

Prise en charge de l'insomnie : recommandations pour la pratique en médecine générale

Support for insomnia : recommendations for practice in general medicine

M. Hein, P. Hubain, P. Linkowski et G. Loas

Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

En Belgique, les plaintes de mauvais sommeil sont multiples et fréquentes dans la population générale. Parmi ces plaintes, l'une des plus importantes est l'insomnie. La survenue aiguë et le passage à la chronicité de l'insomnie peuvent être expliqués par différents modèles reposant sur des critères génétiques, neurophysiologiques, neuroendocriniens, neuroimmunologiques et de neuroimageries. L'insomnie peut être associée à de nombreuses comorbidités somatiques et psychiatriques. Le diagnostic de l'insomnie est avant tout un diagnostic clinique reposant sur l'anamnèse médicale et l'examen physique. Différents outils peuvent nous aider dans notre démarche, tels que les auto-questionnaires et les agendas de sommeil tandis que les examens complémentaires (polysomnographie et actimétrie) sont à réserver à la recherche de pathologies du sommeil associées et pour les situations peu claires. La prise en charge de l'insomnie peut être non médicamenteuse (exercice physique, luminothérapie, acupuncture, auto-traitement et thérapie cognitivo-comportementale), mais aussi médicamenteuse (benzodiazépines, Z-DRUGS, mélatonine, anti-dépresseurs, médicaments à base de plantes, neuroleptiques et antihistaminiques). Chacune de ses approches présente des avantages et des inconvénients dont il faudra tenir compte lors du choix du traitement. Le but de cette revue est de permettre aux médecins généralistes de mieux comprendre les mécanismes de l'insomnie et de disposer de recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'insomnie.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 235-41

ABSTRACT

In Belgium, poor sleep complaints are numerous and frequent in the general population. Of these complaints, one of the most important is insomnia. Acute onset and chronicity of insomnia can be explained by different models based on genetic criteria, neurophysiological, neuroendocrine, neuroimmunological and neuroimaging. Insomnia can be associated with a lot of somatic and psychiatric comorbidities. The diagnosis of insomnia is primarily a clinical diagnosis based on medical history and physical examination. Different tools can help us in our approach, such as self-questionnaires and sleep diaries while additional tests (polysomnography and actigraphy) should be reserved for research of associated sleep disorders and for unclear situations. The management of insomnia can be non-drug treatment (exercise, light therapy, acupuncture and self-treatment cognitive behavioral therapy) but also drug treatment (benzodiazepine, Z-DRUGS, melatonin, anti-depressants, herbal medicines, neuroleptics and antihistaminics). Each of these approaches has advantages and disadvantages that must be considered when choosing treatment. The aim of this review is to allow general practitioners to better understand the mechanisms of insomnia and to have recommendations for the diagnosis and treatment of insomnia.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 235-41

Key words : insomnia, pathophysiology, diagnostic, treatments

INTRODUCTION

Définition

Les principaux critères diagnostiques de l'insomnie tels que repris dans le DSM V sont les suivants :

- une insatisfaction concernant la qualité ou la durée du sommeil ;
- la difficulté à s'endormir ou à rester endormi ;
- un réveil matinal précoce ;
- des problèmes de fonctionnement marqués (fatigue, baisse d'énergie, humeur irritable et baisse de la concentration) ;
- selon une fréquence d'au moins 3x/semaine ;
- pour une durée d'au moins 3 mois et des difficultés à dormir malgré des conditions de sommeil adéquates.

L'insomnie est définie comme chronique lorsqu'elle dure plus de 3 mois. L'insomnie chronique se divise en 3 catégories :

- insomnie psychophysiologique ;
- insomnie paradoxale ;
- insomnie idiopathique.

Dans le DSM V, la distinction entre l'insomnie primaire et secondaire disparaît au profit du concept d'insomnie comme maladie à part entière avec ou sans maladie concomitante¹.

