

Sommeil jeudi d'Unisanté

14.12.2023

Solelhac Geoffroy

Centre d'Investigation et de Recherche sur le Sommeil



Mme N.

Mme N. 45 ans travaille comme cadre dans les ressources humaines.
Vit avec son mari. 2 enfants de 12 et 14 ans.

ATCD : Fracture de la cheville à l'âge de 20 ans.

Poids : 58kg, Taille 1m65.

Plainte depuis environ 14 ans de difficultés d'endormissement mais surtout de réveils nocturnes avec difficultés de ré-endormissement. Malgré une carrière sans problème elle se plaint de difficultés au travail qu'elle met en lien avec l'insomnie et d'une grande fatigue diurne.

A essayé : l'acupuncture, le yoga, la mélatonine et même du zolpidem avec des effets indésirables.

Que demandez-vous à l'anamnèse dirigée?

Diagnostic management : European guideline

1. Medical history and examination (strong recommendation)

- The anamnesis should include caregivers if necessary
- Former and present somatic disorders (including pain)
- Substance use (medication, alcohol, caffeine, nicotine, illegal drugs)
- Physical examination
- Additional measures (if indicated):
laboratory testing including, e.g. blood count, thyroid, hepatic and renal parameters, CRP, haemoglobin, ferritin and vitamin B12
ECG, EEG, CT/MRT
Circadian markers (melatonin, core body temperature)

2. Psychiatric/psychological history (strong recommendation)

- Former and present mental disorders
- Personality factors
- Work and partnership situation
- Interpersonal conflicts

3. Sleep history (strong recommendation)

- History of the sleep disorder, including triggering factors
- Information from bed partner (periodic limb movements during sleep, pauses in breathing)
- Work time/circadian factors (shift- and night-work, phase advance, delay)
- Sleep-wake pattern, including daytime sleep (sleep diary, sleep questionnaires)

Insomnie chronique

≥3 nights per week for ≥3 months.^{1,2,3}



Sleep difficulties include

- Difficulty initiating asleep
- Difficulty maintaining asleep
- Early-morning awakening
- Despite adequate opportunity for sleep



Daytime impairments include clinically significant distress or impairment in

- Social
- Occupational
- Educational
- Academic
- Behavioral
- Other important areas of functioning

La présence d'une altération du fonctionnement diurne est nécessaire au diagnostic d'insomnie (DSM-5 and ICSD-3)¹

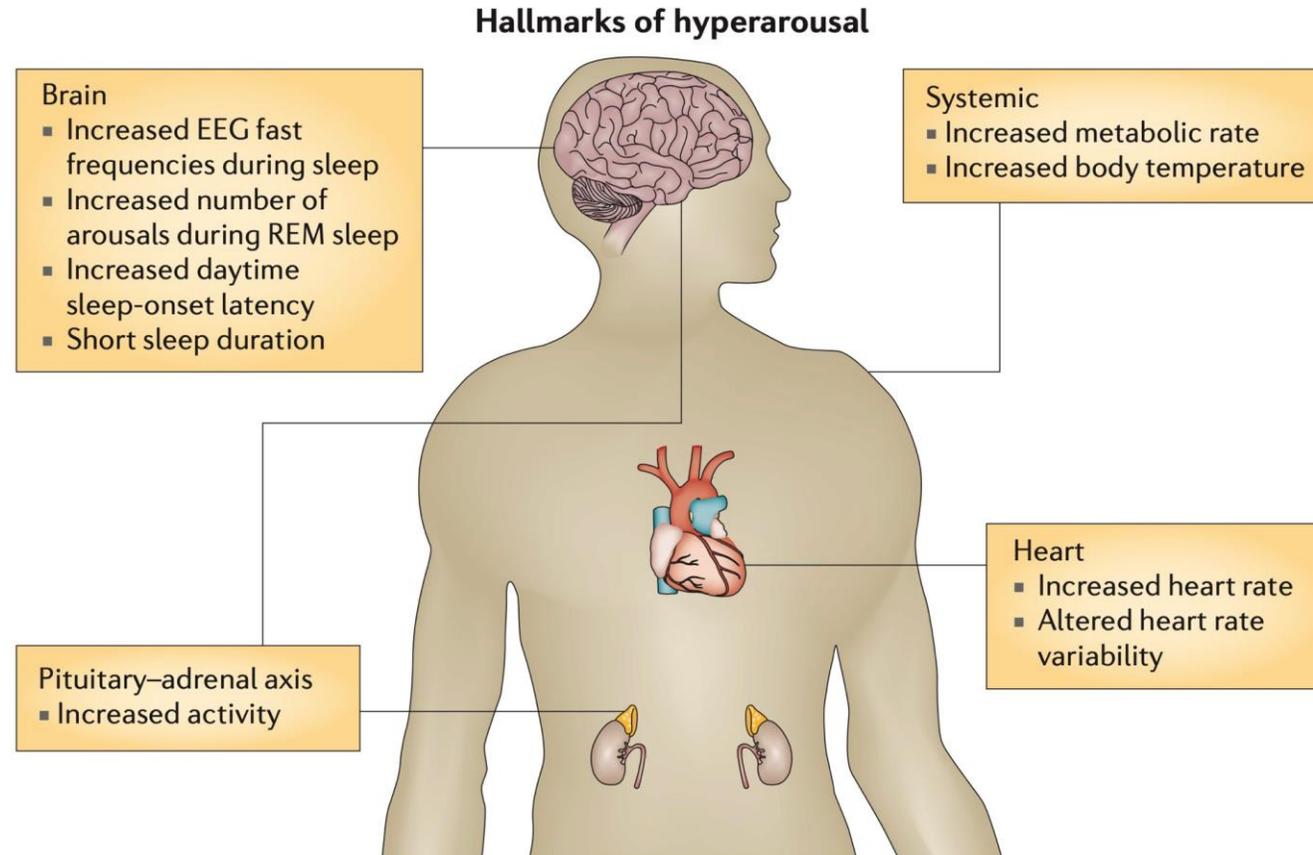
^aInsomnia is not better explained by another sleep-wake disorder, a coexisting mental disorders or medical conditions and is not attributable to the physiological effects of a substance. DSM-5, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013;

