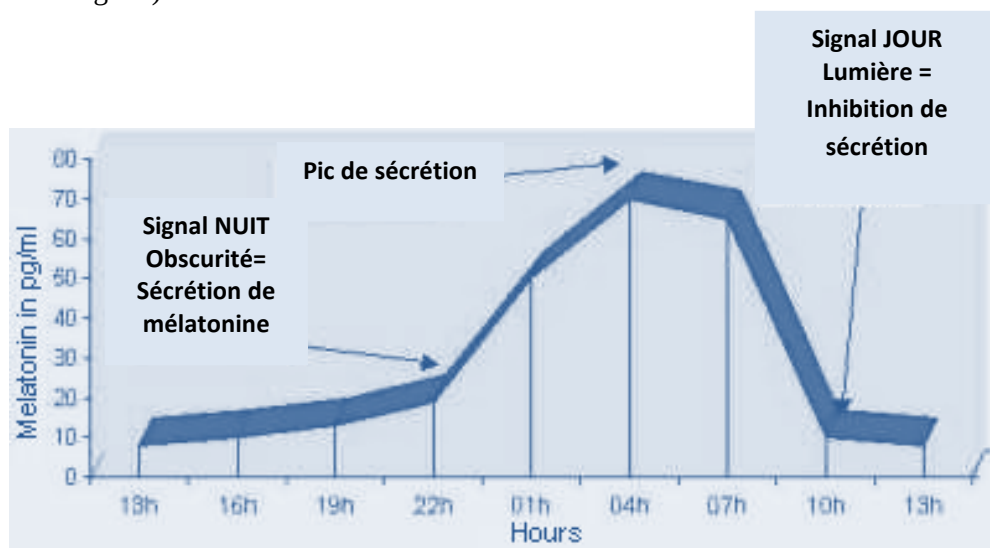
- Des signaux externes indispensables pour remettre en phase notre horloge interne.
- L'horloge elle-même qui génère la rythmicité proche de 24 heures.
- Des signaux de sortie qui transmettent l'information au reste de l'organisme.

Des facteurs génétiques ont également été mis en évidence dans la genèse des rythmes circadiens; le gène *clock* principalement. Ces gènes définissent les caractéristiques individuelles du sommeil, notamment si l'on est plutôt «du soir» ou «du matin».

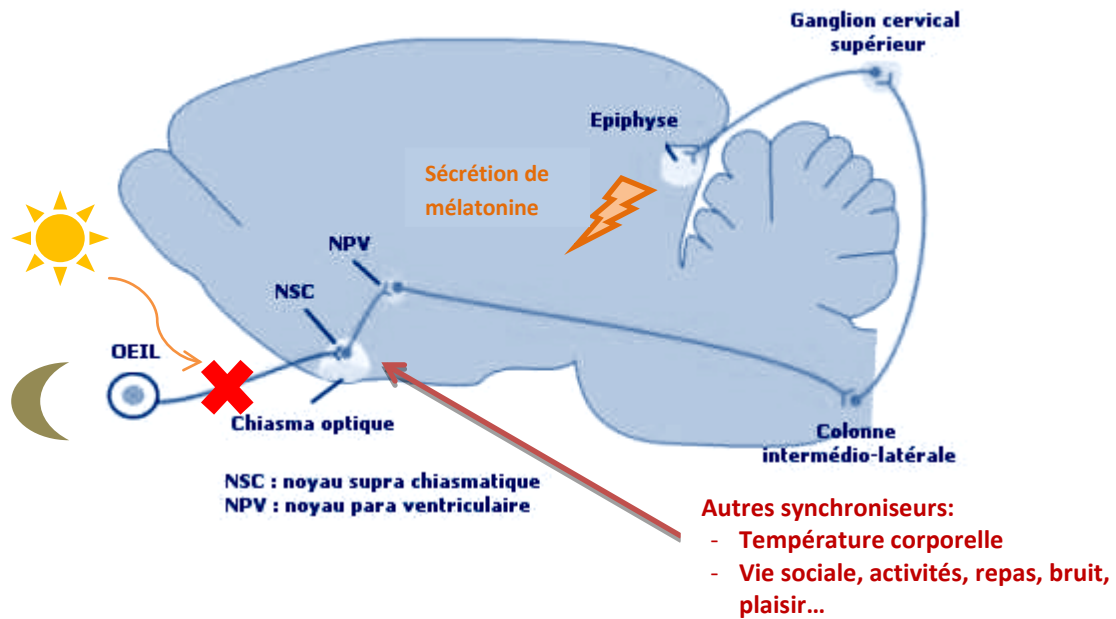
Chez les mammifères, le synchroniseur principal est le signal lumineux perçu par certaines cellules de la rétine, qui informe l'organisme sur les durées du jour et de la nuit, par l'intermédiaire du taux de sécrétion de mélatonine dont le maximum se situe chez l'homme entre 2 heures et 5 heures du matin. Le profil de sécrétion de la mélatonine suit étroitement l'alternance lumière-obscurité, la lumière ayant un fort pouvoir inhibiteur, dose-dépendant, sur sa sécrétion. La mélatonine est un marqueur précieux de l'activité de l'horloge circadienne, cette hormone constituant un synchroniseur endogène puissant. Sa sécrétion nocturne informe l'organisme entier de la survenue de la nuit et favorise le sommeil (24).

Sécrétion de mélatonine au cours du sommeil :

(source: sommeil-mg.net)



Régulation de sécrétion de la mélatonine :



Le rythme circadien veille-sommeil dépend des variations de la température corporelle. Le cycle de la température centrale coïncide à celui du cycle veille-sommeil. En présence de synchroniseurs forts (alternance lumière-obscurité, horaires de travail...), la plupart des individus s'endorment sur la pente descendante de la température interne, quelques heures après le maximum thermique (18 h), et se réveillent sur la pente ascendante de la courbe, quelques heures après le minimum thermique (4 h). A noter que le sommeil paradoxal est prépondérant lors du minimum thermique.

Quand la température centrale baisse, l'envie de dormir apparaît (pression de sommeil) et inversement; quand la température remonte, la vigilance est renforcée (pression d'éveil).

Variations de la température corporelle au cours de la journée et corrélation avec la veille et le sommeil :(source: sommeil-mg.net)



Plusieurs études ont été réalisées chez des sujets volontaires sans aucun repère temporel pendant plusieurs mois. Au début de chaque expérimentation, la périodicité du rythme veille-sommeil suivait celle de la température corporelle et s'organisait sur 24,1 à 24,8 heures. Le sujet se lève et se couche en se décalant d'une demi-heure tous les jours par rapport à ses horaires habituels de 24 heures (périodicité légèrement supérieure à 24 heures). Après un temps variable selon les individus, l'alternance phases éveillées-phases de sommeil se poursuit avec une proportion stable de deux tiers de veille pour un tiers de sommeil, mais de façon dissociée avec celle de la température corporelle; c'est la désynchronisation interne. La périodicité de la température reste stable à l'inverse de celle des cycles veille-sommeil qui peuvent adopter une période de 36, voire 60 heures.

Ces résultats sont en faveur de l'hypothèse d'une horloge biologique duale, comportant « un oscillateur fort » peu dépendant de l'environnement, à l'origine du rythme des variations de température, et « un oscillateur faible », plus sensible aux conditions extérieures, à l'origine de la synchronisation des rythmes veille/sommeil.

Les synchronisateurs extérieurs du rythme veille-sommeil sont importants et leur effet est non négligeable, d'où la nécessité d'appliquer quotidiennement des règles d'hygiène de sommeil. La lumière (donc l'heure du réveil) joue sur la sécrétion de mélatonine qui régule l'horloge interne. Elle a un rôle éveillant.

L'exercice physique agit beaucoup sur la température corporelle en l'augmentant, il est ainsi déconseillé de pratiquer une activité physique avant le coucher. L'exercice régulier induit un sommeil plus récupérateur et de meilleure qualité, il est donc important d'avoir une activité physique régulière.

Les horaires de repas agissent au niveau cérébral par l'intermédiaire d'hormones (25), notamment l'hypocrétine-oréxine qui agit sur le comportement alimentaire et les circuits du sommeil.

Les contacts sociaux, le rire, le plaisir exercent également un rôle non négligeable sur le rythme du sommeil (23). De manière générale, les plaisirs de la vie sont souvent associés à un sommeil court et efficace.

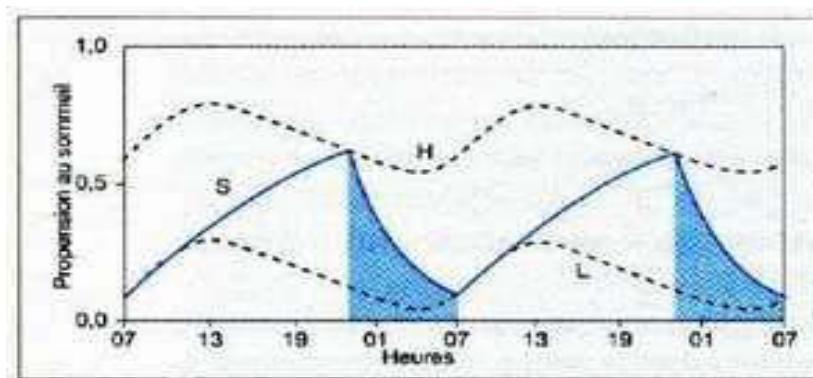
Chez la personne âgée, le rythme circadien se déséquilibre, certainement, par un possible affaiblissement de l'horloge biologique interne et par la diminution de l'impact des synchroniseurs externes (moins d'exposition à la lumière et moins d'activité physique).

1.1.3.3. *Modèle de régulation à deux processus* (20)

D'après le modèle de Borbely (1982) (26), le sommeil résulte de l'effet conjugué du processus circadien (qui module la pression de sommeil en fonction du temps) et du processus homéostatique (qui module le sommeil en fonction de la durée de veille ou de sommeil précédente).

La capacité à rester éveillé ou à s'endormir résulte de l'action combinée de ces deux forces : la dette homéostatique et la phase du rythme circadien.

Le processus homéostatique (S) est un processus physiologique à deux seuils, H pour haut et L pour bas, et le processus circadien (C) module de façon périodique ces deux seuils. Le processus S augmente exponentiellement pendant la veille jusqu'à ce qu'il atteigne le seuil haut, après quoi le sommeil peut survenir. Ensuite, le processus S décroît pendant le sommeil jusqu'à atteindre le seuil bas déterminant le moment du réveil.



Modèle de régulation du sommeil à 2 processus. H : seuil haut, seuil circadien d'endormissement ; L : seuil bas, seuil circadien d'éveil, S : processus sommeil dépendant. Les zones hachurées indiquent les périodes de sommeil.

(source:

www.sommeil-mg.net)

Une privation de sommeil a pour effet d'augmenter le seuil H ; à l'inverse le repos forcé a pour effet d'abaisser ce seuil et d'induire une fragmentation du sommeil.

Les modifications des processus S pourraient expliquer les différences entre les sujets longs et courts dormeurs, tout comme les sujets principalement du matin ou du soir.

Dormir dans la mauvaise phase du cycle circadien (voyages avec changements rapides de fuseaux horaires, travail posté de type 3/8) peut conduire à de profonds troubles de la vigilance parfois particulièrement difficiles à traiter. Si le sommeil lent est le plus touché par l'homéostasie des états de veille et de sommeil, c'est le sommeil paradoxal qui est le plus influencé par les rythmes circadiens. Dans les décalages de phases de sommeil, le sommeil paradoxal ne se réadapte qu'après plusieurs jours alors qu'au contraire, quelle que soit l'heure de début du sommeil, le sommeil lent s'adapte immédiatement aux décalages de phases. Le rythme circadien a besoin de temps pour se réguler, alors que l'homéostasie opère rapidement.

Ce modèle a toutefois certaines limites et notamment l'absence de prise en compte de l'alternance sommeil lent et sommeil paradoxal. C'est à ce niveau qu'intervient le processus ultradien.

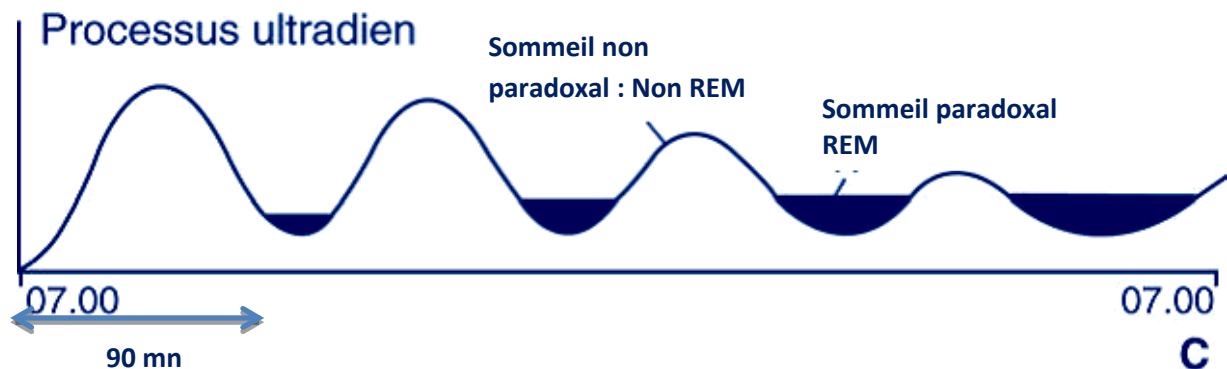
1.1.3.4. *Le processus ultradien*(20)

Ce processus contrôle notamment l'alternance sommeil lent-sommeil paradoxal.

L'activité alternée de populations de neurones interconnectés, «sommeil paradoxal-on» (SP-on) et «sommeil paradoxal-off» (SP-off) explique la succession des phases de sommeil paradoxal et de sommeil non paradoxal.

Ce rythme apparaît au cours du sommeil environ toutes les 90 minutes, ce qui explique l'alternance du sommeil lent et du sommeil paradoxal et donc la succession des cycles de sommeil.

Le processus ultradien :(20)



Le sommeil résulte ainsi de la cohérence de phase de ces 3 processus.

L'expérience de mise à l'épreuve du processus de régulation homéostatique (par des nuits blanches, du surmenage...) ou le décalage de phase avec le rythme circadien (entraîné par un décalage horaire ou un rythme de vie décalé) montre l'importance du sommeil, tant dans sa quantité que dans sa qualité.

1.1.4. Structures nerveuses et neurotransmetteurs impliqués dans la régulation veille-sommeil

On distingue 3 systèmes de régulation (21) :

- Le système de l'éveil
- Le système du sommeil lent
- Le système du sommeil paradoxal.

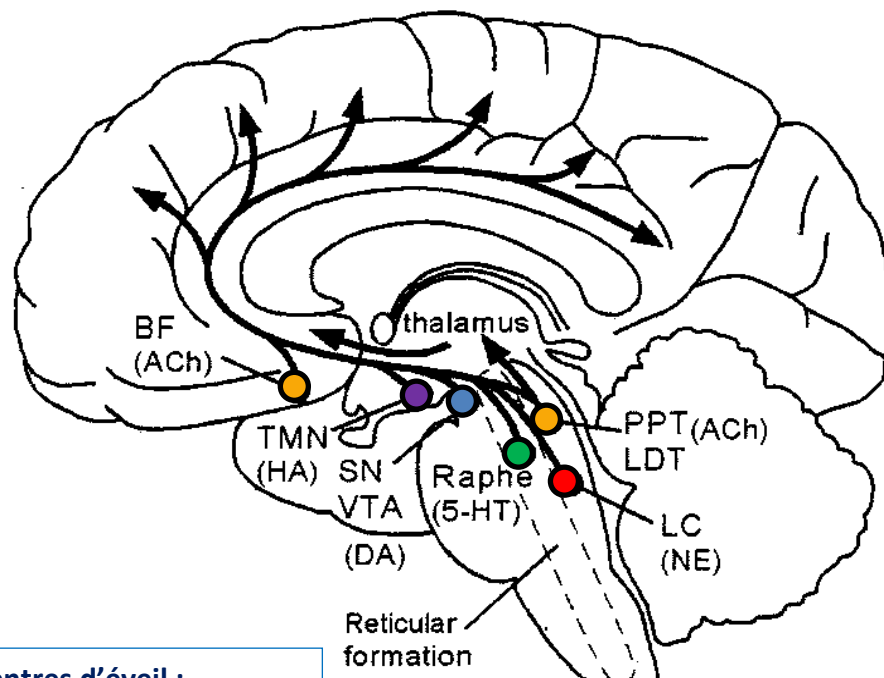
1.1.4.1. Le système de l'éveil(21)

Les structures de l'éveil sont localisées au niveau pontique (locus coeruleus, noradrénergique), pédonculaire (raphé médian, sérotoninergique et substance grise périaqueducale ventrale de nature dopaminergique), pédiculopontique (tegmentum pédonculopontique et latérodorsal pontique, cholinergiques), hypothalamiques (système tubéromammillairehistaminergique et système hypothalamique latéral hypocrélinergique-orexinergique) et au niveau du cerveau basal (système cholinergique et galaninergique). Il existe plusieurs systèmes d'éveil qui sont redondants et qui fonctionnent en même temps.

Ce sont des systèmes excitateurs ascendants directs ou indirects (via le thalamus) du cortex.

Ils sont fortement interconnectés entre eux, et sont à la base d'une grande voie de projection hypothalamocorticale d'éveil.

Le système d'éveil ascendant (du tronc cérébral et de l'hypothalamus avec projection vers le cortex:(source: <http://didel.script.univ-paris-didelot.fr/claroline/backends/download.php>)



Centres d'éveil :

- LC : Locus coeruleus
- Raphé médian
- SN : Substantia nigra (substance grise périaqueducale ventrale)
- PPT-LDT : Noyau pédiculopontique Tegmentumlatérodorsal
- TMN : Noyau tubéromammillaire
- BF : Basal Forebrain (Télencéphale basal)

Neuromédiateurs de l'éveil :

- **NE** : Norepinéphrine (Noradrénaline)
- **5-HT** : Sérotonine
- **DA** : Dopamine
- **ACh** : Acétylcholine
- **HA** : Histamine

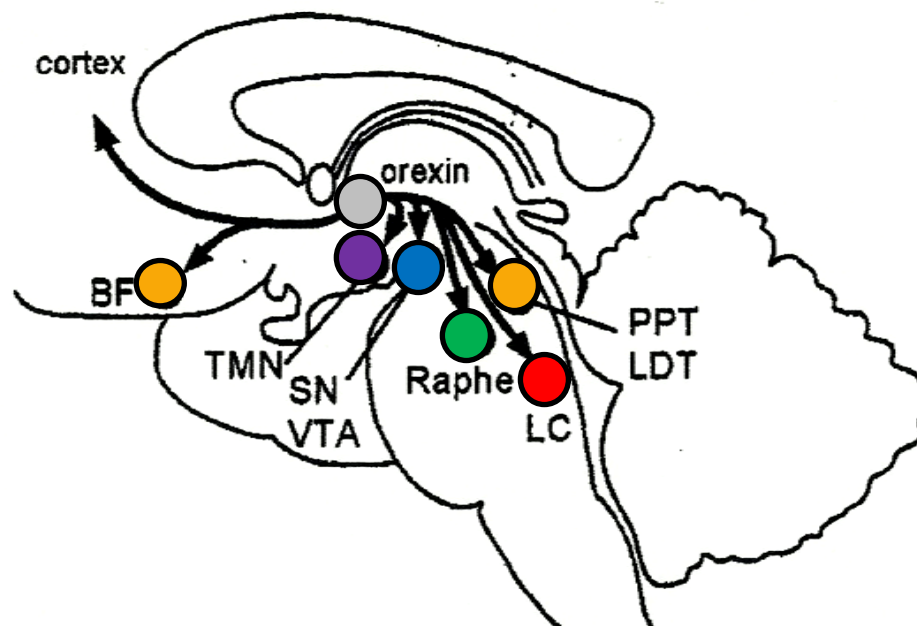
La redondance des systèmes est marquée surtout par l'action du système hypothalamique latéral hypocrélinergique-orexinergique, qui, pendant la veille, stimule l'ensemble des systèmes ascendants d'éveil et augmentent l'activité corticale.

Ces neurones à l'orexine sont influencés par le système limbique lié aux émotions (stress, peur...), émotions qui augmentent l'activité de ces neurones et ainsi majorent la vigilance. Leur activité est également variable en fonction du statut énergétique de l'organisme, un besoin énergétique active ces neurones, qui stimulent l'éveil pour «aller chercher à manger» et régulent ainsi l'appétit. Ces neurones sont également sous l'influence des noyaux suprachiasmatiques, donc de l'horloge interne.

La défaillance de neurotransmission orexinergique est à l'origine d'une pathologie du sommeil; la narcolepsie chez l'homme et l'animal marquée par une instabilité du cycle veille-sommeil et des endormissements brusques et incoercibles dans la journée.

Le système hypocrélinergique-orexinergique :

(source: <http://didel.script.univ-paris-didelot.fr/claroline/backends/download.php>)



Ces mécanismes expliquent l'action de certains médicaments sur le sommeil; le système histaminergique d'éveil est bloqué par les anti-histaminiques de type H1, qui traduit la somnolence observée lors de la prise de ces molécules.

Ces systèmes de l'éveil concourent également à la préparation, l'installation et le maintien du sommeil lent.

La sécrétion de sérotonine pendant l'éveil semble préparer progressivement au sommeil, en stimulant la synthèse de peptides hypnogènes qui seront ensuite consommés pendant le sommeil.

De la même façon, plus l'éveil se prolonge, plus la consommation énergétique cérébrale augmente. L'adénosine triphosphate (ATP) consommé se transforme en adénosine, qui a la propriété non seulement d'être un métabolite énergétique, mais aussi d'être un neurotransmetteur hypnogène, qui s'accumule au niveau cérébral pendant la veille (quantité proportionnelle à la durée de veille: processus homéostatique). Adénosine qui inhibe les centres d'éveil et active les centres inducteurs de sommeil lent.

1.1.4.2. Le système du sommeil lent(21)

L'installation du sommeil (lent) met en jeu les neurones GABA de l'hypothalamus antérieur, qui inhibent tous les systèmes d'éveil.

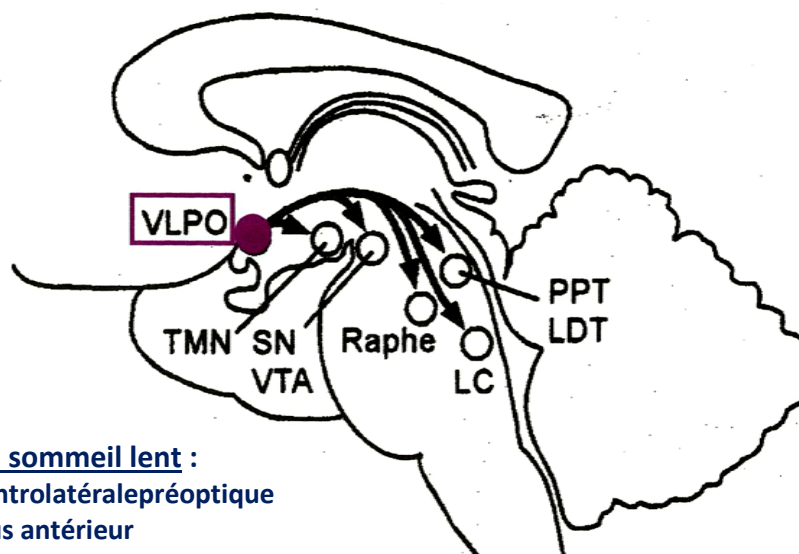
Ce système est le seul responsable du sommeil à ondes lentes.

Ces neurones sont situés, plus précisément, au niveau de la région ventrolatéralepréoptique de l'hypothalamus antérieur et sont spécifiquement actifs pendant le sommeil (sommeil = phénomène actif). Ces neurones sont mis au silence au cours de l'éveil car inhibés par les systèmes noradrénergiques, cholinergiques et sérotoninergiques (centres de l'éveil).

L'inhibition des voies de l'éveil commute les neurones thalamo-corticaux d'un mode de décharge tonique rapide d'éveil à un mode de décharge lent et en bouffée à l'origine des fuseaux et des rythmes lents du sommeil lent (activité visible à l'EEG en état de veille puis lors des stades de sommeil).

Le système du sommeil lent :

(source: <http://didel.script.univ-paris-diderot.fr/claroline/backends/download.php>)



Centre du sommeil lent :

VLPO : Région ventrolatéralepréoptique de l'hypothalamus antérieur

Neuromédiateurs du sommeil lent :

GABA : acide gammaaminobutyrique

Le sommeil lent est induit par la synchronisation des neurones corticaux, de proche en proche, via le courant GABA. La succession des stades de sommeil lent de léger à profond pourrait s'expliquer par la participation de la somatostatine, colocalisée avec le GABA au sein de ces neurones, qui activerait et maintiendrait le sommeil lent profond.

Ainsi, l'installation du sommeil lent met en jeu les neurones GABA de l'hypothalamus antérieur, qui inhibent tous les systèmes d'éveil. Ce phénomène explique l'action des benzodiazépines et apparentées sur l'induction et le maintien du sommeil (21) (fixation sur des récepteurs spécifiques couplés aux récepteurs GABA, qui favorise l'affinité du récepteur pour le GABA et active l'ouverture d'un canal chlore, majorant l'effet inhibiteur du GABA sur les systèmes monoaminergiques (noradrénergique et sérotoninergique), à l'origine des propriétés sédatives de ces molécules) (27).

1.1.4.3. Le système du sommeil paradoxal(21)

Le sommeil paradoxal est contrôlé par une régulation pontique, constituée d'un système inducteur (SP-on : activateur du sommeil paradoxal) et un système inhibiteur (SP-off), rythmé également par le processus ultradien.

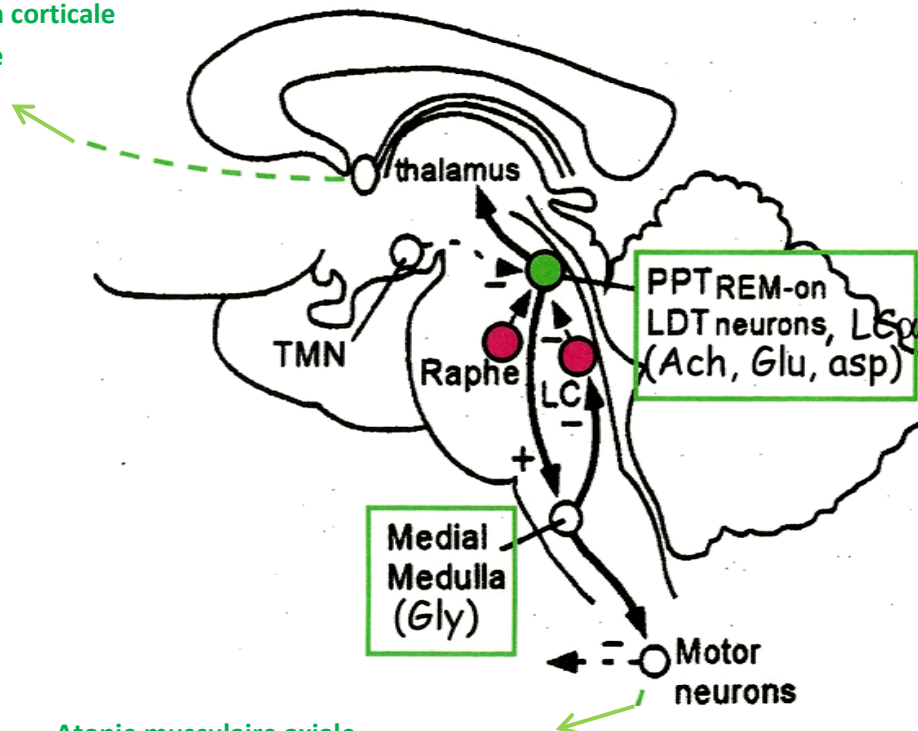
Le système inducteur du sommeil paradoxal est constitué du locus subcoeruleus cholinergique (caudal au locus coeruleus) et d'un noyau pédiculopontique neuromédié par l'aspartate et le glutamate (tegmen tunculo pontique et latéro dorsal pontique).

Ce système agit au niveau thalamique et cortical. Il active les aires visuelles secondaires et le cortex temporal. Le noyau oculomoteur (VI) est également activé par ce système, responsable des mouvements oculaires rapides du sommeil paradoxal.

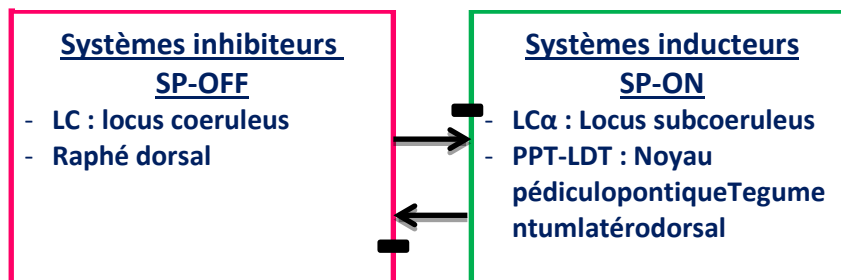
Une autre voie d'activation avec un relais bulbaire (neurone bulbospinal ou medial medulla, glycinergique) agit sur des motoneurones, responsables de l'atonie musculaire axiale observée au cours du sommeil paradoxal.

Le système inhibiteur du sommeil paradoxal est constitué du locus coeruleus (noradrénergique), du raphé dorsal (sérotoninergique) et du système hypocrétinergique-orexinergique.

Activation corticale
et visuelle



Atonie musculaire axiale



Ces systèmes agissent en opposition de phase

Ainsi, le sommeil apparaît comme une fonction complexe, vitale, qui est obtenue par l'équilibre et la régulation de nombreux processus (homéostatique, circadien, ultradien) et de nombreux centres cérébraux. Processus et centres qui interagissent entre eux et avec l'environnement afin de répondre aux rythmes et aux besoins de sommeil, différents pour chaque individu.

1.1.5. Modifications physiologiques au cours du sommeil

De nombreuses fonctions corporelles sont modifiées pendant le sommeil (20, 21).

La respiration varie significativement lors du sommeil: le tonus musculaire du pharynx diminue très rapidement, dès le stade N1 du sommeil, augmentant la résistance des voies aériennes supérieures à l'écoulement de l'air.

Ce phénomène suffit à produire le bruit caractéristique du ronflement, et, à un degré plus important de rétrécissement pharyngé, entraîne une fermeture complète des voies aériennes, responsable des apnées obstructives. Le rythme respiratoire diminue légèrement pendant le sommeil lent et apparaît plus irrégulier lors du sommeil paradoxal, sous l'influence du système végétatif.

De la même façon, le rythme cardiaque et la pression artérielle diminuent lors du sommeil lent et deviennent plus instables lors du sommeil paradoxal. Les fonctions digestives sont également au repos, avec une diminution de la sécrétion salivaire, du péristaltisme œsophagien et colique.

Les sécrétions hormonales se modifient également lors du sommeil, touchant la prolactine, la thyrotropine (TSH), l'hormone de croissance, le système rénine-angiotensine-aldostérone, le cortisol, l'adrénocorticotropine (ACTH), la mélatonine, l'hormone lutéale. Ces sécrétions suivent un rythme circadien.

La température corporelle varie aussi pendant le sommeil, comme nous l'avons déjà remarqué, elle diminue avant et pendant le sommeil, favorisant ce dernier.

Le métabolisme cérébral apparaît différent lors du sommeil. Il permet le repos, la maturation du système nerveux central, la mémorisation, la régulation émotionnelle, comportementale et alimentaire. L'activité mentale est également modifiée lors du sommeil comme le traduisent les rêves.

1.1.6. Grandes fonctions du sommeil et conséquences de la privation de sommeil

Le sommeil permet une récupération physique et psychique, c'est une fonction vitale, universelle à l'espèce animale.

Le rôle du sommeil est déduit des modifications physiologiques décrites.

Il permet le repos des systèmes respiratoire, cardiovasculaire, digestif et concourt à une régulation hormonale importante.

Il apparaît comme un facteur de croissance, de maturation et de développement cérébraux (expliquant le besoin important de sommeil chez le nouveau-né; 16heures). Il permet la préservation des capacités cognitives, la mémorisation, la cristallisation des apprentissages, la régulation de l'humeur, du comportement et de l'équilibre alimentaire (21).

Les conséquences du manque de sommeil découlent de ces principales fonctions : la mémoire est la première fonction cognitive à être altérée par la privation de sommeil (28), une forte somnolence diurne est observée en cas de privation : les sujets s'endorment 60 % plus vite le jour suivant, avec des risques d'accidents de voiture.

En dehors du risque d'endormissement involontaire, les autres conséquences du manque de sommeil sont une fatigue, une irritabilité, une réduction de la capacité à réfléchir et à se concentrer, des risques de dépression (29).

Une prise de poids et des risques d'obésité ont également été observés dans la privation de sommeil (30). Les maladies cardiovasculaires (31, 32) sont également plus fréquentes en cas de sommeil insuffisant.

1.2. Les troubles du sommeil

Les pathologies du sommeil sont nombreuses, et constituent un important problème de santé publique.

L'insomnie apparaît le trouble du sommeil prédominant dans la population générale, serait en constante augmentation dans la plupart des pays occidentaux et toucherait globalement la moitié des consultants en médecine générale en France (1).

1.2.1. Définition de l'insomnie

L'insomnie est une plainte subjective définie comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes de l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches (1).

Elle repose sur la description du patient de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes fréquents, de réveils matinaux précoces ou d'un sommeil de mauvaise qualité, qui altèrent le fonctionnement diurne, physique, psychique, social et professionnel et ainsi la qualité de vie.

Les critères diagnostiques diffèrent suivant la classification utilisée, ce qui rend compliqué la comparaison d'études, la définition de l'insomnie utilisée étant différente.

Deux classifications, largement utilisées dans l'étude des troubles du sommeil, permettent de définir plus précisément l'insomnie : le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Four Edition, Text Revision*)(33) et l'ICSD-2 (*International Classification of Sleep Disorders, Second Edition*)(34).

1.2.1.1. Selon le DSM-IV

Dans ce manuel, l'insomnie primaire est définie :

- Par la présence d'au moins un des critères suivants :
 - Difficultés à initier le sommeil.
 - Réveils nocturnes avec des difficultés pour se rendormir.
 - Réveil matinal précoce.

- Avec un sommeil non réparateur, sensation de fatigue au réveil et conséquences négatives sur le fonctionnement diurne (irritabilité, manque de concentration).
- Depuis au moins un mois et minimum 3 fois par semaine,
- Sans autre trouble du sommeil, tel que le syndrome des apnées du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos.
- Sans trouble mental : état dépressif majeur, anxiété généralisée, accès maniaque,
- Sans prise de substances toxiques ou médicamenteuses, ni d'affection médicale pouvant induire le trouble du sommeil.

En opposition à l'insomnie secondaire, conséquence d'une pathologie sous-jacente (organique, psychologique) ou la prise de substances.

1.2.1.2. Selon l'ICSD-2

Cette classification apparaît la plus utilisée par les spécialistes du sommeil et est celle retenue par la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations (1, 35).

Elle présente une relative simplicité, une utilisation facile dans la pratique médicale, en donnant une orientation étiologique et ainsi thérapeutique.

Elle reprend la définition initiale de l'insomnie, troubles du sommeil associés aux troubles diurnes et s'attache au caractère aigu ou chronique, à la présence ou non d'un événement déclenchant, d'autres troubles du sommeil, d'une comorbidité (somatique ou psychiatrique) ou d'une consommation de produits perturbants le sommeil.

Elle classe l'insomnie en 8 catégories :

- Insomnies d'ajustement

Il s'agit d'insomnies occasionnelles, transitoires ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à de situations nouvelles équivalant à un stress. Elles disparaissent, la plupart du temps, après suppression du facteur de stress ou après adaptation du patient à la situation, mais elles peuvent récidiver ou se chroniciser parfois.

- Insomnies chroniques sans comorbidités (ex-insomnies primaires)

Il s'agit d'insomnies durables, d'une durée supérieure à 1 mois.

- Insomnie psychophysiologique

Elle est caractérisée par un conditionnement mental et psychologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives. On note un état d'hyperéveil (souvent secondaire à un stress) apparaissant lors de stimulations théoriquement propices au sommeil (rituels de coucher, moment de se coucher) et une appréhension vis-à-vis du sommeil qui auto-entretiennent l'insomnie. Insomnie qui persiste même après la disparition du stress en cause initialement.

- Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil
Elle se caractérise par une plainte d'insomnie, parfois sévère (impression de ne pas dormir) alors que les examens d'enregistrement du sommeil sont normaux.
- Insomnie idiopathique
Insomnie présente depuis l'enfance, permanente et stable, pour laquelle aucun facteur causal n'a été retrouvé.
- Insomnies chroniques avec comorbidités (ex-insomnies secondaires)
Il s'agit d'insomnies durables, d'une durée supérieure à 1 mois.
 - Insomnie liée à une pathologie mentale
Les pathologies psychiatriques, notamment les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, sont responsables fréquemment d'insomnies chroniques (36). Les psychoses peuvent également entraîner des troubles du sommeil.
 - Insomnie liée à une pathologie organique
Une pathologie physique est responsable de l'insomnie, soit par les symptômes propres à cette pathologie qui perturbent le sommeil, soit en par l'anxiété ou l'humeur dépressive engendrée par cette maladie, soit atteinte neurologique des mécanismes du sommeil. Les pathologies entraînant des troubles du sommeil sont multiples (37, 38) : les pathologies douloureuses (cancéreuses, rhumatologiques inflammatoires, fibromyalgie), les dysfonctionnements hormonaux (hyperthyroïdie), les pathologies digestives (reflux gastro-œsophagien), les pathologies urologiques (nycturie), les maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, ischémie coronarienne), les troubles respiratoires (asthme, BPCO, SAOS), les pathologies neurologiques (épilepsie, maladies neuro-dégénératives, maladie de Parkinson, démences, syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques des jambes...). Les troubles du sommeil peuvent signer des pathologies intéressant diverses spécialités, faisant de cette matière une discipline transversale dont la prise en charge complexe impose la multidisciplinarité.
- Insomnies liées à un médicament ou une substance perturbant le sommeil
Elles sont associées à la prise d'un ou plusieurs médicaments ou substances stimulantes. La caféine, la nicotine, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines et l'alcool sont des psychostimulants. Les principaux médicaments potentiellement responsables d'insomnie sont les antihypertenseurs (β -bloquants, inhibiteurs calciques et diurétiques), les médicaments de l'asthme (théophylline et β -sympathomimétiques), les hormones (thyroxine, corticoïdes), la L-Dopa, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, les décongestionnants nasaux (pseudo-éphédrine), les antidépresseurs stimulants (inhibiteurs de la mono-amine-oxydase et inhibiteurs spécifiques de la recapture de la

sérotonine) (38). Les hypnotiques peuvent également être pourvoyeurs d'insomnie, en cas d'intolérance ou arrêt brutal (effet rebond, syndrome de sevrage ou rechute) (8).

- Insomnie par hygiène de sommeil inadéquate

Elle est secondaire à de mauvaises habitudes de sommeil : horaires de sommeil inadéquats, activités intellectuelles ou physiques tardives, environnement néfaste au sommeil.

La sévérité de l'insomnie est également caractérisée, on l'apprécie selon sa fréquence et l'ampleur de son retentissement diurne :

- Insomnie légère : présente 1 nuit par semaine, ayant un faible retentissement diurne.
- Insomnie modérée : présente 2 ou 3 nuits par semaine, entraînant fatigue, irritabilité ou morosité diurnes.
- Insomnie sévère : présente plus de 4 nuits par semaine, provoquant fatigue, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, altérations des performances psychomotrices en journée.

1.2.2. L'insomnie dans la population adulte française

On observe une difficulté à cerner l'importance réelle de l'insomnie, les données variant suivant les critères diagnostiques choisis (insatisfaction du sommeil, symptômes d'insomnie ou troubles en référence aux classifications connues).

Si un tiers de la population générale manifeste un ou l'autre des symptômes d'insomnie, seuls 9 à 13% présentent des retentissements diurnes. Dans la population adulte française, seuls 5.6% répondent aux critères diagnostiques les plus stricts de l'insomnie, en tant que diagnostic principal (1).

En pratique générale, selon les rares études disponibles, l'insomnie toucherait la moitié des consultants en médecine générale et se répartirait en 15 à 17% d'insomnies légères, 12 à 17% d'insomnies modérées et 19 à 23% d'insomnies sévères (1).

Des études ont été réalisées au sein de la population française et démontrent la forte prévalence de l'insomnie dans la population générale :

- D'après l'étude de Léger et al. , publiée en 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 12778 français, 19% des adultes de plus de 18 ans souffrent d'insomnie chronique et 9% d'insomnie sévère (39). L'insomnie est plus fréquente chez le sujet âgé (touchant un tiers des personnes de plus de 65 ans), et chez les femmes (sex-ratio de 1.5).
- Chiffres confirmés par l'étude publiée, par Ohayon et Lemoine, en 2004, auprès de 5622 français de plus de 15 ans, où 1 français sur 5, tout âge confondu, se plaint d'insomnie (40), dont 67% présentant des répercussions diurnes. Les personnes de plus de 65 ans souffrent deux fois plus d'insomnie, que les personnes de moins de 45 ans.

- D'après l'étude réalisée par l'INPES en 2008 (41), auprès de français âgés de 25 à 45 ans, 12% serait insomniaques (59% de femmes), ce qui est en corrélation avec les études précédentes.

Sans parler d'insomnie, des enquêtes sur le sommeil des français, montrent qu'une proportion relativement importante de la population française estime son sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant :

- Dans l'enquête réalisée par Dr Eric Mullens, dans le Tarn, en 1994 (42), sur 4832 personnes, 23% des femmes et 17% des hommes disent mal dormir. Cette affirmation est présente plus les personnes sont âgées, les personnes travaillant en horaires décalés sont également plus touchées (28% des travailleurs en 2×8 et 38% des travailleurs en 3×8 pensent mal dormir). Parmi ces personnes, 58% présentent une somnolence diurne. Les personnes qui dorment le mieux, adoptent de bonnes règles de sommeil (heures de coucher fixes, durée de sommeil stable de 6 à 9 heures). 27% des femmes et 23% des hommes évoquent un sommeil insuffisant, touchant essentiellement les 19-50 ans (30%); individus qui, pour la plupart, ne se couchent pas à horaires fixes et présentent un décalage important de la durée de sommeil entre la période de travail et la période de congés. Sensation touchant également plus volontiers les travailleurs en horaires décalées (32%).
Le stress apparaît la principale cause de ces troubles pour 30% des interrogés, avant le travail (20%).
Globalement 31.6% des personnes de cette étude dorment mal, constituant un problème de santé publique.
- Dans l'étude de l'INPES de 2008 (41), 45% des 25-45 ans estiment moins bien dormir que ce qu'ils ont besoin. On observe 12% d'insomniaques et 17% seraient en dette de sommeil. Les personnes présentant un sommeil de mauvaise qualité ou insuffisant, adoptent des règles de sommeil plus défavorables (horaires irréguliers de sommeil, dérégulation du sommeil pendant les congés, activités stimulantes en soirée, bruits). Le travail est cause de ces troubles pour 53% des personnes interrogées et les difficultés psychologiques sont imputées pour 40% des répondants.
- Dans une étude française réalisée sur 14734 adultes de 18 à 65 ans (43), les troubles du sommeil (sur la semaine précédente) sont étudiés en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des conditions de travail et de santé mentale de la population interrogée. 12.5% des personnes interrogées expriment beaucoup de problèmes de sommeil les nuits précédant l'enquête, 16% pour les femmes, 9% pour les hommes. Les plus jeunes et les plus de 45 ans sont les plus touchés, respectivement 13 et 14%. Proportion plus importante dans la population moins diplômée, à plus faible revenu, vivant seule, chez les employés et chômeurs, chez les femmes actives, chez personnes ayant des antécédents anxio-dépressifs.

Ces études confirment l'importante prévalence des troubles du sommeil dans la population française et mettent en évidence les groupes à risques. A des degrés divers, toute la population est concernée par la question du sommeil, le sommeil occupe une place primordiale parmi les préoccupations de santé.

L'insomnie croît avec l'âge des patients (40% des plus de 75 ans) (44), et représente le trouble du sommeil le plus fréquent chez les personnes âgées, entraînant une prescription plus importante auprès de cette population, plus à risques d'effets secondaires.

Une prise en charge médicale adaptée du sommeil et de ces troubles apparaît indispensable, notamment par le médecin généraliste.

1.2.3. L'insomnie dans la pratique du médecin généraliste

Le médecin généraliste apparaît en première ligne dans le diagnostic et la prise en charge de l'insomnie (1).

La sollicitation pour une plainte de sommeil est fréquente en pratique quotidienne. Exprimée généralement en fin de consultation, elle est considérée le plus souvent rapidement en regard de sa relative banalité perçue. Elle ne fait pas systématiquement l'objet d'un interrogatoire structuré ni d'investigation particulière, et est traitée par la prescription quasi systématique d'hypnotiques ou de tranquillisants, renouvelés lors des consultations successives sans considérer la possibilité de pratiques alternatives (prise en charge de l'anxiété, thérapies comportementales). Faute d'enseignement suffisant au cours du cursus médical, on constate un faible niveau de connaissances dans le domaine du sommeil, ainsi les capacités de repérer et traiter les troubles du sommeil par les généralistes apparaissent assez faibles (44).

