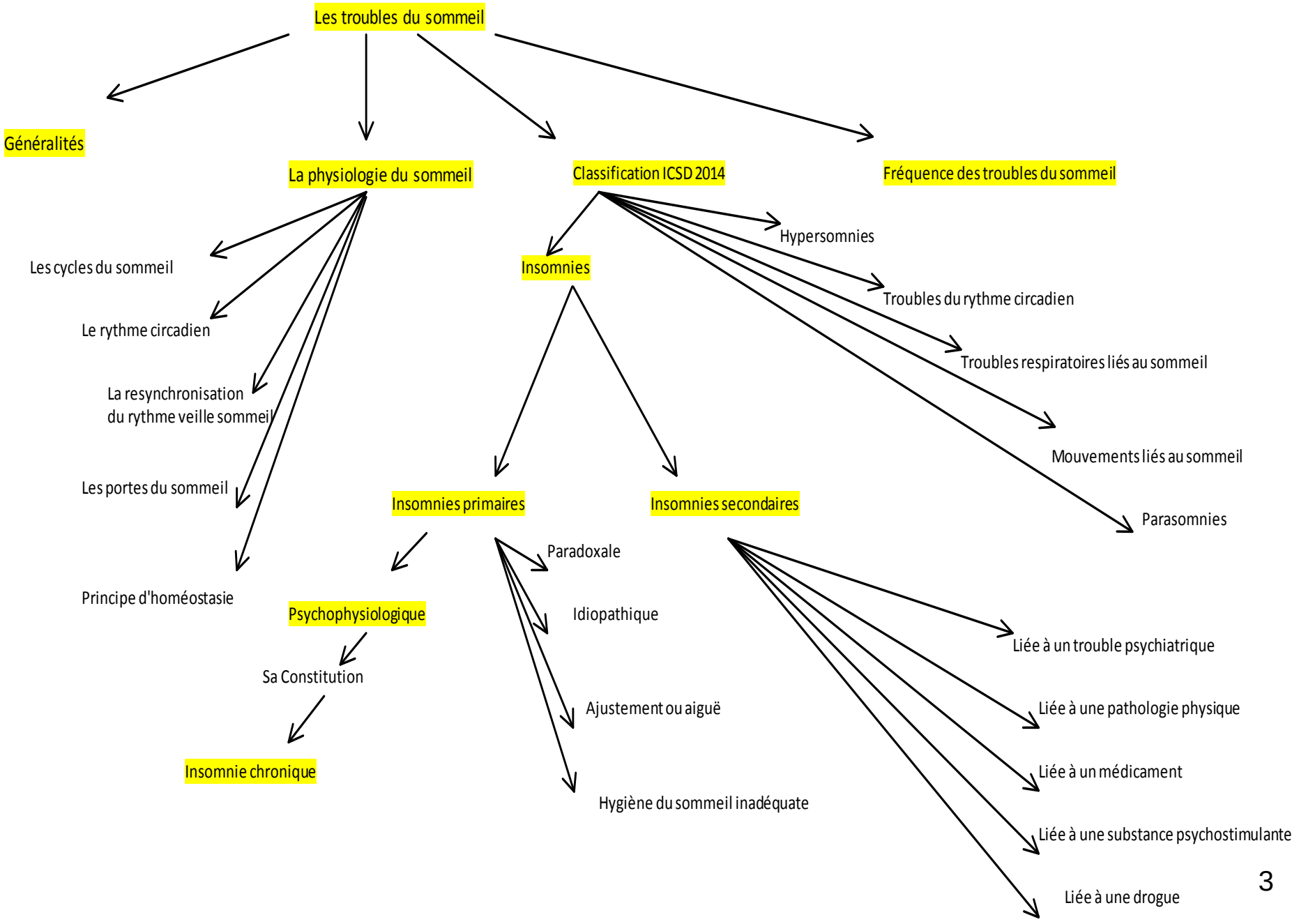
Les troubles du sommeil.

