

Comment évaluer un problème d'insomnie ?

par Bernard Guay
et Charles M. Morin

Le patient qui est venu vous consulter se plaint d'un mal d'épaule. Vous avez diagnostiqué une tendinite et lui avez proposé un traitement. Vous êtes debout, près de la porte, vous vous apprêtez à aller chercher le patient suivant, lorsqu'il vous dit : « Docteur, j'avais oublié de vous dire que je dors mal. »

Vous vous impatientez, il y a plusieurs patients dans la salle d'attente, vous êtes en retard. Comment allez-vous trouver rapidement une solution satisfaisante à ce problème ?

Epidémiologie

Une vaste étude épidémiologique américaine¹ a révélé que 35 % de la population adulte a été affectée par l'insomnie au cours de la dernière année ; 17 % de ces personnes affirment que leur problème est sérieux. Parmi les sujets souffrant d'insomnie grave, il s'agit, pour la plupart, de personnes âgées et de femmes. On a découvert aussi, chez ces sujets plus que chez les autres, une forte détresse psychique, de l'anxiété somatique, des symptômes ressemblant à la dépression majeure ainsi que plusieurs autres problèmes de santé.

Souvent, l'insomnie est secondaire à un trouble physique comme des douleurs arthritiques, ou encore à des troubles anxieux. L'insomnie est donc un problème de santé² important, qui affecte profondément l'humeur et l'efficacité.

Définition et classification

La classification généralement utilisée pour les troubles du sommeil est celle du Manuel diagnostique et statistique

Le Dr Bernard Guay, omnipraticien, est professeur adjoint de clinique à l'Université Laval et exerce au département de psychiatrie du Centre hospitalier Robert-Giffard ainsi qu'au Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS) du même hôpital, à Québec. M. Charles M. Morin, Ph. D., est professeur titulaire de psychologie à l'Université Laval et directeur du CETS.

des troubles mentaux (*DSM-IV*)^{3,4}. Ce dernier classe les troubles du sommeil en primaires et en secondaires. L'insomnie primaire se définit par une difficulté à amorcer ou à maintenir le sommeil, ou un sommeil non récupérateur pour au moins un mois. Ce trouble du sommeil, ou la fatigue diurne associée, causent une détresse clinique significative ou une détérioration du fonctionnement social et professionnel, ou dans d'autres sphères importantes de la vie. Le diagnostic d'insomnie primaire se fait par exclusion, et il faut donc éliminer les causes d'insomnie secondaire.

L'insomnie secondaire, quant à elle, peut être due aux effets physiologiques directs d'une substance, à un problème médical d'ordre général, à une maladie psychiatrique ou à une autre maladie liée au sommeil (*figure 1*).

Les difficultés que pose le diagnostic

L'évaluation de l'insomnie ou d'un autre trouble du sommeil, tout comme celle de la fatigue ou des étourdissements, est complexe et exige du temps et une démarche systématique. Les patients se plaignent de problèmes divers : ils disent qu'ils ne dorment pas, qu'ils se réveillent trop tôt, que leur sommeil n'est pas réparateur, qu'ils se sentent somnolents durant la journée, etc. Souvent, l'évaluation est escamotée et le traitement est amorcé prématurément.

Une étude¹⁰ menée auprès de 501 omnipraticiens a montré que, pour évaluer les problèmes d'insomnie, les médecins ne posent que 2,5 questions. Dement¹¹ dit que les médecins s'abstiennent de poser des questions sur les

Algorithme pour déterminer les causes de l'insomnie

Première étape

Insomnie

Anamnèse

Est-ce qu'un médicament favorise l'insomnie ?⁵

Si oui, corriger la situation.

Deuxième étape

Sinon, déterminer la composante.

Physique

Psychiatrique

Maladies liées au sommeil

Surtout douleur ou troubles physiques insuffisamment maîtrisés

Surtout anxiété et dépression

- Écarter :
- Narcolepsie
 - Apnée du sommeil
 - Syndrome des jambes sans repos
 - Mouvements périodiques des membres pendant le sommeil
 - Somnambulisme
 - Cauchemars
 - Terreurs nocturnes
 - Perturbation du cycle circadien

Évaluer minutieusement le trouble médical ; prescrire des épreuves de laboratoire, au besoin.

Circonscrire le diagnostic et adresser le patient à un spécialiste, le cas échéant.

Le cas échéant, adresser le patient à un laboratoire de polysomnographie (voir l'encadré).

