

Les facteurs de risque de l'insomnie

Par Hervé Rouvel



Le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut national de Veille sanitaire (Invs) met en relation un certain nombre de facteurs socio-économiques et l'insomnie. La détresse psychologique est très fortement corrélée (ORa de 4,9 pour les hommes et 4,7 pour les femmes) avec les troubles du sommeil et en est la première raison aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les autres facteurs de risque supportent des odd ratio inférieur de la moitié entre 1,2 et 2,2 (voir image page 4).

Il apparaît dans l'étude que le poids relatif des facteurs socio-économiques est en général plus faible pour les femmes qu'il s'agisse de la situation financière, du vécu d'un acte violent dans les 12 derniers mois, ou encore d'un événement grave et/ou traumatisant vécu avant 18 ans. En revanche, l'incidence des maladies chroniques est légèrement plus marquée chez les femmes (voir schéma page 4).

Les maladies sont des causes de sur risque d'apparition d'une insomnie ou de troubles du sommeil et/ou de la vigilance. Les pathologies psychiatriques recueillent les plus fortes corrélations avec des ORa dépassant les 3 (dépression 3, troubles anxieux 3,5, troubles du comportement alimentaire 3,7). Les affections digestives et urinaires sont aussi fortement corrélées puisqu'elles font plus que doubler le risque, comme les sciatiques ou les lombalgies ou la migraine ou encore le syndrome d'apnée du sommeil. On estime que ce dernier touche entre 5 et 7 % de la population et 15 % de celle de plus de 75 ans. Bien que moins médiatisé le syndrome des jambes sans repos est défavorable au sommeil de 8,4 % de la population (voir schéma page 4).

La plainte d'un sommeil non réparateur ou de somnolence dans la journée est donc un signe à explorer afin d'orienter si nécessaire le patient vers la consultation.

ÉDITO Jean Michel Mrozovski



Le colloque du CVAO sur le sommeil a de nouveau été l'occasion d'exprimer des interrogations et de partager les pratiques. Le sujet du sommeil a démontré sa complexité et mérite un traitement pluridisciplinaire.

Il est évident à l'issue de nos plus de deux heures de discussions que le sevrage des benzodiazépines (BZD) ne peut être pratiqué efficacement que dans le cadre d'une entente parfaite entre le patient, le pharmacien et le médecin. Il est aussi apparu que l'inauguration d'un traitement sous BZD ou apparenté est un moment crucial de la bonne utilisation de ces médicaments.

La sensibilisation du patient aux risques et aux problématiques d'arrêt de traitement pouvant occasionner une dépendance n'est pas simple. L'utilisation d'un questionnaire efficace ou d'autoquestionnaire est une voie d'amélioration de la prise en charge des patients.

Faute de temps une seule recommandation a été étudiée et seules les différentes options thérapeutiques d'une prise en charge d'un trouble bénin du sommeil ont été abordées.

De nouveau le colloque a démontré que des solutions utiles se construisent lorsque la parole est libre et multiple.

SOMMAIRE

- Les facteurs de risque de l'insomniepage 1
- Dépendance au BZD?page 2
- Comment sensibiliser ou alerter le patient à un risque?page 3

Les troubles du sommeil, une histoire de sexe ?

Le déficit de sommeil entre 15 et 85 ans des femmes est en moyenne supérieure de plus 10 minutes par jour (17 pour les femmes et 7 pour les hommes) à celui des hommes (voir image page 4).

Quel que soit le trouble, les femmes en souffrent plus fréquemment que les hommes.

En 2010, 15,8 % des 15-85 ans déclaraient des symptômes suggérant une insomnie chronique, 19,3 % des femmes et 11,9 % des hommes.

Dépendance au BZD ?

Par Jean Michel Mrozovski

Selon le rapport de l'ANSM de 2013, 35 % des utilisateurs de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques ont une seule délivrance. La durée d'utilisation annuelle moyenne des BZD anxiolytiques est proche de 5 mois, celui des BZD hypnotiques est proche de 3,9 mois par an. Cette durée est plus élevée chez les plus de 65 ans. Enfin près de 7 % des sujets ont plus de 12 délivrances par an de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques.

