

# Insomnie, quoi faire?

Barbara Broers

UDMPR

Colloque SMPR, le 20 juillet 2011

BMJ

BMJ 2011;342:d2899 doi: 10.1136/bmj.d2899

Page 1 of 7

## CLINICAL REVIEW

### The assessment and management of insomnia in primary care

Karen Falloon *PhD candidate*<sup>1</sup>, Bruce Arroll *professor and head of department*<sup>1</sup>, C Raina Elley *associate professor*<sup>1</sup>, Antonio Fernando III *senior lecturer*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, Private Bag 92109, Auckland 1142, New Zealand; <sup>2</sup>Department of Psychological Medicine, University of Auckland

JCSM  
Journal of Clinical  
Sleep Medicine

SPECIAL ARTICLE

### Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults

Sharon Schutte-Rodin, M.D.<sup>1</sup>; Lauren Broch, Ph.D.<sup>2</sup>; Daniel Buysse, M.D.<sup>3</sup>; Cynthia Dorsey, Ph.D.<sup>4</sup>; Michael Sateia, M.D.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Penn Sleep Centers, Philadelphia, PA; <sup>2</sup>Good Samaritan Hospital, Suffern, NY; <sup>3</sup>UPMC Sleep Medicine Center, Pittsburgh, PA; <sup>4</sup>SleepHealth Centers, Bedford, MA; <sup>5</sup>Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon, NH

JCSM 2008, 4 (5); 487-504 <http://www.aasmnet.org/>

## Insomnie

- *“a repeated difficulty with sleep initiation, duration, consolidation, or quality that occurs despite adequate time and opportunity for sleep and results in some form of daytime impairment and lasting for at least one month.”* (American Sleep Disorders Association International Classification of Sleep Disorders coding manual)
- Touche 1/3 de la population générale (UK)
- 10-50% des patients en MPR

## CIM-10 F51 Troubles du sommeil non organiques

### **(F51.0) Insomnie non organique**

(F51.1) Hypersomnie non organique

(F51.2) Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique

(F51.3) Somnambulisme

(F51.4) Terreurs nocturnes

(F51.5) Cauchemars

(F51.8) Autres troubles du sommeil non organiques

(F51.9) Trouble du sommeil non organique, sans précision

## Classification internationale des troubles du sommeil

### **1 Les Insomnies**

2 Troubles du sommeil en relation avec la respiration

2.1 Syndromes d'apnées centrales du sommeil

2.2 Syndromes d'apnées obstructives du sommeil

2.3 Syndromes d'hypoventilation / hypoxie du sommeil

2.4 Autres troubles respiratoires en relation avec la respiration

3 Hypersomnies d'origine centrale

4 Troubles du rythme circadien du sommeil

5 Parasomnie

6 Mouvements en relation avec le sommeil

7 Symptômes isolés

8 Autres troubles du sommeil

*Ref: American Academy of Sleep Medicine*

## Prenez 5' .....

- Mettez vous à deux
- Une personne s' imagine être patient(e) qui vient avec une plainte d'insomnie
- L'autre fera un anamnèse court

## Insomnie: types

- Primaire ou secondaire
- Difficulté d'endormissement
- Difficulté de maintien du sommeil
- Réveil précoce

Type d'insomnie	Durée	Caractéristiques de l'insomnie	Traitements possibles par ordre décroissant voir aussi chapitre correspondant
<b>Insomnie d'ajustement</b>	< 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insomnie aiguë transitoire</li> <li>associée à un facteur stressant (psychologique, environnemental, physique ou psychosocial)</li> <li>elle cesse avec l'éviction du facteur causal ou s'il y a adaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>éviction du facteur responsable si possible</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>traitement cognitif</li> <li>traitement pharmacologique</li> <li>traitement comportemental</li> </ul>
<b>Insomnie psychophysiologique</b>	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>présence d'un conditionnement avec identification d'un facteur s'opposant à l'endormissement ou induisant un état d'hyperéveil : <ul style="list-style-type: none"> <li>angoisse de performance pour le sommeil</li> <li>incapacité à s'endormir à une heure planifiée, mais sans aucune difficulté au cours de situations monotones</li> <li>qualité du sommeil améliorée en dehors de la maison</li> <li>activité mentale exacerbée au lit</li> <li>tension somatique excessive</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>traitement cognitif</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>traitement comportemental</li> <li>traitement pharmacologique</li> <li>relaxation</li> </ul>
<b>Insomnie paradoxale</b>	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insomnie chronique avec quelques nuits normales</li> <li>insomnie très sévère à la lecture de l'agenda du sommeil, absence paradoxale de siestes diurnes</li> <li>dysfonctionnement diurne plus modéré que ne le voudrait l'importance de la privation de sommeil</li> <li>le sujet rapporte un éveil le plus fréquemment induit par des stimuli environnementaux, des pensées intrusives ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>traitement cognitif</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>traitement comportemental</li> </ul>