EPIDEMIOLOGIE

En Belgique, 20 % de la population âgée de plus de 15 ans présentent des plaintes en rapport avec le sommeil (difficultés d'endormissement, plainte de réveils nocturnes et de mauvaise qualité du sommeil).

Les plaintes, plus fréquentes chez les femmes (23 %) que chez les hommes (17 %), évoluent avec l'âge : présentes chez 15 % des sujets jeunes, leur prévalence augmente à 25 % chez le sujet de plus de 75 ans. Cette progression en fonction de l'âge est plus marquée à partir de l'âge de 45 ans².

Facteurs de risque d'insomnie chronique

L'âge plus avancé, le sexe féminin, la présence de pathologies psychiatriques/problèmes psychologiques, une mauvaise condition médicale, un niveau socio-économique faible et le travail à pause sont des éléments à garder à l'esprit chez les patients avec des plaintes du sommeil étant donné qu'ils augmentent le risque de chronicité de l'insomnie³.

Potentielles conséquences de l'insomnie

L'insomnie peut avoir des répercussions importantes sur la vie quotidienne des individus qui en souffrent tels que : un recours plus important aux soins de santé, un taux d'absentéisme plus important, une diminution des performances au travail et une altération de la qualité de vie, des relations sociales, de la

mémoire, des fonctions cognitives ainsi que de l'humeur³.

L'insomnie, comorbidité d'autres troubles

L'insomnie peut être associée à de nombreuses :

- pathologies organiques (hyperthyroïdie, reflux gastro-œsophagien, asthme, bronchite chronique, maladies cardiaques, néoplasies, maladies neurologiques, maladies inflammatoires,...) ;
- pathologies du sommeil (syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, syndrome de mouvements périodiques des membres, narcolepsie, ...) ;
- pathologies psychiatriques (dépression, trouble anxieux, virage maniaque, schizophrénie, ...) ;
- causes iatrogènes et toxiques (corticoïdes, hormones thyroïdiennes, amphétamines, théophylline, hypnotiques en consommation chronique ou en cas d'arrêt brutal, ...)⁴.

Evolution de l'insomnie

L'insomnie se présente comme une pathologie chronique qui, dès son installation, présente peu de chance de rémission spontanée. Ainsi dans la revue systématique de Buscemi *et al.*, le taux de rémission à 4 mois chez des sujets souffrant d'insomnie depuis plus d'un mois est de 13,1 %³.

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INSOMNIE

Hérédité

Les individus avec un antécédent d'insomnie ou une insomnie au décours rapportent de manière plus fréquente une histoire familiale d'insomnie que les individus qui n'ont jamais eu l'expérience de l'insomnie.

Le parent au premier degré le plus souvent identifié avec une insomnie résolue ou active s'avère être la mère suivie de la sœur, puis du père et enfin du frère. Les personnes avec des antécédents familiaux d'insomnie, généralement plus jeunes et de sexe féminin, consultent aussi plus les spécialistes du sommeil que les individus sans histoire familiale d'insomnie. Elles ont également des scores plus élevés aux échelles d'évaluation de l'insomnie, de l'anxiété et de prédisposition à l'hyperéveil⁵.

Théorie de l'hyperéveil

La théorie de l'hyperéveil dans l'insomnie peut être divisée en 3 catégories d'éveils :

- l'hyperéveil somatique ;
- l'hyperéveil cognitif ;
- l'hyperéveil central.

L'hyperéveil somatique est associé à une augmentation du métabolisme de base, de la température corporelle nocturne, du rythme cardiaque nocturne et de l'activité du système corticotrope traduisant une augmentation de l'activité autonome.

L'hyperéveil cognitif correspond à la présence d'une rumination plus importante pendant l'endormissement chez les individus insomniaques.

