

Insomnie en Suisse: Série «Sommeil» – Partie 3

État des lieux de la gestion de l'insomnie au cabinet de médecine générale

Micheline Maire^{a,b}, Tamara Scharf^a, Simone B. Duss^c, Christoph Merlo^{d,i}, Elisabeth Hertenstein^e, Thomas Berger^f, Carlotta L. Schneider^e, Stefanie Linder^a, Raphaël Heinzer^g, Christoph Nissen^e, Claudio L. A. Bassetti^{c,h}, Reto Auer^a

^aInstitute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern, Switzerland; ^bInternal Medicine, Cantonal Hospital, Zug, Switzerland; ^cDepartment of Neurology, Sleep-Wake-Epilepsy Center, University Hospital (Inselspital) and University of Bern, Bern, Switzerland; ^dInstitute of Primary and Community Care, Lucerne, Switzerland; ^eUniversity Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Switzerland; ^fDepartment of Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Bern, Bern, Switzerland; ^gCenter for Investigation and Research in Sleep (CIRS), University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland; ^hNeurology Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; ⁱSentinella – Swiss Epidemiological System, Federal Office of Public Health FOPH, Bern, Switzerland

Introduction

L'insomnie fait partie, avec le syndrome d'apnée du sommeil et le syndrome des jambes sans repos, des troubles du sommeil les plus fréquents dans le cabinet de médecine de famille. L'insomnie chronique est diagnostiquée selon le DSM-5 [1] lorsque des troubles subjectifs de l'endormissement ou du maintien du sommeil ou des réveils précoces surviennent au moins trois nuits par semaine sur une durée d'au moins trois mois et qu'il en résulte des troubles de l'état diurne. Cela peut concerner aussi bien le vécu subjectif (par ex. fatigue, mauvaise humeur) que la capacité de travail (par ex. diminution de la capacité de concentration) ou les interactions sociales (irritabilité, retrait social) [1]. Selon les directives internationales, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est le traitement de premier choix [2–4], un procédé multimodal basé sur un manuel, qui se déroule généralement en quatre à huit séances individuelles ou de groupe par un thérapeute formé. Le procédé est également proposé avec succès de plus en plus souvent en ligne [5] ou peut être suivi par les personnes concernées à l'aide de guides (voir par exemple [6]). Dans d'autres pays, on sait que la mise en œuvre de ce traitement de première ligne dans la pratique clinique est jusqu'à présent insuffisante et que l'on continue à utiliser principalement des benzodiazépines (BZD) et des agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BZRA, «hypnotiques Z» comme le zolpidem) [7] – malgré leurs effets indésirables connus.

Dans deux études menées avec des médecins de famille suisses, nous avons examiné l'épidémiologie et la gestion thérapeutique de l'insomnie chronique en

théorie et en pratique [8, 9]. Nous présentons dans cet article les résultats de ces études ainsi qu'un outil d'aide à la décision pour le choix du traitement, qui peut être discuté avec les patients dans la pratique quotidienne, afin de trouver l'approche optimale pour chaque patient dans le sens d'une prise de décision participative. Le groupe cible de l'outil d'aide à la décision est principalement constitué de patients dont l'insomnie chronique a été diagnostiquée pour la première fois.

Situation en Suisse

Épidémiologie

Entre mai et octobre 2018, 132 médecins déclarants du réseau Sentinella ont été invités à interroger consécutivement 40 patients adultes sur leur sommeil [8]. Au total, nous avons pu évaluer les données de 83 médecins déclarants Sentinella (taux de réponse 63%), qui ont interrogé 2432 patients sur la qualité de leur sommeil. La moitié des patients étaient des femmes (51%) et l'âge moyen était de 58 ans (écart-type \pm 18). Parmi toutes les personnes interrogées, 36% ont déclaré avoir actuellement des troubles du sommeil (quelle que soit l'étiologie), dont 56% de femmes. Un dixième (11%, $n = 269$) de toutes les personnes interrogées répondait aux critères diagnostiques d'une insomnie chronique selon le DSM-5, dont un nombre significativement plus élevé de femmes (61%, OR 1,4) [8]. Près de 6% étaient en rémission sous un traitement en cours, dont 68% de femmes [8]. En outre, 4% ont déclaré avoir souffert de troubles du sommeil par le passé, mais être désormais asymptomatiques sans traitement en cours. Près de la moitié des personnes interrogées avaient donc des

troubles du sommeil actuels ou passés (voir fig. 1, adaptée de [8]), et un tiers des patients qui déclaraient des troubles du sommeil actuels répondaient aux critères d'un diagnostic d'insomnie chronique. Les troubles du

sommeil subjectifs au moment de l'enquête étaient significativement associés à des épisodes d'insomnie antérieurs (OR 3,0).

