

L'ESSENTIEL SUR L'INSOMNIE CHRONIQUE





Présentation du GRIC et de ses objectifs

Groupe de Réflexion sur l'Insomnie Chronique



Le GRIC et de ses objectifs

Le GRIC, Groupe de Réflexion sur l'Insomnie Chronique, rassemble **14 experts**, tous très impliqués dans la prise en charge de l'Insomnie Chronique.

Les objectifs de ce groupe de travail sont :

- De replacer **l'insomnie chronique** en tant que **véritable maladie** nécessitant une **prise en charge globale du patient** (non médicamenteuse et/ou médicamenteuse).
- **D'accompagner & d'informer** l'ensemble des professionnels de santé moins spécialistes du sommeil et impliqués dans le parcours du patient souffrant d'insomnie chronique.

Les 14 experts du GRIC

6 NEUROLOGUES



Béatriz ABRIL
Nîmes



Irina CONSTANTINESCU
Saran



Isabelle LAMBERT
Marseille



Roberta CARCANGIU
Rouffach



Xavier DROUOT
Poitiers



Aymard HUSSAMI
Dijon

Les 14 experts du GRIC

4 PSYCHIATRES



Kelly GUICHARD
Bordeaux



Thierry FAIVRE
Lyon



Nicolas JUENET
Lyon



Loïc FLORION
Nancy

4 MEDECINS DU SOMMEIL



Rémi LOMBARD
Dunkerque



Sandrine LAUNOIS
Neuilly-sur-Seine



Bertrand DE LA GICLAIS
Argonay



Vincent ATTALIN
Montpellier

Sommaire

Partie I : Introduction sur l'insomnie

1. Physiologie du sommeil
2. Régulation du sommeil
3. Les fonctions du sommeil
4. Les troubles du sommeil

Partie II : Conséquences de l'insomnie

1. Répercussions diurnes
2. Altération des fonctions cognitives
3. Troubles psychiatriques
4. Complications métaboliques et cardiovasculaires
5. Impacts sociétaux

Partie III : Focus insomnie chronique

1. Épidémiologie
2. Définition de l'insomnie chronique
3. Symptômes et signes d'alertes
4. Phénotypes les plus fréquents
5. Diagnostics différentiels

Partie IV : Prise en charge de l'insomnie chronique

1. Règles hygiéno-diététiques du sommeil
2. TCC de l'insomnie
3. État des lieux des recommandations médicamenteuses

PARTIE I : INTRODUCTION SUR L'INSOMNIE





1. Physiologie du sommeil



Définitions - Rappel



Le sommeil est un état physiologique **indispensable à la vie**. Comportement de **repos, répétitif**, soutenu par l'activation de mécanismes neurobiologiques spécifiques dont la fonction est une **régénération des capacités physiques, psychologiques et mentales** permettant la réalisation des activités sociales et professionnelles et un équilibre psychique serein.



Comportement monophasique, essentiellement **nocturne, allongé**, dans une **position confortable** et dans un **environnement permissif, adapté et sécurisé**.



Neurobiologiquement, le sommeil se caractérise par un **changement de l'état de conscience, un relâchement musculaire** et une **diminution de l'activité métabolique** du corps humain.

Structure du sommeil nocturne

• Composition

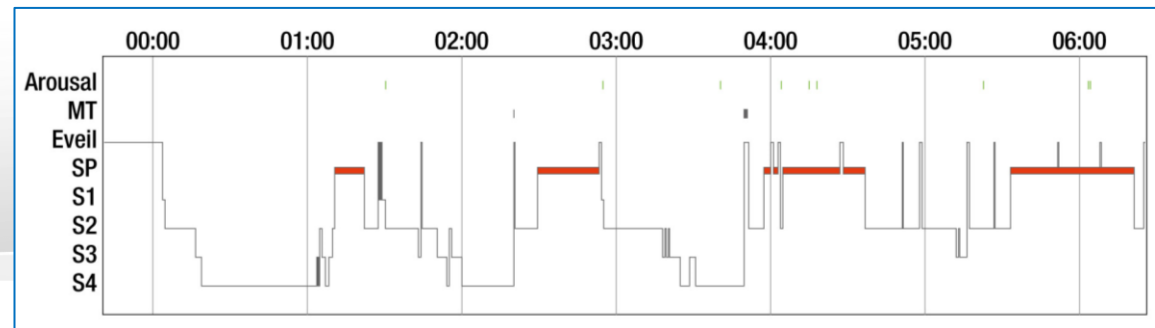
- 1 Sommeil **lent de transition**, stade **N1** (sommeil – somnolence) < 5 % du temps total de sommeil
- 2 Sommeil **lent léger**, stade **N2** : représente 45-60 % du temps total de sommeil
- 3 Sommeil **lent profond**, stade **N3** : 15 -25 % du temps total de sommeil, prédominant au début de nuit, responsable de la récupération physique et mentale, très influencé par le facteur homéostasique
- 4 Sommeil **paradoxal** : 15-25 % du temps total de sommeil, prédominant en fin de nuit, responsable de la récupération psychique et mentale, très influencé par le facteur circadien



Des micro-éveils (< 15 s), jusqu'à 15 réveils par heure de sommeil, dont on ne garde aucun souvenir

Des réveils : 1 à 5 réveils par heure de sommeil, dont on ne garde aucun souvenir s'ils durent < 6 min

- **Organisation en cycles de 90 min**
- **4 à 6 cycles par nuit**



Facteurs de variabilité

- **Génétique**

- **Long dormeur** (> 9h par nuit) **ou court dormeur** (< 6h par nuit)
- **Bon dormeur** (quels que soient les facteurs environnementaux) **ou mauvais dormeur** (tout changement/ évènement inattendu induit une mauvaise nuit) **constitutionnel** (ex : parents)
- **Sensible ou non au manque de sommeil**

- **Chronotype**

- **Sujet du matin** : couche tôt, lève tôt
- **Sujet du soir** : couche-tard, lève tard
- **Sujet médian**

EN PRATIQUE

- **Âge** : diminution de la quantité de sommeil et de sa qualité. On devient plus couche tôt, lève tôt. En effet, les personnes âgées subissent **une altération de la continuité de leur sommeil**.
- **Médicaments** : les **benzodiazépines** ont un impact sur le **stade N3**. Les **antidépresseurs** diminuent le **sommeil paradoxal**.

Phénomène de l'endormissement

- **Endormissement → 2 processus simultanés**

1. « Apparition » du sommeil :

- Ralentissement de l'activité cérébrale

2. Dé-éveil :

- Se « dé-tendre », lâcher prise, relâcher la vigilance
- Diminuer le niveau de vigilance, diminuer le niveau d'activité cérébrale

= **pensées relaxantes** (vacances, loisirs, famille, anniversaire...)



EN PRATIQUE

**Phénomène qui nécessite
du temps :**

2 à 4 heures après l'arrêt
d'une activité excitante



2. Régulation du sommeil



Processus homéostasique

Homéostasie : régulation qui tend à maintenir un paramètre physiologique autour d'une valeur « pré réglée »

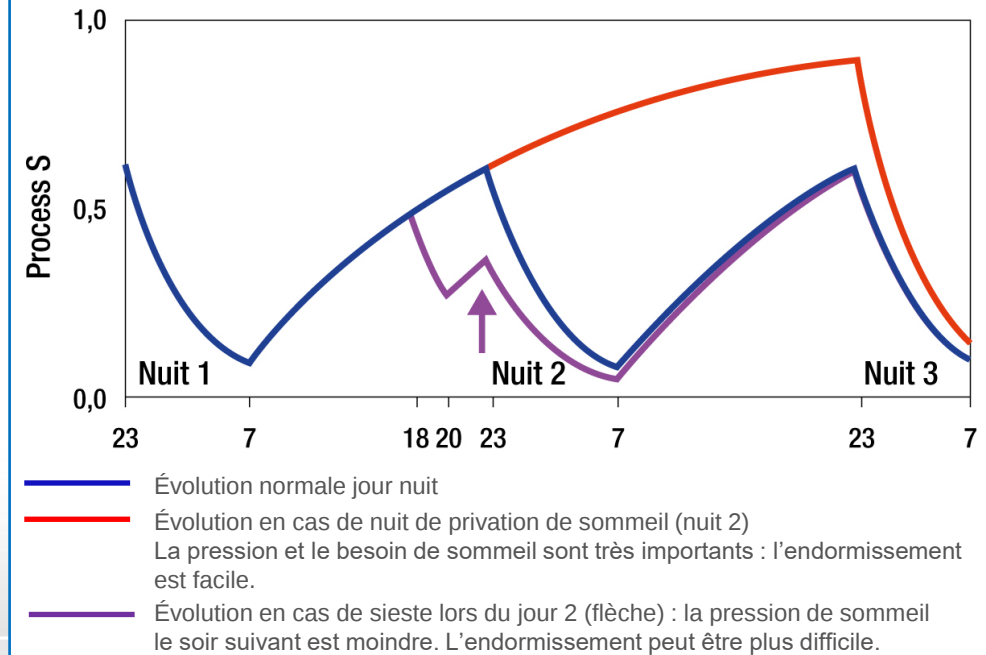
« **BESOIN DE SOMMEIL** »

Paramètres contrôlés :
endormissement, quantité de sommeil par 24h, composition du sommeil

Augmentation du besoin de sommeil au cours de la veille en journée, atteignant un maximum vers 23h et exerçant une « pression » de sommeil sur le sujet durant toute la veille

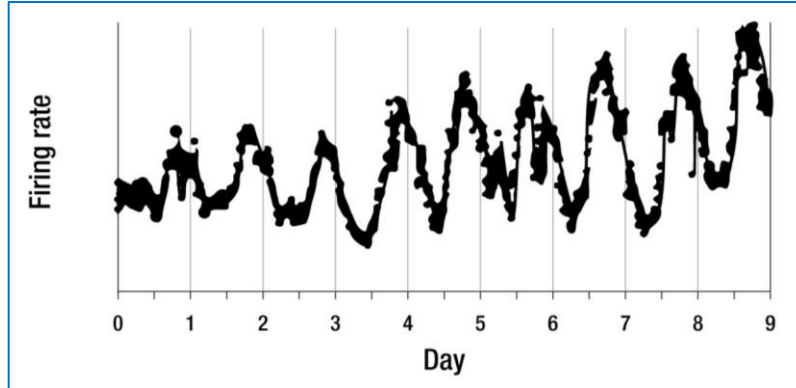
Résorption du besoin de sommeil durant la nuit et/ou sieste

Évolution du facteur homéostasique dans différentes situations physiologiques de l'adulte sain