Et enfin, l'hyperéveil central se caractérise par une augmentation au pet-scan de l'activité cérébrale nocturne et diurne au niveau des régions cérébrales promotrices de l'éveil, par l'augmentation des bandes à hautes fréquences (principalement au niveau de la bande Beta) pendant l'endormissement ainsi que pendant le sommeil et par la réduction des niveaux cérébraux de GABA (principal neurotransmetteur inhibiteur cérébral) à la spectroscopie à résonance nucléaire. Ces différents éléments indiquent un état d'hypervigilance. Cette tendance à l'hyperéveil est présente sur la totalité du cycle circadien chez l'insulaire. Il existe donc de nombreux arguments génétiques, neurophysiologiques, neuroendocriniens, neuroimmunologiques et en neuroimagerie en faveur de la théorie de l'hyperéveil dans l'insomniaire. Cette théorie permet d'expliquer la tendance des insomniaires à avoir des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, des éveils matinaux précoces et des difficultés à faire des siestes en journée⁶.

MODELES DE L'INSOMNIE

Les modèles d'installation de l'insomniaire

Dans le modèle de Spielman, il existe :

- des facteurs prédisposants (caractéristiques biologiques et psychologiques) augmentant le risque de développer l'insomniaire ;
- des facteurs précipitants (facteurs médicaux, psychologiques, environnementaux et événements de vie) déclenchant l'insomniaire aiguë ;
- des facteurs de maintien (augmentation du temps au lit pour essayer de dormir plus, peur d'aller se coucher, crainte excessive des conséquences diurnes, sieste, ...) maintenant et même aggravant les problèmes d'insomniaire⁷.

Dans le modèle de Benoît et Coldenberg, il existe une vulnérabilité au stress chez certains individus. La survenue d'un événement déclenchant entraîne une insomniaire réactionnelle. Cette insomniaire réactionnelle associée à certains comportements et traits de personnalité de ces individus entraîne un hyperéveil cognitif et émotionnel pouvant évoluer vers un hyperéveil permanent. La mise en place de cet hyperéveil permanent aura alors comme conséquence l'installation de l'insomniaire chronique⁸.

Les modèles de maintien de l'insomniaire

Après l'installation de l'insomniaire, se développe alors un cercle vicieux maintenant l'insomniaire chronique en place. L'activation (hyperéveil somatique, hyperéveil cognitif et hyperéveil central) entraîne des perturbations (émotionnelles : trouble de l'humeur, cognitives : altérations des performances et physiologiques : troubles fonctionnels). Ces perturbations ont comme conséquence la mise en place de croyances

(inquiétudes, ruminations, attentes irréalistes et fausses attributions). A partir de ces croyances, se développent des habitudes (temps excessif au lit, horaires irréguliers, siestes et activités incompatibles) qui, à leur tour, aggravent l'activation. Cette boucle se met alors à fonctionner de manière autonome avec pour conséquence le maintien de l'insomniaire chronique⁹.

DIAGNOSTIC DE L'INSOMNIE^{10,11}

Anamnèse médicale et examen physique

Lors de l'anamnèse, il est important de reconstituer l'histoire de l'insomniaire et de la caractériser de la manière la plus précise. Il est nécessaire de déterminer la durée de l'insomniaire (aiguë ou chronique), le type d'insomniaire (difficultés d'endormissement, éveils intra-sommeil, éveils précoces ou combinaison des 3), les conséquences (répercussions fonctionnelles et sociales), les habitudes de vie (heure de coucher, heure de lever, latence d'endormissement, sieste et rythme pendant les périodes de travail ou de repos) et rechercher les signes de pathologies associées (symptôme d'hyperéveil, de troubles psychiatriques, de syndrome des jambes sans repos, de syndrome de mouvements périodiques des membres, troubles du contrôle éveil/sommeil, ronflement, syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil,...). Il faut également investiguer les antécédents personnels et familiaux ainsi que la médication en cours. Enfin, il faut exclure la consommation de drogues ou d'alcool.