Troisième étape

Insomnie primaire

Insomnie secondaire

Quatrième étape

Traitement pharmacologique

Traitement non pharmacologique

Traitement spécifique de la cause sous-jacente

- Interventions non pharmacologiques spécifiques :
- contrôle par stimulus⁷
 - restriction du sommeil⁸

- Interventions non pharmacologiques non spécifiques :
- techniques de relaxation⁹

Évaluer la possibilité d'arrêter la pharmacothérapie, particulièrement les benzodiazépines⁵.

Réévaluer l'efficacité de tous les traitements.

problèmes de sommeil parce qu'ils ne sont pas capables de les alléger. Lorsqu'un traitement est démarré, la prescription d'un médicament hypnotique est souvent le seul geste thérapeutique envisagé.

De plus, la grande majorité des patients aux prises avec l'insomnie ne va pas chercher de traitement médical. Une auteure¹² a formulé les trois hypothèses suivantes pour expliquer ce phénomène :

1. Manque de formation des médecins dans le domaine des troubles du sommeil.
2. Le pessimisme en relation avec l'efficacité du traitement, partagé par les patients et les médecins.
3. Le temps limité du médecin.

On pourrait aussi ajouter que certains patients peuvent craindre qu'on n'accorde pas assez d'importance à leur problème. D'autres, s'imaginant qu'il n'existe qu'un traitement pharmacologique capable de corriger le trouble, refuseront de consulter le médecin.

Dans cet article, nous proposons une démarche structurée pour aider l'omnipraticien à évaluer adéquatement ce problème épineux, et n'en aborderons le traitement que succinctement.

La démarche (figure 1)

La démarche que nous suggérons s'inspire des quatre étapes classiques d'une évaluation médicale.

1. Isoler la demande pour en faire l'historique ;
2. Faire les examens appropriés ;
3. Préciser le diagnostic ;
4. Proposer un traitement.

Isoler la demande pour en faire l'historique

C'est l'étape la plus importante, et on doit y consacrer

le temps nécessaire. Une anamnèse détaillée est souvent le type d'évaluation le plus utile d'un cas d'insomnie. Face à la plainte du patient, le médecin se sent souvent obligé de donner une réponse rapidement. Il devrait donc expliquer à son patient que l'évaluation de ce problème est complexe, et qu'elle devrait faire l'objet de trois ou quatre rendez-vous.

Il serait utile de fixer immédiatement un rendez-vous au patient, et de le consacrer exclusivement à ce problème. En attendant ce rendez-vous, le patient remplira le questionnaire proposé (figure 2). Ce questionnaire lui permettra de réfléchir à son problème et facilitera au médecin la collecte d'informations. Si nous remettons ce questionnaire au patient, nous lui confirmons que nous accordons de l'importance à sa plainte et établissons, par la même voie, une sorte de lien contractuel avec lui.

Ce questionnaire est inspiré de la classification du *DSM-IV*, laquelle est facile à consulter. Les points A à E correspondent exactement aux critères diagnostiques de l'insomnie primaire du *DSM-IV*.

Commentaires sur le questionnaire. Les questions de la section C nous permettent de déceler, le cas échéant, une maladie spécifique.

Questions : maladies à exclure.

C 1 Narcolepsie

C 2, 3 Apnée du sommeil

C 4 Syndrome des jambes sans repos et (ou) mouvements périodiques des membres pendant le sommeil

C 6 Parasomnie

C 7 Trouble du cycle circadien.

Les questions 2, 3 et 4 de la section D peuvent nous aider à déceler un trouble anxieux, tandis que les questions 5, 6 et 7 nous permettent de dépister un épisode dépressif.

Indications de la polysomnographie⁶

L'examen polysomnographique nocturne comprend : EEG, saturométrie de l'oxygène artériel, diverses polygraphies, du cœur ou du muscle mentonnier, par exemple, pour détecter les mouvements périodiques des jambes, les mouvements respiratoires avec bande thoracique et abdominale, ainsi que les mouvements nasobuccaux et oculaires. Cet examen est indiqué dans les cas suivants :

- Soupçon d'une cause organique telle que le syndrome des jambes sans repos, des mouvements périodiques des jambes et d'apnée du sommeil ;
- Insomnie sévère, sans cause évidente, et résistante aux traitements ;
- Insomnie chronique avec escalade thérapeutique ;
- Plainte subjective de somnolence diurne excessive.