<b>Insomnie idiopathique</b>	depuis l'enfance	<ul style="list-style-type: none"> <li>début de l'insomnie dans l'enfance</li> <li>absence de facteur causal identifié</li> <li>absence de période de rémission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pharmacothérapie spécifique</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> </ul>
<b>Insomnie secondaire à une maladie mentale</b>	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>pathologie mentale diagnostiquée</li> <li>l'insomnie est un signe précurseur d'une pathologie mentale à venir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>traitement adaptée de la maladie mentale</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>traitement cognitif</li> <li>traitement comportemental</li> </ul>
<b>Insomnie par mauvaise hygiène du sommeil</b>	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>mauvais planning du sommeil : heures du coucher et levers variables, temps passés au lit excessif, siestes ...</li> <li>abus d'alcool, nicotine, caféine, théine ...</li> <li>activités mentales, physiques ou émotionnelles trop proches du coucher</li> <li>utilisation du lit à d'autres fins que le sommeil : tv, lecture, repas ...</li> <li>environnement de chambre à coucher peu propice au sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>traitement cognitif</li> <li>traitement comportemental</li> </ul>
<b>Insomnie secondaire à une drogue ou une substance</b>	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>abus ou dépendance à une drogue favorisant une fragmentation du sommeil (intoxication ou sevrage)</li> <li>médicaments ou aliments favorisant une fragmentation du sommeil</li> <li>insomnie associée à la période d'utilisation, d'intoxication ou de sevrage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sevrage progressif, éviction si possible de la substance</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> </ul>
<b>Insomnie secondaire à une cause médicale</b> voir aussi chapitre correspondant	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>pathologie médicale responsable d'une fragmentation du sommeil</li> <li>pathologie médicale directement responsable de l'insomnie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>traitement optimal de l'affection médicale en cause</li> <li>renforcement de l'hygiène du sommeil</li> <li>pharmacothérapie spécifique à adapter à l'affection médicale</li> </ul>

## Insomnie: facteurs de risque

- Âge
- Femme
- Comorbidité médicale et psychiatrique
- Travail de nuit
- Possible: sans emploi, SES

## Insomnie: anamnèse

### Primary insomnia complaint:

#### Characterization of Complaint(s):

- Difficulty falling asleep
- Awakenings
- Poor or unrefreshing sleep

#### Onset

#### Duration

#### Frequency

#### Severity

#### Course

#### Perpetuating factors

#### Past and current treatments and responses

### Pre-Sleep Conditions:

#### Pre-bedtime activities

#### Bedroom environment

#### Evening physical and mental status

### Sleep-Wake Schedule (average, variability):

#### Bedtime:

#### Time to fall asleep

- Factors prolonging sleep onset

- Factors shortening sleep

#### Awakenings

- number, characterization, duration:

- associated symptoms

- associated behaviors

#### Final awakening versus Time out of bed

#### Amount of sleep obtained

### Nocturnal Symptoms:

#### Respiratory

#### Motor

#### Other medical

#### Behavioral and psychological

### Daytime Activities and Function:

#### Identify sleepiness versus fatigue

#### Napping

#### Work

#### Lifestyle

#### Travel

#### Daytime consequences (see ICSD-2 Criteria- Table 2)

- Quality of Life

- Mood disturbance

- Cognitive dysfunction

- Exacerbation of comorbid conditions

## Insomnie: bilan complémentaire

- Selon anamnèse: investigation de la cause d'une insomnie secondaire
- Agenda du sommeil
- Actimétrie
- (Polysomnographie)

## Agenda du sommeil

RESEAU MORPHEE : AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Appréciation par :  
TB - B - Moy - M - TM

DATE	HEURES												QUANTITE DE SOMMEIL	QUANTITE DE REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES				
Nuit du ... au...	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18					20			
EXEMPLE	↓	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	↑	S	S	M	TM	Moy	

[www.reseau-morphee.com](http://www.reseau-morphee.com)

## Actimétrie

**L'actimétrie**

**L'actimètre** est un petit appareil qui se porte au poignet comme une montre et qui enregistre les mouvements, y compris les mouvements de très faible intensité.