Les auto-questionnaires et agenda de sommeil

Les auto-questionnaires sont des outils très utiles dans la prise en charge diagnostique de l'insomniaire. En effet, ils fournissent des informations importantes sur la perception du patient au sujet de ses plaintes d'insomniaire et aident le clinicien dans sa prise en charge. Le *Insomnia Severity Index (ISI)* est composé de 7 questions fournissant un score total (0 à 28) traduisant la gravité de l'insomniaire perçue par le patient¹² tandis que le *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* mesure la qualité du sommeil durant le mois précédent et fournit un score total variant de 0 à 21¹³. L'ISI indique la présence d'une insomniaire lorsque le score est supérieur à 7 et le PSQI lorsqu'il est supérieur à 5. Les agendas de sommeil permettent d'évaluer la latence d'endormissement, l'heure de coucher, l'heure de lever, le nombre d'éveils, la durée des éveils, le temps passé au lit, la durée du sommeil, ... sur plusieurs jours, voire semaines, ce qui permet de préciser des plaintes d'insomniaire. Ces différents outils peuvent également être utilisés pour évaluer la réponse aux différents traitements de l'insomniaire mis en place.

La polysomnographie

La polysomnographie est un monitoring du sommeil se caractérisant par la réalisation d'un électroencéphalogramme, d'un électromyogramme, d'un électro-oculogramme, d'une mesure de la fonction cardiorespiratoire et d'une mesure des mouvements

des membres. Elle ne doit pas être utilisée en première intention dans la mise au point diagnostique des plaintes d'insomnie.

Cependant, la présence de plaintes d'insomnie ne doit pas pour autant exclure le recours à cet examen surtout si des éléments concrets de l'histoire clinique du patient permettent de suspecter la présence d'une autre pathologie du sommeil (syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, narcolepsie, syndrome de mouvements périodiques des membres, parasomnies...). Une diminution de l'efficacité du sommeil, du temps total de sommeil, du sommeil lent profond et du sommeil REM tandis qu'une augmentation de la latence d'endormissement, du nombre d'éveils et de la quantité d'éveil intra-sommeil sont les anomalies polysomnographiques pouvant être retrouvées dans l'insomnie¹⁴.

L'actimétrie

L'actimétrie se présente comme une petite montre se portant au poignet pour des périodes de 15 jours ou plus et enregistrant tous les mouvements dont l'intensité dépasse une valeur seuil. Elle étudie les rythmes veille-sommeil de manière peu invasive. L'actimétrie ne doit pas être utilisée en première intention dans la prise en charge diagnostique de l'insomnie. Cependant, dans l'insomnie, elle peut être utile en complément d'une bonne anamnèse et de calendriers de sommeil bien menés pour étudier la variabilité du sommeil, mesurer l'efficacité du traitement et détecter les altérations des phases de sommeil secondaires à des perturbations du rythme circadien.

PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE

Exercice physique

L'exercice physique permet chez les personnes insomniaques, capables de le réaliser, d'améliorer la latence d'endormissement, la durée totale du sommeil et les plaintes d'insomnie rapportées. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de programme spécifique d'exercice recommandé dans l'insomnie et les études ont été réalisées sur de petits échantillons. De plus amples recherches semblent donc nécessaires par rapport à cette approche thérapeutique de l'insomnie¹⁵.

Luminothérapie

La luminothérapie consiste à exposer le sujet à une lampe diffusant une lumière blanche intense à des moments critiques du rythme circadien (le matin pour l'avancer et le soir pour le retarder). Ce type de prise en charge n'a pas démontré d'efficacité dans le traitement de l'insomnie¹⁶.

Acupuncture

Il n'existe pas de méthode standard au niveau de l'acupuncture pour le traitement de l'insomnie. En effet, il existe de nombreuses techniques décrites

(acupuncture classique, électro-acupuncture, acupuncture par pression classique et magnétique). Actuellement, il n'est pas possible de se prononcer définitivement sur l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge de l'insomnie vu la faible qualité des études existantes. Donc, des études de meilleure qualité doivent être réalisées dans l'avenir afin d'investiguer cette méthode de manière plus adéquate¹⁷.

