

Médecine psychiatrique du sommeil suisse

Recommandations de traitement de l'insomnie du groupe «Sommeil & Psychiatrie» de la SSSSC

L'insomnie est un trouble fréquent de la régulation veille-sommeil et survient souvent de façon comorbide. Les recommandations de traitement présentées ci-après proposent des stratégies diagnostiques et thérapeutiques basées sur l'évidence et incluent des interventions psychothérapeutiques et pharmacothérapeutiques.

PD Dr méd. Thorsten Mikoteit^{a,b}; Dr méd. Jens Georg Acker^c; Dr méd. Anna Castelnovo^d; Dr méd. Corrado Garbazza^e; Dr méd. Miriam Gerstenberg^f; Dr méd. Christian Imboden^g, EMBA; Prof. Dr méd. Christoph Nissen^{h,i}; Dr méd. Lampros Perogamvros^{h,i}; Dr méd. Annkathrin Pöpel^j; Dr méd. Tifenn Raffray^k; PD Dr méd. Dagmar A. Schmid^l; Dr méd. Helen Slawik^m; PD Dr méd. Steffi Weidtⁿ; Dr méd. Cristina Zunzunegui^o; Prof. Dr méd. Martin Hatzinger^{a,b}: Special Interest Group (SIG) «Sommeil & Psychiatrie» de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSSSC)

^a Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG, Solothurn; ^b Medizinische Fakultät, Universität Basel, Basel; ^c Klinik für Schlafmedizin, ZURZACH Care, Bad Zurzach und Zürich; ^d Neurocentro della Svizzera Italiana, Ospedale Regionale di Lugano, Lugano; ^e Zentrum für Chronobiologie, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel; ^f Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Universität Zürich, Zürich; ^g Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Privatklinik Wyss AG, Münchenbuchsee; ^h Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Genève, Genève; ⁱ Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève; ^j Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich; ^k Centre du sommeil de Florimont, Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) / Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^l Klinik für Psychosomatik & Konsiliarpsychiatrie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^m Schlafambulanz, Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen (ZASS), Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel; ⁿ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK), Universität Zürich; ^o Clenia Psychiatriezentrum Wetzikon, Wetzikon

Introduction

L'insomnie, qui est une perturbation subjective du sommeil entraînant une altération de la qualité de vie pendant la journée, est fréquente et souvent chronique. Elle précède ou accompagne souvent d'autres troubles psychiques et somatiques tels que la dépression ou les maladies cardiovasculaires.

Les présentes recommandations de traitement de l'insomnie proposent des stratégies diagnostiques et thérapeutiques basées sur l'évidence. La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est actuellement considérée comme l'approche psychothérapeutique de référence. Concernant les approches pharmacothérapeutiques, il s'agit d'éviter, en cas d'utilisation prolongée, le développement d'une dépendance et les insomnies de rebond à la fin du traitement.

de la continuité du sommeil et/ou un réveil précoce. Elles s'accompagnent de troubles tels que fatigue diurne, épuisement, performances intellectuelles diminuées, troubles du comportement, troubles de l'humeur et irritabilité. Leur évolution est souvent chronique, c.-à-d. qu'elles peuvent durer des mois, voire des années.

En Suisse, 36% des adultes souffrent actuellement d'un trouble du sommeil et 11% répondent aux critères diagnostiques de l'insomnie chronique [3]. Les femmes (61%) et les personnes âgées sont plus souvent touchées par l'insomnie. Au total, 75% des patientes et patients souffrant d'insomnie chronique ont des comorbidités. L'insomnie est aussi un facteur de risque de dépression [4] et de diverses maladies telles que des événements cardiovasculaires ou cérébrovasculaires [5].

Étiopathogénèse

Contrairement à la perception subjective, l'insomnie ne s'accompagne pas en premier lieu d'un déficit de sommeil, mais d'un hyperéveil («hyperarousal») [6, 7], c.-à-d. d'une hyperex-

Ces recommandations de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSSSC) pour le traitement de l'insomnie ont été élaborées sur la base des lignes directrices de la «European Sleep Research Society» (ESRS) de 2023 [1] et des lignes directrices S3 «Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen» («Sommeil non réparateur/troubles du sommeil») de la Société allemande de recherche sur le sommeil et de médecine du sommeil (DGSM) de 2017 [2]. Elles ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la rédaction du FMS. Le contenu relève de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire.