L'insomnie apparaît, malgré sa prévalence importante, comme peu abordée par les patients et les médecins. Dans l'enquête de l'organisation Gallup, publiée en 1991 (45), 69% des patients souffrant de troubles de sommeil n'en n'avaient jamais parlé à leur médecin, 26% lui en avaient parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5% seulement l'avaient consulté spécifiquement pour ce trouble.

Une enquête française, publiée en 2005, par Léger et al. (46), auprès de 6043 généralistes, précise la perception de l'insomnie par les omnipraticiens. L'insomnie est associée à un terrain anxieux dans 59% des cas, à des soucis professionnels dans 54% des cas, à des problèmes familiaux dans 48% des situations, à des pathologies organiques ou psychiatriques dans 36% des cas, à des problèmes économiques dans 20% des situations, plusieurs causes étant intriquées le plus souvent. 45% des médecins abordaient systématiquement le sommeil avec leur patient. Dans 62% des cas, les troubles du sommeil sont secondaires à une affection, selon les médecins. 2 médecins sur 3 ne prescrivent pas de médicaments lors d'une première

plainte. En cas de prescription d'hypnotiques, des conseils d'hygiène accompagnent la prescription dans 81% des cas.

2 médecins sur 3 estiment que l'insomnie entraîne des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention). 56% d'entre eux considèrent que, chez la personne âgée, l'insomnie majore les risques de désinsertion sociale et de troubles psychiques.

D'où la nécessité d'adopter, par le médecin généraliste, une approche active de la question du sommeil lors des consultations, afin de diagnostiquer des perturbations du sommeil.

1.3. Prise en charge du patient se plaignant d'insomnie en médecine générale

1.3.1. Approche diagnostique par le médecin traitant

Les recommandations de la HAS (1) offrent une stratégie diagnostique et thérapeutique claire et utile dans la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Le médecin généraliste doit questionner le patient sur son sommeil, afin de dépister d'éventuelles perturbations, que ce soit lors de l'évaluation globale de santé, en réponse à une plainte d'insomnie, ou en présence de pathologies susceptibles de perturber le sommeil. Une approche active du médecin avec recherche de l'insomnie, doit être omniprésente lors d'une consultation, et ce quel que soit le motif de consultation. Le sommeil étant trop peu abordé en pratique.

Devant un patient se plaignant d'insomnie, le problème doit être abordé pour lui-même, il doit être considéré en prenant compte de l'histoire personnelle et l'environnement du patient.

Le diagnostic porte essentiellement sur l'évaluation clinique, comportant un entretien approfondi (approche somatique, psychologique, environnementale soignée et détaillée) et une étude précise de l'historique du sommeil. Fondé sur la description subjective des patients, le diagnostic d'insomnie n'est pas simple en pratique.

La démarche diagnostique est la suivante:

1. La plainte du patient doit être identifiée en considérant l'ensemble du cycle sommeil-veille et sa réalité doit être affirmée :
 - Type de plainte : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, réveils précoces, sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité.
 - Ancienneté, fréquence et sévérité des troubles.

- Répercussions diurnes : fatigue, tension, irritabilité, altération de l'humeur, troubles de la concentration ou de la mémoire, somnolence excessive, céphalées, altérations des performances diurnes.
- 2. Des facteurs défavorables doivent être recherchés :
 - Rythmes de vie et de travail.
 - Habitudes de sommeil (activités vespérales, horaires de coucher, rituels, sieste, environnement de sommeil).
 - Facteurs d'hyperstimulation : activités excitantes en fin de journée, substances entretenant l'éveil, événements de vie (soucis, stress).
- 3. Des troubles organiques associés doivent être recherchés :
 - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil.
 - Mouvements périodiques des jambes, syndrome des jambes sans repos.
 En recueillant l'avis de l'entourage, si besoin.
- 4. Une pathologie sous-jacente, aiguë ou chronique, doit être recherchée :
 - Etat douloureux.
 - Troubles psychiques anxieux et/ou dépressifs.
 - Troubles somatiques (cardiopathies, troubles respiratoires, hyperthyroïdie, RGO, neuropathies dégénératives...).
- 5. L'usage de substances perturbant le sommeil doit être détecté : médicaments, psychostimulants, alcool, substances illicites...
- 6. Les croyances, représentations ou pensées négatives doivent être repérées, pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil.

Il est important de caractériser l'insomnie, en utilisant la classification ICSD-2, de différencier ce qui n'est pas une insomnie (court dormeur, troubles du rythme circadien) et d'apprécier la sévérité de l'insomnie (fréquence et ampleur des répercussions diurnes).

1.3.2. Outils à la disposition du médecin généraliste

Il est recommandé d'étayer la démarche diagnostique, pour cela des outils diagnostiques sont à notre disposition, ils apparaissent également nécessaires dans le suivi et l'évaluation des troubles et pour apprécier l'efficacité des traitements instaurés.

- L'agenda du sommeil (1):

L'agenda du sommeil permet de connaître les horaires habituels de sommeil, le temps passé au lit, la fréquence des troubles, la répercussion de l'insomnie sur la journée. Il permet d'estimer la latence d'endormissement (temps entre l'heure du coucher et le début du sommeil), le temps de sommeil total (prise en compte du temps d'éveil pendant la nuit), l'index d'efficacité du sommeil (ratio entre le temps de sommeil total et le temps passé au lit, exprimé en pourcentage d'efficacité).

Mais il ne renseigne pas sur les cycles du sommeil ni leur durée. Il permet de suivre de manière journalière, mensuelle, voire annuelle, la fluctuation de symptômes relatifs au sommeil, et est la seule méthode capable de fournir ces éléments précis.

C'est un support simple, accessible et pratique, qui permet aussi de discuter des habitudes du patient, de fixer les objectifs de traitement et de suivre l'évolution des troubles.

Pour apprécier et évaluer le sommeil, il est nécessaire, qu'il soit rempli sur une période d'au moins 15 jours, en choisissant une période de travail et une de vacances pour évaluer les tendances de sommeil spontanées du patient.

Plusieurs études ont montré l'intérêt de l'agenda du sommeil dans l'analyse et le suivi des troubles du sommeil (47, 48, 49). En 1978, Kokkoris et al. l'utilisent dans l'étude des désynchronisations des rythmes circadiens (47) pour recueillir des données journalières.

- Les auto-questionnaires(1):

Divers questionnaires ou échelles analogiques existent et peuvent être utilisés pour compléter notre diagnostic :

- L'échelle d'Epworth permet de repérer une somnolence diurne excessive et d'apprécier le retentissement en journée des troubles du sommeil.
- Le questionnaire QD2A de Pichot, le questionnaire abrégé de Beck, l'échelle HAD peuvent permettre de dépister des troubles anxieux ou dépressif, responsables de la majorité des insomnies chroniques.

1.3.3. Consultations et examens spécialisés

Le recours à un spécialiste du sommeil peut être nécessaire dans certains cas (1), dans les insomnies rebelles (avec ou sans escalade thérapeutique) et dans les insomnies inexplicables, atypiques ou évoquant une situation complexe.

L'avis d'un psychiatre peut également être sollicité dans les situations complexes, notamment en cas de troubles anxio-dépressifs ou psychiatriques associés à l'insomnie.

Certains troubles du sommeil nécessitent une exploration par des techniques spécialisées, dont l'indication relève du spécialiste du sommeil consulté (1).

- La polysomnographie n'est pas un examen de première intention dans le diagnostic de l'insomnie.

Elle est indiquée, lorsque un syndrome d'apnées du sommeil, un syndrome des jambes sans repos ou des mouvements périodiques des membres sont suspectés, en cas de somnolence diurne excessive sans cause évidente d'insomnie, de sommeil conservé mais non récupérateur, de troubles des rythmes circadiens, de diagnostic clinique incertain ou de traitement bien conduit mais s'avérant inefficace.

- L'actimétrie permet de relever les rythmes d'activités et de repos, de mesurer le rythme éveil-sommeil, grâce à un bracelet enregistreur de mouvements, porté au poignet et utilisé de façon continue pendant plusieurs jours et nuits consécutifs.

Les paramètres les mieux étudiés sont la durée totale de la période d'inactivité et les éveils nocturnes. Les mesures restent assez approximatives, mais l'actimétrie peut aider à clarifier la sévérité de l'insomnie, en complément de l'agenda du sommeil.

Elle n'est pas indiquée en première intention dans le diagnostic de l'insomnie et n'est pas adaptée au diagnostic du syndrome d'apnées du sommeil ou de jambes sans repos.

1.3.4. Approches thérapeutiques de l'insomnie

A l'issue de la démarche diagnostique, une stratégie thérapeutique doit être instaurée par le médecin traitant, stratégie qui dépend des aspects cliniques de l'insomnie.

Selon les cas, l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même. Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le traitement doit, avant tout, chercher à être étiologique. Si une cause organique ou psychique est identifiée, sa prise en charge est une priorité (insomnies chroniques avec comorbidités ou liées à des substances perturbant le sommeil dans la classification ISCD-2).

En l'absence d'étiologie retrouvée, l'insomnie doit être traitée pour elle-même, en tant que pathologie selon l'évaluation de sa chronicité, de sa sévérité et de ses facteurs déclenchants (insomnie d'ajustement, par hygiène du sommeil inadéquate, insomnies chroniques sans comorbidités dans la classification ISCD-2).

Dans cette dernière situation, le praticien a en sa possession plusieurs stratégies thérapeutiques : pharmacologiques et non pharmacologiques.

1.4. Prise en charge médicamenteuse de l'insomnie

Les médicaments ont leur place dans la prise en charge globale de l'insomnie, mais leur prescription doit être raisonnée, adaptée aux troubles de sommeil observés et leur rapport bénéfices-risques doit être pris en compte pour chaque patient (1).

La prescription d'hypnotiques, en France, notamment chez la personne âgée, constitue un important problème de santé publique et est en constante augmentation.

La France apparaît le premier pays européen consommateur d'hypnotiques (1, 4, 5), avec une consommation quasiment 2 fois supérieure (5). Les prescriptions sont abondantes, chroniques malgré les durées de prescriptions recommandées.

Le médecin généraliste est impliqué dans ce problème de santé, puisque 80% des psychotropes, notamment hypnotiques et anxiolytiques, sont prescrits par les omnipraticiens (6).

1.4.1. Prescription médicamenteuse en France

Plusieurs rapports se sont intéressés à ces prescriptions et se sont interrogés sur les causes d'une telle croissance d'utilisation.

- En 1990, le rapport Legrain (rapport du groupe de réflexion du SNIP : Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique) (50) expose la consommation globale française de tranquillisants et d'hypnotiques : 25 à 30% des français ont consommé un de ces traitements au moins une fois dans l'année écoulée. Un usage occasionnel (prise irrégulière de moins d'un mois) est retrouvé pour 50% de ces consommateurs. Une consommation chronique est observée (prise quasi-quotidienne depuis plus d'un an) chez 25 à 30% d'entre eux. Ce rapport aboutit à la limitation de la durée de prescription (quatre semaines pour les hypnotiques et douze semaines pour les anxiolytiques) par l'arrêté du 7 octobre 1991.
- En 1996, le rapport Zarifian (51), effectué à la demande du gouvernement, concerne la prescription et l'utilisation des psychotropes en France : l'évolution des ventes de psychotropes, en nombre de boîtes vendues, montre une discrète augmentation entre 1990 et 1994, principalement due à l'augmentation marquée des ventes d'antidépresseurs. En 1994, il s'est vendu un nombre impressionnant de boîtes de tranquillisants (79 606 700 boîtes) et d'hypnotiques (67 046 500 boîtes) en France. Parmi les tranquillisants, les produits les plus utilisés sont les benzodiazépines, qui constituent 71% du marché. 21% des ordonnances ne respectaient pas la durée de prescription fixée par l'arrêté du 7 octobre 1991. Rapport qui confirme l'importance, la prépondérance et la chronicité de la consommation de ces traitements en France.
- Deux études réalisées par l'Assurance maladie, en 2000 (52, 53), objectivent ce haut niveau de consommation de traitements hypnotiques ou anxiolytiques au sein de la population française (24% au moins 1 psychotrope dans l'année, pour 17% 1 anxiolytique, pour 9% 1 hypnotique), variable selon les régions (plus importante dans le nord, le centre et en Bretagne), mais aussi selon l'âge et le sexe des personnes (touchant majoritairement les personnes âgées et 1 femme sur 2). Elles montrent également une consommation chronique, en effet, au moins 40 % des consommateurs de ce type de médicaments bénéficiaient d'au moins quatre remboursements dans l'année, témoignant d'un traitement au long cours en contradiction avec les préconisations des experts.

- En 2006, un considérable travail sur le sujet est apporté par le rapport de l'OPEPS (Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé) (6), rapport remis à l'Assemblée Nationale sur le bon usage des médicaments psychotropes.

Il expose un état des lieux de la situation française en termes de consommation de psychotropes et débouche sur des recommandations argumentées.

Une banalisation de l'utilisation des psychotropes en France, est observée : 1 français sur 4 a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois et 1 français sur 3 en a déjà consommé au cours de sa vie (1 anxiolytique pour 19% et 1 hypnotique pour 9%) (54). Consommation française au cours des 12 derniers mois, 2 fois supérieure à la consommation des autres pays européens (4, 5). La femme est concernée par cette consommation, 2 fois plus que l'homme. Le recours à ces médicaments est massif parmi les tranches d'âge les plus élevées, ce qui est alarmant. Après 60 ans, 50% des femmes et 33% des hommes ont pris au moins un psychotrope dans l'année (4, 5). Consommation du sujet âgé, même plus importante, suivant l'étude choisie (81% des femmes et 71% des hommes de plus de 60 ans en ont pris dans l'année, majoritairement des benzodiazépines) (55). Une croissance de consommation des psychotropes est observée depuis 1990, surtout par l'émergence de nouvelles classes d'antidépresseurs, alors que les consommations d'anxiolytiques et d'hypnotiques sont restées stables ou on faiblement augmentées. 80% des prescriptions émanent d'un médecin généraliste (52), prescriptions le plus souvent réalisées lors de consultations pour d'autres motifs (80% des prescriptions de psychotropes sont associées à la prescription d'autres médicaments relevant du traitement de maladies chroniques). Une chronicité de la consommation est également soulevée (35% supérieure à 5 ans et 32% comprise entre 1 et 5 ans pour les anxiolytiques et hypnotiques) (4), durée d'utilisation qui croît avec l'âge des consommateurs.

Les indications médicamenteuses sont peu respectées en général, un mauvais usage des psychotropes est noté en France (6). La formation des omnipraticiens apparaît insuffisante concernant les troubles mentaux, et leur mode d'exercice tend à la chronicisation des prescriptions (6).

Ainsi, ces nombreux travaux montrent une prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques majeure en France, touchant principalement les femmes et les personnes âgées. Le médecin généraliste occupe une place importante dans la gestion de ces prescriptions, que ce soit à l'instauration, lors du suivi, du renouvellement ou dans la stratégie de sevrage.

Dans la prise en charge de l'insomnie, les classes thérapeutiques les plus utilisées, sont en premier lieu les benzodiazépines et leurs apparentées, puis les antihistaminiques H1 et les antidépresseurs dits « sédatifs », sans oublier la mélatonine, la phytothérapie et l'homéopathie, pouvant être également utilisées dans les troubles du sommeil.

1.4.2. Les benzodiazépines et apparentés

Ces deux classes représentent, de loin, les traitements pharmacologiques les plus utilisés dans la prise en charge de l'insomnie.

1.4.2.1. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines, selon la molécule considérée, appartiennent à 2 groupes : les anxiolytiques et les hypnotiques, dont les indications sont différentes.

Ces indications sont symptomatiques et non nosographiques, c'est-à-dire qu'elles visent à réduire la présence de symptômes indépendamment du trouble (diagnostic) sous-jacent (6).

Les benzodiazépines anxiolytiques ont pour cible thérapeutique les états anxieux par l'induction de sédation, mais sont en pratique également utilisées pour les troubles du sommeil, en majorant la posologie au coucher. Une quinzaine de molécules sont commercialisées en France, parmi lesquelles on peut citer le Témesta®, Séresta®, Lexomil®, Xanax®, Tranxène®...

Les benzodiazépines hypnotiques ont pour cible thérapeutique l'induction et/ou le maintien du sommeil. Cette classe est représentée essentiellement par les benzodiazépines (Rohypnol®, Havlane®, Noctamide®, Mogadon®, Normison®, Nuctalon®...).

Aux vues des nombreux mésusages observés dans cette classe thérapeutique (notamment toxicomanie), plusieurs mesures ont été prises :

- Arrêté du 7 octobre 1991, suite au rapport Legrain, qui fixe une durée maximale de prescription à 4 semaines pour les hypnotiques (sauf pour le triazolam Halcion® : 2 semaines) et à 12 semaines pour les anxiolytiques.
- Molécules retirées du marché par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé): Halcion® 0,50mg en 1987, Halcion® 0,25mg en 1991, Halcion® 0.125 mg en 2005, Rohypnol® 2mg en 1996, Tranxène® 50mg en 2005.
- Mesures spécifiques de prescription instaurées par l'AFSSAPS: restriction d'indication aux troubles sévères du sommeil pour Rohypnol® 1mg, réduction de la taille du conditionnement en 1999 et prescription sur ordonnance sécurisée limitée à 14 jours, avec délivrance fractionnée pour 7 jours depuis 2001. Tranxène 20 mg est également délivré sur ordonnance sécurisée (28 jours) (cf. www.afssaps.sante.fr).

A noter, en pratique, que d'autres benzodiazépines peuvent être également prescrites pour les troubles du sommeil alors qu'elles n'ont pas cette indication. Notamment, il n'est pas rare de retrouver l'utilisation de Rivotril® (classé antiépileptique) dans l'insomnie. Depuis le 7 septembre 2011, aux vues de l'utilisation de cette molécule hors indication et les mésusages, sa prescription est soumise à la réglementation des stupéfiants. En janvier 2012, la prescription initiale de Rivotril® sera assurée par un spécialiste (neurologue ou pédiatre) pour assurer le respect de ses indications.

Les benzodiazépines ont des propriétés pharmacologiques communes; sédatives, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes, en facilitant la transmission GABAergique. Certaines molécules ont un effet dominant, anxiolytique ou hypnotique plus important, ce qui différencie leurs propriétés (56).

Les benzodiazépines se lient sur un récepteur spécifique couplé au complexe GABA α - canal chlore, leur liaison favorise l'ouverture du canal, l'affinité du récepteur GABA α pour le GABA et ainsi augmentent l'action inhibitrice du GABA sur le système nerveux (qui bloque le système d'éveil) (57).

Elles agissent sur le sommeil en diminuant la latence d'endormissement, en limitant le nombre de réveils nocturnes et en augmentant la durée totale de sommeil. Elles modifient l'organisation du sommeil, en augmentant la durée du stade 2 du sommeil lent aux dépens des stades 3 et 4, qui peuvent même disparaître. Ainsi, le sommeil induit par ces molécules, est un sommeil léger, peu récupérateur, de moins bonne qualité que le sommeil physiologique (58, 59).

Bien que ces molécules soient utilisées sur de longues périodes par les patients insomniaques, les études disponibles sont de courtes durées (8 semaines maximum) (60). Les études confirment les effets à courts termes des benzodiazépines, bien que les bénéfices observés soient plutôt limités : une méta-analyse montre une réduction du temps de latence d'endormissement de 4,2 minutes et une augmentation de la durée totale du sommeil de 61,8 minutes sous benzodiazépines versus placebo (61). Effets encore plus modestes chez le sujet âgé, puisque le gain de temps de sommeil est de 25 minutes en moyenne, et la survenue de réveils nocturne est diminuée de 0.6 fois seulement (62).

A noter également, que ces effets sur le sommeil sont transitoires, aucune étude n'a montré leur efficacité au-delà d'un mois (8), on observe un épuisement de l'efficacité en quelques semaines (59). Bien que subjectivement, les patients témoignent d'une efficacité persistante à long terme.

L'utilisation au long cours de ces molécules est controversée, surtout en considérant la survenue non négligeable d'effets secondaires et de complications, observée lors d'une consommation prolongée de ce type de traitement. La méta-analyse de Glass et al. (62), montre que pour chaque série de 6 patients, 1 patient présente un effet secondaire.

Les effets les plus souvent rapportés sont les effets résiduels; la somnolence ou la fatigue, les céphalées, les cauchemars, les nausées ou les plaintes gastro-intestinales. Ces produits ont également un effet négatif sur la mémoire et la concentration, présent en cas d'utilisation prolongée (8, 62, 63, 64). Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables face à ces effets et risques aux vues des modifications physiologiques (élimination plus lente et accumulation possible) et de la polymédication entraînant des risques d'interactions. Ces molécules majorent le risque de chute chez le sujet âgé, institutionnalisé ou non (1, 8, 65, 66, 67). Par contre, la relation causale entre la consommation de ces produits et le risque de fracture de la hanche est moins claire, plusieurs causes de chutes étant souvent intriquées, notamment chez le sujet âgé (68, 69).

Des études ont également souligné un risque accru d'accidents de la route, surtout durant les premières semaines d'usage des benzodiazépines (8, 70, 71).

Des réactions paradoxales d'agressivité ont été relatées (désinhibition, anxiété, auto- ou hétéro-agressivité) chez des personnes vulnérables essentiellement (personnalité limite, anxieuse, sujets âgés polymédiqués, consommation d'alcool) (72).

Leur consommation chronique est également associée à certaines formes de dépendance physique et psychique, à un risque d'abus et d'augmentation de la dose chez au moins une partie des patients. La dépendance peut se manifester sous la forme d'un usage chronique, d'essais infructueux de diminution ou d'arrêt de la consommation, et sous forme d'insomnie de rebond ou d'autres symptômes de sevrage en cas d'arrêt du traitement. Les symptômes de sevrage apparaissent chez environ 5 à 45% des patients ayant utilisé des benzodiazépines à dose thérapeutique de manière prolongée (8, 73, 74).

1.4.2.2. Les Z-drugs

Les apparentés des benzodiazépines ou Z-drugs (Zolpidem®, Zopiclone®) appartiennent aux hypnotiques. Ils ont des propriétés sédatives et hypnotiques uniquement. Leurs indications sont également symptomatiques et non nosographiques. Leur action pharmacologique agit, comme pour les benzodiazépines, sur la modulation GABAergique, mais présente une sélectivité d'effet (fixation à des sous-récepteurs spécifiques), uniquement sédatif et hypnotique et non myorelaxant ni anticonvulsivant (57).

Ils agissent également sur le sommeil en diminuant la latence d'endormissement, la survenue d'éveils nocturnes et en allongeant la durée de sommeil. Ils modifient moins l'architecture du sommeil, ils respectent mieux les différents stades de sommeil. Les études en laboratoire de sommeil montrent une augmentation du temps de sommeil lent (stade 2) ainsi qu'une augmentation du sommeil profond (stades 3 et 4) (58), offrant un sommeil peut-être de meilleure qualité, en comparaison aux benzodiazépines.

Parmi les benzodiazépines et apparentés, il paraît important de souligner, qu'aucune de ces produits n'a l'indication « insomnie chronique », l'indication concerne théoriquement l'insomnie occasionnelle et transitoire (1). Ce qui devrait en pratique, limiter le recours à ces substances. Mais l'on observe souvent que l'indication retenue par les praticiens est symptomatique, ce qui explique leur large utilisation.

Contrairement aux benzodiazépines, des études ont montré une persistance des effets sur le gain de temps de sommeil au-delà de 6 mois (75), mais la plupart des études disponibles sont réalisées sur de courtes durées.

Les effets sur le sommeil sont quasiment comparables à ceux des benzodiazépines, bénéfices modestes sur le gain de sommeil, une trentaine de minutes (62, 76), bénéfices minimes sur le temps d'endormissement et permettent de limiter les réveils nocturnes de 0.6 fois seulement (62).

Les effets secondaires de ces molécules sont aussi à prendre en compte. Bien que de nombreux auteurs évoquent une meilleure tolérance, moins de risques de dépendance, de répercussion sur la mémoire concernant leur usage (58, 77, 78), les études sur le sujet se contredisent.

Une méta-analyse montre que le taux d'abandon lors d'un traitement par Z-drugs n'est pas plus élevé que sous placebo (79). Une étude concernant le zopiclone, sur 6 mois, a montré des effets bénéfiques sur le sommeil sans apparition de dépendance (80).

Alors que la méta-analyse de Glass et al. ne montre aucune différence significative dans la survenue d'effets secondaires, que ce soit sous benzodiazépines ou apparentés, ces effets apparaissent les mêmes (somnolence ou fatigue, céphalées, cauchemars, nausées ou plaintes gastro-intestinales et troubles cognitifs) et en même proportion (62). Des risques de chute, de dépendance et de syndrome de sevrage, lors de la consommation chronique de zolpidem ont également étaient mis en évidence (81). Le risque de dépendance, d'abus et de syndrome de sevrage est retrouvé dans plusieurs études, avec des risques comparables à ceux des benzodiazépines (82, 83, 84). Le risque d'accident de la route est moins étudié, zopiclone apparaît le traitement altérant le plus les aptitudes à la conduite automobile par ses effets résiduels (85).

Les premières études cliniques concernant ces apparentés étaient plutôt rassurantes sur leur tolérance, mais les derniers travaux relatent des effets secondaires et risques non négligeables, à prendre en compte lors de nos prescriptions.

1.4.3. Les antihistaminiques H1

Les antihistaminiques sédatifs sont souvent utilisés dans l'insomnie, ils agissent en bloquant le système histaminergique d'éveil situé au niveau de l'hypothalamus et ainsi induisent le sommeil (21).

Ils bénéficient de l'indication « insomnie », mais leur efficacité n'est prouvée dans aucune étude.

Suivant la molécule considérée, on retrouve certains produits classés anxiolytiques (Atarax®) ou hypnotiques (Noctran®, Mépronizine®, Donormyl®, Théralène®, Nopron®...).

A noter, que le Noctran® et la Mépronizine® seront retirés du marché respectivement le 27 octobre 2011 et le 10 janvier 2012 (86), les risques de surdosage, d'intoxications et d'effets secondaires graves étant jugés importants, par rapport à des bénéfices non démontrés dans l'insomnie. Leurs demi-vies étant très longues et leurs effets pharmacologiques n'étant pas anodins (anticholinergiques et adrénolytiques), leur utilisation nécessite des précautions d'emploi et est déconseillée chez les sujets âgés (effets atropiniques non négligeables) (1).

1.4.4. Les antidépresseurs sédatifs

Les patients, dont les troubles de sommeil reflètent une dépression sous-jacente, peuvent éventuellement être traités par un antidépresseur ayant des propriétés sédatives. Les antidépresseurs sédatifs sont, cependant également, souvent prescrits dans les cas d'insomnie sans dépression sous-jacente, même s'il n'existe quasiment aucune preuve de leur efficacité dans ce cas de figure (1, 87).

Ils sont représentés par les tricycliques, tétracycliques et les antagonistes 5HT₂, qui induisent le sommeil par leurs effets histaminergiques et par le blocage des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT_{2A}. Ils maintiennent le sommeil et modifient son architecture en augmentant sa composante lente (56).

Dans les troubles du sommeil associés à la dépression, leur utilisation est justifiée, contrairement à l'insomnie isolée, où leur efficacité n'est pas démontrée, sans compter sur les effets secondaires non négligeables pour certains (effets anticholinergiques, toxicité cardiaque, hypotension orthostatique).

1.4.5. La mélatonine

La mélatonine est une hormone sécrétée par la glande pinéale, dont la sécrétion atteint son maximum 2 à 4 heures après l'endormissement. Elle participe au contrôle des rythmes circadiens et joue un rôle dans la régulation du rythme jour-nuit. Elle a un effet hypnotique et entraîne une propension accrue au sommeil.

En France, la mélatonine (Circadin®) est commercialisée et a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juin 2007, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité, chez les patients de 55 ans ou plus.

Dans sa commission de transparence, la HAS souligne une efficacité modeste de ce traitement (2mg pendant 3 semaines) sur la qualité de sommeil, l'endormissement ou la qualité de réveil. Le service médical rendu est faible, bien que de rares effets secondaires (3% : céphalées, pharyngites, dorsalgies, asthénie) et aucun syndrome de sevrage ou effet rebond n'aient été relatés. A noter, que les interactions médicamenteuses (avec les psychotropes), surtout chez le sujet âgé, sont un facteur limitant de prescription. La mélatonine pourrait, malgré tout, être utilisée pour diminuer le recours aux hypnotiques, mais sa place dans l'insomnie apparaît limitée (88).

D'autres études confirment l'absence d'efficacité significative de la mélatonine dans les troubles du sommeil. D'après une méta-analyse menée auprès d'adultes présentant une insomnie primaire et n'ayant pu inclure que des études de petite taille, l'usage à court terme de mélatonine à libération normale ou prolongée n'était pas associé à une amélioration significative au niveau du temps d'endormissement, des réveils nocturnes, de la durée totale de sommeil et de l'efficacité du sommeil.

La même analyse n'a pas constaté de bénéfice au niveau du temps d'endormissement et de l'efficacité du sommeil chez les personnes âgées (89). On n'a pas non plus trouvé de preuve en faveur d'une amélioration du sommeil, chez les patients présentant des troubles du sommeil secondaires (90).

1.4.6. La phytothérapie

De nombreuses plantes sont réputées favoriser l'endormissement, mais pour la plupart d'entre elles, on ne dispose pas de preuve d'efficacité.

La valériane est la plante la plus étudiée, mais les résultats ne sont pas univoques et son efficacité n'apparaît pas supérieure à celle d'un placebo (1, 91, 92). De plus, les interactions médicamenteuses et effets secondaires sont peu étudiés, nécessitant une prudence d'utilisation.

Concernant la mélisse, l'oranger, le tilleul et la verveine, en l'absence d'essai randomisé, leur innocuité ne peut être ni affirmée ni infirmée et leur efficacité reste incertaine (1).

Néanmoins, la phytothérapie peut rester une alternative intéressante (à titre de placebo), dans les insomnies légères, pour éviter la prescription d'hypnotique (1).

1.4.7. L'homéopathie

L'homéopathie peut également avoir sa place dans le traitement de l'insomnie.

Une étude, publiée en 2010 (93), a relevé 4 essais cliniques aléatoires ayant comparé l'efficacité de l'homéopathie à celle d'un placebo dans l'insomnie. Dans 2 essais, aucune différence significative n'est observée entre les 2 groupes, alors que des tendances à l'amélioration du sommeil sont observées dans les groupes-homéopathie dans les 2 autres essais.

Même si l'efficacité de l'homéopathie est controversée dans l'insomnie, elle peut être une alternative (évitant le recours d'hypnotiques), dans les troubles mineurs du sommeil (insomnie légère).

1.4.8. Autres

A souligner aussi, que des neuroleptiques principalement Haldol® ou Tercian®, sont utilisés dans l'insomnie (à tort), même sans trouble psychiatrique associé et qu'un mésusage des antitussifs opiacés, par les patients, est parfois observé.

Ces différentes observations, quel que soit la molécule considérée, nous amène à dire, tout comme les recommandations, que la plainte d'insomnie ne doit pas conduire obligatoirement

à une prescription médicamenteuse et qu'il est important, tant que possible, suivant la situation clinique, de privilégier les solutions non pharmacologiques.

1.5. Prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie

Les traitements pharmacologiques ayant montré leurs limites (effets transitoires en début de traitement, effets secondaires et complications non négligeables) dans la prise en charge de l'insomnie, notamment chronique, des alternatives à la pharmacothérapie se sont développées et ont montré leur efficacité.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie est la principale méthode bénéfique dans la prise en charge de l'insomnie et mérite attention.

1.5.1. La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

L'approche cognitivo-comportementale de l'insomnie est, de plus en plus, utilisée dans les centres multidisciplinaires de l'insomnie. Elle est bâtie sur le modèle comportemental, établi par Spielman et al. en 1987 (94). Selon ce modèle, l'insomnie se déclare chez des personnes « prédisposées à l'éveil », après un événement déclenchant ou une période stressante et est entretenue par des facteurs psychologiques et comportementaux.

La thérapie cognitivo-comportementale s'attache à modifier ces mécanismes, qui entretiennent l'insomnie, en éduquant le patient au sommeil normal et aux règles d'hygiène de sommeil, en changeant ses comportements et habitudes inadaptés et en modifiant ses croyances et attentes erronées vis-à-vis de son sommeil (94).

La thérapie cognitivo-comportementale inclut plusieurs composantes : l'hygiène du sommeil, le contrôle de stimulus, la restriction du temps de sommeil, la relaxation, et la restructuration ou thérapie cognitive, principes décrits par Morin et Espie (95). Ces méthodes peuvent être utilisées en soins primaires, en médecine générale, ne nécessitant pas de formation spécifique, hormis la thérapie cognitive, qui apparaît moins accessible et plus spécialisée.

Cette prise en charge peut être proposée sous forme de rencontres individuelles ou de groupe ou encore à l'aide d'un manuel d'auto-traitement (bibliothérapie, livrets éducatifs) (96). Elle est souvent organisée en séances hebdomadaires, en petits groupes (4-6 personnes), sur une période variant de 6 à 10 semaines.

L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale est prouvée dans la prise en charge de l'insomnie primaire, psychophysiologique et, à moindre mesure, dans les insomnies chroniques secondaires. Elle agit sur l'efficacité du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes), sur la satisfaction des patients par rapport au sommeil, sur la qualité du

fonctionnement diurne (moins de fatigue, meilleures performances), et améliorent même la qualité de vie (97).

1.5.1.1. Les règles d'hygiène de sommeil

L'hygiène du sommeil vise à fournir à l'individu des informations de base sur le sommeil et l'insomnie, ainsi que sur les facteurs environnementaux et les habitudes de vie, pouvant nuire au sommeil.

Ces informations soulignent essentiellement l'impact des stimulants (café, thé, sodas, nicotine...), de l'alcool, de l'activité physique et des facteurs environnementaux, tels que la lumière, le bruit et la température de la chambre sur le sommeil.

L'hygiène du sommeil n'est, en général, pas utilisée seule dans le traitement cognitivo-comportementale de l'insomnie. Cependant, il est important d'identifier les comportements ou les éléments de l'environnement du patient susceptibles de nuire au sommeil et d'hypothéquer les succès des autres composantes thérapeutiques.

Dans tous les cas d'insomnie (ou même en l'absence de plainte du sommeil), avant toute autre initiative, il est recommandé de s'assurer que les règles élémentaires d'hygiène du sommeil sont réunies (1). Tout praticien doit et peut guider son patient vers des habitudes plus favorables au sommeil, en lui apportant ces règles simples d'utilisation, qui ne demandent pas de formation professionnelle particulière.

Les règles sont les suivantes :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus.
- Eviter les siestes longues (supérieures à 30 minutes) et trop tardives (après 16 heures).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Eviter les excitants (café, thé, soda), la nicotine et l'alcool, principalement après 17 heures.
- Pratiquer un exercice physique régulier dans la journée, mais en général pas après 17 heures.
- Eviter les repas trop copieux le soir.

Cette méthode est la plus utilisée par les omnipraticiens, 87% des généralistes conseillent à leurs patients de réduire leur consommation de stimulants et 42% leur suggèrent de pratiquer une activité sportive régulière (98). Elles accompagnent 81% des prescriptions de somnifères en pratique (46).

Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil, en cas d'insomnies légères et sans comorbidités. Toutefois, elles ne peuvent prétendre permettre, à elles seules, de résoudre un problème d'insomnie modérées ou sévères, elles doivent être associées à d'autres mesures thérapeutiques (non pharmacologiques si possible) (1, 99). La méta-analyse de Morin met bien en évidence l'inefficacité de ces règles utilisées seules dans le traitement de l'insomnie (100).

L'application de ces règles de sommeil dans la population générale a été observée. Dans l'enquête de l'INPES, sur les français et leur sommeil (41), une proportion non négligeable, des 25-45 ans, adopte des habitudes défavorables à leur sommeil, habitudes négatives retrouvées principalement chez les patients insomniaques et en dette de sommeil. 26% des interrogés ont de horaires de sommeil irréguliers, avec une dérégulation importante observée lors des week-ends ou congés (50%). 30% des personnes ne dorment pas dans le silence et l'obscurité complets. 2 français sur 3 consomment des stimulants après 17 heures (tabac 29%, café 27%, alcool 26%, coca-cola 22%, thé 21%). Des activités stimulantes sont fréquentes avant le coucher (74% télévision dont 25% au lit, 35% jeux vidéo ou recherche sur le net). Le sommeil apparaît de meilleure qualité quand l'hygiène de sommeil est appliquée.

De même, dans l'enquête sur le sommeil, réalisée par Dr Mullens (42), les patients qui dorment le mieux, sont les travailleurs de journée en horaires fixes, 69% d'entre eux se couchent à heure fixe.

Les habitudes de sommeil sont, là encore, non appliquées par toutes les personnes (19% consomment du café, 6% du thé, 10% du coca après 17 heures, 78% regardent la télévision).

Le sommeil repose sur ces règles basiques, il est important de les aborder avec nos patients.

1.5.1.2. *Le contrôle de stimulus*

Ce concept consiste en une série de règles comportementales favorisant la régularisation veille-sommeil. Développée par Bootzin en 1972 (101), cette technique vise à amener l'individu à réassocier le lit et l'environnement de la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec l'activation et la frustration causées par l'incapacité de dormir ou à rester endormi.

Les règles sont les suivantes et tendent à éviter au patient de passer du temps au lit lors des périodes d'éveil:

- Prévoir de se détendre 1 heure avant le coucher ; éviter les activités éveillantes ou angoissantes durant cette période, afin de créer une période de transition veille-sommeil.
- Aller uniquement au lit lorsque la somnolence est ressentie.
- Sortir du lit lorsqu'il est impossible de s'endormir (ou se rendormir) au bout de 15 à 20 minutes ; aller dans une autre pièce, s'occuper de façon non stimulante et attendre que le sommeil se fasse à nouveau sentir. Répéter cette procédure aussi souvent que nécessaire.

- Se lever à la même heure chaque matin, quel que soit le nombre d'heures passées à dormir, même en fin de semaine.
- Réserver la chambre au sommeil et à l'activité sexuelle, à l'exclusion de toute autre activités, en particulier regarder la télévision au lit ou y travailler.
- Eviter les siestes.

Ces consignes agissent essentiellement sur le délai d'endormissement. Cette méthode s'organise sur plusieurs séances, les règles sont données au patient à la première séance, les séances suivantes consistent à renforcer leur application et à soutenir le patient dans cette démarche. Le maintien des consignes est poursuivi jusqu'à ce que le délai d'endormissement devienne égal ou inférieur à 30 minutes (102).

Plusieurs études ont démontré l'efficacité du contrôle de stimulus, soit comme modalité de traitement unique ou combiné à d'autres techniques dans l'insomnie (100, 103, 104).

Cette méthode apparaît également accessible dans l'exercice du médecin généraliste, en consacrant un temps dédié à la prise en charge des troubles du sommeil des patients.

1.5.1.3. La restriction du temps de sommeil

Les personnes souffrant d'insomnie peuvent passer un temps important au lit dans un état d'éveil, s'efforçant de récupérer le sommeil perdu. Cette durée excessive de temps passée au lit contribue à fragmenter le sommeil et à perpétuer l'insomnie. On observe une inadaptation du temps passé au lit par rapport au temps de sommeil réel.

La restriction de sommeil a pour objectif d'améliorer l'efficacité du sommeil, en limitant le temps passé au lit, de sorte qu'il coïncide avec le temps de sommeil moyen du patient (105).

L'efficacité du sommeil est définie par le rapport du temps de sommeil moyen sur le temps passé au lit, multiplié par 100. On considère qu'une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% correspond à un sommeil moins fractionné et donc de meilleure qualité.

Cette méthode est proposée au patient dont l'efficacité du sommeil est inférieure à 80%.

La tenue d'un agenda du sommeil, pendant au moins 15 jours, avant la mise en place de la restriction du sommeil, est nécessaire afin de pouvoir prescrire le temps passé au lit. Le patient devra continuer à tenir son agenda du sommeil, pendant l'application de cette mesure afin de pouvoir adapter le temps passé au lit en fonction de l'amélioration ou non de l'efficacité du sommeil.

La durée passée au lit est déterminée à l'avance, grâce à l'agenda du sommeil, et doit correspondre à la durée moyenne du sommeil enregistrée. Elle sera ajustée périodiquement en se basant sur l'efficacité du sommeil de la semaine précédente.

Ainsi, si l'efficacité du sommeil est inférieure à 80%, 15 minutes sont retranchées de la durée passée au lit. Cela pour créer un léger état de privation de sommeil, afin d'amener le patient à

ressentir de la somnolence au moment du coucher, s'endorme plus rapidement et afin d'obtenir une meilleure continuité du sommeil.

Entre 80 et 85%, la durée est inchangée. L'ajustement est poursuivi jusqu'à ce qu'une durée optimale de sommeil et de temps passé au lit soit atteinte.

Si elle est supérieure à 85%, 15 minutes peuvent être ajoutées.

A noter, que le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à 5 heures et les siestes diurnes sont proscrites.

L'efficacité de cette technique à également était montrée, utilisée seule ou combinée avec d'autres (103, 105, 106).

La restriction de sommeil apparaît plus complexe, et moins adaptée à la prise en charge de l'insomnie par le médecin généraliste, nécessitant une analyse fine de l'agenda du sommeil et un suivi très étroit du patient.

1.5.1.4. La relaxation

L'insomnie est généralement associée à des degrés de tension, d'anxiété et d'activation élevés, tant le jour que la nuit. L'objectif de la relaxation est de réduire cette activation.

Plusieurs types d'entraînement à la relaxation existent, tels que la relaxation musculaire progressive, l'imagerie mentale, l'autohypnose, la méditation. Ces techniques ont montré une efficacité dans la prise en charge de l'insomnie primaire, certes inférieure à celle du contrôle de stimulus ou de la restriction de sommeil, qui apparaît intéressante (100, 94). *Cette méthode devient spécialisée et donc moins accessible à tout omnipraticien, en dehors d'une formation spécifique.

1.5.1.5. La thérapie cognitive

Les personnes souffrant d'insomnie entretiennent souvent des croyances et des attitudes erronées qui alimentent les perturbations du sommeil, la détresse et la dramatisation de ces troubles.

Ces cognitions incluent également des conceptions erronées par rapport aux causes et aux conséquences de l'insomnie, des attentes irréalistes à propos de ce que devrait être une bonne nuit. Des techniques pour identifier et restructurer ces cognitions sont adaptées à la prise en charge de l'insomnie et ont montré leur efficacité en association avec les autres méthodes (103).

Par contre la thérapie cognitive est la technique la plus spécialisée, nécessitant une formation spécifique, ce qui la rend difficilement accessible dans la pratique quotidienne.

Ces méthodes de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie offrent une perspective intéressante et une alternative au traitement pharmacologique. D'ailleurs l'efficacité de ces

méthodes, dans l'insomnie, a été comparée à l'efficacité d'une benzodiazépine (le témozépam, Normizon®) et apparaît au moins aussi efficace que le médicament (107). Un guide et un site internet des techniques cognitivo-comportementales de l'insomnie, à l'usage des médecins généralistes, ont fait l'objet d'une thèse (108).

Par contre, en pratique courante, leur utilisation nécessite un temps considérable pour le praticien et certaines de ces techniques sont peu accessibles en France (peu pratiquées et non remboursées).

Cela explique le recours majeur au traitement pharmacologique, qui permet au médecin de répondre à la plainte de son patient rapidement, même si cette méthode n'est pas la plus adaptée.

1.5.2. La luminothérapie ou photothérapie

La luminothérapie consiste à placer le patient devant une lampe diffusant une lumière blanche intense, pendant environ deux heures par jour.

Il importe que la luminothérapie ait lieu au bon moment, tôt dans la journée en cas de difficultés d'endormissement ou en soirée en cas de réveil matinal précoce. Cela permet de renforcer le cycle éveil-sommeil en jouant sur la lumière, synchroniseur important, tout comme l'activité physique.

L'efficacité de la luminothérapie dans l'insomnie n'a pas été prouvée par ailleurs (109).

1.5.3. L'acupuncture

L'acupuncture peut également être proposée dans la prise en charge de l'insomnie, pour les troubles mineurs.

Une étude, publiée en 2005 (110), compare l'efficacité de l'acupuncture à celle de simples conseils d'hygiène de sommeil dans l'insomnie chez la femme enceinte. Elle indique que l'acupuncture réduit la plainte et la sévérité de l'insomnie significativement par rapport à l'autre groupe.

Dans une autre étude (111), l'acupuncture agirait sur la sécrétion nocturne de mélatonine (en l'augmentant), sur la latence d'endormissement (en la diminuant), sur la durée totale de sommeil (en l'augmentant) et sur l'anxiété (en la limitant). Mais les résultats observés émanent d'un petit échantillon et ne sont pas significatifs.