2. Sateia MJ. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394.

3. ICSD-3 2014

Hyperéveil physiologique et cortical



Agenda du sommeil

Tous les jours.

Ne pas regarder l'heure

Cases annexes : éléments qui vous semblent importants pour la compréhension du problème de sommeil

Temps total de sommeil **subjectif**

Temps passé au lit

Efficacité du sommeil: $(\text{Temps de sommeil} / \text{temps passé au lit}) \times 100$

Insomnie : Evaluation

Interrogatoire : Heure de coucher / Latence d'endormissement / Eveils nocturnes / Durée de ré-endormissements / l'heure de réveil et l'heure de lever. Répercussions diurnes.

Agenda de sommeil de Mme N

DATE	NUIT																Qualité nuit	Qualité journées	Traitement Remarques particulières
	du	au	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	TB-B-AB-M-TM			
10/06																	M	M	
11/06																	M	M	
12/06																	TM	TM	
13/06																	M	TM	
14/06																	B	TB	
15/06																	AB	C	
16/06																	AB	D	
17/06																	TB	TB	chez parents
18/06																	M	M	changement de chambre
19/06																	D	AB	
20/06																	TB	B	
21/06																	AB	C	
22/06																	TM		
23/06																	M		
24/06																	AB	M	
25/06																	TB	TB	chez parents
26/06																	TB	TB	chez parents
27/06																	M	M	maux de tête
28/06																	AB	M	fatigue dans la journée
29/06																	TB	TB	chez parents
30/06																	C	A	
1/07																	D	A	
2/07																	B	C	

Quand faut-il faire des examens complémentaires?

Diagnosis

4. Actigraphy

- In case of clinical suspicion of irregular sleep–wake schedules or circadian rhythm disorders (strong recommendation)
- To assess quantitative sleep parameters (weak recommendation)



Risk : Over estimation of TST

5. Polysomnography

- In case of clinical suspicion of other sleep disorders like periodic limb movement disorder, sleep apnea or narcolepsy (strong recommendation)
- Treatment-resistant insomnia (strong recommendation)
- Insomnia in occupational at-risk groups, e.g. professional drivers (strong recommendation)
- In case of clinical suspicion of large discrepancy between subjectively experienced and polysomnographically measured sleep (strong recommendation)



Eg. **Sleepiness** / COMISA
Score Epworth / No SAS

Quelle prise en charge de l'insomnie
chronique recommandez-vous ?