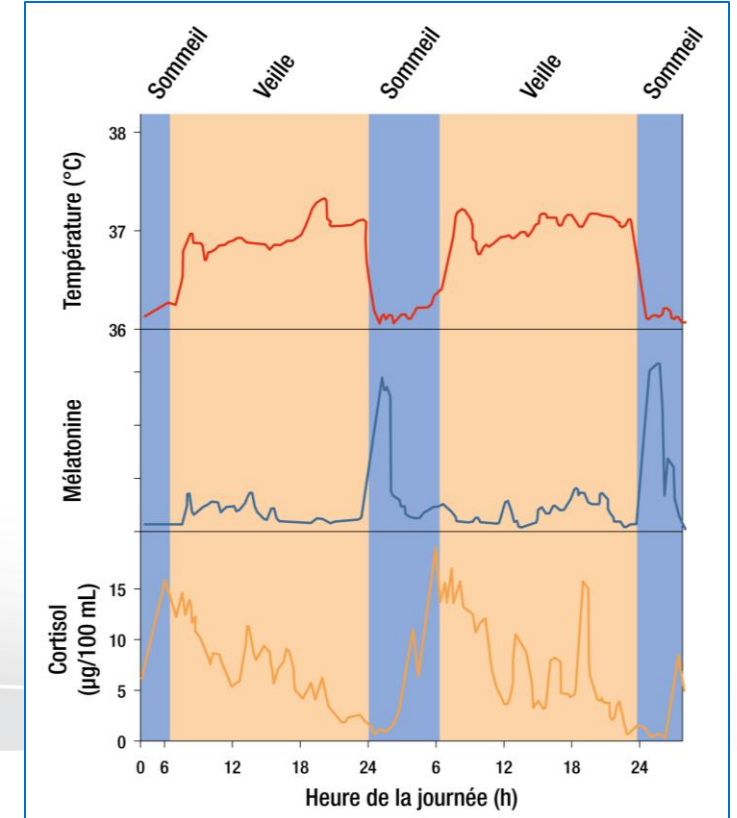
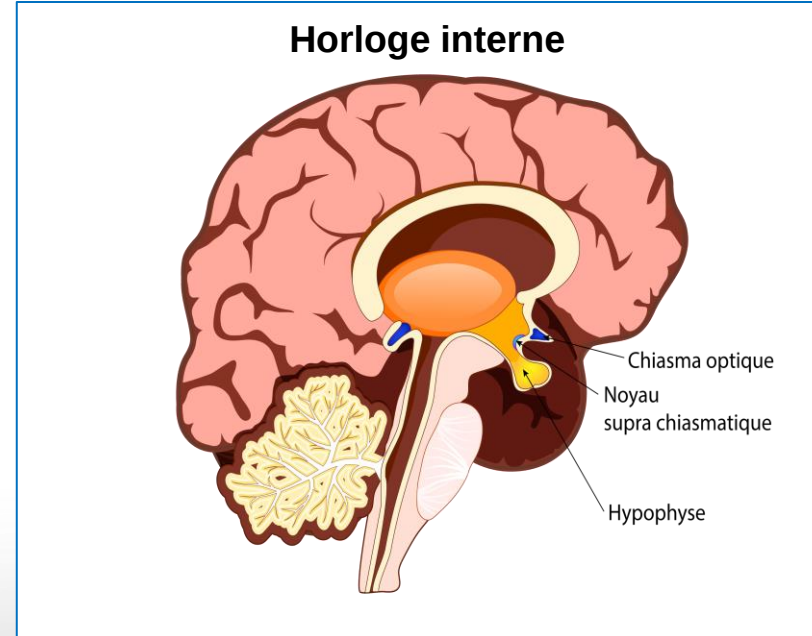


Processus circadien

- **Rythme circadien : oscillations sur ≈ 24 h d'une horloge centrale qui gouverne un grand nombre de fonctions physiologiques**



La fréquence de décharge des neurones du noyau suprachiasmatique oscille sur 24 heures



Processus circadien

- **Détermine l'heure préférentielle d'endormissement**
(début de la sécrétion et heure du pic nocturne de mélatonine)
- **Détermine l'heure préférentielle de réveil**
(début de la sécrétion et heure du pic diurne de cortisol)
- **Contrôle**
 - La vigilance diurne
 - La composition du sommeil
 - La répartition du sommeil dans le nycthémère (phase nocturne et creux circadien de 13h)

L'horloge interne est souple et son rythme modulable

- **Les synchroniseurs**

1. La lumière

- La lumière bleue (ciel, écrans LED type TV, tablettes, smartphone, ordinateurs) est la plus efficace pour bloquer le sommeil
- Même très faible, la lumière bloque la sécrétion de mélatonine



2. Les interactions sociales



3. L'activité physique



4. L'alimentation



Organisation du cycle veille / sommeil

Facteur homéostatique
(durée de la veille précédente)



Facteur circadien
(alternance jour - nuit)

Environnement
- Bruit, lumière
- Disponibilité
nourriture

Génétique
- Court/long
dormeurs
- Matin/soir

**Activité
physique**

Médicaments

**Facteurs cognitifs,
émotionnels et thymiques**

Alimentation

**Activité
physique**

Médicaments

Comment bien s'endormir ?

Respecter son rythme circadien

Repérer l'heure de passage de son « **train du sommeil** »

Se coucher quand on a envie de dormir : « **train du sommeil** »

Importance d'avoir un rythme de sommeil régulier : **heures de lever et de coucher constants**

EN PRATIQUE :

Pour s'endormir, il faut d'abord se « dé-éveiller ». Pour cela et dans la mesure du possible, éviter :

- **Toute activité excitante/énervante le soir**
(ex : impôts, punition enfants, film violent, activité physique...)
- **L'exposition à une lumière vive et bleue**
(ex : absence d'écrans LED)



3. Les fonctions du sommeil



Le sommeil lent profond

Répare la fatigue musculaire

**Permet
de maintenir
la température
interne**

**Protège contre
les infections**

**Permet
la croissance**

**Améliore
la mémoire,
la cognition**

Le sommeil paradoxal

Régule
les émotions

Répare
le stress

Favorise
la mémoire

**C'est le sommeil
des rêves !**

Et le sommeil léger ?

**Conduit
au sommeil
réparateur¹**

**Permet au corps
d'entrer dans un
état de relaxation²**

**Diminue la
charge mentale²**

**Comporte une
activité mentale
persistante
(imagerie et
pensées)²**

**Représente
le sommeil des
siestes courtes³**

1. Réseau morphée. Organisation du sommeil. [En ligne] [consulté le 26/06/2024], accessible à l'adresse : <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/les-cycles-du-sommeil>. 2. Lopez R. et al. Organisation normale du sommeil et ses changements au cours de la vie. *La revue du praticien* 2019;69:537-44. 3. La Sieste : Un Bienfait Pour Le Reste De La Journée Si..... Maîtrisée. [En ligne] [consulté le 26/06/2024], accessible à l'adresse : <https://cmvs.fr/la-sieste-un-bienfait-pour-le-reste-de-la-journee-si-maitrisee-1-3/>



4. Les troubles du sommeil



Insomnie aiguë / Insomnie chronique

Définitions

- **Insomnie aiguë :**

- **Insomnie ponctuelle**, qui tend à **se résorber naturellement**¹.
- Chez certaines personnes plus vulnérables, l'insomnie peut persister et évoluer vers une forme chronique¹.

insomnie aiguë : déclenchée par des **situations stressantes ou des événements difficiles** (deuil, perte d'emploi, détresse émotionnelle). Généralement de **courte durée, ne persistant pas plus de quelques jours à < 3 mois** ¹.

- **Insomnie chronique :**

- **Insomnie** qui survient **au moins 3 jours par semaine, pendant plus de 3 mois**².
- Concerne **1 personne sur 10** en France³.
- Les **femmes sont 2 fois plus** touchées que les hommes⁴.

insomnie chronique : incapacité à **s'endormir ou à maintenir son sommeil ou éveil trop précoce. S'y associent des troubles diurnes perturbant la qualité de la journée** (fatigue, irritabilité, manque d'entrain et d'envie, difficultés de concentration, troubles de la mémoire)².

Syndrome d'apnées & hypopnées obstructives du sommeil

- **Obstruction des voies aériennes respiratoires supérieures partielle ou totale pendant le sommeil**
 - 15 à 72 % de la population générale selon le degré de sévérité
- **Sévérité (index d'apnées + hypopnées/heure)**
 - Légère : $5 \leq \text{IAH} < 15$
 - Modérée : $15 \leq \text{IAH} < 30$
 - Sévère : $\text{IAH} \geq 30$
- **Traitements**
 - Ventilation nasale en pression positive
 - Orthèse d'avancée mandibulaire
 - Amaigrissement
 - Rééducation oromyopharyngée
 - Décubitus latéral forcé

Définitions

Hypopnées du sommeil : obstruction des voies aériennes respiratoires supérieures partielle pendant au moins 10 s

Apnée du sommeil : obstruction des voies aériennes respiratoires supérieures totale pendant au moins 10 s

Syndrome des jambes sans repos

- **Syndrome de Willis-Ekbom** = syndrome des jambes sans repos
 - **Au moins 2 jours par semaine** avec gêne modérée
 - Prévalence : **2 % à 2,7 %** de la population générale
 - Facteurs aggravants : **grossesse, carence martiale, insuffisance veineuse**
 - Conséquences : **détresse, difficultés d'endormissement, fatigue, somnolence**
- **Mouvements périodiques des membres à la polysomnographie** dans 8 cas sur 10
- **Traitements** : supplémentation en fer, antiépileptiques*, agonistes dopaminergiques

CRITERES DIAGNOSTIQUES

- Paresthésies à type de sensation de torsion / tiraillement / fourmillement / douleur légère / "Jambes énervées"
- Majorées le soir et la nuit
- Survenant au repos
- Soulagées par le mouvement

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Insuffisance veineuse (soulagée par la position allongée)
- Artériopathie (douleur intense, terrain artériopathique)
- Akathisie
- Polyneuropathie (trajet anatomique)

* Hors AMM

Allen RP. *et al.* Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in western Europe: Prevalence and characteristics. *Sleep Medicine* 2010;11 :31–37 ; Allen RP. *et al.* Prevalence and Disease Burden of Primary Restless Legs Syndrome: Results of a General Population Survey in the United States. *Movement Disorders* 2011;26:114-20 ; Drakatos P. *et al.* Periodic limb movements during sleep: a narrative review. *J Thorac Dis* 2021;13:6476-94 ; Limousin N. *et al.* Traitement du syndrome des jambes sans repos nouvellement diagnostiqué. *Médecine du sommeil* 2019;16:106-113.

Troubles du rythme circadien

Définitions

Retard de phase du sommeil

- Fausse insomnie d'endormissement
- Sommeil normal... mais mal calé dans le nycthémère
- Sujets du soir à l'extrême, « grande forme » le soir
- Adolescents, et surtout jeunes adultes
- Somnolence matinale excessive

Avance de phase du sommeil

- Faux réveil matinal précoce
- Sujets du matin à l'extrême, « grande forme » le matin
- Sujet âgés (surtout si EHPAD). Forme familiale rare (mutation gène de l'horloge biologique)
- Sommeil normal... mais mal calé dans le nycthémère
- Somnolence vespérale excessive

- **Rythme veille-sommeil irrégulier**
- **Rythme différent de 24h** → en libre cours → hypernycthéméral
- **Traitements**
 - **Chronothérapie**
 - **Mélatonine** (surtout en fin d'après-midi pour le retard de phase)
 - **Photothérapie** (le matin pour retard, le soir pour avance)

Narcolepsie / hypersomnie idiopathique

Définitions

Narcolepsie

- **Prévalence** : 0,047 % de la population générale (forme sévère 0,026 %)
- **Symptômes typiques**
 - Attaques irrépressibles de sommeil sur fond de somnolence diurne excessive
 - Cataplexies = perte du tonus musculaire lors d'une émotion (rire surtout)
 - Hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement) ou hypnopompiques (au réveil)
 - Paralysies du sommeil
 - + Dyssomnie
- 2 types de narcolepsie : type 1 = forme complète avec cataplexie (NT1) ; type 2 : sans cataplexie (NT2)
- Endormissements en sommeil paradoxal observés à la polysomnographie
- Perte des neurones hypothalamiques à hypocretine (orexine) dans la NT1
- **Traitements** : éveillants, rythmes veille-sommeil réguliers, siestes

Hypersomnie idiopathique

- **Prévalence** : 0,0103 % de la population générale
- **Symptômes**
 - Somnolence diurne excessive
 - Inertie du sommeil (réveils difficiles)
 - Long temps de sommeil jamais réparateur
 - Une latence d'endormissement moyenne au TILE < 8 min et /ou un sommeil d'apparence normale à la polysomnographie, mais de longue durée. Temps de sommeil total $\geq 11\text{h}/24\text{h}$
 - Traitements : molécules éveillantes

Parasomnies

Définitions

Parasomnies du sommeil lent

- Somnambulisme
- Terreurs nocturnes
- Éveils confusionnels

Parasomnies du sommeil paradoxal

- Cauchemars
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal

• Traitements

- Hygiène de vie, hypnose (somnambulisme, terreurs nocturnes)
- Répétition d'imagerie mentale (cauchemars)
- Relaxation, psychothérapie
- Certains médicaments (utilisés hors AMM) : d'une part pour les troubles du comportement en sommeil paradoxal et d'autre part pour contrer le somnambulisme et les terreurs nocturnes

Points clés à retenir

Le sommeil est caractérisé par **deux états** distincts : le **sommeil lent** et le **sommeil paradoxal**

L'organisation normale du sommeil est **variable d'un individu** à l'autre, sous l'influence d'une **prédisposition génétique**, de **l'âge** et de **facteurs environnementaux**

La **régulation des cycles** veille-sommeil est sous l'influence de **facteurs homéostatiques** et de **facteurs circadiens**

Divers **types de synchroniseurs externes** sont identifiés, comme **l'alimentation**, **l'activité physique** ou les **interactions sociales**, le plus important d'entre eux étant **l'alternance lumière-obscurité**

Des troubles du sommeil existent tels que le **syndrome d'apnées & hypopnées obstructives du sommeil**, le **syndrome des jambes sans repos**, le **retard de phase** du sommeil, **l'avance de phase** du sommeil, la **narcolepsie**, **l'hypersomnie idiopathique**, les **parasomnies** et les **insomnies (aiguë et chronique)**

PARTIE II : CONSEQUENCES DE L'INSOMNIE





1. Répercussions diurnes



Regard sur les conséquences diurnes de l'insomnie chronique

- Évaluer les répercussions diurnes de l'insomnie par tranche d'âge (impact différent)
- **Somnolence diurne excessive (SDE)** rapportée par environ **20 % des patients insomniaques**
- **Risque augmenté de somnolence** diurne chez les **sujets de - de 65 ans** prenant des **psychotropes**
- Une **mauvaise nuit** de sommeil accentue **l'anxiété** chez le sujet souffrant de dépression
- Il existe un **lien établi** entre **mauvais sommeil** et **troubles des émotions**



2. Altération des fonctions cognitives



Insomnie et impact sur les fonctions cognitives

- **Plaintes fréquentes des patients insomniaques**
 - **Troubles de la mémoire et de la concentration, difficultés dans la prise de décisions, erreurs en lien avec le travail**
- **Les études objectivent**
 - **Une altération de la mémoire du travail, de la mémoire épisodique, du fonctionnement exécutif**
- **Variabilité inter-individuelle** de l'impact cognitif, avec probable contribution multifactorielle (fatigue, qualité et durée du sommeil, traits de vulnérabilité, troubles de l'humeur, etc.)

