

Insomnie

**Dr phil. Micheline Maire^a; Dr phil. Simone B. Duss^b; PD Dr méd. Heidemarie Gast^b;
Dr méd. et phil. Anelia Dietmann^b; Prof. Dr méd. Christoph Nissen^{b,c}; Prof. Dr méd. Reto Auer, MAS^{a,d};
Prof. Dr méd. Claudio L. Bassetti^b**

^a Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^b Sleep-Wake-Epilepsy-Center, Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Universitäts-spital Bern; ^c Universitätsspital für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern; ^d Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne



L'insomnie est l'une des affections les plus fréquentes au cabinet du médecin de famille. La grande souffrance des personnes touchées et les conséquences sur la santé soulignent la pertinence d'un diagnostic et d'un traitement efficaces. Bien que la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie existe depuis plus de 20 ans et soit supérieure aux hypnotiques en termes d'efficacité à long terme et de sécurité, elle n'est guère prise en compte dans la pratique.

Introduction

L'insomnie se manifeste par des troubles subjectifs relatifs à la qualité ou à la quantité du sommeil, avec des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil ou un réveil précoce. Les patients rapportent en outre des limitations quotidiennes significatives, telles qu'une irritabilité, des troubles de la concentration et une fatigue. Les symptômes persistent malgré une possibilité de dormir et des conditions ambiantes appropriées. A travers le monde, la prévalence de l'insomnie chronique dans la population générale est estimée à env. 6–10%; dans le contexte du cabinet de médecine de famille, la prévalence est bien plus élevée, s'élevant à un tiers des patients [1, 2]. L'enquête suisse sur la santé de 2012 a également révélé que près d'un quart de la population suisse souffre de difficultés d'endormissement, d'un sommeil agité, de réveils multiples ou de réveil matinal précoce [3]. Les femmes et les personnes âgées sont plus souvent touchées, et des comorbidités (majoritairement des dépressions et des troubles anxieux) sont souvent présentes. L'insomnie est également fréquente chez les patients atteints de maladies relevant de la médecine interne ou de la neurologie [4]. La qualité de vie des personnes concernées est fortement altérée, et l'insomnie en soi est également considérée comme un facteur de risque d'obésité, d'hypertension et potentiellement de maladies cardiovasculaires. La privation de sommeil et les troubles du sommeil en général sont en outre associés à des troubles cognitifs [4]. La grande souffrance des personnes concernées ainsi que les conséquences sur la

santé de l'insomnie ne doivent donc pas être sous-estimées et soulignent l'importance d'un bon diagnostic et d'un traitement efficace.

Bien que la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) constitue une option thérapeutique disponible depuis plus de 20 ans et supérieure au traitement médicamenteux en terme d'efficacité à long terme [5, 6], la TCC-I est jusqu'à présent trop peu prise en compte dans la pratique. Dans les lignes directrices européennes et américaines, la TCC-I représente le traitement de choix pour la prise en charge de l'insomnie chronique chez l'adulte. La consommation de substances favorisant le sommeil pourrait être considérablement réduite par une utilisation plus large de la TCC-I. En Suisse, elle n'est toutefois pas encore suffisamment connue et accessible. Une meilleure information des médecins traitants ainsi qu'un bon réseautage entre les spécialistes et les médecins de premier recours sont donc indiqués.

Cet article doit contribuer à la sensibilisation et présenter de façon claire les principaux concepts de la prise en charge de l'insomnie au cabinet de médecine de famille en se basant sur les lignes directrices les plus récentes, notamment sur les lignes directrices de l'«European Sleep Research Society» (ESRS; Société européenne de recherche sur le sommeil), qui ont été publiées récemment [6]. Ces lignes directrices sont basées sur une revue systématique et s'adressent à tous les cliniciens traitant des patients adultes atteints d'insomnie. Dans les lignes qui suivent, nous allons dans un premier temps présenter les concepts actuels concernant le développement de l'insomnie. Nous aborde-



Micheline Maire

rons ensuite les principaux aspects du diagnostic et donnerons finalement un aperçu des preuves et des recommandations pour les différentes options de traitement de l'insomnie.