Questionnaire sur les troubles du sommeil

Nom du patient : _____

Date : _____

- A**
1. Avez-vous du mal à vous endormir ? oui n non n
 2. Vous réveillez-vous en plein milieu de la nuit, et retrouvez-vous le sommeil difficilement ? oui n non n
 3. Vous réveillez-vous trop tôt le matin, sans être capable de vous rendormir ? oui n non n
 4. Avez-vous l'impression que votre sommeil n'est pas réparateur ? oui n non n
 5. Vous sentez-vous reposé au lever ? oui n non n
 6. Est-ce que votre problème dure depuis plus de un mois ? oui n non n
 7. Est-ce que vous éprouvez des problèmes de sommeil plus de deux ou trois nuits par semaine ? oui n non n

- B**
1. Est-ce que ce trouble du sommeil (ou la fatigue durant le jour) entraîne chez vous des anomalies de fonctionnement importantes ? (exemples : problèmes de concentration, perte de mémoire, irritabilité, sautes d'humeur, etc.) oui n non n
 2. Êtes-vous préoccupé par vos troubles du sommeil et par leurs répercussions sur votre fonctionnement durant le jour ? oui n non n

- C**
1. Êtes-vous affecté par des attaques subites de sommeil durant le jour ? oui n non n
 2. Est-ce que vous ronflez ? oui n non n
 3. Est-ce que votre conjoint vous a déjà dit que vous ronflez ou que vous faites des pauses respiratoires ? oui n non n je ne sais pas n
 4. Avez-vous des fourmillements ou des crampes dans les jambes, ou ressentez-vous le besoin de les bouger, au point que cela vous empêche de dormir ? oui n non n
 5. Est-ce que vous êtes somnambule ? oui n non n
 6. Est-ce que vous avez des cauchemars ou des terreurs nocturnes ? oui n non n
 7. Est-ce que vous travaillez sur un horaire rotatif ? oui n non n

- D**
1. Souffrez-vous actuellement de dépression, de troubles anxieux ou de stress ? oui n non n
 2. Avez-vous de la difficulté à vous détendre ? oui n non n
 3. Êtes-vous une personne qui redoute le pire ? oui n non n
 4. Avez-vous des tremblements, des étourdissements, des troubles digestifs ou des palpitations ? oui n non n
 5. Êtes-vous particulièrement découragé quant à l'avenir ? oui n non n
 6. Avez-vous perdu l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ? oui n non n
 7. Êtes-vous aussi productif que d'habitude ? oui n non n

- E**
1. Est-ce qu'un changement récent dans votre traitement médicamenteux

- a pu contribuer à votre trouble du sommeil ? oui n non n je ne sais pas n
2. Faites la liste de tous les médicaments d'ordonnance que vous prenez habituellement.

 3. Faites la liste de tous les médicaments en vente libre que vous prenez habituellement.

 4. Faites la liste de tous les médicaments que vous prenez occasionnellement.

 5. Prenez-vous ou non des médicaments d'ordonnance pour dormir ? oui n non n
Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?

 6. Est-ce que vous consommez de l'alcool ? oui n non n
 7. Quelle est votre consommation habituelle d'alcool par jour ou par semaine ?
_____ bières/jour ; _____ bières/semaine ; _____ vin/jour ; _____ vin/semaine.
 8. Est-ce que vous prenez de l'alcool pour vous endormir plus facilement ? oui n non n
 9. Croyez-vous qu'une maladie physique peut causer vos troubles du sommeil ? oui n non n
 10. Est-ce qu'une douleur peut perturber votre sommeil ? oui n non n
 11. Votre sommeil est-il interrompu par la nécessité d'aller uriner ? oui n non n

Questions supplémentaires

1. Mon trouble du sommeil persiste depuis _____ an ; _____ mois.
2. Mon trouble du sommeil est régulier n occasionnel n
Précisez le nombre de nuits par semaine : _____
3. Est-ce qu'il y a un facteur qui a déclenché votre trouble du sommeil ? oui n non n
Si oui, lequel ? _____
4. Est-ce qu'il y a dans votre famille des personnes ayant des problèmes de sommeil ? oui n non n
Si oui, précisez : _____
5. Suivez-vous un rituel lorsque vous allez vous coucher ? oui n non n
6. Décrivez une nuit habituelle de sommeil :
Heure du coucher _____
Temps jusqu'à l'endormissement en minutes _____
Heure du réveil _____
Nombre de réveils durant la nuit _____
Temps en minutes passé éveillé entre l'heure où vous vous endormez et l'heure où vous vous réveillez le matin _____
Est-ce que votre sommeil est interrompu par une cause extérieure : bruit, téléphone, conjoint, enfant, etc ? oui n non n

Mesures non pharmacologiques pour contrer l'insomnie

Cochez les cases correspondant à chaque exemple pour lequel vous croyez que vous pourriez améliorer vos habitudes de vie en rapport avec le sommeil.

n 1. Dormir dans un cadre propice au sommeil.

Une chambre sombre, où il ne fait ni trop froid ni trop chaud, et dans laquelle les bruits venant de l'extérieur sont étouffés, ainsi qu'un lit confortable, sont des facteurs favorisant le sommeil.

n 2. Éviter les stimulants pendant la soirée.