Problématiques en lien avec les plaintes cognitives associées à l'insomnie

- Ecart entre les données objectives et l'ampleur subjective des plaintes cognitives
 - Probable contribution d'une **surestimation de l'impact diurne** (problématique aussi retrouvée dans d'autres pathologies chroniques avec impact sur la qualité de vie)
 - Question de **la perception**
- Les individus souffrant d'insomnie et demandeurs de traitement présentent **une déficience objective significative** par rapport aux non-demandeurs de traitement
- Les patients souffrant d'insomnie avec une **durée objectivée du sommeil plus courte** montrent plus de **difficultés neurocognitives**

La signification clinique des troubles cognitifs liés à l'insomnie

- Les **fonctions cognitives atteintes** principalement sont impliquées dans l'exécution de tâches complexes
 - Une (légère) **altération** de ces fonctions peut contribuer à **l'augmentation de la fréquence des accidents**
- **Diminution de la productivité** sur le lieu de travail (présentéisme), **absentéisme** de courte et longue durée et **incapacité de travail permanente**



3. Troubles psychiatriques



Insomnie et troubles psychiatriques : une relation complexe

Interaction bidirectionnelle
entre l'**insomnie** et
les **troubles psychiatriques**

L'insomnie peut jouer **un rôle important** en tant que **facteur de risque, condition comorbide** et **symptôme transdiagnostique** pour de nombreux troubles mentaux, notamment **les troubles de l'humeur / anxiété** et la **schizophrénie**

Taux élevé de comorbidités psychiatriques
chez les patients souffrant
d'insomnie chronique

Troubles du sommeil chez les patients avec affections psychiatriques

40 % de tous les patients souffrant d'insomnie chronique ont une condition psychiatrique co-existante

L'insomnie chronique est un symptôme caractéristique des troubles dépressifs et anxieux

Les personnes souffrant d'insomnie chronique sont deux fois plus susceptibles de développer une dépression que les personnes qui n'ont pas de troubles du sommeil

Parmi les personnes atteintes de schizophrénie, une mauvaise qualité de sommeil a été observée chez la majorité des patients

69 % à 99 % des personnes atteintes de troubles bipolaires ont des troubles du sommeil avant un épisode maniaque

Les personnes qui ont de la difficulté à dormir sont plus susceptibles de développer un TSPT lorsqu'elles sont placées dans des situations stressantes

TSPT : troubles du stress post-traumatique

Ancoli-Israel S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am J Managed Care*. 2006;12:S221-9 ; McCall WV. A psychiatric perspective on insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 10):27-32 ; Koffel E. *et al*. Pre-deployment daytime and nighttime sleep complaints as predictors of post-deployment PTSD and depression in National Guard troops. *J Anxiety Disord*. 2013;27:512-9 ; Gold AK. *et al*. The role of sleep in bipolar disorder. *Nat Sci Sleep*. 2016;8:207-14 ; Kaskie RE. *et al*. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:227-39 ; Baglioni C. *et al*. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 2011;135:10-19.

Insomnie comme facteur très souvent impliqué en psychopathologie

- Les **antécédents psychiatriques** sont étroitement liés à la **gravité et à la chronicité** de l'insomnie.
- L'insomnie chronique est un **prédicteur d'apparition de la dépression, de l'anxiété, de l'abus d'alcool et de la psychose.**



EN PRATIQUE

Cibler la prise en charge de l'insomnie chronique peut améliorer certains symptômes de l'insomnie, en ayant **un impact favorable sur les troubles de l'humeur**



4. Complications métaboliques et cardiovasculaires



Insomnie et complications métaboliques et cardiovasculaires

- L'insomnie peut avoir un impact sur :

**Le syndrome
métabolique**

L'HTA

**Les atteintes
coronariennes**

**L'équilibre du
diabète**

L'inflammation

Lien insomnie et obésité ?

Mécanismes potentiels

Insomnie

Définition des symptômes

- Difficulté à s'endormir
- Difficulté à maintenir le sommeil
- Réveil précoce

Caractéristiques associées

- Sommeil objectif de courte durée
- Sommeil subjectif de courte durée
- Altération de l'architecture du sommeil
- Variabilité de la durée de sommeil
- Fatigue

Accès à un traitement efficace de l'insomnie

Mécanismes de médiation

Comportemental

- Diminution de l'activité physique
- Retard dans l'horaire de la prise alimentaire
- Décalage entre le moment de la prise alimentaire et celui de la dépense énergétique
- Augmentation de l'alimentation émotionnelle

Neurologique

- Sensibilité accrue aux récompenses alimentaires entraînant une préférence accrue pour les aliments riches en calories

Endocrinien

- Modifications des hormones favorisant l'appétit

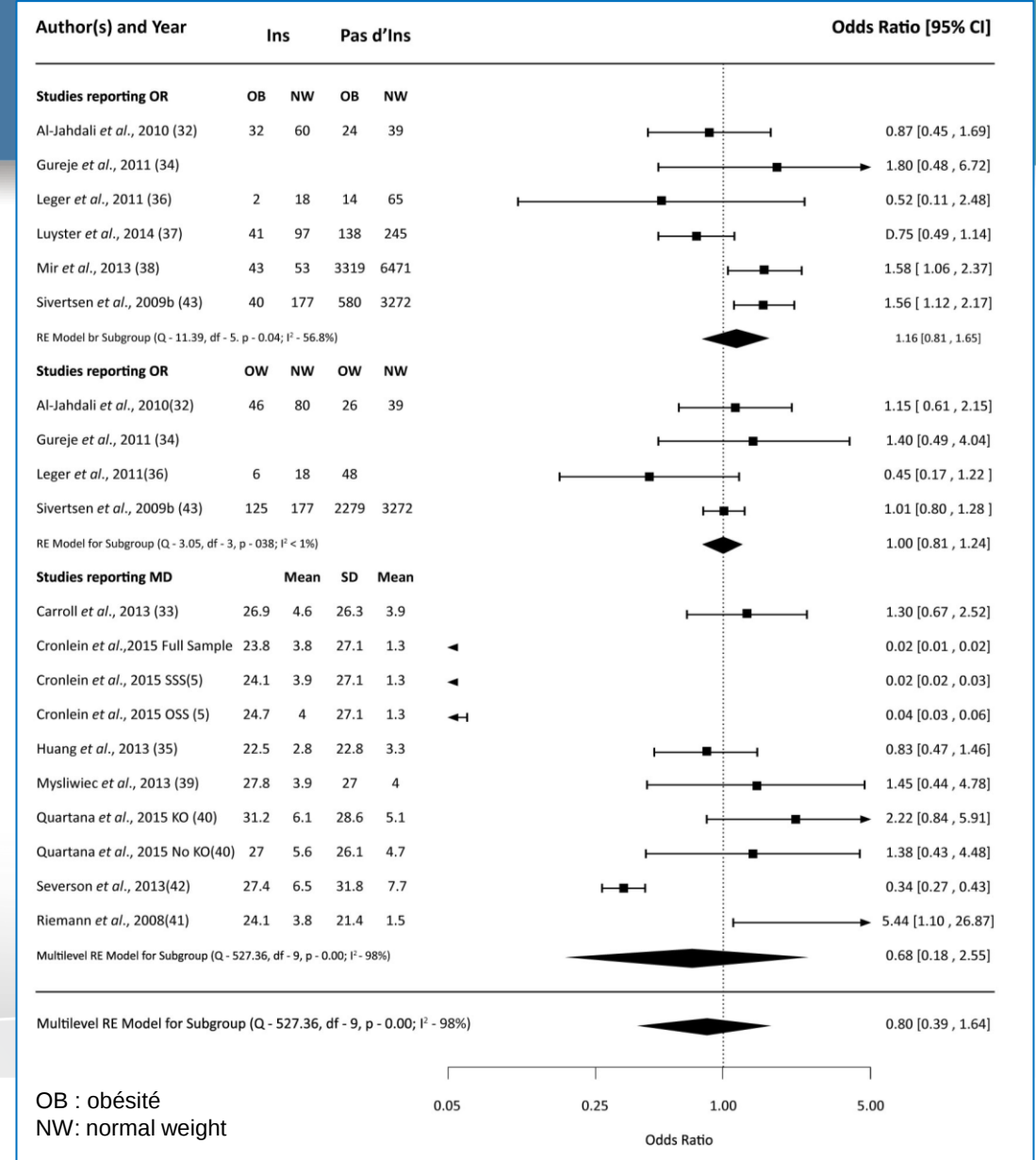
Facteurs modérateurs

- Environnement alimentaire
- Contrôle exécutif individuel

Obésité

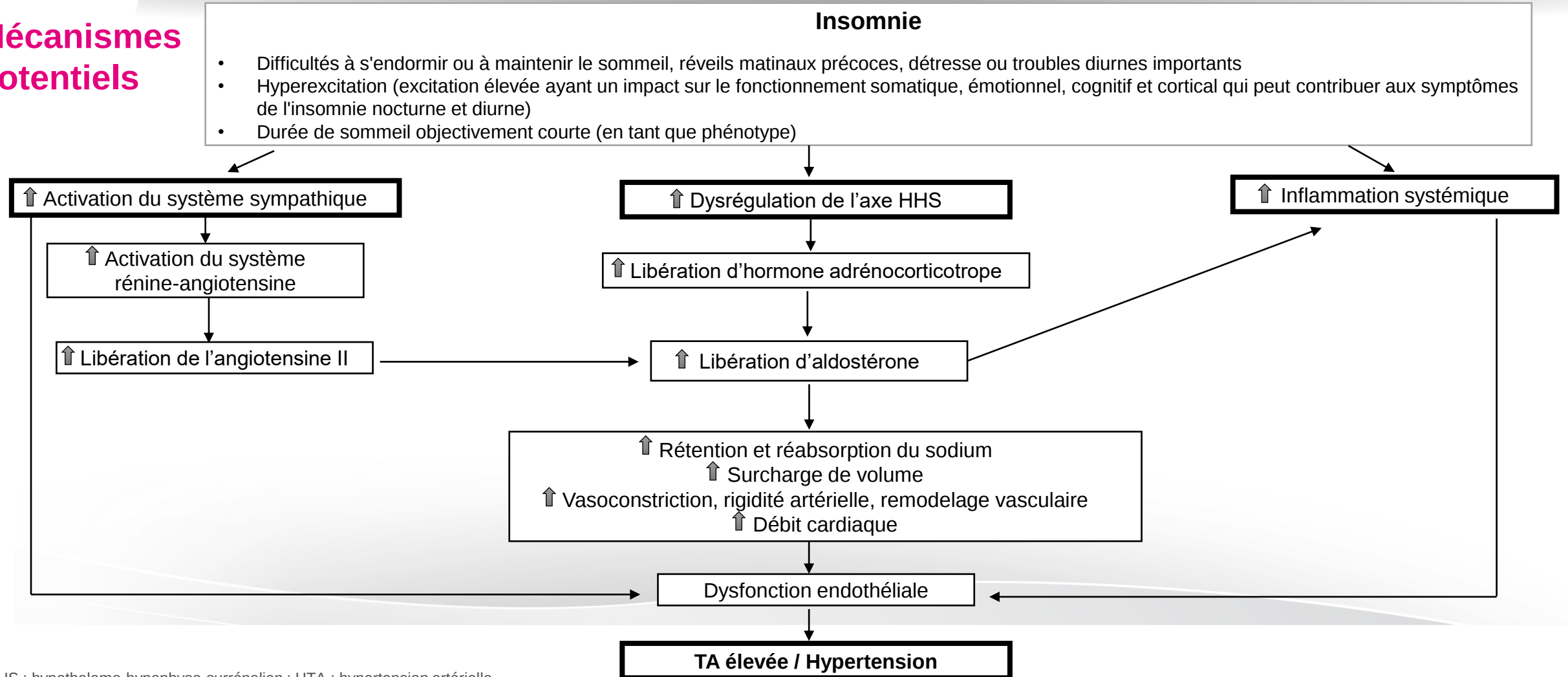
Lien insomnie et obésité ?