Le cercle vicieux: facteurs prédisposants, déclencheurs et de maintien

Le modèle de développement et chronicisation de l'insomnie privilégié est le modèle des 3 P (3P model) de Spielman et al. (1987, cf. [1]), qui se base sur le concept de vulnérabilité-diathèse-stress. Il postule une interaction de facteurs *prédisposants*, tels que des facteurs génétiques et relatifs à la personnalité (anxiété, perfectionnisme), avec de facteurs *déclencheurs* environnementaux, psychiques ou physiques (facteurs *précipitants*) et de facteurs de *maintien* (facteurs *perpétuants*), tels qu'un comportement et une pensée dysfonctionnels (fig. 1). L'insomnie aiguë est habituellement déclenchée par des stressseurs psychologiques (par ex. problèmes sur le lieu de travail ou conflits interpersonnels), par des maladies/troubles physiques (par ex. douleurs) ou par des facteurs environnementaux (par ex. bruit). Souvent, le trouble est transitoire et s'améliore dès que l'action aiguë du stressseur disparaît. Un traitement n'est alors pas nécessaire. Toutefois, il n'est pas rare qu'une chronicisation de l'insomnie nécessitant un traitement survienne; c'est le cas chez environ les deux tiers des personnes concernées.

Bien que le déclencheur de l'insomnie ait disparu (par ex. les douleurs ou la maladie aiguë ont été traitées

avec succès ou le conflit sur le lieu de travail a été résolu), les troubles de l'endormissement et/ou du maintien du sommeil ou le réveil matinal précoce persistent. Un exemple parlant et fréquent est celui des femmes dont le sommeil nocturne a été perturbé pendant une longue période car elles s'occupaient de nourrissons/petits enfants et qui, bien que les enfants ne dérangent plus depuis longtemps, souffrent toujours de troubles de maintien du sommeil des années plus tard. Dans ce cas de figure, le trouble s'est autonomisé et des facteurs de maintien nourrissent le cercle vicieux de l'insomnie. Parmi ces facteurs figurent les pensées empêchant le sommeil, avec une attention constamment focalisée sur le sommeil et sur les potentielles répercussions des troubles du sommeil sur l'état pendant la journée, et la peur anticipatoire de ne pas pouvoir dormir cette nuit encore. Ces pensées/peurs s'accompagnent d'une tension physique et psychique accrue («arousal»). Les patients présentent un comportement veille-sommeil dysfonctionnel, par ex. en passant davantage de temps au lit, en tentant de rattraper le sommeil pendant les week-ends et en s'allongeant pendant la journée. Ces comportements réduisent la pression du sommeil et compliquent ainsi l'endormissement ou le maintien du sommeil. Le retrait social ainsi que le fait de se préserver pendant la journée sont également défavorables. Une organisation active de la journée est le meilleur moyen de combattre la fatigue et est fondamentale pour le maintien d'un bon rythme circadien et donc d'un sommeil nocturne profond et continu.