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

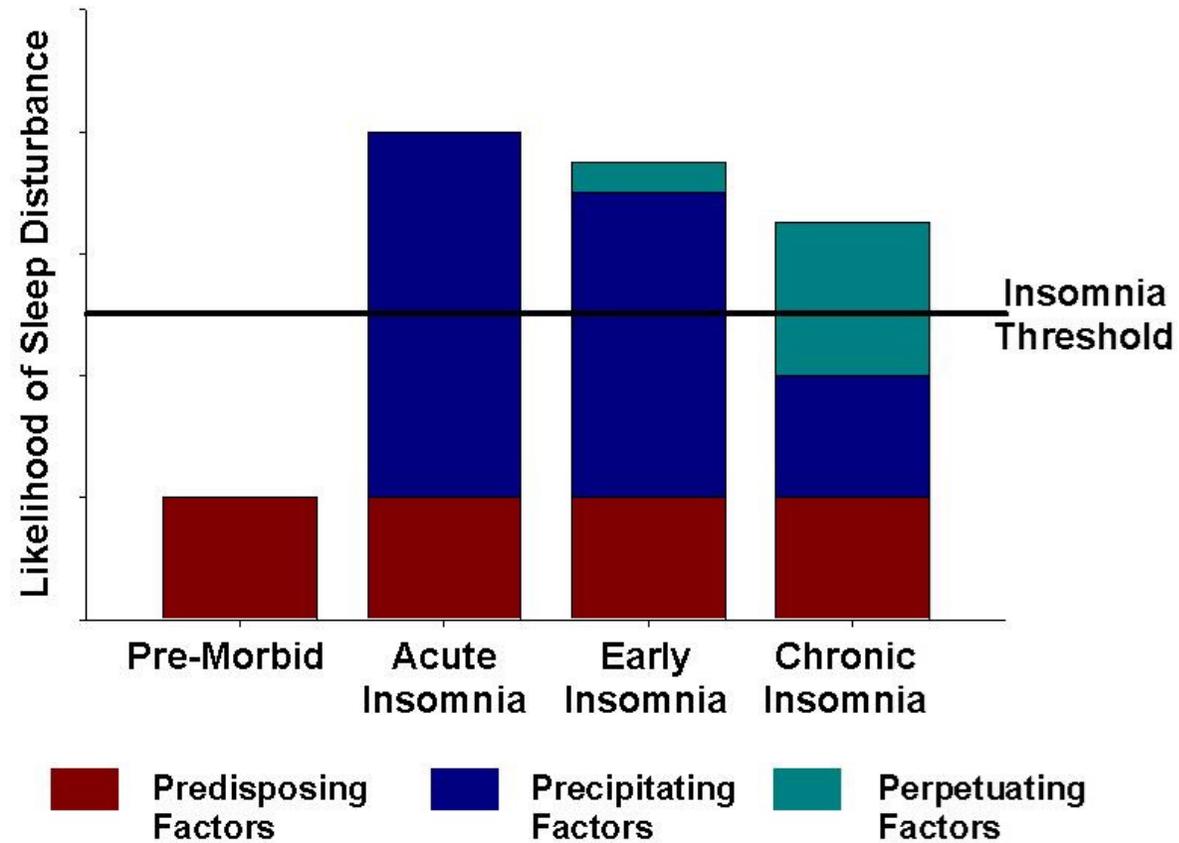
Approche thérapeutique Preuves/recommandation

*Thérapie cognitivo-
comportementale
de l'insomnie (TCC-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

Modèle des 3P de Spielman



Spielman et al., 1987

TCC de l'insomnie

- Plusieurs modules :
 - Psychoéducation – Hygiène du sommeil
 - Contrôle du stimulus
 - **Restriction du temps passé au lit**
 - Relaxation
 - Traitement cognitif

Education sur le sommeil

- Hygiène du sommeil
- Physiologie du sommeil et horloge biologique
- Utilisation des hypnotiques

10 recommandations pour bien dormir

INSTITUT
NATIONAL
DU SOMMEIL
ET DE LA VIGILANCE

Bien dormir passe par des règles d'hygiène du sommeil simples. Appliquer ces conseils quotidiennement réduit les difficultés de sommeil et augmente la qualité des nuits.



Respectez votre rythme et vos besoins de sommeil.



Maintenez des horaires de lever et de coucher réguliers, aussi bien en semaine qu'en week-end.



Exposez-vous à la lumière du jour en particulier le matin, pour aider à réguler votre horloge biologique.

Pratiquez une activité physique régulière pour garantir le bon fonctionnement de l'horloge biologique et augmenter la pression de sommeil. Arrêtez de préférence 3h à 4h avant l'heure du coucher.