La consommation de café, de thé, de cola, de chocolat et de cigarettes après 18 h a un effet stimulant. Il faut éviter d'en consommer dans les heures précédant le coucher.

n 3. Ne pas prendre de repas copieux avant d'aller au lit.

Il est difficile de s'endormir lorsque l'estomac est trop plein. En plus de la gêne qu'on ressent, on risque d'avoir besoin d'aller uriner plus souvent pendant la nuit. Pour certaines personnes, cependant, une légère collation peut par contre prévenir la sensation désagréable d'avoir faim.

n 4. Ne pas prendre d'alcool ou de drogues pour essayer de trouver plus facilement le sommeil.

En début de nuit, par son effet dépressur, l'alcool peut promouvoir l'endormissement, mais par la suite, le sommeil devient plus léger, et les réveils nocturnes sont plus fréquents.

n 5. Faire de l'exercice physique.

L'exercice physique en fin d'après-midi favorise le sommeil. Lorsqu'on se sent fatigué physiquement, le sommeil vient plus facilement. Par contre, l'activité physique en soirée a un effet stimulant, peu propice au sommeil.

n 6. S'exposer à la lumière du jour.

La lumière du jour est plus intense que la lumière artificielle et c'est un puissant régulateur de l'horloge biologique interne.

n 7. Le matin, se lever toujours à la même heure.

L'horloge biologique du cerveau régularise notre fonctionnement. La température, la tension artérielle ainsi que les taux des différentes hormones varient selon l'heure de la journée, en suivant un cycle régulier. Il est essentiel d'adopter une heure régulière de coucher et de lever pour maintenir la synchronisation de toutes ses fonctions biologiques. Se lever à une heure régulière est plus important que de se coucher à une heure régulière, même si l'on a mal dormi la nuit précédente.

n 8. Éviter les siestes pendant la journée.

Le jour doit être consacré aux activités, et la nuit, au sommeil. Si on dort le jour, on diminue la qualité et la quantité du sommeil la nuit. Si on se couche fatigué, on ne dormira que mieux. Il faut éviter à tout prix de se coucher en fin d'après-midi car, à ce moment, le sommeil est profond et on risque de moins bien dormir la nuit.

n 9. Déterminer le nombre optimal d'heures de sommeil.

Chaque personne a des besoins différents pour ce qui est du nombre d'heures de sommeil, et cela peut varier selon son état de santé. Habituellement, un adulte en bonne santé doit dormir de six à huit heures. Une étude a démontré que dans le cas des personnes dormant moins de quatre heures ou plus de neuf heures, le taux de mortalité est plus élevé. Il faut se souvenir qu'avec l'âge, on a moins besoin de sommeil et que celui-ci est moins réparateur.

n 10. Réserver la chambre à coucher au sommeil ou aux rapports sexuels.

Il ne faut pas lire au lit, écouter de la musique, regarder la télévision, etc. La chambre à coucher doit être associée au sommeil.

n 11. Quitter le lit si le sommeil ne vient pas.

Il faut associer le lit au sommeil, non aux frustrations et aux inquiétudes. Si le sommeil ne vient pas au bout de 20 minutes, il est recommandé de se lever et de s'adonner à une activité monotone ou répétitive, demandant peu d'effort physique (par exemple, classement de papiers, rangement d'un tiroir, etc.).

n 12. Pratiquer une technique de relaxation.

La relaxation en fin de soirée favorise le sommeil. Il existe différentes techniques de relaxation : yoga, respiration profonde, relaxation progressive de Jacobson et *training* autogène de Schultz. Un médecin peut vous conseiller à ce sujet. Les bains chauds pris juste avant de se coucher ont un effet stimulant et peuvent nuire au sommeil. Il est préférable de prendre un tel bain deux heures avant de se coucher.

À la section E, nous révisons les médicaments pris par le patient ; on peut ainsi déterminer si l'un d'entre eux peut contribuer à son problème. Les questions supplémentaires aident à préciser la gravité du trouble. Le questionnaire sur les mesures non pharmacologiques (*tableau I*) pour contrer l'insomnie permet au patient de voir s'il peut améliorer certains aspects de son mode de vie et l'oblige à réfléchir et à s'impliquer dans le processus d'évaluation.

Lors du rendez-vous suivant, le médecin revoit le questionnaire sur les troubles du sommeil que le patient a rempli, et le verse ensuite au dossier. Comme à la section E le patient a inscrit les médicaments qu'il achète avec ou sans ordonnance, le médecin peut évaluer sur-le-champ si l'un d'entre eux peut le rendre insomniaque ou s'il existe une relation temporelle entre la prise d'un nouveau médicament et l'insomnie.