Auto-traitement

Les auto-traitements de l'insomnie sont basés sur l'utilisation par le patient de livres, de vidéos, de cassettes audio et de sites internet en rapport avec l'insomnie. Ce type d'interventions permettrait d'améliorer l'efficacité du sommeil, la latence d'endormissement, les éveils nocturnes et la qualité du sommeil. Elles permettent également de maintenir sur le long terme ces améliorations. Cependant, les études réalisées sont de faible qualité et nécessitent de plus amples recherches futures¹⁸.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Description des techniques¹⁹

L'hygiène de sommeil correspond à un ensemble de règles de base dont l'objectif est de corriger les facteurs déclenchant ou maintenant l'insomnie (par exemple : avoir des horaires de sommeil régulier, éviter les activités physiques intenses avant le coucher, privilégier l'activité physique en journée, réserver le lit au sommeil et aux activités sexuelles, éviter les siestes en journée, veiller à la bonne aération de la chambre et à une température adéquate de la pièce, éviter nicotine, caféine, théine et les repas copieux avant le coucher).

La restriction de sommeil vise à réduire le temps passé au lit du patient afin de le faire correspondre de manière plus optimale avec la durée de sommeil rapportée par le patient ce qui a pour conséquence d'améliorer l'efficacité de sommeil.

La relaxation permet d'atteindre un état de décontraction mentale et physique en utilisant différentes méthodes (relaxation progressive, entraînement autogène et le biofeedback) ce qui permet de faciliter l'endormissement.

Le contrôle du stimulus vise à mettre fin au conditionnement négatif concernant le lit (le lit étant associé à l'impossibilité de dormir). Le patient, s'il n'arrive pas à dormir après 20 minutes, doit quitter son lit et réaliser une autre activité. Il ne retourne se coucher que lorsque le besoin de dormir se fait sentir à nouveau.

L'approche paradoxale est une technique dans laquelle le patient est encouragé à rester éveillé le plus longtemps possible afin de le délivrer de son anxiété de ne pas pouvoir s'endormir.

La psychoéducation consiste à transmettre le maximum d'informations concernant l'insomnie au patient (nature du trouble, épidémiologie, étiologie, traitements, ...).

Ces différentes méthodes peuvent être utilisées seules mais sont généralement utilisées en combinaison.

Résultats de la TCC dans l'insomnie

La TCC permet une amélioration tant au niveau des plaintes subjectives (difficultés d'endormissement, temps total de sommeil, éveils nocturnes, éveils matinaux précoces, mauvaise efficacité du sommeil, temps passé au lit et temps total d'éveil au cours de la nuit) que des paramètres polysomnographiques (temps total d'éveil au cours de la nuit, éveils nocturnes, éveils matinaux précoces et efficacité du sommeil) à la fin du traitement chez le sujet insomniaque. Au niveau des auto-questionnaires, une diminution des plaintes d'insomnie et de mauvais sommeil est également présente en fin de thérapie. Ces différentes améliorations se maintiennent sur le long terme chez les sujets ayant bénéficié de ce type d'intervention. La TCC ne provoque pas d'effets secondaires indésirables majeurs et présente une bonne efficacité dans le traitement et la prévention de la rechute chez l'insomniaque²⁰.

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Placebo

L'effet placebo peut être très important chez certains sujets insomniaques compte tenu de la présence chez ces derniers de distorsions cognitives concernant le sommeil (inquiétudes, ruminations, attentes irréalistes et fausses attributions). En effet, il a été démontré dans l'insomnie qu'un traitement par placebo permettait une amélioration tant au niveau des plaintes subjectives (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, efficacité du sommeil, sommeil trop court et de mauvaise qualité) qu'au niveau des paramètres objectifs (latence d'endormissement, temps total de sommeil, efficacité du sommeil et éveils nocturnes). Il est donc important de signaler que pour certains patients, le placebo peut être quasiment ou tout aussi efficace que certains traitements²¹.