Clinique et épidémiologie

Les insomnies font partie des troubles du sommeil les plus fréquents et sont caractérisées par des troubles de l'endormissement, des troubles

citation végétative, cognitive et émotionnelle permanente [8]. Ainsi, l'insomnie avec épuisement (fatigue) diurne se distingue de la privation de sommeil avec hypersomnolence.

Sur le plan cognitif, des perturbations essentiellement subjectives et rarement objectives sont constatées [9, 10]. Ces caractéristiques ressemblent davantage à celles d'un cerveau stressé qu'à celles d'un cerveau privé de sommeil.

Dans l'insomnie, des facteurs prédisposants, déclencheurs et d'entretien sont discutés [8, 11], constituant des pistes pour des interventions de thérapie cognitivo-comportementale.

Les modèles neurobiologiques actuels suggèrent une perturbation de la régulation veille-sommeil. Dans certaines régions du cerveau, l'activité neuronale pendant le sommeil est similaire à celle pendant l'éveil, tandis que d'autres régions présentent une activité de sommeil simultanée. Ce phénomène est appelé «éveil local» [12].

En outre, le sommeil paradoxal est souvent instable ou agité [13–15], avec plus de pensées et de ruminations que de rêves animés [16, 17]. Par ailleurs, de nombreux micro-éveils et mouvements oculaires ainsi que des changements dans le spectre de puissance de l'électroencéphalogramme (EEG) du sommeil sont observés, avec une proportion accrue de fréquences rapides dans la bande de fréquence bêta (puissance bêta plus élevée) [17, 18], associées à l'éveil et au traitement des informations.

Le sommeil paradoxal agité est attribué à une activité noradrénergique insuffisam-

Tableau 1: Insomnie non organique selon la CIM-10 et la CIM-11

CIM-10 (F51.0)

Troubles de l'endormissement, troubles de la continuité du sommeil ou mauvaise qualité du sommeil

Au moins trois fois par semaine pendant une période d'au moins un mois

Les personnes concernées pensent beaucoup à leur trouble du sommeil, surtout la nuit, et s'inquiètent exagérément de ses conséquences négatives pendant la journée.

La durée ou la qualité insatisfaisante du sommeil provoque soit une souffrance importante, soit une gêne dans les activités quotidiennes.

CIM-11/insomnie chronique (7A00)

Survenue fréquente et persistante d'un trouble de l'endormissement et de la continuité du sommeil, malgré un lieu et un environnement de sommeil adéquats

Troubles du sommeil et symptômes diurnes survenant au moins plusieurs fois par semaine pendant au moins trois mois

Les troubles de l'endormissement ou de la continuité du sommeil entraînent une insatisfaction générale vis-à-vis du sommeil et diverses perturbations pendant la journée. Les symptômes diurnes comprennent typiquement la fatigue, l'humeur dépressive ou l'irritabilité, un sentiment général de maladie et des déficits cognitifs.

CIM-10 et CIM-11: «Classification internationale des maladies» 10^e et 11^e révision

ment supprimée du locus coeruleus. Le traitement des émotions pendant le sommeil paradoxal s'en trouve diminué, de sorte que les propriétés psychohygiéniques d'adaptation au stress du sommeil font défaut et que les affects négatifs s'accumulent pendant la journée [19–23].

Diagnostic et diagnostics différentiels

Diagnostic

Actuellement, la CIM-10 («Classification internationale des maladies, 10^e révision») est utilisée en Suisse pour le diagnostic: distinction entre les insomnies organiques et non

Tableau 2: Sous-types d'insomnie selon la CIM-10

Diagnostic	Code CIM-10	Remarques
Insomnie primaire	F51.01	Survenue non liée à une autre maladie psychique
Insomnie d'ajustement	F51.02	Insomnie passagère, habituellement <1 mois
Insomnie paradoxale	F51.03	Aussi connue sous le nom de trouble de la perception du sommeil
Insomnie psychophysiologique	F51.04	Insomnie conditionnée chronique
Insomnie due à un autre trouble psychique	F51.05	Par ex. en cas de dépression ou d'anxiété
Insomnie liée à la consommation de substances, par ex. alcool	par ex. F10.8	
Insomnie, autre, non causée par une substance ou un état physique	F51.09	
Insomnie due à une maladie physique	G47.01	En relation avec le codage d'une maladie physique
Insomnie, non spécifique	G47.00	Lorsqu'une cause organique est suspectée, mais qu'elle n'est pas connue.

