

Les troubles du sommeil

Dossier documentaire

Par : Marlon LAMOUREUX, Pascal GUILLET
En Juin 2022

Introduction

Les troubles du sommeil sont en constante augmentation dans le monde occidental :

- 10 % d'insomnie chronique dans la population générale (30 % des Français ont eu une insomnie transitoire);
- 7 à 10 % des Français utilisent des médicaments hypnotiques ;
- plus fréquent chez la femme et le sujet âgé.

Enjeu de santé publique :

- coût socio-économique ;
- augmentation de la morbi-mortalité dans l'insomnie chronique sévère ;
- altération des interactions sociales et professionnelles (absentéisme et perte de productivité).

L'insomnie induit une altération de la qualité de vie comparable à une maladie chronique. Un lien statistique positif existe entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles émotionnels, abus de substances illicites et d'alcool). Les insomniaques auraient un risque accru d'accidents de la route et d'accidents du travail, notamment en raison des effets résiduels des hypnotiques.

Le sommeil normal

Il existe 2 grands états du sommeil,

Sans mouvements oculaires rapides (Non Rapid Eye Movement, NREM):

Ce sommeil lent représente environ 75 à 80% du temps total de sommeil chez l'adulte. La fréquence cardiaque et la température corporelle ont tendance à diminuer. Le sommeil lent (non REM) est constitué de 3 stades (N1 à N3) en fonction de la profondeur du sommeil. Les mouvements oculaires lents, qui caractérisent l'état de veille calme et le début du stade du N1 sommeil, disparaissent dans les stades de sommeil plus profonds. L'activité musculaire diminue également. Le stade 2 du sommeil est caractérisé par des complexes K et des fuseaux de sommeil sur l'EEG. Le stade N3 est désigné par le terme de sommeil profond car le seuil d'éveil est élevé; les sujets le perçoivent comme un sommeil de bonne qualité.

Mouvements oculaires rapides (Rapid Eye Movement, REM):

Le sommeil paradoxal suit chaque cycle de sommeil lent. Il est caractérisé par une activité rapide de bas voltage sur l'EEG et par une atonie musculaire posturale. La fréquence et la profondeur de la respiration fluctuent de manière très importante. La plupart des rêves surviennent pendant le sommeil paradoxal. Normalement, 20 à 25% du sommeil est en sommeil paradoxal.

La progression à travers les 3 stades, typiquement suivie par un bref intervalle de sommeil paradoxal, survient cycliquement 5 à 6 fois chaque nuit. De brèves périodes d'éveil (stade W) se produisent périodiquement.

Les besoins en sommeil sont très différents selon les individus :

Ils varient de 6 à 10 heures/24 heures. Les nourrissons dorment une bonne partie de la journée; avec l'âge, le temps total de sommeil et de sommeil profond tend à se réduire et le sommeil devient plus fractionné.

Chez les personnes âgées, le stade N3 peut disparaître. Ces modifications peuvent augmenter la somnolence diurne excessive et la fatigue avec le vieillissement.

Insomnies

Elle est définie par une difficulté à s'endormir ou à rester endormi, un réveil précoce ou une impression de sommeil non réparateur.

- Insomnie chronique (ou «trouble insomnie») : au moins 3 fois par semaine depuis au moins 3 mois.
- Insomnie aiguë (ou transitoire, ou d'ajustement) si elle dure depuis moins de 3 mois. Le facteur déclenchant (stress, deuil, séparation, douleur...) est identifié.

Elle peut être un trouble, même si elle existe dans le contexte d'autres troubles, ou elle peut être un symptôme d'autres troubles.

Le diagnostic d'insomnie correspond à une plainte subjective, pas à un chiffre objectif de durée ou de latence de sommeil. Cependant, on considère qu'il est anormal de mettre plus de 30 minutes à s'endormir. Une insomnie chronique associée à un temps objectif de sommeil < 6 heures expose à un risque accru de morbi-mortalité cardiovasculaire et de diabète, mais la majorité des insomniaques dorment réellement plus de 6 heures.