La tenue d'un journal du sommeil, qui apportera au patient comme au médecin des informations importantes sur le sommeil, peut faire l'objet du deuxième rendez-vous¹³ (*figure 3*). Ce journal permet de préciser les caractéristiques du sommeil et les facteurs aggravant l'insomnie, ainsi que la fréquence et la gravité du trouble. Lorsqu'on explique l'importance de ce journal au patient, habituellement il le tient rigoureusement. Celui-ci doit consigner ses observations dans ce journal durant plusieurs semaines, période pendant laquelle le médecin mène à terme son évaluation, laquelle permet habituellement de confirmer ses premières impressions. Il lui sera ensuite d'autant plus facile d'expliquer le diagnostic en le reliant aux notes prises par le patient dans son journal.

FIGURE 3

Instructions pour le journal du sommeil (voir au verso)

Afin de vous aider à mieux comprendre votre problème de sommeil, on doit connaître certains détails sur vos habitudes de sommeil. Le matin, quand vous vous levez, veuillez répondre à chacune des 10 questions inscrites dans votre journal du sommeil. Il est important que vous teniez ce journal tous les matins. Il vous est bien sûr difficile, voire impossible, de savoir combien de temps s'écoule avant de vous endormir ou quel est le nombre de minutes ou d'heures pendant lesquelles vous êtes resté éveillé la nuit. C'est la raison pour laquelle on vous demande une estimation aussi réaliste que possible. Pour illustrer la façon dont vous devriez tenir ce journal, à la première colonne, on vous donne un exemple et des explications pour chaque question.

1. **Siestes.** Vous devriez noter toutes les siestes, même celles qui n'étaient pas intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes assoupi devant la télévision durant 10 minutes, il faut le noter. N'oubliez pas de spécifier si vous avez fait la sieste dans la matinée (a.m.) ou dans l'après-midi (p.m.).
 2. **Aides au sommeil.** Vous devriez inscrire tant les médicaments prescrits par un médecin que ceux qui sont en vente libre, ainsi que l'alcool que vous consommez pour essayer de mieux dormir.
 3. **Heure du coucher.** Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous couchez et à laquelle vous éteignez les lumières. Si vous vous couchez à 22 h 45, mais que vous n'éteignez qu'à 23 h 15, vous devriez inscrire les deux.
 4. **Temps d'endormissement.** Estimez au mieux le temps que vous avez mis à vous endormir après avoir éteint l'éclairage dans l'intention de dormir.
 5. **Nombre d'éveils.** Il s'agit du nombre de fois où, selon vos souvenirs, vous vous êtes réveillé la nuit dernière.
 6. **Durée des périodes d'éveil.** Estimez au mieux le nombre de minutes que vous avez passées sans dormir pendant chaque période d'éveil. S'il vous est impossible de le faire, estimez le nombre de minutes que vous avez passées éveillé au total pendant toutes vos périodes d'éveil, sans compter le dernier réveil du matin, puisque cette information devrait être notée à la rubrique 7.
 7. **Réveil du matin.** Vous noterez ici l'heure de votre dernier réveil, le matin. Si vous vous êtes réveillé à 4 h et ne vous êtes plus rendormi, c'est l'heure qu'il vous faudra y inscrire. Cependant, si vous vous êtes réveillé à 4 h, mais que vous vous êtes rendormi ne serait-ce que pour un bref laps de temps (par exemple, entre 6 h et 6 h 20), alors vous devriez considérer que votre dernier réveil a eu lieu à 6 h 20.
 8. **Heure du lever.** C'est l'heure de la journée à laquelle vous êtes sorti du lit.
 9. **Impression au lever.** Veuillez utiliser l'échelle à cinq points qui suit :

1 = épuisé ;	2 = fatigué ;	3 = moyen ;	4 = plutôt reposé ;	5 = très reposé.
--------------	---------------	-------------	---------------------	------------------
 10. **Qualité du sommeil.** Veuillez utiliser l'échelle à cinq points qui suit :

1 = très agité ;	2 = agité ;	3 = de qualité moyenne ;	4 = profond ;	5 = très profond.
------------------	-------------	--------------------------	---------------	-------------------
- Veuillez consigner ces informations dans votre journal tous les matins. C'est très important !
 - À votre lever, le mercredi matin, par exemple, remplissez la colonne du mardi. Le jeudi matin, vous remplirez celle du mercredi, etc.
 - Une fois de plus, souvenez-vous que nous ne vous demandons qu'une estimation au mieux.
 - S'il devait se produire un quelconque événement inhabituel, une certaine nuit (maladie, urgence, téléphone), veuillez en prendre note.

