

Les troubles du sommeil sous forme de troubles de l'endormissement, de troubles de la continuité du sommeil ou de réveil matinal précoce, en association avec des limitations de l'état diurne, sont des problèmes de santé fréquents, qui se rencontrent couramment dans la pratique clinique quotidienne. Les nouveaux systèmes diagnostiques, tels que la 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) américain et la prochaine 11e édition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11), conceptualisent l'insomnie encore plus clairement non pas comme un symptôme d'accompagnement, mais comme une entité diagnostique à part entière, comme un trouble insomnique. Cette conceptualisation tient compte des observations faites au cours des dernières années, selon lesquelles un trouble insomnique représente un facteur de risque de développer d'autres maladies, comme par ex. une dépression ou des maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, un trouble insomnique comorbide constitue un facteur de risque d'évolution plus défavorable de diverses autres maladies. Cela souligne qu'un diagnostic et un traitement spécifiques du sommeil peuvent non seulement contribuer à améliorer le trouble du sommeil, mais également d'autres paramètres de santé et la qualité de vie. Dans ce contexte, il convient de noter que toutes les lignes directrices internationales sont unanimes sur le fait que la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I), et non pas le traitement médicamenteux, représente le traitement de premier choix. Un traitement médicamenteux est uniquement indiqué lorsque la thérapie cognitivo-comportementale échoue ou est indisponible. La TCC-I englobe des conseils généraux sur le comportement veille-sommeil, la restriction du temps passé au lit en tant que composante la plus importante, ainsi que des procédés de détente et des éléments cognitifs, qui consistent à remettre en question et corriger les croyances dysfonctionnelles au sujet du sommeil. En particulier les éléments de base avec les conseils pour un comportement veille-sommeil sain et la restriction du temps passé au lit ont une efficacité prouvée et sont simples à mettre en œuvre au quotidien. Actuellement, des efforts sont déployés en Suisse et dans de nombreux autres pays pour intensifier l'implémentation et la généralisation de la TCC-I afin de traiter de façon efficace et conforme aux lignes directrices le trouble fréquent de l'insomnie. Une meilleure implémentation de cette approche thérapeutique peut notamment contribuer à réduire la prescription de somnifères, qui est toujours en partie excessive.

Je suis ravi que le *Primary and Hospital Care* aille dans ce sens avec un article actuel sur l'insomnie, car ce sont précisément les médecins de famille qui contribuent de façon décisive à une prise en charge optimale de ce trouble. Les prochains articles prévus sur cette thématique se pencheront sur la situation de la prise en charge en Suisse, mais également sur la mise en œuvre concrète de la TCC-I.

Prof. Dr. med. Christoph Nissen,
Chefarzt, stv. Direktor

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Série «Sommeil» – Partie 1

Troubles du sommeil – diagnostic et traitement conformément aux lignes directrices

Eva Birrer

Ehemals Seeklinik Brunnen

Les troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil (insomnies) sont un motif fréquent de consultation au cabinet de médecine de famille [1, 2]. Environ 6–10% de la population souffrent d'une insomnie cliniquement pertinente [3]. Il s'agit d'une maladie à prendre au sérieux et d'un facteur de risque de développer divers problèmes de santé, comme par ex. des maladies cardiovasculaires [2] et un diabète [4]. En outre, la littérature indique que les patients souffrant d'insomnies présentent un risque élevé de développer ultérieurement une dépression [5–7] ou un trouble bipolaire [8]. Des associations similaires ont été établies entre les insomnies et la suicidalité, les tentatives de suicide et les suicides [9–12]. Des données suggèrent que le sommeil REM (*rapid eye movement sleep*) entraîne une régulation à la baisse des affects négatifs dans la mémoire émotionnelle [13, 14]. Cela concorde avec les résultats montrant que les personnes souff-

rant de troubles du sommeil présentent une réactivité émotionnelle accrue [15]. Le sommeil semble ainsi jouer un rôle essentiel dans la régulation des émotions [16]. Des études épidémiologiques ont montré que les insomnies constituaient également un facteur de risque de développement de troubles anxieux [17] et de dépendance à des substances [7]. Cela suggère que le traitement des insomnies peut avoir un effet préventif à l'égard de maladies organiques et psychiques. Des études sont encore nécessaires afin de déterminer si le traitement de l'insomnie entraîne une amélioration des problèmes de santé cités.