Les médecins généralistes participants ont également relevé les comorbidités les plus fréquentes des patients souffrant d'insomnie chronique (voir liste [8]). 75% d'entre eux présentaient au moins une de ces comorbidités – les plus fréquentes étant la dépression (49%), les troubles anxieux (38%) et les douleurs chroniques (35%).

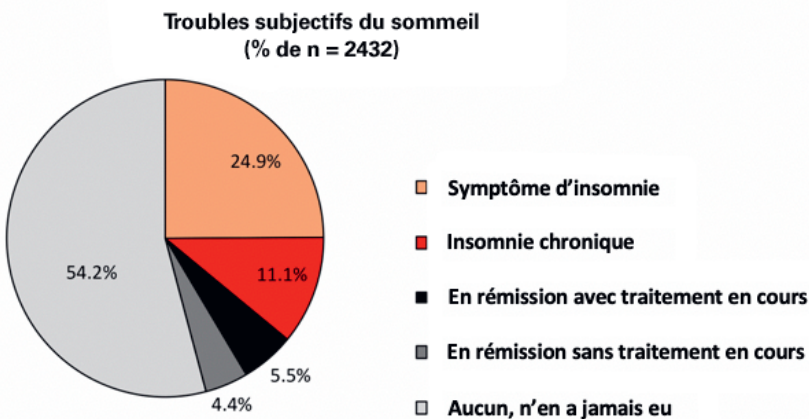


Figure 1: Proportion de patients souffrant actuellement de troubles subjectifs du sommeil (symptômes d'insomnie), de patients répondant aux critères diagnostiques DSM-5 pour l'insomnie chronique (insomnie chronique), de patients ayant eu des troubles du sommeil dans le passé et qui sont actuellement en rémission grâce au traitement en cours, de patients ayant eu des troubles du sommeil dans le passé mais qui ne présentent actuellement aucun symptôme sans traitement, et de patients n'ayant jamais souffert de troubles du sommeil. Données personnelles, adaptées et publiées dans [8]. © 2020 European Sleep Research Society. Reproduction avec l'aimable autorisation de John Wiley & Sons.

Thérapie: théorie et pratique

Les médecins ont enregistré le type de traitement chez les patients qui répondaient aux critères de diagnostic de l'insomnie chronique et chez ceux qui étaient en rémission et suivaient un traitement. Les patients des deux groupes prenaient souvent des BZD ou des BZRA (38% des patients souffrant d'insomnie et 51% de ceux en rémission). Il est significatif que deux tiers des patients souffrant d'insomnie aient déclaré prendre des BZD/BZRA de manière continue, c'est-à-dire plusieurs fois par semaine pendant plus d'un mois. Les femmes et les patients âgés étaient plus souvent sous traitement médicamenteux (OR 2,4 et 4,1 respectivement). De même, la prise de BZD/BZRA était associée à un âge plus élevé (>65 ans) (OR 5,8). Seul 1% de tous les patients a reçu le traitement de première ligne spécifique au trouble, la TCC-I [8]. La figure 2 présente les modalités de traitement des patients souffrant d'insomnie (adapté de [8]). Parallèlement à l'étude décrite ci-dessus, nous avons soumis deux vignettes de cas aux médecins déclarants Sentinella ainsi qu'aux médecins enseignants de l'Institut bernois de médecine de famille de l'Université de Berne (au total n = 820); 395 questionnaires (taux de réponse 48%) ont pu être évalués [9]. Dans la première vignette de cas, une insomnie chronique «pure» nouvellement diagnostiquée sans symptomatologie dépressive, près des deux tiers (65%) ont recommandé comme traitement médicamenteux des somnifères à base de plantes («phytothérapeutiques»), la moitié a choisi des antidépresseurs (49%), 18% des BZRA et seulement 4% des BZD. Dans la deuxième vignette, où une dépression modérée était présente en comorbidité avec le premier diagnostic d'insomnie chronique, les médecins généralistes ont choisi en majorité des antidépresseurs (95%), le plus souvent au motif qu'ils permettaient de traiter les deux troubles en parallèle [9]. En ce qui concerne les thérapies non médicamenteuses, les mesures d'hygiène du sommeil ou l'augmentation de l'activité physique ont été le plus souvent recommandées en accompagnement des deux vignettes. Dans le cas de la dépression comorbide, la psychothérapie a également été plus souvent conseillée. La thérapie cognitivo-comportementale de l'in-

