

Un tableau clinique insuffisamment traité

L'insomnie chronique

L'insomnie est un problème de santé très répandu qui a des conséquences psychosociales, sanitaires et économiques. Environ 30% de la population se plaint d'insomnie et plus de 10% des personnes souffrent d'insomnie chronique. En raison de l'opinion dépassée selon laquelle l'insomnie n'est qu'un symptôme d'une maladie sous-jacente, son traitement est encore négligé. Cet article présente la définition actuelle de l'insomnie chronique, explique sa valeur pathologique intrinsèque et décrit la thérapie non pharmacologique de l'insomnie, qui est considérée comme un traitement scientifiquement établi et durablement efficace.

Avec l'introduction de l'accréditation nationale des centres de médecine du sommeil en Suisse (1), le domaine de la médecine du sommeil a fait l'objet d'une attention accrue depuis 1998. Entre-temps, il existe 32 centres de médecine du sommeil dans toute la Suisse qui sont accrédités par la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie (SSSSC). Depuis quelques années, les troubles liés au sommeil font l'objet d'une attention accrue et sont de plus en plus souvent évalués. Les nouveaux résultats de la recherche sur le sommeil, la vaste expérience clinique et la littérature spécialisée ont favorisé la spécialisation dans le domaine de la médecine du sommeil au cours des 30 dernières années. D'une coopération initialement interdisciplinaire des différentes disciplines concernées, la médecine moderne du sommeil – également appelée somnologie – est devenue une spécialité multidisciplinaire en soi. La classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) (2), qui est couramment utilisée dans les milieux professionnels, divise les plus de 80 troubles du sommeil en six catégories (insomnie, troubles respiratoires liés au sommeil, hypersomnie, troubles du rythme circadien du sommeil, parasomnie et troubles du mouvement liés au sommeil).

Les deux troubles du sommeil les plus connus et les plus fréquents sont l'insomnie et l'apnée du sommeil. L'apnée obstructive du sommeil étant associée à l'obésité, à l'hypertension, aux troubles circulatoires et à la diminution des performances, le corps médical est sensibilisé aux troubles respiratoires liés au sommeil. En cas d'apnée du sommeil suspectée, le diagnostic nécessite un examen de la respiration et de la saturation en oxygène pendant le sommeil, et la plupart des patients souffrant d'apnée du sommeil sont traités avec des aides au sommeil durant le sommeil. Par conséquent, la clarification et la thérapie de l'apnée du sommeil sont intéressantes non seulement d'un point de vue clinique mais aussi sur le plan économique. La situation est complètement différente en ce qui concerne l'insomnie. Les examens techniques ne sont indiqués pour le diagnostic de l'insomnie chronique que dans de



Dr Daniel Brunner, PhD
Zollikon

très rares cas, car l'insomnie est une condition subjective qui n'est pas définie par des signaux corporels mesurables ou des paramètres d'enregistrement du sommeil (tab. 1).

L'insomnie chronique et comorbide en tant que maladie distincte

Le traitement de l'insomnie est traditionnellement l'une des tâches du prestataire de soins primaires. Dans le cabinet du médecin de famille, les troubles de l'endormissement et du sommeil peuvent être atténués par des conseils sur les habitudes de sommeil saines, par une aide à la gestion du stress et par le traitement des maladies existantes. Dans les cas persistants, des somnifères sont souvent prescrits. Cependant, le vieillissement de la société et la tendance à éviter la consommation chronique de somnifères augmentent la pression pour offrir aux patients souffrant d'insomnie chronique une thérapie à long terme et bien tolérée. Il est maintenant incontesté que l'insomnie chronique doit être traitée pour éviter les conséquences négatives des troubles du sommeil sur la santé et la société (3,4). Cependant, la classification des plaintes d'insomnie requiert une grande expérience et une grande expertise, car sans une clarification médicale spécialisée, il est souvent difficile de savoir si une plainte d'insomnie est cliniquement pertinente, si la durée de sommeil subjectivement rapportée est réaliste et si le sommeil raccourci ou perturbé est basé sur une cause organique. Contrairement à l'opinion précédemment répandue selon laquelle l'insomnie n'est que le symptôme d'une maladie physique ou psychologique sous-jacente, l'insomnie est reconnue comme une maladie indépendante dans tous les systèmes de diagnostic médical depuis plus de 20 ans. Souvent, un sommeil troublé persiste sous la forme d'une insomnie chronique même après que le facteur de stress déclencheur ait été supprimé ou que la maladie sous-jacente ait été complètement guérie. Une insomnie chronique invalidante peut également se développer chez des personnes par ailleurs en parfaite santé.