Les troubles du sommeil ont de nombreuses causes différentes

Les troubles du sommeil peuvent avoir de multiples causes. En raison de la complexité, il est recommandé

Innere Medizin				Neurologie			
Substanzgruppe/ Substanz	Schläfrigkeit	Wachheit	Schlafstörung	Substanzgruppe/ Substanz	Schläfrigkeit	Wachheit	Schlafstörung
Antihypertensiva				Antiepileptika			
Methyldopa	+	-	(+)	Carbamazepin	+	-	-
Clonidin	+	-	+	Oxcarbazepin	+	-	-
Betarezeptoren- blocker	-	-	+	Phenobarbital	+	-	-
ACE-Hemmer, AT- 2-Blocker	+	-	-	Primidon	+	-	-
Analgetika				Diazepam	+	-	-
NSAR	-	-	+	Lamotrigin	+	+	+
Opioide	+	-	-	Topiramate	+	+	+
Kortikoide				Levetiracetam	+	-	-
Glukokortikoide	-	-	+	Zonisamid	+	-	-
Diuretika				Gabapentin	+	-	-
Thiazide	-	-	+	Pregabalin	+	-	-
Kaliumsparende Diuretika	+	-	-	Parkinsonmedikamente			
Magen-Darm-Medikamente				NMDA-Agonisten	(+)	(+)	-
Dopamin- Antagonisten	(+)	-	-	Levodopa	(+)	-	++
Anticholinergika	+	-	-	Ergot- Dopaminagonisten	+	-	-
				Non-Ergot- Dopaminagonisten	++	-	-
				COMT-Hemmer	+	-	++

Tableau 1: Effets secondaires des médicaments sur le sommeil (liste non exhaustive).

de procéder conformément aux lignes directrices (cf. fig. 1 de l'annexe en ligne). Une anamnèse du sommeil précise, avec une évaluation des maladies physiques et psychiques, est incontournable.

Les troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil doivent être traités dès lors que les patients se sentent très affectés par les symptômes (A). L'adaptation des patients au rythme circadien est en outre essentielle (B). Bien souvent, il est déjà utile de fournir aux patients des explications et informations sur le fonctionnement du sommeil et du rythme circadien individuel. Ainsi, il est par exemple normal que les personnes âgées se réveillent plus tôt le matin («alouettes») en raison de l'horloge interne qui est avancée avec l'âge. Les couche-tard typiques («hiboux») ont souvent des difficultés à s'endormir lorsqu'ils se mettent la pression de *devoir* s'endormir tôt. Les travailleurs postés ont besoin de conseils spécifiques, car ils doivent travailler à l'encontre de leur rythme interne. Dans l'anamnèse, il convient dans tous les cas de vérifier si les patients prennent des médicaments susceptibles de perturber le sommeil (C). Il existe de multiples substances qui peuvent être responsables d'une somnolence diurne, d'un état d'éveil ou de troubles du sommeil (tab. 1). Si le trouble du sommeil a un lien temporel avec la prise de nouveaux médicaments, un changement de substance devrait être envisagé.

Evaluation au moyen de questionnaires et d'échelles

Les troubles du sommeil surviennent souvent de manière concomitante avec des maladies organiques et psychiques (D). Tandis que la CIM-10 (*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième édition, de l'OMS) fait la distinction entre l'origine organique et l'origine non organique des troubles du sommeil [18], le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, de l'Association Américaine de Psychiatrie) ne fait pas cette distinction et ne fait également plus la distinction entre les insomnies primaires et les insomnies secondaires. Le terme générique «troubles insomniaques» a été introduit, soulignant ainsi la survenue fréquente de l'insomnie en tant que comorbidité et la nécessité de traiter à la fois le trouble du sommeil et l'autre maladie organique ou psychique [19]. Pour cette raison, une anamnèse somatique et psychiatrique détaillée est essentielle. Il s'avère souvent utile d'interroger les patients sur les symptômes diurnes exacts et sur la manière dont le sommeil est vécu afin d'obtenir des renseignements supplémentaires pour la démarche diagnostique à suivre. Des troubles du sommeil organiques, tels que le syndrome des jambes sans repos ou les troubles respiratoires du

Tableau 2: Maladies organiques susceptibles d'entraîner des troubles du sommeil (modifié d'après [2]).

Maladies rénales et gastro-intestinales chroniques
Douleurs chroniques, par ex. dans le cadre de maladies rhumatismales
Maladies endocrinologiques
Epilepsies
Maladies motrices extrapyramidales
Maladies cardiaques et pulmonaires
Céphalées
Maladies malignes
Polynuropathies
Accident vasculaire cérébral
Sclérose en plaques
Fort prurit dans le cadre de maladies cutanées
Syndrome des jambes sans repos; troubles moteurs au cours du sommeil
Troubles respiratoires du sommeil

sommeil, doivent en outre être pris en compte dans le diagnostic différentiel. Les principales maladies organiques qui peuvent conduire à des troubles du sommeil sont énumérées dans le tableau 2.

