

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

2013 TOU3 1007

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 14/02/2013

PAR : ORVAIN Nicolas

Sevrage des hypnotiques chez la personne âgée en institution :

Spécificité du cadre institutionnel, outil d'aide diagnostique et
thérapeutique.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr LEBRUN Nicolas

JURY :

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND	Président
Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI	Assesseur
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Monsieur le Docteur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Nicolas LEBRUN	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2011

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P.	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SIMON J.	Biophysique
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMD I. S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	M.C.U.
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

A Èlise, ma chère et tendre, chaque jour passé à tes côtés est plus savoureux encore que le précédent. Je sais qu'avec toi, je pourrai déplacer des montagnes ! J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve.

A Maïa et Hélian, qui me donnent chaque jour l'envie d'avancer, et de donner le meilleur de moi-même.

A mon Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gériatrie,

Vous m'avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce Jury de thèse. Je vous exprime ici ma gratitude et mon profond respect pour l'expertise que vous y apporterez.

A mes Juges,

Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gériatrie,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être mon juge. Soyez assurée de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Professeur des Universités, Médecin Généraliste,

Vous avez accepté de participer à mon Jury de thèse. J'en suis d'autant plus honoré que je sais vos nombreuses obligations médicales et universitaires. Je vous prie de croire à l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe ARBUS,

Praticien Hospitalier en Psychiatrie,

Vous avez d'emblée montré un intérêt certain pour le sujet de mon travail.

Acceptez mes remerciements pour votre accueil et votre disponibilité.

Monsieur le Docteur Nicolas LEBRUN,

Praticien Hospitalier en Gériatrie,

J'ai eu le grand plaisir de travailler à tes côtés, j'ai donc pu apprécier à sa juste mesure tout le professionnalisme, la réactivité, l'expertise, la disponibilité qui te caractérisent, et qui m'ont par la suite grandement permis de réaliser ce travail, sous ton impulsion d'ailleurs. Sois assuré de mon respect le plus entier, et de mon éternelle reconnaissance pour ton rôle apporté dans l'exécution de cette thèse.

A ma famille,

A **Maman**, qui par-delà les épreuves de la vie (et celles que nous lui avons fait subir...) a toujours su nous aimer inconditionnellement, quelques soient nos choix ou nos actions. Tu es et tu seras toujours là pour nous soutenir, nous orienter, sans rien demander en retour. Nul doute que tu rempliras à merveille ton rôle de grand-mère !

A **Papa**, qui a troqué sa vie de bohème pour celle de père de famille (et de quelle famille !) avec le souci de la responsabilité qui en incombe. Tu m'as appris ce sens des responsabilités, à rire (de tout... même de Maman !), à prendre du recul, à profiter des choses simples, toujours, et je pense également que tu n'es pas étranger à ma procrastination ! NB : Bonne chance pour le concours Lépine !

Merci donc à mes Parents, qui restent un modèle pour leur dévouement, leur sens de la famille, et qui par leur soutien m'ont permis d'atteindre mon but. Je vous aime.

A mes sœurs, qui malgré les différences qui les caractérisent, ont comme point commun d'être les meilleurs sœurs du monde, et pour qui j'ai le plus profond respect.

A **Anaïs**, qui m'a longtemps pris sous aile, initié, hébergé, et avec qui j'ai partagé mes premières expériences dans la vie. Merci pour tout, et j'espère que ton nouveau départ te permettra de réaliser quelques rêves ! Enzo en sera partie intégrante, j'en suis sûr (et question imagination, il a de la matière !)

A **Charlotte**, ta fougue, ton inventivité et ta jovialité sont toujours le moteur de l'imprévu, on ne sait jamais à quoi s'attendre ! Tels de petits lapins enfermés dans des clapiers, je prie pour que tu libères le plus de gens de leurs carcans !

A **Camille**, tu as su t'épanouir et trouver ta voie, montrant par là même qu'il était possible de vivre à travers ce que l'on aime. Je te souhaite le meilleur avec Damien, et que tu puisses mener tes projets comme tu les a toujours menés, avec passion.

A **Cassandra**, à qui l'avenir réserve encore toutes ses surprises. Tu as la tête sur les épaules, peut-être la plus raisonnable d'entre nous, alors je sais que quelques soient ces surprises, tu sauras y faire face !

A mes amis,

A **Stéphane**, mon amie, qui d'autre que toi pouvait me faire entrer en médecine ? Merci de m'avoir chapeauté durant toutes mes études, depuis les bacs à sable de la 1^{ère} S jusqu'à la conclusion de cette thèse. Tu es un peu mon fil d'Ariane, et je souhaite que tu continues à me guider encore longtemps !

A **Arif**, celui sans qui ces études auraient été un calvaire ! Merci pour tous ces bons moments, pour ton amitié, et je sais que malgré la distance et les aléas, je pourrai toujours compter sur toi.

A **Laurent**, avec qui nous avons traversé les remous de l'externat (presque) sans encombre. Toujours là, pour me soutenir, pour me motiver, pour me remettre en

question, mais aussi pour me détourner du droit chemin quand il le faut ! Si ces années furent si bonnes, c'est aussi grâce à toi, donc merci pour tout.

A **Jonathan et Nizam**, pour qui quelques lignes ne suffiront pas à décrire toute mon estime. Ces 3 années passées avec vous m'auront définitivement marqué (physiquement aussi d'ailleurs...), et vous avez fait de moi quelqu'un de meilleur, ce qui me permet aujourd'hui d'accomplir des choses (cette thèse entre autres) qui me semblaient irréalisables auparavant. Donc à toi Jo, pour qui être un ami n'est pas un vain mot, je suis fier de me considérer comme tel. Même si je dois payer pour cela. Mmmh, et à toi Niz, dont la sagesse n'a d'égale que ton grand cœur, j'espère que les sirènes du grand large ne t'appelleront pas trop longtemps ! Kouinamanement vôtre bdm...

A **Martin**, qui par delà ses goûts musicaux douteux, aura toujours été le meilleur de la coloc ! Je te souhaite le meilleur pour la suite, et j'ai hâte d'assister à la première du trio Baujat.

A **Ysolde et Thomas**, cela a été une joie de partager ces gardes avec toi Ysolde, ce qui aura été également un bon entraînement aux affres de la parentalité ! C'est toujours un plaisir de passer du temps ensemble, et je suis heureux de pouvoir vous compter dans mes amis.

A tous mes amis du lycée, pour qui je garderai toujours une affection particulière : **Hélène, Sophie B, Sophie K, Julien, Marie et Martie**. Vous m'avez adopté et choyé, malgré des apparences parfois trompeuses qui jouaient contre moi... Je vous souhaite sincèrement le meilleur.

A mes maîtres et amis,

A **toute la clique de l'Hôpital de Montauban**, où j'ai définitivement passé le semestre le plus enrichissant de mon cursus, sur le plan personnel et professionnel.

A **Aurélie**, qui a su me mettre le pied à l'étrier, et avec qui j'ai adoré travailler. Tu auras également réussi à me convertir à la grande cause de la gériatrie! Merci pour tout, tes efforts constants pour me pousser à travailler on fini par payer!

A **Kristel**, pour qui je garde un profond respect. J'ai appris beaucoup à tes côtés, et je garderai un souvenir impérissable de mon passage au court séjour de Gériatrie.

A **Xavier et Jérôme**, les pieds nickelés de la pharmacie, toujours là quand il s'agit d'apporter de la bonne humeur, dès qu'ils sortaient de leur tanière !

A **Francis et Monique**, qui m'ont accueilli à bras ouverts dans leur cabinet, alors tout jeune médecin, et qui ont tout fait pour m'aider à prendre confiance et à progresser. J'ai aimé votre vision de la médecine générale, votre courage, votre humilité. Merci de faire vivre une médecine qui parfois tend à oublier son humanité.

A tous les médecins et personnels hospitaliers que j'ai eu à croiser au cours de mon cursus, et qui ont contribué à faire le médecin que je suis devenu. Au personnel de la bibliothèque universitaire, toujours disponible et compétent. A tous ceux que j'ai oubliés, à mes futurs confrères, et à tous les patients dont j'ai croisé la route.

I Introduction	3
II Méthodologie	4
III L'insomnie en institution	5
A Définition de l'insomnie	5
1 Classification DSM IV	5
2 Classification ICSD	6
3 Critères diagnostiques	8
B Fréquence de l'insomnie et consommation d'hypnotique en institution	9
1 Fréquence des troubles du sommeil en institution	9
2 Surconsommation médicamenteuse	10
C Causes des troubles du sommeil en institution	12
1 Facteurs physiologiques	12
2 Insomnie d'ajustement	14
3 Insomnie primaire	14
4 Insomnie secondaire	15
5 Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil	22
6 Insomnie résultant de troubles spécifiques du sommeil	23
7 Facteurs environnementaux	24
D Traitement de l'insomnie	26
1 Soulager les plaintes organiques et comportementales	26
2 Mesures environnementales et bonne hygiène du sommeil	26
3 Traitement pharmacologiques	27
4 Les thérapeutiques non médicamenteuses	35
5 Cas particulier du patient dément	37
6 Indications thérapeutiques	39
E Indications du sevrage	40
IV Outils d'aide diagnostique et thérapeutique au sevrage des hypnotiques en institution	44
A Diagnostic de l'insomnie et traitement de l'insomnie	44
B Outils disponibles pour l'aide au sevrage	46
1 Les Recommandations de l'HAS	46
2 Accès aux thérapeutiques non médicamenteuses	50
3 Place de la formation médicale	51

V Discussion	52
A Intérêt du sevrage	52
B Efficacité du sevrage	53
C Spécificité du sevrage en institution	53
D Des outils peu adaptés	56
E Propositions pour améliorer l'aide au médecin dans le sevrage en hypnotiques	55
VI Conclusion	58
VII Bibliographie	59
Annexes	67

I Introduction

Le médecin généraliste a au cours de sa pratique quotidienne à prendre en charge des patients âgés institutionnalisés, pour lesquels les plaintes autour du sommeil sont très fréquentes, avec comme conséquence une fréquente prescription médicamenteuse. Ces troubles sont le plus souvent polyfactoriels, avec des composantes physiologiques, organiques, psychiatriques, environnementales.

Le traitement de l'insomnie s'articule principalement autour des thérapeutiques médicamenteuses, mais il existe plusieurs alternatives non médicamenteuses.

Des recommandations ont été élaborées afin de réduire cette surconsommation, au vu des effets délétères qu'elle engendre. Mais ces recommandations s'adressent généralement à des patients dont la coopération est optimale.

Il est souvent difficile de remettre en cause une prescription de longue date, aussi le médecin doit pouvoir s'aider d'outils afin de l'orienter dans la stratégie à adopter lorsqu'un sevrage est envisagé.

Le but de ce travail est de réaliser une revue des outils à disposition du médecin généraliste pour l'assister dans cette démarche, et de souligner les spécificités de la prise en charge institutionnelle.

II Méthodologie

Ce travail a été effectué par une revue de la littérature, s'appuyant sur les ressources suivantes : site HAS, site ministère de la santé, Doc'CISMeF, pubmed, Docadis, site de l'agence nationale de sécurité du médicament , Sudoc.

Dans pubmed, les recherches ont été effectuées avec les mots clés suivant : elderly, insomnia, hypnotics, nursing home, ehpad, weaning, sleep disturbance, institutionalized aged, sleep disease, benzodiazepine, dementia.

Je me suis également appuyé sur le travail de Mme DRUMARE Aurélia et de sa thèse publiée à Paris 7 en 2001 : « étude qualitative et quantitative sur la prescription d'hypnotiques en institution ».

III L'insomnie en institution

A Définition de l'insomnie

L'insomnie est décrite comme une plainte subjective en rapport avec une insatisfaction vis-à-vis de la quantité ou de la qualité de sommeil (difficultés d'endormissement, difficulté à maintenir le sommeil, réveil matinal précoce), celui-ci étant perçu comme non récupérateur (1). Il existe un retentissement diurne avec une fatigue excessive, une somnolence, une irritabilité, une humeur dépressive, des troubles de la concentration, de la vigilance et de la mémoire (2). La difficulté réside donc principalement dans l'évaluation du retentissement de cette insomnie ressentie.

La définition de l'insomnie repose sur deux principales classifications : la classification DSM IV (3) et la Classification internationale des troubles du sommeil.

1 Classification DSM IV

Elle différencie 4 types de troubles du sommeil :

- troubles primaires du sommeil, regroupant les dysomnies dont l'insomnie primaire, et les parasomnies (cauchemars, somnambulisme, terreurs nocturnes)
- troubles en rapport avec un autre trouble mental

- troubles dus à une affection médicale générale
- troubles induits par une substance.

En complément de cette classification, on retrouve également dans le DSM IV la définition d'une insomnie primaire :

- La plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, ceci pendant au moins un mois.
- La perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation du sommeil ne survient pas exclusivement au cours d'une narcolepsie, d'un trouble du sommeil lié à la respiration, d'un trouble du sommeil lié au rythme circadien ou d'une parasomnie.
- La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble mental (par exemple, un trouble dépressif majeur, une anxiété généralisée, un delirium).
- La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

2 Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD)

L'ICSD-2 révisée en 2004 par l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) (4)

suite aux travaux d'un groupe d'experts, propose le classement suivant, selon une approche de type phénoménologique :

- Insomnies : Insomnie d'ajustement, insomnie psycho-physiologique, insomnie paradoxale, insomnie idiopathique, insomnie liée à une pathologie psychiatrique, hygiène du sommeil inadéquate, insomnie comportementale de l'enfant, insomnie due à une drogue ou à une substance, insomnie liée à une pathologie physique, insomnie non due à une substance ni à un désordre physiologique connu (insomnie non organique), insomnie physiologique non spécifiée.
- Troubles du sommeil relatifs à la respiration
- Hypersomnies d'origine centrale
- Troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens
- Parasomnies
- Troubles du sommeil liés à des mouvements anormaux
- Symptômes isolés, variantes apparemment normales, problèmes non résolus
- Autres troubles du sommeil

Cette classification distingue l'insomnie des troubles spécifiques du sommeil perturbant le sommeil. Celle-ci est en général utilisée en raison de sa simplicité et de son caractère opérationnel. Il en a été tiré un résumé qui peut s'avérer utile à l'usage des professionnels de santé.