Thierry Senjean - 02 11 2015

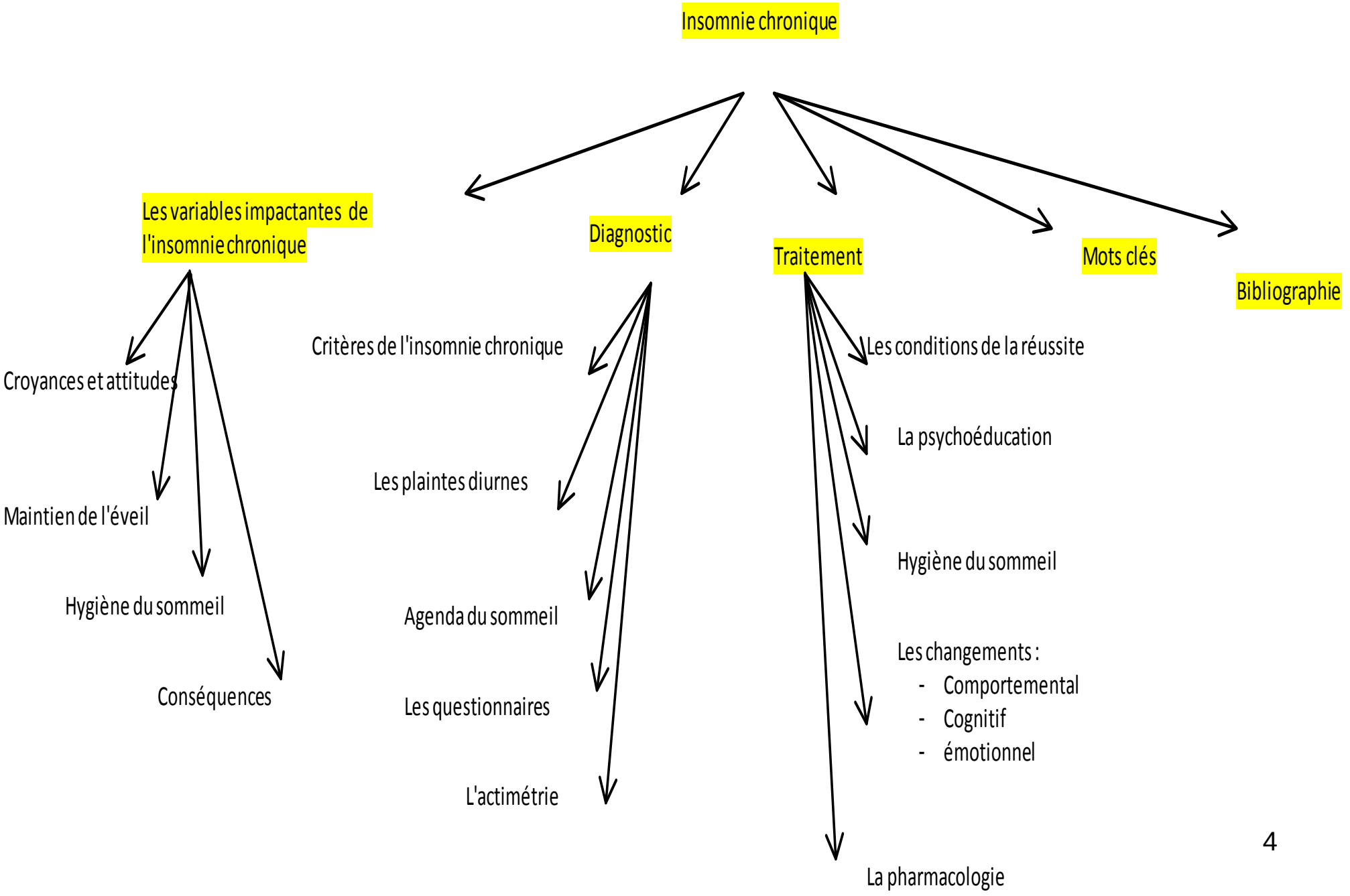
Les troubles du sommeil.

- Généralités.
- La physiologie du sommeil.
- La classification ICSD 2014 (International Classification of Sleep disorders : Classification Internationale des troubles du sommeil).
- La fréquence des troubles du sommeil.
- L’insomnie chronique.

