



medix

romandie

“ Pour une médecine coordonnée et pertinente ”

Cercle de Qualité – Genève

2 mai 2023

<https://us02web.zoom.us/j/6043430136?pwd=QUc1VXB2Q3I2dzRvL1lFQk9DcWVkdz09>

Code : 070720

Trouble d'insomnie

Dr Lampros Perogamvros
Médecin adjoint agrégé
Centre de Médecine du Sommeil, HUG

Insomnie

Plainte **subjective** d'initier et/ou maintenir le sommeil et/ou sommeil non réparateur. Présence des répercussions au fonctionnement diurne (p.ex. fatigue, baisse de l'humeur, concentration, mémoire)



I. Symptômes

Symptômes nocturnes

- Une plainte **subjective** caractérisée par un ou plusieurs de ces symptômes
 - Une difficulté à s'endormir à l'heure du coucher (insomnie d'endormissement). Si latence d'endormissement >30 minutes.
 - Des réveils nocturnes fréquents ou prolongés (insomnie de maintien). Si durée du réveil > 30 minutes.
 - Un réveil précoce le matin avec une incapacité à retrouver le sommeil. Si réveil >30 min avant prévu et TST < 6h30.

Symptômes diurnes

- Fatigue (rarement somnolence)
- Baisse de l'humeur
- Baisse de la concentration, mémoire
- Céphalées, nausées

II. Diagnostic

DSM-IV (1997): insomnie primaire vs secondaire

mais

souvent causes et conséquences difficile/impossible à identifier

→ DSM-V (2010): trouble d'insomnie avec ou sans comorbidités

II. Diagnostic

Trouble d'insomnie selon DSM-5

- A) Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité *ou* la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :
- Difficulté à initier le sommeil
 - Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils
 - Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.
- B) La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.
- C) La difficulté de sommeil se produit au moins 3 nuits par semaine.
- D) La difficulté de sommeil est présente depuis au moins 3 mois.
- E) La difficulté de sommeil se produit en dépit de la possibilité adéquate de sommeil.
- F) The insomnia is not better explained by and does not occur exclusively during the course of another sleep-wake disorder (e.g., narcolepsy, a breathing-related sleep disorder, a circadian rhythm sleep-wake disorder, a parasomnia)
- G) The insomnia is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication).
- H) Coexisting mental disorders and medical conditions do not adequately explain the predominant complaint of insomnia.

III. Epidémiologie

- Trouble du sommeil le plus fréquent (Bélanger and Morin 2012)
- 2^{ème} des troubles mentaux en fréquence (Wittchen et al.2011)

Prévalence de l'insomnie chronique (>3 mois) (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes seuls : 30-48%

Symptômes nocturnes + critères de fréquence : 16-21%

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): 9-15%

Incidence annuelle de l'insomnie chronique (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes + critères de fréquence : 29%

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): 3%

III. Epidémiologie

Prévalence de l'insomnie aigue (<1 mois) (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): 10%

Incidence annuelle de l'insomnie aigue (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): 31%

- 80% des patients psychiatriques souffrent d'insomnie
- (Ohayon et al. 2000)
- Coûts relatifs à l'insomnie: USD 108 milliards/ an
- Somnifères : médicaments les plus prescrits (Aux US 9 million d'adultes rapportent avoir consommé un somnifère dans le mois précédent)

IV. Diagnostic différentiel

- **Dette du sommeil** : choix volontaire de l'individu
- **Troubles circadiens** (avance/retard de phase du sommeil) :
décalage de l'horloge biologique interne
- **Petit dormeur** : <5h de sommeil, pas des conséquences diurnes

V. Comorbidités

→ Insomnie **sans** comorbidité (10% des cas)

→ Insomnie **avec** comorbidité (90% des cas)

- Origine psychiatrique (60%) : dépression, troubles anxieux
- Origine somatique (15%) : douleurs, insuffisance cardiaque etc
- Origine somnologique (15%) : syndrome des jambes sans repos, apnées (Attention: somnolence!)