CIM-10: «Classification internationale des maladies» 10^e révision

Tableau 3: Anamnèse en cas d'insomnie [24]

Habitudes de sommeil	Rythme, durée, régularité, sommeil diurne (à midi ou le soir avant le coucher)
Environnement de sommeil	Environnement sonore, partenaire, sources lumineuses, appareils électroniques, température, aération
Déroulement de la journée	Attitude de ménagement ou stress accru
Développement de la maladie et déclencheurs	
Aspects chronobiologiques	Travail posté, chronotype, fréquence des changements de fuseaux horaires, particularités saisonnières
Hétéro-anamnèse sur la nuit	Pauses respiratoires, phénomènes moteurs, anomalies comportementales
Comorbidités psychiatriques	Dépression, trouble bipolaire, trouble schizophréniforme, trouble de stress post-traumatique, trouble anxieux, dépendance, trouble et facteurs de la personnalité (répression des émotions, perfectionnisme, neuroticisme)
Comorbidités neurologiques	Maladies neurodégénératives, syndrome des jambes sans repos, polyneuropathies, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, très rare: insomnie fatale familiale
Comorbidités internes	Anémie, hypothyroïdie, carence en vitamine B12, carence en fer, céphalées, hypertension artérielle, reflux, diabète sucré, maladie rénale ou pulmonaire chronique, infection par le VIH, tumeur maligne, maladie rhumatoïde et autres maladies inflammatoires chroniques, apnée du sommeil, ménopause, prurit intense, nycturie, insuffisance cardiaque
Anamnèse médicamenteuse	Antibiotiques (inhibiteurs de gyrase), antidépresseurs (surtout ISRS et IRSN), bêtabloquants, diurétiques, thiazides, inhibiteurs de l'ECA / ARA-II, préparations hormonales, lamotrigine, médicaments contre l'asthme, hypnotiques et substances Z
Anamnèse relative à la consommation de substances	Alcool, caféine, nicotine, substances illégales comme le THC, la cocaïne
Consommation de médias	Surtout le soir (et la nuit), au lit
Anamnèse familiale	Prédisposition génétique et historique d'apprentissage
Données biographiques	Situation familiale, situation professionnelle et financière, conflits interpersonnels, facteurs de stress psychosocial

ARA-II: antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; ECA: enzyme de conversion de l'angiotensine; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; substances Z: principes actifs appartenant au groupe des hypnotiques, dont font partie le zolpidem, la zopiclone et le zaleplon; THC: tétrahydrocannabinol.

organiques dans le chapitre de la neurologie et de la psychiatrie (chapitre G et F, G47.0 et F51.0), critères des insomnies non organiques (CIM-10 F51.0) voir tableau 1 et sous-types voir tableau 2.

Dans la pratique, plusieurs sous-types sont souvent présents simultanément et il est souvent difficile de faire la distinction entre insomnie primaire et secondaire. Par

conséquent, la convention est de coder l'insomnie séparément lorsqu'elle constitue un axe de traitement distinct. Les troubles associés à l'insomnie ne doivent pas être objectifs.

Dans la CIM-11, les troubles du sommeil sont présentés dans le chapitre 7 (tab. 1). La distinction est faite entre l'insomnie aiguë/d'ajustement (<3 mois) et l'insomnie chronique

(>3 mois, ou chronique récurrente épisodique pendant des années), mais pas entre l'insomnie primaire et secondaire ou d'autres sous-types.

Le diagnostic comprend une anamnèse exhaustive (tab. 3) sur les habitudes de sommeil, l'environnement de sommeil, le déroulement de la journée, l'évolution de la maladie, les déclencheurs et les aspects chronobiologiques, ainsi qu'une hétéro-anamnèse sur les anomalies nocturnes (pauses respiratoires, phénomènes moteurs tels qu'agitation des jambes et particularités comportementales) [24].