Structure (1).


Les troubles du sommeil
Généralités
La physiologie du sommeil
Classification ICSD 2014
Fréquence des troubles du sommeil
Les cycles du sommeil
Le rythme circadien
La resynchronisation du rythme veille sommeil
Les portes du sommeil
Principe d'homéostasie
Insomnies
Hypersomnies
Troubles du rythme circadien
Troubles respiratoires liés au sommeil
Mouvements liés au sommeil
Parasomnies
Insomnies primaires
Insomnies secondaires
Psychophysiologique
Sa Constitution
Insomnie chronique
Paradoxale
Idiopathique
Ajustement ou aiguë
Hygiène du sommeil inadéquate
Liée à un trouble psychiatrique
Liée à une pathologie physique
Liée à un médicament
Liée à une substance psychostimulante
Liée à une drogue

Structure (2).


Insomnie chronique
Les variables impactantes de l'insomnie chronique
Diagnostic
Traitement
Mots clés
Bibliographie
Croyances et attitudes
Maintien de l'éveil
Hygiène du sommeil
Conséquences
Critères de l'insomnie chronique
Les plaintes diurnes
Agenda du sommeil
Les questionnaires
L'actimétrie
Les conditions de la réussite
La psychoéducation
Hygiène du sommeil
Les changements :
- Comportemental
- Cognitif
- émotionnel
La pharmacologie

Généralités.

- Nous passons 30% de notre vie à dormir.
- La durée moyenne de sommeil d'un adulte est d'environ 7h à 8h par nuit.

- 31% des français adultes dorment de 2h à 6h par nuit.
- 63% des français adultes dorment de 7h à 8h par nuit.
- 6% des français adultes dorment plus de 9h par nuit.

- 25% des adultes de 25 ans à 45 ans ne se sentent pas reposés quand ils se réveillent le matin.
- 17% sont considérés en dette de sommeil.
- 22% des adultes français sont insomniaques.

Source : Conférence « Le sommeil est ses troubles » Club santé Débat du 25/09/2013 à Laval avec Michel Cymes

La physiologie du sommeil.