La musicothérapie, la relaxation (yoga, tai-chi) sont également mentionnées dans la littérature, leur efficacité n'est pas franche, mais ces alternatives peuvent éventuellement être proposées en complément d'autres traitements, ou seules pour les troubles mineurs du sommeil.

Ces traitements non pharmacologiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale, doivent retenir notre attention. Selon leur disponibilité, elles apparaissent comme des alternatives intéressantes et efficaces permettant de traiter les insomniaques, autrement que par les médicaments.

1.6. Recommandations dans la prise en charge thérapeutique des patients insomniaques (1)

1.6.1. Recommandations générales

La stratégie thérapeutique dépend de la situation clinique observée (type, caractéristique, sévérité de l'insomnie), elle implique la prescription de traitements pharmacologiques ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets du traitement et un soutien psychologique constant.

L'instauration d'un traitement pour l'insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci. Contrairement aux observations, qui montrent que l'insomnie est abordée avec d'autres pathologies, souvent rapidement, en fin de consultation (44).

Le traitement doit être avant tout étiologique.

Dans tous les cas, le praticien doit s'assurer de la bonne hygiène de sommeil du patient, et si besoin, revoir avec le patient les conseils pour bien dormir et le soutenir dans cette démarche.

1.6.2. Insomnie d'ajustement (occasionnelle, transitoire)

L'insomnie est récente ou installée depuis quelques semaines, il s'agit de passer la période délicate. Elle peut être consécutive à une situation stressante, à une situation nouvelle, un conflit interpersonnel, un abus passager de substances perturbant le sommeil.

Dans cette situation, il faut analyser le contexte (facteurs de déclenchement de l'insomnie, état de détresse actuel du patient, conséquences de l'insomnie sur l'état psychologique et sur les capacités à mener à bien les activités professionnelles ou familiales), puis dédramatiser la situation, rassurer le patient, assurer un soutien psychologique, traiter une éventuelle pathologie coexistante (en évitant les médicaments éveillants) et veiller à la présence de conditions de sommeil optimales.

Selon la sévérité des troubles, proposer un traitement symptomatique le plus prudent possible :

- Soit un sédatif léger (phytothérapie, homéopathie ou placebo).
- Soit un hypnotique (benzodiazépine ou apparenté) adapté au profil d'insomnie du patient, pendant quelques jours, à la plus faible dose possible, choisi parmi ceux entraînant le moins d'effets diurnes. Quel que soit l'hypnotique choisi, l'utilisation doit être limitée à 4 semaines (période de diminution incluse). Dans tous les cas, le patient

doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables possibles et des précautions à respecter.

- Si la composante anxieuse est prépondérante, la prescription d'un anxiolytique selon les mêmes principes peut être efficace.

Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation, au moins, est recommandée à l'issue de la prescription, pour apprécier l'efficacité du traitement et réévaluer la situation (chronicisation des troubles possible).

Si la situation semble durer depuis plusieurs semaines ou plus longtemps, un traitement non pharmacologique est à privilégier, selon son accessibilité. Devant toute insomnie à court terme, autre qu'occasionnelle, ces techniques sont à proposer en première intention. Les délais d'efficacité de ces méthodes nécessitent plusieurs semaines, ce qui laisse les praticiens devant le choix de la solution la mieux adaptée à chaque patient, selon la tolérance de l'insomnie et les répercussions diurnes engendrées par le trouble du sommeil.

1.6.3. Insomnies chroniques

L'ancienneté de ces insomnies peut remonter à des mois ou des années. Il importe avant toute chose, après la démarche diagnostique, d'identifier d'éventuels traitements hypnotiques antérieurs, de savoir que l'efficacité de traitements prolongés n'a pas été démontrée, qu'une accoutumance est possible et que l'hypnotique peut parfois, par lui-même, être un facteur d'entretien d'insomnie (rebond lors de son arrêt).

- *Insomnies avec comorbidité*

Le traitement est à établir en fonction de la cause identifiée ou de la pathologie associée susceptible de causer, entretenir ou aggraver l'insomnie (environnement ou rythmes d'activité défavorables au sommeil, trouble anxio-dépressif, pathologie somatique, substances perturbant le sommeil). D'autre part, l'insomnie est, quand même, à évaluer et à prendre en charge pour elle-même, le traitement des troubles associés, notamment dépressifs, n'entraînant pas automatiquement le retour du sommeil.

- *Insomnies sans comorbidité*

La majorité de ces insomnies est d'ordre psychophysiologique, résultant d'un conditionnement mental et physique négatif. Il faut amener le patient, en premier lieu, à réfléchir sur le pourquoi de son insomnie. Les thérapies cognitivo-comportementales trouvent, ici, leur indication la plus appropriée. Malgré l'absence de données, les autres psychothérapies, notamment d'inspiration analytique, peuvent également avoir leur place.

Que l'insomnie s'accompagne de comorbidités ou non, il convient de favoriser le contraste veille-sommeil. Le versant éveil peut être renforcé par des synchroniseurs (horaires réguliers, exercice physique, exposition à la lumière, ou photothérapie). Le versant sommeil, peut faire

appel aux techniques cognitivo-comportementales (restriction de sommeil, contrôle de stimulus, relaxation), en fonction de leur accessibilité.

Cette prise en charge s'étend sur plusieurs semaines ou mois et peut nécessiter de rappels ultérieurs pour renforcer les effets à long terme, d'où l'importance d'un suivi programmé, assorti d'évaluations périodiques sur les divers paramètres du sommeil.

Compte tenu du fait, que la sévérité des insomnies chroniques peut varier dans le temps, la prescription ponctuelle d'hypnotiques à faible dose, malgré l'absence d'étude qui en démontre l'intérêt, peut s'avérer utile, après réévaluation de la situation du patient, pour lui permettre de pallier une recrudescence de son insomnie.

1.6.4. Prescription d'un médicament hypnotique

Les bénéfices et les risques du traitement sont à prendre en compte pour chaque patient.

Le patient doit être informé, dès l'instauration, des risques, effets secondaires, précautions d'emploi et durée de prescription du traitement hypnotique.

Les effets indésirables possibles sont :

- Effets résiduels diurnes

On retrouve principalement des céphalées, des troubles de l'équilibre, une xylostomie, des troubles de la mémoire, des altérations des performances psychomotrices et cognitives.

Les paramètres influant la survenue de ces effets, sont la nature du produit, la dose, le délai d'action, la demi-vie, la fréquence d'administration, l'âge et le sexe. La demi-vie, à elle-seule, ne préjuge pas de l'intensité ou de la durée de ces effets.

La sélection d'un produit sûr et le choix d'une dose appropriée sont une première étape vers la minimisation des risques.

Si un hypnotique doit être prescrit, il faut que ses effets soient limités à la durée de la nuit suivant son ingestion. Il faut commencer avec la plus faible dose possible, surtout chez le sujet âgé, qui nécessite des posologies plus faibles. Il faut éviter d'augmenter la dose trop rapidement, leur marge thérapeutique est étroite, si bien que des effets résiduels peuvent devenir très importants lors d'un simple doublement de dose.

Avant la prescription, il importe de connaître les activités diurnes prévues au lendemain de la prise médicamenteuse et de connaître les antécédents traumatiques (chute et fracture).

- Effet rebond

Il correspond au retour de l'insomnie à un degré plus sévère qu'avant traitement, et est principalement observé lors d'un arrêt trop brutal du traitement.

Il peut être limité et évité par une prescription à plus faible dose, par le choix d'un produit à demi-vie courte et par une diminution progressive de la posologie.

A efficacité comparable, le choix doit se porter sur le produit le moins cher.

Les critères de prescription du traitement reposent sur le profil de l'insomnie (difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou de réveil matinal précoce), sur le délai d'action du produit et sa durée (selon la posologie et la demi-vie), sur les risques d'interactions médicamenteuses (polymédication, éviter le cumul de plusieurs psychotropes), sur l'état physiologique du patient (âge, fonctions rénale et hépatique) qui conditionne la sensibilité du patient et la capacité d'élimination du produit et sur le type d'activités diurnes prévues (conduite automobile).

Il est recommandé que les hypnotiques soient prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord strict avec les indications autorisées, de quelques jours à 4 semaines maximum (sauf triazolam 2 semaines), incluant la période de sevrage. Le cumul de plusieurs médicaments à effets sédatifs est à éviter.

Le changement d'un hypnotique pour un autre n'est pas justifié, que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé, ou éventuellement dans le cadre d'un sevrage d'hypnotique.

Il est recommandé aux médecins généralistes de réévaluer les prescriptions d'hypnotiques effectuées par un autre prescripteur, notamment chez les patients venant d'effectuer un séjour en institution et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer.

Le choix des produits peut se faire vers les benzodiazépines et apparentés, il faut veiller à choisir des produits à demi-vies courtes ou moyenne pour éviter et limiter les effets résiduels. Les antidépresseurs peuvent être utilisés, notamment en cas de dépression associée, aucune preuve de leur efficacité n'est prouvée dans l'insomnie.

Les antihistaminiques H1 peuvent être prescrits dans l'insomnie, sous réserve de contre-indications et précautions d'emploi et sont déconseillés chez le sujet âgé (effets anticholinergiques et atropiniques).

La phytothérapie, l'homéopathie et la mélatonine n'ont pas apporté de bénéfices notables dans le traitement de l'insomnie.

Les erreurs à éviter dans la prescription médicamenteuse sont :

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique.
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.
- Renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient.
- Ne pas tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires.
- De ne pas respecter les posologies réglementaires et ne pas débiter à la plus faible dose.

(Issues des Recommandations médicales opposables de 1993, appliquées le 5/03/95, reconduites en 1998, plus opposables depuis 2000 mais encore d'actualité).

- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil.
- Prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire.
- Arrêter brutalement un hypnotique.

Il est également recommandé d'informer le patient sur la durée du traitement, sur la nécessité du respect des doses prescrites et de l'heure de la prise, sur le délai moyen d'action du traitement prescrit, sur les effets résiduels possibles (troubles de la vigilance et de la mémoire) et leur durée moyenne, et sur les modalités d'arrêt. L'arrêt du traitement doit être prévu dès le début de la prescription et les effets indésirables lors de l'arrêt sont à signaler au patient.

Il est important de préciser au patient que la conduite automobile (ou d'engins) et les travaux de précision et/ou présentant des risques sont à éviter, en début de traitement (8 premiers jours) et en cas de somnolence, vertiges ou trouble de la concentration. A noter, que l'absence de perception de ces sensations ne signifie pas que les performances sont normales. Des pictogrammes figurent sur les boîtes médicamenteuses, indiquant les restrictions à observer pour la conduite automobile. Au-delà de la période initiale de traitement, le patient doit être informé du délai à respecter entre la prise médicamenteuse et l'activité requérant une vigilance totale, afin d'adapter son comportement en fonction de cette activité.

Depuis 1999, les médicaments qui peuvent avoir un effet sur l'aptitude à la conduite automobile sont signalés par un pictogramme imprimé sur le conditionnement extérieur. Depuis 2005, l'AFSSAPS a créé 3 nouveaux pictogrammes, représentant 3 niveaux de risque en fonction de l'importance des effets du médicament sur les capacités de conduite avec un message sur l'attitude à adopter en cas de consommation de ces produits (cf. Annexe 1).

Chez le sujet âgé, il apparaît important de souligner les modifications physiologiques du sommeil liées à l'âge, de façon à éviter l'instauration de traitements risqués dont le sevrage s'avèrera difficile.

Il est nécessaire d'identifier une éventuelle dépression sous-jacente, dont l'insomnie peut être le seul signe chez la personne âgée et la traiter. Même si la pression familiale est souvent en faveur d'un traitement pharmacologique, il faut savoir la pondérer et de même, remettre en cause un traitement instauré en institution.

Dans l'instauration d'un traitement médicamenteux, la plus grande prudence doit être de mise, en raison des facteurs propres au sujet âgé (pharmacocinétique ralentie, sensibilité majorée, interactions) et des risques de chutes, d'accidents de conduite et leurs complications. Chez la personne âgée, il faut, avant tout, jouer sur le contraste veille-sommeil (activité physique, intellectuelle et sociale, exposition à la lumière, limitation de la sieste, horaires réguliers de sommeil) souvent déséquilibré à cet âge. Le traitement non pharmacologique, en cas d'insomnie chronique, doit être privilégié. Selon les besoins (insomnie sévère), la prescription ponctuelle d'hypnotique à demi-courte peut s'avérer utile et doit être la plus brève possible.

Concernant le sevrage de ces traitements, un arrêt progressif est requis, la durée de sevrage peut s'étendre sur plusieurs mois en cas de consommation de longue durée. Pour prévenir le syndrome de sevrage ou l'effet rebond, il n'existe pas de protocole établi, la décroissance par palier de la posologie est conseillée. Le rythme de réduction de doses est à adapter en fonction de chaque patient et la durée des paliers se fait en fonction de l'ancienneté de consommation.

Lors du sevrage, les mesures de renforcement du contraste veille-sommeil sont un appoint utile. On peut également proposer au patient de remplacer son hypnotique par un autre traitement moins susceptible d'entraîner un effet rebond ou un syndrome de sevrage (autre classe thérapeutique ou plantes), ou changer la forme galénique (gouttes pour décroître plus doucement) ou encore utiliser un placebo.

Dans tous les cas, le sevrage doit être programmé avec le patient et nécessite un suivi attentif et un soutien psychologique constant dans la démarche d'arrêt du traitement.

1.6.5. Choix d'une thérapie cognitivo-comportementale

Efficaces dans les insomnies psychophysiologiques, les plus utilisées sont la restriction du temps de sommeil, le contrôle de stimulus et la relaxation.

Elles s'insèrent dans un suivi programmé en séances avec répétition d'instructions et des rappels après quelques mois pour renforcer leur efficacité. Elles supposent une claire compréhension, une pleine adhésion et une bonne observance du patient. Un effet prolongé de leur efficacité est attesté, sur des délais de 6 à 24 mois après la fin de la thérapie. Les approches combinées apparaissent intéressantes.

Ces thérapies relèvent de praticiens spécialisés et le problème d'accessibilité est majeur.

En France, ces méthodes sont encore peu développées, réalisées essentiellement par des spécialistes de thérapie comportementale et se pose le souci de la prise en charge par l'assurance maladie. Le coût, le temps nécessaire pour ces séances, le petit nombre de praticiens utilisant ces techniques, font qu'à l'heure actuelle l'accessibilité de ces traitements est très limitée, malheureusement.

Ainsi, ces recommandations nous offre des pistes de prise en charge dans l'insomnie. Le traitement non pharmacologique doit être privilégié, apparaît moins accessible et d'efficacité

moins rapide que les traitements hypnotiques mais sans risque pour le patient et d'efficacité durable.

Le traitement hypnotique garde une place dans l'insomnie, en cas d'intolérance ou de sévérité des troubles, mais son instauration doit être précautionneuse et son utilisation la plus courte possible.

1.7. Le sevrage des traitements hypnotiques et anxiolytiques (8)

Le recours fréquent aux traitements pharmacologiques dans la prise en charge de l'insomnie, notamment en médecine générale, leur consommation chronique (alarmante chez le sujet âgé) avec des durées de prescription rarement respectées, imposent de proposer une stratégie de sevrage de ces traitements.

La HAS propose aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines et apparentés.

Il est recommandé de proposer un sevrage, aux patients de plus de 65 ans, consommant quotidiennement un traitement par benzodiazépines ou apparentés, depuis plus de 30 jours. Le sujet âgé est concerné par ces recommandations, à juste titre, étant la population la plus touchée par ces prescriptions et la plus exposée aux effets secondaires et risques de ces traitements. Ces recommandations peuvent également être appliquées à tout patient, consommateur chronique de ce type de traitement, quel que soit son âge, l'arrêt et l'indication du traitement devant, théoriquement, être rediscutés à chaque renouvellement par le médecin.

Malgré les difficultés et le temps nécessaire pour y arriver, un sevrage doit être proposé, le plus souvent possible, à nos patients, pour améliorer leur santé et leur prise en charge. Le sevrage relève du médecin traitant pour la plupart des cas.

Des études ont montré que l'arrêt progressif et encadré du traitement, n'altère ni la qualité de vie (grade C), ni le sommeil et peut améliorer certaines fonctions cognitives (grade C) (8, 112, 113, 114).

Les patients (âgés) prennent souvent leur traitement depuis longtemps. Un arrêt de traitement peut signifier, pour eux, une remise en cause d'un équilibre, voire d'un mode de vie auquel ils sont habitués (rituel de coucher). Il est donc recommandé d'analyser avec chaque patient les avantages et les risques associés à la consommation de leur traitement et à son interruption. La proposition de sevrage peut également être refusée par le patient, dans ce cas, il est impératif de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.

1.7.1. Evaluation initiale dans une stratégie de sevrage

Au moment d'entreprendre un arrêt, il convient d'abord d'évaluer les difficultés pouvant être rencontrées lors du sevrage.

Les facteurs pronostiques doivent être recherchés pour optimiser la démarche et l'adapter à chaque patient.

Pour cela, l'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB) (cf. Annexe 2) est un bon outil pour évaluer les attentes et le degré d'attachement du patient à son traitement, afin d'aboutir à une décision partagée (sevrage accepté par le patient).

Les difficultés de sevrage dépendent, particulièrement, de la durée et de la posologie du traitement en cours. Des risques de syndrome de sevrage plus sévères, d'échec à l'arrêt et de reprise du produit plus fréquents, existent, plus volontiers, chez les patients prenant des posologies élevées et depuis longtemps.

Les difficultés sont majorées en cas de prise concomitante de plusieurs psychotropes. La consommation médicamenteuse à visée anxiolytique ou la consommation d'alcool avant le sevrage, augmentent le risque de reprise du traitement.

Le succès du sevrage dépend également de facteurs liés à la clinique. Une insomnie ou dépression sévère, une détresse psychologique entraînent plus d'échec dans l'arrêt du traitement.

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

- Dépression caractérisée.
- Troubles anxieux caractérisés (trouble panique, TOC, troubles anxieux généralisés).
- Troubles cognitifs et démence.
- Echecs de tentative antérieurs d'arrêt.
- Surconsommation régulière d'alcool (sans dépendance).

Dans la plupart des cas, la démarche de sevrage relève du médecin généraliste, mais certaines situations peuvent nécessiter une prise en charge spécialisée, réalisée en lien avec le médecin traitant :

- Consommation de benzodiazépines ou apparentés à dose très élevée.
- Insomnie rebelle.
- Dépendance à l'alcool ou à d'autres substances.
- Consommation associée d'autre psychotrope.
- Troubles psychiatriques sévères.

Il n'est pas souhaitable d'arrêter ces traitements chez les patients en fin de vie.

1.7.2. Le syndrome de sevrage

1.7.2.1. Diagnostic et prise en charge du syndrome de sevrage

Tout consommateur chronique de benzodiazépines et apparentés est exposé en cas d'arrêt brutal accidentel ou non (oubli, hospitalisation) à un risque de syndrome de sevrage.

Le risque de syndrome de sevrage croît avec la durée de consommation du traitement, 40% des patients, traités pendant au moins 6 mois avec une benzodiazépine, peuvent présenter un syndrome de sevrage lors de l'arrêt du traitement (115).

L'arrêt des benzodiazépines et apparentés peut entraîner 3 types de manifestations gênantes, pouvant entraver le sevrage :

- L'effet rebond consiste en la réapparition des signes cliniques antérieurs au traitement, dont l'intensité est augmentée. Il s'agit le plus souvent de la réapparition de l'anxiété ou l'insomnie. Il apparaît quelques heures à quelques jours après la dernière prise et s'atténue progressivement en 1 à 3 semaines. Sa prévalence est estimée à 15-30%.
- Le syndrome de sevrage comprend l'apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise. Les signes généraux les plus fréquemment retrouvés sont l'insomnie, l'anxiété et les céphalées, les signes plus spécifiques sont la confusion et les hallucinations, plus rarement, on observe des troubles de vigilance, des convulsions ou une incoordination motrice. Il apparaît pendant la réduction de posologie et peut durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Il s'atténue généralement progressivement.
- La rechute est définie par la réapparition des signes cliniques antérieurs au traitement (de même intensité). Il s'agit principalement d'anxiété, d'insomnie, d'attaque de panique, de phobies... Elle peut apparaître plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise médicamenteuse.

Le diagnostic et la distinction de ces différentes manifestations sont difficiles en pratique, un grand nombre de symptômes partageant les 3 entités et les délais d'apparition pouvant se chevaucher, il est important de les distinguer car la prise en charge est spécifique à chaque manifestation. Souvent, seule l'évolution des signes permet, à posteriori, de savoir s'il s'agissait d'un syndrome de sevrage, d'un effet rebond ou d'une rechute.

Si des signes sans gravité surviennent lors de la phase de décroissance du traitement, il est recommandé de revenir au palier posologique antérieur, puis de décroître ensuite plus progressivement.

Si des signes sans gravité surviennent après l'arrêt complet du traitement, il est recommandé de ne surtout pas reprendre le traitement. L'information et le soutien psychologique permettent, le plus souvent, d'attendre la disparition de ces signes de sevrage ou de rebond.

Si les signes sont plus sévères ou persistent, une réévaluation diagnostique s'impose pour une prise en charge spécifique d'une pathologie définie (dépression, trouble anxieux, insomnie sévère).

Si le patient présente des signes graves de syndrome de sevrage (confusion, convulsions, hallucinations, coma), il doit être hospitalisé.

Le sevrage de ces traitements nécessite un suivi étroit et programmé, le patient doit être informé de la possibilité d'apparition de ces symptômes et la démarche de sevrage doit être adaptée au patient et aux manifestations éventuelles. Surtout, il est, avant tout, primordial que le patient adhère à la démarche.

1.7.2.2. Prévention du syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage peut être un obstacle important à l'arrêt du traitement et à ce titre, doit être prévenu.

La survenue et l'intensité du syndrome de sevrage varient en fonction du patient, du type de traitement et de la vitesse de décroissance de posologie.

Pour réduire ces manifestations, il est recommandé de diminuer progressivement les doses de traitement, d'identifier les facteurs de risques potentiels, dont la présence justifie une surveillance renforcée: dépression ou trouble anxieux (qu'il est nécessaire de traiter avant un sevrage), les produits à demi-vie courte, à dose élevée, une consommation ancienne, une consommation d'alcool.

1.7.3. Stratégie d'arrêt des benzodiazépines et apparentés

Quel que soit la stratégie choisie (ambulatoire ou hospitalière, spécialisée ou non), l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à quelques mois.

Le taux de réduction de posologie varie en fonction des capacités du patient et du risque de syndrome de sevrage, de rebond ou de rechute.

Bien que l'objectif soit l'arrêt complet du traitement, l'obtention d'une diminution de posologie doit être considérée comme un résultat favorable. La réduction de posologie serait d'ailleurs un facteur favorable dans la réussite d'une tentative de sevrage ultérieure.

Il n'existe aucun argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors d'un sevrage, l'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non médicamenteuse, aussi longtemps que nécessaires.

Si la stratégie échoue, il est recommandé d'encourager le patient à réessayer ultérieurement après avoir évalué les raisons de l'échec.

Plusieurs études démontrent l'efficacité d'une *intervention brève* réalisée par le médecin traitant dans la réduction de la consommation des benzodiazépines à court et long terme (116, 117, 118).

L'intervention peut être proposée selon 2 modalités; par une information orale lors d'une consultation centrée sur le sevrage ou par une information écrite, lettre argumentée et personnalisée remise au patient par le médecin (explications du sevrage, son intérêt, des effets et risques du traitement en cours et de la remise en cause du traitement, son indication n'étant plus actuelle).

Les 2 modalités ont été étudiées :

- La première consistait en la proposition par le médecin traitant d'une consultation spécifique au sevrage aux patients consommateurs de benzodiazépines(116). Une étude, sur 227 patients, a montré qu'une consultation centrée sur l'arrêt, proposée au patient lors d'un renouvellement de la prescription, permettait d'augmenter significativement le taux d'arrêt du traitement. Les taux d'arrêt estimés à 9 mois étaient de 19 % dans le groupe-intervention contre 10 % dans le groupe-témoin (sans intervention). Parmi les non abstinents, une réduction de plus de 50 % de la posologie a été observée pour 20 % des patients du groupe-intervention contre 10 % dans le groupe-témoin.
- La deuxième consistait en l'envoi d'une lettre nominative au patient, signée par le médecin traitant, elle présentait les conséquences de l'usage à long terme de benzodiazépines, et donnait un protocole pour l'arrêt progressif du traitement (117). Une étude, sur 209 patients, montre que toute intervention brève (lettre ou lettre + livret d'informations) permet de réduire significativement la posologie de benzodiazépines, comparativement à un groupe-témoin (sans intervention). Cependant, l'ajout de livret d'informations supplémentaires semble avoir un impact supplémentaire limité. Au total, 18 % des patients avaient stoppé leur traitement contre 6 % dans le groupe-témoin. Parmi les sujets non abstinents, 44 % des sujets avaient diminué d'au moins 50 % leur posologie, contre 16 % dans le groupe-témoin. Des bénéfices plus importants étaient observés à 6 mois également, montrant un effet à long terme de cette intervention.
- Une méta-analyse soutient également l'efficacité de l'envoi d'un message, expliquant la stratégie d'arrêt, dans la réduction de consommation des benzodiazépines et dans leur sevrage (118).

Suivant la modalité choisie par le médecin, si le patient décide d'arrêter son traitement, il est recommandé de poursuivre cette intervention brève par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt du traitement.

Au cours de cette consultation, il est recommandé :

- d'informer le patient sur le traitement en cours : molécule, propriétés anxiolytiques et sédatives.
- présenter les risques de la consommation de ce traitement au long cours : troubles mnésiques, diminution des réflexes et de la concentration, risque de dépendance et de chutes.
- de présenter les bénéfices de l'arrêt, voire d'une simple réduction de posologie.
- d'informer de l'ensemble des signes pouvant apparaître pendant l'arrêt du traitement : nature, sévérité, évolution du syndrome de sevrage, de l'effet rebond et de la rechute.
- d'informer sur les risques d'un arrêt trop rapide du traitement en raison du risque important de syndrome de sevrage.
- de donner des conseils adaptés au patient pour réduire puis arrêter la consommation du traitement, avec si nécessaire une réduction de dose très progressive.

Il convient également de proposer au patient de tenir un calendrier de décroissance posologique avec le relevé des symptômes inhabituels, afin qu'il auto-évalue sa tolérance à la diminution de doses. La tenue d'un agenda du sommeil peut également être utile dans le suivi du sommeil lors du sevrage.

Si le patient le souhaite, son entourage et les professionnels de santé (pharmacien) qui le prennent en charge peuvent être impliqués dans la démarche.

L'arrêt doit toujours être progressif, pendant quelques semaines à plusieurs mois (en cas de consommation élevée et ancienne). Une diminution initiale de 25% de la posologie lors de la première semaine, puis de 25% toutes les 1 à 2 semaines, permet une décroissance sur 4 à 10 semaines, mais suivant les situations, la décroissance doit se faire plus lentement.

Un accompagnement régulier par des consultations centrées sur l'arrêt est indispensable. Au début du sevrage, il est proposé de réaliser une consultation de suivi une semaine après la première diminution de dose, puis à chaque diminution, soit toutes les 2 à 4 semaines lorsque la réduction se fait sans difficulté. Il est souhaitable de renforcer et d'adapter le suivi en cas de facteurs de risque d'échec, de syndrome de sevrage ou d'arrêt difficile. Le patient doit pouvoir joindre le médecin en cas de difficultés ou simplement pour répondre à ses questions.

Les consultations de suivi permettent d'analyser les symptômes liés à l'arrêt ou de nouveaux signes, d'évaluer l'adhésion du patient au sevrage, d'encourager le patient dans la démarche (soutien psychologique).

Si le patient trouve la diminution trop rapide ou des symptômes apparaissent, il est recommandé de ralentir la vitesse de réduction et d'allonger la durée des paliers posologiques. Si les signes sont sévères, il faut revenir à la posologie antérieure.

En cas d'arrêt total du traitement, il convient de revoir le patient 3 à 7 jours après la dernière prise pour éliminer l'apparition d'un effet rebond ou d'une rechute.

Il est recommandé de proposer au patient de ramener les boîtes de benzodiazépines ou apparentés non utilisées en pharmacie, pour limiter le risque de reprise. Puis un suivi régulier doit être proposé, durant les 6 mois suivant le sevrage, période la plus à risque de reprise de médicament.

Un sevrage nécessite un temps consacré à la démarche (grand investissement en écoute et en temps), que ce soit pour le patient et pour le médecin, mais apparaît nécessaire dans la pratique du médecin traitant pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des patients.

1.7.4. Les thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage des benzodiazépines ou apparentés

Les thérapies cognitivo-comportementales associées à l'arrêt progressif des benzodiazépines ont montré leur intérêt pour l'arrêt ou la diminution de la consommation du traitement, mais le problème d'accessibilité persiste.

Le développement de formations à ces techniques pour les médecins et autres soignants (infirmiers, pharmaciens) serait souhaitable.

Plusieurs études ont mis en évidence les bénéfices de ces techniques dans le sevrage des benzodiazépines (119, 120).

Dans la première étude (119), les sujets recevant un traitement combiné (arrêt progressif et techniques cognitivo-comportementale) avaient cessé de prendre leur traitement, immédiatement après la prise en charge, dans une proportion plus élevée (77%) que les sujets ne recevant qu'un sevrage progressif (38%). A un an, cet effet persistait, 70% d'abstinence au traitement pour le traitement combiné, contre 24% pour le sevrage progressif seul.

La deuxième étude (120) évalue également les bénéfices d'un sevrage progressif associé à des techniques cognitivo-comportementales en comparaison avec un sevrage progressif seul ou un traitement cognitivo-comportemental seul. Elle montre que toutes les interventions avaient permis une réduction de la quantité de benzodiazépines prises (90 % au total) et en fréquence (80 % au total). Au final, 63 % des sujets étaient abstinents à 7 semaines. Les sujets qui bénéficiaient d'un protocole combiné étaient plus souvent abstinents à 7 semaines (85 %) contre 48% dans le sevrage seul et 54% dans le traitement cognitivo-comportemental seul. L'abstinence de ces patients persistait dans le temps également, à 3 mois (69%) et à 12 mois (60%).

Ces méthodes associées à un sevrage progressif sont intéressantes à exploiter, à savoir que certaines d'entre elles sont accessibles au médecin généraliste sans formation spécifique (règles d'hygiène de sommeil, contrôle de stimulus, la restriction du sommeil).

Pour être plus complet, des formations seraient enrichissantes pour les omnipraticiens, afin de proposer ces méthodes aux patients.

Les alternatives non pharmacologiques dans la prise en charge de l'insomnie et dans le sevrage des traitements hypnotiques doivent retenir l'attention des médecins.

L'éducation thérapeutique, mode d'exercice croissant, pourrait avoir sa place également dans l'insomnie et le sevrage du traitement pour dormir, en abordant avec le patient, son sommeil et son traitement, en utilisant les méthodes cognitivo-comportementales (hygiène de sommeil, synchroniseurs, contrôle de stimulus) et en centrant l'éducation sur le sevrage du traitement.

2. L'éducation thérapeutique du patient

2.1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient, telle que la définit l'OMS, vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées (y compris un soutien psychosocial), conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, de collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient (10).

Cette définition insiste sur la prise en charge par le patient de sa propre maladie, les professionnels facilitant cette démarche. Il s'agit de permettre au patient de devenir acteur, de participer à sa santé. Ce n'est pas simplement une transmission d'informations, mais une acquisition de compétences, une action du patient et de son entourage sur sa maladie, son traitement, son mode de vie, prenant des décisions et faisant des choix pour améliorer sa santé et sa qualité de vie.

L'acquisition des compétences par le patient apparaît comme primordiale dans l'éducation thérapeutique, dans un projet d'autonomie du patient. Cette préoccupation d'acquisition de compétences apparaît déjà dans la Charte d'Ottawa en 1986, pour la promotion et l'éducation pour la santé, dans le chapitre « Acquisition d'aptitudes individuelles », la promotion de la santé concourt au développement individuel, à l'éducation pour la santé, au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie, permettant au patient un plus grand contrôle sur sa propre santé et des décisions favorables à celle-ci.

Cette définition implique que le professionnel de santé qui intervient dans l'éducation, analyse avec le patient : son état actuel de connaissances sur sa maladie et son traitement, son vécu de la maladie, ses besoins, ses attentes, sa motivation, sa réceptivité, sa capacité à apprendre, à comprendre, à prendre conscience de sa participation active à sa santé, à prendre

des décisions, à changer de comportement pour gérer au mieux sa maladie, tout en prenant en compte ses croyances, sa culture, son environnement, ses expériences, ses vulnérabilités, son raisonnement et ses capacités à s'adapter.

Cela afin de proposer une éducation thérapeutique personnalisée impliquant le patient dans le choix des objectifs, des compétences à acquérir, du contenu de l'éducation, dans les décisions pour sa santé, créant une vraie collaboration entre le patient et le professionnel de santé. Collaboration rendant le patient acteur et responsable de sa santé, pouvant gérer sa vie et sa maladie.

L'éducation thérapeutique du patient concerne, le plus souvent, les patients présentant une maladie chronique. Elle vise, dans ce cas, plus à apprendre la maladie que la santé (l'un n'excluant pas l'autre), à aider le patient à mieux gérer sa maladie, son traitement et prévenir les complications. Son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, paramédicales). Cet aspect est retrouvé dans la définition de l'OMS. Cette définition est assez consensuelle au plan international et national et qui a le mérite d'exister.

Il apparaît parfois difficile de définir les limites de l'éducation thérapeutique, notamment avec l'éducation pour la santé et l'éducation du patient à sa maladie (114).

L'éducation pour la santé du patient apparaît plus globale, elle s'adresse à toute personne (ou groupe) engagés dans la relation de soins (qui vient consulter), qu'elle soit malade ou non. Elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et n'est pas seulement axée sur la maladie et son traitement (contrairement à l'éducation thérapeutique).

Elle regroupe toutes les actions de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et toutes les pratiques éducatives au sens large, qui permettent au patient de contribuer lui-même à maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie, quel que soit son état de santé.

L'éducation du patient à sa maladie est dirigée vers la vie avec une maladie, sans lien obligatoire avec le traitement. Elle s'intéresse à la façon dont le patient accepte son état et gère sa maladie au quotidien (gestion du traitement, prévention des complications, retentissements de la pathologie sur la vie personnelle, socio-professionnelle et familiale).

L'éducation thérapeutique du patient, elle, apparaît plus centrée sur la maladie, le vécu et le traitement. Elle est réalisée uniquement par les soignants (médecins, paramédicaux et interventions de groupes de malades), contrairement à l'éducation pour la santé et à la maladie, où les acteurs sont plus larges (médias, campagnes de prévention...).

Elle permet au patient d'améliorer sa qualité de vie et sa santé, en participant à la gestion de sa maladie et de son traitement. Elle apparaît beaucoup plus spécifique avec des finalités bien définies.

La définition de l'OMS, insiste bien sur ces points importants. L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé, mais est une entité spécifique.

2.2. L'éducation thérapeutique : une préoccupation croissante

L'éducation thérapeutique du patient apparaît, en France, depuis une vingtaine d'années, une préoccupation croissante des Pouvoirs Publics et des professionnels de santé. Préoccupation plus ancienne dans d'autres pays (Royaume-Uni, Pays-Bas) (122).

De nombreuses publications témoignent de l'essor de l'éducation thérapeutique dans l'exercice médical, et elle est amenée à prendre une place considérable dans la pratique quotidienne du médecin généraliste et du médecin hospitalier.

En janvier 2001, le Plan National d'éducation pour la santé souligne la volonté de la politique de santé de promouvoir le développement de l'éducation thérapeutique du patient (123).

L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé et de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Les bénéfices de l'éducation thérapeutique existent réellement et portent sur l'efficacité des traitements, sur la qualité de vie des patients et sur les dépenses de santé. En 2001, les pratiques observées, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, sont basées sur le volontariat des soignants, et donc hétérogènes et non systématiques. L'objectif de cette publication est de permettre à tous les patients, dont l'état de santé le nécessite, d'avoir accès à un programme structuré d'éducation thérapeutique. Plusieurs propositions d'actions sont faites : développer la recherche et accroître les possibilités de formation pour les soignants, donner plus de poids à l'éducation thérapeutique dans la procédure d'accréditation des établissements de soins, créer des mécanismes de valorisation financière de cette activité en ville et à l'hôpital, et développer l'éducation thérapeutique pour les patients asthmatiques et diabétiques.

Cette volonté de généraliser l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques est témoignée par les Programmes Nationaux d'Actions élaborés par le Ministère de la santé pour le diabète (novembre 2001) (124), pour les maladies cardiovasculaires (février 2002) (125) et pour les patients asthmatiques (126).

Le Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, insiste à nouveau sur la nécessité de développer l'éducation thérapeutique (127). Il est indispensable que le patient connaisse mieux sa maladie, sache mieux la gérer et bénéficie d'un accompagnement personnalisé. Une démarche de soins et de prévention doit intégrer la prise en charge du patient, pour cela, l'éducation doit être intégrée à la formation médicale, des recommandations dans ce domaine doivent se développer (cadre méthodologique) et une sensibilisation à l'éducation thérapeutique est nécessaire. L'éducation doit être valorisée par une rémunération spécifique en ville et à l'hôpital et des outils d'éducation doivent être mis à disposition des professionnels de santé (guide méthodologique, coordination régionale).

De ce plan, naît le guide méthodologique de l'INPES et la HAS, qui offre un cadre structuré de l'éducation thérapeutique et aide les professionnels de santé dans la réalisation de programme d'éducation du patient (128).

Le rapport remis en 2008 au Ministre de la santé (129), reprend les fondements législatifs de l'éducation thérapeutique du patient et décrit le financement, le rôle des agences régionales de santé et la nécessité de promouvoir l'éducation thérapeutique dans le système de soins.

En juillet 2009, le développement de l'éducation thérapeutique du patient a été inscrit pour la première fois dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (14). Celle-ci prévoit la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique ainsi que de programmes d'accompagnement. L'éducation thérapeutique du patient est reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques.

En parallèle, cette même loi porte la création des Agences régionales de santé (ARS), avec pour finalité de mieux concilier les orientations fixées au niveau national, avec les besoins et spécificités de chaque région ou territoire, de rééquilibrer les approches curatives et préventives et de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. La mise en place des ARS permettra d'agir de façon plus coordonnée afin de réduire les inégalités sociales et géographiques de santé. Le devenir de l'éducation thérapeutique du patient et celui des ARS sont liés. Les ARS auront la charge de favoriser le développement de l'offre d'éducation thérapeutique dans le secteur ambulatoire et à l'hôpital en veillant au respect des critères d'organisation, de qualité prévus dans le cahier des charges national et devront valider les programmes d'éducation proposés. À partir d'une identification des besoins de la population, il s'agit d'aider à la structuration d'une offre d'éducation thérapeutique du patient accessible au niveau territorial. Les ARS pourront également aider à la mise en place des formations des professionnels et des bénévoles des associations qui interviennent dans les programmes et veiller, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, à l'évaluation des programmes.

Le financement des activités et des programmes d'éducation thérapeutique du patient devra être assuré d'une part sur une tarification spécifique, en ambulatoire comme à l'hôpital, et d'autre part sur un fond national clairement identifié et réparti au niveau régional sur les agences régionales de santé.

Ces nombreuses publications, ces dernières années, intègrent l'éducation thérapeutique dans la politique de santé, avec une place croissante dans l'exercice médical. Un changement des pratiques et des soins va opérer dans les années à venir. L'éducation thérapeutique doit être considérée comme une nouvelle façon de prendre en charge les patients pour améliorer la qualité des soins délivrés.

2.3. Finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique

La HAS et l'INPES présentent, en 2007, à travers un guide méthodologique (128), à l'ensemble des professionnels de santé, les grands principes de l'éducation thérapeutique et en décrivent les finalités.

L'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient, que ce soit biologique et clinique, et à l'amélioration de sa qualité de vie, ainsi que celle de ses proches. Elle s'intègre à la prise en charge thérapeutique, au même titre que le traitement, que les soins, que le soulagement des symptômes, que la prévention des complications. Elle tient compte des besoins, des comorbidités, de la vulnérabilité psychosociale du patient.

Des finalités spécifiques à l'éducation thérapeutique du patient sont décrites dans ce guide (128). Elles reposent sur l'acquisition et le maintien de connaissances de la maladie et de son traitement et principalement, de compétences d'autosoins et d'adaptation, qui participent à l'amélioration de la santé, de la qualité de vie du patient et de ses proches.

Les compétences d'autosoins et d'adaptation spécifiques à l'éducation thérapeutique nécessitent d'être définies :

- Les compétences d'autosoins regroupent les décisions prises par le patient avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé (130).

Parmi ces compétences, on inclut celles dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient.

Les priorités et les modalités d'acquisition de ces compétences sont souples et surtout sont adaptées aux besoins de chaque patient. La notion de personnalisation de l'éducation thérapeutique est, ici, importante.

Concrètement, ces compétences concourent au soulagement des symptômes, à savoir prendre en compte les résultats d'une automesure, savoir adapter les doses de médicaments, savoir initier un auto-traitement, savoir réaliser des gestes techniques et de soins, savoir modifier son mode de vie, savoir prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la pathologie, impliquer son entourage dans la gestion de la pathologie, du traitement et de ses conséquences (128).

- Les compétences d'adaptation concernent des compétences personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser, de diriger leur existence, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à le modifier (131).

Ces compétences s'appuient sur le vécu, l'expérience du patient et sont plus globalement appelées compétences psychosociales.

Concrètement, elles aident le patient à se connaître soi-même, à savoir gérer ses émotions et son stress, à développer une réflexion critique et un raisonnement créatif, à favoriser la communication, à prendre des décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, à s'observer, s'évaluer et se renforcer (128).

Ces compétences spécifiques sont essentielles et indispensables dans l'éducation thérapeutique, depuis l'élaboration à la réalisation de cette dernière. L'éducation thérapeutique a pour but de développer ces deux types de compétences. Compétences non dissociables, les compétences d'adaptation permettant la réalisation de la plupart des compétences d'autosoins. Le programme d'éducation thérapeutique et son contenu doivent être orientés vers l'atteinte de ces finalités.

2.4. Structuration du programme d'éducation thérapeutique

La HAS précise, dans son guide méthodologique (128), l'importance de la notion d'un programme structuré.

D'après ces recommandations, un programme structuré d'éducation thérapeutique est un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé, destiné à des patients et à leur entourage, pour améliorer sa santé, sa qualité de vie et celle de ses proches.

La démarche éducative repose de manière fondamentale sur la relation de soins et sur une approche structurée, elle est inscrite dans la durée et accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

La structuration du programme d'éducation est basée sur le guide méthodologique, qui offre un cadre pragmatique à l'élaboration de l'éducation thérapeutique, en suivant des étapes. Une démarche structurée et planifiée est indispensable, tout en s'adaptant au patient, en fonction de ses difficultés cognitives et sensorielles.

Une planification en 4 étapes est recommandée :

- 1) Etablir un diagnostic éducatif.
- 2) Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage.
- 3) Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique individuelle ou collective.
- 4) Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

2.4.1. Diagnostic éducatif

La première étape indispensable à l'éducation thérapeutique est l'élaboration du diagnostic éducatif.

Etape nécessaire à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins, de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir en tenant compte de ses priorités.

C'est également l'occasion d'identifier la réceptivité du patient à la proposition d'éducation thérapeutique.

Les objectifs du diagnostic éducatif (128) sont :

- Accéder aux connaissances, aux représentations, aux logiques, au ressenti du patient : identifier ce qu'il sait et croit sur la manière de gérer sa maladie, évaluer ses connaissances sur la maladie, les explications de sa survenue (à quoi attribue-t-il sa maladie ?), identifier ses conditions de vie et de travail, évaluer son savoir-faire (comment se soigne-t-il, comment utilise-t-il son traitement, quel est son mode de vie ?).
- Reconnaître la manière de réagir du patient : identifier ses réactions, sa recherche d'informations, sa capacité à évaluer la situation dans laquelle il se trouve et sa manière d'exprimer son ressenti, identifier ses facteurs de vulnérabilité (isolement social, fragilité psychologique, sujet âgé).
- Apprécier le rôle protecteur ou non de l'environnement socioculturel, des événements de vie vécus et de l'intégration sociale du patient : identifier sa perception de ses ressources (contrôle de la situation, optimisme, efficacité de ses actes) ou des facteurs défavorables (anxiété, fragilité, dévalorisation de soi), identifier ses attentes, ses besoins, ses croyances et ses peurs, déterminer avec le patient les compétences à acquérir et leur utilisation dans la vie quotidienne.
- Chercher à connaître ce que comprend le patient de sa situation de santé et ce qu'il attend.
- Reconnaître les éventuelles difficultés d'apprentissage : identifier les difficultés de lecture de compréhension de la langue, un handicap sensoriel, des troubles cognitifs.
- Favoriser l'implication du patient et sa motivation : prendre en compte ses demandes et son projet, permettre au patient de s'approprier l'éducation thérapeutique, déterminer ses priorités d'apprentissage et de changements, soutenir les pratiques d'autoévaluation.