VI. Etiologie de l'insomnie sans comorbidités

Facteurs prédisposants

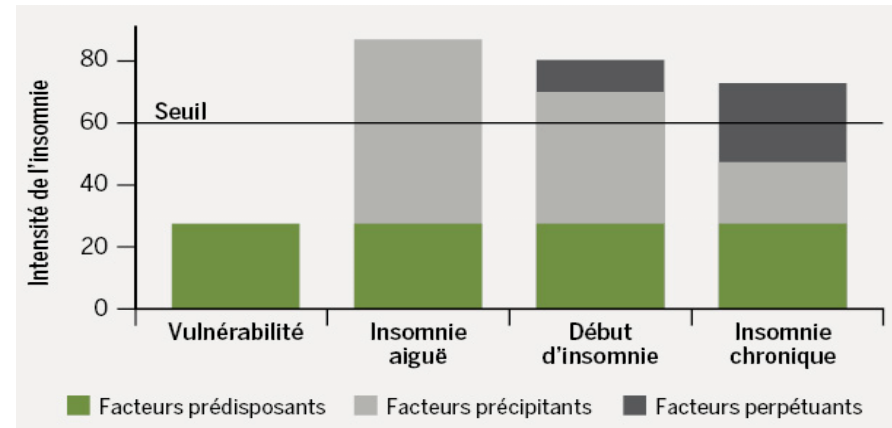
- Facteurs génétiques
- Suractivation cognitive (incapacité de contrôler ses pensées, ruminations, planification, perfectionnisme)

Facteurs précipitants

- Facteurs de stress (deuil, examens..)

Facteurs perpétuants (= stratégies de gestion dysfonctionnelles)

- Comportement : développement/utilisation de comportements de sécurité (aller au lit plus tôt et y rester plus longtemps, faire de sieste) → dérèglement du cycle et ↓pression homéostatique
- Cognition : catastrophisme, rumination, attention sélective à certains stimuli évoquant le sommeil et l'insomnie, fausses croyances, besoin de contrôler le sommeil



Spielman et al. 1987

VII. Evolution

Persistance de l'insomnie dans la population générale (Morin et al. 2009)

> 2 ans: 74%(26% rémission)

> 3 ans: 46% (54% rémission)

> 7.5 ans: 39% (61% rémission)

→ Insomnie chronique: pas de rémission totale spontanée (LeBlanc et al. 2009)!

Persistance de l'insomnie chez des patients avec comorbidités (somatiques, mentales) (Perlis et al. 2011)

> 3 ans: 54% (46% rémission)