Part des différentes formes de traitement chez les patients souffrant d'insomnie chronique (% de n = 268)

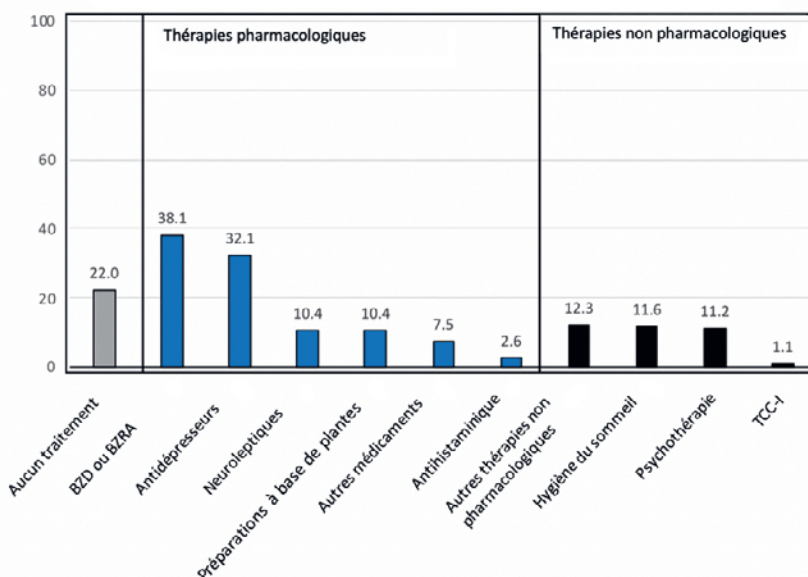


Figure 2: Proportion des différentes formes de traitement chez les patients souffrant d'insomnie chronique (n = 268), répartie entre les approches pharmacologiques (barres bleues) et non pharmacologiques (barres noires). Plusieurs réponses étaient possibles par patient(e). Barre grise: patient(e)s sans traitement en cours. BZD: benzodiazépines, BZRA: agonistes des récepteurs des benzodiazépines, autres approches non pharmacologiques: approches non pharmacologiques non spécifiées. TCC-I: thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie. Publié après adaptation dans [8], © 2020 European Sleep Research Society. Reproduction avec l'aimable autorisation de John Wiley & Sons.

somnie (TCC-I) a été plutôt rarement recommandée dans les deux vignettes (8% en cas d'insomnie pure et 9% en cas d'insomnie et de dépression comorbide), mais certains médecins généralistes ont choisi deux composantes très efficaces de la TCC-I: la restriction du sommeil (11% et 4%) et la relaxation (27% et 12%) [9].

La différence entre la pratique et la vignette de cas, surtout en ce qui concerne les BZD/BZRA et les somnifères à base de plantes, peut être due à différentes raisons: d'une part, la désirabilité sociale (tendance dans les questionnaires à adapter ses réponses aux attentes sociales perçues) pourrait jouer un rôle de la part des médecins de famille, car les effets négatifs des BZD/BZRA sont connus de tous et les préparations à base de plantes semblent «inoffensives». Ou alors, les médecins généralistes prescrivent effectivement des préparations à base de plantes au départ, et les patients pensent que la prescription initiale de préparations à base de plantes permet de traiter l'insomnie avec un «comprimé» [8, 9]. Mais comme les phytothérapeutiques ne sont guère efficaces en cas d'insomnie chronique manifeste [2], les patients pourraient être tentés de demander une préparation plus forte au fil du temps. En effet, selon notre étude, la moitié des médecins généralistes se sentent sous la pression de leurs patients pour prescrire des BZRA/BZD. Cependant, deux tiers des médecins de famille ont indiqué ne rien savoir ou peu de choses sur les TCC-I, et seul un cinquième d'entre eux connaissait un psychothérapeute pratiquant la TCC-I dans leur région [9].