Insomnie aiguë d'ajustement

Généralement causée par un événement difficile ou un facteur stressant (deuil, perte d'emploi, détresse de tous types). Ce type d'insomnie dure quelques jours et disparaît en moins de trois mois. Généralement, ce problème se résorbe rapidement à la disparition du traumatisme ou des facteurs en cause. Chez les personnes plus vulnérables, il arrive que l'insomnie persiste et devienne chronique

Insomnie psychophysiologique ou insomnie chronique

La personne souffre tellement de ne pas dormir qu'elle finit par avoir peur de se coucher et de ne pas réussir à s'endormir. Des angoisses de performance pour le sommeil apparaissent (peur de ne pas réussir à s'endormir ou à dormir suffisamment), avec une incapacité à s'endormir à une heure planifiée. Paradoxalement, le sommeil est bien plus facile en dehors de la maison. Des traitements cognitifs et comportementaux offrent de bons résultats

Mauvaise perception du sommeil

« Vraie-fausse » insomnie. La personne est persuadée qu'elle souffre d'insomnie. Il ne s'agit pas de simulation : simplement ces personnes ont une mauvaise capacité à évaluer la qualité de leur sommeil. Des examens polysomnographiques démontrent pourtant que ces personnes dorment de façon tout à fait satisfaisante.

Insomnie idiopathique

Cette affection est rare et se caractérise par une incapacité constante à obtenir une quantité appropriée de sommeil.

Insomnie en relation avec un trouble mental

Mauvaise hygiène de sommeil

Soit que la personne va avoir des activités qui vont encourager l'hypervigilance et donc altérer l'architecture du sommeil (exercices physiques extrêmes avant le coucher, prise de stimulants tels que la caféine, la nicotine, regarder la tv, tablette, jeux en ligne etc.). Soit que la personne ne s'offre pas des comportements et un environnement qui favorisent le sommeil (chambre mal aérée, trop chaude, animaux domestiques qui dérangent; rester trop longtemps au lit, ne pas respecter des horaires de coucher régulier etc...).

Insomnie comportementale de l'enfant

Les enfants peuvent paradoxalement « apprendre » à mal dormir. Les habitudes de sommeil sont inculquées par les parents dans leur façon de proposer à l'enfant quand et comment dormir. Des réponses inadaptées données à leur enfant au moment du coucher ou lorsque celui-ci ne veut pas dormir, peut entraîner une insomnie comportementale

Insomnie due à une drogue ou à une substance

Insomnie en relation avec un trouble médical

L'asthme par exemple, le reflux gastro-œsophagien, l'hyperthyroïdie, etc. C'est en traitant le trouble médical initial que l'on peut soulager la personne des insomnies qui ont sont la conséquence.

Troubles du sommeil en relation avec la respiration

Représente 3-4% de la population. On distingue :

- Le syndromes des des apnées/hypopnées du sommeil (SAHOS) : présence de symptômes nocturnes (ronflement, suffocations, polyurie) et diurnes (surtout somnolence excessive); et IAH (> 5 et <15 : forme légère, > 15 et < 30 : forme modérée, IAH > 30 : forme sévère).
- Le syndromes des apnées du sommeil d'origine centrale : souvent secondaire et nécessite un bilan complémentaire (pneumologique, cardiologique, imagerie cérébrale). Il est rare.
- ainsi que d'autre formes d'apnées moins courantes

L'échelle de somnolence d'Epworth estime la somnolence diurne (normal>10, somnolence>10, Sévère>15).

Hypersomnie d'origine centrale : non reliée à un trouble du rythme circadien, respiratoire ou une autre case de trouble du sommeil nocturne

Narcolepsie (0,05%)

Débutant habituellement à l'adolescence :

une somnolence diurne sévère et irrésistible (accès de sommeil quasi irrépessibles qui surviennent de façon récurrente au cours de la journée, y compris dans des conditions actives (conversation), les accès de sommeil sont souvent brefs (< 30 minutes) et récupérateurs)

Les cataplexies sont pathognomoniques de la narcolepsie (narcolepsie de type 1), mais pas toujours présentes (absentes dans 30 % des cas, dans la narcolepsie de type 2) : c'est un relâchement du tonus musculaire, déclenché par une émotion, le plus souvent positive (fou rire, blague, surprise...) mais parfois négative (colère), bref (quelques secondes à 2 minutes), survenant en pleine conscience, total (affaissement du sujet et chute) ou partiel (chute de la mâchoire, dysarthrie ou déverrouillage des genoux), avec une abolition transitoire des réflexes ostéotendineux,