Facteurs de vulnérabilité

- rRisque ratio Homme/Femme 1:41
- Statut socio-économique bas
- Âge

Complications à long terme

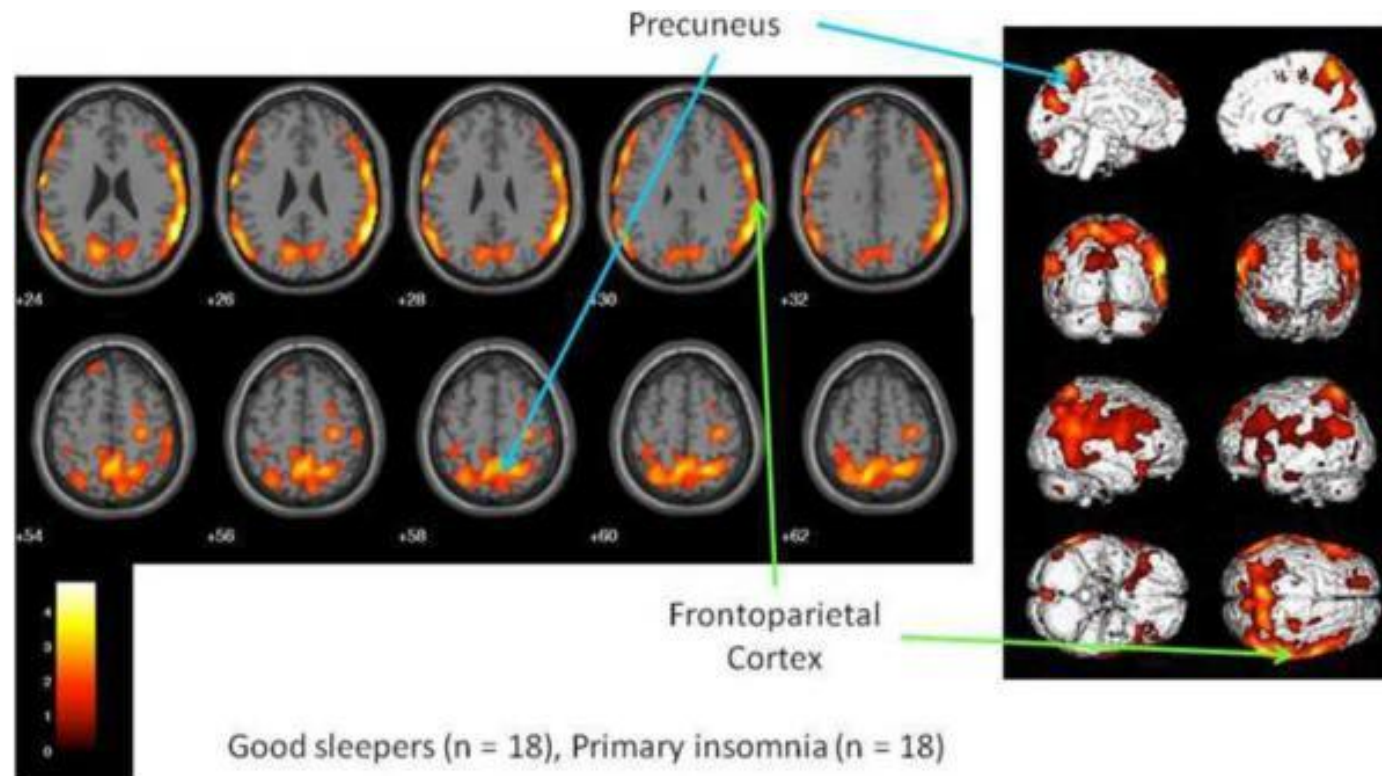
- Risque accru d'HTA (Phillips et al. 2007), tr. cardiaques (Schwartz et al. 1999), tr. gastro-intestinaux, douleurs chroniques (Kuppermann et al. 1995), diabète (Vgontzas et al. 2009).



Insomnie et dépression

- Insomnie (sans comorbidités) → anxiété, irritabilité, baisse de l'humeur à court terme (Shekleton et al. 2010).
 - Insomnie (sans comorbidités) : facteur de risque indépendant de dépression à long terme (Pigeon et al. 2008).
 - Le prodrome le plus commun pour un épisode dépressif (Perlis et al. 1997)
 - Insomnie (surtout de maintien et réveil précoce) comme symptôme de dépression dans 80-93% des patients (Park et al. 2013).
 - Persistance de l'insomnie après rémission des autres symptômes augmente le risque des épisodes récurrents (Roberts et al. 2000)
- Si tristesse, perte du plaisir (anhédonie) : dépression

VIII. Neuroanatomie



Buysse et al. 2011

Les patients avec trouble d'insomnie présentent pendant le sommeil NREM une hyperactivation du cortex dorsolatéral, pariétal et du précuneus, à des niveaux similaires à la veille.

IX. Prise en charge

2) Evaluation médicale et psychiatrique (comorbidités?)