Il convient en outre de relever les comorbidités psychiatriques et somatiques, les troubles neurologiques et internes, ainsi que la prise de médicaments et de substances. Certains médicaments peuvent favoriser et entretenir les troubles du sommeil. L'alcool est souvent utilisé en auto-thérapie pour favoriser l'endormissement, mais il perturbe le sommeil à long terme. Les patientes et patients doivent être interrogés sur un éventuel abus de substances et d'hypnotiques, ainsi que sur une éventuelle dépendance, tant actuellement que par le passé, car des troubles du sommeil résistants au traitement peuvent persister même après des années d'abstinence. Il convient aussi de recueillir des données biographiques qui renseignent sur les facteurs de stress psychosociaux actuels.

Un examen physique et des analyses de laboratoire fournissent des indications supplémentaires sur d'éventuels facteurs organiques.

En cas de palpitations cardiaques nocturnes ou de signes de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie, un électrocardiogramme (ECG), un EEG et une imagerie cérébrale peuvent être réalisés en option.

La tenue d'un journal du sommeil et les échelles d'auto-évaluation, telles que l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI [25]), l'index de sévérité de l'insomnie (ISI [26]) et le questionnaire du sommeil A (SF-A [27]), constituent des instruments d'aide.

Bien que la somnolence diurne soit atypique chez les insomniaques, l'échelle de somnolence d'Epworth (ESS [28]) peut être utilisée en complément, car d'autres troubles du sommeil peuvent s'accompagner de symptômes d'insomnie et de somnolence diurne. L'inventaire de dépression de Beck (BDI [29]) sert à l'auto-évaluation des symptômes dépressifs, des valeurs légèrement élevées pouvant être dues exclusivement à des symptômes liés au sommeil.

En cas d'indices évoquant un trouble du rythme du sommeil ou une hygiène de sommeil insuffisante, une actimétrie est utile pour enregistrer à long terme les phases d'activité et de repos quotidiennes. À la fois le journal du

sommeil et l'actimétrie ne devraient être utilisés que sur une période limitée: un enregistrement permanent par les patientes et patients est plutôt le signe d'une auto-observation dysfonctionnelle.

En cas de suspicion de causes organiques ainsi qu'en cas d'insomnie résistante aux traitements, de populations professionnelles à risque et de suspicion d'un décalage notable entre le sommeil perçu et le sommeil mesurable, une polysomnographie est indiquée [30].

Diagnostiques différentiels de l'insomnie

Environ un tiers des patientes et patients souffrant d'insomnie chronique présentent un trouble psychiatrique comorbide [31]. Il est recommandé de recueillir de manière structurée des informations sur la consommation d'alcool et de caféine afin de faire la distinction avec les troubles liés à la consommation de substances [32, 33].

Des études récentes montrent des associations fréquentes avec le syndrome d'apnée du sommeil [34] et le syndrome des jambes sans repos (SJSR) [35]. En particulier en cas d'insomnie résistante aux traitements et de somnolence diurne élevée, il convient d'exclure des troubles respiratoires du sommeil et un SJSR comme cause [2].

Le trouble neurologique que constitue le SJSR peut être confondu avec une insomnie d'endormissement, car seule une petite partie des personnes concernées signalent les troubles lors de la consultation médicale. Des échelles d'auto-évaluation validées sont disponibles pour le dépistage et le suivi thérapeutique [36, 37].

Chronobiologie

Certains types d'insomnie peuvent résulter d'une désynchronisation entre le rythme circadien individuel et le rythme veille-sommeil. L'insomnie avec difficultés d'endormissement peut être due à une phase circadienne retardée, tandis que l'insomnie avec réveil précoce peut être caractérisée par une phase circadienne avancée. Les deux types sont souvent chroniques [38].

Étant donné qu'il existe un certain chevauchement des symptômes entre l'insomnie et les troubles du rythme circadien veille-sommeil (TRCVS), un décalage de phase circadienne devrait être considéré comme une cause possible. Un élément de différenciation diagnostique est que les symptômes s'améliorent lorsque les personnes souffrant de TRCVS suivent leur rythme veille-sommeil préféré [39].