Benzodiazépines

Les benzodiazépines prescrites sur une courte durée (maximum 8 semaines) dans le cadre de l'insomnie permettent d'augmenter le temps total de sommeil mais pas de diminuer la latence d'endormissement au niveau de la polysomnographie. Cependant, au niveau subjectif, les patients traités par benzodiazépines rapportent une amélioration au niveau des difficultés d'endormissement. Cependant, cet effet positif est contrebalancé par de nombreux effets secondaires : somnolence diurne, émoussement affectif, faiblesse musculaire, vertiges, confusion,

fatigue, diplopie, risque d'abus, risque de dépendance, tolérance, réactions paradoxales (surtout chez le sujet âgé), amnésie antérograde, manifestation d'une dépression passée inaperçue, rebond et symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement. L'utilisation des benzodiazépines nécessite donc une grande prudence et une bonne information du patient²².

Z-DRUGS

Les Z-DRUGS (Zolpidem, ...) sont des molécules apparentées aux benzodiazépines mais possédant des durées de vie plus courtes. L'utilisation de ces molécules sur de courtes périodes (maximum 4 semaines) chez l'insomniaque permet de réduire la latence d'endormissement tant au niveau subjectif que lors de la polysomnographie. Cependant, les Z-DRUGS possèdent les mêmes effets secondaires que les benzodiazépines, doivent donc être utilisées avec la même prudence et après discussion avec le patient²³.

Mélatonine

En Belgique, la mélatonine n'existe que sous forme à libération prolongée et n'est indiquée que dans l'insomnie du sujet âgé de plus de 55 ans. La mélatonine n'a pas d'effet démontré au niveau de la latence d'endormissement, des éveils nocturnes, de la durée du sommeil et de l'efficacité du sommeil que ce soit chez des sujets avec des troubles du sommeil primaires ou secondaires. L'usage de la mélatonine du moins à court terme semble sans danger. Ces différents éléments indiquent plutôt une place limitée de la mélatonine dans la prise en charge de l'insomnie²⁴.

Antidépresseurs

De nombreux antidépresseurs sédatifs (Trazodone, Mirtazapine, Amitriptyline, Miansérine, ...) sont actuellement prescrits chez des patients avec des plaintes d'insomnie. Cette approche peut être adéquate chez des patients où les plaintes d'insomnie reflètent une dépression sous-jacente. Cependant chez les patients sans dépression sous-jacente, leur utilisation est peu étudiée et la balance risque/bénéfice semble être en leur défaveur. En effet, ces molécules peuvent engendrer des effets secondaires très importants (somnolence diurne, tremblements, tachycardie, hypotension orthostatique, troubles digestifs, prise de poids, intoxication mortelle, ...). Néanmoins, il est important de signaler que l'utilisation de la Trazodone chez le sujet insomniaque a été plus étudiée que celle des autres antidépresseurs et semble avoir un effet positif sur la latence d'endormissement et un profil relativement sûr³.

Médicaments à base de plantes

La plante la plus étudiée dans les troubles du sommeil est la valériane. Les préparations à base de valériane disponibles en Belgique ne contiennent normalement pas de substances issues des racines qui sont toxiques. L'usage des extraits de valériane

disponibles en Belgique ne semble pas associé à la survenue d'effets indésirables graves. Cependant, la valériane n'a démontré aucune différence par rapport au placebo dans la prise en charge des patients insomniaques. Cette substance semble donc relativement sûre au niveau de l'utilisation mais n'a qu'une place très limitée dans la prise en charge de l'insomnie²⁵.

Neuroleptiques

L'utilisation des neuroleptiques trouve son intérêt chez les patients atteints de troubles psychotiques avec des plaintes d'insomnie. Chez les sujets insomniaques non psychotiques, les études sur l'utilisation des neuroleptiques sont manquantes. Au vu des très nombreux effets secondaires de ces molécules (symptômes extrapyramidaux, dyskinésie, prise de poids, trouble du rythme, sédation, ...), leur usage n'est pas recommandé dans la prise en charge de l'insomnie²⁶.