Journal du sommeil

Nom : _____ au _____ Semaine du : _____

Exemple	Mercredi matin je remplis cette colonne	Jeudi matin je remplis cette colonne	Vendredi matin je remplis cette colonne	Samedi matin je remplis cette colonne	Dimanche matin je remplis cette colonne	Lundi matin je remplis cette colonne	Mardi matin je remplis cette colonne
Mardi 25/3	Mardi /	Mercredi /	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /
1. Hier, j'ai fait la sieste entre _____ et _____ (notez l'heure de toutes les siestes).							
2. Hier, j'ai pris _____ mg de médicament et (ou) _____ oz d'alcool pour dormir.							
3. Je me suis couché(e) à _____ h et j'ai éteint à _____ h.							
4. Après avoir éteint, je me suis endormi(e) en _____ min.							
5. Mon sommeil a été interrompu _____ fois (précisez le nombre total d'éveils).							
6. Mon sommeil a été interrompu _____ min (précisez la durée de chaque période d'éveil).							
7. Ce matin, je me suis réveillé(e) à _____ h (précisez l'heure).							
8. Ce matin, je me suis levé(e) à _____ h (notez l'heure du dernier réveil).							
9. Ce matin, au réveil, je me sentais _____ (1 = épuisé[e] ; 5 = reposé[e]).							
10. Dans l'ensemble, mon sommeil de la nuit dernière a été _____ (1 = très agité ; 5 = très profond).							

§

Faire les examens appropriés

C'est l'étape de l'évaluation objective du patient, qui comprend l'examen physique et mental ainsi que la prescription des tests biologiques complémentaires. Si l'anamnèse permet au médecin de soupçonner la présence d'une maladie liée au sommeil, il procède à l'évaluation appropriée. C'est aussi pour lui le moment propice pour revoir le dossier du patient à la lumière de ces nouvelles données et d'effectuer ainsi un examen clinique complet. Il doit aussi prescrire au patient les tests biologiques de base qui lui semblent pertinents. Il n'existe cependant aucun test biologique spécifique pour l'insomnie.

Le nombre des maladies physiques contribuant à l'insomnie est si élevé qu'il est impossible de les énumérer toutes ici. Certains auteurs¹⁴ ont établi des listes de maladies physiques pouvant entraîner de l'insomnie, mais ces listes sont incomplètes, se recoupent ou sont mal documentées. Il faut retenir que tout phénomène douloureux ou toute maladie physique insuffisamment traitée peut provoquer de l'insomnie. Les exemples souvent cités sont l'hyperthyroïdie, le reflux gastro-œsophagien, le prostaticisme, etc.

Souvent, le problème de nature physique est sérieux et on néglige le symptôme d'insomnie secondaire, qu'il convient quelquefois de traiter pour éviter qu'elle ne dégénère en état dépressif. L'omnipraticien qui connaît bien son patient est la personne la mieux placée pour avoir une vision globale de la situation et pour juger de la conduite appropriée.

Il ne faut pas oublier l'examen mental, qui peut nous aider à déceler un trouble anxieux ou dépressif risquant de provoquer fréquemment des troubles du sommeil. Les états dépressifs majeurs étant souvent sous-diagnostiqués par l'omnipraticien, l'utilisation d'une grille comme l'inventaire de dépression de Beck¹⁵ s'avère généralement profitable. Il faut se rappeler que chez le patient souffrant de démence, le sommeil est souvent perturbé et le cycle circadien aplati, provoquant des périodes d'éveil nocturne¹⁶.

Il faut aussi écarter les maladies associées à des troubles du sommeil, dont il sera question plus loin.

Préciser le diagnostic

La troisième étape consiste à préciser le diagnostic. Bien que le processus d'évaluation ne soit pas complet, nous pouvons déjà formuler quelques hypothèses.

- S'agit-il d'une insomnie aiguë ou chronique ?
- Est-ce une insomnie initiale (d'endormissement), une

insomnie de maintien (réveils nocturnes), une insomnie tardive (réveil précoce) ou mixte ?

- Le patient prend-il un médicament pouvant favoriser l'insomnie ?
- Est-ce qu'il souffre d'une maladie physique ou psychiatrique pouvant entraîner l'insomnie ?
- Est-ce qu'il y a lieu d'écarter la présence d'une maladie associée à des troubles du sommeil ?
- Est-ce que cette insomnie a des conséquences importantes sur le fonctionnement diurne ?

À cette étape, nous devons être déjà capables d'envisager un diagnostic d'insomnie primaire ou secondaire. Comme toute démarche médicale, un diagnostic précis nous aidera à recommander un traitement efficace.