- L'insomnie chronique n'est pas un facteur de risque d'obésité



Lien insomnie et HTA ?

Mécanismes potentiels



Lien insomnie et HTA ?



64 articles (1970-2017)
18-100 ans (46 % hommes)

Si insomnie :

- Fréquente, chronique
- Et/ou associée à une courte durée de sommeil

Forte association avec HTA ou non dipping
(baisse de la PA nocturne)

EN PRATIQUE

Sur la base de quelques articles, l'HTA :

- Ne prédit pas l'insomnie chez les adultes
- Prédit l'insomnie chez les sujets âgés

La plupart des études cas-contrôle ne montrent pas de différence de baisse de la pression artérielle avec insomnie versus sans

Lien insomnie et mortalité cardiovasculaire ?

Sleep Medicine Reviews 48 (2019) 101215

Contents lists available at ScienceDirect

Sleep Medicine Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/smr



CLINICAL REVIEW

Insomnia and risk of mortality from all-cause, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies



Long Ge ^{a,b,c,d,e}, Gordon Guyatt ^d, Jinhui Tian ^{b,c}, Bei Pan ^e, Yaping Chang ^d, Yajing Chen ^e, Huijuan Li ^e, Junmei Zhang ^e, Yahong Li ^e, Juan Ling ^{b,c}, Kehu Yang ^{a,b,c,*}

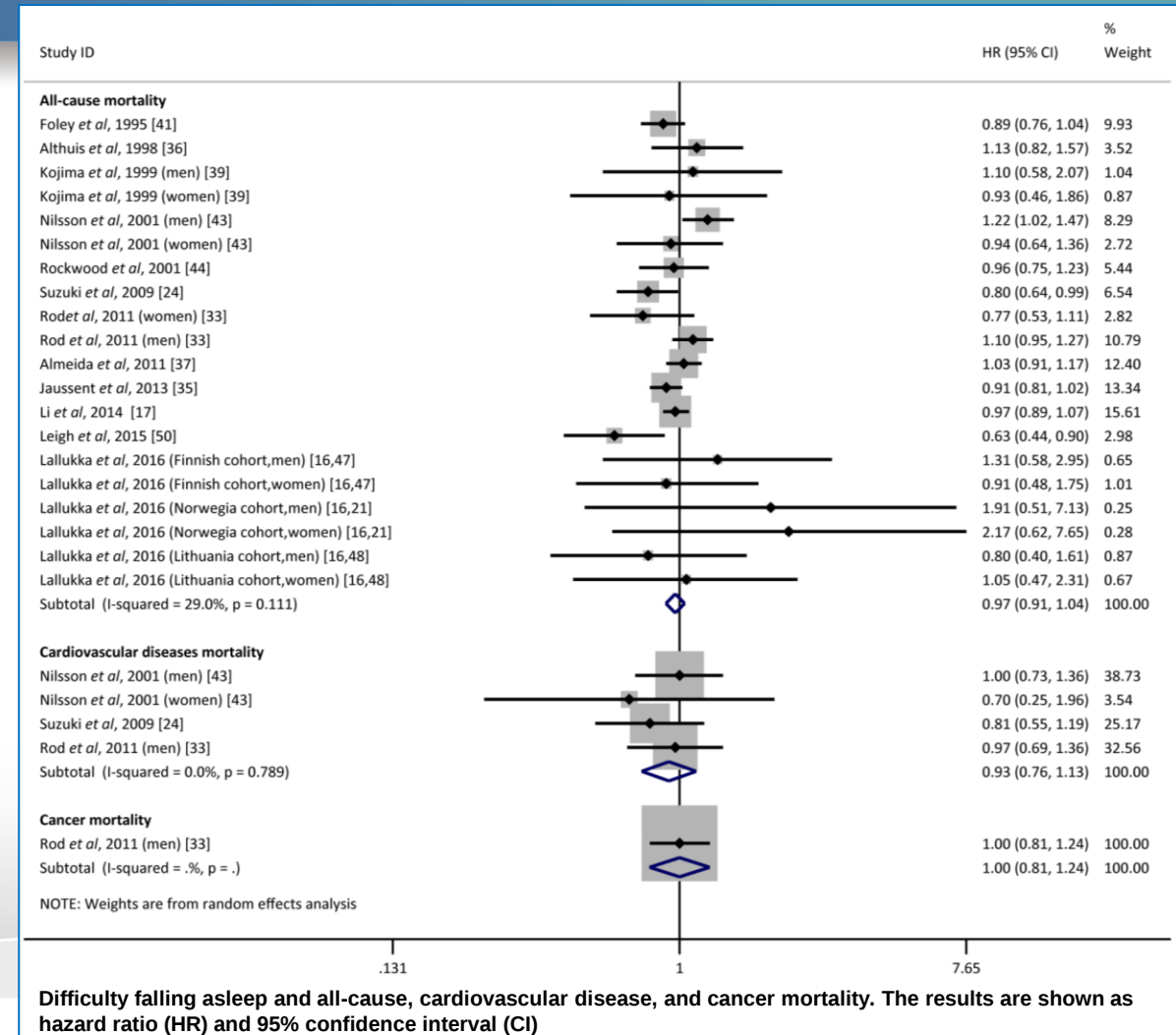
29 études
(1 598 628 individus)

- **Difficulté à s'endormir** : serait associée à un risque accru de mortalité toutes causes confondues et cardiovasculaires mais ce risque est limité aux populations d'âge moyen à avancé.
- **Sommeil non réparateur** : serait associé à un risque accru de mortalité toutes causes confondues et cardiovasculaires mais les preuves sont de qualité modérée à faible.
- **Difficulté à maintenir le sommeil et réveils matinaux précoces** : aucune association significative retrouvée entre ces symptômes d'insomnie et la mortalité toutes causes confondues ou cardiovasculaires.

Lien insomnie et mortalité cardiovasculaire ?

- Les **difficultés d'endormissement (DFA)** et le **sommeil non réparateur (NRS)** seraient associés à une **surmortalité toutes causes confondues** et **cardiovasculaire** chez les patients > 50 ans

- **DFA** : + 13 % de risque de mortalité toute cause (p=0,009) et + 20 % de risque de mortalité CV (p=0,04)
- **NRS** : + 23 % de risque de mortalité toute cause (p=0,003) et + 48 % de risque de mortalité CV (p=0,02)

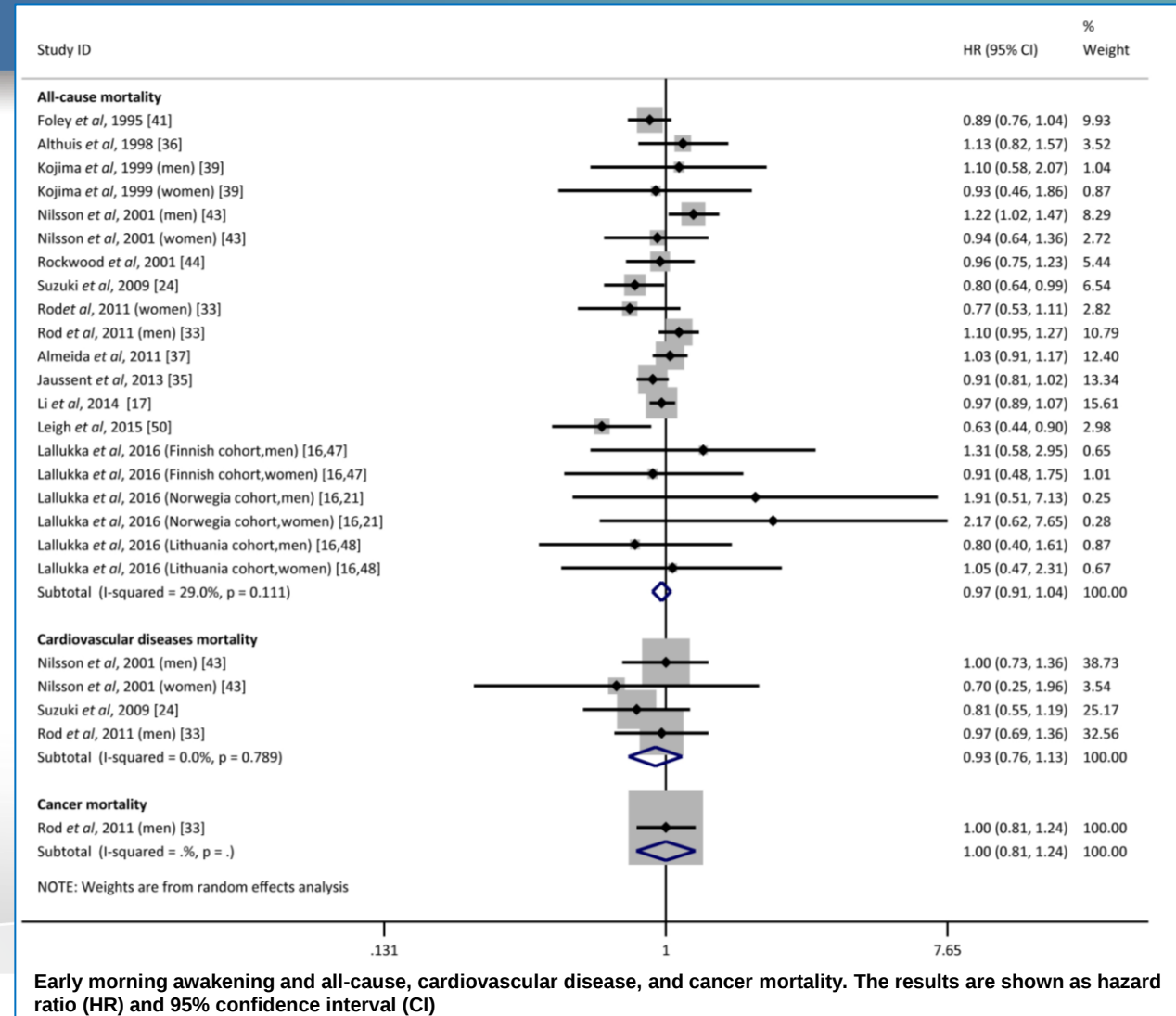


CV : cardiovasculaire ; DFA : *diffculty falling asleep* ; NRS : *non-restorative sleep*

Ge L. *et al*. Insomnia and risk of mortality from all-cause, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep Medicine Reviews* 2019;48:101215.

Lien insomnie et mortalité cardiovasculaire ?

- Les réveils précoces et les troubles du maintien du sommeil ne seraient pas associés à une surmortalité :
 - Aucune association significative n'a été trouvée entre ces symptômes d'insomnie et la mortalité toutes causes confondues ou cardiovasculaire.