Une comparaison avec la dépression illustre le concept d'insomnie indépendante. Il est considéré comme établi et médicalement important de traiter la dépression clinique, même si elle a été

déclenchée par un trouble de la douleur, un stress psychosocial, un cancer ou un trouble chronique du sommeil. La dépression secondaire a une valeur indépendante de la maladie et nécessite un traitement antidépresseur pour améliorer le pronostic global. Étant donné que l'insomnie peut également se développer en une maladie indépendante et devient souvent chronique, elle doit toujours être traitée, même si elle a été causée par une maladie douloureuse, une dépression ou un autre trouble. Le pronostic des maladies mentales et organiques est manifestement amélioré si l'insomnie comorbide est traitée simultanément (5,6). Pour les maladies à insomnie co-morbide, la question de la priorité thérapeutique (poule ou œuf ?) n'est donc pas pertinente, car chaque maladie impliquée nécessite un traitement spécifique.

Définition et mécanisme de l'insomnie chronique

Les plaintes de sommeil perturbé, court ou insuffisant ne sont considérées comme des insomnies que si, à la suite du trouble du sommeil, des plaintes se produisent à l'état de veille comme la fatigue, la mauvaise humeur, la perte de concentration ou de performance. Afin de distinguer l'insomnie du manque de sommeil chronique, le sommeil et les plaintes de malaise doivent également exister dans une situation où l'on a suffisamment de temps et d'occasions de dormir (tab. 1) (2). Dans de nombreuses publications, les termes insomnie et privation de sommeil sont malheureusement souvent mélangés, ce qui rend difficile de fournir des

TAB. 1	Définition de l'insomnie chronique
1) Plainte concernant la durée ou la qualité insuffisante du sommeil par ex. problèmes d'endormissement et de sommeil pendant la nuit, réveils fréquents, longs ou précoces, mauvais sommeil	
2) Plainte(s) diurne(s) associée(s) à la plainte sur le sommeil a) <i>l'humeur</i> (par ex. irritabilité, intolérance au stress, mécontentement, dépression) b) <i>la cognition</i> (par ex. problèmes liés à la concentration, aux tâches complexes, à la motivation, à la performance) c) <i>la fatigue</i> (par ex. manque d'énergie, épuisement, faiblesse, lourdeur, somnolence)	
3) Les troubles du sommeil et les plaintes durant la journée persistent malgré le temps et les occasions de dormir suffisamment	
4) Les problèmes existent depuis au moins 3 mois, au moins 3 jours par semaine (sinon: insomnie aiguë)	
Pour le diagnostic de l'insomnie chronique, les 4 critères doivent être remplis.	

informations sérieuses sur la maladie de l'insomnie ou de la privation chronique de sommeil dans la société.

Selon le modèle d'Arthur J. Spielmann (7), l'insomnie se développe lorsque le risque d'insomnie dépasse un certain seuil. Trois éléments contribuent au risque d'insomnie. Les facteurs prédisposants (par ex. le sexe féminin, le tempérament anxieux, la constitution familiale) et les facteurs déclenchants (par exemple la maladie, le décès, le divorce, le stress professionnel) ne peuvent générale-