Modérez la consommation d'excitants (café, thé, coca, boissons énergisantes) et n'en absorbez plus après 14h.



Le soir, afin de prévenir les fringales nocturnes, ne sautez pas le dîner mais évitez les plats trop gras et difficiles à digérer.



Privilégiez une activité calme le soir (musique douce, lecture, relaxation, activités manuelles).



Aménagez-vous une chambre propice au sommeil : obscurité, silence, température entre 18 et 20°C.



Déconnectez-vous 1h avant de vous coucher (éteindre smartphone, tablette, ordinateur) et laissez les écrans éteints jusqu'au lendemain matin.



Gardez un temps limité au lit pour maintenir l'association : lit = sommeil. Si vous ne dormez pas sortez du lit.

Relaxation & méditation

- Diminuer l'activation physique ou psychique au coucher
- ↓ **Niveau d'éveil**

Contrôle du stimulus : consignes

- Se coucher seulement lorsque l'on est somnolent
- **Réserver le lit et la chambre uniquement pour le sommeil.**
- Proscrire les activités d'éveil (lecture, radio, TV, ...)
- Se lever et sortir de la chambre si l'endormissement ne survient pas dans les 20 minutes
- Entreprendre une activité calme
- Ne retourner au lit que lorsque le besoin de dormir réapparaît => aider le patient à le repérer
- Renouveler ces étapes autant de fois que nécessaire

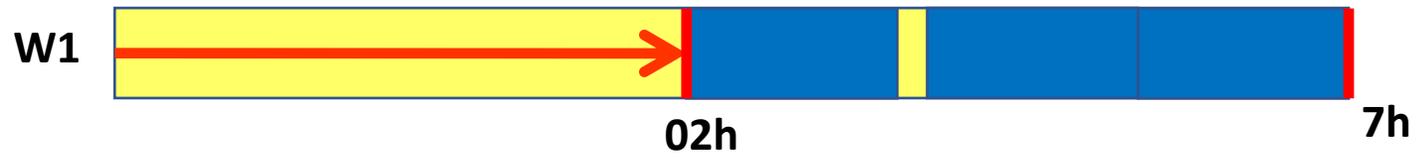
Restriction du temps passé au lit (Spielman, 1987)

- But : ajuster le temps passé au lit au temps de sommeil

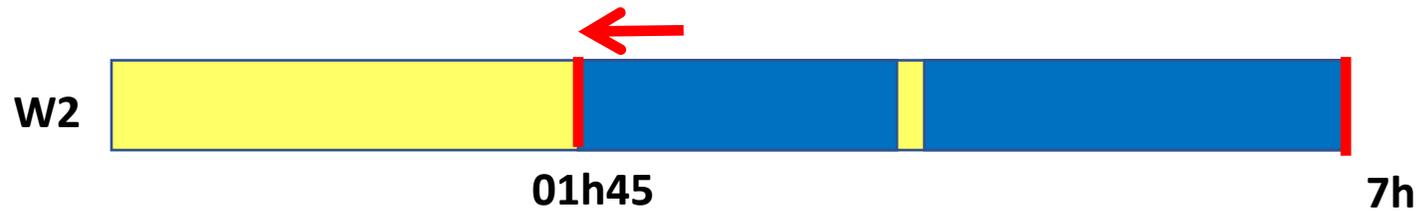
⇒ **consolider le sommeil** et favoriser le sommeil continu.

⇒ améliorer **l'efficacité du sommeil (ES)**

Principe



W1 : ES>85% => +15min



Pas de sieste la journée !

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES	QUALITE DU SOMMEIL	durée du sommeil	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES	
Nuit du ... au...	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 21 23 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19 </div>					
EXEMPLE						
MEG-7.02		10	12	10		
JE 7-8.02		5/10	5h	7/10		
VE 8-9.02		5	5h	7	8.02 acupuncture	
SA 9-10.02		7	6h+	7		
DI 10-11.02		5	7h	8		
LU 11-12.02		7	6h	7	10.02 1/2 redormin	
MA 12-13.02		7	6h+	8	11.02 1/2 "	
ME 13-14.02		6	5h	8	12.02 1/2 "	
JE 14-15.02		6	5h+	8	13.02 1/2 "	
VE 15-16.02		7	5h30	7	14.02 1/2 "	
SA 16-17.02		9	6h	7	15.02 1/2 "	
DI 17-18.02		9	6h	7	16.02 1/2 "	
LU 18-19.02		8	6h	6	17.02 1/2 "	
MA 19-20.02		8	6h	7	∅	
ME 20-21.02		9	6h	7		
JE 21-22.02		10	5h45	8	(15mg) = 0.37mg	
VE 22-23.02		9	6h	8	21.02 1/4 lexotanil	
SA 23-24.02		9	6h	7	22.02 1/4 "	
DI 24-25.02		10	6h15	8	23.02 1/4 "	
LU 25-26.02		8	6h	8	24.02 1/4 "	
MA 26-27.02		9	6h		∅	
ME 27-28.02						