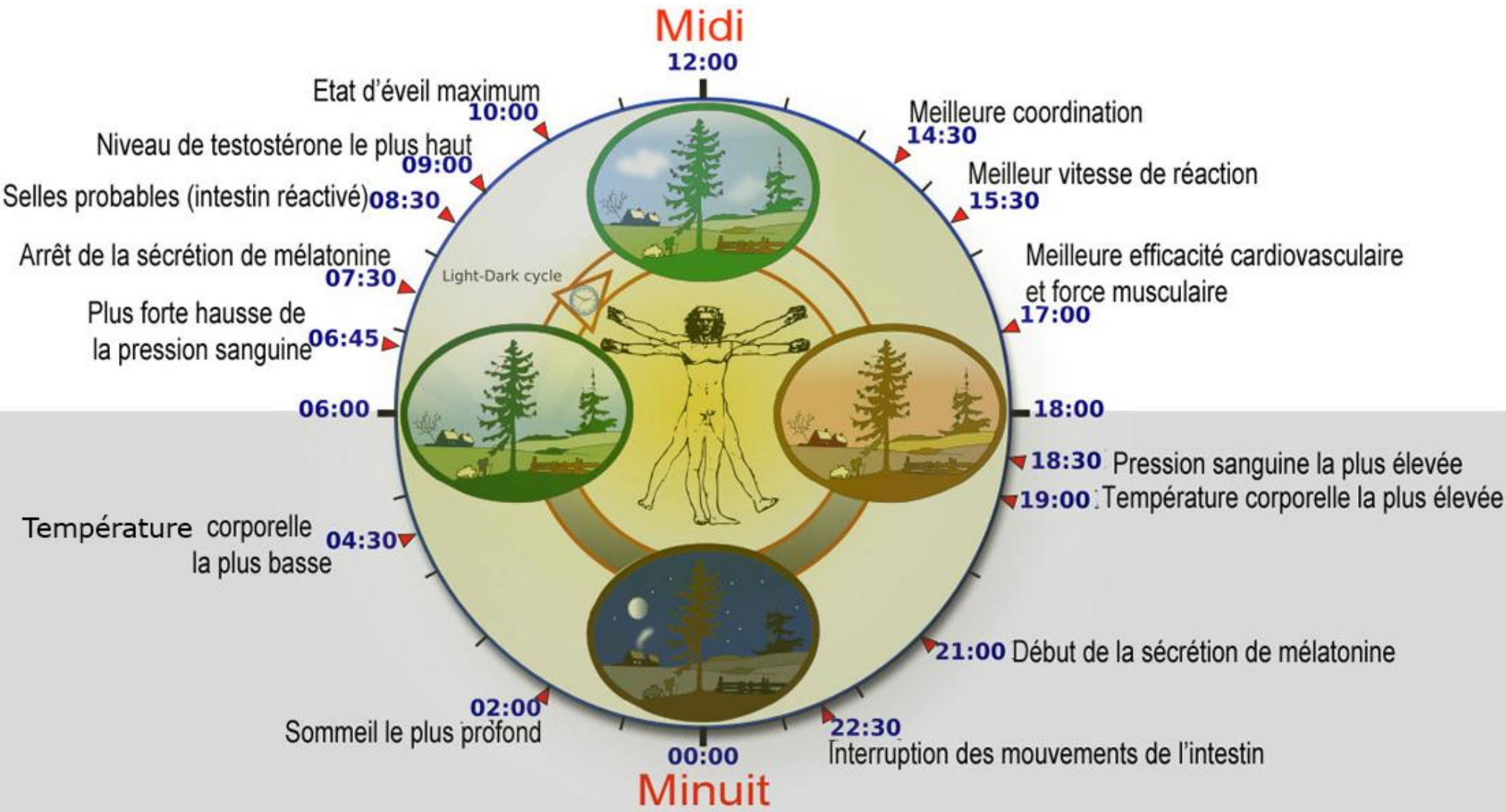
Le sommeil est lié au besoin cumulatif dépendant de la durée d'éveil (la pression du sommeil) et des rythmes biologiques et sociaux (alimentation, activité professionnelle, sport…)

- Les cycles du sommeil.
- Le rythme circadien.
- La resynchronisation du rythme veille / sommeil.
- Les portes du sommeil.
- L'homéostasie.

Les cycles du sommeil.

- Stade 1 : 5%. Sommeil lent léger. Transition entre la veille et le sommeil.
- Stade 2 : 50%. Sommeil lent léger. Abaissement de la température de 37°5 à 36°5.
- Stades 3 et 4: 20%. Sommeil lent profond. Production d'hormone de croissance, d'hormones régulatrices de l'appétit. Mémorisation, synchronisation des neurones, stockage des informations de la veille. Nettoyage des toxines du cerveau afin d'éviter des pathologie neurodégénératives. Réserve de sucre.
- Stade 5 : 25%. Sommeil paradoxal durant lequel surviennent les rêves les plus marquants. Perte du tonus musculaire complet. REM (Rapid Eye Movement).
- Ces cycles surviennent toutes les 60' à 90'.
- Une nuit de sommeil se compose de 5 à 6 cycles.

Le rythme circadien.



Et aussi : production croissante de vasopressine
au cours de la nuit jusqu'au matin
(supprime la sensation de soif)

Source : Wikipédia

La resynchronisation du rythme veille/sommeil.

- Le rythme circadien évolue pour chacun entre 23h30 et 24h30 pour une journée de 24 heures. En conséquence, il est indispensable qu'un recalage se produise chaque jour pour éviter une avance ou un retard de 30' par jour.

- La resynchronisation se fait par l'intermédiaire :
  - de la lumière
  - de la mélatonine
  - des activités sociales

Les portes du sommeil.

- Les portes d'entrée préférentielles du sommeil sont des périodes - autour du minimum thermique - qui se situent :
  - entre 22 heures et 23 heures
  - entre 3 heures et 4 heures

- Il est fortement déconseillé de dormir entre 9h et 12h30 et entre 15h30 et 21h00 sous peine de décalage dans le rythme veille / sommeil.