2.4.2. Contrat d'objectifs

La deuxième étape du programme d'éducation thérapeutique constitue l'élaboration des priorités d'apprentissage avec le patient (128).

A la fin de l'élaboration du diagnostic éducatif, il est indispensable de formuler (négocier), avec le patient, les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégiethérapeutique et de planifier un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, adapté aux connaissances, aux besoins et aux attentes du patient.

Le diagnostic éducatif abouti à la définition de compétences à acquérir, avec un ordre de priorité différent selon les besoins de chaque patient.

Les objectifs doivent être discutés et déterminés par le patient et le soignant de manière à être réalistes et répondre aux souhaits du patient. La participation du patient doit se retrouver à toutes les étapes de l'éducation thérapeutique, pour qu'elle soit efficace, un partenariat doit se créer entre le patient et le soignant. Les objectifs doivent être acceptables et réalisables pour le patient, et ils peuvent être revus et être modifiés lors du suivi thérapeutique.

Il est indispensable que les objectifs soient évaluable (spécifiques à la pathologie), observables (le patient doit savoir faire ou citer ou connaître...), une échéance dans le temps doit être fixée avec le patient (à la prochaine séance, dans 1 mois...) et des critères d'atteinte ou non de l'objectif doivent être instaurés (citer 3...).

Il est conseillé de formaliser par écrit les objectifs négociés avec un contrat d'objectifs ou d'éducation. Contrat qui nécessite de se mettre d'accord sur le chemin à parcourir ensemble lors de l'éducation thérapeutique.

2.4.3. Mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique

Les contenus, les méthodes et les techniques participatives d'apprentissage, proposés lors de l'éducation thérapeutique, doivent être sélectionnés et élaborés avant la mise en œuvre du programme.

L'éducation thérapeutique peut être individuelle, de groupe ou alternant les 2 modalités (128). Le choix de l'intervention dépendra des possibilités locales (exercice libéral ou hospitalier, accessibilité géographique, disponibilité des professionnels de santé), des besoins et préférences du patient. Une planification de l'éducation thérapeutique doit être fixée avec le patient et les professionnels de santé impliqués.

Les séances collectives regroupent au minimum 3 personnes, au maximum 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants). Elles durent, en général, 45 minutes (plus courtes chez l'enfant), avec des pauses. Elles rassemblent des patients ayant des objectifs éducatifs similaires. Elles permettent un partage d'expériences, une transmission des savoirs et stimulent la réflexion. Elles peuvent faire appel à des patients pour compléter l'intervention des professionnels de santé (partage d'expériences, échanges sur les préoccupations quotidiennes et leurs résolutions).

Les séances individuelles durent entre 30 et 45 minutes. Elles facilitent l'accès aux séances des patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles facilitent les échanges et sont centrées sur le patient.

L'avantage des séances collectives est de faire bénéficier un plus grand nombre de patients et d'être moins chronophage que des séances individuelles. Les séances individuelles présentent également des avantages en facilitant la communication avec le patient et l'appréciation de son ressenti et de ses besoins. Les 2 modalités peuvent être envisagées dans un programme d'éducation thérapeutique.

2.4.4. Evaluation du programme d'éducation thérapeutique

L'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient constitue la quatrième et dernière étape du programme (128).

Les objectifs de l'évaluation sont :

- Apprécier les transformations intervenues chez le patient : ses acquisitions de compétences, les changements dans sa vie quotidienne (habitude, hygiène, gestion du traitement), son vécu de sa maladie (qualité de vie, amélioration des troubles).
- Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif : déroulement du programme, des contenus, organisation, utilisation dans la vie quotidienne.
- Apprécier le ressenti du patient sur les bénéfices de l'éducation thérapeutique, sur les changements entrepris, sur la satisfaction de ses besoins, sur son autonomie, sur sa perception du risque, sur sa réaction face aux incidents, sur sa qualité de vie, sur ses convictions personnelles.

Tout programme d'éducation thérapeutique doit être évalué, soit en fin d'intervention ou tout au long de la réalisation, afin de percevoir les bénéfices pour le patient et sa santé.

Le respect de ce cadre méthodologique est important dans l'élaboration, la réalisation de l'éducation thérapeutique et conditionne la qualité de l'intervention proposée au patient.

2.5. L'éducation thérapeutique en France et expériences dans la prise en charge des troubles du sommeil

2.5.1. L'éducation thérapeutique en France

Le développement de l'éducation thérapeutique dans le système français a connu un essor croissant ces dix dernières années.

L'offre d'éducation thérapeutique en France, apparaît assez hétérogène.

L'éducation thérapeutique a débuté principalement dans les services hospitaliers sous l'impulsion de professionnels volontaires et reste actuellement prédominante (132).

L'éducation thérapeutique apparaît comme une activité intégrée aux soins loin d'être négligeable et plus centrée sur l'hôpital (121).

En 2005, l'enquête ÉDUPEF (11) souligne une activité hospitalière d'éducation thérapeutique importante (69% des établissements), les pathologies les plus abordées sont le diabète, l'insuffisance cardiaque et les maladies coronariennes, l'asthme, l'obésité. L'intégration de l'éducation thérapeutique dans le système hospitalier français est également montrée dans d'autres études (133).

En ambulatoire, des structures différentes (réseaux, pôles de santé...) offrent aux patients des programmes d'éducation thérapeutique (13), en faisant appel à des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, pédicure-podologues...). Les pathologies, le plus souvent prises en charge, sont le diabète, l'asthme, les allergies, l'insuffisance respiratoire, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, la cancérologie, la sclérose en plaques, les addictions, la douleur...

On observe également, une implication récente des organismes d'assurance maladie, dans la gestion de programmes expérimentaux d'éducation thérapeutique du patient, en ambulatoire (121)

En médecine générale, l'éducation thérapeutique est plutôt bien perçue, comme le montre une étude de 2009 (134), où les omnipraticiens sont prêts à réaliser des actions d'éducation thérapeutique, sous réserve d'une formation et d'une rémunération adaptées.

2.5.2. Expériences françaises d'éducation thérapeutique dans le domaine du sommeil

L'éducation au sommeil apparaît une priorité de Santé Publique (44). Des actions d'éducation thérapeutique et de promotion du sommeil sont réalisées et observées en France (135) :

- Réseaux de santé, sociétés savantes et organismes de promotion de la santé
 - L'institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) a pour vocation de promouvoir le sommeil et ses pathologies comme une composante de la Santé Publique, il cherche à sensibiliser la population en coordonnant les initiatives touchant au sommeil et à la vigilance. Des actions d'information et de communication à destination

du public, des pouvoirs publics et des professionnels de la santé sont proposées, notamment, la Journée nationale du sommeil. Des informations (explications, brochures) sont disponibles sur le site (<http://www.institut-sommeil-vigilance.org>).

- L'association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil (Prosom, Lyon) met en place des actions de sensibilisation et d'éducation sur le sommeil, la vigilance et les rythmes de vie. Elle regroupe des scientifiques, des formateurs et des acteurs de terrain, elle produit et diffuse des expertises méthodologiques et des supports pédagogiques, disponibles en ligne (<http://www.prosom.org>), adaptés à différents publics. Des conférences publiques sont régulièrement proposées pour promouvoir le sommeil.
 - La Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil (SFRMS) a pour but de faciliter les échanges d'informations scientifiques et la recherche dans les domaines de la physiologie et de la pathologie du sommeil. On trouve sur son site internet (<http://www.sfrms.org>) des actualités, des articles commentés, des comptes rendus de congrès, la carte de répartition en France des centres du sommeil, ainsi que la revue annuelle Sommeil et Vigilance.
 - Le réseau Morphée (Ile-de-France) est consacré à la prise en charge du patient atteint de troubles chroniques du sommeil. Il regroupe professionnels de santé et associations de patients et intervient à différents niveaux : formation des médecins aux pathologies du sommeil, coordination des soins, transmission de l'information entre les professionnels de la santé membres du réseau grâce à un dossier médical partagé. Des informations sont également disponibles sur le site internet (<http://www.reseau-morphee.org>). Des ateliers d'éducation thérapeutique sont proposés aux patients: 3 séances de groupe puis des séances de suivi (1^{ère} séance: Apprendre à connaître son sommeil et à utiliser l'agenda du sommeil, 2^{ème} séance: Changer ses habitudes de sommeil, 3^{ème} séance: Maîtriser son sommeil, séances de suivi: Faire le point sur leur sommeil, les améliorations constatées et discuter des éventuelles difficultés persistantes)
- Associations de patients
 - L'association sommeil et santé (Ile-de-France) est composée de patients, de médecins, infirmières et autres soignants, ainsi que de personnes bien portantes. Son but est de faire reconnaître la pathologie du sommeil comme une priorité de Santé Publique, notamment en relayant l'action des centres du sommeil auprès des professionnels médicaux et paramédicaux. Des informations sont disponibles en lignes (<http://www.sommeilsante.asso.fr>).

- Sites internet

- Le site Sommeil et médecine générale est rédigé Dr Pérémarty, spécialisé en médecine du sommeil, qui souhaite promouvoir les connaissances utiles à tous pour une meilleure compréhension du sommeil et de ses troubles.
Il aborde les problématiques somnologiques (insomnie, somnolence, etc.) qui préoccupent de plus en plus les pouvoirs publics, et présente les implications du sommeil et de la fatigue en médecine générale. De nombreux supports pédagogiques et informations sont accessibles en ligne (<http://www.sommeil-mg.net>).
- Le site Sommeil, vigilance, somnolence a été développé par le Dr Mullens, spécialiste du domaine, des informations sur le sommeil et ses troubles. On retrouve des informations sur le sommeil, les conseils pour dormir, l'agenda du sommeil, des supports d'éducation thérapeutique (films, brochures) utiles et accessibles en ligne (<http://eric.mullens.free.fr>), ainsi que les études réalisées par Dr Mullens dans le Tarn.
- Les centres du sommeil

Le recours aux spécialistes du sommeil, en milieu hospitalier, est utile en cas de troubles du sommeil complexes ou nécessitant des examens complémentaires. Les centres du sommeil offrent une structure, des professionnels et des techniques spécifiques dans le domaine du sommeil mais son accès est limité aux situations particulières. Ainsi, les actions d'éducation thérapeutique sont accessibles aux patients dont les troubles du sommeil sont sévères, et limite, malheureusement, les liens avec la pratique de ville.

De plus, les délais de consultations spécialisées observés sont longs dans ces centres du sommeil.

- Actions d'éducation thérapeutique réalisées en ambulatoire
 - Le réseau Morphée propose des ateliers d'éducation thérapeutique aux patients, en lien avec le médecin traitant, qui remplit le dossier de demande.
 - Dr Bessias, après avoir repéré de nombreux troubles du sommeil chez ses patients, a mis en place des ateliers du sommeil, dans un centre de médecine préventive dans l'Ain (Bourg-en-Bresse). Education thérapeutique de groupe composée de 4 séances de 3 heures chacune, dont le but est de désamorcer l'angoisse des insomniaques autrement que la prise de médicament (informations, règles d'hygiène, échanges, relaxation). Le bilan de ces ateliers est positif mais les effets sont limités, par le caractère ponctuel de ces ateliers, mais cette voie reste à développer.
 - Une étude pilote, en 2007 (136), a été réalisée avec la mise en place d'un programme d'éducation à la santé chez des seniors de 55 ans présentant une plainte ou des troubles du sommeil. Des patients volontaires ont été recrutés, suite à une demande de consultation dans un centre du sommeil. Le délai de consultation étant long (6 mois), une formation sur leur sommeil leur était proposée. Une évaluation initiale du sommeil a été faite à l'aide d'un agenda du sommeil et d'un actimètre de poignet.

Ensuite, une journée de formation sur les comportements et l'hygiène du sommeil, avec un compte rendu collectif et individuel des caractéristiques du sommeil observées (agendas, actimétrie) ont été réalisés. A distance, le sommeil a été réévalué, objectivant les bénéfices obtenus. Sur les 26 participants, 17 femmes et 9 hommes, âgés en moyenne de 68 ans, 14 avaient une insomnie (réveils nocturnes et latence d'endormissement supérieurs respectivement à 1 heure et 30 minutes) (groupe 1). Les 12 autres (groupe 2), considérés comme non insomniaques selon ces critères, se plaignaient aussi de la qualité de leur sommeil. Après la formation, les participants du groupe 1 ont augmenté de 24 à 33 min leur temps de sommeil, grâce à une réduction de la durée des réveils nocturnes et de la latence d'endormissement, sans modifier le temps passé au lit.

Ceux du groupe 2 ont augmenté la durée de leur sommeil de 18 à 47 min, en restant au lit plus longtemps et en maintenant une efficacité du sommeil proche de 88%. Ces effets bénéfiques étaient accompagnés d'une appréciation positive de la qualité subjective de leur sommeil et d'une augmentation du dynamisme le matin. Ainsi, des séances de formation simples, répétées et comprenant l'analyse de données individuelles ont une efficacité sur la qualité objective et subjective du sommeil.

- En 2009, la thèse de J. Hullar expose une expérience d'éducation thérapeutique de groupe dans la prise en charge des troubles du sommeil, réalisée par des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle et évalue son impact (137). Deux conférences ont été animées sur une période de 2 mois par les médecins généralistes (avec questionnaires) puis un entretien à 1 et 3 mois ont été réalisés. Les volontaires étaient recrutés par invitation des médecins généralistes, par voie de presse régionale, affichage dans les pharmacies ou radio locale. Les thèmes abordés étaient la physiologie du sommeil, le rôle du sommeil, les fausses croyances concernant le sommeil, les possibilités thérapeutiques de l'insomnie (pharmacologiques ou non), le rôle de l'agenda du sommeil, les règles d'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil et l'intérêt d'un sevrage progressif des hypnotiques. 76 participants ont complété les questionnaires lors des 2 conférences et 55 adultes ont été suivis à 1 mois et 3 mois. 58% étaient âgés de plus de 60 ans et les femmes représentaient 65% des participants, 63% des participants déclaraient souffrir d'insomnie. A 3 mois, 20% des participants avaient complété l'agenda du sommeil et avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant. 56% des consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement. 84% des participants ayant appliqué les conseils et les thérapies cognitives et comportementales avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. Ainsi, une éducation thérapeutique de groupe de type thérapie cognitivo-comportementale permet d'obtenir un changement des comportements et une amélioration de la qualité du sommeil chez les participants.

Ces actions témoignent du développement de l'éducation thérapeutique dans le domaine du sommeil.

Ces interventions restent isolées et relèvent du volontariat de leurs acteurs et auteurs.

Un développement de l'éducation thérapeutique serait bénéfique pour améliorer la qualité des soins et de vie des patients et afin d'offrir une accessibilité plus large, plus homogène en France, et ce quel que soit la pathologie abordée.

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE D'UNE INTERVENTION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUELLE CHEZ DES PATIENTS ADULTES SOUS HYPNOTIQUES.ÉTUDE PROSPECTIVE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Matériel et Méthode

1.1. Protocole de la recherche

1.1.1 Objectifs

1.1.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est la mise en œuvre, la réalisation d'une intervention de type éducation thérapeutique individuelle auprès de patients sous hypnotiques et surtout d'étudier sa faisabilité.

La mise en œuvre concerne la structuration du programme d'éducation thérapeutique, c'est-à-dire réaliser le diagnostic éducatif à l'aide d'une grille de données, fixer les objectifs avec le patient sous forme d'un contrat, déterminer le type de séances proposées, le nombre de séances composant le programme d'éducation et leur fréquence, fixer les modalités de recrutement des patients, choisir les supports d'éducation qui seront utilisés lors de ces séances et les élaborer. Cela comprend aussi, l'évaluation des différentes séances et de l'éducation thérapeutique du patient dans sa globalité en réalisant des questionnaires. Il apparaissait important de réaliser l'ensemble des éléments composants l'étude « de A à Z ».

L'étude de faisabilité de l'intervention permet d'analyser la possibilité de proposer et de réaliser ce programme d'éducation thérapeutique d'un point de vue pratique, de voir son application dans le champ de la médecine générale. Cette étude porte sur les éventuelles difficultés rencontrées, que ce soit, dans l'élaboration initiale de l'éducation thérapeutique, dans le recrutement des patients, dans le suivi et l'assiduité des patients aux différentes séances proposées, dans le déroulement des séances, dans le recueil des données et de leur interprétation.

Cet objectif répond aux questions suivantes :

Une telle intervention est-elle réalisable et applicable dans l'exercice de la médecine générale ? Les patients accepteront-ils d'y participer ? Les patients seront-ils réceptifs et viendront-ils à l'ensemble des séances proposées ? Le programme et les outils sont-ils adaptés ?

Ces questions conditionnent le bon déroulement et la faisabilité de ce programme.

1.1.1.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire choisi concerne essentiellement l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. Tout programme d'éducation thérapeutique comporte une évaluation afin de déterminer ses bénéfices en termes de santé.

L'évaluation permet d'analyser le ressenti des patients sur la qualité de l'éducation proposée : leur satisfaction, leurs attentes, leur réceptivité, leur croyances sur l'efficacité d'une telle intervention, leur avis sur les informations transmises, les supports utilisés, sur l'organisation des séances. Elle permet aussi d'évaluer l'acquisition des compétences et connaissances par le patient lors de l'éducation, la mise en application des règles d'hygiène de sommeil par les patients et leur répercussion sur la qualité du sommeil. L'évaluation concerne aussi la participation active du patient à sa santé, c'est-à-dire la prise de décision de consulter son médecin traitant pour rediscuter de son traitement hypnotique, de diminuer ou d'arrêter son traitement pour améliorer sa santé.

Une telle intervention peut-elle permettre aux patients de prendre en charge autrement ses troubles du sommeil ?

1.1.2. Hypothèses

La proposition de cette intervention d'éducation thérapeutique aux patients sous traitements hypnotiques part de l'hypothèse qu'elle est réalisable en cabinet de médecine générale (même si des difficultés sont toujours rencontrées) et qu'elle peut avoir un impact positif sur les patients en termes de santé.

La faisabilité de l'éducation thérapeutique regroupe une participation optimale des patients et une assiduité la plus complète possible, un bon déroulement des séances, un temps de réalisation acceptable en pratique.

L'impact positif pour la santé concerne l'acquisition de connaissances, de compétences par les patients pour les aider à gérer au mieux leurs troubles du sommeil et leur traitement. En proposant l'éducation thérapeutique, les patients sont conscients et informés de leur santé, ils peuvent ainsi devenir acteur, prendre des décisions pour améliorer sa qualité de vie et santé.

Dans cette étude, le patient peut faire le choix d'appliquer les règles d'hygiène favorables à son sommeil, changer ses habitudes, son comportement pour mieux dormir, prendre conscience que son traitement hypnotique n'est pas la seule solution aux troubles du sommeil, qu'il n'est pas dénué de risque, que pour sa santé un sevrage pourrait être bénéfique, décider d'en parler avec son médecin traitant et d'organiser une diminution de posologie voire un sevrage de son traitement hypnotique.

1.1.3. Schéma général

L'étude est prospective, réalisée en cabinet de médecine générale, sur 3 mois.

Le recrutement des patients se fait par les médecins généralistes, le nombre de patients est fixé entre 15 et 20 patients. Le médecin généraliste fait signer un accord au patient qui accepte de participer au programme. Toutes les données de l'éducation thérapeutique sont incluses dans le dossier médical informatisé du patient.

Les patients ciblés sont les patients prenant un traitement hypnotique depuis plus de 4 semaines pour des troubles du sommeil dont l'indication n'est plus validée.

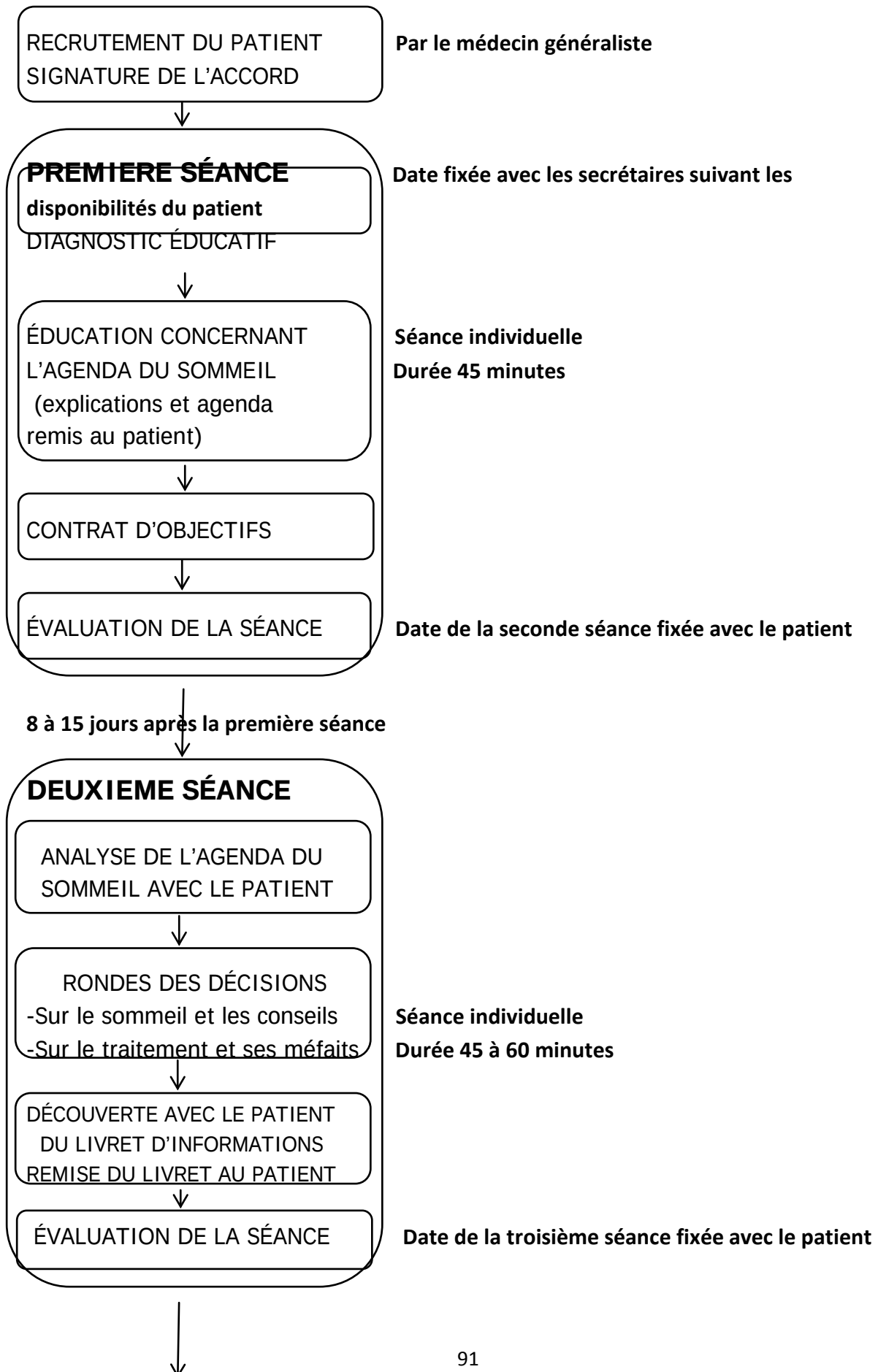
L'éducation thérapeutique comporte trois séances individuelles avec le patient, les thèmes abordés sont le sommeil, les règles d'hygiène pour mieux dormir, leur traitement, ses risques et l'intérêt de son sevrage.

L'individualité des séances est choisie pour faciliter les échanges, conserver une confidentialité importante en médecine ambulatoire et surtout aux vues du choix du sujet, qui n'est pas facilement abordé par les patients.

Chaque séance dure environ 45 minutes.

Toutes les séances et entretiens sont réalisés par le même intervenant, intervenant extérieur à la maison médicale : une étudiante en médecine, moi-même.

Schéma général :



A 1 mois de la première séance

TROISIÈME SÉANCE

ÉVALUATION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Séance individuelle
Durée 45 minutes.



ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE A 3 mois de la première séance

ÉVALUATION DE L'ÉDUCATION A MOYEN TERME

Durée variable (10 minutes environ)

La première séance, rencontre avec le patient, permet l'élaboration du diagnostic éducatif autour du sommeil et du traitement hypnotique, après discussion avec le patient les objectifs à atteindre sont choisis (contrat d'objectif). Des explications concernant l'agenda du sommeil (comment le remplir?) et son intérêt sont données au patient et constituent une partie de l'éducation thérapeutique proprement dite. Un agenda est remis afin d'être complété pour la séance suivante. Une évaluation de la séance est proposée. Le diagnostic et les objectifs fixés sont communiqués au médecin traitant et intégrés au dossier du patient sous forme informatique.

La deuxième séance se déroule 8 à 15 jours après la première séance. A lieu, la séance d'éducation thérapeutique proprement dite, une ronde des décisions (cartes de Barrows) est proposée comme support de la séance pour faciliter l'interactivité, la communication et l'apprentissage. L'agenda du sommeil rempli est analysé avec le patient. Un livret résumant les informations délivrées et découvert conjointement au cours de la séance et est remis au patient. Une évaluation de la séance est proposée.

La troisième séance est réalisée à 1 mois. Elle permet d'évaluer l'acquisition de connaissances du patient sur son sommeil et son traitement, les compétences appliquées par le patient pour prendre en charge différemment ses troubles du sommeil (règles d'hygiène) et les décisions prises vis-à-vis de sa santé (consultation auprès de son médecin traitant pour rediscuter l'indication et la nécessité du traitement, diminution voire sevrage de son traitement, conviction de l'intérêt d'un sevrage).

Un entretien téléphonique à 3 mois est choisi pour clore le programme d'éducation thérapeutique. Il a pour but d'évaluer à distance l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de sommeil du patient, sur le comportement du patient (règles d'hygiène, consultation auprès de son médecin traitant, diminution voire sevrage du traitement hypnotique).

Au cours du programme, les compétences acquises et les décisions prises par le patient concernant sa santé sont intégrées au dossier informatisé médical du cabinet pour chaque patient.

Les difficultés rencontrées lors de l'intervention en termes de recrutement, d'organisation, d'assiduité des patients sont analysées tout au long de l'étude.

1.1.4. Plan expérimental

L'étude prospective est réalisée dans une maison médicale dans le département de la Meuse. La maison médicale concernée se situe à Revigny-sur-Ornain.

Elle regroupe 5 médecins, un de ces médecins, Dr Bouchy, directeur de ce projet, est formé en éducation thérapeutique du patient.

Une maison médicale a été choisie comme lieu d'éducation thérapeutique du patient pour des modalités pratiques. En effet, il paraît plus facile, pour le recrutement des patients, de choisir un mode d'exercice de groupe, le recrutement se faisant par les médecins généralistes ainsi une large patientèle est offerte.

Un lieu unique pour la réalisation a été fixé pour faciliter l'organisation : la maison médicale, le recrutement s'est limité aux patients usagers de cette maison médicale.

Les séances se sont déroulées dans la salle de réunion de cette maison médicale, salle permettant des entretiens individuels en toute confidentialité. La fixité du lieu a permis également de donner un repère aux patients et d'intégrer ce lieu comme étant un endroit privilégié pour parler de ses troubles du sommeil et de son traitement.

Lors du recrutement, tout patient acceptant de participer au programme d'éducation thérapeutique doit signer un accord. Accord reprenant les modalités du programme (nombre de séances, but de ces séances, contexte de thèse de médecine générale), insistant sur le respect de la confidentialité et du secret professionnel, sur l'anonymat des données utilisées. Accord autorisant le partage des données du dossier médical selon la nécessité, l'intégration des séances d'éducation au dossier médical informatisé et l'utilisation des coordonnées personnelles pour contacter le patient par téléphone à 3 mois (cf. Annexe 3).

Le rendez-vous de la première séance était fixé par le patient avec les secrétaires de la maison médicale, qui regroupaient les patients pour éviter la multiplication des interventions et optimiser l'emploi du temps (journée complète) afin de faciliter l'organisation.

L'étude se déroule sur 3 mois pour chaque patient, le troisième entretien téléphonique étant réalisé à 3 mois de la première séance. En réalité, le recrutement étant plus long que prévu, l'étude aura duré au total 6 mois, de mars à août 2011, du premier recrutement au dernier entretien téléphonique.

Après le recrutement, les trois séances individuelles sont effectuées selon les disponibilités des patients, le rendez-vous suivant étant fixé avec le patient en fin de chaque séance (sauf pour l'entretien téléphonique).

D'après le guide méthodologique de la HAS et l'INPES sur la structuration du programme d'éducation thérapeutique (128), une planification en 4 étapes propose un cadre cohérent pour une action de ce type :

- 1) Etablir un diagnostic éducatif.
- 2) Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage.
- 3) Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique individuelle ou collective.
- 4) Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

L'éducation thérapeutique, les séances et son déroulement se sont basés sur ces différentes étapes.

- Première séance : Diagnostic éducatif et éducation thérapeutique sur l'agenda du sommeil

La première séance a constitué la rencontre avec le patient.
Sa durée est de 45 minutes environ.

Une nouvelle explication du déroulement de l'éducation thérapeutique et de ses objectifs a été effectuée en début de séance.

La finalité de l'éducation thérapeutique repose sur l'acquisition de connaissances concernant le sommeil, l'hygiène du sommeil et le traitement hypnotique, l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, qui participe à l'amélioration de la santé, la qualité de vie du patient et de ses proches (128).

Ces compétences peuvent être personnalisées au contexte des troubles du sommeil et de leur traitement. C'est à partir de ses finalités, que les supports et le contenu des séances ont été élaborés.

Cette première séance, constitue l'étape du diagnostic éducatif, permettant de connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité à la proposition de l'éducation thérapeutique, d'appréhender les aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, ses demandes, ses projets et déterminer sa manière de réagir (128). Ces données ont guidé la réalisation du diagnostic éducatif, présenté sous la forme d'un questionnaire.

Après le questionnaire, une séance d'éducation a été consacrée à l'agenda du sommeil, support choisi pour permettre une observation du sommeil par le patient et comme outil de communication, d'interactivité avec le patient. Une explication de la marche à suivre, pour remplir l'agenda du sommeil, a été réalisée, avec l'utilisation d'exemples pour faciliter la compréhension.

L'agenda et sa notice (cf. Annexe 4) ont été remis au patient, qui le remplira sur plusieurs jours (8 jours en moyenne) jusqu'à la deuxième séance. L'agenda du sommeil choisi est celui réalisé par le réseau Morphée (138) facile d'utilisation.

Cette première séance, comporte également l'étape de la définition d'un programme personnalisé et des priorités d'apprentissage. Toute intervention d'éducation thérapeutique conduit à une négociation avec les patients des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des objectifs. Lors de cette séance, les objectifs à atteindre (limités en nombre) sont ainsi fixés en collaboration avec le patient; le contrat d'objectifs est établi.

Tout programme d'éducation thérapeutique doit prendre en compte la motivation, la réceptivité du patient à la proposition de l'intervention et son ressenti. Ainsi à la fin de cette séance, est proposée une évaluation portant sur ces différents aspects.

Pour conclure ce premier entretien, le rendez-vous de la séance suivante est fixé avec le patient selon ses disponibilités, la date de la prochaine séance étant inscrite sur papier et remise au patient, cela pour améliorer l'assiduité (cf. Annexe 5). La planification des séances étant nécessaire dans un programme d'éducation thérapeutique.

- Deuxième séance : Séance d'éducation thérapeutique du patient

La deuxième séance se déroule entre 8 et 15 jours après la première séance, selon les disponibilités des patients, ce qui permet de remplir l'agenda sur une période d'au moins 8 jours et optimiser l'observation du sommeil.

La deuxième séance dure entre 45 et 60 minutes.

Le premier temps de cette séance est consacré à l'analyse de l'agenda du sommeil, pour les patients l'ayant complété. Il permet l'observation avec le patient de son sommeil, donne une vision globale du sommeil et ses troubles, il permet également de voir la concordance entre la description orale des troubles du sommeil et leur réalité. L'agenda est un support important, conduisant au dialogue, qui facilite la discussion, l'interactivité avec le patient. On observe également si l'agenda a été rempli en respectant les consignes et le ressenti du patient sur son utilité est noté.

Cette deuxième séance, constitue l'éducation thérapeutique proprement dite, par les informations, les connaissances apportées aux patients.

Elle s'articule autour d'un support pédagogique, de type ronde des décisions (cartes de Barrows).

Ce genre de support a été choisi pour faciliter les échanges, les interactions avec le patient afin d'éviter une simple transmission de connaissances de l'éducateur vers le patient.

L'expression du patient sur sa pathologie, son traitement, ses questionnements, ses représentations, ses expériences et son savoir est primordiale pour engager le dialogue et impliquer le patient dans la démarche. Il est important de faire participer le patient activement, d'appréhender son savoir initial, son mode de pensée, son niveau de compréhension pour adapter l'éducation thérapeutique et faciliter son adhésion et sa motivation à l'apprentissage. La participation du patient permet de mettre en avant son savoir et de pouvoir le renforcer de manière positive, ce qui accroît sa motivation. L'interaction permet aussi d'analyser immédiatement les réactions du patient, de pouvoir argumenter en cas de désaccord, pour modifier ses représentations (pas toujours évident en pratique). L'éducation thérapeutique ne peut se réduire à l'information de savoirs ou de savoir-faire, elle vise l'appropriation des savoirs et donc leur transformation par la personne à qui ils sont transmis (139).

Le support, par ces illustrations et par l'interactivité, permet d'apporter un caractère ludique à cette séance, contrairement à une transmission plus classique, linéaire de l'émetteur, détenteur du savoir au récepteur le patient qui doit mémoriser.

La ronde des décisions a pour but de mettre le patient en situation et qu'il fasse des choix.

Deux rondes des décisions ont été élaborées, la première amène à parler du sommeil, des conseils pour mieux dormir et la deuxième aborde le sujet du traitement hypnotique, ses effets secondaires, ses risques, l'intérêt d'un sevrage et ses modalités.

Elles sont formées de fiches cartonnées illustrées centrées autour des thèmes choisis.

Première ronde des décisions : Le sommeil et les règles d'hygiène pour mieux dormir

La première ronde est articulée autour de la question :

« Que faut-il faire pour bien dormir ? »

La question s'adresse directement au patient. Les cartes, qui composent la ronde des décisions, représentent des actions de la vie quotidienne propices ou non à un bon sommeil, le patient fait son choix parmi les propositions et expose son point de vue personnel face à ces situations, il choisit celles qu'il juge favorables au sommeil ou celles selon lui défavorables au sommeil.

Par la multiplicité des propositions, l'exhaustivité peut être assurée, le choix de la proposition amenant à discussion et explications. Au verso de chaque carte, un argumentaire, une explication est apportée au patient. Le verso de la carte permet une réponse argumentée qui conforte le patient dans son savoir et sa pensée en cas de concordance des réponses ou inversement qui apporte une différence amenant à une discussion enrichissante qui modifie la croyance du patient et son savoir. L'interactivité permet d'apprécier sur le moment la réaction du patient, sa compréhension, sa conviction, son implication.

Deuxième ronde des décisions :

Le traitement hypnotique, ses méfaits, ses risques et l'intérêt du sevrage

La deuxième ronde suit le même schéma, le thème central étant matérialisé par un début de phrase :

« Selon vous, votre traitement pour dormir... »

Les cartes proposées constituant la fin de la phrase. L'avis du patient est à nouveau pris en compte, mettant en évidence son savoir, ses croyances, ses représentations, ses expériences vis-à-vis de son traitement hypnotique. Les propositions relatent les effets secondaires, les risques, l'efficacité, l'action du traitement hypnotique, le patient fait à nouveaux son choix et expose son point de vue personnel face aux situations exposées, ce qui amène à la discussion et aux explications et au débat parfois.

Lors de la séance, le renforcement positif est mis en avant, si les choix du patient coïncident avec les données médicales voulant être transmises, ce qui accroît sa motivation. Par contre, en cas de non concordance, la discussion a été engagée pour amener la réflexion et la compréhension, plutôt que la dévalorisation du patient non constructive dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Ensuite, un livret reprenant les grandes idées des rondes de décisions a été lu lors de la séance et remis au patient afin qu'il garde un support d'informations et que sa lecture renforce l'apprentissage.

Cette deuxième séance s'est clôturée par une évaluation pour apprécier la satisfaction, le ressenti, les attentes du patients sous forme d'un questionnaire.

Le rendez-vous pour la troisième séance a été fixé avec le patient, la date de ce rendez-vous inscrite sur papier et remise au patient.

- **Troisième séance : Évaluation globale du programme d'éducation thérapeutique du patient**

Cette troisième séance se réalise à un mois du programme d'éducation thérapeutique et dure 45 minutes approximativement.

Elle constitue l'évaluation des compétences acquises par le patient et les bénéfices obtenus lors de l'éducation thérapeutique. Elle évalue les acquisitions et l'atteinte des objectifs fixés lors de la première séance. Elle permet de reprendre quelques notions importantes de la deuxième séance et de répondre aux éventuelles questions du patient. Elle se présente sous forme d'un questionnaire puis consacre un temps à une discussion libre avec le patient suivant les demandes de ce dernier.

- Entretien téléphonique à 3 mois : Evaluation de l'éducation thérapeutique du patient à moyen terme

Chaque patient est contacté par téléphone à 3 mois pour faire une évaluation à distance.

Elle permet une dernière évaluation des bénéfices de l'éducation thérapeutique, des décisions prises par le patient pour sa santé et du programme d'éducation thérapeutique dans son ensemble.

Elle se présente sous forme d'un questionnaire et selon les besoins du patient, des réponses à ses interrogations sont possibles.

1.1.5. Caractéristique de la population de l'étude et mode de recrutement

1.1.5.1. Population de l'étude

La population ciblée concerne tout patient adulte consommant de façon quotidienne un traitement de type hypnotique, pour des troubles du sommeil, depuis plus de 4 semaines, dont l'indication n'est plus validée.

A noter, la dénomination « traitement hypnotique » sera utilisée tout au long de ce travail, pour faciliter l'écriture. Le terme « hypnotique » regroupe ici : les benzodiazépines, les apparentés benzodiazépines (Z-drugs), les antihistaminiques sédatifs, en rapport avec leur indication pour les troubles du sommeil et ne se limite pas seulement aux Z-drugs ou aux quelques benzodiazépines hypnotiques.

- Critères d'inclusion

Les patients ciblés ont pour médecin traitant, un des 5 médecins exerçant au sein de la maison médicale de Revigny-sur-Ornain.

L'étude concerne les patients adultes, l'âge minimum retenu est 18 ans, aucune limite supérieure n'est fixée.

Les patients recrutés sont volontaires, acceptent la proposition d'éducation thérapeutique et donnent leur accord pour y participer.

La consommation d'un traitement de type hypnotique doit être quotidienne et de plus d'un mois.

Les traitements concernés par l'étude sont dits de « type hypnotique », ce qui regroupe plusieurs classes thérapeutiques : les benzodiazépines (quelque soit la molécule prescrite), les apparentés benzodiazépines « Z-drugs » (Zolpidem, Zopiclone), les antihistaminiques sédatifs (Atarax®, Noctran®, Mepronizine®, Théralène®...).

L'indication initiale de la prescription de ce traitement retenue est le trouble du sommeil (insomnie), retrouvée selon les cas dans un contexte d'évènement de vie difficile, d'anxiété ou d'hospitalisation. Le trouble du sommeil reste l'élément prédominant du diagnostic guidant le choix thérapeutique initial.

Les autres indications pouvant être retrouvées pour ce type de traitements sont exclues, notamment rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques (myalgies, arthralgies, douleurs neuropathiques, psychoses, dépression sévère).

L'indication du traitement hypnotique ne doit plus être validée lors de la proposition de l'éducation thérapeutique. Dans les recommandations (8, 140), l'indication et la durée du traitement de type hypnotique, benzodiazépines ou apparentés sont fixées à 4 semaines dans les troubles du sommeil (y compris la période de réduction de posologie).

Ainsi, tout patient, sous traitement pour troubles du sommeil depuis plus de 4 semaines, est susceptible d'intégrer l'étude. Cette situation justifie la proposition d'un sevrage de leur traitement et d'une participation à l'éducation thérapeutique pour orienter leur décision et leur implication dans la prise en charge de leurs troubles du sommeil.

- Critères d'exclusion

L'éducation thérapeutique nécessitant une participation active du patient, tous les patients présentant des troubles cognitifs sévères (démences) n'ont pas pu être inclus à l'étude. Par ailleurs, des patients, présentant des troubles légers des fonctions supérieures, des troubles de la mémoire sans retentissement sur la compréhension et l'apprentissage, intègrent les critères d'inclusion.

Egalement, tout patient présentant un trouble sensoriel majeur (surdité ou cécité), compromettant la communication orale ou écrite, n'a pu être inclus à l'étude. L'  ducation thérapeutique porte essentiellement sur l'interaction orale avec le patient, sur l'échange, ainsi des troubles auditifs sévères apparaissent comme une barrière. De plus, les supports proposés (agenda du sommeil, ronde des décisions, livret) sont visuels, ils nécessitent donc une acuité visuelle suffisante.

Les patients, présentant des troubles sensoriels légers ou bien corrigés sans retentissement sur la compréhension et l'apprentissage, intègrent les critères d'inclusion.

De même, la barrière de la langue peut être un frein dans l'éducation thérapeutique. Ainsi les patients ne maîtrisant pas la langue française de manière à communiquer ne sont pas inclus à l'étude.

1.1.5.2. Mode de recrutement

Après une présentation du projet à l'ensemble de l'équipe médicale, les patients sont recrutés par les médecins exerçant au sein de la maison médicale de Revigny-sur-Ornain.

La participation de l'éducation thérapeutique est proposée au patient par son médecin traitant.

Le médecin cible les patients en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

Le médecin propose l'éducation thérapeutique lors de la consultation du patient (quelque soit le motif), le renouvellement du traitement de type hypnotique paraît un moment privilégié pour invoquer l'éducation thérapeutique et la proposer au patient. Le médecin expose au patient, les modalités de l'éducation thérapeutique, ses objectifs, pour qu'il adhère à la démarche.

Le patient acceptant de participer à l'éducation thérapeutique, signe l'accord (cf. Annexe 3), qui sera intégré au dossier d'éducation thérapeutique.

Une fois, l'accord signé, le patient fixe avec la secrétaire la date de la première séance d'éducation thérapeutique.

Le recrutement s'est réalisé sur plusieurs mois (3 mois environ), jusqu'à obtention de l'effectif envisagé.

1.1.6. Effectif envisagé et justification

L'effectif a été fixé entre 15 et 20 patients.

Un effectif faible de patients a volontairement été choisi pour réaliser l'étude dans un temps acceptable (6 mois), l'étude en elle-même durant 3 mois.

Effectif permettant, par ailleurs, une étude de la faisabilité de l'intervention et de sa mise en œuvre, ainsi que l'évaluation du programme d'éducation thérapeutique.

1.1.7. Méthode de mesure et critères d'évaluation

Les critères d'évaluation de l'étude sont choisis pour répondre aux objectifs définis précédemment.

Les premiers critères concernent l'étude de faisabilité de l'intervention :

- Nombre de patients recrutés et participant réellement à l'éducation thérapeutique.
- Nombre de patients participant aux 3 séances d'éducation thérapeutique et pourcentage de participation.
- Nombre de perdus de vue lors de l'étude.
- Difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'étude (difficultés de recrutement, d'organisation, de suivi, d'implication des patient, de recueil des données).

Les seconds critères intéressent l'évaluation du programme d'éducation thérapeutique :

- Ressenti du patient vis-à-vis de l'éducation thérapeutique sur la qualité des informations délivrées, la quantité d'informations, sur la qualité des supports utilisés, de l'organisation des séances, sur la satisfaction du patient, sur l'intérêt perçu en termes d'acquisition de connaissances sur sa santé et son traitement, en termes d'amélioration de la santé et de la qualité des soins.
- Impact de l'éducation thérapeutique pour le patient : évaluer l'acquisition des compétences et connaissances par le patient lors de l'éducation, l'application des règles d'hygiène de sommeil par le patient et leur répercussion sur la qualité du sommeil, la participation active du patient à sa santé (prise de décision de consulter son médecin traitant pour rediscuter de son traitement hypnotique, de diminuer ou d'arrêter son traitement ou prise de conscience de l'intérêt du sevrage thérapeutique).

Les résultats de l'étude décriront ces principaux points : l'analyse de la population étudiée, les traitements prescrits, la faisabilité de l'étude et l'évaluation de l'éducation thérapeutique, en fonction des données recueillies.

1.2. Elaboration du programme d'éducation thérapeutique et des supports

Avant la réalisation de l'étude, la structuration du programme, l'organisation et le contenu des séances ont dû être pensés et élaborés.

1.2.1. Diagnostic éducatif

Il constitue la première étape du programme d'éducation thérapeutique. Les objectifs du diagnostic éducatifs ont déjà été décrits précisément.