3 Critères diagnostiques

Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2

a. Le patient rapporte un ou plusieurs des plaintes suivantes :

1. difficulté à s'endormir
2. difficulté à rester endormi
3. réveil trop précoce
4. sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

b. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

c. Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :

1. fatigue, méforme
2. baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
3. dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
4. instabilité d'humeur, irritabilité
5. somnolence diurne
6. baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
7. tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile

8. maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil

9. préoccupations et soucis à propos du sommeil.

B Fréquence de l'insomnie et consommation d'hypnotique en institution

1 Fréquence de l'insomnie en institution

On a longtemps estimé que les besoins en sommeil des personnes âgées diminuaient avec l'âge, mais de nombreuses études sont venues étayer la fréquence des troubles du sommeil.

Une revue de la littérature par Neikrug et Ancoli-Israel (5) retrouve une prévalence de troubles du sommeil de 50 % chez les personnes âgées en institution.

Feitvet (6) a également montré de manière objective une majoration des troubles à l'entrée en institution, se basant sur des enregistrements polysomnographiques et les observations des infirmières, et l'étude de Middlekoop (7) comparant la qualité du sommeil en institution et à domicile démontre une baisse de qualité de sommeil en institution.

Il faut toutefois nuancer la plainte du sommeil, son mode de recueil et la nécessité d'instaurer un traitement. En effet la structure du sommeil s'altérant avec l'âge, il peut en résulter une impression de mauvaise qualité de sommeil, sans que cela n'aie de conséquence physiologique. En effet Cohen (8) met en évidence dans

une étude une inadéquation entre les estimations des patients et celles des équipes, celles-ci sous-évaluant la qualité du sommeil des patients.

2 Surconsommation médicamenteuse

Les différentes études de la consommation d'hypnotiques vont dans le sens d'une surconsommation, parallèlement à la majoration de l'insomnie avec l'âge et l'institutionnalisation.

L'étude comparative de Middlekoop (7) montre une augmentation de la consommation d'hypnotique suivant l'institutionnalisation des patients (50% en institution contre 25% à domicile).

Une étude américaine menée par Eide et al. (9) suggère une utilisation préférentielle des benzodiazépines et apparentées.

Ainsi Craig et al. (10) sur une étude regroupant différents types d'institution hébergeant des personnes âgées, relève une répartition de prescription telle quelle : neuroleptique 28%, benzodiazépines 33% et antidépresseurs 18%.

L'étude de Ruth (11) sur un échantillon de personnes âgées vivant en maison de retraite en Norvège, a montré que 59% recevaient un traitement sédatif, dont 35 % des sédatifs à majorité benzodiazépiniques.

L'étude de Gervais-Veysseyre et al. (12) réalisée auprès de patients hospitalisés dans un centre gériatrique d'Ile de France retrouve un taux de prescription de 34% d'hypnotiques, dont 70% d'apparentés aux benzodiazépines.

Toutefois, les chiffres diffèrent d'une étude à l'autre. L'étude de Fournier et al. (13) retrouve 31 % de consommateurs de benzodiazépines chez les plus de 65 ans dans une institution dans les 2 semaines précédant l'étude. Celle de Lechevalier et al. (14) montre une prévalence de consommation de benzodiazépine à 33.1% chez les femmes, et 16.4% chez les hommes, résultats fondés sur un auto-questionnaire auprès de patients de 60 à 70 ans non institutionnalisés.

En France, les relevés de prescription de l'afssaps retrouvent une prévalence de prescription des benzodiazépines hypnotiques de l'ordre de 10 à 20 % après 65 ans dans la population générale, avec un taux supérieur chez la femme (15).

L'étude PLEIAD (16) réalisée auprès de 300 EHPAD en France retrouve une proportion de 30 % environ de prescription d'hypnotiques chez les patients entrant en institution.

En France, selon Ohayon et al. (17), plus de 24 % chez les sujets de 65 à 74 ans de la population générale et près de 33 % chez ceux de 75 ans et plus consomment des hypnotiques. Il s'agit d'usage chronique chez 74 % de ceux de 65 à 74 ans, et chez 93 % des plus de 75 ans.

Cette consommation d'hypnotique n'est pas nécessairement corrélée à une amélioration de la qualité du sommeil, ce qui tend à être démontré dans certaines études. L'étude de Monane et al. (18) réalisée chez des patients vivant en institution a montré que les troubles du sommeil étaient présents chez 65% des résidents, et que 52% prenaient un hypnotique. Sur une période d'observation de 6 mois, 47% des patients n'ont pas modifié leur consommation, 24% l'ont augmentée, 29% l'ont diminuée. Ce sont donc $\frac{3}{4}$ des résidents qui avaient une consommation continue sur 6 mois sans sevrage. La diminution du traitement chez ceux qui l'ont réalisée ne s'est pas accompagnée d'une hausse des troubles

du sommeil. Selon Monane toujours, dans une population fragilisée, l'utilisation d'hypnotiques n'offre que peu de bénéfices dans la prise en charge de l'insomnie.

Dans une autre étude réalisée par Ersser et al. (19) sur une période de 6 mois auprès de résidents en institution, 50% des résidents souffraient de troubles du sommeil, 43% prenaient un hypnotique, et la qualité du sommeil n'était pas corrélée à la prise d'un hypnotique. Ceci peut néanmoins être expliqué par le fait que ce sont les patients qui souffrent de troubles de sommeil qui sont traités, et qu'il est normal de retrouver des plaintes du sommeil chez des patients traités.

C Causes des troubles du sommeil en institution

Les formes d'insomnies décrites ci-dessous s'inspirent de la deuxième édition de l'ICSD.

1 Facteurs physiologiques

Le sommeil s'altère physiologiquement avec l'âge, ce qui a pour conséquence de créer un inconfort dont le patient pourra se plaindre sans que l'on note nécessairement d'insomnie réelle.

La durée totale du sommeil diminue peu en vieillissant, avec une moyenne de 7h30 de sommeil, siestes incluses.

Il existe principalement une altération de la continuité du sommeil, il devient plus fragmenté, avec des micro-réveils plus fréquents et plus longs, dus à des difficultés de réendormissement, engendrant un index d'efficacité du sommeil (temps total de sommeil/ temps passé au lit) réduit.

On note tout également un affaiblissement de la régulation circadienne chez le sujet âgé. Elle s'explique par une modification des synchronisateurs externes et des rythmes biologiques influant sur le sommeil.

+ Les synchronisateurs externes, tels que l'activité physique, l'exposition à la lumière, les relations sociales sont diminués chez les personnes âgées.

+ Le rythme veille sommeil est par ailleurs lié à la courbe de température, et à la sécrétion de différentes hormones affectant le rythme circadien : la mélatonine, impliquée dans la régulation du niveau d'éveil, l'hormone de croissance (GH), le cortisol. Les amplitudes thermiques sur 24 heures diminuent, alors que chez l'adulte la baisse de température corporelle favorise le sommeil. Il existe également une avance de phase de cette courbe. La mélatonine, l'hormone de croissance sont diminuées, tandis que la sécrétion de cortisol est plus élevée, favorisant les réveils nocturnes, avec un pic de sécrétion survenant plus tôt dans la nuit au lieu du matin.

Il résulte de ces modifications deux particularités du sommeil chez la personne âgée : une avance de phase, avec un coucher et un lever plus précoces, et l'apparition du caractère polyphasique du sommeil. Cela se traduit par une moins bonne régulation du niveau de veille, donc une période de sommeil plus courte la nuit associé à des périodes de sommeil diurnes imposant une à deux siestes.

L'architecture du sommeil se modifie également, avec une forte diminution des phases de sommeil lent profond, une stabilité de la durée de sommeil paradoxal avec cependant une altération de sa qualité, tout ceci expliquant une plus forte sensibilité aux perturbations de l'environnement.

2 Insomnie 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 des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes ou pouvant néanmoins se chroniciser.

3 Insomnie chronique non organique (ex-insomnies primaires)

- *Insomnie psychophysiologique* : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives. Elle dérive de deux sources, un hyperéveil et des associations apprises, correspondant à l'association répétée d'une incapacité à s'endormir ou à demeurer endormi (provoquée par une situation stressante) et de stimuli situationnels (la chambre ou le lit) ou comportementaux (les routines du coucher) conduisant normalement au sommeil. Ces associations empêchant le sommeil peuvent avoir été apprises à l'occasion d'une période d'insomnie causée par un facteur précipitant. Une fois développé, ce type d'insomnie a tendance à s'auto entretenir, y compris après la disparition de la

circonstance initiale ayant présidé à l'établissement du conditionnement. Il peut en résulter des critères assez spécifiques, tels que l'angoisse de performance pour le sommeil, une qualité du sommeil améliorée en dehors du cadre habituel, une activité mentale exacerbée au lit, une tension somatique excessive.

- *Insomnie paradoxale* ou par mauvaise perception du sommeil : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.

- *Insomnies idiopathiques* : début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable.

4 Insomnies organiques (ex-insomnies secondaires)

a _ Pathologies organiques

Les patients vivant en institution sont des patients le plus souvent fragiles, atteints de plusieurs pathologies qui ont un impact direct sur la qualité du sommeil : les pathologies sources de douleurs (pathologie ostéo-articulaire, cancer, artériopathie, escarres, neuropathie ...), les problèmes urinaires, le reflux gastro-oesophagien, les pathologies broncho-pulmonaires (toux, dyspnée, wheezing, oppression thoracique), les pathologies cardiovasculaires (tachycardie, asthénie, orthopnée, toux, oppression thoracique, douleur angineuse), l'insuffisance rénale (impatience des membres inférieurs chez les patients dialysés) (20). Une étude réalisée par Katz et al. (21) montre que la pathologie organique est associé à un plus grand risque de survenue d'une insomnie, soulignant par la-même l'importance de soulager ces symptômes afin de réduire la consommation

d'hypnotiques. Dans une étude réalisée chez des personnes âgées, Ancoli-Israel (22) a démontré une relation linéaire entre le nombre de pathologie médicale et la survenue d'une insomnie (30% d'insomnie sans comorbidité, 70% pour 4 pathologies associées et plus).

Les maladies neurologiques dégénératives telles que les démences vasculaires, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson entraînent également une altération du sommeil, de par les lésions neurologiques qui les caractérisent, mais aussi des troubles du comportement qui s'y associent (23).

Les chiffres de l'enquête REHPA (24), réalisée auprès de 240 institutions d'hébergement de personnes âgées (EHPAD,USLD) en France, retrouve un taux de démence de 50% chez les résidents, taux que l'on retrouve dans l'étude PLEIAD (25), et 30% présentent des troubles psycho-comportementaux (cris, déambulation, agressivité, fugues). La spécificité de ces troubles et l'importance de cette population nécessite une prise en charge spécifique. En effet 40% des patients souffrant de maladie d'Alzheimer présentent des troubles du sommeil (26). Les troubles du sommeil sont similaires à ceux que l'on observe au cours du vieillissement physiologique, mais sont beaucoup plus sévères. Ils portent d'abord sur le sommeil de nuit puis sur le rythme veille/sommeil. Les plaintes de mauvais sommeil apparaissent dès les formes modérées de la maladie, chez 25 % des patients. La qualité du sommeil est altérée par des éveils plus nombreux et surtout plus prolongés que chez les sujets âgés sains. Ces éveils nocturnes vont s'aggraver et aboutir à une véritable fragmentation du sommeil, à une réduction importante du temps de sommeil avec un éveil matinal précoce, associée à une agitation nocturne, contrastant avec un ralentissement psychomoteur et une somnolence diurne. Plus les troubles cognitifs progressent, plus le temps passé au lit augmente avec de nombreuses siestes dans la journée et plus les éveils

nocturnes sont prolongés. Dans les formes évoluées, on assiste à une inversion du cycle nycthémeral : le sujet passe de longues heures somnolant ou dormant dans la journée et déambule à plusieurs reprises la nuit, réveillant son entourage. Dans le cadre de ces troubles circadiens, on décrit le syndrome crépusculaire, caractérisé par une hyperactivité locomotrice, une agitation, voire des comportements agressifs ou violents, une désorientation, ou une confusion, qui commence en fin d'après-midi et s'aggrave dans la soirée et peut aboutir à des déambulations nocturnes incontrôlables (27). Les observations du sommeil de patients, sur des périodes suffisamment prolongées, ont mis en évidence un parallélisme entre la gravité des troubles du sommeil et la sévérité de la démence (28). Dans les maladies d'Alzheimer légères à modérées, la présence de troubles du sommeil est associée à une plus grande prévalence d'agressivité et de troubles comportementaux (29). En revanche, peu de sujets ont des hallucinations associées (12 %). Les hallucinations sont surtout visuelles et ne surviennent que dans 1/3 des cas lors du sommeil, plutôt dans des formes avancées de la maladie, parfois accompagnées de rêves vivaces et de troubles moteurs au cours du sommeil (30). La maladie d'Alzheimer peut rendre compte des anomalies du sommeil décrites, mais il faut également prendre en compte le rôle de fréquentes pathologies associées. Il peut s'agir de pathologies autonomes du sommeil, comme les troubles moteurs au cours du sommeil (mouvements périodiques des membres inférieurs associés ou non à un syndrome des jambes sans repos qui pourrait participer au syndrome crépusculaire), de troubles respiratoires (syndrome d'apnées obstructif le plus souvent) qui méritent d'être traités pour leur propre compte. Il ne faut pas oublier non plus le rôle néfaste sur le sommeil d'un état dépressif, fréquent chez ces malades, mais aussi, plus banalement, des infections, des douleurs, d'anomalies métaboliques, de troubles cardio-

pulmonaires, ostéoarticulaires, de la malnutrition et des nombreux médicaments qui sont souvent prescrits à ces patients.