- Une sieste de 15' (5' d'endormissement et 10' de sommeil) sur la plage 13h30 à 14h30 ne génère pas de décalage dans le rythme veille / sommeil.

Principe d’homéostasie.

- C’est la capacité que peut avoir un système à conserver son équilibre de fonctionnement en dépit des contraintes qui lui sont extérieures.

- Le besoin de sommeil répond aux lois de l’homéostasie.

- Selon le principe d’homéostasie, un déficit de sommeil d’une nuit se comble tout seul en deux ou trois jours.

La classification des troubles du sommeil ICSD 2014.

- Insomnies primaires et secondaires.
- Hypersomnies primaires et secondaires.
- Troubles du rythme circadien.
- Troubles respiratoires liés au sommeil.
- Mouvements liés au sommeil.
- Parasomnies.

Les insomnies primaires (1)

- Psychophysiologique :
  - Elle débute typiquement par une période de stress.
  - Le lit – objet initialement neutre (Cf. conditionnement classique) - est associé à l'insomnie.
  - L'insomnie est perçue comme source de stress alors même que le stress peut l'engendrer.
  - Des croyances et des comportements inadaptés apparaissent au regard de l'endormissement.

Les insomnies primaires (2)

Constitution de l'insomnie psychophysiologique :

- Phase I : **Insomnie aiguë ou d'ajustement** suite par exemple à un deuil, à un accident, à des douleurs, à des bouffées de chaleur…
- Phase II : Insomnie transitoire avec diminution du ou des stresseurs (accident, douleurs, …)
- Phase III : **Insomnie chronique** : dans cette phase, l'insomnie évolue pour elle-même, renforcée par des facteurs de maintien actuels indépendamment des causes antérieures qui ont disparues.
- Exemples :
  - Bouffées de chaleur → Draps trempés → Insomnie due à l'humidité → Prise d'un traitement qui supprime les bouffées de chaleur → Suppression de l'humidité → Insomnie continue pour elle-même.
  - Douleurs corporelles → Insomnie due aux douleurs → Calmants → Suppression des douleurs → Insomnie continue pour elle-même.

Les insomnies primaires (3)

• Paradoxale : décalage entre la perception subjective de l'insomnie relatée par le patient et la polysomnographie (enregistrements EEG, ECG, EMG, EOG) qui montre plus d'heures de sommeil que ne le perçoit le patient.

• Idiopathique : Inaptitude chronique et sévère à initier et à maintenir le sommeil que l'on peut retrouver dès le début de la vie.

• d'Ajustements ou aiguë: insomnies occasionnelles dues à du stress, à des soucis financiers, des relations conflictuelles, des soucis de santé, un déménagement...

• Hygiène du sommeil inadéquate.

Les insomnies secondaires.

- En lien avec un trouble psychiatrique (dépression, manie, troubles anxieux).
- Consécutive à une pathologie physique (douleurs, dysthyroïdie, épilepsie, cardiopathie).
- Suite à la prise de médicament (amphétamine, cortisone, dopamine).
- Suite à la prise de substance psychostimulante (caféine, théine, boissons énergisantes).
- Suite à la prise de drogue (cocaïne, cannabis).

Hypersomnies primaires.

- Narcolepsie : somnolence diurne excessive (SDE) ou durée de sommeil anormalement longue.
- Hypersomnie idiopathique : somnolence excessive invalidante.
- Syndrome Kleine-Levin : hypersomnie récurrente.

Hypersomnies secondaires.

- Hypersomnie physiologique : grossesse, âge.
- Hypersomnie induite : travail posté, alcool, médicaments.
- Causes neurologiques : traumatisme.
- Causes infectieuses.
- Causes psychiatriques : dépression.

Trouble du rythme circadien.

- Avance de phase : coucher tôt, lever tôt.
- Retard de phase : coucher tard, lever tard, fréquent à l'adolescence.
- Travail posté (travail de nuit).
- Jet Lag (décalage horaire).
- Rythme veille/sommeil irrégulier.