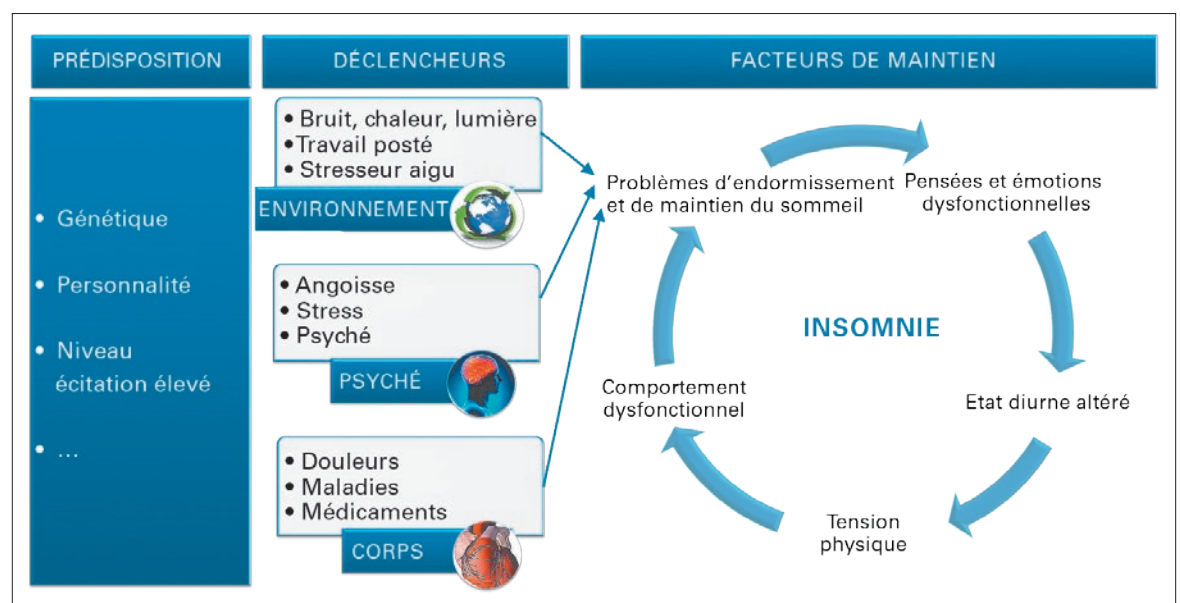


Figure 1: Modèle de survenue et de maintien d'une insomnie. D'après le modèle des 3 P de Spielmann et al. (1987), il est postulé qu'une insomnie survient lorsque des facteurs prédisposants (par ex. traits de personnalité tels que perfectionnisme), des facteurs déclenchants (par ex. un examen imminent en tant que stressseur aigu) et des facteurs de maintien (par ex. longues durées passées au lit, pensées stressantes/dysfonctionnelles concernant l'insomnie ou ses conséquences) se rencontrent.

Les résultats de la recherche actuelle ont permis d'identifier des corrélats somatiques et neuronaux d'un niveau accru d'excitation cognitive, émotionnelle et physiologique («hyperarousal»), correspondant aux facteurs prédisposants et de maintien de l'insomnie [1]. Ainsi, les patients atteints d'insomnie présentent par ex. une plus grande proportion d'ondes cérébrales proches de celles de l'état d'éveil pendant le sommeil non-REM («rapid eye movement») et de multiples «microarousals» pendant le sommeil REM. Pour certains sous-groupes, des facteurs circadiens jouent également un rôle central, par ex. dans le cas des travailleurs postés qui présentent une désynchronisation de l'horloge interne induite par des contraintes externes [1]. Pour résumer, le modèle des 3P de l'insomnie nous fournit une compréhension exhaustive du trouble ainsi qu'un bon modèle de travail pour son diagnostic et son traitement, que nous allons aborder dans les paragraphes suivants.

Diagnostic: symptôme, maladie et comorbidités

Concernant le diagnostic et notamment la catégorisation de l'insomnie, un certain nombre de changements ont été observés ces dernières années. Premièrement, la désignation de l'insomnie en tant que trouble «non-organique» (cf. 10^e édition de la Classification in-

ternationale des maladies, CIM-10) a été de plus en plus critiquée en raison d'indices clairs de corrélations neurobiologiques chez les patients touchés, ce qui a déjà été pris en compte dans la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) ainsi que dans la 3^e édition de la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3) (le tab. 1 résume les principaux critères). En outre, la classification de l'insomnie en une forme primaire et une forme secondaire a récemment été abandonnée car dans la plupart des cas, le traitement du trouble «primaire» ne diminue pas l'insomnie et souvent, l'insomnie précède même les autres troubles ou dure plus longtemps qu'eux. Ainsi, il a par ex. été montré que l'insomnie multiplie par deux le risque de développer une dépression dans les années qui suivent [1]. Ainsi, dans le DSM-5 et l'ICSD-3, on retrouve désormais un diagnostic global pour prendre en compte l'insomnie non pas en tant que conséquence d'un autre facteur de maladie mais en tant que comorbidité. Néanmoins, les troubles insomniacs surviennent également en tant que conséquence d'un grand nombre de maladies relevant de la médecine interne (par ex. hyperthyroïdie), de la neurologie (par ex. syndrome des jambes sans repos [SJSR], démences, maladie de Parkinson) et de la psychiatrie (par ex. troubles anxieux). Ainsi, l'insomnie peut aussi bien être un syndrome indépendant qu'un symptôme. Il convient d'évaluer consciencieusement et individuellement si le traitement du «déclencheur» suffit ou si les facteurs de maintien de l'insomnie jouent déjà un rôle déterminant.

Concernant la durée, la distinction est faite entre insomnie aiguë (<3 mois) et chronique (>3 mois). Dans la CIM-10, il est déjà question de forme chronique à partir d'une durée d'1 mois; il est toutefois conseillé de ne poser le diagnostic d'insomnie chronique qu'à partir de 3 mois [6]. Etant donné que les symptômes de l'insomnie peuvent également persister de façon transitoire pendant plus de 4 semaines, notamment lorsqu'un stressor aigu est présent, ce nouveau critère doit garantir une pose du diagnostic d'insomnie chronique seulement lorsque les symptômes persistent réellement. Une adaptation correspondante concernant la catégorisation conceptuelle et la durée est attendue dans la CIM-11.

De nombreux patients atteints de troubles du sommeil s'adressent spontanément à leur médecin de famille. Toutefois, les patients qui ne mentionnent pas de troubles du sommeil doivent également être régulièrement interrogés quant à la qualité de leur sommeil, car en particulier les patients âgés n'abordent souvent pas ce thème d'eux-mêmes. En outre, certains patients peuvent avoir des réticences à mentionner

Tableau 1: Résumé des critères diagnostiques de l'insomnie selon l'ICSD-3.