Autres symptômes : longs éveils nocturnes (30 %), cauchemars (70 %), paralysies du sommeil à l'endormissement (hypnagogiques) ou au réveil (hypnopompiques), très désagréables (50 %) : le sujet allongé ne peut bouger alors qu'il se sent mentalement éveillé, hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques (45–85 %) qui peuvent être visuelles (intrus dans la chambre), auditives (prénom, bruits de pas) ou somesthésiques (frôlement, sortie de corps), prise de poids au début de la maladie.

Hypersomnies

Elles peuvent être : Idiopathique, en relation avec les règles, liée à un syndrome d'insuffisance de sommeil comportemental, lié à la prise de substance ou de drogue ou non organique.

Troubles du rythme circadien du sommeil

Les troubles du rythme circadien veille-sommeil (TRCVS) sont classés en :

TRCV Intrinsèques :

syndrome de retard de phase

Syndrome d'avance de phase

Rythme veille sommeil irréguliers :

rythmes différents de 24 heures

TRCV extrinsèques :

désadaptation au travail en horaires décalés ou de nuit

trouble lié au décalage horaire

troubles du rythme circadien veille-sommeil non spécifié

Syndrome de retard de phase

Etre décalé en soirée : les personnes ne parviennent pas à se coucher tôt, et ont de grande difficulté à se lever le matin tôt. Très présent chez les adolescents, qui ont une horloge biologique plutôt calée en soirée, ce trouble est généralement attribué à une mauvaise hygiène du sommeil, quoi que certaines personnes soient naturellement « du soir ». Le problème réside dans le fait que ce décalage horaire est peu compatible avec la vie sociale diurne (en journée). Par ailleurs, les personnes qui travaillent en soirée auront bien des difficultés à revenir à un rythme diurne si l'obligation survient. La mise en place d'un programme de « recalage » de l'horloge biologique montre de bons résultats.

Syndrome d'avance de phase

Horaire de sommeil anormalement précoce. Les personnes qui en souffrent parviennent difficilement à rester éveillés après 18 à 21 h en soirée. Puis ils se réveillent prématurément entre 2 et 5 h la nuit. Ce désordre affecterait environ 1% de la population adulte d'âge moyen, et le risque d'être atteint augmente avec l'âge. On le rencontre généralement chez les patients plus âgés, bien qu'on ait rapporté des cas de certaines familles dont plusieurs membres souffrent du désordre d'avance de phase de sommeil. Il s'agit alors d'un trouble héréditaire affectant les gènes de l'horloge circadienne.

Rythme veille-sommeil irrégulier

Rare, il est généralement observé dans les populations gériatriques vivant en institution. Le sommeil de ces patients est morcelé en trois épisodes de sommeil ou plus, de courte durée, distribués le jour comme la nuit. Une atteinte fondamentale du fonctionnement de l'horloge biologique est soupçonnée.

Libre-cours

Il s'agit d'un syndrome où l'alternance veille/sommeil n'est plus liée à la période de 24 heures. Très rare chez les voyants, elle est fréquente chez les non-voyants (toucherait environ 50% des aveugles). Chez les personnes qui ne sont pas aveugles, ce trouble apparaît en raison d'un mauvais entraînement du rythme circadien.

Franchissement de fuseaux horaires (jet lag)

Travail posté

On parle ici des travailleurs de soir ou de nuit. Ils combattent le sommeil nocturne et tentent de dormir le jour.

En relation avec un trouble médical

Des lésions cérébrales, par exemple, dues à une infection cérébrale (encephalite), un AVC, un traumatisme crânien ou une démence ...