Il contient un capteur qui est une cellule piezo-électrique sensible à l'accélération des mouvements, et un microprocesseur qui permet de stocker les données pendant une durée de quelques jours à plusieurs semaines. Il se porte jour et nuit pendant 8 à 15 jours. Pour éviter les mouvements parasites liés à l'activité on le porte au poignet non-dominant (gauche pour les droitiers).

Il n'est pas résistant à l'eau, il faut donc l'enlever pour prendre la douche ou le bain.

Cet appareil permet de repérer les horaires d'endormissement et de réveils, et d'apprécier l'existence d'éveils en cours de nuit. Il donne une idée sur la qualité de la nuit: nuit tranquille ou agitée.

Dans la journée on voit si le niveau d'activité de la personne est de bonne qualité et s'il existe des siestes ou des moments de baisse d'activité. On peut même calculer les rythmes de la personne enregistrée et vérifier ainsi si ses horloges internes sont bien entraînées sur 24 heures.



## Insomnie: approches non-médicamenteuses

- Hygiène de sommeil
- Stimulus-control
  - Se coucher seulement si fatigué, sortir du lit après 20' d'insomnie, lit pour dormir, pas de siestes
- Relaxation, méditation, mindfulness, biofeedback
- TCC pour insomnie:
  - Travail sur croyances et attentes du sommeil (« je ne peux pas dormir sans médicament »)
  - Combiné avec thérapie comportementale
- Intention paradoxale
- Restriction du sommeil

## Restriction du sommeil

- Se baser sur agenda du sommeil
- Raccourcir pendant 2 semaines la durée totale de temps passé au lit pour améliorer la qualité du sommeil
  - Par ex: si heure de lever à 6 heures, se coucher à minuit au lieu de 22 heures (min 5 heures au lit)
- Adapter temps passé au lit et efficacité du sommeil chaque semaine, en fonction du fatigue et sommeil

## Consultation sommeil HUG



### Les consultations sur l'insomnie

#### La Thérapie Cognitivo-Comportementale

Cette thérapie s'adresse principalement aux sujets qui ne répondent pas à la thérapie médicamenteuse et requiert un investissement important du patient ainsi qu'un encadrement étroit du patient par le médecin tout au long du traitement. Elle vise à apporter au patient des outils qui l'aideront dans sa démarche du sommeil et vise à identifier et abolir les éléments perturbateurs au sommeil dans l'environnement direct du patient. Cette thérapie peut se répartir en différents thèmes tels que :

- ▲ un apprentissage des techniques de **relaxation**
- ▲ un **conditionnement du sommeil** : restreindre son temps passé au lit, se lever tous les jours à la même heure, éviter les siestes, aller au lit le soir se coucher lorsque le sommeil apparaît et non avant.
- ▲ une **thérapie cognitive** afin de renseigner le patient, le rassurer, le corriger sur ses attitudes erronées et le libérer de ses croyances.

## Suivi TCC UDMPR

- Daniel Alhadeff, psychologue UDMPR
  - Priorité aux insomnies en lien avec usage chronique de somnifères
- [daniel.alhadeff@hcuge.ch](mailto:daniel.alhadeff@hcuge.ch)

## Insomnie: traitement médicamenteux

- Traitement de la comorbidité
- Après approches non-médicamenteuses
- De courte durée, évalué régulièrement, 2-3/7 possible
- Choix:
  - Agonistes récepteurs BZD
    - Courte durée d'action
  - Mélatonine (Circadin) ??
- Éviter midazolam, neuroleptiques, barbituriques
- Pas d'efficacité démontrée pour tisanes, etc
- Informer des risques de créer dépendance et effet rebond

# Résumé

## Summary points

Insomnia affects a third of people and is a common cause of consultation in primary care

History is the main diagnostic tool

There are many causes of secondary insomnia, which should be ruled out and treated first

Excessive daytime sleepiness should raise questions about obstructive sleep apnoea

Primary insomnia is diagnosed after excluding other causes of insomnia. It can be treated effectively by sleep hygiene techniques, by restricting time in bed, or with behavioural interventions

Sedatives should be used as a last resort when other approaches have failed because of risks of tolerance and adverse effects