Un questionnaire a donc été élaboré pour répondre de façon la plus exhaustive possible à ces différents objectifs, en les adaptant aux troubles du sommeil, au traitement et aux règles d'hygiène du sommeil du patient. Ce questionnaire est proposé à la première séance d'éducation thérapeutique du patient (cf. Annexe 6)

1.2.2. Contrat d'objectifs

La deuxième étape du programme d'éducation thérapeutique constitue l'élaboration des priorités d'apprentissage avec le patient (128).

A la fin de l'élaboration du diagnostic éducatif, il est indispensable de formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique, de planifier le programme d'éducation thérapeutique. Les compétences et donc objectifs choisis sont communiqués au patient et également aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (ici, intégrés au dossier médical informatisé du patient).

Après le questionnaire du diagnostic éducatif, lors de la première séance, un contrat d'objectifs rempli avec le patient a été proposé pour fixer les compétences à atteindre lors de l'éducation thérapeutique. Après discussion et présentation des objectifs, le patient fait son choix, le contrat est signé par le patient et intégré au dossier d'éducation thérapeutique (cf. Annexe 7).

Il paraît important de ne pas fixer trop d'objectifs lors de l'éducation thérapeutique afin qu'ils n'apparaissent pas repoussants pour le patient. Le choix n'est pas obligatoirement exhaustif, les objectifs sont fixés par le patient en fonction de ses connaissances, son projet.

Les objectifs se sont portés sur différents thèmes, contribuent à l'acquisition de compétences par le patient :

Le patient doit être capable de :

- Savoir remplir l'agenda du sommeil.
- Citer 3 bienfaits du sommeil.
- Citer 3 conséquences du manque du sommeil.
- Citer 3 conseils pour mieux dormir.
- Citer 3 éléments qui perturbent le sommeil.
- Citer 3 risques de la prise d'un traitement hypnotique.
- Citer la durée normale de prescription du traitement.

Volontairement, les objectifs choisis concernent l'acquisition de connaissances portant sur la pratique d'autoévaluation, sur son sommeil, son rôle, sur les règles d'hygiène de sommeil et les choses à éviter, sur la prise de conscience des risques du traitement et une durée de prescription souvent trop longue.

Les objectifs doivent permettre au patient de mieux connaître sa maladie et mieux la gérer pour améliorer sa santé et sa qualité de vie. Ainsi, ces objectifs impliquent l'acquisition de compétences favorisant la prise de décision du patient et sa participation à sa santé (appliquer les règles d'hygiène de sommeil, diminuer la posologie de son traitement, décider d'un sevrage progressif).

L'objectif de l'éducation thérapeutique du patient n'est pas que le patient arrête à tout prix sa consommation d'hypnotique, mais qu'il prenne conscience des méfaits du traitement, des alternatives de prise en charge des troubles du sommeil. Cette prise de conscience peut décider le patient de sevrer son traitement secondairement.

1.2.3. Contenus et supports de l'éducation thérapeutique du patient

Le programme d'éducation thérapeutique est un ensemble d'activités structurées qui concourt à l'atteinte de finalités spécifiques : l'acquisition, le maintien et la mobilisation de compétences d'autosoins et d'adaptation.

Ces finalités conditionnent le choix des contenus, les méthodes pédagogiques, l'évaluation des effets de l'éducation thérapeutique et doivent être prises en compte dans l'analyse des besoins, de la motivation et de la réceptivité du patient.

C'est à partir de ces finalités spécifiques que les contenus et les supports de l'éducation thérapeutique ont été élaborés.

L'objectif de l'éducation thérapeutique est l'acquisition de connaissances concernant le sommeil, l'hygiène du sommeil et le traitement hypnotique, l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation.

Le contenu et les supports de l'éducation thérapeutique sont élaborés pour apporter ces connaissances et ces compétences aux patients et être le plus exhaustifs possibles.

Le contenu a aussi été inspiré des thérapies comportementales et cognitives de l'insomnie dont l'efficacité est démontrée dans de nombreuses études (9, 97 à 108, 119, 120).

Le contenu a été guidé essentiellement par la priorité d'atteindre ces compétences spécifiques d'autosoins et d'adaptation :

Les compétences d'autosoins (128) consistent au soulagement des symptômes, prendre en compte les résultats d'une automesure, adapter les doses de médicaments, modifier son mode de vie, prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnées par la pathologie, impliquer son entourage dans la gestion de la pathologie et du traitement.

- Le soulagement des symptômes dans le contexte des troubles du sommeil concerne l'amélioration du sommeil, la connaissance du sommeil et les règles d'hygiène favorables à un bon sommeil. Pour le thème du traitement hypnotique, le soulagement de symptômes est axé sur la diminution des effets secondaires du traitement, sur la connaissance, les effets secondaires, les risques de son traitement.
- La prise en compte d'une automesure sera assurée par l'agenda du sommeil, remis au patient lors de la première séance et rempli par le patient, permettant une analyse et une vision globales des troubles du sommeil du patient (cf. Annexe 4).

- L'adaptation des doses médicamenteuses, la décision d'une diminution de posologie ou d'un sevrage peuvent être induites par la prise de conscience du patient des effets néfastes, risques, de la non-efficacité à long terme de son traitement grâce aux connaissances apportées.
- La modification de son mode de vie consiste en l'application par le patient des règles d'hygiène de sommeil acquises lors de l'éducation et en modifiant son mode de penser, à savoir, le sommeil est possible sans traitement.
- La prévention des complications évitables consistent en la prévention des risques du traitement hypnotique, en sensibilisant le patient sur les risques et sur l'intérêt d'un sevrage pour améliorer sa santé.
- La gestion des problèmes occasionnés par la maladie peut être envisagée par l'acquisition de procédés à appliquer en cas d'insomnie (restriction du temps de sommeil, contrôle de stimuli, relaxation...).
- L'entourage dans la gestion des troubles du sommeil et de son traitement doit être impliqué, notamment l'entourage doit adopter un mode de vie ne perturbant pas le sommeil du patient et dans certain cas, intervient dans la surveillance de la prise médicamenteuse.

Les compétences d'adaptation aident à se connaître soi-même, à savoir gérer ses émotions développer une réflexion critique, à favoriser la communication, à prendre des décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, à s'observer et s'évaluer (128).

Pour le sujet du sommeil et des traitements hypnotiques, ces compétences modifient les croyances du patient sur son traitement hypnotique, à savoir qu'il ne constitue pas la seule solution aux troubles du sommeil, qu'il n'est pas dénué de risque ni d'effets secondaires, qu'il provoque une dépendance, qu'il serait bénéfique de le diminuer ou l'arrêter, que son arrêt n'est pas synonyme d'insomnie (9), que les règles d'hygiène sont indispensables.

Réflexions et compétences indispensables pour prendre des décisions en terme de santé, dans notre contexte : changer de comportement en appliquant les règles d'hygiène, décider de diminuer son traitement dans une optique de sevrage, remplir l'agenda du sommeil pour mieux connaître son sommeil et l'observer.

Les thérapies cognitivocomportementales de l'insomnie abordent également ces points en apportant des informations sur le sommeil, des instructions relatives à l'hygiène de sommeil, à la relaxation, en introduisant le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit, en modifiant les attentes du patient en matière de sommeil, pouvant ainsi contribuer à rétablir un sommeil satisfaisant (9, 97 à 108).

Ces finalités et la méthode des thérapies cognitivocomportementales des insomnies ont conditionné le contenu des séances et l'élaboration d'objectifs. Les supports pédagogiques ont été créés pour répondre et aborder toutes ces idées, à partir de données scientifiquement fondées.

1.2.3.1. *Agenda du sommeil*

L'utilisation de l'agenda du sommeil est indispensable dans l'analyse et l'évaluation du sommeil du patient. Les médecins spécialistes du sommeil l'utilisent quotidiennement dans leur pratique, il apparaît comme une étape primordiale de la prise en charge et de la démarche diagnostique des troubles du sommeil. Son utilité clinique est reconnue par la HAS et son utilisation est recommandée afin de préciser la nature des troubles du sommeil du patient (1).

Il intervient dans l'éducation thérapeutique comme un outil d'autosurveillance, il permet au patient d'avoir une vision globale et plus concrète de son sommeil et de l'impliquer dans l'évaluation de ses troubles. Ce support facilite l'échange, l'interaction avec le patient qui aborde plus aisément ses troubles du sommeil. Il permet d'apprécier la concordance des troubles évoqués par le patient et leur réalité représentée avec l'agenda du sommeil (sous-estimation ou surestimation des troubles), de dédramatiser éventuellement les troubles et de changer la perception du patient vis-à-vis de ses troubles du sommeil.

Il est présenté au patient lors de la première séance et rempli par ce dernier pour la deuxième séance.

1.2.3.2. *La ronde des décisions*

La ronde des décisions a été choisie comme support de la deuxième séance d'éducation thérapeutique pour faciliter la participation et la communication du patient.

L'éducation thérapeutique nécessite un climat de confiance entre le patient et l'intervenant.

L'écoute active, l'empathie, l'attitude encourageante (entretien motivationnel) permettent de poser des questions adaptées et d'écouter les réponses du patient, d'aider le patient à s'exprimer plus facilement, de prendre des décisions en commun, de faire face aux émotions du patient, de s'assurer de la compréhension mutuelle, d'initier un changement chez le patient, de soutenir sa motivation et permettent au patient d'énoncer ses choix, ses préférences (128). Ces aspects sont primordiaux dans l'éducation thérapeutique et peuvent être facilités par l'utilisation de support pédagogique.

La ronde des décisions (cartes de Barrows) est un instrument pédagogique mis au point par Barrows et Tamblyn en 1980 (141), qui amènent un nouveau concept dans l'éducation médicale : l'apprentissage par problème. Ces cartes conceptuelles sont reprises plus tard par Gagnayre dans l'éducation du patient asthmatique en 1998 (142).

Elle expose une situation concrète qui nécessite la mise en œuvre d'actions. Les cartes, qui la constituent, proposent les actions possibles. Le patient choisit parmi ces propositions, le verso de la carte explique la conséquence de l'action choisie.

En retournant la carte correspond à son choix, le patient obtient un feed back immédiat, lui révélant la conséquence de la décision prise.

Elle mesure les compétences faisant appel à la décision du patient face à une situation concrète, elle permet de discuter avec le patient des conséquences de ses choix, elle évalue les connaissances théoriques du patient. L'apprentissage se fait avec la participation active du patient, formant le patient à prendre des décisions pertinentes concernant sa pathologie, son traitement. Elle favorise les échanges entre patient et soignant dans un contexte ludique (143).

Dans l'éducation thérapeutique proposée, il paraît essentiel d'apporter des explications des mécanismes, des étapes, du rôle du sommeil pour que le patient comprenne mieux ce phénomène, d'aborder les principales règles d'hygiène de sommeil afin que le patient les applique quotidiennement pour améliorer son sommeil, de donner des solutions au patient pour limiter et gérer l'insomnie (contrôle de stimulus, restriction du temps passé au lit), de lever les fausses croyances concernant le sommeil. Cela afin d'atteindre les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique précédemment citées.

La première ronde des décisions expose ces différents points, elle s'articule autour d'une question adressée au patient : « **Que faut-il faire pour bien dormir ?** », les cartes proposent différentes actions possibles en réponse à cette question, le patient fait un choix libre parmi les propositions et juge du caractère favorable ou non de ces actions sur le sommeil.

Le patient peut argumenter, évoquer ses habitudes personnelles, ses expériences. Le verso de la carte apporte la conséquence et l'explication immédiate de l'action choisie sur le sommeil.

L'interactivité et la participation du patient est omniprésente. Le dialogue permet de s'assurer de la compréhension et de l'adhésion du patient, qui entraîne selon les patients des réajustements, des explications complémentaires.

La première ronde des décisions comprend 14 cartes.

Les cartes proposées abordent des idées principales : (cf. Annexe 8)

RECTO	VERSO
Manger copieusement le soir	Eviter les repas copieux le soir, la digestion perturbant le sommeil. La faim perturbe également le sommeil. Il faut manger à distance du coucher, à horaires réguliers, les repas réglant l'horloge biologique qui rythme la veille et le sommeil.
La cigarette et l'alcool sont à éviter	La nicotine est un excitant donc à éviter. L'alcool favorise l'endormissement mais rend le sommeil léger donc apparaît délétère.
Boire une tisane ou du lait avant de dormir (fausse croyance)	Aucune boisson n'a prouvé son efficacité, mais le lait ou la tisane peuvent être un rituel d'endormissement. Eviter le café, le thé, les sodas après 17 heures étant excitants. Eviter de trop boire en soirée.
Dormir au moins 8 heures par nuit (fausse croyance)	Le besoin en sommeil est différent d'une personne à l'autre, d'un âge à l'autre. Il existe des courts et longs dormeurs. On ne peut pas donner de durée précise pour le sommeil, la durée idéale et celle qui donne le sentiment d'être en forme le lendemain.
S'exposer à la lumière dès le matin et dans la journée.	Les rythmes biologiques et donc le sommeil sont contrôlés par l'horloge interne située dans le cerveau qui s'ajuste en fonction de la lumière. La lumière bloquant la sécrétion de la mélatonine, hormone secrétée la nuit qui règle notre rythme veille-sommeil. Il est important de s'exposer à la lumière en journée. A défaut, utiliser la lumière artificielle, ouvrir les volets, ne pas rester dans le noir. La nuit, limiter la lumière dans la chambre.
Faire une sieste	La sieste est bénéfique, c'est un besoin naturel de repos, elle permet d'être en forme et vigilant. Elle ne perturbe pas le sommeil si elle est courte (10-30 mn) et tôt dans l'après-midi (avant 16 heures).
Se lever à la même heure tous les jours	Pour faciliter l'endormissement, rien de mieux que des horaires réguliers de lever et de coucher pour programmer son corps. Surtout de lever, car c'est à ce moment que notre horloge se remet à l'heure (par le biais de l'exposition à la lumière).

Prendre une douche chaude avant le coucher (fausse croyance)	Prendre une douche peut vous détendre avant le coucher mais il faut privilégier une douche tiède, voire fraîche, pour faire baisser la température corporelle propice à l'endormissement.
La température de la chambre doit être à 18-19°C	La chambre doit être modérément chauffée pour faciliter l'endormissement. La température du corps devant baisser pour le sommeil.
Regarder la télévision ou écouter de la musique au lit	Le bruit perturbe le sommeil qui est plus léger et moins récupérateur. Il faut une chambre propice au sommeil : calme, limiter le bruit. N'utiliser le lit que pour le sommeil et l'activité sexuelle.
Faire du sport en soirée (fausse croyance)	Il vaut mieux faire ces activités à distance du coucher pour faciliter le sommeil, pour que la température du corps puisse baisser avant l'endormissement. Réserver une période de calme et de détente avant le sommeil. L'activité physique régulière est favorable au sommeil en synchronisant l'horloge interne et en améliorant sa qualité.
Sortir, avoir des activités sociales et intellectuelles	Ces activités sont bénéfiques pour le sommeil. Les sorties extérieures permettent l'exposition à la lumière nécessaire pour régler le rythme veille-sommeil. Diminuent le stress et l'isolement défavorables à un bon sommeil.
Se détendre avant le coucher	Le stress perturbe le sommeil. Eviter de ressasser les soucis au lit. Relaxez-vous. Privilégier une activité calme avant le coucher (lecture, télévision) et éviter le travail intellectuel, les jeux vidéo, les recherches sur ordinateur juste avant de dormir.
Rester au lit même si l'on ne trouve pas le sommeil (contrôle du stimulus et restriction du temps passé au lit)	Couchez-vous quand vous êtes fatigué ou prêt à aller au lit. Si vous n'arrivez pas à dormir au bout de 10 minutes, levez-vous et allez dans une autre pièce. Le sommeil reviendra au cycle suivant (explication orale des phases de sommeil).

Le contenu de cette ronde des décisions s'est voulu scientifiquement prouvé, ainsi les références utilisées à la conception de ces cartes sont les nombreuses (1, 22, 144, 145 à 152).

Des illustrations ont été ajoutées aux éléments de texte afin de rendre l'apprentissage ludique, de dédramatiser les troubles du sommeil et de les aborder plus facilement avec le patient.

Il paraît également essentiel d'aborder le sujet du traitement hypnotique avec le patient, de lui apporter des informations sur son mode d'action, ses indications, sa durée de prescription, son utilisation, ses effets secondaires, ses risques. Le but est de faire prendre conscience au patient que ses troubles du sommeil peuvent être pris en charge autrement que chimiquement, que le traitement n'est plus indiqué dans son cas, que la consommation de type de traitement n'est pas dénuée de risques pour sa santé, que son efficacité n'est plus prouvée au bout de quelques semaines, qu'une diminution progressive de son traitement dans un objectif de sevrage peut améliorer sa santé sans altérer la qualité de son sommeil.

Ainsi, **la deuxième ronde des décisions** aborde ces idées importantes. Elle s'organise de façon similaire à la première. Elle s'articule autour d'un début de phrase: «**Selon vous, votre traitement pour dormir...**», directement adressée au patient. Les cartes, qui constituent cette ronde des décisions, sont des propositions pour finir ce début de phrase.

Dans cette deuxième ronde, les propositions sont des affirmations ou des négations. Le patient choisi librement et se positionne par rapport à la proposition, étant en accord ou non avec proposition, et apporte son expérience, son point de vue.

Le verso de la carte apporte immédiatement les explications au patient concernant son traitement pour dormir.

Les échanges sont constructifs, les réponses aux questions du patient sont immédiates, la compréhension du patient est assurée par l'adaptation des explications à chaque patient.

La deuxième ronde des décisions compte 9 cartes.

Les cartes proposées abordent des idées principales : (cf. Annexe 9)

RECTO	VERSO
Est le seul moyen de dormir	Non. Les troubles du sommeil ne nécessitent pas forcément de traitement, souvent ils s'améliorent en appliquant les règles d'hygiène. Le traitement peut apporter une solution transitoire, il fait disparaître les symptômes mais ne traite pas la cause. Ce type de traitement induit un sommeil moins récupérateur.
Est aussi efficace qu'à son instauration	Non. Aucune étude ne prouve une efficacité de ces traitements sur le sommeil après quelques semaines. Il est recommandé que ces traitements soient prescrits au maximum pour 4 semaines. Si vous avez l'impression que votre traitement est efficace, c'est parce que sa prise est devenue un rituel de sommeil et vous rassure.
Provoque une dépendance	Oui. Le corps s'y habitue et il devient difficile de s'en passer. Ainsi, pour arrêter ce traitement, il faut en parler à son médecin et diminuer progressivement les doses. Si des signes apparaissent lors du sevrage, il faut consulter son médecin.
Ne peut pas être pris avec n'importe quel médicament	Oui. Attention aux interactions. L'association avec d'autres médicaments nécessite un avis auprès de votre médecin. Certains traitements peuvent majorer la somnolence.
L'arrêt de mon traitement m'empêchera de dormir	Non. Si le traitement est arrêté progressivement sous suivi médical, il n'altère pas la qualité de vie, de sommeil et améliore les fonctions cognitives. Votre traitement a plus d'effets néfastes que de bénéfices.

N'agit que la nuit (fausse croyance)	Non. Même si l'on ne le ressent pas forcément, un traitement pris au coucher peut avoir encore un effet dans la journée. Cela peut provoquer des maux de tête, des troubles de l'équilibre, de la mémoire, de concentration et ralentit les réflexes. Ce qui n'est pas sans risque.
Est risqué pour ma santé	Oui. Les principaux risques sont : - Les accidents de la route. - Les chutes. - Les troubles cognitifs. Ainsi, il faut respecter les doses prescrites, l'utiliser sur une courte durée et essayer de l'arrêter.
Ne pose pas de problème pour conduire	Non. Le traitement ralentit les réflexes donc majore le risque d'accident. (pictogrammes)
Doit être arrêté pour améliorer sa santé	Oui. Nous pouvons vous y aider ! Sa consommation est risquée. Son efficacité non prouvée. Son arrêt améliore la qualité de vie et ne troublera pas votre sommeil.

Les références pour cette deuxième ronde sont aussi multiples (1, 2, 3, 8, 140, 144, 149, 152 à 157).

Des illustrations ont été ajoutées aux éléments de texte afin de rendre l'apprentissage ludique, de dédramatiser les troubles du sommeil et de les aborder plus facilement avec le patient.

Le contenu des rondes s'est voulu volontairement simple et accessible au patient pour faciliter la compréhension et les échanges.

Les rondes de décisions sont proposées lors de la deuxième séance d'éducation.

1.2.3.3. Le livret d'informations remis au patient

Il était nécessaire de remettre des informations écrites au patient, sous forme d'un livret, afin qu'il garde une trace de l'éducation thérapeutique et puisse avoir accès à domicile aux données abordées pendant l'éducation, renforçant ainsi l'apprentissage et pouvant l'aider à la gestion de ses troubles du sommeil et de son traitement.

Le livret reprend les points abordés pendant les deux rondes de décisions en les détaillant, aborde le rôle du sommeil sur l'organisme, son importance, les conséquences de l'insomnie, reprend les conseils de sommeil vus précédemment, les idées du contrôle de stimuli et restriction du temps passé au lit qui améliorent la qualité du sommeil, reprend également les informations sur le traitement hypnotique.

Il a été élaboré à partir des mêmes références que les rondes des décisions et illustré pour être ludique et plus attrayant pour le patient (cf. Annexe 10).

Après une découverte et lecture avec l'éducateur, le livret est remis au patient durant la deuxième séance d'éducation après les rondes des décisions.

1.2.4. Mise en œuvre et planification des séances d'éducation

La troisième étape d'un programme d'éducation thérapeutique est la planification et la réalisation des séances (128), largement détaillées précédemment.

1.2.5. L'évaluation du programme d'éducation thérapeutique

L'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient constitue la quatrième et dernière étape du programme (128).

Dans cette étude, deux types d'évaluation apparaissent : l'évaluation des différentes séances réalisée tout au long du programme et l'évaluation globale de l'éducation thérapeutique du patient en fin d'étude.

Les objectifs de l'évaluation (128) appliqués au thème abordé sont :

- Apprécier les transformations intervenues chez le patient : ses acquisitions de compétences, les changements dans sa vie quotidienne (application des règles d'hygiène, gestion du traitement), son vécu de sa maladie (qualité de sommeil, amélioration des troubles).
- Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif : déroulement du programme, des contenus, organisation, utilisation dans la vie quotidienne.
- Apprécier le ressenti du patient sur les bénéfices de l'éducation thérapeutique, sur les changements entrepris, sur la satisfaction de ses besoins, sur son autonomie, sur sa perception du risque, sur sa réaction face aux incidents (insomnies, signes de sevrage éventuels), sur sa qualité de vie et de sommeil, sur ses convictions (intérêt d'un sevrage ?).

Il a été choisi de réaliser une évaluation en fin de chaque séance pour répondre à ces objectifs :

- Fin de première séance : l'évaluation se déroule sous la forme d'un questionnaire qui évalue la satisfaction du patient, son ressenti, sa réceptivité à l'éducation thérapeutique (cf. Annexe 11).
- Fin de deuxième séance : questionnaire évaluant la satisfaction du patient sur la séance, son déroulement, son contenu, les supports utilisés, son utilité dans la prise en charge des troubles du sommeil, et la prise de décision du patient dans la participation à sa santé (consulter son médecin traitant pour rediscuter du traitement hypnotique) (cf. Annexe 12).
- La troisième séance : cette séance dans son ensemble porte sur l'évaluation de l'éducation, c'est un questionnaire portant sur la satisfaction du patient concernant le contenu des séances, elle apprécie les acquisitions du patient et détermine l'atteinte ou non des objectifs fixés avec le patient lors de la première séance, elle identifie les changements entrepris dans la vie du patient (application des règles d'hygiène) et ses bénéfices (amélioration du sommeil), elle évalue les décisions prises par le patient (consultation auprès de son médecin traitant, diminution de la posologie ou sevrage de son traitement hypnotique), et les convictions du patient (besoin du traitement pour dormir, intérêt du sevrage) (cf. Annexe 13).
- Entretien téléphonique à 3 mois : cette séance porte également sur l'évaluation de l'éducation, c'est un questionnaire téléphonique évaluant la satisfaction du patient sur l'ensemble du programme, les changements entrepris dans la vie du patient (application des règles d'hygiène) et ses bénéfices (amélioration du sommeil). Elle évalue les décisions prises par le patient (consultation auprès de son médecin traitant, diminution de la posologie ou sevrage de son traitement hypnotique), et les convictions du patient (besoin du traitement pour dormir, intérêt du sevrage) à distance des trois premières séances (cf. Annexe 14).

A savoir que si les objectifs ne sont pas atteints lors d'une telle étude, on pourrait proposer de nouvelles séances d'éducation au patient, afin qu'il acquière les compétences nécessaires et les objectifs fixés (non réalisé dans cette étude).

1.2.6. Méthodologie utilisée pour les questionnaires de l'étude

Le questionnaire d'enquête est une méthode utilisée afin de caractériser une population selon un ensemble de variables préalablement définies (âge, sexe, profession, opinion, satisfaction...). Le questionnaire, dont la vocation est d'apporter un volume important de données, est la méthode d'évaluation quantitative par excellence.

Ghiglione et Matalon, dans leur ouvrage, nous donnent une trame générale pour élaborer un questionnaire d'enquête (158).

La préparation d'un questionnaire requiert une démarche en entonnoir, qui suit 4 étapes :

- La formulation des objectifs.
- La définition des informations à recueillir et le choix des variables.
- La formulation des questions.
- La structuration du questionnaire (regroupement et enchaînement des questions, longueur du questionnaire).

En dehors de cette trame, il n'existe pas de règles de construction du questionnaire et de formulation des questions, qui assurent leur validité (158) mais seulement des conseils d'élaboration.

La formulation des questions apparaît essentielle dans un questionnaire. Les questions doivent être courtes, neutres et sans ambiguïté, non redondantes, utiles pour l'enquête, le langage utilisé doit être clair, précis, non technique (les personnes rencontrées peuvent être de tout milieu socioculturel), les négations sont à éviter, ainsi que les « ou » qui regroupent deux questions en une.

Le choix entre question ouverte et fermée peut se poser pour chaque question d'une enquête approfondie. Les questions ouvertes apportent des informations qualitatives mais il faut garder à l'esprit que leur traitement est chronophage et leurs résultats sont souvent peu exploitables.

Pour un sondage d'opinion, de satisfaction, les questions fermées sont à privilégier. Il est important de préciser au répondant le nombre de réponses possibles, dans le cas des questions à choix multiples. Dans les questions d'opinion, l'avis des participants est recueillies à partir d'une échelle d'attitude (exemple : tout à fait satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait, pas du tout satisfait), à laquelle il faut, en théorie, ajouter une modalité « sans opinion » pour éviter le risque de non-réponses des participants. Les échelles de réponses doivent être homogènes et symétriques pour éviter les biais.

Le vocabulaire utilisé est important pour éviter les biais, le répondant aura tendance à choisir une réponse socialement valorisée suivant la question posée, la question ne doit pas donner le sentiment au participant que ses propres capacités ou connaissances sont en cause.

Le biais d'acquiescement est à prendre en compte également, le participant peut, suivant les situations, être plus encouragé à choisir une réponse plutôt qu'une autre. Il faut éviter les valeurs centrales, dans lesquelles beaucoup pourraient se réfugier.

Il est préférable de commencer par poser des questions auxquelles il est facile de répondre. Il convient de regrouper les questions par thème et de rassembler toutes les questions concernées par une évaluation (opinion, attitude).

Il n'existe pas de norme sur la longueur d'un questionnaire. Les questions nécessitant une description minutieuse apparaissent souvent ennuyeuses, donc sont à éviter. Par contre, les questions d'opinion sont, en général, bien accueillies.

Les questionnaires de l'enquête ont été élaborés en suivant, au mieux, ces conseils.

Pour une meilleure reproductibilité, un même langage, les mêmes questions, les mêmes échelles d'attitudes (oui, vraiment/oui, assez/non, pas vraiment/non, pas du tout – oui/non/je ne sais pas – très bien informé/bien informé/mal informé/très mal informé) ont été utilisés tout au long de l'éducation et les questionnaires ont été réalisés par une seule personne (formulant les questions de façon identique).

Pour faciliter l'interprétation, le nombre de questions ouvertes a été limité.

2. Résultats

2.1. Participation et assiduité des patients lors de l'éducation thérapeutique

Patients recrutés	Désistements initiaux	Patients présents à la 1 ^{ère} séance	Patients présents à la 2 ^{ème} séance	Patients présents à la 3 ^{ème} séance	Entretien à 3 mois
19 (sur 3 mois)	3 (1 deuil et 2 désintérêts)	16 (1 report de séance, 15 ont le même médecin traitant)	15 (1 patient arrête et pense pouvoir s'informer seul, 1 patient relancé par téléphone)	12 en personne (3 séances repoussées) 3 par téléphone (3 oublis de séance)	15 (sans souci)

La participation à la troisième séance a été totale malgré des reports ou modalités différentes (téléphonique pour 3 d'entre eux).

Sur 19 patients initialement recrutés, au final 15 patients ont répondu aux 3 séances et à l'entretien téléphonique. Ce qui équivaut à **79% de participation** complète.

2.2. Population étudiée

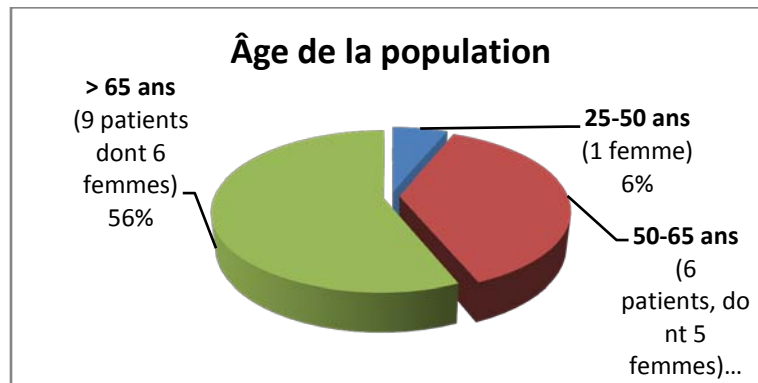
2.2.1. Effectif et caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population ont été analysées lors du diagnostic éducatif, lors de la première séance. 16 patients ont participé à la première séance.

- Sexe



- Age



La moyenne d'âge est de 67,25 ans, l'âge des patients allant de 38 ans à 84 ans.

- Situation familiale

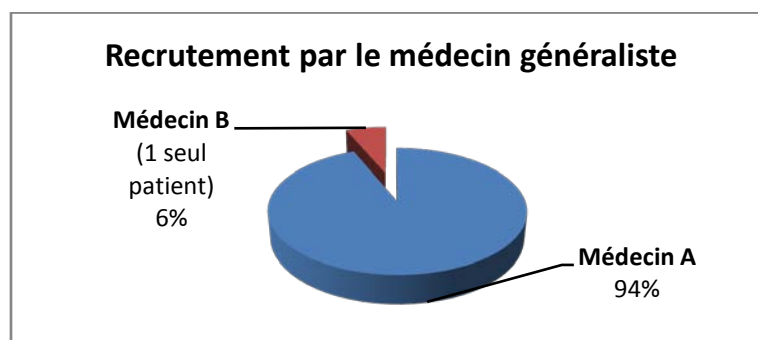
8 de ces patients sont mariés (50%), 4 veufs (25%), 3 divorcés (19%), 1 est en couple (6%). 15 se disent entourés socialement (94%).

- Situation professionnelle

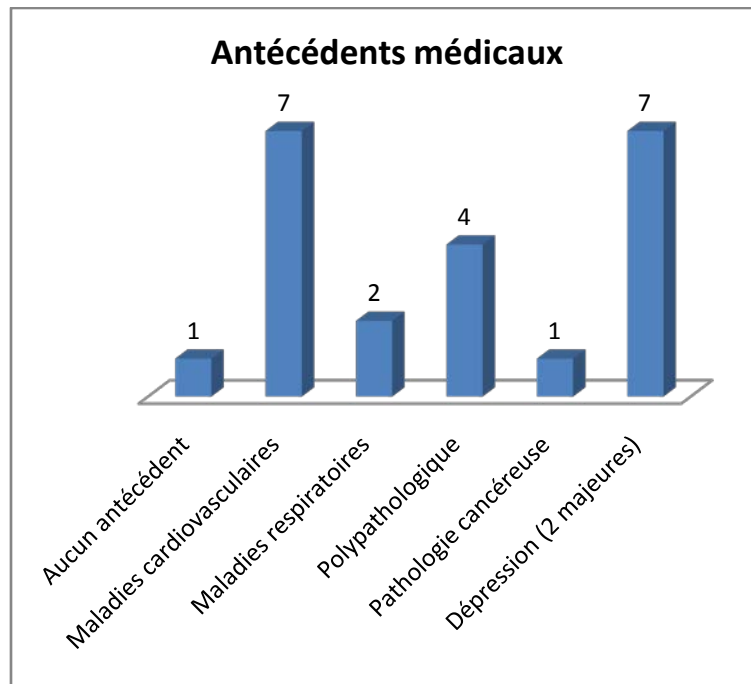


Parmi ceux en activité, 3 travaillent en horaires de journée et 1 en horaires postés.

- Recrutement



- Antécédents médicaux

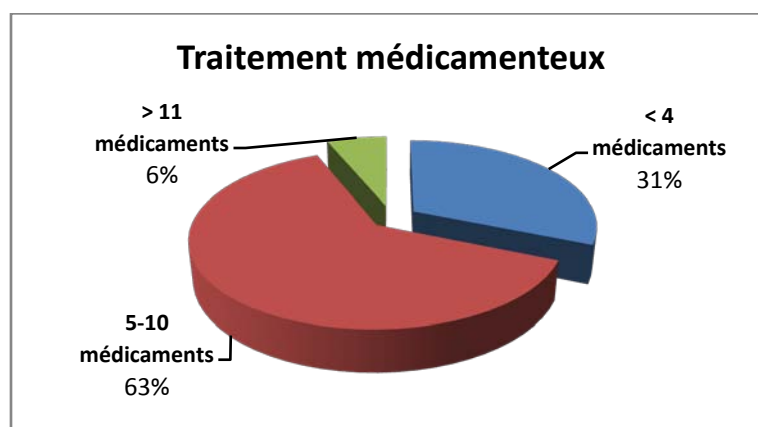


A noter, les épisodes dépressifs sont anciens, ainsi les critères d'exclusion sont respectés (indications psychiatriques du traitement pour dormir exclues).

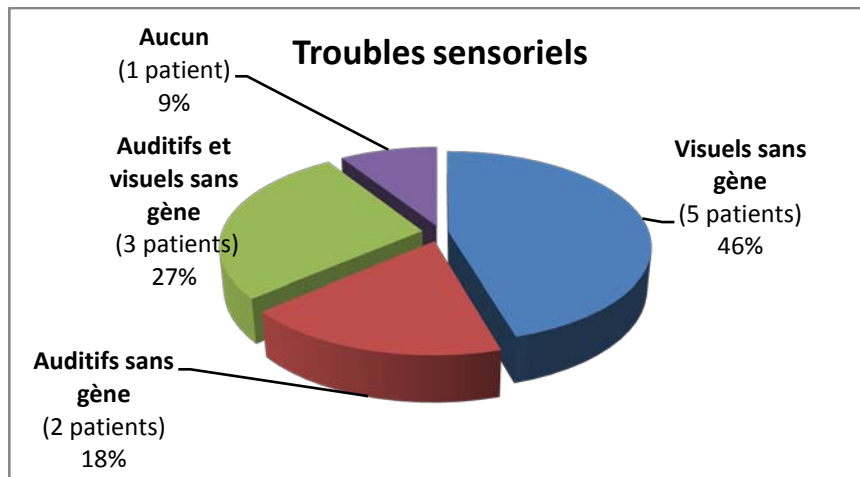
- Pathologies associées au sommeil

1 patient (6%) présente un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, 1 patient (6%) présente le syndrome des jambes sans repos, 1 patient (6%) présente un SAOS et un syndrome des jambes sans repos non traités. A noter, 11 patients (69%) ronflent.

- Traitement médicamenteux

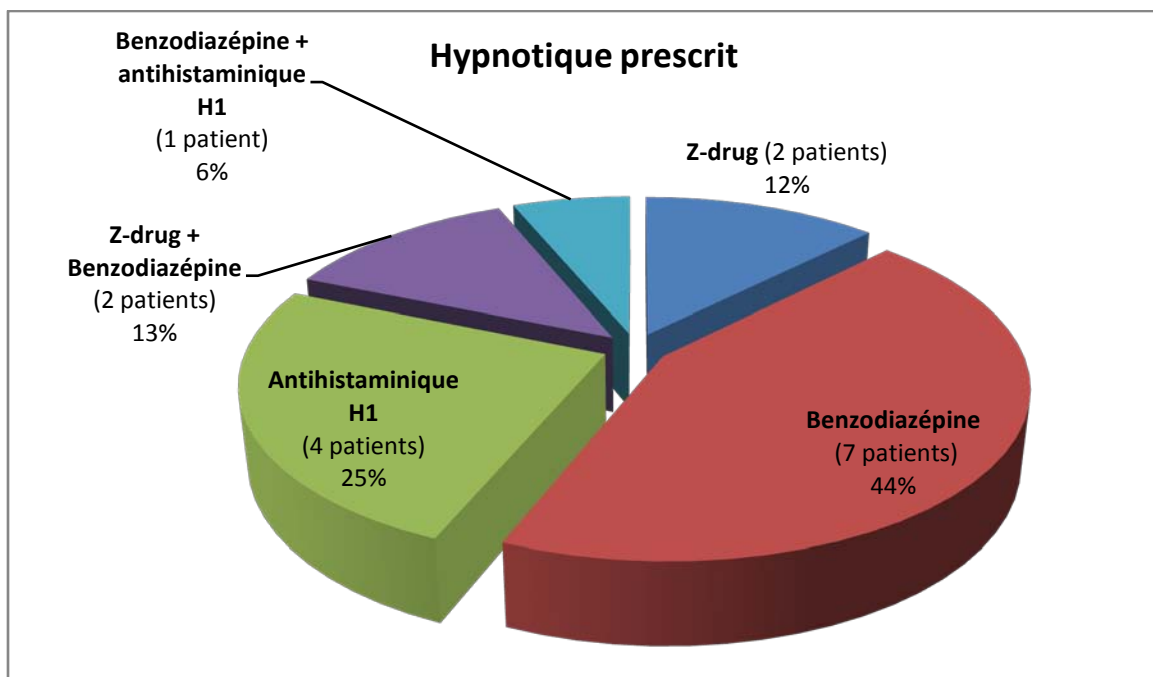


- Troubles sensoriels



2.2.2. Le patient et son traitement pour dormir

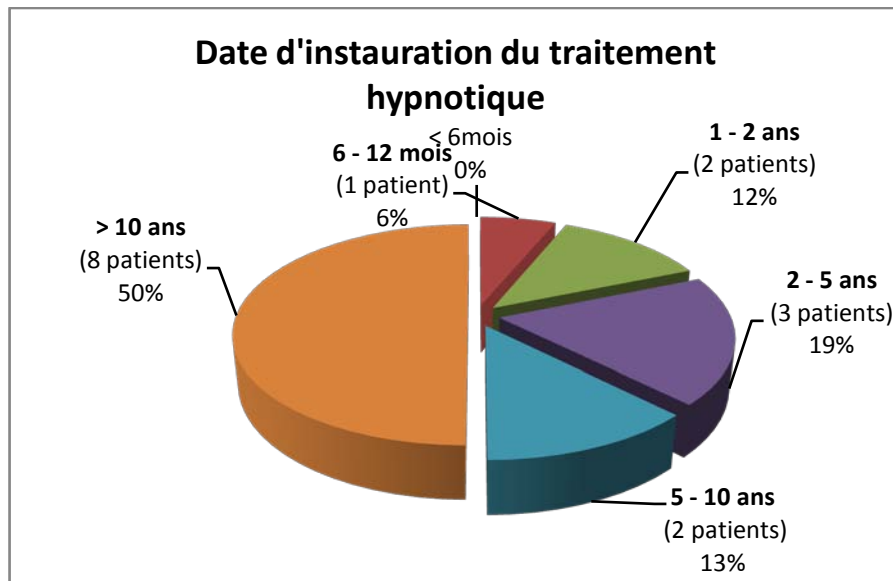
- Traitements hypnotiques prescrits



3 patients (19%) consomment 2 hypnotiques quotidiennement. Pour ces 3 patients, on note des antécédents anciens de dépression majeure.

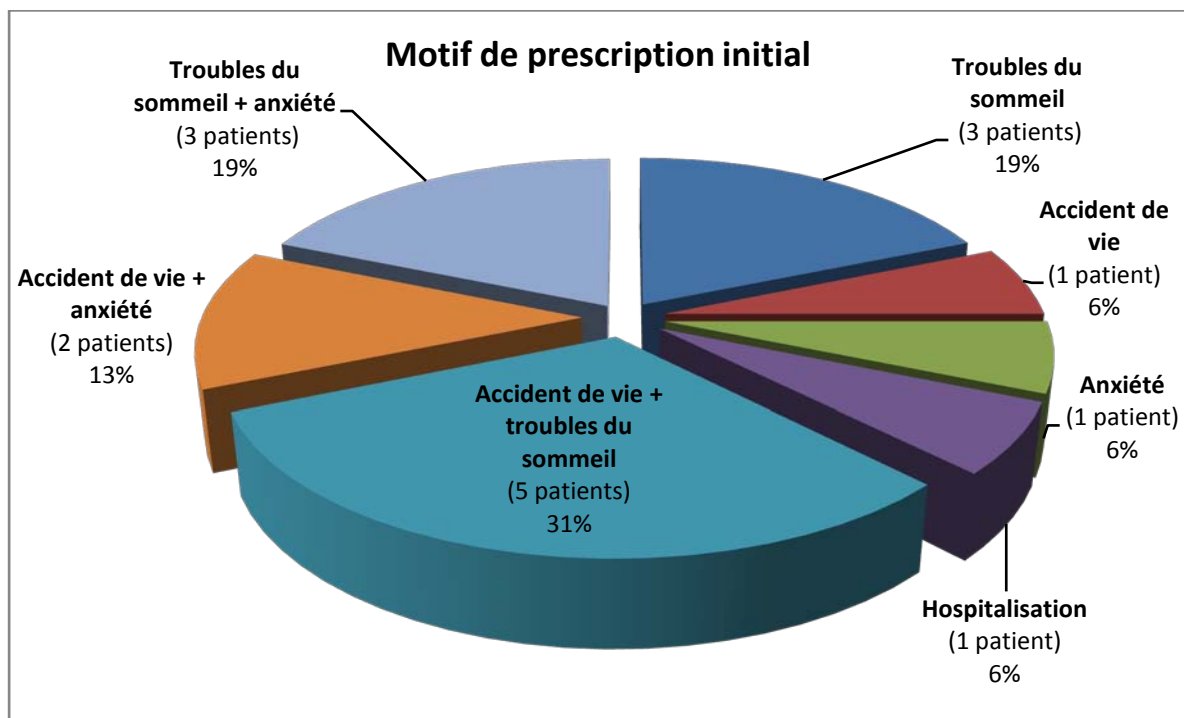
- 7 patients (44%) consomment un autre psychotrope (antidépresseur) en plus du traitement hypnotique.
- 1 patient (6%) utilise l'homéopathie pour ses troubles du sommeil en complément de son traitement hypnotique.

- Durée de consommation



Les consommations vont de 8 mois pour la plus courte à 22 ans pour la plus longue.

- Motif de prescription



Le motif initial évoqué par le patient n'est pas toujours le trouble du sommeil mais l'interrogatoire retrouve de façon unanime des troubles du sommeil chez tous les patients, accompagnant l'anxiété, les événements de vie difficiles ou l'hospitalisation.

- Prescripteur initial

Pour 13 d'entre eux (81%) leur médecin traitant, le psychiatre pour 2 patients (13%), et un praticien hospitalier pour 1 patient (6%).

- Indication du traitement hypnotique rediscutée antérieurement par le médecin traitant

Pour 7 patients (44%), pour 4 patients plusieurs fois (25%).

L'indication n'a jamais été rediscutée pour 5 patients (31%).

- Essai antérieur de sevrage ou de diminution du traitement

- 9 patients (56%) ont déjà essayé d'arrêter leur traitement hypnotique (arrêt brutal). Parmi ces 9 patients, 8 ont ressenti des signes de sevrage (88%) entraînant la reprise du traitement.
- 13 patients (81%) ont déjà essayé de réduire la posologie de leur traitement hypnotique, seulement 3 de ces patients (23%) ont perçu des signes de sevrage entraînant la reprise du traitement à la dose antérieure.