Les critères A–F doivent être remplis:	
A	Trouble subjectif de l'endormissement et/ou du maintien du sommeil, réveil précoce du patient.
B	Le patient rapporte l'un des symptômes suivants en raison de son trouble du sommeil:
	- Fatigue/mal-être - Déficits cognitifs, tels que problèmes d'attention, de concentration ou de mémoire - Performances réduites sur le plan familial, social ou professionnel - Mauvaise humeur - Somnolence diurne - Troubles comportementaux, tels qu'hyperactivité, impulsivité ou agressivité - Baisse de motivation/d'énergie/d'entrain/d'initiative - Tendance aux erreurs/accidents - Inquiétudes concernant le sommeil
C	Des possibilités de sommeil insuffisantes (par ex. insuffisance de sommeil en raison d'une trop courte durée passée au lit) et des facteurs environnementaux (par ex. bruit, lumière) n'expliquent pas les problèmes.
D	Les problèmes surviennent au minimum 3x par semaine.
E	Les problèmes persistent durant au minimum 3 mois.
F	Les problèmes de sommeil et diurnes ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble du sommeil, une autre maladie ou la consommation de médicaments/substances.

leurs problèmes de sommeil, car ils pourraient être jugés comme n'étant pas pertinents par le médecin. De plus, de nombreux patients sont convaincus que les somnifères représentent la seule solution mais refusent d'en prendre et ne thématisent donc pas leurs troubles.

Le diagnostic d'insomnie peut dans la plupart des cas déjà être posé après une anamnèse approfondie et un examen corporel. Une anamnèse du sommeil précise

peut permettre d'investiguer le comportement du sommeil dans le même temps. Des examens de laboratoire (tab. 2) devraient être réalisés afin d'exclure les causes relevant de la médecine interne les plus fréquemment responsables de troubles du sommeil. Des examens supplémentaires, tels que la polysomnographie, ne sont indiqués qu'en cas de suspicion de troubles du rythme veille-sommeil associés ou d'insomnie chronique indéterminée réfractaire au traitement.

En cas de SJSR, d'apnée du sommeil ou de troubles du rythme veille-sommeil (par ex. travailleurs postés), l'insomnie est souvent présente en tant que symptôme principal ou de façon associée, en tant que comorbidité. En particulier les troubles respiratoires liés au sommeil peuvent se manifester sous forme d'insomnie: les patients rapportent qu'ils se réveillent plusieurs fois la nuit, habituellement mais pas obligatoirement en cherchant leur souffle avec une détresse respiratoire et des palpitations, et qu'ils ne peuvent plus se rendormir par la suite. Des cauchemars répétés (le patient rêve par ex. qu'il est en train d'étouffer ou de se noyer) peuvent également être évocateurs d'un trouble respiratoire lié au sommeil. Surtout lorsque d'autres facteurs tels que les ronflements ou l'obésité sont présents, une oxymétrie de pouls nocturne ou une évaluation électrophysiologique dans un laboratoire du sommeil peuvent être indiquées pour le diagnostic. Malgré un traitement suffisant des troubles du sommeil mentionnés, des troubles de l'endormissement et de maintien du sommeil parti-

Tableau 2: Prise en charge diagnostique de l'insomnie au cabinet de médecine de famille (modifié d'après [5]).

Diagnostic: A quoi faut-il faire spécifiquement attention?	
Anamnèse	
Anamnèse de médecine interne	Consommation de substances? (médicaments tels que corticostéroïdes, préparations thyroïdiennes ou antidépresseurs stimulants, caféine, alcool, nicotine, autres drogues) Douleurs? Maladies métaboliques (avant tout hyperthyroïdie)?
Anamnèse psychiatrique-psychologique	Maladies psychiques passées et actuelles? (anxiété, dépression) Maladies psychiatriques dans la famille? Facteurs de personnalité? (anxieux, nerveux, tendance à ruminer, perfectionniste) Situation professionnelle / familiale? Conflits interpersonnels?
Anamnèse neurologique	Troubles neurologiques (entre autres douleurs, céphalées) et maladies neurologiques (démence, maladie de Parkinson) passés et actuels? Indices évocateurs du syndrome des jambes sans repos? Maladies neurologiques dans la famille?
Anamnèse du sommeil	Antécédents de troubles/problèmes de sommeil y compris facteurs déclenchants? «Qu'est-ce qui vous tient éveillé?» Habitudes sommeil-veille Horaires de travail, travail posté/de nuit? Hygiène du sommeil Sommeil durant la journée (sieste)? Indices évocateurs d'une apnée du sommeil? (ronflement, arrêts respiratoires durant la nuit?)
Examens	
Examen physique	Etat général et neurologique Oxymétrie de pouls nocturne: en cas de suspicion d'apnée du sommeil
Tests de laboratoire recommandés	TSH Hémoglobine Ferritine + protéine C réactive Vitamine B ₁₂ Valeurs hépatiques
Quand un spécialiste du sommeil doit-il être consulté?	<i>Actigraphie</i> - En cas de suspicion de trouble du rythme circadien (par ex. «delayed sleep phase disorder, non-24 h-rhythm-disorder») <i>Polysomnographie</i> - En cas de suspicion d'autres troubles du sommeil associés (syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, apnée du sommeil) - En cas d'insomnie chronique et réfractaire au traitement d'origine indéterminée