Dans la démence à corps de Lewy, L'architecture du sommeil comporte des éveils nocturnes prolongés avec un faible index d'efficacité du sommeil et une réduction du sommeil lent profond. L'étude du rythme repos/activité sur 24 heures permet d'objectiver une fragmentation importante du sommeil, mais aussi de la veille avec des périodes répétées de somnolence diurne. Les troubles du sommeil, du rythme circadien repos/activité, les épisodes de somnolence et de sommeil diurnes, et les troubles moteurs sont plus sévères que dans la maladie d'Alzheimer (31-32-33).

C'est surtout dans cette pathologie, ainsi que dans la démence parkinsonienne, que l'on décrit la survenue fréquente de troubles moteurs comme les mouvements périodiques des membres inférieurs micro-éveillant, associés ou non à un syndrome des jambes sans repos et de parasomnies, soit éveils confusionnels, soit principalement trouble comportemental en sommeil paradoxal. Les troubles respiratoires seraient également très fréquents.

L'évolution de la maladie de Parkinson (MP) s'accompagne de démence chez environ 75 % des malades (34). La somnolence diurne excessive et les attaques de sommeil, sources d'accidents dans la vie quotidienne, ont été particulièrement étudiées dans la MP. Ces dernières, d'abord décrites comme secondaires aux traitements par agonistes dopaminergiques, font aussi partie intégrante de la maladie (35). Le sommeil de mauvaise qualité et la somnolence diurne sont plus importants dans la démence parkinsonienne que dans la maladie d'Alzheimer; il existerait une dissociation entre la somnolence et le profil moteur dans la démence parkinsonienne (36). Les troubles objectifs du sommeil sont assez

semblables à ceux de la démence à corps de Lewy, ils comprennent une fragmentation du sommeil. Les hallucinations et les cauchemars sont décrits chez des sujets parkinsoniens déments ou non et seraient corrélés à la survenue de troubles du comportement en sommeil paradoxal particulièrement fréquents dans cette maladie et connus pour précéder de plusieurs années une synucléinopathie (37).

Les démences fronto-temporales (DFT) peuvent être secondaires à plusieurs processus neuropathologiques (maladie de Pick, sclérose latérale amyotrophique, DFT classique). Ces maladies se traduisent par une perte progressive des fonctions exécutives, des troubles de la parole et de nombreux symptômes comportementaux alors que les troubles mnésiques sont absents ou secondaires. Ces troubles s'accompagnent d'une atrophie des régions fronto-temporales, d'un ralentissement du débit sanguin cérébral et d'une diminution du métabolisme du glucose associés à une perte neuronale dans les mêmes régions. On a décrit des sous-types anatomiques de la DFT (38). Les variantes temporales s'accompagnent préférentiellement de troubles du sommeil, les atteintes frontales de troubles anxieux, d'apathie et de troubles alimentaires. Dans tous les cas, les troubles sont plus importants que dans la maladie d'Alzheimer. Dans la DFT, le rythme activité et le rythme veille/sommeil sont très fragmentés. Le rythme veille/sommeil est en avance de phase malgré un rythme de la température normal. Il n'a pas été rapporté de réveil précoce, ni de troubles du comportement en sommeil paradoxal (SP). Les modifications du sommeil seraient essentiellement en rapport avec l'atteinte cérébrale.

Les démences vasculaires recouvrent des tableaux variables : elles sont secondaires à des accidents vasculaires hémorragiques ou ischémiques bruyants ou se réalisent parfois à bas bruit. La mieux étudiée de ces démences est la

démence par infarctus multiples. Ici encore, la qualité du sommeil est plus perturbée et le rythme repos/activité plus fragmenté que dans la maladie d'Alzheimer. On retrouve une augmentation des éveils intra-sommeil et une diminution du sommeil lent profond au profit du sommeil lent léger (39).

La fragmentation du sommeil n'est toutefois pas corrélée à la détérioration intellectuelle. Les anomalies de l'EEG de veille ont été décrites mais l'étude objective du sommeil fait défaut.

b _ Pathologie psychiatrique

La pathologie psychiatrique est un facteur très important de la survenue de l'insomnie. Plusieurs études montrent l'importance des désordres mentaux en maison de retraite, avec jusqu'à 80% de la population ayant des symptômes psychiatriques ou de démence (40-41). Il est donc important de rechercher des troubles psychiatriques chez un patient insomniaque. L'étude REHPA (24) retrouve 28% de maladies psychiatriques chroniques et 40% de résidents diagnostiqués comme étant dépressifs. Les troubles de l'humeur, l'anxiété se manifestent souvent par des troubles du sommeil, tandis que les troubles psychotiques et confusionnels l'altèrent de par les troubles du comportement qu'ils engendrent. Une étude réalisée par Ford (42) a montré que 40 % des patients insomniaques ont des troubles psychiatriques, contre 16% des patients au sommeil suffisant.

Ainsi le syndrome dépressif est très souvent corrélé aux troubles du sommeil. Une étude réalisée par Brabbins chez une population âgée a révélé un taux d'insomnie de 70% chez les patients dépressifs versus 30% chez les autres patients (43).

Contrairement à l'insomnie d'autres affections psychiatriques, l'insomnie liée à une dépression majeure ou mélancolique se manifeste par des anomalies polysomnographiques assez caractéristiques: éveil matinal prématuré, déficit en sommeil lent profond, raccourcissement de la latence d'apparition du sommeil paradoxal, durée anormalement longue du premier épisode de sommeil paradoxal (44). L'insomnie peut d'ailleurs avoir une valeur pronostique pour la dépression: la présence d'une insomnie au moment du diagnostic semble être un facteur péjoratif, et inversement, la résolution de l'insomnie pendant le traitement d'un patient dépressif est associée à une meilleure évolution et à un taux de récurrence moindre (42). Une plainte d'insomnie peut être aussi un signe avant-coureur de dépression et éventuellement un facteur de risque « traitable » dans la prévention de nouveaux épisodes dépressifs. Une dépression peut être aussi le facteur précipitant d'une insomnie « primaire » ou psychophysiologique par la mise en route de mécanismes d'auto-entretien (des comportements, des attitudes ou des croyances erronées vis-à-vis du sommeil). Dans l'autre sens, un trouble primaire du sommeil peut être associé à un risque accru de développer une dépression. Il a été ainsi démontré que le risque de développer une dépression est approximativement quatre fois plus élevé chez le sujet insomniaque chronique que chez le sujet bon dormeur (42).

Cette association est cependant à modérer, en raison du fait que l'insomnie peut être le premier symptôme de l'entrée dans un syndrome dépressif.

Il faut également considérer la sous-évaluation de la dépression chez les personnes âgées, qui peuvent ne se manifester que par de l'insomnie ou par des formes pseudo-déméntielles. De nombreuses études attestent le fait que le syndrome dépressif est sous diagnostiqué. Ainsi Brown et al. dans une étude menée dans 1500 établissements de soins pour personnes âgées, mettent en

évidence le fait que seul un patient souffrant de syndrome dépressif sur deux est traité par antidépresseur, dont une bonne partie (30%) à doses infra-thérapeutique (45). En France les résultats de l'étude REHPA (24) montrent en revanche que dans les EHPAD étudiées, le taux de prescription d'antidépresseurs correspond à celui de patients diagnostiqués comme étant dépressifs, Ainsi Teresi et al. (46) ont démontré que 37 à 45% des intervenants en institution pour personne âgée ne détectaient pas les patients dépressifs, insistant sur la nécessité d'information du personnel.

Il existe des outils validés pour le diagnostic et le suivi de la dépression chez la personne âgée (47): la geriatric depression scale (GDS) (Annexe 1) portant sur 30 items et la mini GDS portant sur 4 items (Annexe 2), le QD2A de Pichot qui permet de déterminer la part dépressive dans un processus de déclin cognitif. On peut également citer les échelles d'hétéro-évaluation telles que l'échelle de Hamilton ou la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). En cas de démence sévère (MMS < 15), il convient d'utiliser l'échelle de Cornell (Annexe 3) ou la Dementia mood assessment scale (DMAS).

L'anxiété provoque également des difficultés d'endormissement et de réendormissement (42).

5 Insomnie liée à un médicament ou une substance perturbant le sommeil

Il ne faut pas non plus oublier les effets secondaires médicamenteux. En effet, 90% des personnes âgées prennent au moins un médicament selon l'étude PAQUID (48), et ceux-ci ne sont que rarement dénués d'effets secondaires. Les

critères de Beers reprennent les prescriptions inappropriées chez la personne âgée, et on été adaptés à la pratique française par Laroche (49): On retrouve des médicaments aux propriétés stimulantes tels que la théophylline, les hormones thyroïdiennes en excès, les corticoïdes, les antiépileptiques, les anticholinergiques, les antiparkinsoniens, les antirhumatismaux, les bêtabloquants, les AINS, certains psychotropes. Certains de ces médicaments peuvent également provoquer des cauchemars (bêtabloquants, antidépresseurs, benzodiazépines). Les psychotropes perturbent le sommeil par tolérance, sédation diurne, insomnie de rebond lors d'un sevrage, et effet paradoxal (qui consiste en une aggravation des symptômes ayant conduit à la prescription médicamenteuse, mais aussi à l'apparition de nouveaux symptômes neuropsychiques). Les médicaments engendrant une sédation diurne perturbent également le cycle du sommeil, ce qui a pour conséquence de nombreux réveils nocturnes. On peut noter également les effets diurétiques de certains médicaments, nausées, démangeaisons et autres symptômes organiques.

6 Insomnie résultant de troubles spécifiques du sommeil

Certains troubles spécifiques du sommeil occasionnent également une gêne parfois très importante :

- Le syndrome d'apnée du sommeil qui se caractérise par des pauses respiratoires d'au moins dix secondes, pouvant engendrer des réveils parfois très fréquents, responsable d'une forte somnolence diurne. On distingue l'apnée obstructive, liée à des facteurs anatomiques, bronchopulmonaires ou endocriniens, de l'apnée centrale, liée à une diminution des mouvements

respiratoires. On retrouve ce syndrome dans 1 à 5 % de la population générale selon les critères retenus (questionnaire, critères polysomnographiques) (50-51), prévalence augmentant fortement avec l'âge, jusqu'à 20% chez les personnes de plus de 65 ans dans l'étude menée par Ancoli-Israel et al. (52).

- Le syndrome des jambes sans repos et les mouvements périodiques que l'on retrouve chez 10% de la population, avec une proportion plus importante avec l'âge, et une atteinte préférentielle des femmes (2 femmes pour un homme) (53-54).

Le syndrome des jambes sans repos se traduit par des sensations désagréables des membres inférieurs, survenant avant l'endormissement, obligeant le patient à se lever. On relie à cette pathologie les mouvements périodiques des jambes, qui consiste en de petites contractions ou saccades brèves, stéréotypées et répétitives pendant le sommeil, responsable également de micro-réveils.

7 Facteurs environnementaux

Le sommeil du sujet étant plus fragile, il est de fait plus sensible aux facteurs environnementaux. Au moment de l'institutionnalisation tout d'abord. L'étude d'Onen (55) montre que le sommeil est particulièrement sensible aux variations de l'environnement. Ainsi, toute modification des rituels d'endormissement peut engendrer une perturbation du sommeil, lors de l'institutionnalisation ou d'une hospitalisation. Les événements de vie engendrent également des perturbations, à l'occasion d'un décès, diagnostic de maladie, conflit familial.

L'environnement propre des institutions est également source de perturbation du sommeil. L'étude de Middlekoop (7) montre que les causes environnementales d'insomnie sont plus fréquentes en institution qu'à domicile. Dans une étude regroupant dix maisons de retraite, les facteurs environnementaux tels que le niveau sonore, la luminosité ou les soins lors des tours nocturnes étaient impliqués dans les causes de réveils, avec des difficultés au rendormissement (56). Une étude sur 4 unités de soins de longue durée montre que ces causes sont impliquées dans 50% des réveils nocturnes des résidents. Les sources de bruit incluent les discussions des équipes, les claquements de porte et les autres résidents (57).

Une mauvaise hygiène du sommeil est également source de troubles du sommeil chez la personne âgée. L'alitement, l'absence d'activité stimulante, des siestes prolongées peuvent être à l'origine d'insomnie (55). Monane a montré qu'une augmentation des activités diurnes entraîne une baisse de l'insomnie (18). Une étude réalisée par Richards et al. (58) réalisée auprès de 147 résidents atteints de démence auxquels il a été proposé une activité sociale individualisée pendant 21 jours, a montré une amélioration significative des différents critères de qualité du sommeil, tendant à confirmer cette tendance chez la personne démente.

La baisse d'exposition diurne à la lumière est également un facteur de réveils fréquents (59-60), notamment dans l'étude de Schochat et al. Dans cette étude, le taux d'exposition à la lumière et son intensité chez les résidents d'une institution ont été mesurés puis comparés après prise en compte des différents biais, et il en ressort une corrélation positive entre l'exposition à la lumière et la qualité du sommeil.

D Traitement de l'insomnie

L'insomnie en institution est donc polyfactorielle : polypathologie, iatrogénie, insomnie essentielle, environnement. Le traitement de l'insomnie doit donc se discuter après avoir correctement ciblé les causes, selon lesquelles vont découler les différentes prises en charge.

1 Soulager les plaintes organiques et comportementales

Il faut s'atteler à traiter spécifiquement les causes d'inconfort qui sont à l'origine d'insomnie : douleur, polyurie, dyspnée, syndrome des jambes sans repos, apnée du sommeil, iatrogénie. Cela passe avant tout par un usage approprié des thérapeutiques adaptées à la personne âgée.