TAB. 2	Thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (CBT-I)
Thérapie de contrôle des stimuli	
OBJECTIF :	Renforcer l'association entre le sommeil, la somnolence et le lit ou l'environnement de sommeil.
INSTRUCTIONS :	N'utilisez le lit que pour dormir et lorsque vous avez sommeil. Quittez la chambre lorsque vous êtes nerveux ou frustré et ne retournez au lit que lorsque vous avez sommeil.
Restriction du sommeil/restriction de l'heure du coucher	
OBJECTIF :	Augmenter la pression et l'efficacité du sommeil
INSTRUCTIONS :	Réduisez/limitez le temps passé au lit à la durée de sommeil actuelle. Utilisez le réveil quotidiennement et maintenez une heure constante pour vous lever, indépendamment de la façon dont vous avez dormi. Reportez l'heure du coucher si le sommeil est peu efficace.
Interventions cognitives	
OBJECTIF :	Reconnaître, remettre en question et remplacer les opinions fausses et les craintes irrationnelles concernant l'insomnie. Reconnaître que la connaissance de l'heure la nuit a des effets émotionnels et stimulants. Reconnaître les prophéties négatives et la focalisation déformée sur les déficits et les heures de veille nocturne.
TECHNIQUES :	Information et éducation sur le sommeil. Discussion et vérification des idées fixes, des points de vue irrationnels et des prophéties négatives par le biais de changements de comportement et d'expériences (restriction du sommeil, intention paradoxale). Régler le réveil tous les jours pour pouvoir se passer d'informations horaires la nuit. Éviter le sujet du sommeil dans les conversations quotidiennes.
Techniques de relaxation	
OBJECTIF :	Réduire la tension physique et l'agitation mentale
TECHNIQUES :	Relaxation musculaire progressive, entraînement autogène, méditation, yoga, biofeedback, auto-hypnose, Qi Gong, etc. Les techniques doivent être acquises et pratiquées pendant la journée.
Une hygiène de sommeil saine	
OBJECTIF :	Éviter les activités qui nuisent au sommeil et promouvoir les activités qui le favorisent.
INSTRUCTIONS :	a) Évitez les substances stimulantes (caféine, nicotine), l'alcool, les repas lourds, la lumière vive, les sports intensifs et les activités stimulantes en fin de soirée et la nuit. b) Éteindre les appareils électroniques mobiles, les ordinateurs et la télévision une heure avant le coucher. c) Éviter de s'assoupir ou de somnoler pendant les trois heures précédant le coucher en pratiquant des activités légères (promenade, passe-temps) et en adoptant une position assise du corps pendant des activités tranquilles. d) Assurer un environnement nocturne calme et sombre, une température agréable, un matelas, des vêtements de nuit et une literie confortables. e) Maintien quotidien de l'activité physique et des contacts sociaux avec autant de séjours en plein air que possible.
Les 5 composantes les plus importantes de la CBT-I. Les instructions pour optimiser l'hygiène du sommeil sont toujours indiquées.	

ment pas être influencés ou inversés. Le troisième élément de risque concerne les facteurs qui entretiennent un trouble du sommeil et le rendent chronique. Ces facteurs chroniques comprennent, par exemple, une prolongation du temps passé au lit, la frustration de longues tentatives d'endormissement, des craintes exagérées quant aux conséquences des troubles du sommeil, le suivi de l'heure dans la nuit, la surestimation des courtes heures de réveil et une focalisation sélective sur le mécontentement et les erreurs. Les thérapies comportementales pour l'insomnie visent ces facteurs chroniques. Il est important que le patient comprenne les mécanismes de la chronification afin de modifier de façon permanente ses pensées dysfonctionnelles et son comportement contre-productif.

Le traitement de choix de l'insomnie

La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (CBT-I : Cognitive Behavioral Therapy for Isomnia) est une thérapie spécialement développée, basée sur l'éducation au sujet du mécanisme de l'insomnie et sur des conseils relatifs à la modification des points de vue et des comportements contre-productifs. Les différents éléments de la CBT-I sont résumés et brièvement expliqués dans le tableau 2. Certaines de ces mesures peuvent déjà être efficaces, mais généralement plusieurs éléments sont combinés en une seule séance de traitement et adaptés individuellement aux vues et au comportement de la personne concernée, qui sont à l'origine de la maladie. Certains éléments de la thérapie comportementale peuvent parfois être contre-indiqués. Par exemple, la restriction du sommeil chez les personnes vulnérables augmente le risque de troubles bipolaires, épileptiques ou parasomniaques. Chez les personnes âgées et chez les patients souffrant de dépression ou de troubles anxieux, certaines recommandations concernant les habitudes de sommeil et l'hygiène du sommeil peuvent imposer des exigences excessives et augmenter l'insomnie. Chez certains patients, même les techniques de relaxation sont contre-indiquées, car chez 10 à 15 % de la population, elles déclenchent paradoxalement des réactions d'anxiété.

Les informations destinées aux patients insomniaques et les articles des magazines de santé contiennent généralement de bons conseils sur l'hygiène du sommeil et les mesures comportementales. Cependant, sans les conseils et le soutien d'experts, ces recommandations ne sont généralement pas suivies de manière cohérente et suffisamment longtemps. En raison du niveau élevé de souffrance associé à l'insomnie chronique, l'objectif est d'obtenir un succès rapide, de sorte que les conseils ne soient mis en œuvre que pendant quelques jours et avec une forte pression liée aux attentes. Pour une thérapie réussie, le soutien d'un spécialiste est donc souvent nécessaire, bien que la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (CBT-I) consiste en des mesures relativement simples. L'efficacité de cette thérapie non pharmacologique est bien établie (8), et il a été démontré qu'elle est aussi efficace que le traitement avec des somnifères (9). Un avantage important est que la CBT-I apporte une amélioration à long terme du sommeil (10).