3) Type d'insomnie, durée (aiguë vs chronique), conséquences diurnes, habitudes de vie (tabac, OH, exercice physique, substances)

4) Questionnaires (ISI, Beck, Epworth, fatigue)

B) Polysomnographie

→ pas nécessaire, sauf pour exclure comorbidités somnologiques (RLS, PLM, apnées, insomnie paradoxale)

C) Actimétrie



Note: Insomnie avec durée >6h vs <6h de sommeil

Insomnie avec durée <6h de sommeil:

- Associée à risque augmenté de hypertension et diabète type II (Vgontzas et al. 2009), activation de l'axe HPA (Vgontzas et al. 2011), mortalité (Vgontzas et al. 2010).
- Elle répond mieux aux médicaments qu'à la TCC (Bathgate et al. 2017)

Comment les identifier ?

→ Ils surestiment leur temps de sommeil (donc agenda pas fiable)

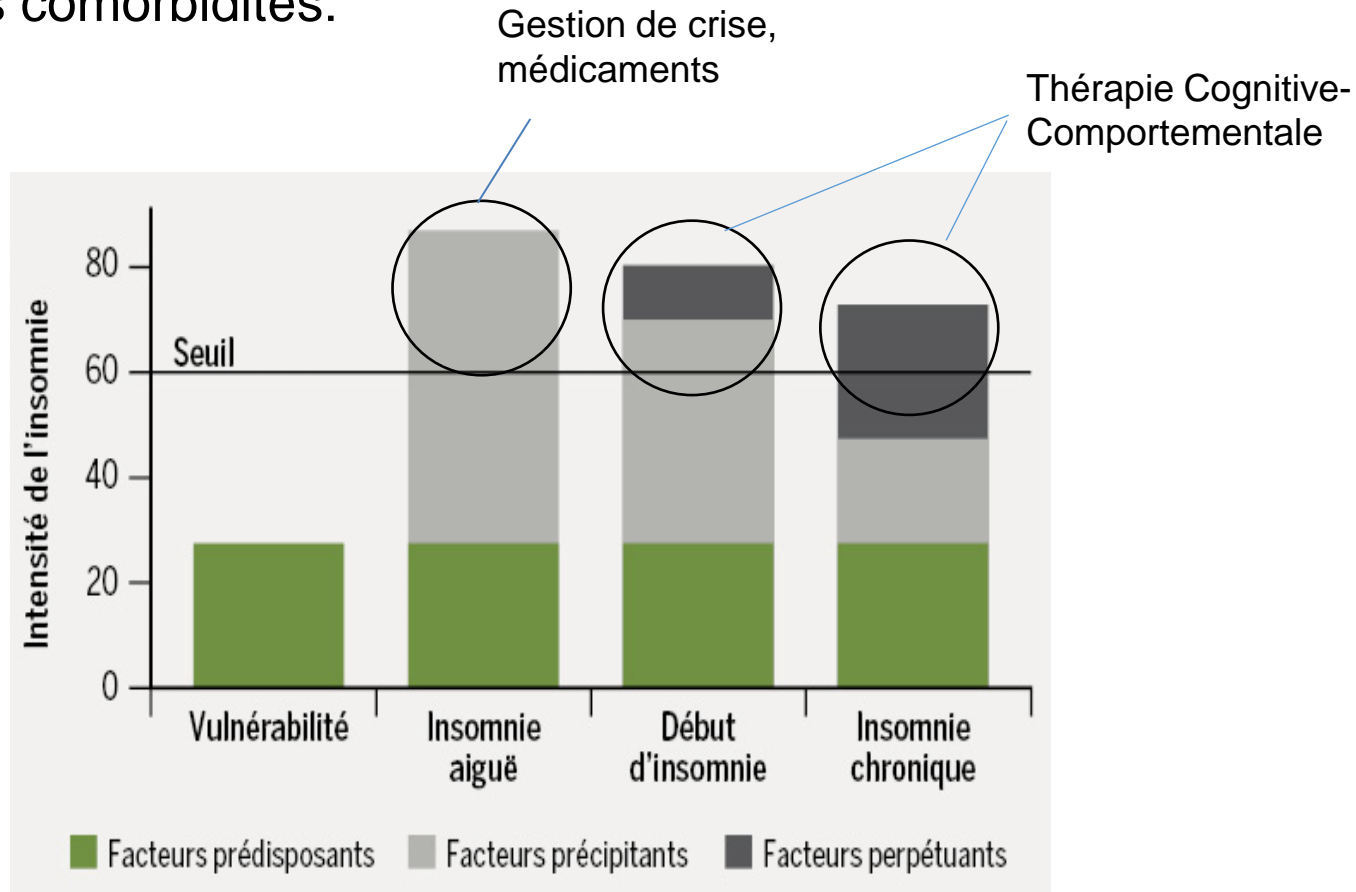
→ 1^{er} choix: actigraphie, 2^{ème} choix: PSG