Procédés thérapeutiques

Approches thérapeutiques non pharmacologiques

Il est tout d'abord recommandé de documenter les habitudes de sommeil actuelles à l'aide d'un journal du sommeil sur 7-14 jours, qui devrait par ex. inclure les questions suivantes:

- À quelle heure la personne s'est-elle couchée?
- Temps nécessaire pour s'endormir?
- Y a-t-il eu des réveils nocturnes (nombre, durée, attitude)?
- Quand la personne s'est-elle définitivement réveillée?
- La personne dort-elle pendant la journée (quand, combien de temps)?
- Que consomme la personne (médicaments, alcool, drogues, nicotine)?

Sur la base de ces informations, des règles spécifiques d'hygiène du sommeil peuvent être inculquées, comme par exemple:

- renoncer aux substances stimulantes à partir de midi;
- ne pas consommer d'alcool pendant au moins deux heures avant le coucher;
- ne pas manger ou boire en grande quantité avant le coucher;
- créer une atmosphère de sommeil agréable;
- pratiquer une activité sportive régulière en journée (au moins 3 × 50 minutes par semaine), pas en soirée;
- éviter la lumière vive (attention: exposition aux écrans) lors des réveils nocturnes;
- ne pas regarder son réveil / sa montre;
- adopter des heures de lever et de coucher régulières;
- établir un rituel d'endormissement;
- observer une phase de calme avant le coucher.

Les éléments centraux du traitement comprennent des techniques de thérapie cognitivo-comportementale avec des méthodes de relaxation, des règles pour un sommeil sain, la restriction du sommeil, le contrôle des stimuli et des techniques cognitives.

Psychothérapie spécifique

Selon les lignes directrices actuelles, la TCC-I est le traitement psychothérapeutique privilégié de l'insomnie chez les adultes de tout âge [1, 40]. Elle consiste en 4-8 séances structurées avec les composantes suivantes (tab. 4): psychoéducation et recommandations pour un sommeil sain, exercices de relaxation, restriction du temps passé au lit, contrôle des stimuli et thérapie cognitive.

Diverses études et méta-analyses ont montré l'efficacité de la TCC-I chez les personnes souffrant d'insomnie avec ou sans comorbidités. De plus, en cas de maladies psychiatriques et d'insomnie comorbide, la TCC-I peut influencer positivement les symptômes des deux troubles [41]. La TCC-I est donc aussi recommandée pour d'autres maladies psychiatriques.

À court terme, la TCC-I présente une efficacité comparable à celle des hypnotiques, mais à long terme, la TCC-I a un effet plus durable. Elle est donc le traitement de choix de l'insomnie chronique, surtout en raison du risque de développement d'une tolérance et d'une dépendance sous benzodiazépines (BZ) ou agonistes des récepteurs des BZ (ARBZ).

La TCC-I est réalisée soit individuellement, soit en groupe. Il existe plusieurs manuels de TCC-I [42-44]. Récemment, différentes versions ont été évaluées, telles que la TCC-I par internet, la TCC-I d'auto-assistance

Tableau 4: Composantes thérapeutiques de la TCC-I

Psychoéducation et recommandations pour un sommeil sain: La psychoéducation comprend des informations sur le sommeil normal et les changements de comportement (par ex. activité physique, consommation de café et d'alcool) et d'environnement (par ex. conditions de lumière, de bruit et de température), qui fournissent à l'individu les bases d'un sommeil sain.

Restriction du sommeil: Il s'agit d'une composante de thérapie comportementale qui vise à augmenter l'efficacité du sommeil en réduisant le temps passé au lit et en augmentant ainsi la pression et la profondeur du sommeil.

Contrôle des stimuli: Dans cette composante, le lit, l'heure du coucher et la chambre à coucher sont à nouveau associés à la somnolence et non à l'excitation.

Entraînement à la relaxation: L'objectif est de réduire la suractivité physique et cognitive par la relaxation musculaire et l'entraînement méditatif.

Thérapie cognitive: Cette thérapie vise à réduire les préoccupations excessives liées à l'insomnie. Les idées dysfonctionnelles sur l'origine et les conséquences de l'insomnie sont remplacées par des pensées plus équilibrées.