En plus d'une anamnèse précise, des questionnaires et la tenue d'un journal de bord du sommeil fournissent une orientation supplémentaire. L'Echelle de somnolence d'Epworth est utile pour évaluer l'état diurne et une somnolence diurne [20]. Une valeur >10 est considérée comme pathologique et nécessite des investigations supplémentaires. Une somnolence diurne excessive est souvent associée à des troubles organiques au cours du sommeil (par ex. apnées du sommeil, troubles moteurs au cours du sommeil, narcolepsie). Attention toutefois: En cas d'apnée du sommeil, les femmes présentent souvent des symptômes diurnes associés moins prononcés. Elles présentent plutôt une fatigue diurne, des symptômes dépressifs et des troubles insomniaques, contrairement aux hommes, qui ont plutôt tendance à présenter une somnolence diurne prononcée en cas de ronflement.

Une insomnie peut facilement être évaluée au moyen de l'*Index de Sévérité de l'Insomnie* [21], qui est un questionnaire largement répandu à l'échelle internationale, ou de la *Regensburger Insomnieskala* [22]. Ces deux instruments évaluent les symptômes de l'insomnie, y compris l'état diurne.

Options thérapeutiques en cas d'insomnie

Vignette de cas

Une femme de 58 ans est admise à la clinique pour un traitement stationnaire en raison d'une dépression résistante aux traitements. La patiente a décrit une insomnie prononcée, qui ne répondait à aucun somnifère ou antidépresseur sédatif. La

description (chronologique) des symptômes a révélé une fatigue diurne présente depuis des années, un sommeil non réparateur avec de nombreuses courtes phases d'éveil, une extension de la durée passée au lit (afin de combattre la fatigue), un trouble de l'endormissement qui s'est ajouté plus tard, ainsi qu'une prise de poids supplémentaire liée à l'inactivité alors que la patiente était déjà auparavant en surpoids. Un stress professionnel chronique durant de nombreuses années a été tenu pour coresponsable de la dépression.

La patiente a indiqué que le sommeil non réparateur et le trouble de la continuité du sommeil avec fatigue diurne étaient les premiers symptômes. L'actigraphie (mesure des mouvements, qui a été réalisée sur 14 jours afin d'objectiver le rythme veille-sommeil) a montré un rythme veille-sommeil irrégulier, ainsi que de nombreux mouvements durant la nuit. Etant donné que la patiente a en outre signalé qu'elle ronflait occasionnellement, une polysomnographie a été réalisée. Celle-ci a révélé un syndrome d'apnée obstructive du sommeil modéré, une cause organique longtemps méconnue des symptômes diurnes. Le trouble de l'endormissement qui s'est ajouté plus tard a facilement pu être expliqué. En raison de l'apnée du sommeil, la patiente a développé une fatigue diurne considérable. Elle a tenté de la compenser par davantage de sommeil. Elle se couchait de plus en plus tôt (à l'encontre de son rythme chronobiologique), sa pression du sommeil était réduite du fait de la durée étendue passée au lit et elle était en proie à des épisodes de rumination et à des préoccupations durant ses phases d'éveil nocturnes (en particulier en raison de son stress professionnel chronique), ce qui renforçait la problématique d'endormissement. La solution résidait dans un traitement multimodal: outre le traitement de la dépression, un traitement de ventilation en pression positive continue (PPC) de l'apnée du sommeil et une thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie ont été mis en œuvre. Cette dernière s'est avérée avoir un effet plus durable et supérieur par rapport aux traitements pharmacologiques.

A ce jour, il n'existe pas encore d'hypnotique idéal qui correspond à tous les critères (tels que mécanisme d'action spécifique, pas de développement d'une dépendance, bonne tolérance somatique, etc.) [2, 23, 24]. Concernant l'action à court terme (moins de quatre semaines) des hypnotiques pharmacologiques, ce sont les benzodiazépines et les agonistes des récepteurs des benzodiazépines qui ont été le mieux étudiés et d'une manière générale, ces substances entraînent des changements positifs significatifs des paramètres du sommeil subjectifs et polysomnographiques, mais elles sont toutefois associées à davantage d'effets indésirables [25–27]. Le potentiel de dépendance des benzodiazépines et des agonistes des récepteurs des benzodiazépines est incontesté [28]. De plus, en raison de leurs longues demi-vies, les benzodiazépines ont tendance à provoquer un effet résiduel durant la journée («hangover»), qui peut se manifester par une altération des performances matinales, de la capacité de travail et des capacités psychosociales [2]. Cette problématique est moins prononcée avec les agonistes des récepteurs des benzodiazépines, car ils ont des demi-vies plus courtes. Toutefois, des demi-vies plus courtes sont associées à des effets de tolérance, de rebond et de dépen-