La dépendance est une notion complexe. Comme la consommation d'alcool celle de BZD peut être graduée en : – absence d'usage; – usage irrégulier à faible risque; – usage nocif ou à risque; – ou dépendance. Il est certain que la sur consommation est un des critères de la dépendance. Celle-ci ne résume pourtant pas à elle seule l'usage à risque et cela d'autant plus pour les personnes âgées. Le rapport bénéfice-risque de l'utilisation des BZD doit prendre en compte ses bénéfices pour le patient. L'efficacité à court terme des BZD pour soulager un épisode anxieux ou une insomnie passagère et leurs prises sur une courte durée ne doit pas être remise en cause. En revanche, le choix intuitif du patient privilégiant les BZD aux dépens d'un traitement antidépresseur bien mené doit être combattu par une information conjointe du prescripteur et du dispensateur.

Critères de dépendance

- Usage prolongé et de manière continue
- 135 jours sur les 180 jours suivant la prescription initiale de la BZD¹
- Plus de 30 jours²
- 180 jours sur un total de 365 jours consécutifs³

Critères de la dépendance à la BZD centrés sur l'expérience individuelle⁴

- L'individu se dit dépendant lui-même
- Justifie sa consommation de BZD par de nombreux stresseurs
- Consomme la BZD pour des stresseurs éventuels
- Minimise l'importance des impacts de la BZD
- Garde le médicament en réserve
- A tenté sans succès de cesser ou de réduire sa consommation

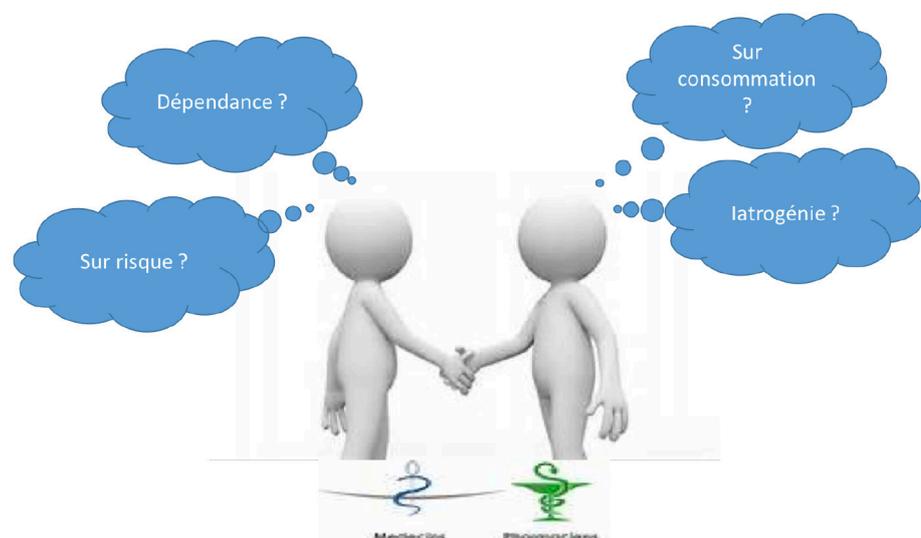
Sources :

1. Usage prolongé et manière continue de la BZD (Egan et al., 2000)
2. Usage prolongé de la BZD (Tamblyn et al., 1994)
3. Usage chronique de la BZD (Luijendijk et al., 2008)
4. Critères de la dépendance à la BZD centrés sur l'expérience individuelle (Voyer et al., 2004)

La détermination d'une dépendance ou d'un usage à risque est évidemment de la responsabilité du médecin de par ses connaissances de la situation de santé du patient. En revanche le pharmacien peut-être un « donneur d'alerte » d'une sur consommation ou d'un usage trop long et/ou régulier d'une ou de BZD.

En cas de dépendance et de l'acceptation par le patient de rentrer dans un processus de sevrage, la mise en pratique d'une adaptation du traitement (changement de BZD) puis de la diminution graduelle des dosages sera d'autant plus efficace lorsque le couple médecin-pharmacien fonctionnera selon un protocole commun.

Points de vue complémentaires



À l'analyse, il est peut-être délicat de confondre forte consommation nationale de BZD et mésusage massif voire dépendance. Il est par contre utile d'être vigilant face à une consommation régulière et/ou fréquemment renouveler. En pratique, l'information du patient de l'importance de la délivrance trimestrielle ou semestrielle de sa ou de ses BZD et avec son accord le partage de cette information avec son médecin traitant serait peut-être de nature à favoriser une prise de conscience d'un mésusage potentiel. Dans tous les cas, l'information du risque de dépendance des BZD lors de l'inauguration d'un traitement est nécessaire.