5. Impacts sociétaux



Insomnie et vulnérabilité face au stress

Diminution de l'optimisme et d'estime de soi chez les individus présentant des symptômes d'insomnie, indépendamment de l'âge et du sexe, **en tenant compte des symptômes de dépression et la durée du sommeil**

Les individus présentant des symptômes d'insomnie sont plus susceptibles **d'utiliser des stratégies inadaptées face au stress** que les individus ne présentant pas de symptômes

Des stratégies d'adaptation défaillantes, telles que la **consommation de substances, le désengagement comportemental et l'auto-accusation**, sont positivement **associées à la gravité** de l'insomnie

Insomnie et capacités psychosociales

L'insomnie peut **réduire la capacité** à utiliser des **compétences interpersonnelles** efficaces et à établir des liens significatifs

Les individus souffrant d'insomnie plus sévère **sont moins demandeurs de soutien émotionnel** face à une exclusion sociale

Les personnes insomniaques peuvent ne **trouver aucune valeur au soutien social** et peuvent avoir un **désir réduit** de rechercher des liens sociaux

Insomnie et conséquences professionnelles

**Augmentation
de l'absentéisme** chez
les insomniaques par
rapport aux bons dormeurs

**Moindre satisfaction
au travail** par rapport
aux bons dormeurs

Les insomniaques
se plaignaient du **manque
de considération
au travail** et du **manque
d'avancement
dans leur carrière**

**Diminution de la
productivité au travail**
chez les insomniaques

Points clés à retenir

Il est intéressant et utile d'évaluer les répercussions diurnes de l'insomnie par tranche d'âge, car les impacts sont différents

Les patients insomniaques chroniques avec une durée objectivée de sommeil plus courte montrent plus de difficultés neurocognitives

Un taux élevé de comorbidités psychiatriques a été démontré chez les patients souffrant d'insomnie chronique

L'insomnie chronique a des impacts sur la santé globale (phénomène cercle vicieux obésité, HTA et mortalité cardiovasculaire)

Les patients insomniaques chroniques peuvent avoir un désir réduit de rechercher des liens sociaux et ont un taux d'absentéisme au travail plus élevé comparé aux bons dormeurs

PARTIE III : FOCUS INSOMNIE CHRONIQUE





1. Épidémiologie



Épidémiologie

PRÉVALENCE DE L'INSOMNIE EN FRANCE

- 30 à 35 % de la population se plaint d'insomnie ¹
- Les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression ont 7 à 10 fois plus de risque ²

- 13,1 % de la population générale souffre d'insomnie chronique (18-75 ans) ³
- 19,3 % femmes et 11,9 % hommes ⁴

- 2,8 % des hommes et 3,8 % des femmes font usage chronique des BZD et 9-12 % des sujets > 50 ans ⁴

BZD : Benzodiazépine

1. Chan WS. et al. A Meta-Analysis of Associations between Obesity and Insomnia Diagnosis and Symptoms, *Sleep Medicine Reviews* 2018 ; 2. INSERM 2017. *Insomnie : un trouble neurobiologique et psychologique* [En ligne]. [Consulté le 27/10/2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/> ; 3. Léger D. et al. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du baromètre de Santé Publique France 2017. *BEH* 2019; 8-9:149-160 ; 4. Beck F. et al. Prévalence et facteurs socio démographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85 ans). *Revue Neurol* 2013;169:956-64 ; 4. Airagnes G. et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health* 2019;19:566



2. Définition de l'insomnie chronique



Définition de l'insomnie chronique selon l'ICSD-3 (2014)

Définition

Une ou plusieurs des plaintes suivantes survenant au moins 3 nuits par semaine, depuis au moins 3 mois :

- Difficultés à s'endormir (> 30 min)
- Difficultés à rester endormi
- Réveil trop précoce
- Refus d'aller au lit (ou difficulté à dormir sans les parents)

Avec des répercussions diurnes (au moins une) :

- Fatigue
- Trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- Trouble de l'humeur/irritabilité
- Somnolence
- Anergie
- Erreurs
- Troubles du comportement

En dépit d'opportunités ou de circonstances adéquates pour dormir

→ Les difficultés **ne sont pas expliquées par un autre trouble du sommeil**

Définition de l'insomnie chronique selon le DSM-V (2022)

Définition

Plainte de sommeil non satisfaisant en qualité ou quantité associée à au moins un des signes suivants :

- Difficulté d'endormissement
- Difficulté de maintien du sommeil
- Réveil trop précoce

Avec des répercussions significatives ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou comportemental

≥ 3x / semaine pendant ≥ 3 mois

Dans un contexte adéquat de sommeil de nuit

→ Les difficultés **ne sont pas attribuables à un autre trouble du sommeil, à un toxique, à une maladie mentale ou somatique** comorbide



3. Symptômes et signes d'alerte



Symptômes et signes d'alerte

SIGNES D'ALERTE

- **Difficulté d'endormissement** : > 20 min chez l'enfant, > 30 min chez l'adulte
et/ou
- **Difficulté de maintien** : réveil > 30 min
et/ou
- **Réveil précoce** : > 30 min avant le réveil
et/ou
- **Sommeil non réparateur**

SYMPTÔMES

- **Plaintes diurnes** : fatigue, irritabilité, difficultés cognitives, répercussions sur le moral, le comportement, la vie sociale
- **Dimension cognitive** : focalisation et anticipation de l'insomnie, anxiété envers le sommeil



4. Phénotypes les plus fréquents



Phénotypes

Par âge

Comorbidités

Durée du sommeil

**Paramètres
polysomnographiques**

Phénotypes par âge

- **Enfant** : insomnie comportementale, anxiété au coucher
- **Adolescent** : difficulté d'endormissement, mauvaise hygiène du rythme veille-sommeil, retard de phase physiologique
- **Adulte** : difficulté d'endormissement / discontinuité / réveil matinal précoce
- **Sujet âgé** : avance de phase, non avance de phase, discontinuité, réveil précoce, somnolence

Insomnies dans des conditions physiologiques

- **Adolescence** : l'insomnie est souvent associée à une dépression et représente un facteur de risque indépendant pour conduite suicidaire et addictive.
- **Grossesse** : un mauvais sommeil augmente le risque de naissance préterme, césarienne, accouchement prolongé, HTA et diabète gestationnel.
- **Ménopause** : les troubles du sommeil favorisés par les fluctuations hormonales, certains symptômes tels que les bouffées de chaleur, une transpiration nocturne ou une baisse du moral.

Insomnies sans lien avec d'autres pathologies

- « **Insomnie psychophysiologique** » : hyper-éveil, préoccupation > sommeil, dysfonctionnement diurne, tension au lit
- **Insomnie idiopathique** : depuis l'enfance (génétique / congénitale)
- « Mauvaise perception de sommeil ou **insomnie paradoxale** » : discordance entre la perception subjective et les données objectives
- **Hygiène de sommeil** : mauvaises habitudes, travail posté
- Évènements de **vie difficiles** : précarité, problèmes familiaux, violences,...

Insomnie liée à une autre pathologie de sommeil

- **COMISA** : SAHOS + insomnie (symptômes possiblement associés : ronflements, somnolence, nycturie, céphalées matinales...)
- **Parasomnie/épilepsie**
- **Narcolepsie** : discontinuité de sommeil, accès narcoleptiques +/- accès cataplectiques, +/- hallucinations hypnagogiques, +/- paralysie du sommeil
 - ↳ **Insomnie de milieu de nuit**
- **SJSR/SMP** : impatiences et/ou discontinuité de sommeil
 - ↳ **Insomnie d'endormissement**

Insomnie liée à une maladie neurologique

- **Parkinson et parkinsonismes** : insomnie du petit matin
- **Alzheimer et autres démences** : inversion du rythme veille / sommeil, insomnie du soir en lien avec le syndrome sundowning
- **Épilepsie** : fragmentation du sommeil
- **Traumatisme crânien** : sommeil discontinu, superficiel, troubles du rythme veille/sommeil (V/S)

Insomnie liée à un trouble psychiatrique

- **Anxiété** : induit une difficulté d'endormissement, une réduction et une discontinuité du TST
- **Dépression** : implique un réveil définitif précoce, une latence du sommeil paradoxal courte, une augmentation du sommeil paradoxal et > REMD
- **Troubles bipolaires** : à l'origine d'une alternance insomnie/hypersomnie
- **Schizophrénie** : ayant pour conséquence une fragmentation du sommeil
- **Trouble Déficitaire de l'Attention +/- Hyperactivité** : induit un décalage de phase, une mauvaise hygiène
- **Trouble du spectre autistique** : à l'origine de difficulté d'endormissement, d'une discontinuité, de réveil précoce
- **État de stress-post traumatique** : implique la survenue de cauchemars

Insomnie et dépression

- **Plainte principale de sommeil** du patient déprimé : jusqu'à 85 % des cas ¹
- **Tendance à se chroniciser et à devenir résiduel** : même après la prise en charge de l'humeur
- **Lien entre sévérité de l'insomnie et sévérité de la dépression** : parmi les patients avec un épisode dépressif majeur **24,7 % présentent une insomnie sévère** ²
- **Troubles du sommeil** : souvent précurseurs ou annonciateurs du 1^{er} épisode ou d'une récurrence

Insomnie et troubles de l'humeur

- Les patients atteints d'insomnie ont **deux fois plus de risque de développer une dépression**, par rapport aux sujets sans difficultés de sommeil
- **Sommeil altéré en polysomnographie** chez les patients dépressifs :
 - Réduction de la latence et augmentation de la durée du sommeil paradoxal
 - Augmentation de la fréquence des mouvements oculaires en sommeil paradoxal
- **Troubles bipolaires** : à l'origine d'une alternance hypersomnie/insomnie

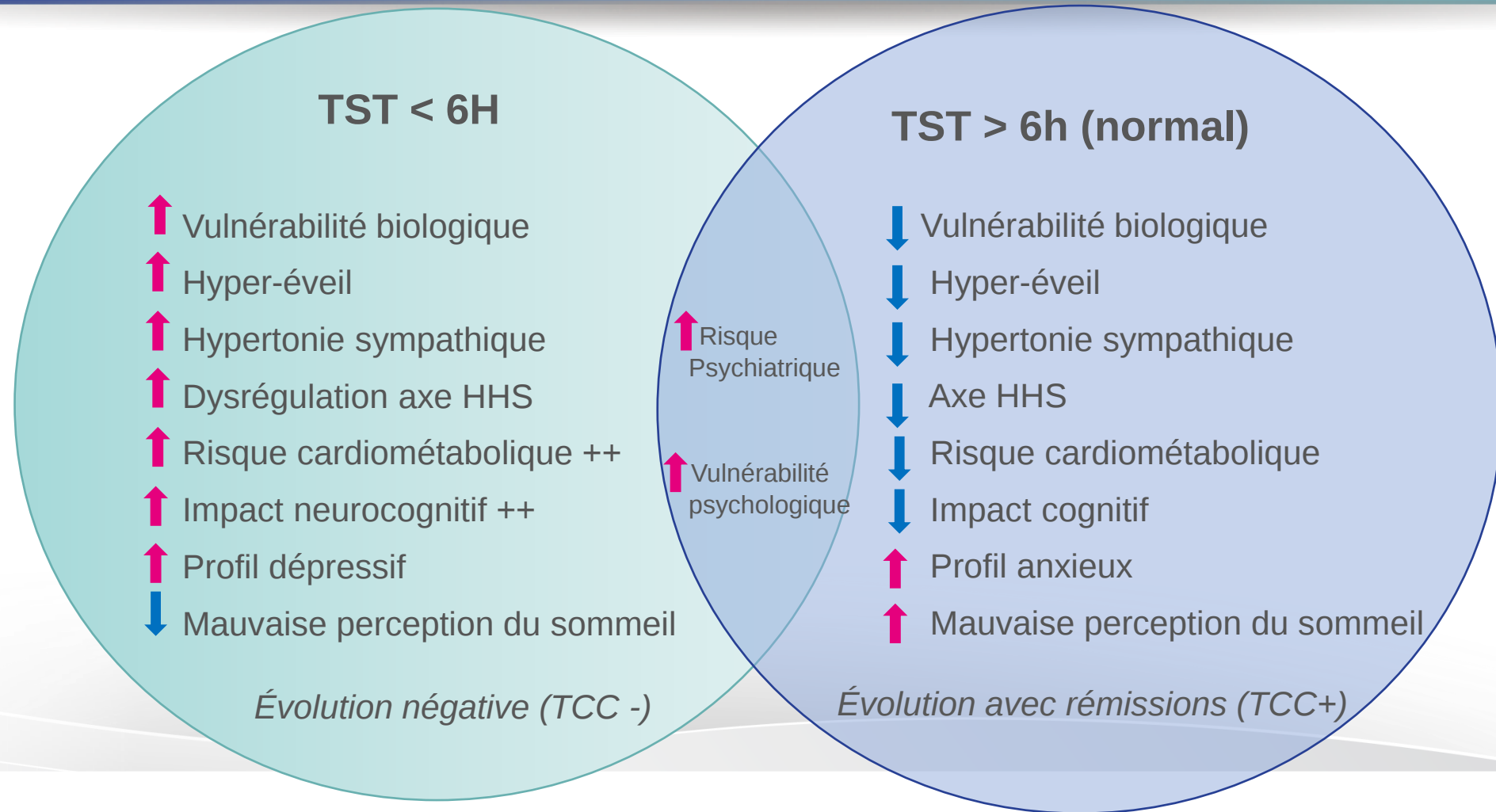
Insomnie liée à une maladie somatique

- **Douleurs chroniques** : fibromyalgie, arthropathies, hernies discales
- **Troubles hormonaux** : hyperthyroïdie, hypercortisolémie
- **Maladies cardiovasculaires** : arythmies nocturnes, HTA
- **Maladies métaboliques** : diabète
- **Problèmes urinaires** : hyperplasie bénigne de la prostate