heure de mise au lit
 sommeil ou sieste
 heure du lever
 W.C.

long réveil

Somnolence dans la journée

Traitement cognitif (Espie, 1991)

■ Les patients insomniaques développent souvent des croyances erronées à propos de leur insomnie. Vous pouvez les aider à les repérer, pour les amener ensuite à réfléchir sur la validité de ces attitudes ou pensées et les remplacer par des attitudes plus adaptées. En quelques mots, aidez vos patients à :

- Garder des attentes réalistes,
- Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil,
- Ne pas blâmer l'insomnie de tous leurs maux,
- Apprendre à tolérer les effets du manque de sommeil,
- Ne pas tenter de dormir à tous prix.



Savez-vous à qui adresser votre patient pour une TCC-I?

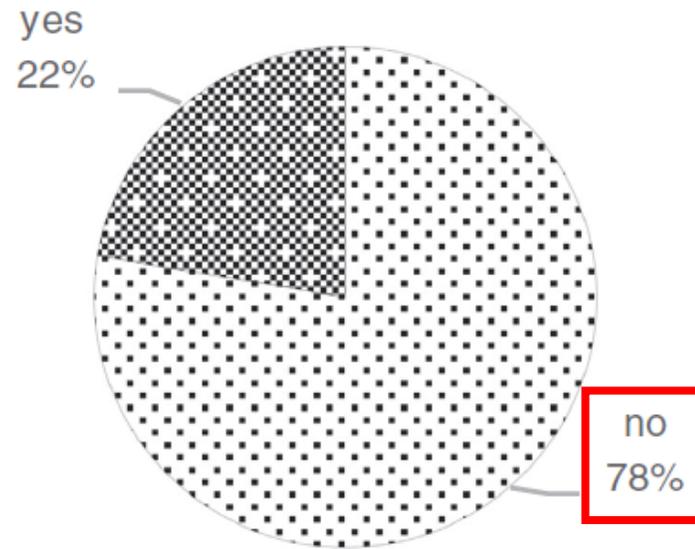


FIGURE 5 Primary care physicians' knowledge of a specialist in their surroundings offering cognitive behavioural therapy for insomnia