Tableau 3: Principales comorbidités de l'insomnie (modifié d'après [5]).

Psychiatriques	Dépression
	Trouble bipolaire
	Trouble anxieux généralisé
	Trouble panique
	Trouble de stress post-traumatique
	Schizophrénie
Neurologiques	Maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer)
	Sclérose en plaques
	Maladies cérébrovasculaires
	Lésions cérébrales traumatiques
	Syndrome des jambes sans repos
Autres	Douleurs chroniques
	Maladies rhumatismales
	Maladies métaboliques (avant tout diabète sucré)
	Maladies rénales chroniques
	Maladies infectieuses chroniques (par ex. VIH, hépatites)
	Consommation de substances, médicaments

nents avec des répercussions diurnes peuvent persister, et un traitement spécifique de l'insomnie est alors nécessaire.

Les principales comorbidités de l'insomnie sont résumées dans le tableau 3. Une évaluation interdisciplinaire est souvent nécessaire. Il est particulièrement important de déterminer dans chaque cas si l'insomnie est un simple symptôme (plus fréquent en cas de

maladies relevant de la médecine interne que de maladies psychiatriques ou neurologiques) ou si tous les facteurs du modèle des 3P sont réunis et l'insomnie est alors entretenue par des cognitions et un comportement dysfonctionnels. Cette distinction est décisive pour la prise en charge thérapeutique. Il convient de noter que des cognitions dysfonctionnelles et un comportement dysfonctionnel surviennent presque toujours dans une certaine mesure, même si l'insomnie est un symptôme secondaire; cependant, leur sévérité et donc leur signification fonctionnelle déterminent si un traitement séparé est nécessaire.

Traitement de l'insomnie: recommandations actuelles

Le tableau 4 résume les principaux points de la prise en charge thérapeutique de l'insomnie, avec mention des preuves disponibles et des recommandations. En tant que traitement de 1^{er} choix, les lignes directrices recommandent la thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement développée pour l'insomnie (TCC-I). Cette approche manualisée avec plusieurs composantes est mise en œuvre par un professionnel ayant une formation clinique et comporte généralement quatre à huit séances. Les différentes composantes sont la psychoéducation/hygiène du sommeil, les procédés de relaxation, les stratégies comportementales et les stratégies cognitives. Les stratégies comportementales englobent les méthodes visant à accroître la pression du sommeil par limitation du temps passé au lit (restriction du sommeil) et la réassociation du stimulus «lit» avec «sommeil» (contrôle du stimulus); à cet effet, le patient doit uniquement aller au lit lorsqu'il est fatigué/somnolent et se lever lors des phases d'éveil. Les stratégies cognitives englobent l'identification, la remise en question et la modification des idées et pensées dysfonctionnelles relatives au sommeil et aux répercussions diurnes du manque de sommeil. Il a été montré que la TCC-I réduisait à la fois la latence d'endormissement et la durée de veille nocturne, améliorait l'efficacité du sommeil et allongeait la durée totale de sommeil.

Depuis peu, il existe également une offre de TCC-I par internet, qui est certes légèrement inférieure à l'option en face à face (individuelle et en groupe) en termes d'efficacité, mais présente néanmoins une très bonne efficacité, constitue une excellente option en particulier en cas de disponibilité limitée de thérapeutes formés et offre au patient une flexibilité maximale. Les premiers résultats d'une étude conduite par le Centre Sommeil-veille-épilepsie de l'«Inselspital» de Berne et l'Institut de psychologie de l'université de Berne indiquent

Tableau 4: Prise en charge thérapeutique de l'insomnie (modifié d'après [5]).