Insomnie iatrogène / toxique

- Corticoïdes¹⁻³
- Molécules éveillantes^{3,4}
- Opioides³
- Bêtabloquants²
- Antidépresseurs stimulants^{2,3}
- Antiépileptiques⁴
- Antiparkinsoniens⁴
- Diurétiques⁵
- Hormones thyroïdiennes^{1,3}
- Alcool, nicotine, caféine, cocaïne, amphétamine, cannabis^{1,3,4}

Insomnie avec TST court / TST normal



Paramètres liés au sommeil et mesurés en polysomnographie

La polysomnographie nocturne est **l'examen le plus complet pour** évaluer les troubles du sommeil

Temps total de sommeil

Latence d'endormissement

Efficiencia (continuité)

Eveil intra-sommeil

% sommeil lent profond

% sommeil paradoxal (*rapid eye movement*)

Index de microéveils



5. Diagnostics différentiels



Diagnostics différentiels

- **SAHOS** : fragmentation liée aux évènements respiratoires ; amélioration sous PPC
- **Syndrome des mouvements périodiques** : fragmentation liée aux mouvements périodiques ; amélioration sous AD ou alpha2 delta ligands
- **Retard de phase** : décalage sans discontinuité, avec TST correct au libre cours. Amélioration sous mélatonine
- **Avance de phase** : amélioration avec ajustement horaires
- **Facteurs environnementaux**
- **Insuffisance de sommeil**

Points clés à retenir

L'insomnie est la **plainte subjective d'une mauvaise qualité et quantité de sommeil et de l'éveil**

Certaines **conditions physiologiques, circonstances environnementales, comorbidités et médicaments** en augmentent le **risque**

La plainte doit être **intégrée** dans le **contexte individuel** du patient

L'insomnie chronique est une **pathologie à part entière** qui nécessite **une prise en charge adaptée**

PARTIE IV : PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE





1. Règles hygiéno-diététiques du sommeil



Les définitions

Définitions

Somnolence

- En médecine du sommeil, **se définit par l'envie de dormir, associée à des signes** tels que le bâillement, les yeux qui piquent, l'envie de s'allonger, la baisse du tonus musculaire, des frissons
- Peut disparaître après une période de sommeil

Fatigue

- **Se définit plus précisément par une sensation d'avoir les "batteries à plat"**
- **Disparaît**
 - **Après une période de repos**, sans nécessairement exiger une période de sommeil
 - **Après un changement d'activité**, souvent en lien avec une activité répétitive ou une charge de travail intense

Impression de sommeil réparateur

- C'est la sensation **de se lever "en forme"**

Quels sont les besoins de sommeil ?

- **Difficile d'évaluer** à l'échelle individuelle des **besoins de sommeil précis** (même si la plupart des Français dorment en moyenne entre 6h et 9h par nuit)
- Une personne ne **souffrant pas de somnolence diurne** a de grandes chances d'avoir une **bonne qualité et une bonne quantité de sommeil**
- **L'activité physique, l'âge, le sexe, les problèmes de santé** peuvent entraîner des **besoins de sommeil très différents**
- **Les besoins de sommeil augmentent** au fur et à mesure de **l'éloignement de la dernière période de sommeil** (nuit ou sieste)



EN PRATIQUE

Un **sommeil continu** avec un endormissement et un réveil réguliers **favorise une bonne qualité de sommeil et une impression de sommeil réparateur**

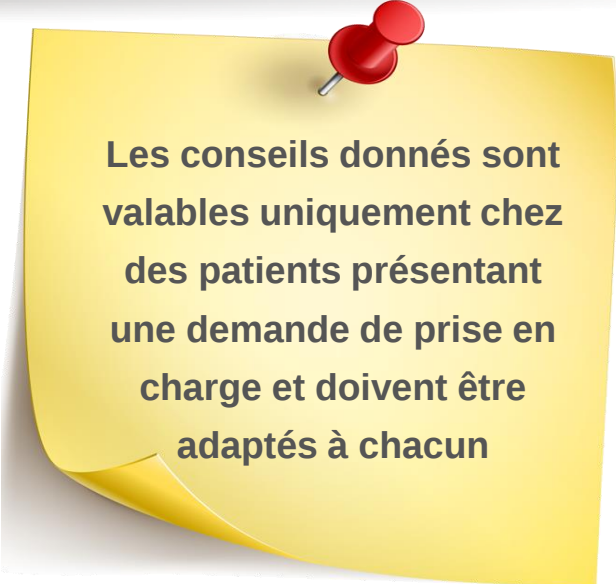
Les conseils pour un bon sommeil (1/6)

Les horaires & la régularité

- Il est conseillé de se coucher lorsque la **somnolence ressentie est très importante**. Vouloir dormir sans en ressentir le besoin est illusoire
- Des **réveils à des horaires réguliers** favorisent un réveil avec une impression de sommeil réparateur

La sieste

- **Conseillée en début d'après-midi** si la personne en ressent le besoin, il **n'est pas nécessaire de se forcer** à dormir en journée
- Important d'apprendre à se connaître et de tester la durée nécessaire pour se sentir "rafraîchi"
- La plupart du temps, les **siestes de 20 minutes sont favorables** à une bonne récupération. Au-delà de 30 minutes, une personne aura plus de chance de faire du sommeil profond, avec comme conséquences un réveil plus difficile et des risques plus importants d'insomnie la nuit suivante



Les conseils donnés sont valables uniquement chez des patients présentant une demande de prise en charge et doivent être adaptés à chacun

Les conseils pour un bon sommeil (2/6)

Les conditions du coucher

- Création d'un **environnement calme et propice au sommeil** en utilisant des **rideaux occultants**, des **bouchons d'oreilles** ou un **masque** pour les yeux si nécessaire
- Une chambre avec une **température fraîche** (conseillée 18-20°C) favorise l'endormissement. Au contraire, les températures élevées bloquent un endormissement facile
- Une chambre **bien ventilée**
- Une **luminosité faible** est favorable à un endormissement facile
- Les **écrans doivent être coupés** au moins 1h30 avant le coucher
- Il est conseillé de **ne pas faire rentrer les animaux domestiques** dans la chambre car peuvent entraîner des difficultés d'endormissement ou des réveils

Les rituels

- Comme chez les enfants, les rituels permettent de "**conditionner**" un endormissement facile
- Se mettre en pyjama, lavage des dents, temps calme, lecture, sont tout autant de rituels qui peuvent favoriser un bon sommeil

Les conseils pour un bon sommeil (3/6)

L'activité physique

- **Importante en journée** pour trouver un bon sommeil. Il n'est pas obligatoire de faire du "sport", mais plutôt de lutter contre la sédentarité. Plus la quantité d'activité physique faite en journée est importante, plus la pression du sommeil sera forte la nuit. Les effets bénéfiques sur le sommeil apparaissent dès **la première minute de pratique**. La marche est propice à la réflexion et améliore le lien émotions - sommeil
- **Toute activité physique est bonne pour un bon sommeil**. Il est important de garder la **notion de plaisir** et de croissance progressive
 - ✓ La pratique d'une **activité le matin** favorise la synchronisation de notre rythme de sommeil
 - ✓ Une activité physique le soir n'est pas interdite, il est simplement nécessaire de comprendre que 2 à 3 heures sont nécessaires à une redescende en température du corps, et donc à l'endormissement
 - ✓ Toutes les activités d'endurance, de renforcement, d'équilibre, sont à pratiquer
- Pour les personnes qui luttent contre le sommeil le soir, devant la télévision notamment, il peut être intéressant **d'envisager une activité douce**, pour faire disparaître la somnolence jusqu'au moment du coucher

Les conseils pour un bon sommeil (4/6)

Alimentation

- Il est important **d'écouter son corps pour avoir une bonne alimentation** en lien avec un bon sommeil

Écouter ses sensations alimentaires (la faim, le rassasiement) est primordial. Cette écoute permet de manger la bonne quantité. En effet, manger des repas hyperphagiques (plus que ce que notre corps nous demande) entraîne des difficultés d'endormissement et un mauvais sommeil. Au contraire, manger trop peu peut créer des réveils la nuit causés par la sensation de faim

- ✓ Au-delà de manger équilibré, il est important d'écouter les "appétits spécifiques". Ce sont ces envies qui permettent d'adapter l'alimentation aux besoins corporels

- **Maintenir des horaires réguliers de repas** favorise un bon endormissement. Il va être conseillé de manger à la bonne heure, ni trop tôt (entraînant l'apparition de la faim dans la nuit) ni trop tard (entraînant des difficultés de digestion au coucher). Il est conseillé de tester plusieurs fois des horaires différents afin de trouver son propre horaire. **Une durée de 3h minimum entre le dernier repas et le coucher est conseillée**

Les conseils pour un bon sommeil (5/6)

Les excitants

- La plupart des **boissons excitantes** (thé, café, etc.) **font disparaître la somnolence et décalent l'heure de l'endormissement**. La demi-vie du café étant de 6 heures environ (4h à 12h), il est conseillé de **ne pas en consommer après 10h, 12h ou 14h** selon les individus
- La **quantité de consommation influence fortement le sommeil**. Il est conseillé de boire la plus petite quantité de café et d'excitants possible pour favoriser le sommeil
- Le **tabac** (nicotine) **altère la qualité du sommeil**. il est conseillé de contrôler sa consommation afin de favoriser un bon sommeil

Hydratation en eau

- Comme la faim, la **soif doit être écoutée pour adapter sa consommation en eau**, même s'il est conseillé de boire au moins 1,5 L d'eau par jour. Trop boire entraîne des envies d'uriner dans la nuit et donc des réveils. Une trop petite quantité peut au contraire faire apparaître une bouche sèche accompagnée de soif au cours de la nuit

Alcool

- Il **n'est pas conseillé de boire de l'alcool afin de favoriser une bonne nuit**. Les effets néfastes de l'alcool sur le sommeil apparaissent dès le premier verre. L'alcool entraîne une diminution de la qualité du sommeil, des réveils de nuit, une impression de sommeil non réparateur

Les conseils pour un bon sommeil (6/6)

Gestion des émotions

- **Nos émotions** sont connues pour **altérer notre facilité à s'endormir**. Tristesse, colère, peur, insécurité, représentent des sensations désagréables pouvant altérer notre qualité de sommeil
- **Nos pensées** (le petit vélo dans la tête) **altèrent également notre capacité d'endormissement**. Penser au passé (notre journée, des souvenirs...) ou au futur (la journée qui nous attend...) peuvent entraîner une anxiété d'endormissement
- Un **accompagnement psychologique** peut être envisagé si les pensées sont obsédantes et altèrent trop la capacité d'endormissement
- Il est conseillé d'adopter **un style de vie plus calme** et de nombreuses techniques permettent de “mettre le cerveau au repos” : méditation, pleine conscience, respiration, sophrologie, hypnose, autohypnose...