Troubles respiratoires liés au sommeil

- SAS : Syndrome apnée du sommeil.
- SAOS : Syndrome apnée obstructive du sommeil.
- SAHOS : Syndrome d'apnée hypopnée –diminution de l'amplitude respiratoire- obstructive du sommeil.
- Hypoxémie.
- Hypoventilation.

Mouvements liés au sommeil.

- RLS : Restless legs syndrome (syndrome des jambes sans repos).
- PLMD : Periodic Limb Movement disorder (Trouble des membres en mouvement périodiques comme dans la maladie de Parkinson).
- Crampes.
- Bruxisme (grincements des dents).
- Myoclonies (contraction involontaire des muscles).

Parasomnies.

- Somnambulisme.
- Somniloquie : le sujet parle dans son sommeil.
- Cauchemars.
- Terreurs nocturnes.
- Eveils confusionnels : fréquents chez l'enfant avant 5 ans.
- Troubles du comportement en sommeil paradoxal (maladie de parkinson).

Fréquence des troubles du sommeil.

Insomnie :
- Chronique : 10%
- Aiguë : 35%

Troubles respiratoires liés au sommeil :
- SAHOS : 3% à 7%

Hypersomnolence d'origine centrale :
- Narcolepsie avec catalepsie : 0.2%

Mouvements liés au sommeil :
- RLS : 5% à 10%

Trouble du rythme circadien :
- Retard de phase Ados et adultes dont l'âge est inférieur à 25 ans : 7% à 16%

Parasomnies :
- Eveils confusionnels Enfants : 17%, Adolescents : 3%

L’insomnie chronique (IC).

- Les variables qui impactent l’IC.
- Le diagnostic d’IC.
- Le traitement TCC de l’IC.

L’insomnie chronique est impactée par plusieurs variables.

Croyances et attitudes
- Inquiétudes sur le manque de sommeil
- Ruminations sur les csq du manque de sommeil
- Attentes irréalistes sur le manque de sommeil
- Amplification et mauvaise attribution causale

Maintien de l’éveil
- Emotions : peur, anxiété, tristesse
- Cognitions : pensées, images
- Sensations corporelles : douleur, tension musculaire

Insomnie chronique

Hygiène du sommeil
- Temps excessif passé au lit
- Horaires de sommeil irréguliers
- Siestes en journée
- Activités incompatibles avec le sommeil
- Usage inapproprié de somnifères

Conséquences
- Fatigue
- Perturbation de l’humeur
- Altération des performances
- Inconfort social

Le diagnostic d'IC.

- Les critères d'IC.
- Les plaintes diurne.
- Agenda du sommeil.
- Les questionnaires.
- L'actimétrie.

Les critères de l'IC.

- Difficultés à s'endormir (temps entre le coucher et le sommeil supérieur à 20').
- Difficulté à maintenir le sommeil. Réveils matinaux vers 3 ou 4 heures du matin avec difficultés à se rendormir.
- Impression du patient d'un sommeil non réparateur.
- Plus de 3 fois par semaine, depuis plus d'un mois.

Les plaintes diurne liées à l'IC.

On ne parle d'insomnie que lorsqu'il y a des plaintes diurne :

- Irritabilité
- Agressivité
- Fatigue
- Somnolence
- Perte d'énergie
- Accidents
- Difficultés de mémorisation
- Soucis à propos du sommeil
- Perte de concentration, d'attention
- Erreurs dans la réalisation des tâches
- Perte de motivation

L’agenda du sommeil.

- L’information est apportée par le patient – en partie subjective - nuit par nuit, d’un point de vue quantitatif et qualitatif : heure de coucher, durée du sommeil, périodes d’éveil, heure de lever, qualité du sommeil, inquiétude pour son sommeil.

- Retentissements diurne.

- L’agenda, outil de diagnostic, est remplit par le patient le matin au réveil pour décrire le déroulement de sa nuit et le soir pour reporter ce qui s’est passé dans sa journée. Il s’agit d’une estimation subjective.

- L’agenda permet de vérifier l’impact du traitement.