Approche thérapeutique	Preuves/recommandation
<i>Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)</i>	Traitement de 1 ^{er} choix chez les adultes de tout âge • Très bonnes preuves, effets à long terme stables • Efficacité «en face à face» > TCC-I par internet > livres d'auto-assistance
<i>Pharmacothérapie</i> A envisager uniquement si la TCC-I n'est pas disponible ou si elle est inefficace	Benzodiazépines et agonistes des récepteurs des benzodiazépines (substances Z) • Efficaces pour le traitement de courte durée (≤4 semaines) • Très bonnes preuves pour le traitement de courte durée • Privilégier les préparations à courte demi-vie • Eviter les traitements à long terme (manque de preuves) <i>Préparations possibles avec dose recommandée:</i> Zolpidem: 10 mg/j, femmes¹ et patients >65 ans 5 mg/j Zopiclone: 7,5 mg/j, patients >65 ans 3,75 mg/j Triazolam: 0,125 à max. 0,250 mg/j Témazépam: 10–20 mg, patients âgés 10 mg. Antidépresseurs sédatifs • Efficaces pour le traitement de courte durée • Pas de preuves concernant l'efficacité dans le traitement à long terme • Effets indésirables potentiels <i>Préparations possibles avec dose recommandée:</i> Mirtazapine: 7,5–15 mg/j Trazodone: 12,5–50 mg/j (à libération immédiate) Trimipramine: 5–50 mg/j Doxépine: 5–50 mg/j Antihistaminiques • Non recommandés car efficacité non prouvée – Diphénhydramine • Faibles preuves Antipsychotiques • Non recommandés en raison d'un profil bénéfice-risque défavorable en cas d'insomnie – Chlorprothixène, quétiapine, olanzapine • Effets indésirables considérables • Faibles preuves Mélatonine et agonistes des récepteurs de la mélatonine • Non recommandés, peu efficaces en cas d'insomnie sans trouble du rythme circadien – Mélatonine, agomélatine • Faibles preuves Phytothérapie • Non recommandée car efficacité non prouvée – Valériane, houblon, passiflore, camomille • Faibles preuves
<i>Méthodes thérapeutiques alternatives</i>	Luminothérapie, sport • Potentiellement utiles en complément, faibles preuves • Luminothérapie recommandée en cas d'insomnie avec troubles circadiens et dépression saisonnière Acupuncture, aromathérapie, réflexologie plantaire, méditation, moxibustion, yoga • Non recommandés, faibles preuves

¹ Non mentionné dans le compendium; toutefois, demi-vie plus longue chez les femmes et donc demi-dose recommandée, voir également [7, 8].

en outre que certaines composantes individuelles de la TCC-I, concrètement la restriction du sommeil, proposées par internet sont tout aussi efficaces que le programme entier. Il existe également des livres d'auto-assistance pour l'utilisation de la TCC-I, qui peuvent être efficaces. Par rapport aux médicaments hypnotiques, les inconvénients de la TCC-I incluent avant tout, outre le début d'action retardé, l'investissement temporel et l'adhérence requise des patients.

D'après les lignes directrices, les hypnotiques devraient uniquement être utilisés lorsque la TCC-I n'est pas disponible ou lorsqu'elle est inefficace. L'efficacité des hypnotiques est bien démontrée pour les situations aiguës, mais il convient de privilégier les préparations à courte demi-vie afin d'éviter les effets «hangover» (sensation de gueule de bois; en fonction des préparations, renforcés chez les femmes et/ou les personnes âgées). Si un traitement médicamenteux est incontournable, les substances Z devraient être privilégiées par rapport aux benzodiazépines classiques en raison de leur profil d'effets indésirables plus favorable et de leur plus faible potentiel de dépendance. Les effets indésirables les plus fréquents des hypnotiques sont le développement d'une tolérance, la dépendance, les chutes, la somnolence et une tendance accrue aux accidents. En outre, en cas d'arrêt du traitement, les symptômes d'insomnie réapparaissent le plus souvent au sens d'un effet rebond. Les préparations potentielles

accompagnées de la posologie recommandée sont listées dans le tableau 4. Enfin, le tableau 5 présente la prise en charge thérapeutique possible des comorbidités les plus fréquentes.