Les troubles psychiatriques nécessitent également une prise en charge thérapeutique spécifique, au vu de leur importance dans la genèse et l'entretien de l'insomnie (agitation, anxiété, syndrome dépressif, confusion, psychose).

2 Mesures environnementales et bonne hygiène du sommeil

Il existe des règles de bonne hygiène du sommeil (61):

- Adopter un rythme horaire régulier pour le coucher et le lever.
- Ne pas rester alité trop longtemps dans la journée, en particulier le matin.

- Eviter les repas trop copieux le soir. On peut également envisager une collation au coucher (tisane, glucides)
- La chambre doit être propice au sommeil : diminuer les sources de lumière, de bruit, température adaptée (attention au chauffage).
- Limiter les stimulants : café, thé, médicaments.
- En cas de réveil nocturne prolongé, il peut être conseillé de se relever et de s'adonner à une activité relaxante jusqu'au retour de besoin de dormir.
- Renforcer les synchronisateurs externes : la lumière et l'activité physique. Ainsi en cas de réveil matinal trop précoce, il ne faut pas rester au lit, et favoriser l'activité et l'exposition à la lumière le soir. En cas de difficulté d'endormissement, il faut bien marquer le moment du réveil par des activités, et limiter la lumière forte et l'activité le soir.

Les différentes études sur le sommeil en institution montrent l'efficacité des règles d'hygiène du sommeil dans le traitement de l'insomnie (62-63-64): augmenter l'exposition à la lumière en journée, principalement le matin, augmentation des activités physiques, renforcer les comportements sociaux, diminuer au maximum les soins nocturnes, limiter les facteurs de réveils nocturnes (bruit, lumière).

3 Traitement pharmacologiques

Plusieurs classes médicamenteuses sont indiquées ou utilisées dans le traitement de l'insomnie, et chacune possède ses avantages et inconvénients.

a _ *Les Benzodiazépines*

Elles sont encore très prescrites, du fait notamment de leur efficacité et de la fréquente association des troubles du sommeil avec l'anxiété, même si peu d'entre elles ont l'AMM dans l'indication du traitement de l'insomnie (loprazolam, estazolam, nitrazepam, temazepam, flunitrzepam) (65).

Les études ont montré leur efficacité dans le traitement de l'insomnie, mais elles sont concentrées sur l'efficacité sur les prescriptions courtes. La méta-analyse de Holbrook (66) regroupant 55 études sur la population adulte, montrait une diminution non significative de la durée d'endormissement (4.2 minutes), mais une augmentation significative de la durée de sommeil (61.8 minutes). Elles améliorent également la qualité subjective du sommeil. Cependant leur efficacité à long terme n'est pas démontrée (67-68).

Les Benzodiazépines sont cependant assimilées à un cortège d'effets secondaires, la somnolence diurne étant le principal mis en avant, principalement avec les molécules à longue durée de vie (69-70). La principale conséquence de cette somnolence est l'augmentation du risque de chute et du risque fracturaire, qui existe même pour les molécules à courte durée de vie (70-71). Ainsi Khong et al. (72) ont procédé à une revue de la littérature dans le domaine, et il en ressort que les patients sous Benzodiazépine présentait un RR de 1.4 (95% CI 1.2-1.6) de fracture du col du fémur, et que la responsabilité des Benzodiazépines dans ce type de fracture allait de 1.8 à 8.2% selon le pays concerné.

L'augmentation du chute est également prouvée. La méta-analyse de Leipzig et al. (73) incluait 5 653 patients. Ils montraient une augmentation de 48 % du risque de chute chez les consommateurs de BZD par rapport aux non consommateurs (OR

= 1,48 ; IC95 % 1,23 – 1,77) Trois études cas-témoins et une étude de cohorte ont observé un risque accru lorsque la benzodiazépine était prise depuis 1 semaine ou moins, comparé aux consommateurs réguliers ou à une prise depuis 30 jours ou plus.

On note également au rayon des effets secondaires une altération des fonctions cognitives se caractérisant par une amnésie antérograde, une diminution du rappel des événements court terme et une augmentation des pertes de mémoire (74).

Une étude de suivi de 1389 personnes âgées de 60 à 70 ans (75) montre que l'utilisation à long terme de Benzodiazépines est un facteur de risque d'augmentation du déclin cognitif, avec un RR de 1.9 (OR 95% CI 1-3.5) comparativement aux non utilisateurs (basée sur l'utilisation du MMS).

Certains soulèvent même l'hypothèse que ces traitements pourraient être impliqués dans l'apparition de véritables démences, avec une réserve sur le nombre d'études et leur significativité. Wu et al. (76), ont étudié une population de plus de 45 ans chez qui le diagnostic de démence avait été posé, et on démontré une consommation plus importante de Benzodiazépines chez ces patients. Plus récemment, Billioti de Gage et al. (77) ont confirmé cette tendance, dans une étude prospective portant sur 15 ans (basée sur l'étude PAQUID) chez des patients sains de plus de 65 ans nouveaux consommateurs de Benzodiazépines. Elle retrouve un RR de 1.6 (CI 95% 1.08-2.38) de développer une démence chez les nouveaux utilisateurs de Benzodiazépines. Ce taux est confirmé par une étude de cohorte portant chez les patients ayant initié un traitement par Benzodiazépines durant cette période, et pour lesquelles il existe un OR de 1.46 (CI 95% 1.10-1.94) de développer une démence. Il est néanmoins très difficile

d'établir un lien de cause à effet, les limites de ces études portant sur la difficulté d'affirmer le diagnostic de démence, dans un contexte de troubles cognitifs induits par les Benzodiazépines, et sur la susceptibilité naturelle des patients nécessitant un traitement par Benzodiazépines à développer une démence même sans avoir initié un traitement.

La tolérance et la pharmacodépendance sont également très marquées dans les benzodiazépines (78) avec une relation à la demi-vie, à la dose et à la durée de traitement. Cela se manifeste par un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement, avec anxiété, céphalée, insomnie, irritabilité, agitation, syndrome confusionnel.

Les symptômes de sevrage apparaissent dans les 3 jours pour les molécules à demi-vie courte, dans les 7 jours pour les molécules à demi-vie longue. Ils peuvent persister plusieurs semaines, rendant difficile la distinction avec une rechute (79).

Une propriété importante du sevrage est l'effet rebond, qu'il faut bien connaître car à l'origine de nombreuses rechutes. On note dans les sevrages trop brutaux ou mal réalisés une augmentation de la latence d'endormissement et du nombre de réveils nocturnes ainsi qu'une diminution de la durée de sommeil, à des valeurs bien supérieures à celles constatées avant traitement. Le syndrome de sevrage est plus important avec les molécules à demi-vie courte lors d'un sevrage brutal. On note avec la tolérance une diminution d'efficacité à long terme.

b _ Les apparentés aux Benzodiazépines : zopiclone et zolpidem

Ce sont aujourd'hui les plus prescrits dans le traitement de l'insomnie, et possèdent l'avantage d'avoir une durée de vie plus courte. Elles ont donc l'AMM pour le traitement de l'insomnie, avec une durée de prescription limitée à 4

semaines. L'étude de Roger et al. (80) retrouve une bonne efficacité chez la personne de plus de 60 ans, avec une bonne tolérance dans l'ensemble, et un meilleur respect de l'architecture du sommeil. Elles présentent cependant les mêmes risques et effets secondaires que les benzodiazépines, à un degré moindre (81). L'étude de Finkle et al. (82) montre cependant un risque de fracture plus important avec cette classe médicamenteuse qu'avec des Benzodiazépines classiques, mais le lien de causalité n'est pas clairement établi.

Les risques liés au sevrage sont néanmoins moins importants qu'avec les Benzodiazépines, avec notamment l'absence d'effet rebond.

c _ Les neuroleptiques sédatifs

Leur indication est limitée au traitement des états psychotiques et d'agitation, mais leurs propriétés sédatives et anxiolytiques sont également parfois exploitées. Leurs effets secondaires doivent cependant amener à les utiliser avec parcimonie, et leur prescription limitée aux patients présentant des troubles du comportement. Ils sont en effet responsables de somnolence diurne, avec les risques inhérents (chutes), mais ont également des propriétés anticholinergiques (altération des fonctions cognitives, répercussions sur le système nerveux autonome, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, hypotension orthostatique, glaucome), et provoquent un syndrome extra-pyramidal (dyskinésies, troubles de la déglutition, akathisie).

d _ Les anti-histaminiques

L'alimézazine, la doxylamine ont l'AMM dans le traitement de l'insomnie occasionnelle, tandis que l'hydroxyzine ne l'a pas mais est aussi largement utilisée. Ils ont une efficacité démontrée sur l'insomnie à court terme, mais ont des effets résiduels diurnes marqués, une accoutumance rapide. Il est préconisé de ne pas les utiliser chez la personne âgée, du fait de leurs effets anticholinergiques et de leur longue demi-vie, ou alors sur de courtes durées (critères de Larroche).

e _ Les antidépresseurs

On distingue plusieurs classes d'antidépresseurs, selon leur mécanisme d'action : les tricycliques (ou imipraniques) tels que la clomipramine, l'imipramine, la doxépine ; les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) tels que, la moclobemide ; les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) tels que le citalopram, la fluoxétine, la paroxétine, la sertaline; les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) tels que la venlafaxine et le minalcipran ; et les autres antidépresseurs tels que la miansérine, la mirtazapine le bupropion et la tianeptine.

On peut également distinguer ces antidépresseurs selon leur action stimulante ou sédatrice.

Ils ont un intérêt tout d'abord chez les patients dont l'insomnie est révélatrice d'un syndrome dépressif sous-jacent. On peut dans ce cas privilégier les antidépresseurs sédatifs, car même si le traitement du syndrome dépressif doit en

soi résoudre l'insomnie, les effets stimulants de certains antidépresseurs entretiennent l'insomnie chez 30 à 40% des patients (83).

On évitera de principe les tricycliques chez la personne âgée du fait des effets secondaires anticholinergiques, privilégiant les IRS si l'insomnie n'est pas trop marquée (peu d'effet sédatif), la miansérine ou la mirtazapine lorsqu'un effet sédatif est recherché. Enfin si le syndrome dépressif est associé à des symptômes anxieux perturbant le sommeil, on privilégiera également les IRS.

Les antidépresseurs ne possèdent pas l'AMM dans le traitement de l'insomnie, mais leurs propriétés sédatives sont souvent utilisées. Certaines études ont démontré l'efficacité de l'utilisation à doses réduites d'antidépresseurs sur le sommeil en l'absence de syndrome dépressif, mais les résultats sont critiqués pour des raisons méthodologiques (84). Seule la doxépine a démontré une efficacité dans ce cadre (85), avec une efficacité à doses réduites permettant son usage chez la personne âgée en limitant les effets secondaires.

f _ La mélatonine

. En France, la mélatonine possède l'AMM dans le traitement de l'insomnie primaire depuis 2009, mais il n'a été démontré qu'une efficacité modérée sur l'insomnie dans une étude de phase III, avec une efficacité disparaissant à l'arrêt du traitement. Son AMM est soumise à réévaluation selon l'HAS, en fonction de l'action qu'elle aura sur la consommation de Benzodiazépines.

Il ressort des études disponibles que la place de la mélatonine dans l'insomnie est limitée. D'après une méta-analyse menée auprès d'adultes présentant une insomnie primaire et n'ayant pu inclure que des études de petite taille (86), 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; l'effet sur d'autres critères d'évaluation n'était pas mentionné. Elle a par ailleurs montré son efficacité dans les décalages de phase.

Après la parution de cette méta-analyse, deux nouvelles études concernant la mélatonine à libération prolongée ont paru, menées chez des personnes âgées présentant une insomnie primaire (87-88). Les résultats révèlent une amélioration de la qualité du sommeil selon l'évaluation du patient sur une échelle visuelle analogique après un traitement de trois semaines, avec une diminution du temps d'endormissement de 9 minutes et la durée totale du sommeil était prolongée de 27 minutes. La mélatonine avait cependant aussi une répercussion négative sur le bien-être émotionnel. Utilisée à court terme, la mélatonine s'est avérée inoffensive; on ne dispose pas de données concernant l'efficacité et l'innocuité à long terme.

Au final, la mélatonine peut être une alternative chez le sujet âgé sur de courtes périodes en raison de l'absence d'effet secondaire majeur, à court terme, dans les situations de décalage de phase en particulier.

g _ La phytothérapie

De nombreuses plantes sont réputées favoriser l'endormissement, mais pour la plupart d'entre elles, on ne dispose pas de preuves d'efficacité. La valériane est la plante la plus étudiée, mais les résultats ne sont pas univoques (89-90). La

valériane exercerait éventuellement un effet hypnotique modeste, qui est comparable à celui d'une benzodiazépine à faible dose. Des études bien menées et de plus grande envergure sont nécessaires, avec une surveillance des effets indésirables et une analyse du risque de dépendance et de symptômes de sevrage. La valériane semble inoffensive sous la forme d'extraits qui ne contiennent pas de substances issues des racines, car ces dernières ont des effets mutagènes et cytotoxiques.

Les patients doivent être informés des interactions possibles entre la valériane et d'autres médicaments, et la prudence est de mise chez les patients ayant des antécédents de troubles hépatiques.

4 Les thérapeutiques non médicamenteuses.

On retrouve dans cette catégorie plusieurs méthodes nécessitant un investissement personnel du patient, ce qui peut limiter leur usage du fait de l'état cognitif de nombre des résidents. Les contraintes institutionnelles sont également à prendre en compte. Mais elles peuvent être une alternative crédible aux traitements médicamenteux lorsque cela est possible. En effet, une méta-analyse réalisée par Morin (91) a démontré leur efficacité, et son maintien dans le temps, avec une diminution significative de la consommation d'hypnotiques. De plus il s'agit de techniques qui peuvent être effectuées par le personnel institutionnel, à condition d'une formation adéquate (92).