Antihistaminiques

En Belgique, le seul antihistaminique ayant une indication dans l'insomnie est la diphenhydramine. Même si l'utilisation d'antihistaminiques semble associée à une amélioration de nombreux paramètres du sommeil (latence d'endormissement, réveils nocturnes, temps total de sommeil et qualité du sommeil), ces résultats ont été obtenus sur de petits échantillons et sur de courtes durées de traitement. De plus, ces molécules ont de nombreux effets secondaires : effets anticholinergiques, somnolence diurne, risque d'abus, réactions extrapyramidales, troubles gastro-intestinaux, dyskinésie, leucopénie et agranulocytose. Ces différents éléments encouragent à la plus grande prudence dans l'utilisation de ces molécules à l'heure actuelle²⁷.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE VERSUS TCC INSOMNIE

La prise en charge médicamenteuse et la TCC insomnie sont aussi efficaces l'une que l'autre dans la prise en charge aiguë de l'insomnie chez les sujets motivés quel que soit leur âge. Cependant, les sujets sont généralement plus satisfaits de la prise en charge non médicamenteuse. Les bénéfices à long terme au niveau de l'amélioration du sommeil sont également plus importants avec la TCC²⁸.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE COMBINÉE À LA TCC INSOMNIE

La combinaison de la TCC insomnie à la thérapie médicamenteuse produit des effets bénéfiques durant la phase aiguë de la prise en charge de l'insomnie. Cependant, les bénéfices obtenus sont préservés de manière plus optimale sur le long terme lorsque la médication est interrompue lors de la phase de maintenance de la TCC insomnie²⁹.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Actuellement, de nouvelles molécules sont étudiées dans la prise en charge de l'insomnie. Par exemple, le Suvorexant qui est un antagoniste des récepteurs à l'Orexine, a reçu l'autorisation de la *Food & Drug Administration* aux USA pour être mis sur le marché dans le cadre du traitement de l'insomnie. Comparé au placebo, le Suvorexant permet une amélioration de la durée de sommeil et une diminution de la latence d'endormissement rapportées par les patients. Au niveau de la polysomnographie, il permet également de réduire la latence d'endormissement et les réveils nocturnes. Il présente un profil relativement sûr malgré la survenue possible de certains effets secondaires : somnolence, rêves anormaux, sédation, fatigue, bouche sèche et insomnie de rebond. Cependant, le nombre d'études étant limité, il est trop tôt pour pouvoir tirer des conclusions définitives et la recherche doit se poursuivre³⁰.

CONCLUSIONS

- 1) L'insomnie est une pathologie chronique très fréquente dans la population.
- 2) Il existe de nombreuses théories et de nombreux modèles pour expliquer la physiopathologie de l'insomnie.
- 3) Le diagnostic est tout d'abord clinique et les examens complémentaires sont à utiliser en 2^e intention en cas d'histoire clinique peu claire ou de suspicion de pathologies associées.
- 4) Il est important de diagnostiquer et de traiter les pathologies somatiques et psychiatriques concomitantes à l'insomnie.
- 5) La TTC insomnie est aussi efficace que la prise en charge médicamenteuse dans la phase aiguë et doit être privilégiée sur le long terme.
- 6) La prescription d'une médication doit se faire après avoir pesé la balance risque/bénéfice pour chaque patient et après discussion approfondie avec celui-ci.
- 7) La durée du traitement médicamenteux doit être courte et bien encadrée.
- 8) En cas de situation peu claire ou trop compliquée à gérer, il faut référer le patient vers un centre spécialisé.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 2013
2. Bayingana K, Demarest S, Gisle L *et al.* : Enquête de Santé par Interview 2004. IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 034, Livre 2, Chapitre III, Santé Mentale
3. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C *et al.* : Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. Evidence Report/Technology Assessment No. 125. (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center, under Contract No. C400000021.) AHRQ Publication No. 05-E021-2. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality. June 2005