Proposition (Bathgate et al. 2017): utilisation standard d'actigraphie chez tous les insomniaques

IX. Prise en charge

A) Avec comorbidités: traiter comorbidité + hygiène du sommeil

B) Sans comorbidités:



Hygiène du sommeil

- Eviter la caféine de 4-6h avant le coucher
- Eviter de fumer à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes
- Eviter de consommer de l'OH près de l'heure du coucher
- Favoriser l'activité physique durant la journée ou en début de soirée, éviter l'activité physique intense en fin de soirée
- Privilégier un environnement confortable, sombre et calme dans la chambre à coucher

X. Traitements pharmacologiques

Les traitements pharmacologiques ne sont indiqués qu'en cas d'insomnies aiguës, pour gérer une crise et de manière transitoire, maximum 1 mois en l'absence d'autres mesures de prise en charge.

Agonistes GABAergiques:

- A choisir selon le type d'insomnie: endormissement vs maintien, selon la demi-vie;
- Principaux EI: sédation résiduelle, dépression respiratoire
- ! Phénomènes de tolérance et dépendance

- Z-drugs (zolpidem, zopiclone); Nb pour le zopiclone, la monographie suggère une durée de 10 jours max.
- Benzodiazépines: (lorazepam, flurazepam, par ex).

X. Traitements pharmacologiques

Anti-histaminiques:

- ! Longues demi-vies
- Principaux EI: sédation résiduelle
- ! Phénomènes de tolérance et dépendance, probablement présent en cas d'utilisation prolongée
- En vente libre

- Diphenhydramine
- hydroxyzine

Mélatonine

- Indiquée dans l'insomnie non comorbide chez les patients de > 55 ans, en raison d'un déficit de synthèse de mélatonine lié à l'âge.

X. Traitements pharmacologiques

Autres psychotropes utilisés comme sédatifs qui mais n'ont pas d'indication dans l'insomnie. A déconseiller en premier choix mais peut être utile en cas d'insomnie comorbide.

Antidépresseurs:

- Trazodone
- Mirtazapine

Antipsychotiques:

- Quétiapine
- Olanzapine

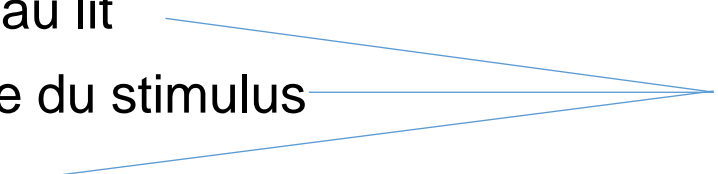


Sevrage de somnifères

- 1) Réduction de 25% de la dose initiale toutes les 2 semaines jusqu'à la dose la plus petite (lime à ongles)
- 2) Introduction des nuits sans médicament



XI. Thérapies non pharmacologiques

- A) Restriction du temps au lit
 - B) Thérapie par contrôle du stimulus
 - C) Hygiène du sommeil
 - D) Thérapie cognitive
 - E) Relaxation
- Thérapie comportementale
- 