dance plus rapides [29, 30]. Par ailleurs, une association significative entre l'utilisation de zolpidem et le suicide ou les tentatives de suicide a été mise en évidence [31]. D'autres études ont montré l'effet négatif des benzodiazépines et des agonistes des récepteurs des benzodiazépines sur les infections [32] et sur l'aptitude à la conduite [33–35]. Etant donné que l'insomnie réapparaît le plus souvent après l'arrêt des hypnotiques (insomnie rebond), la question du traitement à long terme est tout particulièrement centrale. Des études ayant évalué le traitement médicamenteux à long terme (au minimum douze semaines) ont montré que les effets positifs des hypnotiques s'estompaient avec le temps et que le risque d'accoutumance physique augmentait parallèlement à la durée de prise [2]. Parmi les autres médicaments utilisés dans le traitement des troubles du sommeil figurent les antidépresseurs sédatifs et les antipsychotiques. Pour les antihistaminiques, la mélatonine et les agents phytothérapeutiques, qui sont largement utilisés par les patients, soit il n'existe pas de données probantes soit les données disponibles sont contradictoires.

Dans notre exemple de cas, la patiente a appris à se défaire de son désarroi vis-à-vis du trouble du sommeil grâce à une thérapie cognitivo-comportementale. La thérapie cognitivo-comportementale est considérée comme le traitement de premier choix pour la prise en charge des insomnies, précisément car ses effets à long terme sont meilleurs que ceux du traitement pharmacologique d'après certaines études (voir ci-dessus). En raccourcissant la durée passée au lit, elle est parvenue à augmenter la pression du sommeil. Elle quittait le lit lorsqu'elle ne pouvait pas dormir (contrôle du stimulus) et a appris à identifier et contrôler les pensées et ruminations nocives pour le sommeil. Le sommeil s'en est trouvé considérablement amélioré et elle tolérait le traitement de PPC, ce qui a entraîné une nette amélioration de l'état diurne, y compris des symptômes dépressifs. Elle a également appris à se détendre et à accepter ses propres limites.

Dans cet exemple de cas, l'association d'un traitement de PPC et d'un traitement stationnaire de l'insomnie s'est avérée être un succès, le traitement de l'insomnie ayant permis la mise en place du traitement de PPC. Encore un an après le traitement, lors d'une consultation de contrôle, la patiente s'est déjà écriée de loin «Je dors toujours bien!». Les symptômes dépressifs avaient disparu et elle avait retrouvé sa capacité de travail. L'aspect essentiel dans cet exemple a été le diagnostic et le traitement conformément aux lignes directrices de la maladie physique de base ET de l'insomnie.

L'expérience clinique montre que les méthodes thérapeutiques complémentaires (acupuncture, méthodes basées sur la pleine conscience, techniques de relaxation, yoga, etc.) sont très appréciées par les patients. En particulier lorsque l'efficacité personnelle a été renforcée par une thérapie cognitivo-comportementale et que le désarroi vis-à-vis des troubles du sommeil a été atténué, ces traitements peuvent être utilisés en complément. Ces méthodes thérapeutiques complémentaires ne sont pas recommandées en tant qu'option exclusive pour le traitement des insomnies chroniques, parce que leur efficacité est trop faible et que les données disponibles, en partie insuffisantes, sont difficiles à évaluer.

Dans la pratique ambulatoire, un traitement par paliers de l'insomnie s'avère bien souvent faisable. Les programmes en ligne (www.somn.io ou www.ksm-somnet.ch), qui se sont avérés efficaces, constituent un complément essentiel et facilement accessible [36–38]. Ces programmes en ligne personnalisés suivent l'approche de référence de la thérapie cognitivo-comportementale décrite ci-dessus. En outre, ils fournissent de nombreuses informations sur la manière de trouver le sommeil et relativisent de nombreux mythes sur le sommeil, qui entretiennent souvent les insomnies.

En résumé, sur la base des données disponibles, on ne peut pas considérer que le traitement d'une maladie (comme la dépression) entraîne dans tous les cas un soulagement de l'insomnie [18]. L'insomnie devrait être diagnostiquée et traitée séparément. Il est aujourd'hui jugé obsolète de ne pas traiter distinctement une insomnie survenant de façon concomitante avec une autre maladie.

Remerciements

L'auteur remercie le Dr. méd. René Fiechter, Lungenfachzentrum Fiechter, pour l'aimable mise à disposition du tableau 1.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

L'annexe est disponible en tant que document séparé sur <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2021.10284>.



Correspondance:
Dr. phil. Eva Birrer
ehemals Seeklinik Brunnen
Praxis Schlaf und Psyche
Dorfstrasse 13
CH-6340 Baar
eva.birrer[at]hin.ch