TCC-I: thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie.

Tableau 5: Aperçu des classes de substances utilisées dans l'insomnie

Substances	Niveau de preuves	Recommandation
Benzodiazépines (BZ) <i>Diazépam, flurazépam, nitrazépam, oxazépam, témazépam, triazolam</i>	Bonnes preuves	À n'utiliser que sur une courte durée (≤ 4 semaines), fort potentiel de dépendance.
Agonistes des récepteurs des benzodiazépines (ARBZ) <i>Zolpidem, zopiclone (substances Z)</i>	Bonnes preuves	À n'utiliser que sur une courte durée (≤ 4 semaines), plus favorables que les BZ en cas d'utilisation prolongée.
Antidépresseurs sédatifs¹ <i>Agomélatine, amitriptyline, doxépine², mirtazapine, trazodone, trimipramine</i>	Preuves modérées dans l'insomnie primaire	Utiliser en cas de nécessité de pharmacothérapie à long terme ainsi qu'en cas d'insomnie et de symptômes dépressifs. Prendre en compte les EIM.
Antipsychotiques¹ <i>Chlorprothixène, olanzapine, promazine, quétiapine</i>	Peu de preuves	Ne sont généralement pas recommandés.
Antihistaminiques	Preuves modérées, tolérance rapide	Ne sont généralement pas recommandés.
Mélatonine à libération prolongée	Preuves hétérogènes, faibles effets, peu d'EIM	N'est généralement pas recommandée chez les adultes. Possiblement efficace chez les enfants et les adolescents. Autorisée en Suisse pour le traitement de l'insomnie primaire chez les personnes âgées de >55 ans.
Phytothérapeutiques <i>Valériane, houblon, mélisse, passiflore</i>	Peu de preuves, peu d'EIM	Appropriés comme option à bas seuil avec une acceptation élevée.
Doubles antagonistes des récepteurs de l'orexine (DORA) <i>Daridorexant, Lemborexant², Suvorexant²</i>	Preuves disponibles; pas de développement de tolérance ou d'insomnie de rebond dans les études pivots	Le daridorexant est autorisé en Suisse depuis fin 2022 pour l'insomnie chronique avec altération substantielle de l'activité diurne.

1 Non autorisés en CH pour cette indication.

2 Autorisé uniquement aux États-Unis pour cette indication.

EIM: effets indésirables médicamenteux.

et les versions courtes (1–4 séances). L'efficacité des diverses composantes de la TCC-I a aussi été étudiée, la restriction du temps passé au lit s'étant avérée être la composante la plus efficace. L'efficacité des versions de la TCC-I mentionnées ainsi que des thérapies à composantes individuelles est toutefois inférieure à celle de la TCC-I traditionnelle. Actuellement, des adaptations de la TCC-I sont en cours pour les personnes gravement malades dans le contexte d'un traitement psychiatrique stationnaire («Become your own SLEEPexpert») [45]. Les programmes de thérapie du sommeil basés sur internet ne sont pas encore autorisés en Suisse.