Le contrôle par le stimulus et la restriction de sommeil sont les plus efficaces, dans la durée également, avec une efficacité maintenue à 6 mois.

La restriction de sommeil consiste à retarder l'heure du coucher, tout en maintenant l'heure du lever, avec pour but de limiter le temps au lit. Le temps de sommeil permis est tout d'abord estimé avec le patient et l'équipe, puis on l'applique à toutes les nuits. On ajuste ensuite toutes les semaines ce temps en fonction de l'efficacité du sommeil (augmentée si >90%, réduite si > 80%, maintenue si entre 80 et 90%) Cette méthode nécessite la tenue stricte d'un agenda du sommeil.

Le contrôle par le stimulus consiste à renforcer le conditionnement, visant à associer la chambre à coucher et le sommeil, et reprend les règles d'hygiène du sommeil (réduire le temps passé au lit, ne se coucher que lorsque l'on est fatigué, diminuer la fréquence et la durée des siestes). Il consiste à appliquer les instructions suivantes : aller au lit uniquement lorsqu'on est somnolent, quitter le lit et aller dans une autre pièce lorsqu'on est incapable de se rendormir et y retourner uniquement si le sommeil est imminent, répéter les instructions précédentes aussi souvent que nécessaire au cours de la nuit, se lever à la même heure tous les matins, éviter les activités incompatibles avec le sommeil dans le lit réduire les siestes en journée.

La thérapie cognitivo-comportementale semble aussi efficace que le traitement par Benzodiazépine dans le traitement de l'insomnie chronique, selon Morin toujours (93), avec une efficacité plus importante à long terme pour la TCC. Elle a pour but de modifier les croyances et attitudes erronées vis-à-vis du sommeil. Elle commence par une évaluation de ces croyances et de ces attitudes, puis une remise en question de celles-ci, et enfin à leur remplacement par des substituts plus adaptés au moyen de techniques de restructuration. Elle doit être réalisée par

un professionnel formé à la TCC, au travers de véritables séances de psychothérapie.

La luminothérapie devrait également être un outil utile, au vu des études prouvant les bienfaits sur le sommeil d'une exposition à la lumière directe. Elle consiste à placer le patient devant une lampe diffusant une lumière blanche intense (généralement 10.000 lux) pendant environ deux heures par jour. Il importe que la luminothérapie ait lieu au bon moment, par exemple tôt dans la journée lorsque le moment d'endormissement doit être avancé. Les études dans le traitement de l'insomnie primaire chez la personne âgée non démente semblent ne pas démontrer d'effet majeur sur la qualité ou la durée du sommeil, mais elle aurait son intérêt chez les patients ayant des décalages de phase (97).

5 Cas particulier du patient dément

Le patient dément, en raison de la forte prévalence de la démence en institution, nécessite une prise en charge spécifique. Comme vu précédemment, il existe de nombreux troubles du sommeil chez le patient dément, aboutissant à une inversion du cycle nyctéméral. Ces troubles sont souvent aggravés par les thérapeutiques spécifiques de la maladie d'Alzheimer, qui ont des propriétés stimulantes (94). Il est donc recommandé d'administrer ces médicaments le matin afin d'éviter ces effets. Au début de la maladie, il ne faut pas négliger un syndrome dépressif, qui peut engendrer une insomnie et qu'il convient de traiter spécifiquement. Chez ces patients, les Benzodiazépines et apparentés sont généralement peu efficaces, et leur effet s'estompe rapidement. Les thérapeutiques non pharmaceutiques sont également privilégiées, en particulier

les approches complémentaires. On sait que les stimulations diurnes de tout type améliorent le rythme veille/sommeil chez les sujets âgés déments (95). Ainsi, des programmes individualisés d'activité sociale ou encore des programmes regroupant plusieurs approches thérapeutiques comme l'activité physique, la marche, le contrôle des horaires de sommeil et de l'exposition à la lumière, ont des effets bénéfiques sur la santé, la dépression, les troubles du sommeil et le rythme repos-activité (96).

La photothérapie a donné lieu à de nombreux essais thérapeutiques chez les sujets déments en institution et s'est révélée bénéfique, dans la majorité des études, sur les troubles cognitifs et comportementaux, notamment sur l'agitation de fin de journée, et dans certains cas sur les troubles du sommeil et la stabilité du rythme veille/sommeil. La lumière améliorait les troubles comportementaux et permettait une avance de phase, sans modifier les troubles du sommeil dans l'étude de Skjerve et al. (98), alors qu'elle provoquait un allongement des phases de sommeil nocturne (préalablement les plus longues) et consolidait ainsi le sommeil de nuit selon Ancoli-Israel et al. (99).

Les modalités d'usage de la photothérapie varient avec les études (100).

L'intensité de la lumière variait de 2 000 à 10 000 Lux selon les études.

Enfin, des efforts sont demandés au personnel soignant en institution pour diminuer le bruit, pour contrôler l'intensité de l'éclairage lors des interventions... autant de facteurs environnementaux bien connus pour être responsables de nombreux éveils nocturnes.

6 Indications thérapeutiques

On peut résumer de manière schématique les différentes stratégies thérapeutiques en fonction de l'étiologie de l'insomnie.

+ Insomnie d'ajustement

Le traitement repose sur la prise en charge du stress responsable, par le biais d'une prise en charge psychologique, avec si nécessaire le recours à un traitement hypnotique ou anxiolytique de courte durée afin d'éviter le passage à la chronicité.

+ Insomnie psychocomportementale

Elle relève essentiellement de la thérapie cognitivo-comportementale, accompagnée si nécessaire d'un traitement hypnotique que l'on réduira rapidement lors des premiers effets de la thérapie.

+ Insomnie paradoxale

Son traitement est délicat, car il vise à faire prendre conscience au patient qu'il n'est pas insomniaque. La psychothérapie est souvent utile dans ces situations.

+ Insomnie secondaire à une pathologie organique ou psychiatrique

Elle repose principalement sur le soulagement des symptômes par des thérapeutiques adaptées, mais le recours à des médicaments hypnotiques au long cours ne doit pas non plus être exclu lorsque ces symptômes ne sont pas contrôlables. En ce qui concerne les démences, en dehors des thérapeutiques spécifiques, on privilégie les thérapeutiques non pharmaceutiques

(luminothérapie, environnement, activités physiques), mais il ne faut pas passer à côté d'un trouble organique ou dépressif associé.

+ Insomnie induite par une substance

Il faut exclure tous les excitants (café, thé, alcool), et adapter les prescriptions à la personne âgée (critères de Laroche).

+ Insomnie secondaire à des pathologies du sommeil

Le traitement du syndrome des jambes sans repos et des mouvements des membres inférieurs repose sur une diminution des excitants, un traitement par paracétamol, une supplémentation en fer, et si nécessaire un traitement médicamenteux tel que les agonistes de la dopamine (L-dopa), les opioïdes, les benzodiazépines ainsi que les antiépileptiques.

Le traitement du syndrome du syndrome d'apnée du sommeil repose sur un traitement chirurgical, le port d'orthèse ou un appareillage par ventilation en pression continue positive.

E Indications du sevrage

En France, l'HAS a publié en 2007 un rapport recommandant le sevrage des Benzodiazépines et apparentés, s'appuyant pour cela sur de nombreuses études (voir C-3) démontrant l'effet bénéfique attendu sur les risques de chutes, et l'amélioration de certaines fonctions cognitives.

Salzman et al. (101) avaient publié une étude cohorte comparative, dont l'objectif était d'évaluer l'impact du sevrage aux BZD sur la mémoire chez les personnes âgées consommant les BZD au long cours. Vingt-cinq patients de moyenne d'âge

86 ans, avec une durée moyenne de consommation de BZD de 19 mois ont été inclus. À 1 an post intervention, il n'y avait pas de différence entre les groupes sur la qualité du sommeil. On observait une amélioration aux tests de mémoire, de vigilance dans le groupe-intervention par rapport au groupe-contrôle.

En ce qui concerne les fractures du col du fémur, une étude menée par Wagner et al. (102) n'a pas permis de mettre en évidence de diminution du risque suite au sevrage.

On retrouve également des études démontrant souvent une absence d'altération de la qualité de vie suite au sevrage en Benzodiazépines. En 2006, Oude Voshaar et al. (103) a publié une étude dont l'un des objectifs était d'évaluer l'impact de l'arrêt des BZD sur la qualité de vie. Cent quatre-vingts patients de moyenne d'âge 63 ans, randomisés en 3 groupes, ont été inclus. À 18 mois postrandomisation, on n'observait pas de différence entre les patients abstinents et les non abstinents.

Les différentes modalités de sevrage des hypnotiques comportent : la diminution progressive des posologies, le recours à des thérapies cognitivo-comportementales et l'association des deux méthodes. Dans une étude réalisée par Morin et al. (104), réalisée chez des patients âgés consommateurs de Benzodiazépine de longue date, comparant ces méthodes, montrait une diminution significative de la consommation de médicament dans tous les groupes (63% d'arrêt total à 7 semaines), avec une efficacité supérieure pour la méthode mixte (85%), devant la TCC simple (54%) puis la réduction de posologie (48%).

Les études concernant la population âgée sont rares, mais comme vu précédemment, l'utilisation de méthodes non médicamenteuses permettait une diminution significative de la consommation d'hypnotiques. Ces études insistent

néanmoins sur l'importance d'une supervision rapprochée par le médecin traitant pour bénéficier d'un effet thérapeutique.

Selon une étude menée dans une institution pour personnes âgées par Garzon et al. (105), l'utilisation de mélatonine permet de diminuer les troubles du comportement et la consommation d'hypnotiques chez 64% des patients durant le traitement, mais elle ne statue pas sur un effet à long terme.

Chez la personne âgée, il faut de plus être très vigilant sur la survenue d'un syndrome de sevrage qui survient avec les Benzodiazépines, du fait de la demi-vie de ces molécules et de l'élimination plus longue chez eux. Les facteurs de risque de survenue d'un syndrome de sevrage sont :

- la rapidité de la diminution posologique ;
- la consommation d'une posologie élevée de BZD ;
- la demi-vie courte d'élimination du médicament ;
- l'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt ;
- l'existence d'une dépression associée ;
- la surconsommation régulière d'alcool (> 3 verres/jour pour un homme et 2 verres/jour pour les femmes) ou d'autre substances psychoactives

L'échelle ECAB (Annexe 4) permet d'évaluer la dépendance aux Benzodiazépines, un score >6 incitant à une surveillance rapprochée et à une diminution posologique plus lente. Elle est basée cependant sur l'interrogatoire du patient, et ne permet pas une évaluation correcte des patients ayant des troubles cognitifs, donc difficilement réalisable en EHPAD.

Le plus difficile est avant tout d'évaluer l'indication du sevrage des hypnotiques. Le plus souvent, le patient en institution prend ce traitement depuis longtemps, et le

motif d'instauration du traitement est oublié. C'est donc là que réside la principale difficulté, et il n'existe pas d'outil pour déterminer à qui proposer un arrêt ou une diminution de son traitement, la décision résidant dans la libre appréciation du médecin en fonction du patient, qui doit dans la plupart des études concernant le sevrage être coopérant pour s'assurer d'une bonne efficacité. On retrouve là le critère qui s'expose au médecin généraliste : que faire chez le patient alité, avec d'importants troubles cognitifs ? Il n'existe pas d'étude chez cette population spécifique évaluant l'amélioration de la qualité de vie suite au sevrage ou même son efficacité. On peut toutefois quand l'adhésion du patient n'est pas possible envisager un sevrage par réduction très progressive des posologies, avec obtention de la posologie minimale efficace, associée aux mesures environnementales vues plus haut, avec l'objectif principal d'améliorer les troubles cognitifs et la somnolence diurne. La participation active du personnel soignant est indispensable pour évaluer dans ce cas la qualité du sommeil et les symptômes de sevrage. Cette participation est également très subjective, car il n'existe pas d'échelle d'évaluation externe de la qualité du sommeil. Elle doit donc se baser sur des critères définis à l'avance avec le personnel : agitation nocturne, somnolence diurne, trouble de l'humeur, signes de sevrage.

IV Les outils d'aide diagnostique et thérapeutique au sevrage des hypnotiques en institution

Avant d'envisager un sevrage d'un traitement hypnotique chez un patient, il faut s'atteler à repenser sa prescription et les motifs de l'insomnie. De nombreux instituts spécialisés ou organismes de santé ont mis à disposition des professionnels de santé des outils afin de les aider dans la prise en charge de l'insomnie, et aider au sevrage en hypnotique dans les situations qui le permettent. On peut citer tout d'abord l'HAS, qui publie des recommandations précises pour la prise en charge de l'insomnie et l'aide au sevrage des Benzodiazépine (106). Le ministère de la santé a également publié des recommandations de bonnes pratiques en EHPAD, qui contiennent un volet sur l'insomnie (107). De nombreux sites internet dédiés reprennent ces recommandations afin d'éditer des résumés adaptés à la pratique en médecine générale et fournissent les outils nécessaires (SFRMS-sommeil.org, sommeil-mg.net, institut-sommeil-vigilance.org).

Il faut tout d'abord confirmer et caractériser l'insomnie.

A Diagnostic de l'insomnie et traitement de l'insomnie

Le diagnostic d'insomnie repose essentiellement sur les critères de l'ICSD vus au chapitre III-A-3.

On dispose de quelques outils pour caractériser l'insomnie. L'agenda du sommeil (Annexe 5) est utile pour étudier les rythmes de sommeil, les réveils nocturnes, les activités, les phases de sommeil, et peut servir de base et de suivi pour les

thérapies non pharmacologiques. Il nécessite néanmoins une coopération du patient, ou de l'équipe de nuit.

L'échelle de somnolence d'Epworth (Annexe 6) étudie le retentissement diurne de l'insomnie, et permet de déterminer si l'insomnie est symptomatique. Mais sa spécificité chez la personne âgée n'est pas très élevée.