4. Leistedt S, Kempenaers C, Linkowski P : Aspects cliniques et neurophysiologiques de l'insomnie psychophysiologique. *Rev Med Brux* 2007 ; 28 : 11-20
5. Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM : Family history of insomnia in a population-based sample. *Sleep* 2007 ; Dec 30 : 1739-45
6. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B *et al.* : The hyperarousal model of insomnia : a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev* 2010 ; 1 : 19-31
7. Spielman AJ, Glovinsky P : The varied nature of insomnia. In PJ Hauri (Ed.). *Case studies in insomnia*. Plenum Press 1991
8. Benoit O, Goldenberg F : *L'insomnie chronique*. Elsevier Masson 2004
9. Morin CM. *Insomnia : Psychological assessment and management*. Guildford Press 1993
10. Chesson Jr A, Hartse K, McDowell Anderson W *et al.* : Practice Parameters for the Evaluation of Chronic Insomnia. *Sleep* 2000 ; 2 : 1-5
11. Littner M, Kushida CA, McDowell Anderson W *et al.* : Practice Parameters for the Role of Actigraphy in the Study of Sleep and Circadian Rhythms : An Update for 2002. *Sleep* 2003 ; 3 : 337-41
12. Bastien CH, Vallières A, Morin CM : Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001 ; 4 : 297-307
13. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ : The Pittsburgh Sleep Quality Index : a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989 ; 2 : 193-213
14. Baglioni C, Regen W, Teghen A *et al.* : Sleep changes in the disorder of insomnia : A meta-analysis of polysomnographic studies. *Sleep Medicine Reviews* 2014 ; 18 : 195-213
15. Montgomery P, Dennis J : Physical exercise for sleep problems in adults aged 60 +. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; 4 : 1-14
16. Montgomery P, Dennis J : Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60 +. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; 2 : 1-13
17. Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V : Acupuncture for insomnia. See comment in PubMed Commons below. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 9 : 1-176
18. van Straten A, Cuijpers P : Self-help therapy for insomnia : A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2009 ; 1 : 61-71
19. CBIP : *Prise en charge de l'insomnie*. Octobre 2010
20. Okajima I, Komada Y, Inoue Y : A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioural therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms* 2011 ; 9 : 24-34
21. Winkler A, Rief W : Effect of Placebo Conditions on Polysomnographic Parameters in Primary Insomnia : A Meta-Analysis. *Sleep* 2015 ; 6 : 925-31
22. M. Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D : Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000 ; 162 : 225-33
23. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN : Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia : meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ* 2012 ; 345 : e8343 : 1-13
24. Buscemi N, Vandermeer B, Pandya R *et al.* : Melatonin for Treatment of sleep Disorders. AHRQ Evidence Report/Technology Assessment Number 108 November 2004
25. Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV : A systematic review of valerian as a sleep aid : Safe but not effective. *Sleep Medicine Reviews* 2007 ; 11 : 209-30
26. NIH State-of-the-Sciences Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. NIH Consensus and NIH State-of-the-Sciences Conference Statements Volume 22, Number 2 June 13-15, 2005
27. Meoli AL, Rosen C, Kristo D *et al.* : Oral Non-prescription Treatment for Insomnia : An Evaluation of Products With Limited Evidence. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2005 ; 1 : 173-87
28. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D : Behavioural and Pharmacological Therapy for Late-Life Insomnia. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1999 ; Vol 281, No.11 : 991-9
29. Morin CM, Vallières A, Guay B *et al.* : Cognitive Behavioural Therapy, Singly and Combined With Medication, for Persistent Insomnia. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2009 ; Vol 301, No. 19 : 2005-15
30. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N : Suvorexant for Primary Insomnia : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *PLOS ONE* 2015 ; 10 (8) : e0136910 : 1-11

Correspondance et tirés à part :

M. HEIN
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil
Route de Lennik 808
1070 Anderlecht
E-mail : matthieu.hein@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 28 mars 2016 ; accepté dans sa version définitive le 14 avril 2016.