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Réseau Morphée

DATE	HEURES	*Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM*			
Nuit du ... au...	20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
EXEMPLE	↓ ... ↑ S S	M	TM	Moy	

↓ heure de mise au lit

(grisé) sommeil ou sieste

↑ heure du lever

long réveil

R R R 1/2 sommeil

S Somnolence dans la journée

Les questionnaires pour l'IC.

- Epworth (Somnolence)
- Pichot (Fatigue)
- FSS (Fatigue)
- Sévérité de l'insomnie
- Test de Horne et Östberg (Chronotype)
- Hamilton (anxiété)
- BDI 2 de Beck (Dépression)
- Sévérité de l'insomnie – Morin
- Croyances concernant l'insomnie

L’actimétrie.

- Par l’intermédiaire d’un actimètre, sorte de montre placée sur le poignet de la main non dominante, les mouvements corporels sont enregistrés sur plusieurs jours.
- Grâce à ces informations, la qualité et la quantité de sommeil, le rythme veille / sommeil peuvent être analysés.

Traitement TCC de l'insomnie chronique.

- Les conditions de réussite.
- La psychoéducation.
- Hygiène du sommeil.
- Les changements :
  - comportemental
  - cognitif
  - émotionnel
- La pharmacologie.

Les conditions de réussite.

- Eliminer les causes physiques possibles.
- Traiter les comorbidités avant ou en parallèle avec l'IC.
- Compréhension du patient de la psychoéducation concernant l'insomnie chronique.
- Partage des objectifs entre le patient et le thérapeute.
- Le patient doit pouvoir identifier ses pensées erronées et leur substituer des pensées alternatives rationnelles.
- Le patient doit s'engager dans le changement, il doit se sentir capable de faire évoluer les choses.
- Renoncement par le patient aux bénéfices secondaires de l'IC (par exemple lire la nuit quand tout est calme).
- Le patient doit conserver sa motivation au changement tant que l'insomnie n'est pas réduite.
- Suppression des hypnotiques et des anxiolytiques.
- Participation de l'entourage au traitement.

La psychoéducation.

- Expliquer au patient :
  - Les cycles du sommeil
  - le rythme circadien
  - Les règles d'hygiène du sommeil
  - Le principe d'homéostasie
  - La resynchronisation du rythme veille/sommeil
  - Les portes du sommeil
  - La différence entre fatigue et sommeil (il n'est pas forcément nécessaire de dormir pour récupérer)
  - L'insomnie chronique et sa constitution
  - Les bénéfices du sommeil
  - L'importance de la qualité plutôt que la quantité de sommeil

Hygiène du sommeil.

- S’exposer à la lumière du jour environ une heure ou mettre en place une luminothérapie d’au moins 10 000 lux.
- Se coucher et se lever à heures régulières.
- Eviter d’augmenter la température du corps par des activités physiques ou un bain chaud avant de dormir (toute élévation corporelle de température va à l’encontre de l’endormissement).
- Pratiquer une activité physique régulière dans la journée.
- Eviter les neurostimulants (café, thé, boissons stimulantes, nicotine) après 17 heures.
- Dîner léger et à heure constante.
- Réserver le lit au sommeil et aux relations sexuelles dans la mesure où elles sont satisfaisantes (sécrétion d’endorphines relaxantes).
- Mettre en place un « sas de décompression » (réduction de l’activité physiologique, lecture tranquille, musique calme) avant d’aller se coucher.
- Dormir dans une pièce chauffée entre 16° à 18°.
- Dormir dans l’obscurité totale, sans bruit.
- Eviter les appareils à LED (smartphones, tablettes, écrans) qui génèrent de la lumière bleue réduisant la production de mélatonine.
- En cas d’insomnie, se lever, s’occuper tranquillement et attendre le prochain cycle de sommeil (environ 60’).

Changement comportemental.