Le questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds (QESL) (Annexe 7) est un auto-questionnaire normalisé composé de dix échelles visuelles analogiques qui ont trait à quatre aspects de l'efficacité du sommeil :

- la qualité de l'endormissement, degré de somnolence
- la qualité du sommeil
- la qualité du réveil
- la qualité de l'état suivant le réveil, performances.

Il peut être utile pour suivre l'évolution de la qualité du sommeil lors de l'initiation d'un traitement d'une insomnie ou lors du sevrage.

On ne dispose néanmoins pas de vraie échelle d'hétéro-évaluation du sommeil, en particulier chez le patient dément.

On peut également, lors des insomnies rebelles ou inexplicables, ou lors de la suspicion d'un trouble spécifique du sommeil, discuter le recours à un spécialiste dans un centre du sommeil, qui pourra alors explorer le sommeil à l'aide de la polysomnographie ou de l'actimétrie. La polysomnographie est utile dans toutes ces situations, mais elle nécessite une hospitalisation dans un service spécialisé.

On peut pratiquer une polygraphie du sommeil à domicile, mais elle ne prendra pas en compte l'enregistrement du débit ventilatoire. L'actimétrie peut elle être un complément dans l'agenda du sommeil.

L'HAS met en ligne des tableaux récapitulatifs des différentes étiologies et critères diagnostiques selon celles-ci dans ses recommandations sur les bonnes pratiques, dont un volet spécifiques sur la personne âgée (108).

B Outils disponibles pour l'aide au sevrage

1 Les Recommandations de l'HAS

Il existe malheureusement très peu d'outils spécifiques à l'aide au sevrage en hypnotique, encore moins à sa réalisation dans le cadre d'une EHPAD, il faut se référer aux recommandations de l'HAS sur le sevrage en Benzodiazépine publiées en octobre 2007. Elles proposent la démarche qui suit (104) :

a _ Intervention brève

Une intervention brève réalisée par le médecin traitant est efficace pour réduire la consommation de BZD chez le sujet âgé à court et à long terme.

Cette intervention peut être proposée au patient selon deux modalités :

- + par une information orale lors d'une consultation ;
- + par une information écrite, argumentée, personnalisée, remise au patient par le médecin .

Dans les deux cas, si le patient décide d'arrêter la BZD, il est recommandé de poursuivre cette intervention brève par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt de la BZD.

Au cours de cette consultation, il est recommandé :

- + d'informer le patient sur la BZD consommée : nom de molécule, propriétés anxiolytiques et sédatives ;

- + de présenter les risques de la consommation de BZD au long cours : troubles mnésiques, diminution des réflexes et de la concentration, risque de dépendance, risque 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 des BZD : 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 des BZD et médicaments apparentés en raison du risque important de syndrome de sevrage ;
- + de donner des conseils adaptés au patient pour réduire puis arrêter la consommation de BZD, avec si nécessaire une réduction de dose très progressive.

Il est recommandé de proposer au patient (et à son entourage) de tenir un calendrier de décroissance posologique avec relevé des symptômes inhabituels. La tenue d'un agenda du sommeil peut également être utile.

Si le patient le souhaite, son entourage ainsi que la personne de confiance qu'il a désignée et les professionnels qui le prennent en charge peuvent être impliqués dans la démarche. En particulier, le médecin, avec l'accord du patient, peut informer le pharmacien habituel de celui-ci de la stratégie d'arrêt mise en place.

b _ Modalité d'arrêt, surveillance et prévention de la reprise

Modalités d'arrêt

L'arrêt doit toujours être progressif. En ambulatoire, il peut être conduit :

- + en 4 à 10 semaines habituellement ;

+ sur plusieurs mois pour des utilisateurs de longue durée ou recevant des posologies élevées de BZD ou médicaments apparentés.

Une diminution initiale de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine constitue un exemple de décroissance dans le cas d'un arrêt ambulatoire sur 4 à 10 semaines.

Certains patients (échecs de tentatives d'arrêt antérieures, démence, surconsommation régulière d'alcool, dépression caractérisée, insomnie chronique, troubles anxieux caractérisés [trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés]) nécessitent un plus faible taux de réduction.

L'auto-évaluation par le patient de sa tolérance à la diminution des doses au moyen du calendrier de décroissance posologique et éventuellement de l'agenda du sommeil constitue une aide utile pour le suivi.

Rythme de surveillance

Un accompagnement régulier par des consultations centrées sur l'arrêt des BZD est indispensable.

Au début de la stratégie d'arrêt, il est proposé de réaliser une consultation de suivi une semaine après la 1^{re} diminution de dose, puis à chaque diminution, soit toutes les 2 à 4 semaines lorsque la réduction de la posologie se fait sans difficulté.

Chez les patients qui ont plusieurs facteurs de risque d'échec ou de syndrome de sevrage ou chez lesquels l'arrêt s'avère difficile, il est recommandé de renforcer et d'adapter le suivi.

Quel que soit le rythme de suivi mis en place, il est utile que le patient ait la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec le praticien et/ou d'autres professionnels de santé (notamment le médecin coordinateur) pour répondre à ses questions éventuelles.

Nature de la surveillance

Les consultations de suivi pendant la réduction de dose doivent permettre :

- + d'analyser les symptômes liés à l'arrêt ou d'autres symptômes nouveaux ;
- + d'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt ;
- + d'encourager le patient à poser des questions ;
- + de rechercher une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac ou d'autres substances psychoactives pendant la phase d'arrêt ;
- + de titrer la réduction de posologie : demander au patient s'il peut ramener les comprimés non utilisés ;
- + de réaliser du renforcement positif vis-à-vis de la diminution posologique.

Si le patient trouve que la diminution est trop rapide ou s'il a des symptômes liés à l'arrêt, il est recommandé de ralentir la vitesse de réduction ou d'allonger la durée des paliers posologiques ; si les signes sont importants, il faut revenir à la posologie précédente.

Un accompagnement psychologique de soutien par le médecin traitant (ou un autre professionnel) est nécessaire, en particulier chez les patients ayant des troubles anxieux, dépressifs ou des facteurs de stress importants, ainsi qu'en cas d'arrêt réalisé sur une longue période.

Suivi après l'arrêt de BZD

À court terme, pour les patients qui ont réussi à arrêter la BZD, il est recommandé une consultation au cours des 3 à 7 jours après la dernière prise afin d'évaluer les symptômes liés à l'arrêt et notamment de donner une information claire sur le rebond d'insomnie et/ou d'anxiété (nature, explication de l'origine, durée potentielle).

À moyen terme, un suivi régulier en consultation doit être proposé, tout particulièrement durant les 6 premiers mois qui suivent l'arrêt, période la plus à

risque pour la reprise de médicament. Il est utile que le patient ait la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec le médecin.

c _ Thérapie cognitivo-comportementale

Les TCC associées à l'arrêt progressif des BZD ont montré leur intérêt pour l'arrêt ou la diminution de la consommation de BZD mais elles posent le problème de leur accessibilité. Il serait souhaitable de développer la formation des médecins à ces techniques.

2 Accès aux thérapeutiques non médicamenteuses

Les règles d'hygiène, les thérapies cognitives et comportementales ont démontré leur efficacité dans le sevrage des hypnotiques. Pour pouvoir les mettre en application, il est utile de disposer de protocoles simples et clairs. Or leur accès ne se fait qu'au moyen de publications volumineuses, ou par le biais de plaquettes d'information par des laboratoires pharmaceutiques. On peut néanmoins retrouver le travail du Dr Moreau Sandie, qui a contribué à travers sa thèse de médecine à la réalisation d'un guide sur l'usage des thérapies cognitives et comportementales en médecine de ville, reprenant les règles de réalisation de méthodes comme la restriction de sommeil, le contrôle, des stimuli et le respect des règles d'hygiène du sommeil. Celui-ci est accessible au médecin, mais également au patient et au personnel d'EHPAD (109).

La luminothérapie n'est elle pas prise en charge par la sécurité sociale, et son utilisation ne peut se faire que lors d'initiatives locales avec un investissement personnel des EHPAD.

La thérapie cognitivo-comportementale doit être réalisée par un spécialiste formé à cette méthode (psychiatre ou médecin généraliste), mais son utilisation est rendue difficile de par la fréquence des séances et leur durée.

3 Place de la formation médicale

On peut également citer dans les moyens mis à disposition du médecin la formation médicale continue, les revues médicales. Le personnel des établissements pour personnes âgées a également accès à des formations spécifiques sur les troubles du sommeil, en particulier pour le personnel de nuit, mais ces formations ne sont pas obligatoires. Leur rôle réside surtout dans la sensibilisation, car pour faire en sorte que le sevrage soit bien conduit, tout le personnel doit être acteur dans la mise en œuvre du sevrage.

V Discussion

A Intérêt du sevrage

L'insomnie en institution est un problème récurrent et très fréquent, puisque l'on retrouve des plaintes relatives au sommeil chez 50% des résidents (1), conduisant à une consommation importante de traitement hypnotique, que l'on retrouve chez 30 % d'entre eux (étude PLEIAD), dont une part majoritaire de benzodiazépines et apparentés. Les psychotropes dans leur ensemble sont prescrits à plus large échelle chez les personnes âgées en institution, et la difficulté dans la définition d'un traitement hypnotique réside dans les propriétés diverses de ces traitements, dont l'effet hypnotique fait partie. Néanmoins, quand il est possible d'individualiser l'insomnie comme une plainte primaire à l'origine de la prescription d'un traitement, il convient de remettre en cause cette prescription, surtout lorsque celle-ci est de longue date, ce qui est le cas dans plus de 75% de celles-ci (110). Les raisons de proposer un tel sevrage ou tout du moins une diminution sont multiples. Il faut tout d'abord avoir conscience de l'accoutumance à des telles molécules, et leur effet à long terme n'est pas défini, voir diminué (17). Les réticences à arrêter un traitement sont souvent liées l'effet rebond, qui tient tant à l'effet placebo qu'aux propriétés des molécules. La consommation d'hypnotiques est également associée à une plus grande fréquence de survenue d'effets secondaires tels que les chutes, les troubles cognitifs, la somnolence diurne, les fractures du col du fémur. Le sevrage est associé à une diminution de ces risques, tout en n'altérant pas la qualité de vie et du sommeil. Les études font cependant défaut chez les patients déments, qui représentent une part importante des résidents.

B Efficacité du sevrage

Plusieurs méthodes ont démontré leur efficacité dans le sevrage des hypnotiques : la diminution progressive des doses, les thérapies cognitivo-comportementales et les règles d'hygiène du sommeil. Cependant la mise en route de ce sevrage ne doit se faire qu'après avoir identifié les causes précises de l'insomnie. De nombreux outils sont donc à disposition du médecin traitant pour cibler et traiter les insomnies secondaires à des troubles spécifiques (recommandations de l'HAS, sites internet dédiés, littérature, formation). La correction de ces troubles peut permettre à elle seule de modérer l'insomnie, mais elle peut ne pas être suffisante, en raison des facteurs psychologiques acquis perturbant l'équilibre du sommeil. C'est dans ces situations que les méthodes de sevrage doivent être mises en œuvre. Celui-ci doit alors être mené de manière très étroite, avec des consultations d'entretien préalables pour expliquer le sevrage, étudier le rythme du sommeil, et enfin discuter de la méthode la plus appropriée en fonction de l'insomnie. Un suivi hebdomadaire est recommandé pendant le sevrage, avec analyse de l'évolution du sommeil, surveillance d'un sevrage de sevrage, adaptation du rythme de décroissance des doses en fonction du patient, correction des troubles apparus.

C Spécificité du sevrage en institution

La mise en route du sevrage repose donc sur le traitement des facteurs organiques et psychiatriques engendrant une insomnie, une décroissance progressive des doses, le contrôle de l'environnement et l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementale.

Le contrôle des comorbidités est un facteur important chez les personnes âgées, au vu de leur responsabilité, et leur dépistage ne devrait pas poser de problème. En EHPAD, il est cependant deux pathologies sur lesquelles il est important de mettre l'accent : le syndrome anxio-dépressif et les troubles cognitifs. Le premier doit être traqué car sous-évalué, il est souvent responsable d'insomnie. Le second pose la question du regard posé sur l'insomnie chez les patients déments. Il n'existe que peu d'études sur le sevrage dans cette population, mais il a été démontré que l'augmentation des activités sociales et de l'exposition à la lumière est bénéfique sur les troubles du comportement nocturne et le décalage de phase. L'inversion du rythme nyctéméral est également problématique : faut-il absolument traiter chimiquement celui-ci, ou alors repenser l'organisation en EHPAD afin de permettre son respect, quitte à devoir mettre à disposition du personnel la nuit pour leur prise en charge exclusive ? Là se pose une véritable question de santé publique, au vu de la croissance constante du syndrome démentiel dans la population.

Pour ce qui est des mesures cognitivo-comportementales comme la restriction de sommeil et le contrôle des stimuli, elles sont applicables pour les personnes ayant un certain degré d'autonomie et des capacités cognitives suffisantes. Là aussi, il n'existe pas de poste spécifique la nuit pour prendre en charge les personnes qui se réveillent la nuit, même si le personnel peut parfois être amené à s'occuper ponctuellement d'un résident, voir à l'accompagner pour une promenade lors d'un réveil nocturne. Il existe cependant des institutions qui proposent ce genre de service la nuit, avec la possibilité de surveiller spécifiquement les résidents la nuit, la mise à disposition d'un lieu la nuit pour quitter la chambre, et même la réalisation d'activités pour les patients ayant une véritable inversion du cycle

nycthéméral. Il serait opportun d'évaluer l'incidence de ce genre de mesures sur la prescription d'hypnotiques et la réalisation d'un sevrage.