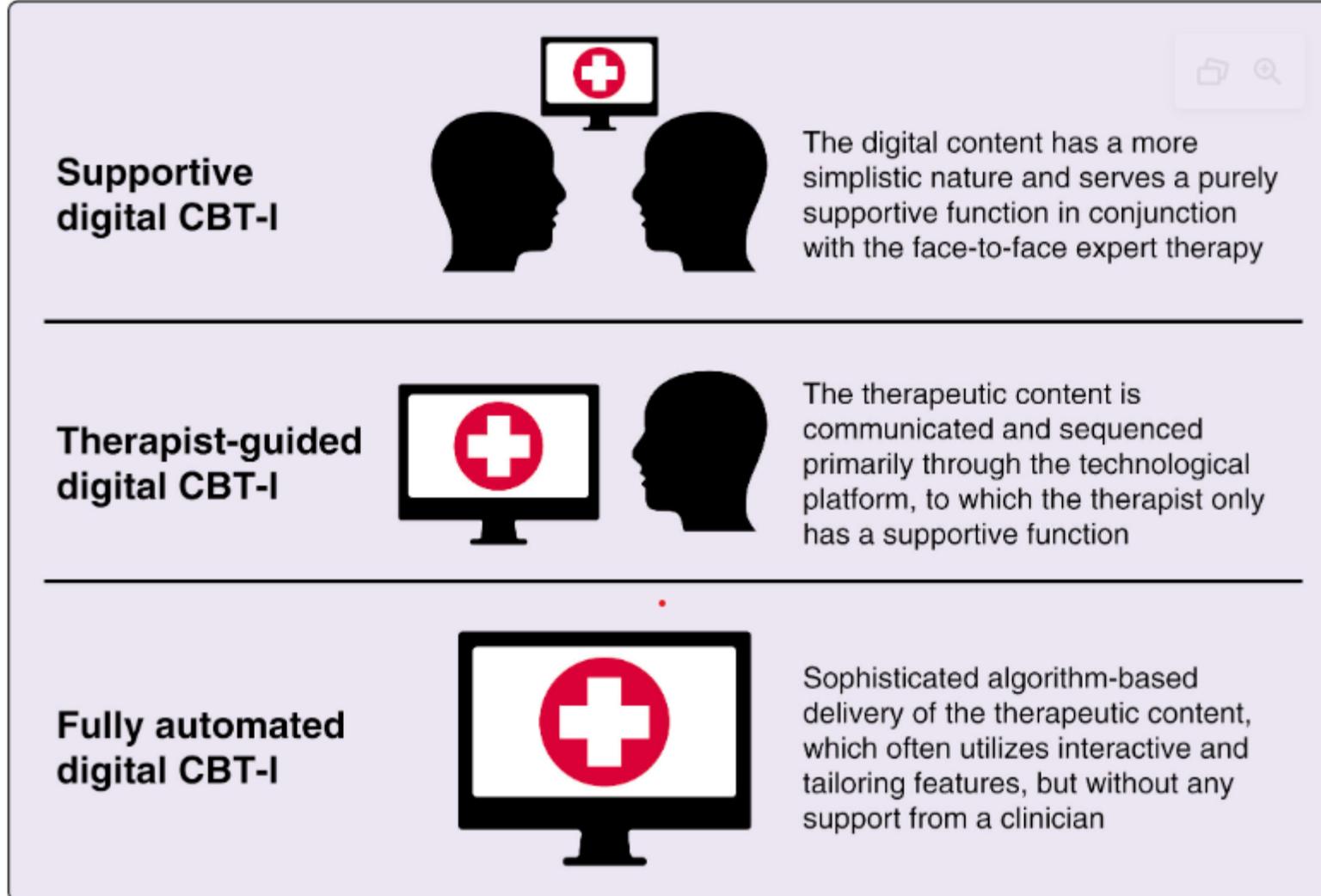


FIGURE 97.1 Three levels of delivering digital cognitive behavioral therapy.



VI. La TCC que faire, quand, comment ?

Propositions de prise en charge simplifiée, dans le cadre d'un suivi de l'insomnie, sur plusieurs consultations, adaptée à partir du "Plan de traitement cognitivo-comportemental" de Vallières A. et Morin C. dans Le Médecin du Québec, 2004

◆ Première consultation :

- Caractériser la plainte à l'aide du questionnaire (Annexe 1),
- Identifier les insomnies secondaires : traitement spécifique,
- Repérer les mauvaises habitudes de sommeil,
- Proposer l'agenda du sommeil,
- Présenter la TCC au patient, programmer la consultation suivante.

◆ Deuxième consultation :

- Evaluer ensemble les résultats de l'agenda du sommeil,
- Formuler la (les) cause(s) de l'insomnie et définir les objectifs du traitement avec le patient,
- Informer sur le sommeil "normal" et l'insomnie,
- Discuter des erreurs d'hygiène du sommeil,
- Introduire le contrôle du stimulus (CS) et la restriction du sommeil (RS).

◆ Troisième consultation :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Faire le point sur les mesures précédemment mises en place (CS et RS) : résultats, tolérance. Ajuster si nécessaire,
- Essayer de renforcer positivement les acquis,
- Aider vos patients à envisager l'insomnie autrement : utiliser la thérapie cognitive.

◆ Les consultations suivantes :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Evaluer les progrès : le ressenti du patient, les données de l'agenda du sommeil,
- Faire les ajustements nécessaires pour la restriction du sommeil et le contrôle du stimulus,
- Poursuivre la réflexion sur les croyances et attitudes nuisibles au sommeil. Aider vos patients à les repérer et à les changer,
- Recourir à la relaxation si nécessaire.

<http://www.bichat-larib.com/sommeil.index.php>

Take home message

- Prévalence élevée de l'insomnie chronique
- Fréquemment associée à d'autres comorbidités y compris somnologique.
- Le diagnostic est subjectif – examen seulement dans certaines conditions.
- Le traitement de première intention est la **TCC de l'insomnie** (restriction du temps passé au lit).