Perspectives

Les données de notre étude montrent pour la première fois de manière systématique que l'insomnie chronique est également un problème fréquent dans les cabinets de médecine générale suisses et que les patients reçoivent rarement le traitement de premier choix, c'est-à-dire la TCC-I. Les patients âgés souffrant d'insomnie, qui présentent un risque élevé d'effets secondaires, prennent souvent des BZD/BZRA, malgré les mises en garde de différents groupes d'experts (par exemple, Beers Criteria [10], www.smartermedicine.ch). En s'appuyant sur Koffel et al. [11], nos données permettent d'identifier différents obstacles à la mise en œuvre de la TCC-I en tant que thérapie retenue: le manque d'accès ou de connaissance des thérapeutes pratiquant la TCC-I, la méconnaissance de cette approche ou de son efficacité, la perception de l'insomnie comme un symptôme d'une autre maladie qui ne doit pas être traitée de manière autonome ainsi que la préférence d'une solution médicamenteuse de la part des patients et/ou des médecins de famille [9]. Il faut également tenir compte du fait que la TCC-I implique plus













d'efforts pour les patients et les soignants, qu'elle exige beaucoup d'initiative personnelle et une certaine compétence en matière de santé. Selon le prestataire ou le modèle d'assurance, la TCC-I peut également être coûteuse. Désormais, certaines caisses-maladie suisses prennent en charge les coûts des programmes de TCC-I en ligne et, avec la mise en œuvre du modèle de prescription récemment adopté pour la psychothérapie, on devrait pouvoir s'attendre à l'avenir à un accès facilité à la TCC-I avec une couverture par l'assurance de base.

Pour améliorer la situation en matière de soins, les médecins de famille et les prestataires de TCC-I devraient être mieux mis en réseau; une liste officielle des thérapeutes TCC-I serait très utile à cet effet. Alternativement, les médecins de famille intéressés pourraient à l'avenir réaliser eux-mêmes des TCC-I avec leurs patients: les premiers cours sont également proposés en Suisse (chaque printemps au Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum SWEZ à Berne, contact: [sandra.carrabeta\[at\]upd.ch](mailto:sandra.carrabeta[at]upd.ch)). Cette offre devrait encore être développée à l'avenir [7]. Actuellement, des évolutions sont en cours pour adapter et simplifier les TCC-I à des settings de traitement particuliers, comme les soins psychiatriques hospitaliers [12]. La transposition de ces concepts aux besoins particuliers des médecins de famille et des patients dans ce cadre de traitement pourrait soutenir la poursuite de la mise en œuvre et de la diffusion. Les pharmaciens, qui sont souvent, avec les médecins de famille, le premier point de contact pour les patients souffrant de troubles du sommeil, pourraient également jouer un rôle dans l'offre de TCC-I à l'avenir.

Néanmoins, il existe des situations – principalement en cas d'insomnie aiguë, par exemple dans des situations de stress – dans lesquelles un traitement médicamenteux à court terme peut être indiqué ou dans lesquelles la TCC-I n'est pas appropriée en raison d'un manque d'accès ou sur la base d'une décision individuelle [2]. Il convient alors de choisir des BZD/BZRA à courte durée d'action ou des antidépresseurs sédatifs. Ces derniers nécessitent des doses plus faibles que le traitement de la dépression et l'effet sédatif est généralement immédiat. Une durée de traitement de quatre semaines ne doit pas être dépassée [2].

Choix thérapeutique participatif – un outil d'aide à la décision

Nos données montrent que les patients sont traités différemment dans les cabinets médicaux interrogés. Certains médecins généralistes prescrivent des médicaments phytothérapeutiques, d'autres non – très peu recommandent ou prescrivent la TCC-I, le traitement de premier choix selon les directives internationales.