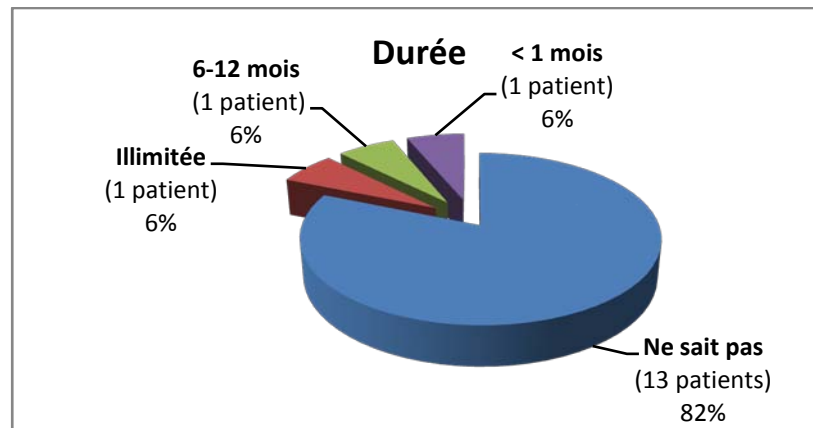
- Perception de l'efficacité du traitement par le patient

Efficacité perçue	Nombre	Pourcentage
Très bonne	2	12.5%
Bonne	8	50%
Moyenne	2	12.5%
Peu satisfaisante	4	25%
Total	16	100%

72% des patients apparaissent satisfait de leur traitement hypnotique

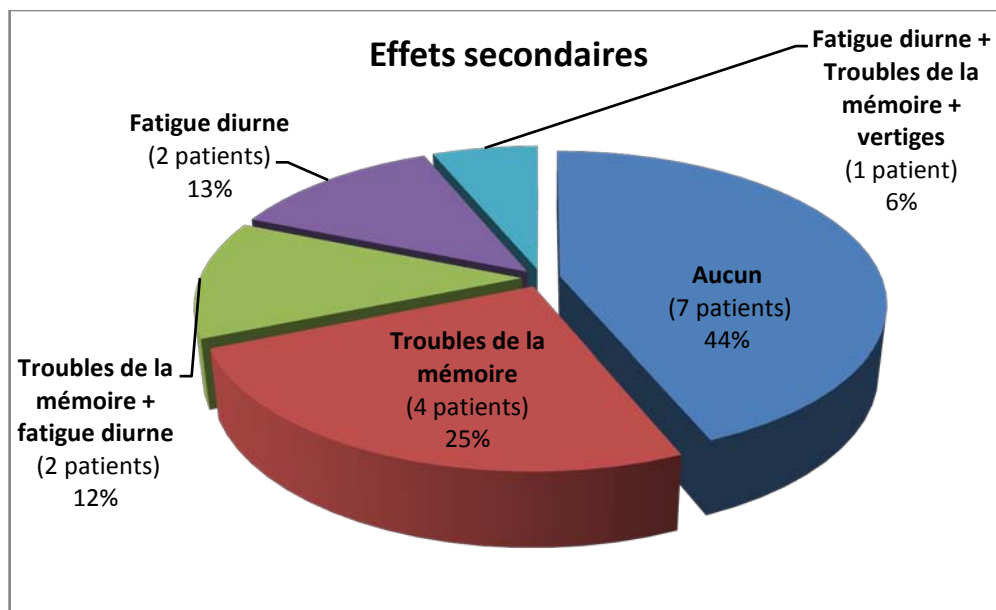
- Pour 11 patients (69%), l'efficacité de leur traitement est comparable à l'instauration. Pour 5 patients (31%), l'efficacité est inférieure à l'efficacité initiale.
- 8 patients (50%) pensent que l'efficacité d'un tel traitement est durable dans le temps. Pour les 8 autres patients (50%), le traitement perd son efficacité sur le sommeil avec le temps.

- Connaissance de la durée théorique de prescription du traitement hypnotique



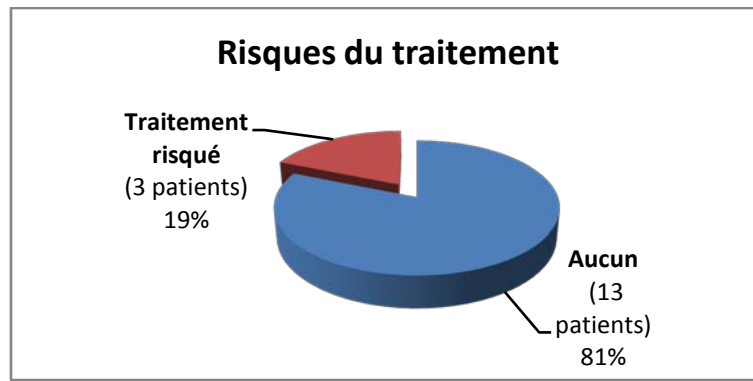
Seul 1 patient (6%) connaît la durée de prescription recommandée.

- Effets secondaires du traitement selon le patient



Aucune chute ni accident de voiture n'a été retrouvé chez les patients recrutés.

- Risques du traitement selon le patient



Les risques de chute, de troubles de la mémoire et accidents de la voie publique sont cités en proportion égale par les patients conscients des risques.

- Dépendance au traitement selon le patient

- 11 patients (69%) sont conscients du risque de dépendance du traitement. 8 de ces patients citent l'argument suivant : la dépendance est démontrée par l'apparition de signes de sevrage lors d'un arrêt brutal du traitement.
- Les 5 patients (31%) n'évoquant pas de risque d'accoutumance, citent pour 4 d'entre eux l'argument suivant : « Je peux me passer de mon traitement ».

- Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB)

Score	Nombre	Pourcentage
<5/10	9	56%
>6/10 (=dépendance)	7	44%
Total	16	100%

L'affirmation de l'échelle « j'ai peur à l'idée de manquer de ce médicament » est la plus citée, par 11 patients (69%).

- Envie de sevrage

- 12 patients (75%) aimeraient arrêter leur traitement pour dormir. 6 de ces patients ont donné un argument à leur envie de sevrage, 3 patients pour améliorer leur santé et les 3 autres veulent bien arrêter leur traitement mais à condition d'être sûr de dormir sans traitement.
- 4 patients (25%) n'envisagent pas de sevrage actuellement. 2 de ces patients évoquent leur crainte d'insomnie en cas d'arrêt de leur traitement.

- 8 patients (50%) pensent qu'un sevrage serait bénéfique pour leur santé.

2.2.3. Le patient et son sommeil

- Les 16 patients (100%) sont d'accords pour dire que le sommeil est essentiel pour leur santé.
- Qualité du sommeil
 - 7 patients (44%) ont une EVA inférieure à 5/10 et 9 patients (66%) ont une EVA supérieure à 6/10.

Sommeil	Nombre	Pourcentage
Très bon	3	19%
Bon	1	6%
Satisfaisant	5	31%
Non récupérateur	4	25%
Peu satisfaisant	1	6%
Mauvais	2	13%
Total	16	100%

Sommeil	Nombre	Pourcentage
Peu amélioré par le traitement	4	25%
Correct grâce au traitement	8	50%
Possible grâce au traitement	4	25%
Total	16	100%

56% des patients (9 patients) jugent leur sommeil de plutôt bonne qualité.

75% des patients (12 patients) pensent que leur traitement hypnotique conditionnent leur sommeil et le rend de meilleure qualité.

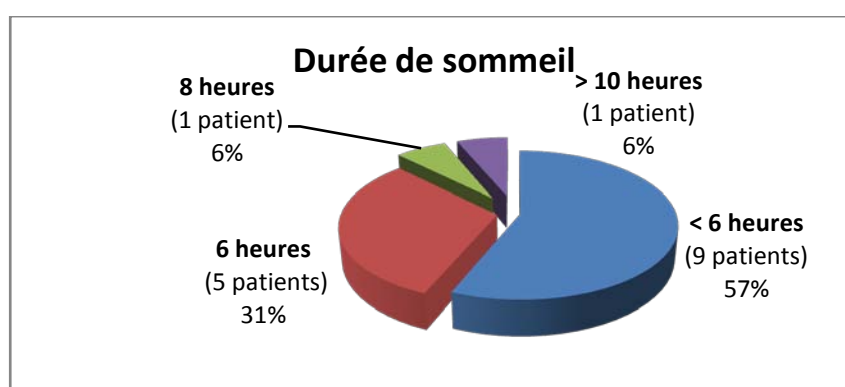
- Description des troubles du sommeil

Troubles du sommeil	Nombre	Pourcentage
Difficultés d'endormissement	4	25%
Réveils nocturnes	4	25%
Réveils précoces	2	13%
Impression de ne pas dormir	1	6%
Difficultés d'endormissement et réveils nocturnes	3	19%
Difficultés d'endormissement et réveils précoces	1	6%
Difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et impression de ne pas dormir	1	6%
Total	16	100%

- Raisons des troubles du sommeil selon le patient

Raisons citées	Nombre	Pourcentage
Anxiété	10	62% des patients
Stress	7	44%
Ruminations, soucis	5	31%
Evènements de vie difficiles	5	31%
Fatigue psychologique	1	6%
Mictions nocturnes	1	6%
Douleurs	1	6%
Suite d'une chute	1	6%
Conjoint perturbant le sommeil	1	6%
Enfants, travail décalé	1	6%
Education stricte	1	6%
Manque d'épanouissement	1	6%
Aucune	1	6%

- Durée moyenne de sommeil



- Hygiène de sommeil

- 14 patients (87%) ont des horaires de lever et de coucher réguliers.
- 6 patients (37%) dorment seuls, 7 patients (44%) avec leur conjoint, 3 patients (19%) avec leur animal de compagnie
- Habitudes de coucher

Avant le coucher	Nombre	Pourcentage
Détente, calme	14	87% des patients
Prendre son traitement	12	75%
Télévision	11	69%
Lecture	8	50%
Tisane	1	6%
Lait chaud	1	6%
Ordinateur	1	6%
Rangement	1	6%

- En cas d'insomnie, 8 patients (50%) se lèvent et se recouchent quand la fatigue revient, 7 patients (44%) restent au lit et attendent de se rendormir. 1 patient (6%) alterne les 2 situations.
- 9 patients (56%) consacrent leur lit uniquement au sommeil. Les 7 autres patients (44%), lisent au lit (6 patients) et/ou y regardent la télévision (3 patients).
- Conditions idéales pour bien dormir

Condition idéale	Nombre
Chambre calme	9
Chambre fraîche	6
Chambre noire	3
Bonne literie	2
Chambre pas complètement noire	1
Fatigue physique	1

- Sieste

7 patients (44%) font une sieste quotidienne.

Pour 2 de ces patients (29%), la sieste est courte (inférieure à 30 minutes).
 Pour 5 patients faisant la sieste, la sieste dure plus longtemps (supérieure à 30 minutes).

Pour tous, elle est faite avant 16 heures, majoritairement après le déjeuner.

2.2.4. Mode de vie et habitus de la population

- Consommation d'excitants

- Alcool : 3 patients (19%), consommation inférieure à 3 verres par jour.
- Tabac : 3 patients (19%), 2 de ces patients ont une consommation supérieure à 30 cigarettes par jour, 1 en consomme entre 10 et 30, ils fument jusqu'à l'heure du coucher.
- Café : 14 patients (87%), consommation avant 17 heures, inférieure à 2 cafés par jour pour 12 patients (86%) et supérieure à 3 cafés par jour pour 2 patients
- Thé : 4 patients (25%), consommation inférieure à 2 thés par jour et avant 17 heures.
- Aucun patient recruté ne consomme de soda.

- Activité physique

Les 16 patients (100%) disent avoir une activité physique régulière (marche majoritairement). L'activité physique se fait pour 14 patients (87%) avant 17 heures, seuls 2 patients (13%) sont actifs en soirée.

- Repas

- 13 patients (81%) ont des horaires de repas réguliers. 3 patients (19%) mangent à horaires variables.
- Le repas le plus copieux se répartit de la façon suivante :

Repas le plus copieux	Nombre	Pourcentage
Petit déjeuner	2	12%
Déjeuner	8	50%
Dîner	3	19%
Aucun	3	19%
Total	16	100%

Les habitudes de sommeil sont défavorables pour 2 patients (13%) (seuil choisi = 5 habitudes défavorables). Pour les autres patients, leurs habitudes de sommeil sont favorables.

2.3. Attentes et réceptivité du patient vis-à-vis de la proposition de l'éducation thérapeutique

Dès la première séance, la motivation, la réceptivité, les attentes du patient sont évaluées.

- Attentes et réceptivité du patient

- Les attentes du patient concernant ses troubles du sommeil et son traitement hypnotique sont partagées, seuls 4 patients (25%) disent manquer d'informations sur leur sommeil et leur traitement. Les 12 autres patients (75%) n'ont pas de demandes particulières sur ce sujet.
- L'avis des patients sur l'éducation thérapeutique proposée a été apprécié. Les patients jugent l'éducation thérapeutique de la façon suivante :

Education thérapeutique	Nombre	Pourcentage
Très intéressante	4	25%
Intéressante	7	44%
Plutôt intéressante	3	19%
Peu intéressante	1	6%

Pas intéressante	1	6%
Total	16	100%

- 88% des patients (14 patients) trouvent un intérêt à la proposition, pensent que l'éducation thérapeutique peut les aider et leur apporter des connaissances.
- 9 patients (56%) pensent que l'éducation peut améliorer leur santé et peut modifier leurs habitudes d'hygiène, leur comportement.
- Les 16 patients pensent que l'éducation thérapeutique peut les convaincre de l'intérêt d'un sevrage de leur traitement hypnotique.

2.4. Choix des objectifs de l'éducation thérapeutique

Après le diagnostic éducatif, la négociation et le choix des objectifs avec le patient est une étape indispensable du programme d'éducation thérapeutique.

- Contrat d'objectifs

Objectifs choisis	Nombre	Pourcentage
Savoir remplir l'agenda du sommeil	15	94%
Citer 3 bienfaits du sommeil	16	100%
Citer 3 conséquences du manque de sommeil	16	100%
Citer 3 conseils pour bien dormir	16	100%
Citer 3 éléments perturbant le sommeil	16	100%
Citer 3 risques du traitement pour dormir	16	100%
Citer la durée de prescription recommandée	16	100%

2.5. Evaluation de la première séance

Une évaluation est effectuée à la fin de la première séance, pour apprécier la satisfaction et la réceptivité du patient à l'éducation thérapeutique dès le début du programme.

- Satisfaction du patient

Satisfait de la séance	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	5	31%
Oui, assez	10	63%
Non, pas vraiment	1	6%
Non, pas du tout	0	0%
Total	16	100%

94% des patients sont satisfaits.

- Intervention: un bon moyen d'éducation

Bon moyen d'éducation	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	13	81%
Oui, assez	1	6%
Non, pas vraiment	2	13%
Non, pas du tout	0	0%
Total	16	100%

L'éducation est un bon moyen d'éducation pour 87%.

- Utilité de l'éducation thérapeutique

Education utile	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	4	25%
Oui, assez	9	56%
Non, pas vraiment	3	19%
Non, pas du tout	0	0%
Total	16	100%

81% des patients (13 patients) pensent utile ce genre d'éducation thérapeutique.

- Première séance répond aux attentes du patient

Attentes satisfaites	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	9	56%
Oui, assez	5	31%
Non, pas vraiment	2	13%
Non, pas du tout	0	0%
Total	16	100%

87% des patients (14 patients) s'attendaient à ce type de séance.

2.6. Analyse de l'agenda du sommeil

L'analyse de l'agenda du sommeil s'est effectuée au début de la seconde séance d'éducation.

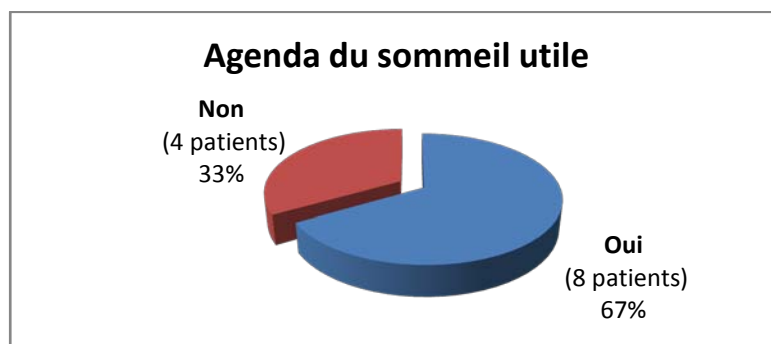
- Connaissances de l'outil



- Agendas remplis(cf. Annexe 15)

- Sur les 15 patients participants, 12 patients (80%) ont rempli leurs agendas du sommeil, les 3 autres patients ne l'ont pas rempli (dont 2 patients engagés dans cet objectif).
- Parmi les 12 agendas remplis, 9 agendas (75%) ont été remplis sans aucune erreur.

- Utilité de l'agenda selon les 12 patients l'ayant rempli



8 patients ont décidé de poursuivre l'autoévaluation sur une plus longue période en continuant de remplir l'agenda.

A la troisième séance, 5 patients (62% des intéressés, 33% des patients participants) ont continué de remplir leur agenda.

2.7. Evaluation de la deuxième séance

Une évaluation a été réalisée après l'analyse de l'agenda, la réalisation des 2 rondes des décisions, la lecture et la remise du livret d'informations. L'évaluation permet d'évaluer le ressenti, la satisfaction, la motivation du patient en milieu de programme.

- Satisfaction du patient

Satisfait de la séance	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

- Intervention : un bon moyen d'éducation

Bon moyen d'éducation	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	13	87%
Oui, assez	2	13%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Tous les patients sont d'accords pour dire que ce genre d'intervention est un bon moyen d'éducation concernant le sommeil et le traitement hypnotique.

- Niveau d'informations globales ressenti par le patient

Niveau d'information	Nombre	Pourcentage
Très bien informé	9	60%
Bien informé	6	40%
Mal informé	0	0%
Très mal informé	0	0%
Total	15	100%

Les informations, le contenu de la séance conviennent à la totalité des patients.

- Informations concernant le sommeil satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Les points abordés concernant le sommeil sont adaptés pour l'ensemble des patients.

- Informations concernant les règles d'hygiène du sommeil satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	11	73%
Oui, assez	4	27%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Les patients ont trouvé les conseils pour mieux dormir adaptés et satisfaisants.

- Informations concernant le traitement pour dormir satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Les données abordant le traitement hypnotique, ses effets néfastes et ses risques conviennent aux patients.

- Supports utilisés (agenda du sommeil, rondes des décisions, livret d'informations) adaptés

Supports adaptés	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Les outils sont adaptés pour la totalité des patients.

- Utilité de l'éducation thérapeutique

Education utile	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	8	53%
Oui, assez	6	40%
Non, pas vraiment	1	7%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

93% des patients (14 patients) pensent utile ce genre d'éducation thérapeutique.

- Deuxième séance répond aux attentes du patient

Attentes satisfaites	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	9	60%
Oui, assez	5	33%
Non, pas vraiment	1	7%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

93% des patients (14 patients) s'attendaient à ce type de séance.

- Education thérapeutique plus précoce souhaitable

Education plus précoce	Nombre	Pourcentage
Oui	10	67%
Non	2	13%
Ne sait pas	3	20%
Total	15	100%

La majorité (67%) des patients aurait aimé que l'éducation thérapeutique, concernant ses troubles du sommeil et son traitement, lui soit proposée plus précocement.

- Patient décidé à consulter son médecin traitant pour discuter de son traitement pour dormir et organiser un sevrage

Consultation auprès de son médecin	Nombre	Pourcentage
Oui	11	73%
Non	3	20%
Ne sait pas	1	7%
Total	15	100%

73% sont décidés à agir dans le sens d'un sevrage ou d'une diminution de leur consommation d'hypnotiques et consulter spécifiquement leur médecin traitant.

2.8. Troisième séance à 1 mois

A distance, la troisième séance permet une évaluation de la satisfaction, du ressenti du patient vis-à-vis du programme d'éducation, des changements entrepris par le patient (applications des règles d'hygiène, relecture du livret d'informations, consultation spécialisée auprès de son

médecin traitant, diminution de son traitement ou sevrage) et leurs bénéfices (amélioration du sommeil), des compétences acquises (atteinte des objectifs fixés lors de la première séance).

- Niveau d'informations globales ressenti par le patient

Niveau d'information	Nombre	Pourcentage
Très bien informé	10	67%
Bien informé	5	33%
Mal informé	0	0%
Très mal informé	0	0%
Total	15	100%

A 1 mois, les patients sont légèrement mieux informés qu'immédiatement après la deuxième séance (9 étaient très bien informés, 6 étaient bien informés).

- Informations concernant le sommeil satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

L'information des patients concernant leur sommeil est identique à l'évaluation en fin de deuxième séance.

- Informations concernant les règles d'hygiène du sommeil satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	13	87%
Oui, assez	2	13%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

Les patients sont mieux informés qu'à la deuxième séance en ce qui concerne les règles d'hygiène du sommeil (11 : oui, vraiment et 4 : oui, assez lors de la deuxième séance).

- Informations concernant le traitement pour dormir satisfaisantes

Informations satisfaisantes	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	11	73%
Oui, assez	4	27%

Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

1 patient se trouve à 1 mois, un peu moins bien informé sur son traitement hypnotique (12 : oui, vraiment et 3 : oui, assez lors de la deuxième séance).

Dans l'ensemble, les patients se sentent bien informés, et le niveau d'information paraît stable à 1 mois.

- Relecture du livret d'informations remis lors de la deuxième séance

Livret relu	Nombre	Pourcentage
Oui	9	60%
Non	6	40%
Total	15	100%

La majorité des patients (60%) a entretenu ses connaissances en relisant le livret.

- Amélioration du sommeil

Sommeil amélioré	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	0	0%
Oui, assez	5	33%
Non, pas vraiment	6	40%
Non, pas du tout	4	27%
Total	15	100%

Les bénéfices sur l'amélioration du sommeil apparaissent minimes (33%).

- EVA du sommeil

7 patients (47%) présentent une EVA inférieure à 5/10.

Pour 8 patients (53%), elle est supérieure à 6/10.

10 patients ont la même EVA que lors du diagnostic éducatif, 3 patients ont une meilleure EVA et 2 patients ont une EVA diminuée par rapport au premier chiffre.

Dans l'ensemble, la qualité de sommeil apparaît égale à celle observée lors de la première séance.

Si l'on corrèle la réponse faite sur l'amélioration du sommeil avec celle de l'EVA, il existe, chez 3 patients (20%), une différence d'appréciation : le ressenti sur la qualité de sommeil et l'EVA donnée ne correspondent pas.

- Application quotidienne des règles d'hygiène de sommeil

Règles appliquées	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	0	00%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

L'ensemble des patients appliquent les règles d'hygiène favorables au sommeil et détaillées lors de la deuxième séance.

- Consultation spécifique auprès du médecin traitant

5 patients (33%) ont revu leur médecin, lors de cette consultation, le programme d'éducation a été abordé.

Les 10 autres patients (67%) ont en projet de consulter prochainement leur médecin traitant.

- Atteinte des objectifs

- Citer 3 bienfaits du sommeil

Bienfaits du sommeil	Nombre	Pourcentage
3 cités correctement	9	60%
2 cités correctement	4	27%
1 cité correctement	2	13%
Aucun cité	0	0%
Total	15	100%

87% des patients ont acquis cet objectif de façon satisfaisante (2/3).

- Citer 3 conséquences du manque de sommeil

Conséquences	Nombre	Pourcentage
3 cités correctement	8	53%
2 cités correctement	6	40%
1 cité correctement	1	7%
Aucune cité	0	0%
Total	15	100%

93% des patients ont acquis cet objectif de façon satisfaisante (2/3).

- Citer 3 conseils pour bien dormir:

Conseils	Nombre	Pourcentage
3 cités correctement	12	80%
2 cités correctement	3	20%
1 cité correctement	0	0%
Aucun cité	0	0%
Total	15	100%

100% des patients ont acquis cet objectif de façon satisfaisante (2/3).

- Citer 3 éléments perturbant le sommeil

Éléments perturbants	Nombre	Pourcentage
3 cités correctement	12	80%
2 cités correctement	3	20%
1 cité correctement	0	0%
Aucun cité	0	0%
Total	15	100%

100% des patients ont acquis cet objectif de façon satisfaisante (2/3).

- Citer 3 risques de leur traitement hypnotique

Risques	Nombre	Pourcentage
3 cités correctement	8	53%
2 cités correctement	1	7%
1 cité correctement	3	20%
Aucun cité	3	20%
Total	15	100%

60% des patients ont acquis cet objectif de façon satisfaisante (2/3).

- Citer la durée recommandée de prescription d'un traitement hypnotique

Durée	Nombre	Pourcentage
Correcte	13	87%
Incorrecte	2	13%
Total	15	100%

87% des patients ont atteint cet objectif, alors qu'un seul patient connaissait cette durée initialement.

- Agenda du sommeil

Agenda	Nombre	Pourcentage
Bien rempli	9	60%
Rempli avec erreur mais interprétable	3	20%
Non rempli	3	20%
Total	15	100%

L'objectif a été atteint complètement par 9 patients (60%), et de façon satisfaisante par 3 patients (20%). Globalement cet objectif est atteint par 12 patients (80%).

2.9. Entretien téléphonique à 3 mois

Chaque patient a été recontacté par téléphone à 3 mois, pour évaluer à moyen terme sa satisfaction par rapport à l'ensemble du programme d'éducation thérapeutique.

Les changements et les décisions entrepris par le patient pour prendre en charge différemment ses troubles du sommeil et améliorer sa santé ont été appréciés, ainsi que leurs bénéfices sur la qualité de vie du patient.

- Prise en charge de l'éducation différente grâce à l'éducation thérapeutique

Prise en charge différente	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	11	73%
Oui, assez	3	20%
Non, pas vraiment	1	7%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

93% des patients (14 patients) sont convaincus de l'utilité de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de leurs troubles du sommeil, prise en charge différente.

- Relecture du livret d'informations

Livret relu	Nombre	Pourcentage
Oui	14	93%
Non	1	7%
Total	15	100%

93% des patients (14 patients) ont relu le livret d'informations remis, contre 9 patients à 1 mois. On observe un gain de lecture de 33% par rapport à la troisième séance.

- Amélioration du sommeil

Sommeil amélioré	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	2	13%
Oui, assez	7	47%
Non, pas vraiment	5	33%
Non, pas du tout	1	7%
Total	15	100%

60% des patients (9 patients) ont un sommeil amélioré, contre 33% (5 patients) à 1 mois. Soit une amélioration de 27% entre 1 et 3 mois.

- EVA du sommeil

3 patients (20%) présentent une EVA inférieure à 5/10.

Pour 12 patients (80%), elle est supérieure à 6/10.

5 patients ont la même EVA que lors de la séance à 1 mois, 7 patients ont une meilleure EVA et 3 patients ont une EVA diminuée par rapport au premier chiffre.

Dans l'ensemble, on peut noter une amélioration significative de la qualité de sommeil.

Si l'on corrèle la réponse faite sur l'amélioration du sommeil avec celle de l'EVA, il existe, chez 5 patients (33%), une différence d'appréciation : le ressenti sur la qualité de sommeil et l'EVA donnée ne correspondent pas.

- Application quotidiennes des règles d'hygiène de sommeil

Règles appliquées	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	15	100%
Oui, assez	0	0%
Non, pas vraiment	0	0%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

100% des patients appliquent les règles d'hygiène de sommeil.

- Consultation spécifique auprès du médecin traitant

12 patients (80%) ont revu leur médecin, l'éducation thérapeutique a été abordée pour 11 d'entre eux, lors de cette consultation.

Les 3 autres patients ont le projet de revoir leur médecin prochainement.

2.10. Décision du patient de diminuer de posologie ou de sevrer de son traitement hypnotique

L'objectif de cette éducation était de faire prendre conscience au patient que ses troubles du sommeil peuvent être gérés autrement que chimiquement (par leur traitement), en appliquant une hygiène favorable au sommeil, prendre conscience aussi que leur traitement n'était pas sans risque et que son efficacité n'était plus prouvée, afin qu'il prenne la décision à moyen ou long terme de diminuer, voire stopper leur consommation d'hypnotique.

Ainsi, lors du déroulement du programme d'éducation thérapeutique, les décisions et changements entrepris par le patient ont été notés.

- Diminution et sevrage du traitement lors de l'étude

	2 ^{ème} séance	3 ^{ème} séance à 1 mois	Entretien téléphonique à 3 mois
Diminution de posologie observée	9 patients(60%)	10 patients (67%) 2 patients ont repris leur consommation antérieure suite à des signes de sevrage 3 nouveaux patients ont débuté la décroissance	12 patients (80%) Les patients ont poursuivis leur diminution sauf 1 patient qui a stagné entre la 3 ^{ème} séance et cet entretien 2 nouveaux patients ont débuté la décroissance
Diminution > à 50% de la posologie initiale	-	6 patients	10 patients
Difficultés lors de la décroissance et réaugmentation de la posologie	Aucune	2 patients (insomnie, anxiété)	Aucun

Sevrage observé parmi les patients ayant diminué leur traitement	2 patients (13%) sans difficulté	3 patients (20%) sans difficulté	7 patients (47%) sans difficulté (1 patient dort moins bien mais ne l'attribue pas au sevrage : soucis)
Patient n'ayant pas pris de décision	6 patients	5 patients	3 patients

- Attachement des patients à leur traitement au cours de l'étude (pour les patients n'ayant pas arrêté leur traitement)

- A la 3^{ème} séance

Traitement indispensable	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	2	16.5%
Oui, assez	5	41%
Non, pas vraiment	3	25%
Non, pas du tout	2	16.5%
Total	12	100%

56% des patients semblent encore attachés à leur traitement.

- A 3 mois (entretien téléphonique)

Traitement indispensable	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	2	25%
Oui, assez	4	50%
Non, pas vraiment	2	25%
Non, pas du tout	0	0%
Total	8	100%

75% des patients, encore consommateurs d'hypnotique, sont attachés à leur traitement pour dormir malgré les informations délivrées.

- Conviction du patient de l'intérêt du sevrage de leur traitement pour dormir

- A 1 mois

Convaincu du sevrage	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	12	80%
Oui, assez	2	13%
Non, pas vraiment	1	7%
Non, pas du tout	0	0%
Total	15	100%

93% des patients (14 patients) sont convaincus de l'intérêt d'arrêter leur traitement.

- A 3 mois

Convaincu du sevrage	Nombre	Pourcentage
Oui, vraiment	13	87%
Oui, assez	2	13%
Non, pas vraiment		%
Non, pas du tout		%
Total	15	100%

100% des patients apparaissent convaincu du sevrage malgré leur attachement.

3. Discussion

3.1. Sur la méthode

Le recueil des données et la réalisation des séances d'éducation ont été réalisés, au cours du programme, dans des conditions similaires, le contenu des séances étant semblable. Les séances, le suivi, les questionnaires, les entretiens téléphoniques ont été effectués par une seule personne pour l'ensemble des participants. De ce fait, nous pouvons considérer que le recueil des données s'est effectué dans de bonnes conditions de reproductivité.

Le diagnostic éducatif a apporté un grand nombre de données, dont certaines n'étaient pas interprétables, notamment les questions ouvertes.

Cette éducation thérapeutique du patient ne répond pas à tous les critères d'un programme d'éducation thérapeutique. En effet, en théorie, un programme comporte au moins 2 séances dédiées à l'éducation du patient. Ici, pour des questions pratiques, notamment par contrainte de temps et pour éviter de faire venir le patient uniquement pour aborder l'agenda du sommeil, l'éducation comporte une seule séance d'éducation thérapeutique proprement dite (la deuxième séance). Une petite partie d'éducation du patient est rattachée à la première séance (consacrée à l'agenda du sommeil) mais ne constitue pas une séance à elle seule. Cette intervention, également, ne fait pas intervenir la pluridisciplinarité requise dans ces programmes.

De plus, tout programme d'éducation thérapeutique doit être validé par l'ARS avant sa réalisation, étape non réalisée dans cette étude, cette intervention étant à titre expérimental et ne demandant aucun financement.

La physiologie et la chronobiologie du sommeil n'a pas été abordée précisément dans l'éducation thérapeutique, mais de façon succincte oralement, suivant les besoins de compréhension. Nous n'avons pas jugé nécessaire d'approfondir ce point, la physiologie n'étant pas accessible à tout public. En séance collective, la physiologie aurait pu être détaillée, le niveau socioculturel et de connaissances des participants pouvant être plus diverses et l'effet de groupe stimulant la réflexion et le questionnement.

Les méthodes de thérapie cognitivo-comportementale n'ont été utilisées que partiellement, non de manière exhaustive. La thérapie cognitive nécessitant une formation spécifique n'a pas été pratiquée, seules certaines fausses croyances concernant le traitement hypnotique ont été levées lors des séances. La restriction du temps de sommeil n'a pas été utilisée dans cette étude, sa pratique nécessitant une analyse spécialisée du sommeil et un suivi étroit du patient. La relaxation a été simplement citée. Seuls les règles d'hygiène et le contrôle de stimulus ont servi dans l'élaboration des séances d'éducation et ont pu être appliqués par les patients. L'éducation en séance individuelle apparaît chronophage dans la pratique courante, par le temps consacré à chaque patient et par le petit effectif étudié, mais présente également des avantages (dialogue et échange facilité, patient au centre de la prise en charge, adaptation de l'éducation à chaque patient).

Ainsi, on pourrait facilement décliner cette intervention en une éducation thérapeutique de groupe, proposée dans un pôle de santé avec de multiples intervenants (infirmières, pharmaciens, médecins, psychologues).

On peut imaginer le déroulement du programme d'éducation thérapeutique de la façon suivante:

- Première séance consacrée à la physiologie du sommeil, à l'agenda du sommeil. Visionnage du film réalisé par Dr Eric Mullens sur le thème du sommeil, les règles de sommeil et les traitements (disponible sur le site <http://eric.mullens.free.fr/hyg-f.htm>), proposée à l'ensemble des participants.
- Une deuxième séance par groupe de 6 à 8 patients, comprenant la réalisation des deux rondes des décisions (cartes de Barrows) et la découverte du livret d'informations avec les animateurs.
- Une troisième séance faisant intervenir un psychologue ou un reflexologue pour aborder le thème de la relaxation et d'autres techniques cognitivo-comportementales utiles dans la prise en charge des troubles du sommeil.

Une éducation de ce type pourrait ainsi être proposée à un plus grand nombre de patient et applicable plus facilement dans le champ de la médecine générale.

3.2. Sur les résultats

3.2.1. Faisabilité de l'étude

L'étude s'est dans son ensemble bien déroulée.

Le recrutement a nécessité un temps considérable (3 mois, soit la moitié de l'étude) malgré le faible effectif choisi.

19 patients étaient initialement prévus, seuls 16 ont finalement honorés la première séance. Parmi les raisons de désistements, on observe un deuil et 2 patients finalement plus intéressés par la proposition.

Au cours de l'étude, un seul patient a interrompu sa participation (pensant pouvoir se documenter seul par le biais d'internet, mais démarche sans succès, d'après son médecin traitant, ce patient a majoré sa consommation d'hypnotique), un deuxième désistement a pu être évité en motivant le patient par un appel téléphonique.

Finalement, 15 patients ont assisté à l'ensemble du programme. Pour 3 patients, la troisième séance s'est transformée en entretien téléphonique, pour cause d'oubli du rendez-vous. Cela ne gênant pas forcément le déroulement du programme mais jouant sur la qualité de l'évaluation, le ressenti n'étant pas perçu par téléphone, les connaissances acquises étant moins détaillées, ainsi cette formule n'est pas à garder pour évaluer les objectifs dans l'idéal.

L'entretien téléphonique n'a pas posé de problème particulier.

Le temps consacré à chaque patient, lors de l'étude, est évalué à 3 heures de prise en charge individuelle. L'étude aura duré 6 mois dans sa totalité, le recrutement ayant duré à lui seul 3 mois, temps sous-estimé en début d'étude.

Par rapport aux patients recrutés initialement, on peut observer un taux de participation de 79% pour l'ensemble du programme.

L'intervention des secrétaires de la maison médicale a permis de faciliter l'organisation de l'éducation thérapeutique, pour les rendez-vous, les désistements.

Pour la réalisation de l'éducation thérapeutique, dans un pôle de santé, la participation des secrétaires et la pluridisciplinarité sont indispensables.

La maison médicale de Revigny, par sa salle de réunion, a procuré un lieu unique pour la réalisation de l'éducation thérapeutique, permettant au patient d'identifier ce lieu comme un endroit propice aux échanges concernant son sommeil et son traitement. La maison médicale a offert un lieu facilement accessible en termes de plages horaires, cela facilitant la réalisation du programme.

Pour 1 patient, limité dans ses déplacements, les séances se sont déroulées à domicile, cela n'a pas été un obstacle mais a permis de créer une offre supplémentaire dans l'éducation.

3.2.2. Caractéristiques de l'échantillon de la population étudiée

L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale, l'étude ciblant des patients volontaires donc concernés par leurs troubles du sommeil et leur traitement hypnotique.

L'une des limites de l'étude est le petit nombre de patients recrutés, ce qui n'a pas empêché de mener à bien l'intervention d'éducation thérapeutique. Nous avons décidé, pour faciliter la

lecture des résultats de l'étude, d'utiliser les pourcentages, même si ceux-ci n'ont pas de valeur statistique aux vues du faible effectif étudié.

Dans l'échantillon, lesex-ratio est de 3 femmes pour 1 homme. Dans les études de consommation d'anxiolytiques, on observe la même tendance : 2 fois plus de femmes consomment ce genre de traitement.

De plus, la participation majoritairement féminine, peut s'expliquer par le fait que les femmes accèdent plus facilement à la consultation, s'expriment plus facilement et communiquent leur mal-être plus aisément que les hommes. Dans le rapport de l'OPEPS (6), les sociologues observent que : « la communication de son mal-être auprès du médecin semble plus accessible aux femmes, de la même manière qu'elle semble davantage attendue par les médecins », ce qui peut expliquer la participation féminine prédominante dans cette étude, celles-ci étant plus ouvertes au dialogue et peut-être plus réceptives à la proposition d'éducation thérapeutique. De plus, dans l'exercice quotidien, 55% des consultants en médecine générale sont des femmes (159).

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 67.25 ans, cela est en corrélation avec la consommation de somnifères dans la population générale, qui concernent principalement la personne de plus de 65 ans (3, 6).

69% des patients disent ronfler, il serait sûrement intéressant de compléter cette donnée, en réalisant une échelle d'Epworth, qui oriente vers un éventuel syndrome d'apnées du sommeil.

Le recrutement s'est effectué par les médecins exerçant dans la maison médicale, 93% des participants ont été recrutés par un unique médecin, médecin formé en éducation thérapeutique et sensibilisé à ce nouveau mode d'exercice.

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, en terme d'éducation thérapeutique, afin que cette pratique devienne pratique courante en médecine générale, les médecins ont des difficultés à changer leur mode d'exercice et donc à y faire bénéficier leurs patients.

Une formation et une sensibilisation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique paraissent indispensables et nécessaires. Dans cette étude, un biais de recrutement peut être ainsi observé, la quasi-totalité des patients émanant d'un seul généraliste.

Le recrutement s'est effectué sur environ 3 mois, temps nécessaire pour atteindre l'effectif choisi, si l'ensemble des médecins de la maison médicale avait participé au recrutement, ce dernier aurait été réalisé sur une plus courte durée et l'étude aurait donc été achevée dans un plus bref délai.

56% des patients décrivent un sommeil satisfaisant, 66% des EVA du sommeil sont supérieures à 6/10, 88% des participants dorment moins de 6 heures par nuit, les troubles de sommeil décrits sont prédominés par les difficultés d'endormissement, les réveils nocturnes ou les 2. L'âge des participants est à prendre en compte, le sommeil devenant plus fractionné, plus léger, plus court, présentant une répartition différente sur les 24 heures avec des siestes

diurnes plus fréquentes (7 patients font la sieste, dont 5 pour une durée de plus de 30 minutes). L'échantillon étudié regroupe plus de troubles de sommeil, que la population générale (30% dans l'étude du Tarn (42)), ce qui est logique, les patients étant traités initialement pour l'insomnie.

Le niveau socioculturel n'a pas été apprécié, il aurait pourtant été intéressant de corréler la réceptivité, la motivation du patient à l'éducation thérapeutique en fonction du niveau socioculturel. Globalement, la population étudiée apportait des niveaux socioculturels relativement variés, la zone géographique concernée par l'exercice médical étant semi-rurale.

La situation sociale et professionnelle a été analysée, mais il apparaît difficile d'en tirer une interprétation significative. Il est fastidieux de conclure à leur influence dans l'incidence et la prévalence des troubles du sommeil aux vues du petit échantillon. Aucun participant ne travaille en horaires décalés, la quasi-totalité des patients sont entourés, leurs situation socio-professionnelles sont très diverses. Dans la littérature, les horaires de travail décalés, le faible niveau socioéconomique, le chômage majorent les troubles du sommeil (42, 43).

3.2.3. Satisfaction et réceptivité du patient à l'éducation thérapeutique

Au départ, seuls 25% des patients expriment leur manque d'informations leur sommeil et leur traitement. Cela peut s'expliquer par la proposition inhabituelle de ce type d'intervention, le patient n'étant pas familiarisé à ce genre de prise en charge. Malgré des attentes minimales en terme d'informations, lors de la première séance, plus de 80% des patients trouvent un intérêt à la proposition d'éducation thérapeutique (peut les aider, leur apporter des connaissances) et 100% pensent que cela peut les convaincre d'un sevrage thérapeutique.

La première séance satisfait 94% des patients, elle apparaît être un bon moyen d'éducation pour 87% des patients, apparaît utile pour 81% des patients et elle répond aux attentes de 87% des patients. Ces résultats apparaissent encourageants pour le déroulement de l'étude.

La totalité des patients semble réceptive et motivée pour atteindre les objectifs, les objectifs étant quasiment choisis par tous les patients alors que le choix n'était pas obligatoirement exhaustif. 1 seul patient n'a pas souhaité apprendre à remplir l'agenda du sommeil, le trouvant trop fastidieux.

L'implication et la participation active des patients sont appréciées lors de la deuxième séance, l'agenda du sommeil étant rempli par 80% des patients.

La deuxième séance (rondes des décisions, livret) a satisfait 100% des patients et apparaît pour tous comme un bon moyen d'éducation. Les informations délivrées (sur le sommeil, les règles d'hygiène, le traitement hypnotique) semblent adaptées et répondent aux attentes de tous les patients. 100% des patients sont réceptifs par les supports utilisés. L'éducation thérapeutique apparaît utile pour 93% des patients et satisfait les attentes de 93% des patients. 67% des patients auraient aimé bénéficier plus tôt de cette éducation thérapeutique. La

motivation et la réceptivité des patients s'accroissent pendant la réalisation de l'étude, ce qui renforce l'utilité de proposer aux patients ce genre d'intervention.

La satisfaction des patients apparaît maintenue à la troisième séance.

A 3 mois, 93% des patients estiment que l'éducation thérapeutique leur a été utile pour prendre en charge leurs troubles du sommeil différemment.

La satisfaction des patients observée lors de l'étude montre que les patients sont réceptifs à ce mode d'exercice. Ce constat encourage une démarche active des professionnels de santé afin d'inciter les patients à s'impliquer davantage dans la prise en charge de leur trouble du sommeil et à participer activement à leur santé.

Dans ces résultats, il faut prendre en compte le biais d'acquiescement inévitable dans les questions d'opinion, le patient étant sûrement plus encouragé à répondre qu'il est intéressé ou que la séance est intéressante plutôt que le contraire, surtout face à l'éducateur. Malgré cela, la plupart des patients paraissait réellement satisfaits du programme proposé.

Concernant l'ambiance de l'étude, le déroulement de l'intervention s'est bien passé, les patients ont été coopératifs, intéressés, engageant le dialogue, posant des questions, les échanges ont été réciproques, constructifs et enrichissants.

3.2.4. Le traitement hypnotique

La prescription du traitement hypnotique de la population étudiée émane pour 81% du médecin généraliste, valeur superposable à la population générale, puisque l'on observe que 80% des prescriptions sont réalisées par le médecin traitant (6).

La durée des prescriptions de somnifères est rarement respectée dans la population générale (6). Dans l'échantillon étudié, cette tendance apparaît également, toutes les consommations sont supérieures à 6 mois, 50% de celles-ci sont supérieures à 10 ans.

Les prescriptions concernent pour les benzodiazépines pour 10 patients (44%) choisies de demi-vie courte comme le préconisent les recommandations, les antihistaminiques pour 5 patients (31%) et les hypnotiques apparentés pour 4 patients (25%), parmi ces chiffres 3 patients consomment 2 médicaments pour dormir. Les benzodiazépines, comme dans les prescriptions générales, arrivent en tête dans la prise en charge de l'insomnie (53, 54, 55).

3 patients se voient prescrits 2 traitements pour dormir, cela s'explique par leurs antécédents de dépression sévère mais leur état de santé actuel ne justifie plus la reconduction de leur prescription.

7 patients consomment également un autre traitement psychotrope, 2 pour dépression majeure (épisode ancien) et 5 pour dépression mineure (épisode ancien). Un antidépresseur sédatif

(agoniste 5 HT2) est prescrit à 2 patients. Malheureusement, l'indication initiale de ces derniers n'a pas pu être définie, la prescription de l'antidépresseur sédatif concerne-t-elle l'épisode dépressif ou les troubles du sommeil ? Ce traitement a-t-il été instauré dans un contexte d'insomnie associée à un épisode dépressif, ou pour une dépression ou une insomnie isolée ?