Thérapie Cognitive et Comportemental pour l'insomnie (TCC-I) :

Traitement de choix pour insomnie chronique

Durée moyenne: 6 semaines (consultation 1h/semaine)

Restriction du temps au lit

- Méthode: restreindre le temps passé au lit au temps réellement dormi
- Mécanisme: augmentation de la pression du sommeil (homéostasie)
- But: atteindre une durée optimale

Étapes:

- 1) Agenda du sommeil pour >1 semaine. Calcul du temps de sommeil (p.ex. 6h/nuit)
- 2) Déterminer la fenêtre de sommeil à 6h pour la 1^{ère} semaine du traitement. Lever fixe (p.ex. 7h00), donc coucher à 01h00.
- 3) Ajuster la fenêtre chaque semaine.
 - augmenter par 20 min, si efficacité du sommeil >85%
 - garder la même, si efficacité 80-85%
 - diminuer par 20 min, si efficacité < 80%

Morin and Benca 2012

Restriction du temps au lit

TCC 1

Indiquez par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever

Indiquez par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste

Indiquez par une zone vide un long réveil

Indiquez votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils

Comment avez-vous trouvé votre nuit
1- bonne
2- moyenne
3- mauvaise

Vous sentez-vous reposé en vous réveillant ?
1- pas du tout
2- un peu
3- très

Avez-vous été anxieux dans la journée
1- pas du tout
2- un peu
3- beaucoup

Avez-vous pris des hypnotiques aujourd'hui ?
1- Oui
2- Non

Horaires de la journée et de la nuit

		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
LUN	2 MAR																									
Jour	Date																									
lundi	12 MAR																									
	13 "																									
	14 "																									
	15 "																									
	16 "																									
	17 "																									
	18 "																									
lundi	19 "																									
	20 "																									
	21 "																									
	22 "																									
	23 "																									
	24 "																									
	25 "																									

Thérapie par contrôle du stimulus

Contrôle par le stimulus

Objectifs

- Permettre au sommeil de survenir lorsque désiré ;
- Renforcer l'association entre le sommeil et les indices temporels et contextuels ;
- Consolider le sommeil sur une plus courte période, c'est-à-dire diminuer la fragmentation du sommeil et favoriser le sommeil profond.

Méthode

- Prévoyez une heure avant le coucher pour vous détendre et relaxer ;
- Allez au lit uniquement lorsque vous ressentez de la somnolence ;
- Sortez du lit lorsque vous êtes incapable de vous endormir/rendormir à l'intérieur de 15 à 20 minutes ;
- Répétez cette procédure aussi souvent que nécessaire ;
- Levez-vous à la même heure chaque matin, même la fin de semaine (peu importe le nombre d'heures passées à dormir) ;
- Réservez votre lit et votre chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles ;
- Si vous devez faire une sieste pendant la journée, elle doit durer moins d'une heure et avoir lieu avant 15 h.

Thérapie cognitive

TABLEAU IV | RECOMMANDATIONS REPOSANT SUR LA THÉRAPIE COGNITIVE²

Thèmes	Pensées des patients insomniaques	Recommandations proposées
Besoins de sommeil, obligation de dormir et perfectionnisme	« Il faut dormir. » « Je dois dormir. »	Les réduire au minimum en disant au patient les phrases suivantes : « Dormez moins, mais dormez bien. » « Vous dormez quand même x heures par nuit. »
Conséquences de l'insomnie	« Je vais mourir. » « Je vais tomber malade. »	« Malgré le manque de sommeil, vous parvenez à fonctionner une bonne partie de la journée. » « Plus vous lâcherez prise sur les conséquences et mieux vous dormirez. »
Victime, sans contrôle	« Je suis impuissant face à mon insomnie. » « Il n'y a rien à faire. »	Valider la souffrance, mais centrer le message sur le changement des habitudes et le fait d'être actif. Rappeler l'efficacité du traitement.