Comment sensibiliser ou alerter le patient à un risque ?

Il peut apparaître délicat voire polémique d'aborder avec son patient le sujet de sa dépendance. La maïeutique nous apprend que le questionnement est un moyen de favoriser la réflexion sur ses comportements. Il n'a pas systématiquement besoin du dialogue pour être efficace puisque c'est avant tout au patient d'être sensibilisé et de s'impliquer.

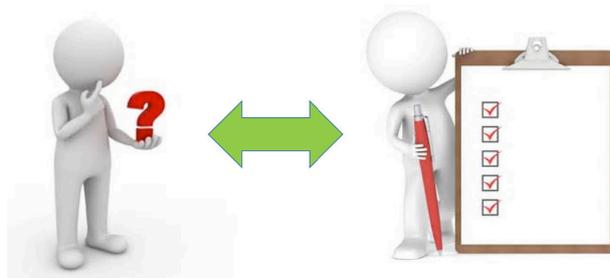
Il est parfois inutile qu'une question implique une réponse pour être efficace. Elle est à considérer comme le « starter » d'un processus de réflexion dont les conséquences peuvent être immédiates ou se déclarer à plus long terme.

Bénéfices de l'autoquestionnaire

L'autoquestionnaire a pour avantage de ne pas être intrusif. Il suffit de le proposer sans chercher à l'imposer. La connaissance par le pharmacien des réponses est pratiquement inutile. Il peut être présenté comme une checklist des questions à se poser avant de prendre le traitement.

Les questions doivent être simples et le patient y répondre par un oui ou un non. Elles portent sur l'utilisation du ou des médicaments, les connaissances à avoir, les informations à demander...

L'autoquestionnaire ne doit pas dépasser trois à quatre questions et se présenter sur une simple fiche.



Quatre axes sont à explorer :

- La connaissance de l'utilité du traitement ;
- Le niveau de préparation à la prise du traitement ;
- La connaissance des effets sur la somnolence et la vigilance ;
- Le niveau de préparation à l'arrêt du traitement.

De l'intérêt de l'autoquestionnaire dans l'inauguration d'un traitement par BZD

La ANSM insiste sur la nécessité d'informer le patient sur le risque de dépendance liée à la prise régulière d'une BZD. Cette information bien que nécessaire ne peut que difficilement être comprise par un patient en souffrance ou anxieux. Il est certainement plus efficace de l'informer sur ce qu'il a à faire ou à connaître pour bien utiliser son traitement.

Proposition d'autoquestionnaire du CVAO

	OUI	NON
Savez-vous pourquoi ce traitement a-t-il été prescrit ?		
Connaissez-vous les conséquences potentielles de la prise de votre traitement sur vos activités quotidiennes ?		
Avez-vous décidé du quand et du comment de la prise de votre traitement ?		
Votre médecin vous a-t-il dit à quelle date et comment vous devriez arrêter votre traitement ?		

L'autoquestionnaire un outil pour le pharmacien

La théorie de la communication montre que l'information bénéficie de la multiplicité de ses supports (auditif, visuelle, sensible) et de l'intérêt qui lui est porté. Dire est utile, montrer l'est aussi, de même que de faire lire. L'ensemble est nécessaire mais pas suffisant tant que l'intérêt n'a pas été stimulé.

Couramment, les pharmaciens s'étonnent du peu de questions des patients. Les différentes études de comportement affirment que ceux-ci ont la crainte de gêner un professionnel qu'ils jugent occupés. Ils lisent pourtant très majoritairement la notice d'un nouveau médicament, et s'informent sur Internet.

L'autoquestionnaire peut s'apparenter à une offre de service sans d'obligation démontrant l'intérêt que l'officinal a pour son patient. Sa présentation doit être naturelle. Sa réussite tient à l'implication et les réactions qu'il suscite.

De par sa capacité à analyser et gérer les réactions du patient, le pharmacien a un rôle essentiel à jouer dans ce processus d'implication et de sensibilisation. Il doit être attentif aux réactions verbales et/ou non verbales de son interlocuteur, comme une moue interrogative ou circonspecte et être capable d'utiliser toutes ces opportunités pour favoriser l'expression.