- Augmenter la pression du sommeil afin de la résorber en dormant la nuit. En supprimant toute sieste ou en réduisant le temps de sommeil.
- Le contrôle de stimulus :
  - Ne se coucher que lorsqu'on somnole
  - Se lever tous les matins (y compris les samedis et dimanches) à la même heure
  - Eviter les siestes, surtout après 14h30
  - Au lit, renoncer à toute autre activité que le sommeil (TV, lecture, repas…)
- Restriction du temps resté passé au lit éveillé (RTPL). Il s'agit de faire coïncider le temps de sommeil et le temps passé au lit.
- Défaire les associations sommeil-stress, sommeil-mort, nuit-mort, lit-insomnie.

Changement cognitif (1).

- Prise de conscience au moment du lever, du coucher, des périodes d'éveils la nuit :
  - des sensations corporelles
  - des pensées automatiques, du dialogue intérieur
  - des émotions ressenties (peur, tristesse, joie…)

Identifier et travailler les facteurs de maintien et les cercles vicieux :

Par exemple :
Insomnie → Prise d'anxiolytique pour réduire l'insomnie → Tolérance, ce qui entraîne une augmentation des doses → Accoutumance à l'anxiolytique → Sevrage → Insomnie provoquée par l'arrêt de l'anxiolytique → Reprise d'un anxiolytique pour réduire l'insomnie…

Changement cognitif (2).

- Restructuration cognitive :
  - Pensées dysfonctionnelles
  - Croyances : « Je vais faire une dépression si je ne dors pas suffisamment », « le manque de sommeil est la cause de mes difficultés », « j'ai peur de ne pas me réveiller »
  - Postulats : « Si je ne dors pas 8 heures par nuit, alors tout ira de travers. », « Si je dors pas mes 8 heures alors je dois faire une sieste le lendemain pour récupérer. »
- Inciter le patient à relativiser ses soucis ou les conséquences d'une nuit sans sommeil qui lui apparaissent catastrophiques.
- Examiner le réalisme de la demande du patient.
- Augmenter la confiance du patient en un sommeil réparateur, bénéfique pour lui afin de réduire l'impuissance apprise (Seligman).
- Travailler les fausses attributions causales : l'insomnie est vue comme une source de stress alors qu'il est possible que le stress génère l'insomnie.
- Travailler les anticipations négatives du lendemain.

Changement émotionnel.

- Il n'y a pas d'insomnie sans une partie de facteurs anxieux. Il est possible de réduire l'anxiété, grande consommatrice d'énergie, grâce :
  - Au training autogène de Schultz.
  - Au contrôle respiratoire (respiration abdominale lente).

- La relaxation permettra de diminuer l'hypervigilance et l'angoisse de performance face à l'activité du lendemain.

- Utiliser la résolution de problème afin de mettre en place des stratégies face au stress de l'insomnie générée par exemple par les ronflements du conjoint en acceptant de faire momentanément chambre à part.

Pharmacologie.

- Les anxiolytiques (bendodiazépines) occasionnent des troubles de la mémoire et une dépendance. Ils peuvent renforcer l'insomnie (Cf. cercles vicieux).

- Des hypnotiques peuvent être utilisés lors d'insomnie d'ajustement sans dépasser quatre semaines en accompagnement d'une thérapeutique et en prévoyant dès le début le sevrage.

- Il est souhaitable que le patient garde la main et reste actif dans la réduction de son insomnie et ne s'en remette pas à une consommation de médicaments.

Mots clés.

- 30% du temps à dormir
- ICSD 2014
- Rythmes circadien, biologiques, sociaux
- Homéostasie
- Insomnie aiguë : 35%
- Insomnie chronique primaire : 10 %
- Resynchronisation rythme V/S
- Portes d'entrée du sommeil
- Pression du sommeil
- Agenda du sommeil (Besoins de sommeil)
- Epworth (somnolence), Pichot (fatigue), BDI 2 (dépression), Horne et Östberg (chronotype).

- Changements :
  - comportemental,
  - cognitif,
  - émotionnel
- Hygiène du sommeil
- Psychoéducation
- Contrôle du stimulus
- Restriction du temps de sommeil
- Restriction du temps passé au lit (RTPL)
- Restructuration cognitive

Bibliographie.

- Les troubles du sommeil, Michel Billiard, Elsevier Masson.

- Insomnie chronique, Odile Benoit, Masson.