Traitement	Quoi?	Efficacité selon les directives ¹	Inconvénients et effets secondaires	Coût
 Hygiène du sommeil Training du sommeil Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)	Recommandations concernant les habitudes d'endormissement	⊕ ⊖	– L'hygiène du sommeil seule est souvent peu efficace	Aucun
	Thérapie individuelle/ de groupe 	⊕⊕⊕ Efficace à long terme	– Coûteux en temps: 8-12x env. 60 min/semaine – Aucun effet immédiat (dépend des patients, en moyenne au bout de 2-4 semaines)	18 CHF/jour (PeC si prescription médicale)
	Thérapie en ligne 	⊕⊕	– Les thérapies en ligne et les guides ont un effet optimal s'ils sont soutenus par un accompagnement (virtuel) par un thérapeute	À partir de 90 CHF (PeC partielle)
	Guides 	⊕		20-50 CHF (sans PeC)
 Benzodiazépine, médicaments Z (par ex. zolpidem) Antidépresseurs (sédatifs, à faible dose, par ex. trazodon, mirtazapine) Neuroleptiques (par ex. quétiapine) Antihistaminiques Mélatonine (retardée) Médicaments à base de plantes (Valériane/houblons, passiflore)	Médicaments à prendre avant le coucher	⊕⊕ Efficace à court terme Éviter un traitement de plus de 4 semaines	– Dépendance, tolérance (augmentation des doses nécessaire) – Les troubles du sommeil peuvent revenir après la fin du traitement – Somnolences diurnes – Troubles de la mémoire et de la concentration  – Danger de chute – ⚠ En cas de consommation d'alcool/d'autres médicaments	0,5 CHF/jour (PeC)
		⊕ Efficace à court terme	– Prise de poids (selon la préparation)  – Altération du rythme cardiaque  – Examens de contrôle nécessaires (ECG)	0,6 CHF/jour (PeC)
		⊖ Mauvais profil bénéfice/risque	– Prise de poids  – Modifications de la formule sanguine, troubles de la fonction hépatique – Altération du rythme cardiaque  – Examens de contrôle nécessaires (laboratoire, ECG) 	0,3 CHF/jour (PeC)
		⊖	– ⚠ En cas de prise d'autres médicaments – Altération du rythme cardiaque  – Examens de contrôle nécessaires	1,05 CHF/jour (sans PeC)
		⊖ ⊕	– Effets secondaires rares – Effet limité en cas d'insomnie sans trouble du rythme circadien	1,80 CHF/jour (sans PeC)
		⊖	– Effets secondaires rares	1,05 CHF/jour (sans PeC)

¹ Efficacité selon les directives: +++ = très bonne, ++ = bonne, + = acceptable, ⊖ = faible, – = effets secondaires prédominants, PeC = prise en charge des coûts par l'assurance de base de la caisse-maladie, hors quote-part et franchise

Figure 3: Outil d'aide à la décision pour les différents traitements et choix possibles [14, 15].

Les patients ont des valeurs et des préférences différentes – une patiente préfère recevoir simplement des médicaments, un autre patient veut éviter les médicaments et préférerait essayer la TCC-I. Le fait que les traitements et les choix varient d'un cabinet médical à l'autre a été décrit et mis en évidence dans différentes études par le terme «Variation in care». L'aspect participatif de la prise de décision dans la pratique clinique est de plus en plus d'actualité et est parfois appréhendé par les aspirations de Smarter Medicine (www.smartermedicine.ch) [13]. Dans ce contexte, nous avons conçu un outil d'aide à la décision (figure 3) [14, 15], dont les recommandations se basent sur les directives européennes actuelles pour le traitement de l'insomnie. Nous présentons le choix de différents traitements, l'efficacité attendue et les principaux avantages et inconvénients des traitements disponibles, ainsi qu'une estimation du temps nécessaire et des coûts approximatifs. Cela permet aux médecins de prendre en compte les préférences des patients sur ces différents aspects [14, 15]. Le groupe cible est constitué en premier lieu de patients nouvellement diagnostiqués avec une insomnie chronique. Pour les patients déjà diagnostiqués et suivant un traitement (médicamenteux), l'aide à la décision peut également être utile pour reconsidérer les options – la TCC-I peut être proposée en soutien aux patients qui prennent des hypnotiques depuis des années,

nécessaires, dans le but de réduire ou même d'arrêter les médicaments au fil du temps. L'aide à la décision doit également servir à sensibiliser les médecins de famille et les patients à la TCC-I en tant que recommandation thérapeutique, avec tous ses avantages et ses inconvénients. Il pourrait également inciter les médecins de famille à se mettre en réseau avec des prestataires ou à acquérir eux-mêmes l'expertise. Le développement continu de l'outil d'aide à la décision est un objectif central, c'est pourquoi nous acceptons volontiers le feedback des utilisateurs à l'auteur.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références de l'aide à la décision

- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017 Dec;26(6):675–700. 10.1111/jsr.12594288755811365-2869.
- Sateia et al. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *JCSM*
- Qaseem et al. (2016) Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal.*
- Maire et al. (2019) Diagnostik und Therapie in der Hausarztpraxis: Insomnie. *Swiss Medical Forum.* 2019;19(17–18):292–8.

Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.

Micheline Maire, Ph.D.
 Berner Institut für
 Hausarztmedizin
 Mittelstrasse 43
 CH-3012 Bern
 micheline.maire[at]biham.
 unibe.ch