Références :

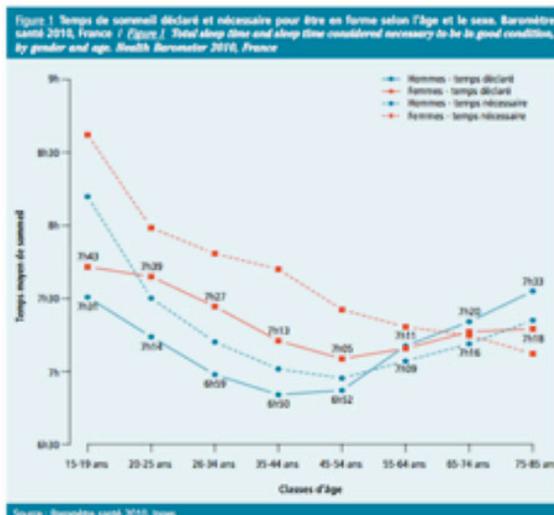
François Beck, Jean-Baptiste Richard, Damien Léger *Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France*

Claire Gourier-Fréry, Christine Chan-Chee, Damien Léger *Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008*

État des lieux 2013 de la consommation des benzodiazépines en France — Décembre 2013 ANSM

Annick Rouleau, Claude Bélanger, Kieron O'Connor et Cynthia Gagnon *Évaluation de l'usage à risque des benzodiazépines chez les personnes âgées : facteurs de risque et impacts Santé mentale au Québec, vol. 36, n° 2, 2011, p. 123-144.*

Déficit de sommeil



Déficit moyen de sommeil de **7 minutes pour les hommes** et de **17 minutes pour les femmes**, parmi les 15-85 ans

Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France François Beck (francois.beck@inpes.sante.fr)^{1,2}, Jean-Baptiste Richard¹, Damien Léger³

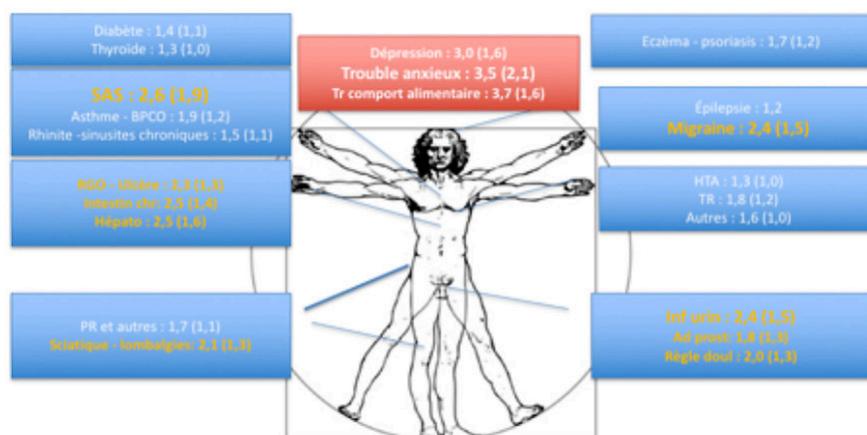


Les facteurs socio-économiques

Facteur	ORa homme	ORa femme
Situation financière perçue	C'est juste : 1,6 C'est difficile : 2,2	C'est juste : 1,2 C'est difficile : 1,6
Maladie chronique	Oui : 1,4	Oui : 1,6
Alcool	Consommation à risque : 1,1 Dépendance : 1,5	Consommation à risque : 0,8 Dépendance : 1,8
Violence dans les 12 mois	Oui : 2,0	Oui : 1,7
Événement grave avant 18 ans	Oui : 1,8	Oui : 1,2
Détresse psychologique	Oui : 4,9	Oui : 4,7

Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France François Beck (francois.beck@inpes.sante.fr)^{1,2}, Jean-Baptiste Richard¹, Damien Léger³

Pathologies associées



ORa : ajustement sur les variables sociodémographiques, consommation de tabac, de cannabis et obésité.
(Ora) : ajustement sur les variables sociodémographiques, consommation de tabac, de cannabis, obésité, autres maladies, intensité douloureuse.

Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPF 2008
Claire Goulier-Fréry (cgoulierfrery@inpes.sante.fr), Christine Chan-Chee, Damien Léger