Pharmacothérapie

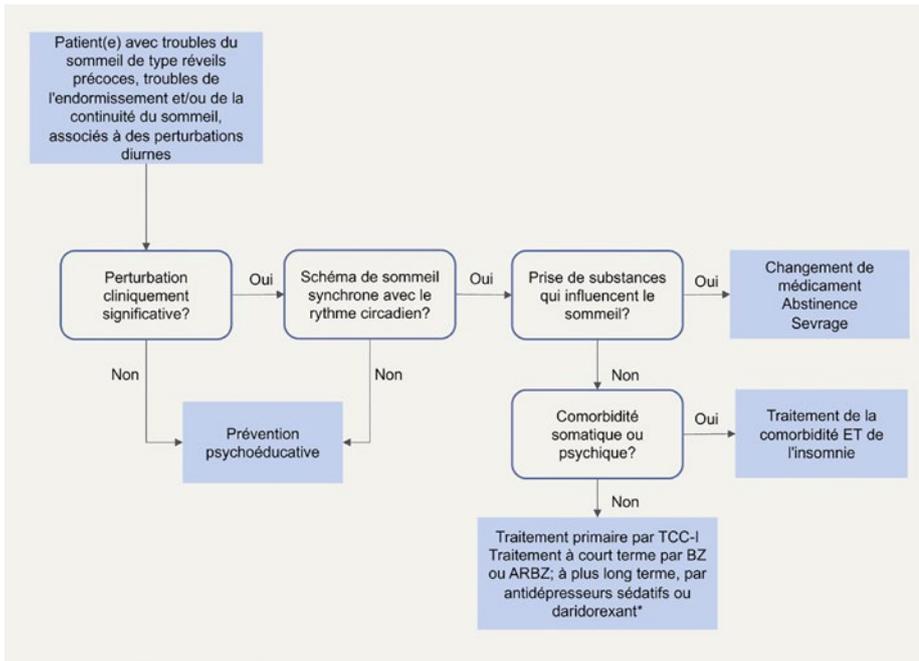
Diverses classes de substances sont disponibles pour la pharmacothérapie (tab. 5). Des méta-analyses ont montré que les BZ et les ARBZ (aussi appelées substances Z) peuvent améliorer la qualité du sommeil de manière subjective et objective dans le traitement à court terme de l'insomnie (≤ 4 semaines) [46, 47].

L'effet des ARBZ semble rester stable [1], leur utilisation est donc préférable à celle des BZ. Les stratégies possibles pour le long terme sont l'utilisation intermittente (par ex. 3×/semaine), la diminution lente sous TCC-I ou le remplacement par des antidépresseurs sédatifs ou du daridorexant (cf. ci-dessous).

Il existe des preuves de l'efficacité des antidépresseurs sédatifs à faible dose en cas d'insomnie primaire [48], même si ceux-ci ne sont pas autorisés en Suisse pour l'indication de l'insomnie. La doxépine a néanmoins été autorisée aux États-Unis pour l'indication de l'insomnie. Dans une méta-analyse, la trazodone a montré des effets modérés sur la qualité subjective du sommeil et le taux de réveil nocturne [49]. Dans plusieurs études, une faible dose de mirtazapine a également prolongé la durée totale du sommeil, amélioré l'efficacité du sommeil et augmenté la qualité subjective du sommeil [50–52]. Il existe aussi de faibles preuves positives pour la trimipramine [53]. En cas d'insomnie primaire, les antidépresseurs sédatifs sont une alternative possible aux ARBZ, surtout en cas d'utilisation prolongée et lorsque la TCC-I n'est pas disponible. Cependant, les effets indésirables (EI) potentiels doivent être soigneusement mis en balance avec l'effet attendu.

Il n'existe pas de méta-analyses sur les antipsychotiques sédatifs en cas d'insomnie [1]. En raison d'un profil d'EI défavorable et de preuves insuffisantes, la quétiapine est déconseillée en cas d'insomnie [54].

La qualité méthodologique des études sur les produits phytothérapeutiques est globalement faible. Une méta-analyse sur la valériane a trouvé de légers effets positifs sur la qualité subjective du sommeil, avec une absence quasi-totale d'EI [55]. Toutefois, les produits phytothérapeutiques sont bien acceptés par la population, raison pour laquelle ils peuvent être utilisés plus volontiers que les préparations synthétiques [56]. La prudence est de mise avec les préparations contenant de l'éthanol comme agent d'extraction.



© Springer-Verlag 2009; modification, traduction et reproduction avec l'autorisation de l'éditeur.

Figure 1: Algorithme pour le traitement de l'insomnie modifié selon les lignes directrices S3 de la Société allemande de recherche sur le sommeil et de médecine du sommeil (DGSM) [2].

* pour le daridorexant, preuves pour l'instant issues uniquement des études pivots
BZ: benzodiazépines; ARBZ: agonistes des récepteurs des benzodiazépines; TCC-I: thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie.

Les antihistaminiques ont un effet léger à modéré de courte durée sur l'insomnie. Ils ne sont toutefois pas recommandés en raison du développement rapide d'une tolérance [57]. La mélatonine est autorisée en Suisse pour le traitement de l'insomnie chez les personnes de plus de 55 ans. Une méta-analyse récente a montré que la mélatonine n'a pas d'effet significatif sur la latence d'endormissement, la durée totale du sommeil et l'efficacité du sommeil chez les adultes. En revanche, elle a amélioré la latence d'endormissement et la durée totale du sommeil chez les enfants et les adolescentes et adolescents [58].