Par drogue ou substance

Parasomnies

De l'éveil (sommeil lent) :

- **Eveil confusionnel,**
- **Somnambulisme** : Le somnambulisme est un problème assez fréquent, surtout chez les enfants. De 15 à 30 % d'entre eux auront au moins un épisode de somnambulisme pendant leur enfance. Il débute habituellement vers l'âge de 4 ou 5 ans et on estime qu'à 11 ans 7 % des enfants en ont des épisodes fréquents. La prévalence diminue à 3 % chez les jeunes de 13 ans, tandis qu'entre 1 et 2 % des adultes en souffrent.
- **Les terreurs nocturnes.**

Parasomnies habituellement associées au sommeil paradoxal

Paralysie du sommeil isolée récurrente : épisodes durant lesquels la personne est incapable de bouger et se sent paralysée, soit à l'endormissement (paralysie hypnagogique), soit au réveil (paralysie hypnopompique). La personne ne peut bouger ni la tête, ni les membres, ni le tronc mais elle peut bouger les yeux et respirer, et est tout à fait consciente de son état, ce qui rend l'épisode tout à fait effrayant.

Cauchemars : Il est important de noter que certains médicaments prédisposent aux cauchemars, tels que les bêta-bloquants, la L-dopa. Le sevrage aux anti-dépresseurs tricycliques, les IMAO ou les benzodiazépines est réputé pour provoquer des cauchemars.

Sexomnie : reconnue que depuis une quinzaine d'années, mais c'est une réalité. Les sexomniaques sont souvent somnambules à la base, mais des troubles comme l'apnée du sommeil peuvent aussi en être à l'origine. Les crises se déclenchent souvent quand le sujet est fatigué ou a bu de l'alcool. La personne entame une relation sexuelle ou avec son/sa partenaire, parfois sans son consentement, tout en étant parfaitement endormi. De très rares cas de viols ont malheureusement été reportés, souvent avec acquittement : la personne est alors dans une phase somnambule, et donc complètement inconsciente de ses comportements. Un enregistrement du sommeil est nécessaire surtout en cas de plainte pour viol.

Mouvements en relation avec le sommeil :

Le syndrome des jambes sans repos, le syndrome des mouvement périodiques du sommeil, les crampes musculaires en relation avec le sommeil, le bruxisme du sommeil, le mouvements rythmiques du sommeil,

Symptômes isolés, apparemment normaux ou non expliqués

Long dormeur, court dormeur, Ronflement, Somniloquie, Clonies d'endormissement, Myclonies bénignes de l'enfant.

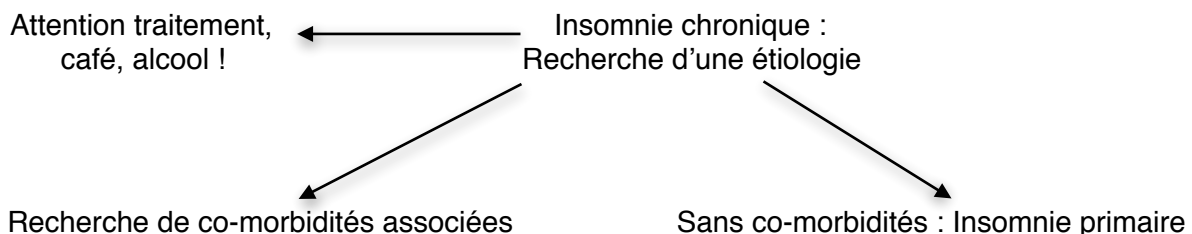
Démarche diagnostique :

Anamnèse et questionnaire

L'agenda du sommeil :

Actimétrie

Enregistrement du sommeil



<p>Trouble Psy Dépression Anxiété</p>	<p>Problèmes médicaux : RGO douleurs Asthme Eczema Troubles endocriniens ou neuro</p>	<p>Pathologies du sommeil associées : SAS Sd jambes sans repos</p>	<p>Environnement : Horaire de travail, stress, bruit</p>	<p>HDM : insomnie psychophysio-physiologique</p>	<p>Agenda Hygiène du sommeil, trouble du rythme veille-sommeil</p>
Mauvaise perception du sommeil					

Traitement

Il faut préciser qu'on ne devrait pas tenter de guérir de ses insomnies, mais plutôt apprendre à en minimiser les impacts. Vouloir à tout prix dormir d'un sommeil normal, voire parfait, et cela toutes les nuits, ne fait qu'aggraver les tensions et préoccupations liées aux insomnies.

L'insomnie chronique est une maladie difficile à traiter, handicapante, alors que les propositions thérapeutiques sont les mêmes depuis plus de 30 ans (peu de progrès médical).