Proposer un traitement

La dernière étape est celle du traitement. Nous n'aborderons pas ce sujet ici, car notre objectif est surtout d'aider l'omnipraticien à évaluer le problème avec justesse. On pourra cependant se référer aux articles proposés dans la bibliographie.

Les maladies associées à des troubles du sommeil^{6,17,18}

Les mouvements périodiques des jambes durant le sommeil et le syndrome des jambes sans repos

Le *DSM-IV* ne propose pas de critères diagnostiques spécifiques pour les mouvements périodiques des jambes durant le sommeil (MPJS) ni pour le syndrome des jambes sans repos (SJSR). Ces deux entités peuvent être classées dans la catégorie des troubles du sommeil dus à une affection médicale générale, type insomnie. Le SJSR survient principalement durant la soirée et peut provoquer une insomnie initiale.

Le SJSR et les MPJS sont deux maladies parentes¹⁹, ayant probablement en commun les mêmes mécanismes physiopathologiques qui n'ont pas encore été élucidés, mais on pense qu'il faudrait mettre en cause le système pyramidal et le système de neurotransmission dopaminergique.

L'incidence de ces maladies augmente avec l'âge, et les MPJS peuvent affecter jusqu'à 50 % des personnes âgées. Toutefois, ce syndrome n'est pas toujours symptomatique. De nombreuses personnes souffrant du SJSR sont aussi atteintes de MPJS.

Les patients aux prises avec le SJSR se plaignent de paresthésies au niveau des jambes, particulièrement au niveau des mollets, qui prennent la forme de fourmillements

T A B L E A U II

Facteurs permettant de nous orienter vers un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil

- ⊗ Sexe masculin
- ⊗ Anomalies structurales : macroglossie, hypertrophie des amygdales et des adénoïdes, micro ou rétrognathie, *pectus excavatum*
- ⊗ Augmentation de la masse corporelle avec une obésité située surtout au niveau du cou
- ⊗ Hypertension artérielle
- ⊗ Ronflement
- ⊗ Apnée observée par le partenaire
- ⊗ Hypersomnolence diurne
- ⊗ Prise d'alcool et de sédatifs

ou de tiraillements entraînant un besoin irrésistible de bouger les membres inférieurs. Ce syndrome survient au repos, particulièrement en position couchée, ce qui empêche le patient de s'endormir. Les symptômes peuvent apparaître ou s'intensifier au cours de la grossesse, particulièrement pendant le dernier trimestre, et sont aussi aggravés par la fatigue, la chaleur ou une exposition prolongée au froid. Parfois, le patient peut aussi connaître des périodes de rémission inexplicables.

Il faut demander au patient si les fourmillements dans les jambes l'empêchent de s'endormir. Le conjoint peut aider à confirmer le diagnostic, qui se base essentiellement sur des observations cliniques. Il faut distinguer le SJSR des impatiences musculaires (akathisie) provoquées par les neuroleptiques.

Les MPJS, anciennement appelés myoclonies nocturnes, sont caractérisés par des contractions involontaires des muscles tibiaux antérieurs, avec dorsiflexion des chevilles et des orteils, qui durent quelques secondes et qui se produisent toutes les 20 à 40 secondes. Ces mouvements ressemblent à ceux du réflexe de Babinski, ce qui permet de penser que le système pyramidal pourrait être en cause. Les contractions peuvent produire des microréveils observables à l'électroencéphalogramme (EEG). Si ces microréveils se répètent souvent pendant la nuit, le sommeil est morcelé et n'est pas récupérateur. Il faudrait soupçonner la présence de ce trouble en cas d'hypersomnolence diurne, surtout lorsque le partenaire de lit confirme l'exis-

tence de ces mouvements. Le diagnostic de MPJS se confirme en laboratoire du sommeil.

Dans plusieurs cas, on note une incidence familiale pour les deux entités. Le résultat de l'examen neurologique est toujours normal. On a remarqué que la prise d'antidépresseurs tricycliques et de lithium augmentait la gravité des symptômes. Sur le plan des tests de laboratoire, il faut éliminer une déficience en acide folique et en fer ainsi qu'une insuffisance rénale qui, lorsqu'elles sont corrigées, peuvent diminuer les symptômes. Les diagnostics qu'il faut le plus souvent exclure sont les crampes nocturnes dans les jambes, l'insuffisance vasculaire périphérique et la neuropathie périphérique. On a essayé de nombreux médicaments pour traiter les MPJS et le SJSR, par exemple le clonazépam, la lévodopa et la codéine et, dernièrement, le mésylate de pergolide (Permax®). Cependant, on ne dispose pas encore de traitement normalisé qui ait été évalué lors d'études contrôlées de longue durée. L'omnipraticien peut utiliser du clonazépam¹⁹, qui a été évalué à des doses de 0,5 à 2 mg administrées en soirée ou au coucher.