Il aurait été intéressant de pouvoir répondre à cette question, ces produits agissant également sur le sommeil chez les patients atteints de dépression majeure (le traitement étiologique étant primordial dans l'insomnie (1)).

1 des patients recrutés présente un syndrome d'apnées du sommeil et de jambes sans repos, pour lesquels, aucun traitement spécifique n'a été instauré. Une amélioration du sommeil pourrait être observée grâce à un traitement étiologique, avant même l'utilisation d'un traitement hypnotique.

La prescription médicamenteuse globale apparaît, comme souvent en France, importante, 11 patients (69%) consomment quotidiennement plus de 5 médicaments, parmi ces consommations, on observe chez 7 patients (44%) la prise de médicaments influençant négativement le sommeil (notamment des antihypertenseurs), dont l'effet est à prendre en compte dans la prise en charge des troubles du sommeil et dans la prescription d'un traitement hypnotique. A noter, qu'il est toujours difficile de prouver le rôle d'une molécule sur le sommeil. Il serait peut-être intéressant de proposer à ces patients (selon les possibilités médicales) un remplacement de ces traitements pour des molécules ayant moins d'actions sur le sommeil. Une relecture des ordonnances pourrait être réalisée en collaboration avec le pharmacien (pôle de santé) et une formation des médecins concernant les médicaments néfastes au sommeil pourrait être proposée.

Le motif de prescription évoqué par 11 patients (69%) est le trouble du sommeil, isolé ou accompagné d'anxiété, d'un accident de vie difficile. Pour les autres patients, l'anxiété, les accidents de vie, une hospitalisation sont retrouvés, sans que les troubles du sommeil soient mentionnés d'emblée. Troubles existants par ailleurs et retrouvés quand on réalise une anamnèse plus détaillée. Une analyse diagnostique attentive du médecin généraliste apparaît nécessaire pour décrire et prendre en charge les troubles du sommeil, afin de poser au mieux l'indication d'un traitement hypnotique.

L'indication du traitement hypnotique a été rediscutée antérieurement, par le médecin traitant, pour 69% des patients. Selon les recommandations, l'indication devrait être remise en cause à chaque renouvellement de traitement. Dans la pratique, on observe une difficulté à proposer et mettre en œuvre un sevrage de ces traitements. Il apparaît plus aisé et moins chronophage de renouveler la prescription plutôt que de négocier, d'organiser, avec le patient, un sevrage de son somnifère, sevrage souvent fastidieux.

On observe que 80% des patients ne connaissent pas les risques de leur traitement hypnotique, 93% ne connaissent pas la durée de prescription théorique d'un traitement hypnotique. La plupart des patients (69%) sont conscients du risque de dépendance, par leur expérience

(signe de sevrage lors d'un arrêt brutal du traitement). Ces informations doivent être apportées au patient lors de l'instauration de son traitement selon les recommandations.

En pratique, on observe un manque de connaissance, une banalisation de prescription et de consommation de ce genre de traitement.

Dans l'exercice quotidien, le médecin n'insiste pas suffisamment auprès du patient sur les méfaits et risques du traitement, alors que cela pourrait et devrait être fait lors de chaque renouvellement.

La prise du traitement hypnotique apparaît pour 12 patients (80%) comme une habitude, un rituel de coucher (après la détente), ce qui souligne leur attachement au traitement, bien que l'ECAB ne soit significativement positive que pour 7 patients (44%).

L'efficacité du traitement perçue par la population étudiée apparaît satisfaisante pour 62% des patients, alors que dans certaine étude (137), 68% des patients estimaient la prise médicamenteuse non satisfaisante dans la prise en charge de leurs troubles du sommeil. 75% des participants de l'étude aimeraient pouvoir se passer complètement de leur traitement pour dormir, bien qu'ils en soient satisfaits (79% sont du même avis dans l'étude précédemment citée) et bien que le traitement ait une action sur leur sommeil (sommeil correct ou possible grâce au traitement dans 75% des cas). Ces derniers résultats ont encouragé notre démarche d'éducation thérapeutique, afin d'apporter au patient des informations sur son traitement (efficacité contre-versée, effets secondaires et risques non négligeables, amélioration de la qualité de vie sans altérer le sommeil lors du sevrage) et sur les alternatives non pharmacologiques pour la prise en charge de ses troubles du sommeil (règles d'hygiène, contrôle de stimuli, restriction du temps passé au lit), afin qu'il envisage une prise en charge de ses insomnies différente, qu'il décide de sevrer son traitement et d'appliquer des habitudes favorables à son sommeil.

3.2.5. Les règles d'hygiène de sommeil

Les règles d'hygiène favorables au sommeil sont globalement connues et appliquées par la majorité des patients (80%). Le contrôle de stimuli et la restriction du temps de sommeil sont moins connues du public (50%).

Les raisons de troubles de sommeil évoquées par les patients sont principalement psychologiques (anxiété, stress, rumination, événements de vie pour 80% des réponses); proportion élevée par rapport aux études réalisées (41, 42), alors que le non-respect des règles de sommeil (souvent en cause) n'est guère mentionné.

Pourtant l'environnement, important dans ces règles, apparaît une condition indispensable à un bon sommeil pour les patients (une chambre calme, fraîche ou sombre constitue 80% des réponses).

Il apparaissait nécessaire d'insister sur ces différents points dans l'éducation thérapeutique, concepts utilisés dans les thérapies cognitivo-comportementales ayant prouvé leur efficacité

dans de nombreuses études et apportant une solution non pharmacologique dans la prise en charge des troubles du sommeil et dans le sevrage des hypnotiques.

3.2.6. Impact de l'éducation thérapeutique

La proposition d'une éducation thérapeutique individuelle organisée sur le sommeil et leur traitement, semble être une méthode efficace pour sensibiliser les consommateurs de somnifères à la réduction de leur consommation médicamenteuse, au sevrage, au suivi médical spécifique par le médecin de famille et les encourage à appliquer les règles d'hygiène de sommeil (hygiène quotidienne, restriction du temps passé au lit, contrôle de stimuli) afin d'obtenir une amélioration de leur qualité de sommeil.

Les règles d'hygiène semblent être appliquées par la totalité des participants autant à 1 mois qu'à 3 mois avec un retentissement positif sur le sommeil mitigé à 1 mois (33% d'amélioration) mais plus encourageant à 3 mois (60% d'amélioration). Bénéfices moins marqué que dans d'autres études ((137): 53% à 1 mois et 84% à 3 mois). L'absence de bénéfice sur le sommeil n'ayant pas influé sur l'application des règles d'hygiène qui persiste et se renforce à moyen terme. Ce constat doit inciter le médecin traitant à encourager ses patients à poursuivre ses efforts en appliquant les conseils d'hygiène de sommeil.

A noter la difficulté observée des patients à chiffrer leur sommeil, expliquant les erreurs retrouvées à 1 et 3 mois entre l'EVA du sommeil et l'appréciation par le patient de son sommeil. L'amélioration du sommeil a été interprétée principalement en fonction du ressenti du patient sur son sommeil et non sur le résultat de l'EVA, même si globalement ce dernier montre la même tendance.

En fin de deuxième séance, 73% des patients avaient déclaré avoir l'intention de consulter spécifiquement son médecin traitant pour organiser la diminution de son traitement hypnotique (contre 37% dans l'étude de J. Hullar (137)). A 1 mois (troisième séance), 33% des patients ont revu leur médecin traitant et ont abordé les séances d'éducation thérapeutique. A 3 mois, 80% des patients ont consulté leur médecin traitant et ont discuté de l'éducation thérapeutique et de leur traitement hypnotique (contre 21% dans l'étude de J. Hullar (137)).

Les consultations observées auprès du médecin traitant ne peuvent pas être qualifiées de spécifiques aux troubles du sommeil et à son traitement, les patients consultants pour un autre motif (renouvellement, pathologie aiguë) et lors de cette consultation le sujet du sommeil est alors abordé avec le médecin. Aucun des patients n'a revu de façon plus régulière son médecin pour organiser la décroissance ou l'arrêt de son traitement hypnotique, les patients décidés au sevrage ou à la diminution de posologie, ont opéré les changements seuls sans suivi médical étroit. La consultation médicale été réalisée dans un second temps mais pas spécifiquement pour aborder ce sujet, malgré que la deuxième séance insiste sur le rôle

important du médecin traitant et du suivi médical dans la prise en charge des troubles du sommeil et l'organisation du sevrage du traitement. A noter également, que la plupart des patients (14 patients) de l'étude sont suivis pour des affections chroniques et revoient ainsi régulièrement leur médecin traitant.

En France, le patient consulte son médecin le plus fréquemment pour le contrôle et le suivi des affections chroniques (159), 42% des consultations sont consacrées à ce type de suivi, c'est ce moment que le patient choisi pour parler, à son médecin, de son traitement hypnotique.

Ce constat peut être corrélé par le fait que les différentes séances d'éducation peuvent être assimilées par le patient comme un suivi spécifique de ses troubles du sommeil et de son traitement et ne voit pas l'intérêt d'un suivi supplémentaire par son médecin traitant. Dans l'étude réalisée par l'organisation Gallup (45) portant sur une population souffrant d'insomnie, seuls 5% des patients avaient consulté spécifiquement son médecin traitant. Pour beaucoup de patients, le médecin traitant n'est pas indispensable dans la prise en charge des troubles du sommeil (hormis pour renouveler le traitement hypnotique), ni pour prendre le relai dans une telle démarche d'informations et d'éducation thérapeutique. Le médecin traitant apparaît de cette manière peut-être par le fait qu'en pratique quotidienne de médecine générale, on propose peu d'alternatives au patient (éducation, thérapie cognitivo-comportementale, relaxation...) dans la prise en charge de ses troubles du sommeil. Malgré ce constat, lors de l'étude, on apprécie que le médecin traitant a participé à l'éducation thérapeutique (pour 80% des patients à 3 mois) en abordant les séances, les éventuels progrès et difficultés du patients, même si les consultations n'étaient pas spécifiques.

Concernant la prise de décision du patient vis-à-vis de son traitement, des résultats positifs apparaissent précocement dans l'étude.

Dès la deuxième séance (8 à 15 jours après le début de l'éducation), déjà 9 patients (60%) ont diminué progressivement leur consommation et 2 de ces patients (13%) ont arrêté leur traitement hypnotique sans souci notable.

Ce constat montre, que sur ce petit échantillon de patients, l'entretien motivationnel et l'implication du patient dans la prise en charge de ses troubles du sommeil et sa santé entraînent des prises de décisions et des changements chez le patient éduqué.

Cette observation est encourageante et se retrouve dans tout programme d'éducation thérapeutique.

A 1 mois, 10 patients (67%) ont décroît leur consommation de somnifère et 3 de ces patients (20%) l'ont arrêté sans signe de sevrage ni altération du sommeil. A 3 mois, 12 patients (80%) ont diminué la posologie quotidienne de leur traitement hypnotique (diminution significative pour 10 d'entre eux : supérieure à 50% de la posologie initiale). Parmi eux, 7 patients (47%) ont arrêté complètement leur consommation sans dégradation du sommeil.

L'éducation thérapeutique n'a pas eu d'impact sur la diminution de traitement pour 3 patients uniquement (20%), chez qui aucun changement de traitement n'a été entrepris lors de l'étude, changement pouvant être observé à plus long terme.

Si l'on corrèle la diminution de posologie ou le sevrage avec le score de l'ECAB, on observe une diminution de consommation supérieure pour les patients ayant une ECAB inférieure à 6 (non dépendants) : 7 patients contre 5 patients ayant une ECAB supérieure à 6 (dépendants). Parmi ces diminutions, respectivement, 5 sevrages sont observés contre 2. Ces observations confirment l'utilité et la validité de l'ECAB, le score exprimant l'attachement du patient à son traitement et donc les difficultés à un sevrage.

Ces résultats sont très encourageants, même si l'on ne peut pas les généraliser à la population générale, l'échantillon étudié étant de faible effectif et non représentatif de la population générale.

Ainsi, l'éducation thérapeutique peut convaincre et décider les patients à diminuer leur consommation de somnifères, voire les arrêter, afin d'améliorer leur santé sans altérer leur qualité de vie et de sommeil, même quand la consommation est ancienne. L'absence de signe de sevrage et d'altération du sommeil lors de la diminution progressive du traitement, confirme les résultats de la littérature, à savoir la décroissance progressif de posologie des traitements hypnotiques prévient les syndromes de sevrage et de rebond et n'altère pas la qualité de vie du patient (8).

Le médecin traitant doit continuer à motiver ses patients à poursuivre ses efforts pour accroître les bénéfices de l'éducation thérapeutique à plus long terme.

La totalité des patients est convaincue de l'intérêt du sevrage, même si un attachement à leur traitement persiste chez 56% des patients n'ayant pas sevré son traitement à 1 mois et 75% des patients à 3 mois, cela malgré les informations délivrées, preuve de la dépendance psychique forte à ce type de molécules.

Si l'on corrèle la diminution de posologie ou le sevrage avec le score de l'ECAB, on observe un attachement au traitement pour 5 patients ayant une ECAB supérieure à 6 et pour seulement 2 patients ayant une ECAB inférieure à 6. Cela confirme ainsi les scores obtenus lors de la réalisation de l'ECAB.

Evidemment, il serait intéressant de poursuivre à plus long terme l'évaluation des changements de comportements de ces patients.

Les objectifs fixés en début de programme ont été atteints de façon satisfaisante (considérés comme satisfaisants les acquisitions aux 2/3).

Les bienfaits du sommeil sont connus par 87% des patients, les conséquences du manque de sommeil sont acquises par 93% des patients, 100% des patients ont pu citer 3 règles favorables au sommeil.

Les éléments à éviter pour bien dormir sont assimilés par 100% des patients, les risques du traitement sont connus par 60% des patients, 87% des patients connaissent la durée de prescription théorique d'un somnifère, 80% des patients savent remplir un agenda du sommeil (contre 29% dans l'étude (137)).

Concernant l'agenda du sommeil, 1 patiente n'a pas été séduite par l'outil. 12 patients (80%) ont rempli l'agenda, 9 sans erreur (75%). Les 3 autres agendas comportaient plusieurs erreurs ou n'étaient que partiellement remplis, malgré tout, ils apparaissent interprétables, en reprenant les données avec le patient. Parmi les 12 agendas remplis, 11 (92%) correspondent aux troubles de sommeil évoqués lors du diagnostic éducatif, seul 1 agenda montré des troubles moins marqués et donc un sommeil faussement sous-estimé par le patient. 8 patients étaient sensibles à l'agenda et 5 d'entre eux ont continué de le remplir à 1 mois pour observer leur sommeil pendant la diminution de posologie ou le sevrage de leur traitement.

93% des patients ont relu le livret d'information lors du programme d'éducation thérapeutique.

Ces résultats sont très encourageants et montrent que la motivation, la participation active du patient à sa santé permettent aux patients d'acquérir des connaissances et des compétences sur sa maladie et la gestion de son traitement.

Les risques du traitement restent les moins connus, les patients étant peu sensibilisés avant l'éducation thérapeutique, ce qui encourage à insister sur les modalités, les effets secondaires, les risques du traitement auprès du patient dès l'instauration et à chaque renouvellement.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique ont été largement atteints, les patients ont acquis des connaissances, des compétences d'autosoins et d'adaptation, qui leur ont permis de prendre en charge leurs troubles du sommeil différemment, de changer leur comportement (application des règles d'hygiène), de prendre des décisions favorables pour leur santé (consultation auprès de leur médecin, diminution ou sevrage de leur traitement) et de prendre conscience des risques de leur traitement. Que ce soit en groupe ou en individuelle, l'éducation thérapeutique est bénéfique dans les décisions de santé (applications des règles d'hygiène, restriction de sommeil, sevrage, diminution de consommation du traitement (137) et dans l'amélioration des troubles du sommeil (136, 137).

L'ensemble de ces résultats positifs et significatifs prouvent l'efficacité de notre démarche d'éducation thérapeutique sur cette population qui s'est investie dans la prise en charge des troubles du sommeil et de leur traitement.

Une intervention brève centrée sur le sevrage et les méthodes de thérapie cognitivo-comportementales ont également ici montré leur bénéfices dans la prise en charge du patient (116 à 120).

3.2.7. Expérience personnelle et professionnelle

De nombreuses et conséquentes études ont déjà démontré l'efficacité de l'éducation thérapeutique ou des méthodes alternatives (thérapie cognitivo-comportementale, relaxation) dans la prise en charge de l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques (97 à 108, 116 à 120).

Le but de cette étude était de tester l'éducation thérapeutique dans le sevrage des hypnotiques en ambulatoire et pas seulement prouver son efficacité. Bien qu'ici, les résultats apparaissent satisfaisants auprès des 15 participants, le petit échantillon ne permet pas de généraliser ces conclusions à la population générale.

Consciente que ce travail ne révolutionne pas la Médecine, l'efficacité de l'éducation thérapeutique étant prouvée depuis longtemps par de larges travaux, plus représentatifs et significatifs que cette étude.

Je voulais insister sur ma volonté personnelle de réaliser cette étude du début à la fin, créer les questionnaires, les supports (livret et rondes des décisions), animer les séances, rencontrer les patients, apprendre à les connaître, les écouter, échanger avec eux, leur consacrer du temps, les rappeler à 3 mois pour prendre de leurs nouvelles...

En terme médical, même si les résultats apparaissent minimes, l'effectif étant faible, il en ressort un enrichissement personnel et professionnel important.

En effet, cette étude m'a apporté beaucoup dans mon expérience professionnelle, avec l'envie dans l'avenir de continuer dans cette démarche d'éducation thérapeutique (formation, propositions d'éducation aux patients), qui apporte, je pense, beaucoup de satisfaction tant pour le patient que pour le médecin.

La satisfaction, la réceptivité et la motivation des patients ont porté vers le haut cette étude.

A travers ce travail, je voulais également mettre en avant, qu'une prise en charge différente de l'insomnie et du sevrage des hypnotiques peut être proposée aux patients, même sans avoir bénéficié d'une formation spécifique, tant pour l'éducation thérapeutique, que pour les techniques cognitivo-comportementales. Il suffit simplement de s'intéresser au sujet, prendre du temps, vouloir proposer des alternatives non pharmacologiques et améliorer la qualité des soins délivrés aux patients.

Sans parler d'éducation thérapeutique, cette étude montre qu'il suffit de consacrer du temps à son patient, de prendre le temps de l'écouter, de lui expliquer des choses simples pour améliorer sa prise en charge.

La relation médecin-malade est primordiale dans l'exercice médical.

Malheureusement, dans la pratique quotidienne, il apparaît difficile de dégager le temps nécessaire pour proposer une prise en charge différente aux patients, et il est moins chronophage de renouveler un traitement hypnotique.

CONCLUSION

L'approche thérapeutique des troubles du sommeil et de leur traitement basée sur l'éducation thérapeutique et les concepts de thérapies cognitivo-comportementales est connue des professionnels de santé comme efficace mais nécessite un investissement important en temps, difficilement compatible avec l'exercice quotidien de la médecine générale. La faisabilité de l'étude apparaît possible mais demande de se consacrer exclusivement au programme, des journées entières étaient, ici, consacrées à la réalisation des séances et ne sont malheureusement pas envisageable lors de consultation classique de médecine générale, faute de temps. Dans l'avenir, avec le changement d'exercice et de mode de rémunération prévus par les ARS concernant les programmes d'éducation thérapeutique (160), de telles interventions pourraient se multiplier dans la pratique des médecins généralistes et apporter des bénéfices dans l'amélioration de la santé publique et de la prise en charge des patients. Cette éducation thérapeutique pourrait être déclinée en séance de groupe afin d'apparaître moins chronophage et d'être proposée à un plus grand nombre de patients, faisant intervenir une pluridisciplinarité (pharmaciens, infirmiers, psychologues) indispensable à la réalisation.

Cette étude a permis de montrer qu'un tel processus éducatif permet d'apporter au patient les informations indispensables à la connaissance et compréhension de sa maladie et de lui permettent de participer activement et pleinement à la prise en charge de ses troubles du sommeil et à l'adaptation de son traitement hypnotique en acquérant des compétences spécifiques (objectifs atteints de façon satisfaisante). Les résultats de cette étude confirment l'efficacité de l'éducation thérapeutique et des méthodes de thérapie cognitivo-comportementale en séance individuelle. Des changements de comportement, notamment l'application des règles d'hygiène, la diminution voire le sevrage du traitement hypnotique par les patients ont pu être observés de façon significative lors de l'étude. 100% des patients ont appliqué les conseils de sommeil et une amélioration du sommeil a été observée chez 60% des patients. 80% des patients étudiés ont diminué la consommation de somnifère à 3 mois, parmi eux, 7 patients (42%) ont réussi le sevrage de leur traitement. 100% des patients ont pris conscience des risques de leur traitement et sont convaincus de l'intérêt d'un sevrage. Malgré ces résultats satisfaisants, l'effectif de l'étude étant faible, il est difficile de les généraliser à la population générale.

Ces résultats encouragent le développement de ce genre d'intervention dans la prise en charge globale des patients, même si elles apparaissant chronophages, les résultats en termes de santé sont significatifs pour les patients. L'éducation thérapeutique doit apparaître pour les professionnels de santé comme un nouveau mode d'exercice, notamment en médecine générale, qui peut améliorer la qualité des soins, la santé et la qualité de vie des patients. Une sensibilisation des professionnels de santé et des patients paraît indispensable. Il est nécessaire que l'éducation thérapeutique soit incluse dans la formation médicale de tout médecin lors de ses études ou lors de la formation médicale continue pour les médecins généralistes installés. Personnellement et professionnellement, cette étude a apporté un enrichissement non négligeable.

BIBLIOGRAPHIE

1. SFTG, HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2006.
2. HAS. Actualités et Pratiques. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Focus n° 5. Janvier 2009 [consulté le 25.10.10]
Disponible à partir de : URL : <http://www.has-santé.fr/portail/jcms/c_724891/n5-focus>.
3. HAS. Actualités et Pratiques. Stratégies d'arrêt des benzodiazépines : enjeux et moyens. Focus n°7. 5 mars 2007 [consulté le 22.10.10]
Disponible à partir de : URL : <http://www.has-santé.fr/portail/jcms/c_747367/n7-focus>.
4. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:817-25.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;55-64.
6. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. Le bon usage des médicaments psychotropes. Juin 2006 [consulté le 27.06.11]
Disponible à partir de :
URL : <<http://www.assemblée-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.asp>>.
7. AFSSAPS. Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques. Septembre 2002.
8. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007.
9. Tassi P, Thibault-Stoll A, Chassagnon S, Biry S, Petiau C. Thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2010;20:125-30.
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education- Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group. Copenhagen : WHO; 1998.
11. Fournier C, Buttet P, INPES. Education du patient dans les établissements de santé français : l'enquête EDUPEF. *Evolutions*. 2008;9:1-6.
12. Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre. L'éducation thérapeutique. 3 avril 2009 [consulté le 4.01.11]
Disponible à partir de :
URL : <<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/educationtherapeutique.pdf>>.
13. HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives. Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville. Février 2008.
14. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. Loi Hôpital Patients Santé Territoires. 21 juillet 2009.
15. De Saint-Denis H. Les rêves et les moyens de les diriger. Paris: Tchou; 1958.

16. Maury A. Le sommeil et les rêves. Études psychologiques sur ces phénomènes et les divers états qui s'y rattachent. Paris: Librairie académique Didier et Cie; 1862.
 17. Loomis AL, Harvey EN, Hobart GAI. Cerebral stages during sleep, as studied by human brain potentials. *J Exp Psychol.* 1937;21:127-44.
 18. Rechtschaffen A, Kales A. A manual of standardized terminology, techniques, and scoring system for sleep stages of human subjects. Los Angeles: BIS/BRI, University of California; 1968.
 19. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF, American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications. 1st Ed. Westchester; 2007.
 20. Dauvilliers Y, Billiard M. Aspects du sommeil normal. *EMC-Neurologie.* 2004 Octobre;1(4):458-80.
 21. Anulf I. Normal and disordered sleep. *Ann Pharm Fr.* 2007;65:239-50.
 22. INVS. Sommeil, un carnet pour mieux comprendre. Les carnets du sommeil [consulté le 11.01.11]
- Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Actu-Carnet-Mieux-Comprendre.pdf>>.
23. Carrier J, Bliwise D. Sleep and circadian rhythms in normal aging. In: Billiard M, editor. Sleep, physiology, investigations and medicine. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 2003. p. 297-332.
 24. Cajochen C, Krauchi K, Wirz-Justice A. Role of melatonin in the regulation of human circadian rhythms and sleep. *J Neuroendocrinol.* 2003;15:432-7.
 25. Sommeil et médecine générale. Chronobiologie, devoir dormir [consulté le 10.08.11]
- Disponible à partir de :
 URL : <<http://www.sommeil-mg.net/spip/Chronobiologie-Devoir-dormir>>.
26. Borbely AA. A two process model of sleep regulation. *Hum Neurobiol.* 1982;1:195-204.
 27. Sanger DJ, Soubrane C, Scatton B. New perspectives for the treatment of disorders of sleep and arousal. *Ann Pharm Fr.* 2007 ;65:268-74.
 28. Cirelli C. Cellular consequences of sleep deprivation in the brain. *Sleep Med Rev.* 2006;10(5):307-21.
 29. Bonnet MH, Arand DL. Clinical effects of sleep fragmentation versus sleep deprivation. *Sleep Med Rev.* 2003;7(4):297-310.
 30. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep.* 2005;28(10): 1289-96.
 31. Mallon L, Broman JE, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short-sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care.* 2005;28:2762-7.
 32. Phillips B, Mannino DM. Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *J Clin Med.* 2007;3:489-94.
 33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 34. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester, III: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

35. Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Elsevier Masson. Paris, 2006.
36. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*. 1989;262:1479-84.
37. Gislason T, Almqvist M. Somatic diseases and sleep complaints. An epidemiological study of 3 201 Swedish men. *Acta Med Scand*. 1987;221:475-81.
38. Blain H, Dauvilliers Y. Troubles du sommeil fréquemment observés chez le sujet âgé. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2010 ;10 :6-13.
39. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J of Sleep Res*. 2000; 9(1):35-42.
40. Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. *Encephale*. 2004;30(3):222-7.
41. INPES. Les français et leur sommeil. Mars 2008 [consulté le 8.11.10]
Disponible à partir de : URL : <<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf>>.
42. Mullens E, CPAM du Tarn. Enquête sur le sommeil. Janvier 1994
[consulté le 10.01.11]
Disponible à partir de : URL : <<http://eric.mullens.free.fr/autres/enqt81.pdf>>.
43. Beck F, Léon C, Pin-Le Corre S, Léger D. Troubles du sommeil:caractéristiques sociodémographiques et comorbidités anxiodépressives. Etude (Baromètre santé INPES) chez 14 734 adultes en France. *Revue Neurologique*. 2009 ;65(1):933-42.
44. Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport sur le thème du sommeil. Décembre 2006 [consulté le 20.01.11]
Disponible à partir de :
URL :<http://www.sfrms-sommeil.org/IMG/pdf/rapport_sommeil_giordanella.pdf>.
45. Gallup Organization Sleep in America. Princeton NJ: The Gallup organization, 1991.
46. Léger D, et al. La perception de l'insomnie en médecine générale. *PresseMéd*. 2005;34:1358-62.
47. Kokkoris C.P, Weitzmann E.D, Pollak C.P, Spielman A.J, Czeisler C.A, Bradlow H. Long term ambulatory temperature monitoring in a subject with a hypernycthemeral sleep-wake cycle disturbance. *Sleep*. 1978;1:177-90.
48. Coates TJ, Killen JD, George J et al. Estimating Sleep Parameters. *J Consult Clin Psychol*. 1982;50:345-52.
49. Bastuji H, Jouvet M. Intérêt de l'agenda de sommeil pour l'étude des troubles de la vigilance. *Electroencephalography and clinicalNeurophysiology*. 1985;60:299-305.
50. Legrain M. Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France. Paris: SNIP ; 1990.
51. Zarifian E, Ministère du travail et des affaires sociales. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris : Ministère du travail et des affaires sociales; 1996.
52. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Rev Med Ass Maladie*. 2003;34(2):75-84.

53. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. *Rev Med Ass Maladie*. 2003;34(4):233-248.
54. Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale. *Etudes et Résultats, DREES*. 2004;347:1-12.
55. Paterniti S, Bisserbe JC, Alperovitch A. Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population. The EVA study. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1998;46:253-62.
56. Sanger D.J, Soubrane C, Scatton B. New perspectives for the treatment of disorders of sleep and arousal. *Ann Pharm Fr*. 2007;65:268-74.
57. Les neurobranchés. Les hypnotiques, modulation de la réponse GABAergique. [consulté le 10.09.11] Disponible à partir de : URL : <<http://neurobranches.chez-alice.fr/neurophy/aainhib3.html>>.
58. Bourin M. Les médicaments du sommeil et de la vigilance et leurs indications. *Ann Pharm Fr*. 2007;65:251-7.
59. A.Brion. Actualités dans le traitement médicamenteux de l'insomnie. *Ann Méd Psychol*. 2002;160:97-101.
60. Sateia MJ, Nowel PD. Insomnia. *Lancet*. 2004;364:1959-73.
61. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A et coll. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*. 2000;162(2):225-33.
62. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005;331:1169-73.
63. Anonyme. Plaintes de mauvais sommeil. Autant que possible, éviter les somnifères. *La Revue Prescrire*. 2008;28:111-8.
64. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use. *CNS Drugs*. 2004;18:37-48.
65. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: 1. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:30-9.
66. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Médicaments et risque de chutes. *Folia Pharmacotherapeutica*. 2003;30:78.
67. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Regiat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging*. 2008;25(1):61-70.
68. Wagner AK, Ross-Degnan D, Gurwitz JH. Effect of New York state regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. *Ann Intern Med*. 2007;146:96-103.
69. Ray WA, Griffin MR, Downey W. Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA*. 1989;262(23):3303-7.
70. Drummer H. The role of drugs in road safety. *Austr Prescr*. 2008;31:33-5.
71. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Fam Physician*. 1998;44:799-808.
72. Saïas T, Gallarda T. Réactions d'agressivité sous benzodiazépines : une revue de la littérature. *Encéphale*. 2008;34:330-6.
73. Gerson M. La dépendance aux benzodiazépines. *La Revue Prescrire*. 1987;7(63):125-6.

74. Lemoine P. Tranquillisants, hypnotiques, vivre avec ou sans ? Risques et bénéfices de la sérénité chimique. Paris: Flammarion médecine-sciences; 1999.
75. Ancoli-Israel S, Richardson GS, Mangano RM, Jenkins L, Hall P, Jones WS. Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. *Sleep Med.* 2005;6(2):107-13.
76. Goldenberg F, Hindmarch I, Joyce CRB, et al. Zopiclone, sleep and health-related quality of life. *Hum Psychopharmacol.* 1994;9:245-51.
77. Guay B, Morin C. Le traitement pharmacologique de l'insomnie, controverses et réalité. *Le Médecin du Québec.* 2010;45(3):67-71.
78. Holm KJ, Goa KL. Zolpidem: an update of its pharmacology, therapeutic efficacy and tolerability in the treatment of insomnia. *Drugs.* 2000;59:865-89.
79. Carson S, McDonagh M, Thakurta S, Yen P. Drug class review: Insomnia. 2008 [consulté le 25.08.11]
Disponible à partir de :
URL :<<http://www.ohsu.edu/drugeffectiveness/reports/final.cfm>>.
80. Krystal AD, Walsh JK, Laska E, et al. Sustained efficacy of eszopiclone over 6 months of nightly treatment: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study in adults with chronic insomnia. *Sleep.* 2003;26:793-9.
81. Langtry HD, Benfield P. Zolpidem. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drugs.* 1990;40:291-313.
82. Courtet Pet coll. Abus et dépendance au zolpidem: à propos de sept cas. *Encephale.* 1999;25 :652-7.
83. Lemoine P, Allain H, Janus C. Gradual withdrawal of zopiclone (7.5 mg) and zolpidem (10 mg) in insomniacs treated for least 3 months. *Eur Psychiatry.* 1995;10(Suppl. 3):161s-5s.
84. Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G, Jollie P. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J ClinPharmacol.* 2007;64(2):198-209.
85. Verster JC, Veldhuijzen DS, Patat A, Olivier B, Volkerts ER. Hypnotics and driving safety: meta-analyses of randomized controlled trials applying the on-the-road driving test. *Curr Drug Saf.* 2006;1(1):63-71.
86. Afssaps. Arrêt des hypnotiques – Conduite à tenir dans le contexte du retrait du Noctran® et de la Mepronizine®. Juillet 2011.
87. Silber MH. Chronic insomnia. *N Engl J Med.* 2005;353:803-10.
88. HAS. Commission de la transparence. Avis sur Circadin®. 10 décembre 2008 [consulté le 22.07.11]
Disponible à partir de:
URL :<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/circadin_-_ct-5644.pdf>.
89. Buscemi N, Vandermeer B, Pandya R, et al. Melatonin for treatment of sleep disorders. Evidence Report, Technology Assessment no. 108. Agency for Healthcare Research and Quality. 2004 [consulté le 21.07.11]
Disponible à partir de :
URL :<<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/melatonin/melatonin.pdf>>.

90. Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N et al. Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: meta-analysis. *BMJ*. 2006;332:385-93.
91. Bent S, Padula A, Moore D, et al. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2006;119:1005-12.
92. Taibi DM, Landis Ca, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. *Sleep Med Rev*. 2007;11:209-30.
93. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: a systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev*. 2010;14(5):329-37.
94. Spielman A, Caruso L, Glovinsky PA. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatry Clinics of North America*. 1987;10:541-53.
95. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
96. Mimeault V, Morin CM. Self-help treatment for insomnia: Bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:511-9.
97. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent Evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-1414.
98. Baillargeon L, Demers M. Enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens. *Can Fam Phys*. 1996; 42:426-32.
99. Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. *Can Fam Phys*. 1997; 43:290-6.
100. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psych*. 1994; 151(8):1172-80.
101. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1972;7:395-6.
102. Royant-Parola S. In: Léger D, dir. *Troubles du sommeil*. Paris: Doin; 2001.
103. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DL, Bootzin RR. Nonpharmacological treatment of chronic insomnia. *Sleep*. 1999;22:1134-56.
104. Murtagh DRR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;26:79-89.
105. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*. 1987;10:45-56.
106. Friedman L, Bliwise DL, Yesavage JA, Salom SR. A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *Journal of Gerontology*. 1991;46:1-8.
107. Morin CM, Colecchi CA, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281(11):991-9.

108. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France. Thèse Med : Université Paris 7-Denis Diderot. 2010.
109. Montgomery P, Dennis JA. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002; Issue 2. Art. No.: CD003403. DOI:10.1002/14651858.CD003403.
110. Da Silva JB, Nakamura MU, Cordeiro JA, Kulay LJ. Acupuncture for insomnia in pregnancy: a prospective, quasi-randomized, controlled study. *Acupunct Med*. 2005;23(2):47-51.
111. Spence W, Kayumov L et al. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16:19-28.
112. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1094-100.
113. Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SC, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med*. 2003;33(7):1223-37.
114. Morin CM, Belanger L, Bastien C, Vallières A. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behav Res Ther*. 2005;43(1):1-14.
115. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *Encéphale*. 2010;36:340-7.
116. Jones D. Weaning elderly patients off psychotropic drugs in general practice: a randomized controlled trial. *Health Trends*; 1990;22(4):164-6.
117. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract*. 1994;44(378):5-8.
118. Oude Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006;189:213-20.
119. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Grégoire JP, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Can Med Assoc J*. 2003;169(10):1015-20.
120. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):332-42.
121. Fournier C. L'éducation du patient. *Laënnec*. 2002;1:15-24.

122. Van Ballekom K. L'éducation du patient en hôpital. L'autonomie du patient: de l'information à l'éducation. Une étude sur l'éducation thérapeutique du patient en hôpital: pratiques et politiques en Belgique, Royaume-Uni, France et Pays-Bas. Conclusions et recommandations pour la Belgique. Godinne: Centre d'Education du patient; 2008.
123. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. Janvier 2001.
124. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 2002-2005. Novembre 2001.
125. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005. Février 2002.
126. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005. Novembre 2002.
127. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007.
128. HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007.
129. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Madame la Ministre de la santé, de la jeunesse et de la vie associative. Septembre 2008 [consulté le 22.03.11]
Disponible à partir de : URL :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pgf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf>.
130. World Health Organization, Center for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004.
131. World Health Organization. Skills for health. Geneve: WHO; 2003.
132. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé publique*. 2007;19(4):283-92.
133. INPES. L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2011. 2007.
134. Paraponaris A, Guerville MA, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats*. 2001;753:1-8.
135. INPES. Eduquer au sommeil. *La santé de l'Homme*. 2007;388:1-56.
136. Gauriau C, Raffray T, Choudat D, Corman B, Léger D. Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. *Presse Med*. 2007;36:1721-31.
137. Hullar J. Impact d'une éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte. Thèse Med : Université de Nancy I. 2009;162.

138. Réseau Morphée. Agenda de vigilance et de sommeil [consulté le 2.02.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <http://www.reseau-morphee.fr/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/agenda_2p.pdf>.
139. Foucaud J, Bury J.A, Balcou-Debussche M, Eymard C, dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action; 2010 : 412 p.
140. Afssaps. Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques. 2 septembre 2002 [consulté le 7.06.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/950a60184ec4a7baa2c5eae0e7f82ee3.pdf>.
141. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-based learning. An approach to medical education. New York : Springer Publishing Compagny ; 1980.
142. Gagnayre R, Magar Y, D'Ivernois JF. Eduquer le patient asthmatique. Paris : Vigot ; 1998.
143. D'Ivernois JF, Ipcem. Apprentissage et techniques pédagogiques en éducation thérapeutique du patient. Novembre 2009 [consulté le 7.03.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://poitou-charentes.sante.gouv.fr/accueil/sante/pdf/4%20-%20JFI.pdf>>.
144. Mullens E. Conseils généraux [consulté le 10.01.11]
 Disponible à partir de : URL : <<http://eric.mullens.free.fr/hyg-f.htm>>.
145. INVS. Passeport pour le sommeil [consulté le 9.11.10]
 Disponible à partir de : URL :
 <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/passeport_du_sommeil.pdf>.
146. INPES. Bien dormir, mieux vivre. Le sommeil, c'est la santé ! Conseils aux adultes. 2008 [consulté le 10.11.10]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf>>.
147. INVS. Sommeil, chambre et literie. Les carnets du sommeil [consulté le 11.01.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Actu-Carnet-Sommeil-Public.pdf>>.
148. INVS. Sommeil et stress. Les carnets du sommeil [consulté le 11.01.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Actu-Carnet-Sommeil-Stress.pdf>>.
149. INVS. Adopter une bonne hygiène de sommeil. Les recommandations de l'INVS. 2010 [consulté le 11.01.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Presse-JNS-2010.pdf>>.
150. INVS. Sommeil, quand il prend de l'âge. Les carnets du sommeil [consulté le 11.01.11]
 Disponible à partir de : URL :
 <<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Actu-Carnet-Sommeil-Age.pdf>>.
151. Royant-Parola S. Le rôle des synchroniseurs veille-sommeil ou comment améliorer les troubles du sommeil du sujet âgé. 2007 [consulté le 9.11.10]

Disponible à partir de : URL :

<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937775/psycho-sa-plaintes-du-sommeil-insomnie>.

152.Royant-Parola S. Que faire devant une insomnie ? [consulté le 18.01.11]

Disponible à partir de : URL :

<<http://sommeil.univ-lyon.fr/articles/royant-parola/insomnie/print.php>>.

153.Société Scientifique de Médecine Générale Belge. Insomnie : Recommandation en première ligne de soins. Recommandations de Bonne Pratique. 11 juin 2005.

154.Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Somnifères et calmants, réfléchissez avant de consommer. Brochure patient. 2009 [consulté le 28.10.10]

Disponible à partir de : URL :

<http://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/MIJN_GEZONDHEID1_MENU/SESOIGNER1_MENU/BONUSAGE1>.

155.Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Je dors mal ! Document d'information destiné aux patients. 3 novembre 2009 [consulté le 9.11.10]

Disponible à partir de : URL :

<http://www.urmlra.org/upload/editor/2009_11_03_Plaquette_Iatrogene_noir_et_blanc_1268322440241.pdf>.

156.Afssaps. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point. Juin 2005.

157.Hartley S, Quera-Salva T. Insomnies: hypnotiques ou non? *Médecine*. 2009;5:208-13.

158.Ghiglione R, Matalon B. Les enquêtes sociologiques, Théories et pratique. Paris : Colin Armand ; 1999.

159.Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie. *Etudes et Résultats*. 2004;315:1-12.

160.Jacquat D. Rapport au premier ministre. Education thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Juin 2010.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les médicaments et la conduite automobile



Informations sur les médicaments et la conduite automobile

Certains médicaments peuvent altérer vos capacités à :

- conduire un véhicule (voiture, poids lourd, deux-roues...),
- accomplir des tâches avec des machines qui nécessitent une attention soutenue, de la précision et le respect des consignes de sécurité, que ce soit dans un cadre professionnel ou lors d'activités de bricolage (scies électriques, tronçonneuses...).

Depuis 1999, les médicaments qui peuvent avoir un effet sur l'aptitude à la conduite automobile sont signalés par le pictogramme ci-contre, imprimé sur le conditionnement extérieur.



Pour mieux vous informer de ces risques, l'Afssaps a mis en place un nouveau dispositif. Au cours des prochains mois, le pictogramme actuel sera progressivement remplacé par les trois nouveaux pictogrammes ci-dessous.

À chacun correspond :

- un niveau de risque (niveau 1, 2 ou 3), en fonction de l'importance des effets du médicament sur les capacités de conduite ;
- une couleur différente (jaune, orange ou rouge) ;
- un message donnant l'attitude pratique à adopter lors de l'utilisation du médicament concerné.



La prise d'un médicament n'est jamais un acte anodin, car elle peut avoir des conséquences sur votre sécurité et celle des autres. Elle engage toujours votre responsabilité, même si vous avez pris l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Médicaments et conduite automobile : les 7 règles d'or (22/09/05), pdf 124ko

ANNEXE 2 : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)

Amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)



OUTIL D'EVALUATION DE L'ATTACHEMENT DU PATIENT A SON TRAITEMENT PAR BENZODIAZEPINES ÉCHELLE ECAB

- Un score inférieur à 6 permet de façon raisonnable d'éliminer un attachement excessif au traitement nécessitant un accompagnement soutenu.
- En cas de score ECAB supérieur ou égal à 6, l'attachement du patient à son traitement est important et les modalités d'arrêt doivent être prudentes, notamment la décroissance très progressive

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

Référence :

Pélissolo A, Naja WJ. Evaluation de la dépendance aux BZD à l'aide d'une échelle cognitive. Synapse - 1996;131:37-40.

ANNEXE 3 : Informations et accord du patient

Madame, Monsieur,

En collaboration avec votre médecin traitant, nous aimerions vous proposer un **programme d'éducation thérapeutique** portant sur votre **traitement pour dormir**.

Parmi vos médicaments, vous prenez un médicament pour les troubles du sommeil. L'analyse de votre dossier médical montre que désormais ce **médicament n'est pas indispensable** et peut altérer votre santé et votre bien-être.

Il est connu que l'efficacité du traitement diminue fortement au fur et à mesure de leur utilisation et peuvent produire des effets néfastes.

Ainsi, nous vous convions à participer à **3 séances d'éducation thérapeutique** portant sur ce sujet afin d'améliorer votre santé.

Première séance : Rencontre, questionnaire pour apprendre à vous connaître, remise de l'agenda du sommeil, avec les explications pour le remplir. Discussion sur les objectifs à atteindre à court et moyen termes pour promouvoir votre santé et votre sommeil.

Deuxième séance : Atelier pour mieux connaître son sommeil, apprendre les règles d'hygiène pour mieux dormir, informations sur votre traitement. Analyse de votre agenda du sommeil pour évaluer vos difficultés à dormir.

Troisième séance à 1 mois : Entretien pour évaluer ensemble les bénéfices de l'éducation thérapeutique sur votre santé et votre sommeil. Discuter de vos objectifs et analyser le chemin parcouru en 1 mois. Reprendre quelques notions d'éducation. Répondre à vos éventuelles questions.

Entretiens téléphoniques à 3 mois : Afin de prendre de vos nouvelles, connaître les objectifs atteints et évaluer les bénéfices sur votre santé et votre sommeil.

Ainsi, afin de pouvoir vous convoquer aux différentes séances et pouvoir vous joindre par téléphone à 3 mois, vos coordonnées sont nécessaires, ces dernières resteront confidentielles. Toutes les informations recueillies durant les différentes séances sont soumises au secret médical, donc ne seront pas divulguées en dehors de ces entretiens (sauf à votre médecin traitant) et seront incluses à votre dossier médical.

Cette intervention fait partie d'une étude rentrant dans le cadre d'une thèse de médecine générale, toutes les données utilisées seront évidemment anonymes.

Merci.