Une autre option thérapeutique autorisée en Suisse depuis 2022 est le daridorexant, un double antagoniste des récepteurs de l'orexine (DORA) qui inhibe l'hyperéveil de l'insomnie [59]. En plus de favoriser l'endormissement et la continuité du sommeil, il a des effets positifs sur le bien-être et le fonctionnement diurnes, sans signes de développement d'une tolérance ou d'insomnies de rebond dans les études pivots [60]. Comme ce médicament n'est pas disponible depuis aussi longtemps que les antidépresseurs sédatifs, l'expérience d'utilisation acquise est bien inférieure à celle des antidépresseurs sédatifs.

Résumé

L'insomnie est un trouble de la régulation veille-sommeil avec hyperéveil. Elle survient souvent de façon comorbide et contribue à

l'apparition et à l'évolution d'autres affections. Le risque de chronicisation est élevé. L'insomnie devrait dès lors, si possible, être une priorité du traitement. La figure 1 présente un algorithme de prise en charge de l'insomnie.

Les recommandations thérapeutiques spécifiques incluent à la fois des interventions psychothérapeutiques et pharmacothérapeutiques. Concernant la psychothérapie, la TCC-I s'est imposée. Quant aux médicaments, les hypnotiques tels que les BZ et les ARBZ ne devraient être prescrits qu'à court terme. Les antidépresseurs sédatifs sont une alternative. Les DORA visent moins une sédation qu'une diminution de l'hyperéveil. L'enseignement des règles d'hygiène du sommeil constitue la base de tout traitement de l'insomnie.

Correspondance

PD Dr méd. Thorsten Mikoteit
Psychiatrische Dienste Solothurn
Weissensteinstrasse 102
CH-4503 Solothurn
thorsten.mikoteit[at]spital.so.ch

Funding Statement

MG: Subventions de la Frutiger Foundation et de la Emdo Foundation. CZ: Prise en charge de frais d'inscription et de voyage par Clenia Schlössli AG Psychiatriezentrum Wetzikon (SIG Meetings de la SSSSC Psychiatry and Sleep 2022 et 2023).

Conflict of Interest Statement

Aucune organisation commerciale n'a soutenu financièrement l'élaboration de ces recommandations de traite-

ment suisses du Groupe d'Intérêt Spécial «Sommeil & Psychiatrie» de la SSSSC.

TM: Subventions d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd. pour des prestations de consultant/la participation au conseil consultatif et frais de cours, soutien de Schwabe AG pour la participation à des congrès/frais de voyage. JGA: Subventions d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd (Expert meeting on Insomnia – Phase III Study on DORA; Advisory Board Meeting 2023), participation aux frais de voyage de Schwarz Pharma. MG: Honoraires de conférencier de l'association Trialog und Antistigma Schweiz. CI: Honoraires de conférencier de Schwabe, Lundbeck, OM Pharma, Servier; soutien de manifestations éducatives (à l'attention de l'institution) par Schwabe, Lundbeck, OM Pharma, Servier, Recordati, Janssen, Mepha, Sandoz, Zeller; subventions (à l'attention de l'institution) de Schwabe et OM Pharma pour la participation à des manifestations/frais de voyage; subventions de Lundbeck et OM Pharma pour la participation à des comités consultatifs; actions ou options sur actions de YLAH Blended psychotherapy (www.ylah.ch). CN: Honoraires de consultant (à l'attention de la personne elle-même et de l'institution) d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd, Lundbeck et Janssen; brevet UE «Sleep-based detection and intervention system for the treatment of major depressive disorder» (n° 21202960.7). HS: Honoraires de conférencier d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd (FOMF webup seminar June 2023). SW: Frais de congrès et d'hôtel (cours SSSSC sur l'insomnie). MH: Honoraires d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd. pour la participation à un comité consultatif, honoraires de conférencier de Schwabe Pharma AG. Les autres auteurs et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.



Références

La liste complète des références est disponible sur:
<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2023.1316824571>.