Traitement des comorbidités

Prise en charge d'un trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, trouble anxieux, psychose...) ou médical (syndrome des jambes sans repos, douleurs chroniques...). C'est le traitement le plus important.

Règles d'hygiène du sommeil

Approche éducative sur la connaissance du sommeil visant à corriger les erreurs comportementales pour maintenir une bonne hygiène de sommeil.

Les dix commandements de l'insomniaque

1. Maintenez la plus grande régularité possible dans vos heures de sommeil. Réglez d'abord votre heure de lever et couchez-vous le soir lorsque vous ressentez le besoin de dormir. Même si c'est très tard dans la nuit, les heures de coucher finiront par se régulariser progressivement.
2. Maintenez la plus grande régularité possible dans vos heures d'exposition à la lumière et à la noirceur. Exposez-vous le plus possible à la lumière solaire le jour. Dormez dans le noir et demeurez dans la lumière tamisée la nuit si vous sortez du lit.
3. Détendez-vous mais évitez de faire une sieste si vous ressentez de la fatigue importante au cours de la journée.
4. Évitez d'utiliser de l'alcool ou des drogues pour vous endormir.
5. Quittez votre chambre si vous vous réveillez la nuit et que vous avez du mal à vous rendormir. Détendez-vous dans la lumière tamisée d'une autre pièce jusqu'à ce que vous ressentiez le besoin de vous rendormir. Évitez les activités stimulantes (ménage, travail, courriel, Internet) en pleine nuit.
6. Résistez à tout prix au désir de regarder l'heure la nuit ! Réglez votre réveil pour qu'il sonne à l'heure voulue et régulière de votre levée le matin.
7. Évitez l'utilisation excessive de substances stimulantes au cours de la journée (à moins de prescription médicale).
8. Réservez votre chambre à coucher pour le sommeil (et les activités sexuelles). Bannissez-en le travail, la télévision, le i-pad, les cellulaires et toute autre activité stimulante.
9. Dormez dans un environnement calme, sombre, tempéré et bien ventilé.
10. Planifiez un temps de repos et de loisirs tous les jours, particulièrement en soirée.

Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Approche associant une composante éducative (hygiène de sommeil), comportementale (restriction du temps passé au lit, contrôle du stimulus) et cognitive (psychothérapie cognitive sur l'interprétation de ses troubles par le patient et des conséquences de l'insomnie...), ainsi que des techniques de relaxation. Elle se pratique en groupe, en individuel, en présence ou à distance au moyen de logiciels informatiques (eTCC). C'est le traitement de choix de l'insomnie chronique.

Méthodes de relaxation

Auto-hypnose, cohérence cardiaque, sophrologie, relaxation, yoga, ...

Luminothérapie

Médicaments

Benzodiazépines hypnotiques

Il n'existe pas de benzodiazépine hypnotique idéale réunissant les propriétés suivantes :

- entraîner une induction rapide de sommeil;
- maintenir le sommeil pendant au moins 5 à 7 heures ;
- respecter l'architecture du sommeil;
- ne pas avoir d'effet résiduel (au réveil, pendant la journée) ;
- ne pas induire d'accoutumance ni de tolérance (ECAB) ;
- ne pas induire de syndrome de sevrage ;
- avoir une bonne marge de sécurité;
- ne pas avoir d'interactions médicamenteuses.

Les benzodiazépines hypnotiques posent des problèmes à moyen et à long terme :

- perte d'efficacité objective : surtout nette pour les benzodiazépines de demi-vie courte, moins marquée pour les analogues des benzodiazépines (zolpidem, Stilnox® ; zopiclone, Imovane®) ;
- phénomène de sevrage : effet rebond qui favorise le cercle vicieux, moins marqué pour les benzodiazépines à demi-vie longue et pour les analogues des benzodiazépines ;
- effets indésirables : somnolence diurne (risque d'accident), interaction avec l'alcool, troubles mnésiques, chutes nocturnes et épisodes confuso-oniriques.