La participation du médecin coordinateur peut être un relai essentiel dans l'objectif de diminuer la prescription d'hypnotiques. Dans le cadre de la qualité des soins, il peut veiller à ce que les règles d'hygiène de sommeil soient bien respectées par les équipes, quitte à mettre en place de vrais protocoles. Il peut également veiller au respect d'une démarche de soins individualisée adaptée aux troubles du sommeil du résident. De plus, par le biais de la communication avec les médecins généralistes, il peut accompagner celui-ci dans l'objectif d'une diminution des prescriptions, en insistant sur sa nécessité et sur sa faisabilité, et en proposant une prise en charge la plus adaptée possible.

La relation médecin-malade joue aussi un rôle prépondérant. Ainsi il existe une véritable pression du patient. Le caractère particulièrement chronophage des consultations de sevrage et le manque de disponibilité des médecins compliquent la tâche.

La pression du personnel soignant est également un facteur de distorsion de la perception des troubles du sommeil, avec souvent un décalage entre l'impression de mauvais sommeil (patient réveillé la nuit, rythme qui ne convient pas au fonctionnement de l'institution) et véritable insomnie avec répercussion sur la qualité de vie. La formation du personnel est primordiale dans ce domaine, en le rendant acteur de la prise charge, et non plus en le faisant uniquement subir les conséquences de l'insomnie.

D Des outils peu adaptés

Au regard de tous ces critères, les recommandations de bonne pratique semblent difficiles à mettre en œuvre dans les institutions, en raison principalement du peu d'études spécifiques sur le bienfait du sevrage en hypnotique chez le patient dément. De ce fait, il n'existe pas d'outil spécifique pour l'aide décisionnelle et thérapeutique au médecin généraliste. Il lui faut alors essayer d'adapter les outils disponibles, en tenant compte de l'aide que peuvent lui fournir les personnels soignants. Il serait d'ailleurs bon d'établir de véritables outils validés prenant en compte le personnel, aussi bien sur le suivi des troubles du sommeil, que sur la démarche thérapeutique (règles de bonne hygiène du sommeil, accès aux thérapies comportementales).

E Propositions pour améliorer l'aide au médecin dans le sevrage en hypnotiques

+ Il serait intéressant d'évaluer les bénéfices d'un sevrage sur la qualité de vie des patients dépendants, grabataires ou souffrant de graves troubles cognitifs, afin de déterminer si les recommandations sont valables dans cette catégorie de la population. Cela pourrait aboutir à une modification de la vision de ces thérapeutiques, et peut être à une simplification des règles de prescription, et à une perception différente de l'insomnie chez le patient dément.

+ Améliorer l'information aux médecins et personnels paramédicaux. Par le biais de formations spécifiques tout d'abord, mais également par :

- Le rappel des normes de bonne hygiène du sommeil.

- Des outils d'évaluation simples de l'insomnie, afin de mieux déterminer le trouble du sommeil et de cibler les thérapeutiques non médicamenteuses les plus adaptées aux troubles du patient, dans la mesure où l'on permet leur accessibilité dans le cadre institutionnel.
- La mobilisation du médecin coordinateur, qui peut avoir un rôle de relai important de rappel et de maintien des consignes de thérapie cognitive et comportementale.

VI Conclusion

Les pratiques cliniques en ce qui concerne le sevrage des traitements hypnotiques sont dans l'ensemble bien encadrées, avec des recommandations claires, et des outils pour évaluer la qualité du sommeil et du sevrage mettant à contribution la participation du patient. Elles sont cependant parfois peu adaptées au cadre particulier que sont les institutions hébergeant des personnes âgées. En effet ces patients présentent des contraintes liées aux pathologies du vieillissement et des contraintes environnementales qui compliquent grandement la mise en œuvre de ces outils, et qui les rend peu utilisables dans nombre de cas. La gestion de l'insomnie chez les patients déments montre l'intérêt des activités diurnes et de la luminothérapie afin de diminuer les troubles nocturnes, mais le sevrage n'a pas été étudié dans cette population. L'appréciation du médecin reste donc la première des armes pour apprécier, évaluer et mettre en œuvre dans les situations qui le permettent une diminution de ces thérapeutiques, en attendant le développement de nouveaux outils. Une véritable réflexion sur l'organisation des soins en EHPAD doit être menée, en raison de la proportion importante de patients déments, qui nécessitent une prise en charge particulière, notamment la nuit. La place du médecin coordinateur doit également être renforcée, afin permettre de faciliter l'information, la réalisation des mesures cognitivo-comportementales et la formation du personnel.



Vu :

Le Président de Thèse
Université Paul Sabatier



Vu :
le 14.01.2013
Le doyen de la Faculté de Médecine
Rangueil

Université Paul Sabatier

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUCÉ

VII Bibliographie

- 1 Ohayon MM. Prévalence et comorbidités des troubles du sommeil dans la population générale. *La revue du praticien*. 2007 ; 57 :1521-28
- 2 Billiard M. Duvilliers Y. *Les troubles du sommeil*. Masson. 2009
- 3 American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996
- 4 American Academy of Sleep Medicine (AASM). *International classification of sleep disorders. Second edition : diagnostic and coding manual*. Westchester, Illinois. American Academy of Sleep Medicine. 2004
- 5 Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep disturbances in nursing homes. *J Nutr Health Aging*. 2010 Mar;14(3):207-11.
- 6 Fetveit M.D. Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17:604-609.
- 7 Middlekoop. Sleep and ageing: the effect of institutionalization on subjective and objective characteristics of sleep. *Age and ageing*. 1994; 23:411-417.
- 8 Cohen D, Eisdorfer C, Prinz P, Breen A, Davis M, Gadsby A. Sleep disturbances in the institutionalized aged. *J Am Geriatr Soc*. 1983 Feb;31(2):79-82.
- 9 Eide E, Schjøtt J. Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes. *Pharm World Sci*. 2001 Dec;23(6):227-31.
- 10 Craig D, Passmore AP, Fullerton KJ, Beringer TR, Gilmore DH, Crawford VL, McCaffrey PM, Montgomery A. Factors influencing prescription of CNS medications in different elderly populations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2003 Jul-Aug;12(5):383-7.
- 11 Ruth S. Psychotropic drug in nursing homes: diagnostic indication and variations between institutions. *European journal of clinical pharmacology*. 2001; 57:523-528.
- 12 Gervais-Veysseyre A-M. ; Palisson M.; Veysseyre O.; Manavi H.; Leglise P.; Dare F. ; Huchon-Becel D. Prescription des hypnotiques chez le sujet âgé : Etude rétrospective dans un centre hospitalier de gérontologie sur une période de trois ans. *La revue de gériatrie*. 2003, vol. 28, n°2, pp. 107-112
- 13 Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001; 57(5): 419-425.

- 14 Lechevallier N., Fourrier A., Berr C., Utilisation de benzodiazepines chez le sujet âgé : données de la cohorte eva. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2003 ; 51 (3) : 317-326.
- 15 Afssaps. Etat des lieux de la consommation des Benzodiazépines en France. Janvier 2012.
- 16 <http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/EtudePLEIAD.pdf>
- 17 Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. L'Encéphale, 1996 ; 22(5) : 337-5
- 18 Monane M, Glynn RJ, Avorn J. The impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. Clin Pharmacol Ther. 1996 Jan;59(1):83-92.
- 19 Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T. The sleep of older people in hospital and nursing homes. J Clin Nurs. 1999 Jul;8(4):360-8.
- 20 Morgan K, Clarke D. Risk factors for late-life insomnia in a representative general practice sample. Br J Gen Pract. 1997 Mar;47(416):166-9.
- 21 Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. Arch Intern Med. 1998 May 25;158(10):1099-107.
- 22 Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. Sleep Med. 2009 Sep;10 Suppl 1:S7-11.
- 23 J.-J. Hauw , C. Hausser-Hauw, D. Hasboun, D. Seilhean. Neuropathologie du sommeil des maladies neurodégénératives humaines . j.neurol.2008 vol. 164, n° 8-9. - 669-682.
- 24 http://www.orsmip.org/enquetes/rehpa/modules/partie/telec/resultat/pr_rolland_resultats_de_l%27enquete_-_luchon_juin_2008.pdf
25. Rolland Y, Pr S Andrieu, Dr S Goni, Dr Y Moqtad et Pr B Vellas. Etude PLEIAD. Caractéristiques des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MA) résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) rentrant ou sortant de l'institution.
- 26 Bombois S, Derambure P, Pasquier F, Monaca C. Sleep disorders in aging and dementia. J Nutr Health Aging. 2010;14:212-217
- 27 Martin J, Marler MR, Sochat T, Ancoli-Israel S. Circadian rhythms of agitation in institutionalized patients with Alzheimer's disease. Chronobiol Int 2000 ; 17 : 405-18
- 28 Bliwise DL, Hughes M, McMahon PM, Kutner N. Observed sleep/wakefulness and severity of dementia in an Alzheimer's disease special care unit. J Gerontol Med Sci 1995 ; 50A : M303-M306

- 29 Moran M, Lynch CA, Walsh C, Coen R, Coakley D, Lawlor BA. Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. *Sleep Med* 2005 ; 6 : 347-52
- 30 Sinforiani E, Terzaghi M, Passoti C, Zucchella C, Zambrelli E, Manni R. Hallucinations and sleep-wake cycle in Alzheimer's disease : a questionnaire-based study in 218 patients. *Neurol Sci* 2007 ; 28 : 96-9
- 31 McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of DLB consortium. *Neurology* 2005 ; 65 : 1863-72.
- 32 Grace JB, Walker MP, McKeith IG. A comparison of sleep profiles in patients with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 1028-33.
- 33 Harper DG, Stopa EG, McKee AC, Satlin A, Fish D, Volicer L. Dementia severity and Lewy bodies affect circadian rhythms in Alzheimer disease. *Neurobiol Aging* 2004 ; 25 : 771-81.
- 34 Montemayor T. Sommeil et démences. Particularités et prise en charge. *Médecine du sommeil* 2008 ; 15 : 10-5.
- 35 Arnulf I, Konofal E, Merino-Andreu M, Houeto JL, Mesnage V, Welter ML, et al. Parkinson's disease and sleepiness : an integral part of PD. *Neurology* 2002 ; 58 : 1019-24
- 36 Boddy F, Rowan EN, Lett D, O'Brien JT, Mckeith IG, Burn DJ. Subjectively reported sleep quality and excessive daytime somnolence in Parkinson's disease with and without dementia, dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 22 : 529-35.
- 37 Iranzo A, Molinuevo JL, Santamaria J, Serradell M, Marti MJ, Valldeoriola F, et al. Rapid-eye-movement sleep behavior disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder : a descriptive study. *Lancet Neurol* 2006 ; 5 : 572-7.
- 38 Liu W, Miller BL, Kramer JH, Rankin K, Wyss-Coray C, Gearhart R, et al. Behavioral disorders in the frontal and temporal variants of frontotemporal dementia. *Neurology* 2004 ; 62 : 742-8.
- 39 Martin JL, Ancoli-Israel S. Sleep disturbances in long-term care. *Clin Geriatr Med* 2008 ; 24 : 39-50.
- 40 Rovner BW, German PS, Broadhead J, Morriss RK, Brant LJ, Blaustein J, Folstein MF. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 1990 Spring;2(1):13-24.
- 41 Brodaty H, Draper B. Psychosis, depression and behavioural disturbance in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *Int J Geriatric Psychiatry* 2001; 16(5): 504-512.
- 42 Ford D.E. Epidemiologic study of sleep disturbance and psychiatric disorders. *JAMA*. 1989; 262:1479-1484.

- 43 Brabbins C.J. Insomnia in the elderly: prevalence, gender differences and relationship with morbidity and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998; 8:373-380.
- 44 Reynolds CF 3rd. Sleep and affective disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:583-91.
- 45 Brown MN, Lapane KL, Luisi AF. The management of depression in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jan;50(1):69-76.
- 46 Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001 Dec;36(12):613-20.
- 47 Vincent Camus . Évaluation de la dépression chez le sujet âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, 13-7, Supplément, septembre 2004, Synthèse
- 48 Dartigues JF, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, Orgogozo JM, Commenges D, Jacqmin-Gadda H, Richard-Harston S, Delva F, Foubert-Samier A, Barberger-Gateau P. Paquid 2012: illustration and overview. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Sept 1;10(3):325-331.
- 49 Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. 2007 Aug;63(8):725-31.
- 50 Vishesh Kapur, Kingman P. Strohl, Susan Redline, Conrad Iber, George O'Connor, Javier Nieto Underdiagnosis of Sleep Apnea Syndrome in U.S. Communities. *Sleep Breath* 2002; 06(2): 049-054,
- 51 Durieux P., Neuxirca F. Epidémiologie du syndrome d'apnées du sommeil de l'adulte. *Rev Mal Resp* 1990, 7, 441-449
- 52 Ancoli-Israel S., Roth T, Roehrs TA, editors. Epidemiology of sleep disorders. *Clinic in geriatric medicine*. Philadelphia (PA): WB Saunders, 1989: 347-362
- 53 Rothdach AJ, Trenkwalder C, Habersstock J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population: the MEMO study. *Memory and Morbidity in Augsburg Elderly*. *Neurology*. 2000 Mar 14;54(5):1064-8.
- 54 Ghorayeb I, Tison F. Épidémiologie du syndrome des jambes sans repos. *La Presse Médicale*. Volume 39, Issue 5, May 2010, Pages 564–570
- 55 Onen F. Troubles du sommeil chez le sujet âgé. In : *Expression des principales maladies des personnes âgées*. 1994 ; 378-386
- 56 Cruise PA, Schnelle JF, Alessi CA, Simmons SF, Ouslander JG. The nighttime environment and incontinence care practices in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1998 Feb;46(2):181-6.
- 57 Schnelle JF, Ouslander JG, Simmons SF, Alessi CA, Gravel MD. The nighttime

- environment, incontinence care, and sleep disruption in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1993 Sep;41(9):910-4.
- 58 Richards KC, Beck C, O'Sullivan PS, Shue VM. Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Sep;53(9):1510-7.
- 59 Shochat T, Martin J, Marler M, Ancoli-Israel S. Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *J Sleep Res.* 2000 Dec;9(4):373-9.
- 60 Ancoli-Israel S, Kripke DF. The problem of sleep fragmentation in the elderly and demented residents of nursing homes. *Bull Clin Neurosci* 1989;54: 127-132.
- 61 Revue prescrire. Les traitements cognitifs et comportementaux, alternatives aux médicaments. 1998 ; 181 :133-135.
- 62 Chesson AL Jr, Anderson WM, Littner M, Davila D, Hartse K, Johnson S, Wise M, Rafecas J. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep.* 1999 Dec 15;22(8):1128-1133.
- 63 Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al-Samarrai NR, Cruise PA. A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc.* 1999 Jul;47(7):784-791
- 64 Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia Kim E, Harker JO, Josephson KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2005 May;53(5):803-810.
- 65 Vidal. Edition 2012.
- 66 Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ.* 2000 Jan 25;162(2):225-233.
- 67 Dunne D, Montgomery P. Insomnia in the elderly. *Clin Evid* 2006;15:1-2.
- 68 Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331:1169.
- 69 McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ.* 1997 Feb 1;156(3):385-91.
- 70 Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Jun;48(6):682-5.
- 71 Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R; Silver Network Home Care Study Group. Psychotropic medications and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. *J Gerontol A Biol Sci*

Med Sci. 2005 May;60(5):622-6.