Au niveau international, il y a relativement peu de professionnels formés au traitement de l'insomnie, ce qui suggère que seule une petite proportion de patients souffrant d'insomnie chronique bénéficie du traitement CBT-I. Aujourd'hui, la diffusion du traitement de l'insomnie est donc au centre de la recherche et des activités cliniques. Afin d'atteindre un grand nombre de patients, des offres de thérapies basées sur internet ont été développées dans le monde

entier. Même si ces thérapies à distance ne sont pas toujours accompagnées par un spécialiste et ne peuvent pas être adaptées individuellement à chaque patient, ces programmes de thérapie valent mieux que de ne pas avoir de traitement de l'insomnie du tout. De nombreux pays travaillent à la formation des médecins de famille et d'autres professionnels de la santé (infirmières, pharmaciens) à l'enseignement de la thérapie comportementale de l'insomnie.

Les somnifères

Lorsque les mesures d'hygiène du sommeil sont épuisées et que les maladies et les médicaments qui perturbent le sommeil sont contrôlés, les somnifères sont de loin le traitement le plus courant des problèmes de sommeil. Pour les insomnies aiguës dont la fin est prévisible, les benzodiazépines, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (zolpidem, zopiclon) et les nouvelles substances endormantes telles que les agonistes des récepteurs de la mélatonine et les antagonistes des récepteurs de l'orexine constituent une thérapie efficace. Une intervention rapide dans les troubles du sommeil est indiquée, ne serait-ce que parce qu'elle peut prévenir le développement d'une insomnie chronique. Cependant, en raison de l'insomnie de sevrage temporaire, les somnifères sont souvent administrés de façon permanente afin de contrôler un trouble du sommeil à long terme. L'abandon des somnifères ne peut être couronné de succès que si une thérapie alternative et efficace est proposée pour le somnifère. La CBT-I, en tant que thérapie non pharmacologique, est parfaitement adaptée à cet objectif. Cependant, les mesures comportementales doivent d'abord être maîtrisées et comprises par le patient, afin que les troubles temporaires du sommeil puissent être bien gérés lorsque le somnifère sera ensuite diminué progressivement jusqu'à l'abandon.

Dr Daniel Brunner, PhD

Somnologue ABSM, ESRS, DGSM, SSSSC
Zentrum für Schlafmedizin, Forchstrasse 420, 8702 Zollikon
d.brunner@sleepmed.ch



+ **Conflit d'intérêts :** L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts en rapport avec cet article.

+ **Références :** sur notre site internet : www.medinfo-verlag.ch

Article traduit de « der informierte arzt » 07_2020

Copyright Aertzeverlag medinfo AG

Messages à retenir

- ◆ La définition de l'insomnie est basée sur la souffrance subjective d'un patient, ce qui facilite une anamnèse spécifique et l'évaluation du trouble du sommeil.
- ◆ Le traitement précoce des troubles aigus du sommeil doit être recherché pour prévenir le développement de l'insomnie chronique.
- ◆ Une thérapie informative et comportementale ou un somnifère (agonistes des récepteurs des benzodiazépines ou nouvelles substances) peuvent être utilisés comme traitement initial de l'insomnie.
- ◆ Dans la thérapie à long terme, la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (CBT-I) devrait être la première priorité, si nécessaire soutenue par une pharmacothérapie.
- ◆ L'insomnie chronique doit être traitée chaque fois que possible, indépendamment des maladies qui l'accompagnent.

Références :

1. Gugger M, Bassetti C, Bloch K, Blois R, Colomb E, Wirz-Justice A, Zagury S. Richtlinien zur Zertifizierung von «Zentren für Schlafmedizin» zur Durchführung von Polysomnographien. Schweizerische Ärztezeitung 1998;79:2605-9.
2. International Classification of Sleep Disorders 3rd Ed. Darien, IL USA : American Academy of Sleep Medicine. 2014.
3. Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. Sleep-Med Rev. 2010;14:69-82.
4. Siebern AT, Manber R. Insomnia and its effective non-pharmacologic treatment. The Medical clinics of North America. 2010;94:581-591.
5. Lichstein KL, Wilson NM, Johnson CT. Psychological Treatment of secondary Insomnia. Psychol Aging 2000;15:232-240.
6. Simeit R, Deck R, Conta-Marx B. Sleep management training for cancer patients with insomnia. Support Care Cancer 2004;12:176-183.
7. Spielman AJ. Assessment of Insomnia. Clinical Psychology Review 1986;6:11-25.
8. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). Sleep 2006;29:1398-1414.
9. Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002;159:5-11.
10. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 2001;285:1856-1864.