Mélatonine

C'est une hormone endogène naturelle dont le principal rôle est de synchroniser le rythme veille-sommeil et les autres rythmes circadiens sur l'alternance nuit/jour. Elle exerce aussi un effet hypnogène direct mais ne doit pas être considérée comme une substance hypnotique. La mélatonine à libération immédiate peut être utilisée pour améliorer l'insomnie d'endormissement. La mélatonine à libération prolongée (Circadin®) peut être utilisée pour améliorer l'insomnie de maintien (éveils intrasommeils).

Antihistaminiques

L'histamine est un neurotransmetteur éveillant issu de l'hypothalamus. Il est intéressant de diminuer l'hyperéveil dans l'insomnie. Seuls les antihistaminiques qui passent la barrière hémato-encéphalique (doxylamine, Dornomyl® ; alimémazine, Théralène®) ont un effet anti-éveil donc hypnogène, au prix d'une sédation diurne liée à leur longue demi-vie.

Recommandations d'usage

Les hypnotiques de type benzodiazépines tels que nitrazépam (Mogadon®), lormétazépam (Noctamide®), estazolam (Nuctalon®) et leurs analogues comme zolpidem (Stilnox®) et zopiclone (Imovane®), qui sont tous deux inscrits en liste I (ordonnance sécurisée de 28 jours) sont indiqués dans le traitement des insomnies aiguës sévères et pour une durée limitée (en général à 28 jours), en association avec la prise en charge des facteurs favorisants et une bonne hygiène du sommeil.

Il faut cependant :

- éviter d'en prescrire après 75 ans (risque de chute et de confusion nocturne) ;
- recommander de ne pas conduire dans les 8 heures après la prise et de ne pas associer hypnotique et alcool;
- informer le patient des manifestations de sevrage et des risques de dépendance ;
- prévoir d'emblée sur la prescription leur décroissance et leur arrêt.

Leur utilisation dans l'insomnie chronique est limitée et doit rester ponctuelle. Environ un tiers des patients souffrant d'insomnie chronique ont une pharmacodépendance aux benzodiazépines hypnotiques : ils peuvent bénéficier d'un essai de sevrage progressif.

D'autres médicaments comme les antidépresseurs (sédatifs, comme la miansérine, l'amitriptyline ou la paroxétine) apportent à petite dose un réel bénéfice à plus long terme dans l'insomnie chronique (surtout si trouble du maintien). Dans un contexte de trouble de l'humeur ou anxieux, le dosage normal doit être utilisé. La mélatonine à libération prolongée (Circadin® 2 mg, non remboursé) a pour indication le traitement de l'insomnie du sujet âgé. La place des traitements médicamenteux est limitée dans les insomnies chroniques dont la prise en charge est essentiellement, si possible, non médicamenteuse.

On retrouve actuellement peu d'information validant la place du Cannabidiol (CBD) dans les troubles du sommeil. La phytothérapie (Aubepine, Camomille...) peut être un substitut utile pour la non ou dé-prescription, en restant vigilant aux surdosages et interactions médicamenteuses éventuelles (Valériane, Passiflore ...).

Bibliographie :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf

<http://www.ebp-guidelines.be/DynamicContent/DownloadFile?url=b3vswlf4.4gr.pdf&filename=WOREL+GPC+Insomnie+FR+10102018.pdf&openInBrowser=false>

https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/troubles-du-sommeil-et-de-la-vigilance/insomnie-et-somnolence-diurne-excessive#v1039433_fr

<https://www.cen-neurologie.fr/fr/print/48>

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593244/document>

https://static1.squarespace.com/static/5b228b21b27e39f258f12ae0/t/6061d865a5fb8c1773a733c8/1617025131027/Brochure+sommeil_29mars2021.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781499/>

<https://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2020/08/Republication-de--Diagnostic-et-comorbidite%CC%81s-des-troubles-du-rythme-veille-sommeil--Elsevier-Enhanced-Reader.pdf>

https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/storch_0.pdf

<https://www.docteurjd.com/2018/05/16/cancer-asco2018-traiter-linsomnie-post-chimiotherapie-sans-medicaments-cest-possible/>

<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>

<https://conseil-scientifique.public.lu/dam-assets/publications/psychotropes/Insomnie-soins-primaires-version-courte-def-mise-en-page.pdf>

<https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/troubles-sommeil>