Perspectives

Diagnostic: l'anamnèse en tant que composante clé

Le médecin de famille est le premier interlocuteur pour bon nombre de patients souffrant de symptômes d'insomnie. La pose du diagnostic d'insomnie ne requiert en principe pas d'examens fastidieux. Toutefois, dans le cadre du diagnostic, le défi consiste pour le médecin de famille à faire la distinction entre une insomnie en tant que problème de santé à part entière et une insomnie comme simple symptôme. L'approche présentée, qui est recommandée par les lignes directrices, doit faciliter le diagnostic pour le médecin de famille. Interroger le patient non seulement sur la présence d'une insomnie mais également sur les déclencheurs et causes possibles a fait ses preuves: «Qu'est-ce qui vous tient éveillé?». Les réponses concernant l'étiologie sont déterminantes pour le traitement. Il reste encore à déterminer à l'avenir dans quelle mesure un dépistage anamnestique systématique des symptômes d'insomnie chez les patients se présentant au cabinet de médecine de famille est indiqué pour la détection précoce et la prévention de la chronicisation ou pour l'initiation d'une prise en charge adéquate.

Traitement: TCC-I, utilisation des nouveaux médias et nouvelles approches pharmacologiques

L'identification de l'insomnie en tant qu'affection indépendante implique que celle-ci doit être traitée de façon ciblée. En cas d'insomnie comorbide (par ex. dans le cadre d'une dépression) également, l'insomnie doit être traitée au moyen d'interventions spécifiques. Il existe en outre des indices suggérant que la TCC-I peut apporter un soutien lors des tentatives de réduction des hypnotiques et qu'elle devrait être proposée aux patients chez lesquels un sevrage est visé. De grandes études cliniques randomisées démontrant un bénéfice clair font toutefois défaut.

Il faudrait qu'à l'avenir la TCC-I soit proposée en tant qu'option par chaque médecin de famille aux patients souffrant d'insomnie au sens d'un «choix éclairé» et que les recommandations des lignes directrices soient ainsi mises en pratique. Les inconvénients de la TCC-I, notamment l'investissement temporel, le début d'action retardé et l'adhérence nécessaire des patients, devraient également être discutés.

Tableau 5: Prise en charge thérapeutique de l'insomnie en cas de comorbidités (modifié d'après [5]).

Traitement de l'insomnie dans le cadre des principales comorbidités

Evaluer cliniquement s'il faut d'abord traiter l'insomnie ou la comorbidité ou si les deux doivent être traitées simultanément.

Dépression	Légère
	Psychothérapie
	Modérée
	Psychothérapie + éventuellement antidépresseur
	Sévère
	Psychothérapie + antidépresseur; si un antidépresseur non sédatif (par ex. ISRS) est choisi, éventuellement en plus un antidépresseur sédatif (voir ci-dessus)
Troubles anxieux	Psychothérapie + éventuellement ISRS en cas de résistance au traitement; en cas de troubles du sommeil sévères, antidépresseur sédatif (voir ci-dessus) <i>Eviter spécifiquement les benzodiazépines en cas de troubles anxieux en raison du développement d'une dépendance</i>
Troubles circadiens	Luminothérapie, mélatonine
Syndrome des jambes sans repos	Lévodopa, dopaminergiques, gabapentine
Apnée centrale du sommeil	Ventilation auto-asservie / ventilation en pression positive continue
Maladie de Parkinson	Dopaminergiques à libération lente le soir, antipsychotiques atypiques (par ex. quétiapine)
Maladie d'Alzheimer	Antidépresseurs sédatifs à faible dose (par ex. trazodone, mirtazapine) ou neuroleptiques faibles (par ex. pipampérone, melpérone), luminothérapie

Correspondance:
Dr phil. Micheline Maire
Berliner Institut für
Hausarztmedizin (BIHAM)
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
micheline.maire[at]
biham.unibe.ch

Afin d'établir la TCC-I en Suisse, cette modalité doit impérativement gagner en notoriété dans les prochains temps. Un répertoire des centres et prestataires indépendants à l'attention des médecins de premier recours serait souhaitable afin qu'un réseau s'établisse plus activement entre les thérapeutes pratiquant la TCC-I et les médecins de famille. Les médecins de premier recours joueront un rôle de plus en plus central dans le traitement des troubles du sommeil dans les prochaines années. L'accès à la TCC-I devrait également être facilité par l'extension des offres en ligne et l'utilisation des nouveaux médias (par ex. applications) par les spécialistes. De premières offres thérapeutiques suisses ont déjà été ajoutées au catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins. En s'inspirant du modèle américain, il y aurait aussi la possibilité de mettre en place des formations à la TCC-I manualisée afin que

celle-ci puisse être mise en œuvre par les médecins de famille intéressés directement au cabinet.