Emeline PARISOT, étudiante en médecine

Je soussigné(e)....., donne mon accord pour participer aux différentes séances d'éducation thérapeutique concernant mon traitement pour dormir.

J'ai reçu les informations nécessaires concernant cette intervention.

J'autorise mon médecin traitant, à partager les données de mon dossier médical, si nécessité, il y a.

J'autorise que tous les éléments concernant ces séances, soient transmis à mon médecin traitant et incorporés à mon dossier médical.

J'autorise que l'on me contacte par téléphone par la suite, pour évaluer l'intérêt de ces séances sur ma santé.

J'ai été informé que toutes les séances se feront dans les règles de la confidentialité et de la déontologie.

Date :

Signature :

NOM :.....

Prénom :.....

Adresse :.....
.....

Numéro de téléphone:.....

ANNEXE 4 : Agenda du sommeil et Notice d'utilisation

COMMENT REMPLIR

L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda se remplit à deux moments de la journée :

- ✓ Le matin au réveil pour décrire le déroulement de la nuit.
- ✓ Le soir pour reporter ce qui s'est passé dans la journée.

Le matin :

- ✓ Inscrivez la date (exemple : nuit du ...au...).
- ✓ Notez le moment où vous vous êtes mis au lit par une flèche vers le bas (le coucher doit être indiqué même si c'est pour lire ou regarder la télévision).
- ✓ Mettez une flèche vers le haut pour indiquer votre horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
- ✓ Hachurer la zone correspondant à votre sommeil. Si vous vous êtes réveillé en pleine nuit et que cet éveil a été gênant, vous interrompez la zone hachurée en regard des heures de réveil. Le but n'est pas de se souvenir précisément des horaires d'éveil mais de traduire votre impression avec des horaires approximatifs.
- ✓ Précisez ensuite la qualité de votre sommeil, votre forme au réveil (qualité du réveil) en les qualifiant de : TB= très bon, B=bon, Moy=moyen, M=mauvais, TM=très mauvais).
- ✓ Précisez si vous avez pris des médicaments, ou si il y a eu un événement ayant perturbé votre sommeil (exemples : activité le soir, soucis, douleur, maux de tête...).

Le soir :

- ✓ Si vous avez fait une sieste, hachurez la zone correspondant à cette sieste.
- ✓ Si vous avez somnolé en journée, indiquez par un « S » les moments de somnolence.
- ✓ Précisez votre forme globale dans la journée par TB, B, Moy, M, TM selon votre impression.

Vous remplirez cet agenda pendant **8 jours minimum**. Il est intéressant d'avoir sur votre agenda **l'étude de la semaine et du week-end**.

[illegible]

1/2 sonneil

ANNEXE 5 : Carton de rendez-vous remis au patient en fin de séance

Date de la prochaine séance

Le :2011

A :Heures

ANNEXE 6 : Diagnostic éducatif

DIAGNOSTIC EDUCATIF

Date de l'entretien :	
N° patient :	
Nom :	
Prénom :	
Situation familiale :	
	☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Marié(e) ☐ Enfants combien : ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Entouré(e) par la famille ☐ Isolement social
Situation professionnelle :	
	☐ En activité précisez : ☐ Travail posté ☐ Travail de nuit ☐ Horaires changeantes (les trois 8) ☐ Au chômage ☐ Retraité(e) ☐ Mère au foyer ☐ Autre :
N° de téléphone :	
Adresse :	
Date de naissance :	
Age :	
Nom du médecin traitant :	
Antécédents médicaux :	
Pathologies liées au sommeil :	
	☐ SAOS (PPC ☐) ☐ Syndrome des jambes sans repos
Traitement médicamenteux :	
Troubles sensoriels :	
	☐ Auditif ☐ Visuel ☐ Non
Barrière de la langue :	
	☐ Oui ☐ Non
Fragilité psychologique :	
	☐ Oui ☐ Non
Molécule prescrite pour dormir :	

Posologie :
Date d'instauration :
Prescripteur initial : ☐ Médecin traitant ☐ Lors d'une hospitalisation ☐ Autre :
Motif de prescription : ☐ Trouble du sommeil ☐ Accident de vie, événement difficile ☐ Anxiété, angoisse ☐ Hospitalisation ☐ Autre : (exclusion des indications rhumatologiques, neurologiques ou psychiatriques)
Votre médecin traitant a déjà rediscuté de l'indication de votre traitement : ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, quand : à plusieurs reprises :
Essai de sevrage antérieur : ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser :
Essai de diminution de posologie : ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser :
Consommation concomitante : ☐ Autres psychotropes : ☐ Alcool consommation : heures : ☐ Tabac consommation : heures : ☐ Thé consommation : heures : ☐ Café consommation : heures : ☐ Sodas consommation : heures : ☐ Homéopathie ☐ Autre :
Perception de l'efficacité du traitement sur le sommeil : ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Peu satisfaisante EVA du sommeil :/10
Efficacité actuelle comparable à son instauration : ☐ Oui ☐ Non

Selon vous, l'efficacité de votre traitement est-elle durable dans le temps ? ☐ Oui ☐ Non			
Connaissez-vous la durée normale d'un traitement pour dormir ?			
Effets secondaires du traitement : ☐ Chutes non expliquées ☐ Vertiges ☐ Troubles de la mémoire ou concentration ☐ Fatigue, somnolence ☐ AVP			
Selon vous, votre traitement comporte-t'il des risques ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, citez 3 effets néfastes :			
Pensez-vous que votre traitement peut rendre dépendant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sur quels arguments :			
Evaluation de la dépendance (ECAB, score >6 = dépendance) : VRAI FAUX			
Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament sur moi	☐ 1	☐ 0	
Ce médicament est pour moi comme une drogue	☐ 1	☐ 0	
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament	☐ 1	☐ 0	
J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament	☐ 1	☐ 0	
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament	☐ 1	☐ 0	
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament	☐ 1	☐ 0	
Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade	☐ 1	☐ 0	
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer	☐ 1	☐ 0	
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête	☐ 1	☐ 0	
Je prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin	☐ 0	☐ 1	
Score obtenu :/10			
Envie de sevrage: ☐ Oui ☐ Non ☐ Pourquoi oui : ☐ Pourquoi non :			
A votre avis, un sevrage pourrait-il être bénéfique pour vous?: ☐ Oui ☐ Non ☐ Préciser:			
Pour vous, dormir est-il essentiel pour une bonne santé ? ☐ Oui ☐ Non			

Comment jugez-vous votre sommeil ? : ☐ Très bon ☐ Bon ☐ Satisfaisant ☐ Non récupérateur ☐ Peu satisfaisant ☐ Mauvais ☐ Peu amélioré par mon traitement ☐ Correct grace au traitement ☐ Possible grace au traitement
Donner 3 raisons expliquant vos troubles du sommeil :
Expliquez vos troubles du sommeil : ☐ Difficultés d'endormissement ☐ Réveils nocturnes ☐ Réveils précoces ☐ Impression de ne pas dormir ☐ Autre :
Combien de temps dormez-vous en moyenne ? ☐ Plus de 10 heures ☐ 8 heures ☐ 6 heures ☐ Moins de 6 heures ☐ Autre :
Vous levez-vous et vous couchez-vous à la même heure tous les jours ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre :
Vous dormez : ☐ Seule ☐ Avec votre conjoint ☐ Avec votre animal de compagnie ☐ Autre :
Ronflez-vous ? ☐ Oui ☐ Non
Faites-vous la sieste ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, quand et combien de temps :
Faites- vous du sport ?sortez-vous en journée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Quelques fois ☐ Si oui quand dans la journée :
Quel repas est le plus copieux dans votre journée ? ☐ Le petit-déjeuner ☐ Le déjeuner ☐ Le souper

Mangez-vous aux mêmes heures tous les jours ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre :
Que faites vous avant de vous coucher, pour préparer votre sommeil ? 3 réponses :
Que faites-vous si votre sommeil ne vient pas ? ☐ Vous restez au lit et attendez de vous endormir ☐ Vous vous levez et faites autre chose ☐ Autres :
Votre lit est-il uniquement consacré au sommeil ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Si non, qu'y faites-vous ? (tv, lecture, ressasser les soucis...) Quelle est, pour vous, la condition idéale et nécessaire pour dormir ? 1 réponse :
Avez-vous déjà rempli un agenda du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non
Remise et explication agenda du sommeil ☐
Manquez-vous d'informations sur votre sommeil et votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans avis
Que pensez-vous de cette démarche d'éducation portant sur les conseils pour mieux dormir et votre traitement ? ☐ Très intéressante ☐ Intéressante ☐ Plutôt intéressante ☐ Peu intéressante ☐ Pas intéressante Pensez-vous que cela peut vous aider ? ☐ Oui ☐ Non Améliorer votre santé ? ☐ Oui ☐ Non Vous apporter des connaissances ? ☐ Oui ☐ Non Changer votre comportement et appliquer les règles d'hygiène du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non Vous convaincre de l'intérêt du sevrage ou de la diminution de votre traitement ? ☐ Oui ☐ Non
Date de la seconde séance :

ANNEXE 7 : Contrat d'objectifs

CONTRAT D'OBJECTIFS

NOM :

PRENOM :

Suite cette première séance et après discussion, je m'engage à atteindre les objectifs suivants :

CHOIX ACQUIS NON ACQUIS

- Savoir remplir l'agenda du sommeil. ☐ ☐ ☐
- Citer 3 bienfaits du sommeil. ☐ ☐ ☐
- Citer 3 conséquences du manque de sommeil. ☐ ☐ ☐
- Citer 3 conseils pour mieux dormir. ☐ ☐ ☐
- Citer 3 éléments qui perturbent le sommeil. ☐ ☐ ☐
- Citer 3 risques de la prise d'un médicament ☐ ☐ ☐
pour dormir.
- Citer la durée normale de prescription d'un ☐ ☐ ☐
traitement pour dormir.

Date :

Nom :

Prénom :

Signature :

ANNEXE 8 : Première ronde des décisions :

Le sommeil et les règles pour bien dormir

QUE FAUT-IL FAIRE
POUR BIEN DORMIR ?

SE LEVER TOUS LES
JOURS À LA MÊME
HEURE

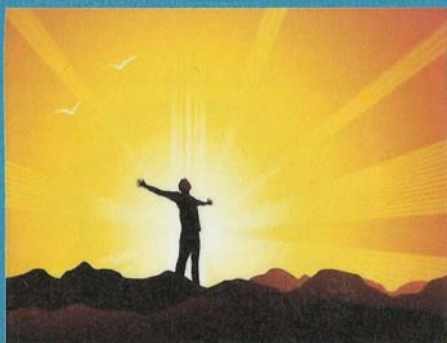


OUI

Pour faciliter l'endormissement, rien de mieux que des **horaires réguliers** de lever et de coucher pour programmer son corps. Surtout au lever, car c'est à ce moment que notre horloge biologique se remet à l'heure.



**S'EXPOSER À LA LUMIÈRE
DÈS LE MATIN ET DANS LA
JOURNÉE**



OUI

Les **rythmes biologiques** et donc du sommeil sont contrôlés par l'horloge interne qui s'ajuste en fonction de la lumière.

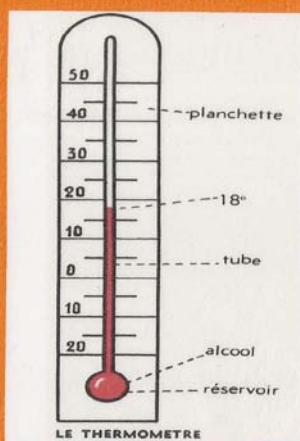
La lumière agit sur une hormone, la mélatonine, sécrétée la nuit qui règle notre rythme.

Ainsi, il est important de **s'exposer à la lumière** la journée. A défaut, utiliser les lumières artificielles, **ouvrir les volets**, ne pas rester dans le noir.

La nuit, **limiter la lumière** dans la chambre.



**LA TEMPÉRATURE DE
LA CHAMBRE DOIT ÊTRE
À 18-19 °C**



OUI

La chambre doit être **modérément chauffée** pour faciliter l'endormissement.

La température du corps devant **baisser** pour le sommeil.



**PRENDRE UNE DOUCHE
CHAUDE AVANT LE COUCHER**



NON

Prendre une douche peut vous **détendre** avant le coucher mais il faut privilégier une **douche tiède**, voire fraîche pour faire baisser la température corporelle propice à l'endormissement.



**REGARDER LA TÉLÉVISION
OU ÉCOUTER DE LA MUSIQUE
AU LIT**

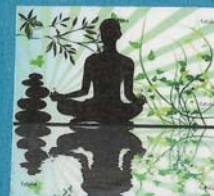


NON

Le bruit perturbe le sommeil, qui est plus léger et moins récupérateur.

Il faut une chambre propice au sommeil : calme donc **limiter le bruit** (téléphones, tv, appareils électroménagers).

N'utiliser le lit **que pour le sommeil** et l'activité sexuelle.



SORTIR, FAIRE DES ACTIVITÉS SOCIALES ET INTELLECTUELLES



OUI

Ces activités sont **bénéfiques** pour le sommeil.

Les sorties extérieures permettent l'**exposition à la lumière** nécessaire pour régler notre rythme veille-sommeil.



LA CIGARETTE ET L'ALCOOL SONT À ÉVITER



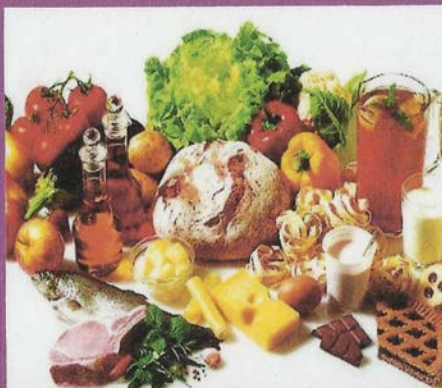
OUI

La nicotine est un **excitant** donc à éviter.

L'alcool favorise l'endormissement mais rend le **sommeil très léger**, donc est délétère.



MANGER COPIEUSEMENT LE SOIR



NON

Eviter les repas copieux le soir car la digestion perturbe le sommeil.
La faim perturbe également le sommeil.
Il faut manger à **distance du coucher** et à **heures régulières**, les repas réglant aussi l'horloge interne.



FAIRE DU SPORT EN SOIRÉE



NON

Il vaut mieux faire ces activités à **distance du coucher** pour faciliter le sommeil, pour que la température corporelle puisse baisser avant l'endormissement.
Réserver une **période de calme et de détente avant le sommeil**.
L'activité physique régulière est favorable en synchronisant l'horloge interne et en améliorant sa qualité.



FAIRE UNE SIESTE



OUI

La sieste est bénéfique, c'est un besoin naturel de repos, elle permet d'être en forme et vigilant.

Elle ne perturbe pas le sommeil si elle est courte (10 - 30 mn) et tôt dans l'après-midi (avant 16 heures).



BOIRE UNE TISANE OU DU LAIT AVANT DE DORMIR



NON

Aucune boisson n'a prouvé son efficacité, mais la tisane ou le verre de lait peuvent être un rituel d'endormissement.

Par contre, il éviter le café, le thé, les sodas après 17 heures car se sont des excitants.

Attention à ne pas trop boire !



**DORMIR AU MOINS 8 HEURES
PAR NUIT**



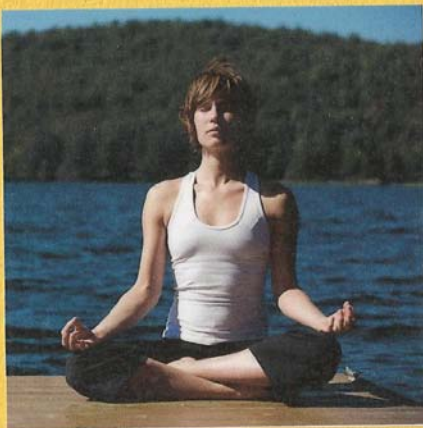
NON

Le besoin en sommeil est **différent**
d'une personne à l'autre, d'un âge
à l'autre.

Il existe des courts et des longs dormeurs.
On ne peut pas donner une durée précise
pour le sommeil, la **durée idéale** est celle
qui donne le **sentiment d'être en forme** le
lendemain.



**SE DÉTENDRE AVANT
LE COUCHER**



OUI

Le stress perturbe le sommeil.
Eviter de ressasser les soucis au lit.
Relaxez-vous.

Privilégier une **activité calme** avant
le coucher (lecture, tv) et éviter le
travail intellectuel, les jeux vidéos, les
recherches sur ordinateurs juste avant
de dormir.



**RESTER AU LIT MÊME
SI L'ON NE TROUVE PAS
LE SOMMEIL**



NON

Couchez-vous **quand vous êtes fatigués**
ou **prêt à aller au lit.**

Si vous n'arrivez pas à dormir au bout de
10 minutes, levez-vous et allez dans une
autre pièce.

Le sommeil reviendra au cycle suivant
(toutes les 90 minutes).



ANNEXE 9 : Deuxième ronde des décisions :

Le traitement hypnotique, ses méfaits et ses risques

**SELON VOUS,
VOTRE TRAITEMENT
POUR DORMIR**

**EST RISQUÉ POUR
MA SANTÉ**



OUI

Les principaux risques sont :

- Les accidents de la route
- Les chutes
- Les troubles cognitifs

Ainsi il faut **respecter** les doses prescrites, l'utiliser sur une **courte** durée et essayer de l'**arrêter**.



**DOIT ÊTRE ARRÊTÉ
POUR AMÉLIORER
SA SANTÉ**

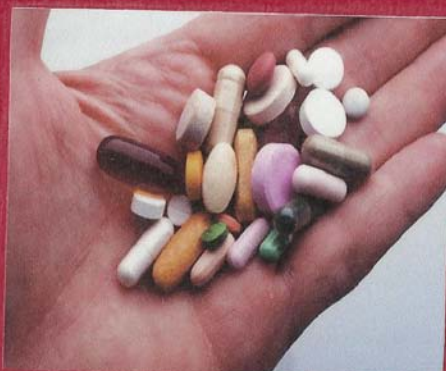


OUI

Nous pouvons vous y aider !
Sa consommation est **risquée**.
Son efficacité non prouvée.
Son arrêt améliore la **qualité de**
vie et ne troublera votre sommeil.



**NE PEUT PAS ÊTRE
PRIS AVEC TOUS LES
MÉDICAMENTS**



OUI

Attention aux **interactions**.
L'association avec d'autre
médicament nécessite un
avis auprès de votre médecin.
Certains traitements peuvent
majorer la somnolence.



EST LE SEUL MOYEN DE DORMIR



NON

Les troubles du sommeil ne nécessitent **pas forcément de traitement**, souvent ils s'améliorent en appliquant les **règles d'hygiène**.

Le traitement peut apporter une solution transitoire, il fait disparaître les symptômes mais ne traite pas la cause.

Ce genre de traitement induit un **sommeil moins récupérateur**.



PROVOQUE UNE DÉPENDANCE



OUI

Le corps s'y habitue et il devient **difficile de s'en passer**.

Ainsi, pour arrêter ce traitement, il faut **en parler à son médecin** et **diminuer progressivement** les doses.

Si des signes apparaissent lors du sevrage (maux de tête, anxiété, insomnie...), il faut revoir son docteur.



**EST AUSSI EFFICACE
QU'À SON INSTAURATION**



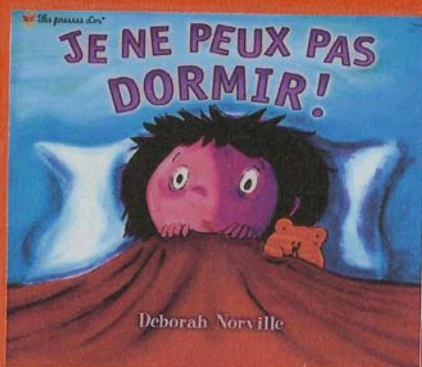
NON

Aucune étude ne prouve une efficacité de ces traitements sur le sommeil après quelques semaines.

Il est recommandé que ces traitements soient prescrits au maximum pour 4 semaines.

Si vous avez l'impression que votre traitement est efficace, c'est parce que sa prise est devenu un rituel de sommeil et vous rassure.

**L'ARRÊT DE MON TRAITEMENT
M'EMPÊCHERA DE DORMIR**



NON

Si le traitement est arrêté progressivement sous suivi médical, il n'altère pas la qualité de vie et améliore les fonctions cognitives.

Votre traitement a plus d'effets néfastes que de bénéfices.



**N'AGIT QUE LA
NUIT**



NON

Même si l'on ne le ressent pas forcément, un traitement pris au coucher peut avoir **encore** un effet dans la journée.

Cela peut provoquer des **maux de tête**, des **troubles de l'équilibre**, de la **mémoire**, de **concentration**, **ralentit les réflexes**.

Ce qui n'est **pas sans risque**.



**NE POSE PAS DE
PROBLÈME POUR
CONDUIRE**



© www.123rf.com

NON

Le traitement ralentit les réflexes donc **major**e le **risque d'accident**.



BIEN CONNAITRE SON SOMMEIL POUR MIEUX DORMIR

ANNEXE 10 : Livret d'informations remis au patient



LE SOMMEIL: une nécessité



- Le sommeil est déterminant pour la santé physique et psychique.
- Bien dormir, c'est mieux vivre!
- Les somnifères ne sont pas toujours une solution



- Le sommeil peut être amélioré souvent en appliquant des règles d'hygiène simples.



Mauvaise hygiène de sommeil

- Quand les activités dans la journée ou avant de s'endormir ne sont pas favorables pour préparer un sommeil de bonne qualité.



- L'**hygiène du sommeil** est indispensable pour remédier à ce problème...**avant même un traitement.**
- Le sommeil permet une récupération physique, psychologique et intellectuelle. Il est déterminant pour la croissance, le développement, la préservation de nos capacités cognitives, l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales et le repos de notre système cardiovasculaire.
- Il occupe **un tiers de notre temps et est essentiel.**



Conséquences néfastes du manque de sommeil

- Diabète
- prise de poids
- Maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle
- troubles digestifs
- maux de tête, difficultés d'apprentissage et de concentration
- soucis professionnels, dépression
- somnolence, notamment au volant (première cause d'accident sur autoroute)



Les besoins de sommeil

- Le besoin de sommeil est **différent d'une personne à l'autre**, d'un âge à l'autre.
- Un adulte dort en moyenne 7 à 8 heures par nuit, mais il existe des courts dormeurs (4h par nuit) et des longs dormeurs (12h par nuit).
- On ne peut pas donner de durée précise de sommeil, elle varie pour chacun d'entre nous.
- La **durée idéale** est celle qui donne le sentiment d'**'être en forme et efficace le lendemain matin**.
- Pour évaluer, ses besoins de sommeil, les vacances sont les plus appropriées: couchez-vous lorsque vous êtes fatigués et au lever, notez le temps de sommeil. (A faire sur plusieurs jours)



Les rythmes du sommeil



- **Chacun a son propre rythme** de sommeil avec ses horaires et habitudes.
- Nous devons tous composer en fonction de nos obligations (travail, famille).
- Les rythmes biologiques sont contrôlés par une **horloge interne** dont la période est proche de 24 heures, qui nécessite d'être **remise à l'heure par des signaux de l'environnement**.
- L'horloge interne se situe au cœur de notre cerveau, au niveau du **diencephale**.
- Cette horloge s'ajuste en fonction de la **lumière**, de notre **environnement**, de notre **activité sociale**.



La lumière est importante pour mon sommeil

- La lumière naturelle donne à notre corps un signal fort sur le temps qui passe **et permet une parfaite synchronisation** avec la journée de 24 heures.
- La lumière agit sur une hormone: la **mélatonine**, en l'inhibant, ainsi cette hormone est sécrétée la nuit, et règle notre rythme biologique.
- L'effet de la lumière dépend de son intensité, de sa durée, de l'heure dans la journée.
- A défaut de lumière naturelle, la **lumière artificielle** peut compenser ou remplacer.



Conseil pour mieux dormir

- S'exposer à la lumière naturelle dès le matin.
- Favoriser les sorties extérieures dans la journée.
- Pour les personnes limitées dans leur déplacement:
 - Ouvrir les volets.
 - Allumer les lampes, ne pas rester dans le noir.



Les horaires de lever et coucher

- Pour faciliter l'endormissement, rien de mieux que **des horaires réguliers**, afin que le corps anticipe et programme les mécanismes qui permettent de nous endormir.
- **Un lever à heure régulière est essentiel**, c'est à ce moment que nous sommes exposés à la lumière et que notre horloge se remet à l'heure.



Conseil pour mieux dormir

- Éviter les horaires de coucher et de lever trop variables.
- Respecter surtout l'horaire du lever qui synchronise le rythme veille-sommeil.
- Réglez votre réveil et levez-vous à la même heure tous les matins quelque soit la durée de sommeil.



Quand je n'arrive pas à dormir

- **Limiter le temps passé au lit** renforce le sommeil.
- De longs moments passés au lit sans dormir fragmentent et allègent le sommeil.
- Chez la **personne âgée**, le sommeil se modifie, devient **plus léger** l'endormissement est plus difficile et le réveil plus précoce. Le sommeil est morcelé.



Conseil pour mieux dormir

- Respectez votre rythme.
- Dormir selon les besoins et pas plus longtemps.
- N'utilisez le lit uniquement pour le sommeil et l'activité sexuelle et non pour regarder la télévision, manger, travailler et ruminer ses soucis.
- Couchez-vous lorsque vous êtes fatigué(e) ou prêt(e) à aller au lit.
- Si vous n'arrivez pas à vous endormir ou rendormir après 10 minutes, levez-vous et allez dans une autre pièce. Faites cela autant que nécessaire. Faites une activité calme, buvez une tisane. Le besoin de sommeil reviendra au cycle suivant (toutes les 90 minutes).
- Ne regardez pas l'heure pendant la nuit.
- Pour la personne plus âgée, reculer l'heure du coucher.

La sieste

- La sieste est souvent perçue comme négative dans notre société.
- Au Japon, elle est obligatoire dans certaines entreprises.
- La sieste est **encouragée** par de nombreux spécialistes du sommeil.
- C'est un **besoin naturel de repos**, elle coupe la journée pour **rester en forme et vigilant**.
- Elle permettrait de réduire les accidents de la route et du travail, de libérer la réflexion, serait bonne pour la digestion et le cœur.
- C'est un excellent moyen de recouvrer un manque de sommeil (nuit agitée, travail posté, heure tardive de coucher...).



Comment faire la sieste sans troubler le sommeil nocturne?

- Faire une sieste courte (10-30 minutes) en milieu de journée (avant 16 heures).
- En milieu calme (pas au lit) en lumière tamisée (pas dans le noir complet).
- Somnoler suffit pour récupérer.
- Utiliser le réveil pour éviter de la prolonger.



Sommeil et environnement

- Le **bruit perturbe** régulièrement le sommeil. Le sommeil **est moins récupérateur**, du fait des micro-réveils, il devient fractionné, plus léger.
- La **chambre** doit être **propice au sommeil**: bruit, lumière, température, literie, confort.
- Le fait de dormir seul, à 2, ou avec ses animaux influe sur le sommeil.



Conseils pour mieux dormir

- Limiter les sources de bruit de la chambre: éviter téléphones, télévisions, appareils électroménager bruyants, isoler les portes et fenêtres. Les bouchons d'oreilles peuvent être efficaces.
- La température de la chambre doit être modérée pour faciliter l'endormissement: 18-19°C.
- Limiter la lumière dans la chambre.
- Avoir une literie confortable (à changer régulièrement).
- Respectez le rythme du sommeil de votre conjoint (lampes de chevet individuelles, couettes séparées, silence quand le conjoint dort déjà...)
- Éviter les animaux sur le lit, ils n'ont pas le même rythme que nous et risquent de perturber notre sommeil.



Sommeil et activité



- L'**activité physique régulière** est favorable au sommeil en synchronisant l'horloge interne, en améliorant sa qualité, en limitant le poids et les troubles respiratoires nocturnes.
- Les **activités sociales et intellectuelles** sont **bénéfiques** en journée.
- Pour faciliter le sommeil ces activités doivent être pratiquer **à distance du coucher**.
- Pour nous endormir la température corporelle doit baisser, ainsi il faut du **calme et de la détente**.



Conseils pour mieux dormir

- Pratiquer une activité physique en journée et non soirée (avant 17 heures).
- Pour un réveil en forme, faites de l'activité dès le matin.
- Pour les personnes âgées, favorisez les activités extérieures, sociales régulières. Fixer vous des obligations.
- Réserver une période de calme avant le sommeil: éviter le travail intellectuel, les jeux vidéos, les recherches sur internet juste avant le coucher.
- Décompressez avec une activité distrayante: télévision, lecture, dessin...



Sommeil et alimentation

- Les **repas** règlent également l'**horloge biologique**.
- La **digestion** et la **faim** perturbent le sommeil.
- Les **excitants** empêchent l'endormissement.
- La **nicotine** est un stimulant.
- L'**alcool** favorise l'endormissement mais perturbe le sommeil en le rendant plus léger.



Conseils pour mieux dormir

- Manger à horaires constants.
- Éviter les repas trop copieux le soir.
- Manger à distance du coucher.
- Ne pas manger peut provoquer des insomnies.
- Éviter la consommation excessive de café, thé, sodas surtout après 17 heures.
- Aucun breuvage n'a prouvé son efficacité, la tisane peut être un rituel d'endormissement, attention à ne pas trop boire.
- La cigarette et l'alcool sont déconseillés.



Sommeil et stress



- Le stress, l'anxiété peuvent perturber le sommeil.
- Le stress entraîne des **difficultés d'endormissement** associées à des difficultés à **maintenir son sommeil**.
- Cela peut créer un cercle vicieux: le sommeil altéré accentuant le stress.

OUEH J'AI REVE TOUTE
LA NUIT QUE J'ARRIVAIS
PAS A DORMIR...



NOBIS

Conseils pour mieux dormir

- Se détendre avant le coucher, éviter de ressasser vos soucis au lit.
- Faire de la relaxation.
- Ne donner pas trop d'importance au sommeil.
- Ne pas s'inquiéter après une nuit d'insomnie.
- Éviter les raisonnements et peurs en cascades.
- Des thérapies existent pour changer les croyances et l'attitude sur le sommeil.
- La phytothérapie peut être efficace.
- En cas d'anxiété ou stress importants, parlez-en à votre médecin.



Sommeil et travail



- Chaque personne doit composer avec ses obligations.
- D'autant plus, si le travail est en **horaires décalés**.
- Ce rythme exige un réajustement constant de l'horloge biologique, mais cela prend du temps, 1 jour par heure de décalage.
- A long terme, le travail posté peut avoir des conséquences néfastes: **insomnie**, **dette de sommeil** (en moyenne, une nuit par semaine), **accidents par somnolence**.



Conseils pour mieux dormir

- Essayer de dormir 7 heures par jour après une journée de travail.
- Compléter par une sieste.
- Prendre une douche fraîche en rentrant du travail pour baisser la température du corps et favoriser le sommeil.
- S'isoler pour dormir.
- Éviter les repas copieux avant de dormir.
- En cas de difficultés, parlez-en à votre médecin du travail.



JE PREND UN MEDICAMENT POUR DORMIR



Je dors mal!

- Souvent les troubles du sommeil ne sont **pas des insomnies**.
- Ils ne nécessitent **pas forcément de traitement**.
- En appliquant **les règles du sommeil** vues précédemment, le sommeil s'améliore.



L'insomnie

- L'insomnie se traduit par des **difficultés d'endormissement**, des réveils nocturnes ou **précoces**, un sommeil **non récupérateur**.
- Quand ce phénomène survient **au moins 3 fois par semaine depuis plus d'un mois** et qu'il y a un **retentissement en journée** (fatigue, irritabilité, trouble de l'attention), on parle d'insomnie.
- Souvent les **changements de comportement suffisent** pour rétablir le sommeil.



Les traitements

- Les somnifères ou calmants peuvent apporter une **solution temporaire** pour surmonter une période difficile.
- Ils contribuent à faire disparaître certains symptômes mais ils **ne traitent pas la cause** sous-jacente.
- Ils ne sont **pas dénués de risque!**



Effets néfastes du traitement

- Ces traitements induisent un **sommeil moins réparateur**.
- Ils induisent une **dépendance**: on s'y habitue et il est difficile de s'en passer.
- Ils peuvent entraîner des **chutes, des accidents de la voie publique** pour les conducteurs, une **altération de vos facultés cognitives** dans la journée et des **interactions médicamenteuses**.



Effets du traitement dans la journée

- Même si on ne le ressent pas forcément, un traitement pris au coucher peut avoir encore des effets **dans la journée**.
- Cela peut provoquer: **maux de tête, trouble de l'équilibre**, sensation d'**'ébriété**, trouble de la **mémoire**, de la **concentration**, **ralentissement des réflexes** qui provoquent **chutes, accidents...**
- En fonction du médicament, de la dose, de la fréquence des prises, de l'âge.



Il est donc nécessaire

- De respecter la dose prescrite par votre médecin.
- De les utiliser sur une courte période.



Durée de prescription

- Selon les recommandations le traitement devrait être prescrit au maximum pour **4 SEMAINES**.
- Ainsi, concernant votre traitement, il serait préférable de l'arrêter ou de le diminuer.



Efficacité du traitement

- Aucune étude **ne prouve une efficacité** de ces traitements sur le sommeil **au bout de quelques semaines** d'utilisation.
- Si vous avez l'impression du contraire, c'est plus parce que la prise de ce médicament est un rituel pour votre sommeil et que de le prendre vous rassure.
- En fait, votre traitement a surtout des effets néfastes pour votre santé, d'où l'intérêt d'**envisager son arrêt**.



Je décide d 'arrêter mon traitement

- L 'arrêt progressif et encadré médicalement du traitement n 'altère pas votre qualité de vie et améliore certaines fonctions cognitives.
- Il est essentiel de **baiss**er les doses **progressivement** et de **pas arrêter brutalement** votre traitement.
- Lors de votre décision, il faut **consulter votre médecin pour organiser le suivi**.
- Un **calendrier de suivi** sera proposer.
- Si des **signes** (maux de tête, anxiété, insomnie) apparaissent, **parlez-en à votre médecin**.



Il est donc nécessaire

- D 'envisager avec votre médecin, l 'arrêt progressif de votre traitement pour améliorer votre santé.
- Se défaire de l 'idée que votre traitement vous aide à dormir.
- Se dire que votre traitement donne plus d'effets néfastes que de bénéfices.
- Parler avec votre médecin de vos difficultés lors de l'arrêt de votre traitement.
- Appliquer les règles d'hygiène de sommeil pour optimiser son sommeil.



ANNEXE 11 : Evaluation de la première séance

Evaluation après la première séance

NOM :

Prénom :

1. Cette séance vous a-t-elle globalement satisfaite?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

2. Ce genre d'intervention vous semble-t-il être un bon moyen d'éducation pour les patients concernant leur sommeil et leur santé?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

3. Avez-vous l'impression que cette éducation thérapeutique va vous être utile ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

4. Est-ce que cette séance répond à vos attentes ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

ANNEXE 12 : Evaluation de la deuxième séance

Deuxième séance d'éducation thérapeutique

NOM :

PRENOM :

- Analyse de l'agenda du sommeil :

- Séance de ronde des décisions
- Remise du livret au patient

Evaluation de la deuxième séance

1. Cette séance vous a-t-elle globalement satisfaite?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

2. Ce genre d'intervention vous semble-t-il être un bon moyen d'éducation pour les patients concernant leur sommeil et leur santé ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

3. A l'issue de cette séance, concernant votre niveau d'information sur le sommeil, les règles d'hygiène et les traitements hypnotiques, vous trouvez être :

☐ Très bien informé ☐ Bien informé ☐ Mal informé ☐ Très mal informé

- Sur votre sommeil

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

- Sur les règles à appliquer pour mieux dormir ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

- Sur votre traitement ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

4. Trouvez-vous les supports utilisés adaptés (agenda du sommeil, ronde des décisions et livret) ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

5. Avez-vous l'impression que cette éducation thérapeutique va vous être utile ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

6. Est-ce que cette séance répond à vos attentes ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

7. Auriez-vous aimé pouvoir bénéficier plus tôt de ce genre d'intervention ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

8. Avez-vous l'intention de consulter votre médecin pour rediscuter de votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

ANNEXE 13 : Troisième séance

Troisième séance: Entretien à 1 mois

NOM :

PRENOM :

1. A l'issue de ces différentes séances, concernant votre niveau d'information sur le sommeil, les règles d'hygiène et les traitements hypnotiques, vous trouvez être :

☐ Très bien informé ☐ Bien informé ☐ Mal informé ☐ Très mal informé

- Sur votre sommeil

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

- Sur les règles à appliquer pour mieux dormir ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

- Sur votre traitement ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

2. Avez-vous relu le livret d'informations depuis la séance d'éducation ?

☐ Oui ☐ Non

3. Votre sommeil est-il amélioré ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

4. EVA du sommeil : /10

5. Citer 3 bienfaits du sommeil :

6. Citer 3 conséquences du manque de sommeil :

7. Appliquez-vous les règles de sommeil ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

8. Citez 3 conseils pour mieux dormir :

9. Citez 3 éléments qui perturbent le sommeil:

10. Avez-vous reconsulté votre médecin traitant pour votre traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)
☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, avez-vous reparlé avec votre médecin de ces séances d'éducation thérapeutique ?

- ☐ Oui ☐ Non

11. Avez-vous réduit les doses de votre traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)
☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, posologie actuelle :

12. Avez-vous arrêté votre traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)
☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, comment cela se passe-t-il :

Si non, votre traitement est-il indispensable actuellement ?

- ☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

13. Citer 3 risques de la prise de votre traitement pour dormir :

14. Citer la durée de prescription normale d'un traitement pour dormir :

15. Etes-vous toujours convaincu de l'intérêt d'un sevrage ?

- ☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

ANNEXE 14 : Entretien téléphonique à 3 mois

Entretien téléphonique à 3 mois

NOM :

PRENOM :

1. La participation à cette intervention vous a-t-elle permis de prendre en charge autrement vos troubles du sommeil depuis notre dernier entretien ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

2. Avez-vous relu le livret d'informations depuis la séance d'éducation ?

☐ Oui ☐ Non

3. Votre sommeil est-il amélioré depuis notre dernier entretien ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

4. EVA du sommeil : /10

5. Appliquez-vous actuellement les règles de sommeil ?

☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

6. Avez-vous reconsulté votre médecin traitant pour votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)

☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, avez-vous reparlé avec votre médecin de ces séances d'éducation thérapeutique ?

☐ Oui ☐ Non

7. Avez-vous réduit les doses de votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)

☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, posologie actuelle :

8. Avez-vous arrêté votre traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas encore (en projet)
☐ Pas encore (sans projet)

Si oui, comment cela se passe-t-il :

Si non, votre traitement est-il indispensable actuellement ?

- ☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

9. Etes-vous toujours convaincu de l'intérêt d'un sevrage ?

- ☐ Oui, vraiment ☐ Oui, assez ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout

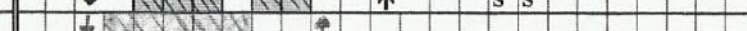
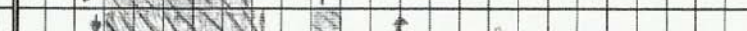
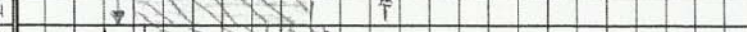
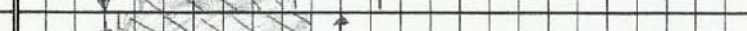
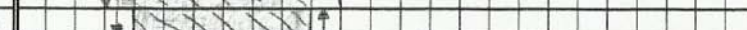
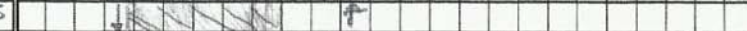
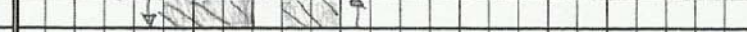
[illegible]

 heure de mise au lit
 sommeil ou sieste
 heure du lever

 long réveil

 1/2 sommeil

S Somnolence dans la journée

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL																										Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			 REPERE Morphée
DATE	HEURES																								QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES	
Nuit du ... au...	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17					19
EXEMPLE																									M	TM	Moy		
du 21 au 23 04																									M	TM	M	Pris 1/4 lexo - au coucher	
du 23 04 au 24 04																									Moy	TM	Moy	Pris 1/4 lexo à 4 H30	
du 24 04 au 25 04																									M	M	B	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 25 04 au 26 04																									M	Moy	B	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 26 04 au 27 04																									B	Moy	B	Pris 1/2 lexo au coucher Réunion conseil	
du 27 04 au 28 04																									Moy	M	Moy	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 28 04 au 29 04																									TM	M	Moy	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 29 04 au 30 04																									TM	TM	M	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 30 04 au 1.05																									M	M	Moy	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 01 05 au 2 05																									M	M	Moy	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 02 05 au 3 05																									Moy	Moy	B	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 3 05 au 4.05																									Moy	B	B	Pris 1/4 lexo - au coucher	
du 4 05 au 5 05																									Moy	M	Moy	Pris 1/4 lexo au coucher	
du 5 05 au 6 05																									TM	TM		Pris 1/4 lexo au coucher Réunion Conseil	


 heure de mise au lit
 sommeil ou sieste
 heure du lever

 long réveil

~~~~ 1/2 sommeil

S { Somnolence dans la journée
sieste

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES																								Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES
	Nuit du ... au...																								QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	
EXEMPLE																									M	TM	Moy	
Nuit du 12 au 13																									B	Moy		
13 au 14																									Moy	Moy	M	Paracetamol + Lorazepam
14 au 15																									B	Moy	Moy	idem
15 au 16																									Moy	Moy	M	modifications à 3h00 - Halcid 100mg
16 au 17																									B	Moy	Moy	Paracetamol + Lorazepam
17 au 18																									B	Moy	M	idem
18 au 19																									B	Moy	Moy	idem
19 au 20																									B	Moy	Moy	idem
20 au 21																									M	M	Moy	plus de Paracetamol + Lorazepam
21 au 22																									B	Moy	Moy	(annulé)
22 au 23																									Moy	Moy	M	separé paracé

heure de mise au lit
 sommeil ou sieste
 heure du lever

long réveil

Somnolence dans la journée = SIESTE

1/2 sommeil

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES																								Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES	
																									QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE		
Nuit du ... au...	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19				
EXEMPLE																													
du 13 au 14																													
du 14 au 15																													
du 15 au 16																													
du 16 au 17																													
du 17 au 18																													
du 18 au 19																													
du 19 au 20																													
du 20 au 21																													
du 21 au 22																													
du 22 au 23																													

heure de mise au lit
 sommeil ou sieste
 heure du lever

long réveil
 S Somnolence dans la journée
 1/2 sommeil

RESUME DE LA THESE

L'insomnie constitue un important problème de Santé Publique par la prescription d'hypnotiques qui en découle. Des alternatives non pharmacologiques ont montré leur efficacité dans l'insomnie et dans le sevrage des hypnotiques. Une intervention d'éducation thérapeutique individuelle est, ainsi, proposée aux patients, consommateurs d'un traitement hypnotique, depuis plus de 4 semaines, pour des troubles du sommeil, dont l'indication n'est plus validée. Cette étude est prospective, réalisée de mars à août 2011, dans une maison médicale, les patients sont recrutés par les médecins généralistes du cabinet de groupe. Ce travail expose la mise en œuvre et l'élaboration du programme d'éducation thérapeutique. Il étudie la faisabilité et l'impact de l'éducation thérapeutique dans les décisions de santé prises par les participants, dans le sevrage d'hypnotique. L'éducation est constituée de 3 séances individuelles et d'un entretien téléphonique à 3 mois. Le sommeil, les conseils pour mieux dormir, le traitement hypnotique (risques et méfaits) sont abordés. 15 patients participent, il s'agit d'une population âgée, largement féminine, la prise du traitement hypnotique est ancienne, le prescripteur initial est un omnipraticien, comme constaté dans d'autres études. A 3 mois, 12 patients ont diminué la consommation d'hypnotique (réduction supérieure à 50% pour 10 patients), parmi eux, 7 ont sevré leur traitement, sans difficulté. Une amélioration du sommeil est notée pour 9 patients grâce à l'application des règles d'hygiène de sommeil. Les patients sont satisfaits et motivés. Le petit échantillon ne permet pas de généraliser ces satisfaisants résultats. De nombreuses études montrent les bénéfices de l'éducation thérapeutique dans le sevrage d'hypnotique, mais ce travail est enrichissant pour les participants et pour l'expérience professionnelle qui en découle. Cette intervention permet, donc, d'obtenir des résultats encourageants dans le sevrage des hypnotiques.

TITRE EN ANGLAIS: Impact of individual therapeutic education about weaning off hypnotic treatment in adults. A prospective study carried out in a general practitioner's office.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2011

MOTS CLEFS : éducation thérapeutique (therapeutic education), benzodiazépines (benzodiazepines), anxiolytiques (anxiolytics), hypnotiques et sédatifs (hypnotics and sedatives), sevrage (weaning), insomnie (insomnia), médecine générale (general medicine).

ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY- 1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