72 Khong TP, de Vries F, Goldenberg JS, Klungel OH, Robinson NJ, Ibáñez L, Petri H. Potential impact of benzodiazepine use on the rate of hip fractures in five large European countries and the United States. *Calcif Tissue Int.* 2012 Jul;91(1):24-31.

73 Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and metaanalysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):30-9.

74 Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf* 2004;3: 485—93.

75 Paterniti S, Dufouil C, Alépovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2002 Jun;22(3):285-93.

76 Wu CS, Wang SC, Chang IS, Lin KM. The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Jul;17(7):614-20.

77 Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012 Sep 27;345.

78 Gerson M. La dépendance aux benzodiazépines. *La revue prescrire.* 1987 ; 63 :125-126.

79 Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;393:95-101.

80 Roger M, Attali P, Coquelin JP. Multicenter, double-blind, controlled comparison of zolpidem and triazolam in elderly patients with insomnia. *Clin Ther.* 1993 Jan-Feb;15(1):127-36.

81 Allain H, Bentué-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging.* 2005;22(9):749-65.

82 Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Oct;59(10):1883-90.

83 Wichniak A, Wierzbicka A, Jernajczyk W. Sleep and antidepressant treatment. *Curr Pharm Des.* 2012;18(36):5802-17.

84 Catherine McCall & W. Vaughn McCall. What Is the Role of Sedating Antidepressants, Antipsychotics, and Anticonvulsants in the Management of Insomnia? *Curr Psychiatry Rep* (2012) 14:494–502.

- 85 Roth T, Rogowski R, Hull S, et al. Efficacy and safety of doxepin 1mg, 3 mg, and 6 mg in adults with primary insomnia. *Sleep*. 2007;30:1555–61.
- 86 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. www.ahrq.gov
- 87 Anonymous. Melatonin für Ältere mit Schlafstörungen. *Arznei-Telegramm* 2008;39:45.
- 88 Anonymous. Melatonin – ein Schlafmittel für Ältere? *Arzneimittelbrief* 2008;42:96-7.
- 89 Bent S, Padula A, Moore D, et al. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2006;119:1005-12.
- 90 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.
- 91 Morin CM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151:1172-1180.
- 92 Espie CA, Inglis SJ, Tessler S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. 2001 Jan;39(1):45-60.
- 93 Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999 Mar 17;281(11):991-9.
- 94 Stahl SM, Markowitz JF, Gutterman EM, Papadopoulos G. Co-use of donepezil and hypnotics among Alzheimer's disease patients living in the community. *J Clin Psychiatry* 2003 ; 64 : 466-72.
- 95 Wu YH, Swaab DF. Disturbances and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging and Alzheimer's disease. *Sleep Med* 2007 ; 8 : 623-36.
- 96 Martin JL, Marler MR, Harker JO, Josephson KR, Alessi CA. A multicomponent nonpharmacological intervention improves activity rhythms among nursing home residents with disrupted sleep/wake patterns. *J Gerontol Biol Sci. Med Sci* 2007 ; 62A : 67-72.
- 97 Friedman L, Zeitzer JM, Kushida C, Zhdanova I, Noda A, Lee T, Schneider B, Guilleminault C, Sheikh J, Yesavage JA. Scheduled bright light for treatment of insomnia in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Mar;57(3):441-52
- 98 Skjerve A, Holsten F, Aarstrand D, Bjorvatn B, Nygaard HA, Johansen IM. Improvement in behavioral symptoms and advance of activity acrophase after short-term bright light treatment in severe dementia. *Psychiatr Clin Neurosci* 2004 ; 58 : 343-7.
- 99 Ancoli-Israel S, Gehrman P, Martin JL, Shochat T, Marler M, Corey-Bloom J, et al.

Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behav Sleep Med* 2003 ; 1 : 22-36.

100 Dowling GA, Mastick J, Hubbard EM, Luxenberg JS, Burr RL. Effect of timed bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 20 : 738-43.

101 Salzman C, Fisher J, Nobel K, Glassman R, Wolfson A, Kelley M. Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992;7:89-93.

102 Wagner AK, Ross-Degnan D, Gurwitz JH, Zhang F, Gilden DB, Cosler L, *et al.* Effect of New York State regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. *Ann Intern Med* 2007;146(2):96-103.

103 Oude Voshaar RC, Krabbe PFM, Gorgels WJ, Adang EM, van Balkom AJ, van de Lisdonk EH, *et al.* Tapering off benzodiazepines in long-term users: an economic evaluation. *Pharmacoeconomics* 2006;24(7):683-94.

104 Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M *et al.* Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb; 161(2): 332-42.

105 Garzón C, Guerrero JM, Aramburu O, Guzmán T. Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aging Clin Exp Res*. 2009 Feb;21(1):38-42.

106 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf

107 <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>

108 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf

109 http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf

110 Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. "Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. *L'Encéphale*, 1996 ; 22(5) : 337-5.

Annexe 1 : La Geriatric Depression scale

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur

GDS, Geriatric Depression Scale, de T.L. Brink et J.A. Yesavage

Nom et Prénom

Date

Âge

Sexe

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non	*
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non	*
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non	*
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui	non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	non	*
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	non	*
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	non	*
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	non	*
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	non	*
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	non	*
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non	*
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	non	*
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	non	*
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	non	*
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui	non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	non	*
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	non	*
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	non	*
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	non	*
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	non	*
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	non	*
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui	non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	non	*
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui	non	*
Total		+	

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Si le score est :

- entre 15 et 22 on conclut à une dépression légère ;
- quand il dépasse 22 il peut s'agir d'une dépression sévère.

Annexe 2 : la mini-GDS

Vous sentez-vous souvent découragé(et) et triste ? oui = 1

Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1

Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? non = 1

Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1

Un score ≥ 1 permet de suspecter l'existence d'une dépression

Annexe 3 : l'échelle de Cornell

Échelle d'évaluation de l'humeur : Échelle de Cornell	
L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression.	
Système de notation : a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.	
A - Troubles de l'humeur	a 0 1 2
1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - Manque de réaction aux événements plaisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B - Troubles du comportement	
5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti lenteur des réactions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C - Signes physiques	
9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D - Modification des rythmes	
12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 - Nombreux réveils nocturnes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E - Troubles idéatoires	
16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 - Pessimisme : S'attend au pire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total en l'absence de "a"	<input type="text"/>

Un score supérieur à 10 se veut en faveur de la présence d'un syndrome dépressif.

Annexe 4 : l'échelle d'attachement aux Benzodiazépines (ECAB)



Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé

Octobre 2007

Échelle ECAB

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.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Agenda du sommeil chez l'octogénaire : Consignes d'utilisation pour le médecin

➤ **Il est important de différencier le temps passé au lit et le temps de sommeil.**

En effet, une personne peut se coucher tôt pour regarder la télévision ou être mise au lit tôt par un professionnel de santé. Une personne peut aussi se coucher pour une sieste sans dormir du tout.

➤ **Il est important de recueillir les informations suivantes :**

- le temps passé au lit = combien de temps êtes vous resté au lit ? (nuit et/ou sieste)
La clinophilie est préjudiciable au cycle veille sommeil
- le temps de sommeil = combien de temps avez vous dormi ? (nuit et/ou sieste)
- les réveils prolongés de plus d'une heure et leurs motifs
- le ou les médicaments pris par le malade pour dormir incluant l'automédication

➤ **Il est important d'avoir une semaine complète, en raison des rythmes différents du patient (venue de la famille, activités, ...).**

Bien préciser au patient que le relevé horaire n'est pas à une heure près.

En pratique

1. Vous initiez le remplissage de l'agenda avec votre patient pour la nuit et la partie écoulée du jour de la consultation ou de la visite,

Vous explicitez si besoin les conditions de remplissage pour la sieste (lit, fauteuil...).

Date	Médicaments	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	minuit	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	Sommeil la nuit	Forme le jour	Commentaires
Exemple	1/2			X												X								X	X	M	M	TOUX

M.S. a pris 1/2 ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

- L'horaire de coucher/mise au lit est symbolisé par une croix (X)
- Le temps de sommeil est symbolisé par des hachures (ceci vaut aussi pour un sommeil au fauteuil)
- Le malade peut avoir des réveils dans la nuit, prolongés de plus d'une heure, dans ce cas arrêt des hachures
- L'horaire lever/sortie de lit est symbolisé par une croix (X)

Dans la colonne « commentaires » :

- Le malade note ce qui peut être cause de difficultés d'endormissement, de gêne pendant la nuit ou de réveil précoce: angoisse, idées noires, toux, gêne respiratoire, douleur, ronflement du conjoint, lever du conjoint, bruit extérieur.....

Pour l'évaluation subjective de la qualité du sommeil et de la forme dans la journée, choisir parmi :

- Très bien TB ; Bien B ; Mauvais M ; Très mauvais TM.

2. Le patient poursuit le remplissage de l'agenda sur les 6 jours suivants, une semaine suffit

Annexe 6 : l'échelle de somnolence d'Epworth

Pensez vous être susceptible de vous endormir dans les situations suivantes ?

1. Assis en train de lire (journal, cours, BD) 0 / 1 / 2 / 3
2. Devant la télévision ou au cinéma 0 / 1 / 2 / 3
3. Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, au théâtre, en congrès) 0 / 1 / 2 / 3
4. Assis comme passager pour un trajet d'une heure sans interruption (train, auto, avion ?) 0 / 1 / 2 / 3
5. En position allongée pour une sieste dans l'après-midi lorsque les circonstances le permettent..... 0 / 1 / 2 / 3
6. En position assise au cours d'une discussion (ou au téléphone) avec quelqu'un 0 / 1 / 2 / 3
7. Dans un véhicule, au cours d'un embouteillage ... 0 / 1 / 2 / 3
8. Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool ... 0 / 1 / 2 / 3

Calculez votre score

Si le total est supérieur à 12 (sur 24), vous souffrez peut-être de Somnolence Diurne Excessive. Vous devez envisager sans tarder de discuter de ces résultats avec votre médecin.

Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds

Comment estimez-vous la manière dont vous vous *endormez* par rapport à d'habitude ?

- difficile <---5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> facile
- plus long <---5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> moins long
- pas sommeil <—5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5—> beaucoup sommeil

Comment jugez-vous votre sommeil par rapport à d'habitude :

- moins reposant <—5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> plus reposant
- plus fragmenté <—5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5—> moins fragmenté

Comment estimez-vous la manière dont vous vous *réveillé(e)* par rapport à d'habitude ?

- difficilement <—5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5—> facilement
- lentement <---5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> rapidement

Comment estimez-vous votre niveau de forme au réveil ?

- très fatigué <—5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5—> bien en forme

Comment vous sentez-vous en ce moment dans la journée ?

- très fatigué<---5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> bien en forme

Que diriez-vous de votre niveau d'équilibre et de coordination au réveil ?

- très perturbé <---5---4---3---2---1---0---1---2---3---4---5--> normal

Nom : ORVAIN

Prénom : Nicolas

Sevrage des hypnotiques chez la personne âgée en institution : spécificité du cadre institutionnel, outil d'aide diagnostique et thérapeutique.

Toulouse, le 14 février 2012

Les études ont démontré la faisabilité et l'intérêt d'un sevrage des hypnotiques chez la personne âgée, avec un effet bénéfique sur les risques de chute, la somnolence diurne, les troubles cognitifs, la qualité de vie. Cependant il n'existe pas d'étude sur le sevrage chez le patient dément, qui représente une part importante des résidents d'EHPAD. Cette efficacité repose sur la mise en route de stratégie de diminution des doses, que l'on peut appliquer aux résidents de ces institutions. L'efficacité est néanmoins plus importante quand on y adjoint le respect de mesures environnementales et la réalisation de thérapies cognitives et comportementales, qui semblent difficiles à appliquer dans les EHPAD du fait de leur mode de fonctionnement et de leurs contraintes. Les outils d'aide au médecin généraliste existent pour la prise en charge d'une insomnie et la réalisation d'un sevrage par diminution de dose, mais ils font défaut pour l'aide à la mise en œuvre des méthodes non médicamenteuses. Une véritable politique de réduction de la prescription médicamenteuse doit comporter une réflexion sur l'organisation des soins en EHPAD afin de permettre la mise en œuvre de mesures environnementales ou comportementales améliorant la qualité du sommeil.

Hypnotics weaning in the elderly institutionalized: specificity, diagnostic and therapeutic tools.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : EHPAD, sevrage, hypnotique, médecine générale, personne âgée, démence, thérapie cognitivo-comportementale, insomnie.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : LEBRUN Nicolas