ILLUSTRATION CLINIQUE :

Motif de consultation : une patiente consulte car elle aimerait pouvoir dormir sans somnifère et a peur d'une dépendance.

Anamnèse actuelle : Il s'agit d'une secrétaire médicale de 35 ans travaillant à 80%, se plaignant de trouble du sommeil depuis 5 ans. Elle présente une difficulté à trouver le sommeil sans médicament et se plaint d'une fatigue importante le matin. Ses troubles du sommeil ont débuté à la naissance de son deuxième enfant. Son médecin généraliste lui avait prescrit du zolpidem qui avait temporairement amélioré son sommeil. L'insomnie s'est de nouveau aggravée à la reprise du travail. La patiente a « de bonnes et de mauvaises périodes », mais son sommeil reste en général peu réparateur. Elle s'inquiète des répercussions de son insomnie sur sa santé et pense devoir dormir 8 heures par nuit pour éviter des conséquences néfastes. Elle craint que le manque de sommeil affecte ses capacités de travail (son médecin traitant avait déjà noté une certaine anxiété de performance) et a peur de ne jamais retrouver un sommeil normal.

Elle signale se coucher à 21h. Le sommeil ne vient qu'après avoir pris 10 mg de zolpidem, et est décrit comme léger, avec de nombreux réveils. Elle se lève à 6h30, bien que son réveil sonne à 7h. Les insomnies sont plus importantes le dimanche soir et au début de la semaine. Le week-end et les vacances elle dort un peu mieux. Elle ne ronfle pas, pas d'impatience des jambes mais elle semble bouger beaucoup durant le sommeil. Elle ne signale pas de somnolence durant la journée, elle ne fait jamais de sieste.

Anamnèse systématique : Elle décrit une tension musculaire le soir, appétit conservé, pas de perte pondérale.

Anamnèse psychiatrique : elle n'a pas d'idées noires, elle ne se sent pas triste, elle a un grand nombre d'activités qui lui procurent du plaisir (randonnées, activités culturelles, activités avec ses enfants). Pas de signes de la lignée psychotique, aucune phobie, pas de notion des crises de panique. Son anxiété semble spécifiquement liée au sommeil.

Habitude : elle fume ½ paquet de cigarettes/j. Boit 1-2 verres de vin le soir. Elle a consommé de la cocaïne irrégulièrement avant son mariage. Médicaments : zolpidem 10 mg le soir, un contraceptif oral et le pantoprazole pour un reflux gastro-oesophagien.

Anamnèse psychosociale : patiente divorcée, vivant seule, deux enfants de 7 et 5 ans. Celui-ci est connu pour un TDA/H nécessitant un suivi. Patiente se disant stressée au travail en raison d'une restructuration.

Status : sans particularité BMI à 18.

Take home message

Identifier type d'insomnie et prise en charge:

- **Aigue (<1 mois):** gestion du stress, hygiène du sommeil, possibilité des médicaments ponctuellement pour prévenir la chronicité
- **Sous-chronique (1-3mois):** sevrer/arrêter les médicaments, contrôle du stimulus et si persistance des symptômes → Centre de Médecine du Sommeil, HUG (sommeil.pneumologie@hcuge.ch, 0223729952)
- **Chronique (>3 mois):** adresser au Centre de Médecine du Sommeil, HUG pour une TCC-I

Merci pour votre attention !

Dr Lampros Perogamvros
Médecin adjoint agrégé
Centre de Médecine du Sommeil, HUG

Pour toute question au sujet de mediX romandie

secretariat@medix-romandie.ch

Pierre Nicollier
Directeur administratif
079 220 52 27
pierre.nicollier@medix-romandie.ch

Jean-Michel Gaspoz
Directeur médical
jean-michel.gaspoz@medix-romandie.ch