Points clés à retenir

Un bon sommeil est un sommeil **réparateur, continu**, avec des **horaires globalement réguliers**. Les conditions du coucher sont importantes

L'activité physique régulière est un composant essentiel d'un bon sommeil

Une **bonne gestion de l'alimentation**, des **boissons**, et la **limitation de la consommation d'excitants** sont nécessaires à un **bon sommeil**

Les émotions sont à la base du mode de vie et y occupent une place essentielle



2. TCC de l'insomnie



Les insomnies

- **Insomnies sans cause identifiée :**
 - Idiopathique
 - Psychophysiologique
 - Paradoxale
- **Insomnies associées à une autre pathologie ou à une substance :**
 - À une pathologie organique ou psychiatrique
 - À une substance

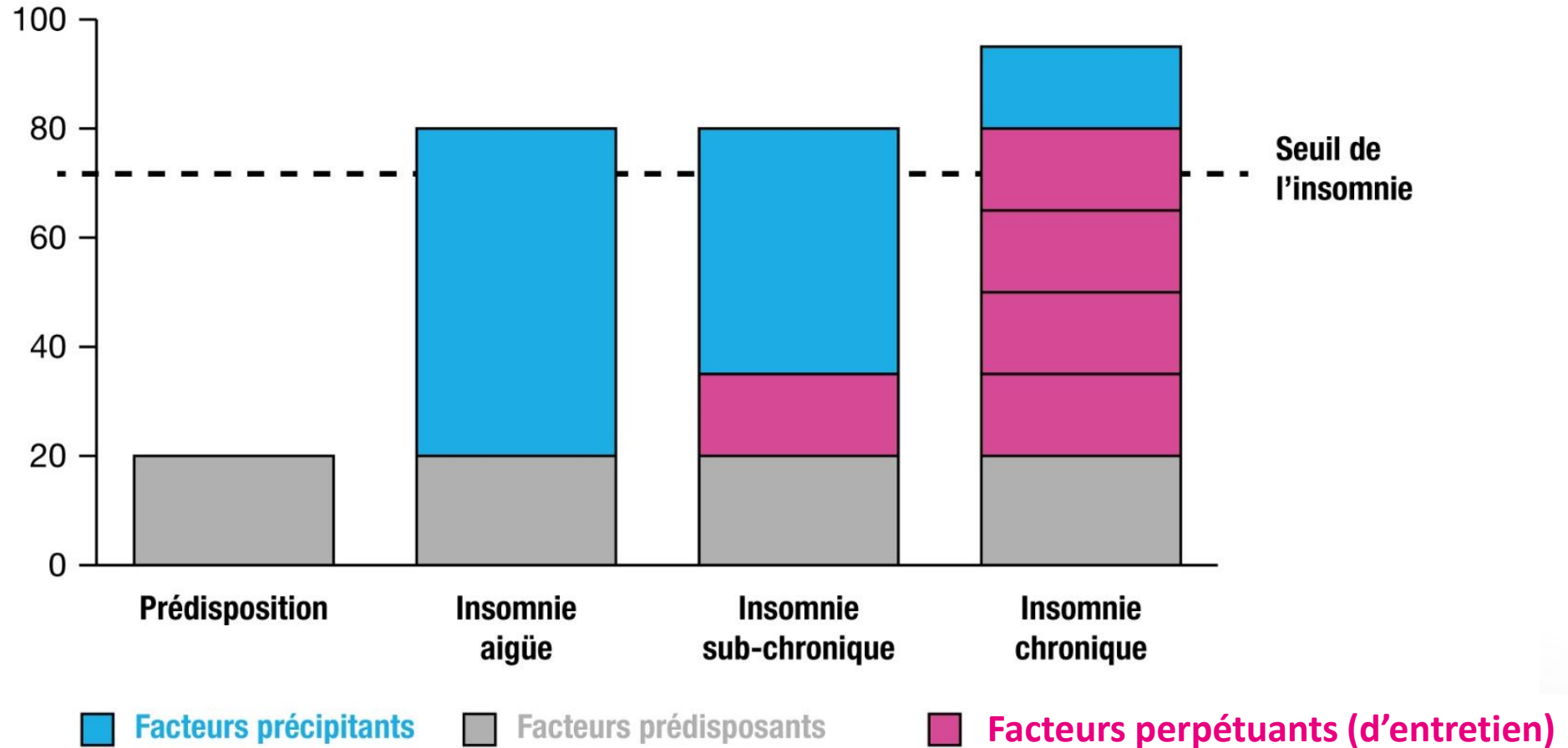


PIÈGES !

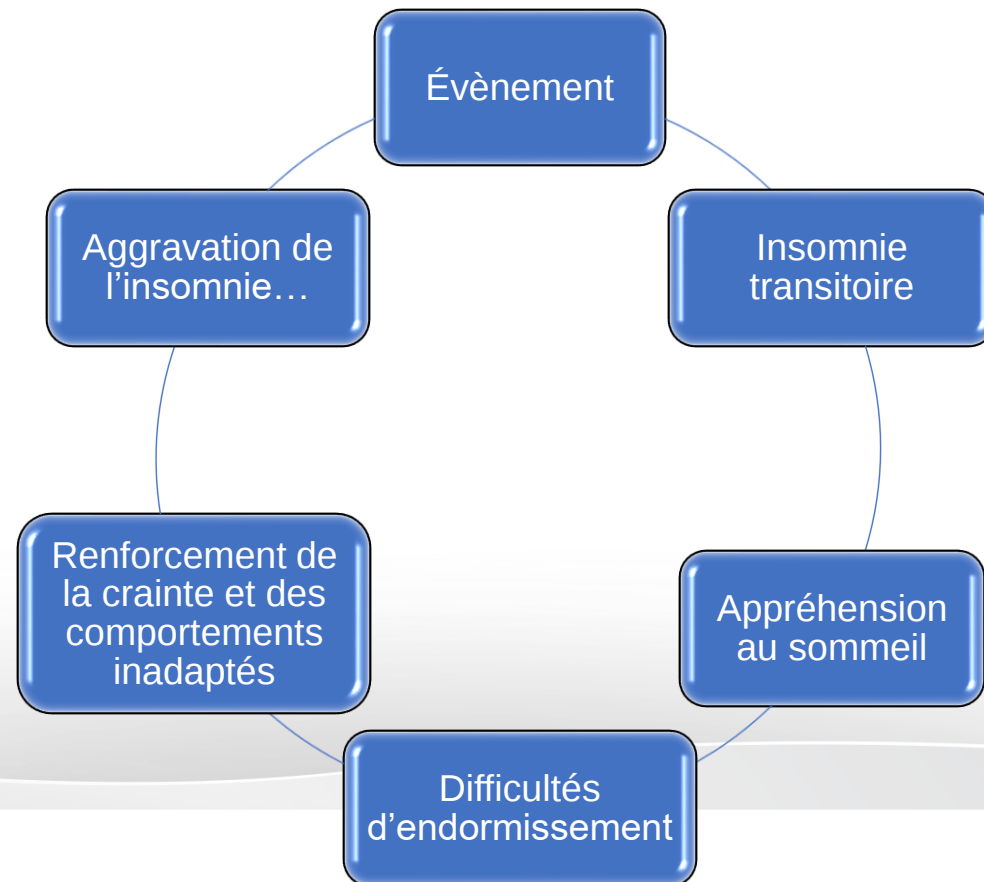
Attention aux :

- Courts/longs dormeurs,
- Typologies circadiennes vespérale/matinale
- Avance ou retard de phase

Évolution de l'Insomnie Psycho-Physiologique : Modèle des 3P



Le cercle vicieux de l'insomnie



Approches comportementales

Agenda du sommeil

Hygiène du sommeil

Contrôle du stimulus

Réduction du temps
passé au lit

Intention paradoxale

Agenda de sommeil

- Permet d'étudier les rythmes de sommeil, les réponses mises en place par le patient, voire d'établir certains diagnostics
- À éviter en cas d'anxiété majeure / perfectionnisme

DATE		HEURES																								APPRECIATIONS			
Nuit	du	au	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	Qualité du sommeil	Forme de la journée
27-28																													
28-29																													
29-30																													
30-31																													
31-01																													
01-02																													
02-03																													
03-04																													
04-05																													
05-06																													
06-07																													
07-08																													
08-09																													
09-10																													

Éveils brefs

Sieste

Éveils prolongés

↑ Heure du lever

↓ Heure du coucher

EN PRATIQUE

- Noter **chaque matin au réveil les heures de coucher et de lever**, les heures de sommeil perçues
- Ne jamais regarder l'heure pendant la nuit !
- Prendre un moment le soir pour **noter sa forme dans la journée +/- les siestes réalisées**

Les conseils d'hygiène du sommeil

- Se lever à **heure régulière**
- Stimuler l'**horloge biologique**
- Augmenter l'**amplitude rythme veille/sommeil** en journée – Luminothérapie
- **Éviter les excitants** l'après-midi
- **Limitier les siestes**
- **Eviter les activités stimulantes** le soir
- Attendre les **signaux de sommeil pour se coucher**
- **Créer un environnement de sommeil favorable**
- Éviter de **regarder l'heure pendant** la nuit

Le contrôle du stimulus

- **Identifier l'insomnie** comme étant causée par un conditionnement secondaire selon le modèle des 3 P
- **Reconditionner l'organisme** au sommeil
 - Chambre → déclencheur de sommeil
- **Se détendre 1h** avant le coucher
- **N'aller au lit que** lorsque les signaux de sommeil sont présents
 - Réserver le lit voire la chambre uniquement au sommeil
- **Se lever** si l'on ne s'endort / rendort pas, se lever tout de suite et toujours à la même heure le matin
- **Ne pas faire** de sieste

La restriction du temps passé au lit

- **Intervention comportementale ultime**
- Mise à contribution de la **pression de sommeil**
- Le besoin de sommeil devient plus fort que l'insomnie
- **Privation de sommeil**
 - Temps au lit volontairement insuffisant, 5 à 7 heures par nuit
 - Temps de sommeil limité volontairement dans l'agenda, en accord avec son médecin
 - Interdiction de dormir en dehors de cette fenêtre

→ **Renforcer l'efficacité de sommeil - au moins 85 %*. Puis élargir prudemment la fenêtre**

* Faire calculer chaque jour l'index d'efficacité de sommeil $[(\text{temps de sommeil estimé} / \text{temps passé au lit}) \times 100]$. Une fois cet index supérieur à 85 % pendant quelques jours, l'heure du coucher peut être avancée si besoin de 15 minutes pour trouver un temps de sommeil plus confortable sans qu'il soit déstructuré, sinon revenir aux horaires précédents.

Intention paradoxale

- Basée sur le **principe de l'ours blanc** (Wegner)
- Se mettre **en situation pour dormir**, et essayer de ne pas s'endormir
- Favorise le sommeil **par relâchement de la pression psychologique** liée au souhait de s'endormir

Approches cognitives (1/3)

- **Identification des pensées dysfonctionnelles**
 - “Il faut que je dorme 10 heures”
 - ”Je ne dors plus du tout”
 - Clinophobie
- **Intérêt de l'échelle des croyances et attitudes (CETS)**
- **Restructuration des schémas identifiés**

Approches cognitives (2/3)

- **Les types de pensées**
 - Mauvaise conception des causes, impuissance acquise (“c'est comme ça”)
 - Amplification des conséquences (“je vais devenir fou”)
 - Anxiété de performance (“je dois dormir 8 heures”)
 - Réponses inadaptées (“je dois rattraper le sommeil perdu”)
 - Dramatisation des nuits (“je ne dors plus du tout”)

Approches cognitives (3/3)

- **Restructuration cognitive**
 - Discuter et remplacer ses pensées
- **Fiches d'auto-observation de Beck** permettant un questionnement socratique
 - Critique des pensées et recherche d'alternatives plus nuancées

TCC de groupe

TCC de l'insomnie efficace en thérapie de groupe ¹

Favorise l'accès à la méthode

Coût global moindre

Rompre le sentiment de solitude de l'insomniaque

Effet synergique de groupe

Thérapie restant focalisée sur le sommeil

Prise en charge intensive (au moins 3 à 4 séances de 90 à 180 min)



3. État des lieux des recommandations médicamenteuses



Contexte

- Malgré les apports de la TCC, **tous les patients ne peuvent pas bénéficier** de cette seule thérapie
- Pourquoi ?
 - **Accessibilité à la TCC** (pas d'accès au personnel qualifié)
 - **Coût** de la TCC
 - **Impossibilité de la mettre en place**
 - **Non-réponse**



EN PRATIQUE

Les **traitements pharmacologiques**, utilisés seuls ou en combinaison avec la TCC, représentent une partie de l'arsenal thérapeutique.