Les recherches actuelles tentent d'identifier au moyen de biomarqueurs spécifiques différents phénotypes d'insomnie, qui reposent sur des principes étiophysio-pathologiques différents, ce qui pourrait aboutir à l'avenir à des approches thérapeutiques plus ciblées. Des nouveautés s'annoncent également sur le plan pharmacologique. Dans un futur proche, une nouvelle classe d'hypnotiques, les antagonistes des récepteurs de l'hypocrétine/oréxine (par ex. suvorexant), qui sont déjà commercialisés aux États-Unis, sera probablement aussi autorisée en Suisse. D'après les études conduites jusqu'à présent, ces nouveaux hypnotiques ne présentent pas de potentiel de dépendance physique et semblent donc être supérieurs aux autres hypnotiques. Les profils d'effets indésirables sont au demeurant comparables (par ex. somnolence). Concernant les effets à long terme, des études cliniques avec de grandes populations de patients font encore défaut. Toutefois, à l'avenir également, un traitement curatif de l'insomnie chronique passera le plus souvent par une intervention psychothérapeutique, comme la TCC-I.

Le traitement efficace des troubles du sommeil contribue à une meilleure qualité de vie des patients et s'avère pertinent non seulement pour la santé psychique mais également, comme le montrent de plus en plus d'études, pour la santé physique.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalter K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol*. 2015;14:547–58.
- Leger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Hedner J, Investigators ES. Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. *Sleep Med*. 2010;11:987–98.
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.350824.html>.
- Bassetti CL, Ferini-Strambi L, Brown S, et al. Neurology and psychiatry: waking up to opportunities of sleep. State of the art and clinical/research priorities for the next decade. *Eur J Neurol*. 2015;22:1337–54.
- Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, et al. Pharmacologic treatment of insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice. Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165:103–12.
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017.
- FRD Drug Safety Communication, 11. 12. 2017. FDA approves new label changes and dosing for zolpidem products and a recommendation to avoid driving the day after using Ambien CR. <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm352085.htm>.
- Farkas RH, et al. Zolpidem and driving impairment – identifying persons at risk. *N Engl J Med*. 2013;369:689–91.

Références

La liste des références supplémentaires est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08080>.

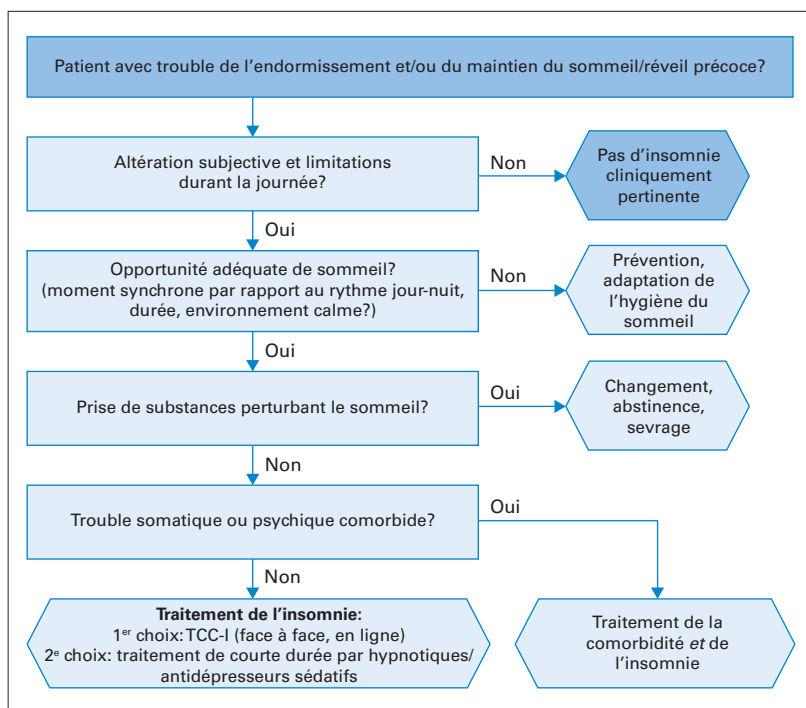


Figure 2: Algorithme pour la prise en charge de l'insomnie (modifié d'après [5]).

L'essentiel pour la pratique

- Interroger activement les patients au sujet de l'insomnie, identifier les déclencheurs aigus et en cas de chronicisation (>3 mois), initier un traitement spécifique, même en présence d'une comorbidité (cf. algorithme de la fig. 2).
- Discuter avec le patient de la TCC-I en tant qu'option thérapeutique et, si possible, éviter le recours aux hypnotiques.
- Si un traitement pharmacologique est nécessaire: privilégier les substances Z à courte demi-vie ou utiliser des antidépresseurs sédatifs, mais réduire le plus possible la durée de traitement (au maximum 4 semaines).