Les recommandations

- **L'insomnie chronique est une pathologie très fréquente, jusqu'à maintenant négligée**
- **Des « recommandations » de prise en charge pharmacologique sont difficiles à établir pour plusieurs raisons :**
 - Les prescriptions « hors AMM » sont habituelles dans la pratique quotidienne
 - Les dernières recommandations de 2017, mises à jour en 2023 sont européennes, ce qui implique une hétérogénéité des médicaments disponibles dans chaque pays
 - Les dernières recommandations françaises de la HAS pour la prise en charge de l'insomnie chronique en médecine générale datent de 2006

Pour rappel : les recommandations HAS 2006

Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale

Recommandations

Décembre 2006

Avec le partenariat méthodologique
et le concours financier de la

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Le prescripteur doit s'appuyer sur la démarche diagnostique suivante :

- **Identifier la nature de la plainte**, en considérant l'ensemble du cycle sommeil-éveil des 24 heures
- **Préciser les facteurs physiques d'environnement, les rythmes de vie et de travail, les habitudes relatives au sommeil, les facteurs d'hyperstimulation, l'existence d'événements déclenchants**
- **Rechercher les symptômes évocateurs de troubles organiques du sommeil associés**, dont apnées, mouvements périodiques des membres, jambes sans repos, en recueillant si besoin l'avis du conjoint.
- **Rechercher une pathologie associée**, aiguë ou chronique
- **Détecter l'usage** de substances perturbant le sommeil
- **Rechercher des croyances, représentations ou pensées parasites** pouvant entraîner des conditionnements mentaux défavorables au sommeil

Que retenir des nouvelles recommandations de 2023 ?

REVIEW ARTICLE

The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann^{1,2} | Colin A. Espie³ | Ellemarije Altena⁴ |
Erna Sif Arnardottir^{5,6} | Chiara Baglioni⁷ | Claudio L. A. Bassetti⁸ |
Celyne Bastien⁹ | Natalija Berzina¹⁰ | Bjørn Bjorvatn¹¹ | Dimitris Dikeos¹² |
Leja Dolenc Groselj¹³ | Jason G. Ellis¹⁴ | Diego Garcia-Borreguero¹⁵ |
Pierre A. Geoffroy¹⁶ | Michaela Gjerstad¹⁷ | Marta Gonçalves¹⁸ |
Elisabeth Hertenstein¹⁹ | Kerstin Hoedlmoser²⁰ | Tuulikki Hion²¹ |
Brigitte Holzinger²² | Karolina Janku²³ | Markus Jansson-Fröjmark^{24,25} |
Heli Järnefelt²⁶ | Susanna Jernelöv^{24,25} | Poul Jørgen Jennum²⁷ |
Samson Khachatryan²⁸ | Lukas Krone^{3,8,19} | Simon D. Kyle³ |
Jaap Lancee²⁹ | Damien Leger³⁰ | Adrian Lupusor³¹ |
Daniel Ruivo Marques^{32,33} | Christoph Nissen³⁴ | Laura Palagini³⁵ |
Tiina Paunio³⁶ | Lampros Perogamvros³⁴ | Dirk Pevernagie³⁷ |
Manuel Schabus²⁰ | Tamar Shochat³⁸ | Andras Szentkiralyi³⁹ |
Eus Van Someren^{40,41} | Annemieke van Straten⁴² | Adam Wichniak⁴³ |
Johan Verbraecken⁴⁴ | Kai Spiegelhalder¹

Niveaux de preuve :

- A : Présence d'une ou de plusieurs études de bonne qualité contrôlées et randomisées
- B : Étude de cohortes de bonne qualité, études cas témoins bien menées
- C : Séries de cas, cohortes ou études cas/témoins de qualité médiocre
- D : Opinion d'expert

REVIEW ARTICLE

The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Quelques généralités

- Dès que l'insomnie se présente, elle doit être traitée (A)
- Si des **comorbidités psychiatriques** sont associées, l'insomnie peut être traitée **indépendamment ou en même temps** que la pathologie psychiatrique (A)

Que retenir des nouvelles recommandations de 2023 ?

REVIEW ARTICLE

The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Les traitements recommandés :

- **En 1^{re} intention** : la **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** doit être proposée à tous les patients (A)
- **En 2^e intention** : un **traitement pharmacologique** peut être proposé **en cas d'échec de TCC** (A)
 - **BZD et apparentés** peuvent être **proposés en cas d'insomnie aiguë** < 4 semaines (A)
 - ❖ Une utilisation > 4 semaines (hors AMM) peut être indiquée dans certains cas, le bénéfice/risque doit être calculé de façon individuelle (B)
 - **Les antidépresseurs sédatifs à faible dose** (hors AMM), à court terme, peuvent être considérés (B)
 - ❖ L'utilisation d'antidépresseur à long terme peut être indiquée, le bénéfice/risque doit être calculé de façon individuelle (B)
 - **Les antagonistes des récepteurs de l'orexine** peuvent être utilisés **en phase aiguë pour une période de 3 mois** (A) ou **en phase chronique** (A)
 - ❖ À long terme, le bénéfice/risque doit être calculé de façon individuelle (A)
 - **La mélatonine LP** est efficace pour les patients > 55 ans **sur une durée jusqu'à 3 mois** (B)

Que retenir des nouvelles recommandations de 2023 ?

Les traitements non recommandés :

- **Les antihistaminiques** ne sont **pas recommandés** car insuffisance de preuves et balance bénéfice /risque insuffisante (A)
- **Les antipsychotiques** ne sont **pas recommandés** car insuffisance de preuves et effets secondaires nombreux (A)
- **La mélatonine LI** n'est **pas recommandée** en l'absence de troubles du rythme circadien (A)
- **La phytothérapie** n'est **pas recommandée** car pas suffisamment de preuves (A)

Que prescrire en cas d'échec de TCC ?

PIEGES A EVITER

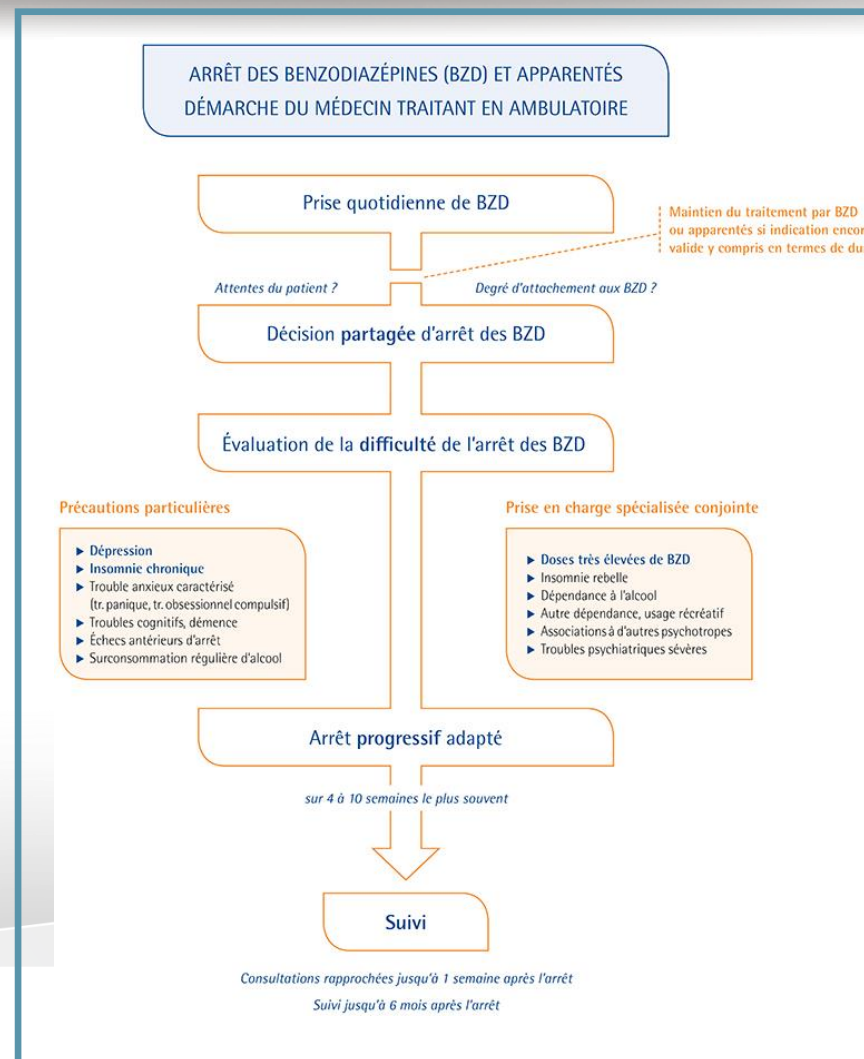
- **Prescrire ou renouveler** un hypnotique de façon systématique
- **Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques**
- **Renouveler une ordonnance sans réévaluer** la situation du patient
- **Méconnaître une dépression** ou un autre trouble psychiatrique
- **Négliger un symptôme évocateur** de syndrome d'apnées du sommeil ou prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire
- **Arrêter brutalement** un traitement hypnotique

Et s'appuyer sur les dernières recommandations européennes...

Sevrage des benzodiazépines et médicaments apparentés dans l'anxiété et insomnie

Fiche Mémo Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015



Sevrage des benzodiazépines et médicaments apparentés dans l'anxiété et insomnie

- L'objectif est de **réduire les prescriptions au long cours** du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable
- Dès l'instauration d'un traitement, il est recommandé **d'expliquer la durée du traitement, les risques**, notamment le risque de dépendance et ses modalités d'arrêt
- **L'arrêt** doit toujours être **progressif**, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois [en cas de traitement chronique]
- Si l'**objectif** de la démarche est l'**arrêt**, l'obtention d'une **diminution de posologie** doit déjà être considérée comme un **résultat favorable**

Sevrage des benzodiazépines et médicaments apparentés dans l'anxiété et insomnie

EN PRATIQUE

Les personnes sont considérées comme en capacité d'entreprendre un arrêt des BZD si :

- **Elles le souhaitent**, sont conciliantes et motivées
- **Elles ont un soutien social** adéquat
- **Elles n'ont pas d'antécédents de complications** à l'arrêt de médicaments
- Elles peuvent être **régulièrement revues**

→ Il est recommandé d'offrir l'assurance au patient qu'il est acteur du processus d'arrêt, en particulier sur le choix du rythme qui lui convient

Points clés à retenir

Deux recommandations dans l'insomnie chronique : les recommandations HAS 2006 et européennes **mises à jour en 2023**.

La TCC est le **traitement de 1^{re} intention** de l'insomnie chronique chez l'adulte et doit être proposée à tous les patients.

En 2^e intention, un traitement pharmacologique peut être proposé en cas d'échec des TCC : BZD et apparentés, antidépresseurs sédatifs à faible dose, antagonistes des récepteurs de l'orexine, mélatonine LP.

Certains traitements pharmacologiques ne sont pas recommandés tels que les antihistaminiques, les antipsychotiques, la mélatonine LI ou encore la phytothérapie.

En cas de sevrage des BZD, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois.



Annexe



Fiche d'enregistrement quotidien des pensées automatiques de Beck

Situation	Emotion(s)	Pensées automatiques	Pensées rationnelles	Résultat
Description de l'événement, la situation, le moment associé à l'émotion désagréable.	Quelles émotions ou sentiments? Évaluez l'intensité des émotions, de 0 (pas du tout) à 10 (le plus fort imaginable)	Quelle pensée automatique a précédé, accompagné ou suivi l'émotion? Évaluez le degré de croyance en cette pensée automatique de 0 à 10.	Quelles pensées rationnelles pouvez-vous produire pour répondre à la pensée automatique? Évaluez le degré de croyance en cette pensée automatique de 0 à 10.	Réévaluez les émotions ressenties et votre degrés de croyance vis-à-vis de la pensée automatique.