Troubles du sommeil liés à la respiration (tableau II)

Le DSM-IV mentionne trois types de syndromes respiratoires pouvant perturber le sommeil : l'apnée périphérique, dite obstructive, l'apnée centrale et l'hypoventilation alvéolaire centrale (syndrome de Pickwick). En cas d'apnée périphérique dite obstructive, le diaphragme travaille mais ne produit pas de ventilation. En cas d'apnée centrale, le diaphragme ne fournit pas l'effort nécessaire à la ventilation. La respiration de Cheyne-Stokes, qu'on observe chez les patients atteints de troubles neurologiques et cardiaques, correspond à des apnées centrales.

Le syndrome d'hypoventilation alvéolaire centrale est caractérisé par un trouble de contrôle ventilatoire qui produit une hypoxémie diurne, aggravée durant le sommeil. Ce syndrome est habituellement observé chez les personnes souffrant d'obésité morbide.

Nous allons surtout traiter ici du syndrome d'apnée périphérique dite obstructive^{20,22}. Il se caractérise par un arrêt respiratoire qui fragmente le sommeil, empêchant le dormeur d'en atteindre les stades profonds. Un tel sommeil n'est pas réparateur et entraîne une somnolence diurne excessive. Les épisodes d'apnée durent de 10 à 40 secondes environ, et peuvent même durer jusqu'à une ou deux minutes. La diminution du tonus musculaire pendant la nuit provoque un affaissement des voies respiratoires. Il se produit une hypoxémie progressive, suivie de

microréveils avec élévation du taux d'adrénaline. Si le problème persiste, cette élévation du taux d'adrénaline contribue à l'installation d'une hypertension artérielle et augmente le risque d'arythmies. On observe aussi des céphalées matinales, dues à une rétention de gaz carbonique, qui se corrigent à la reprise d'une respiration normale.

Les patients souffrant d'un trouble du sommeil lié à la respiration peuvent signaler une gêne thoracique durant la nuit, des suffocations, une sensation d'étouffement et une forte anxiété. Ces personnes ont un sommeil agité, se plaignent de sécheresse buccale du fait qu'elles respirent par la bouche et de céphalées matinales qui peuvent durer de une à deux heures. La somnolence diurne, qui est la principale raison de la consultation, entraîne des anomalies du fonctionnement diurne, par exemple des pertes de mémoire, des problèmes de concentration et de l'irritabilité. Les deux principaux symptômes qu'on doit rechercher sont les ronflements bruyants et les pauses respiratoires, tous deux étant signalés par le conjoint. Les tests diagnostiques pour les patients atteints d'apnée obstructive sont une mesure d'hypoxémie à domicile ou une évaluation en laboratoire de sommeil. On les traite avec un appareil à pression positive qui lutte contre l'affaissement des voies respiratoires.

Troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens

Nous avons tous une horloge biologique, située près du noyau supra-optique de l'hypothalamus. Elle régit de nombreuses fonctions biologiques, les taux de plusieurs hormones circulantes, la température corporelle, etc. La perturbation du cycle circadien peut mener à des troubles de fonctionnement graves. Le diagnostic peut être posé lors de l'anamnèse, et peut être confirmé par les notes prises par le patient dans son journal du sommeil. Ce trouble peut être classé en plusieurs sous-types.

Sous-type avec retard de phase. On appelle habituellement les personnes connaissant ce genre de cycle circadien des oiseaux de nuit. Leur fonctionnement est optimal en fin de soirée. Généralement, elles se couchent tard, ont du mal à s'endormir, mais une fois endormies, leur sommeil se maintient et elles se lèvent tard. Lorsqu'elles sont obligées de se lever tôt, ces personnes se sentent fatiguées et souffrent d'un ralentissement psychomoteur. Elles doivent avoir un horaire strict de lever, ne variant pas plus d'une heure entre les jours de la semaine et le week-end.

Sous-type avec avance de phase. C'est l'inverse du syndrome précédent, et le traitement est similaire. Les per-

sonnes caractérisées par ce genre de cycle circadien ont du mal à rester éveillées durant la soirée et, le matin, elles se réveillent prématurément. Dans leur cas, il faut écarter un trouble dépressif. On note ce sous-type plus fréquemment chez les personnes âgées.

Sous-type avec alternance veille-sommeil de plus de 24 heures. Il s'agit d'un sous-type rare, observé chez certains aveugles qui développent un cycle de 30 à 50 heures.

Sous-type avec alternance irrégulière veille-sommeil. Les rythmes circadiens peuvent parfois être presque abolis en présence de certaines maladies comme la démence grave, un traumatisme crânien, une dépression sévère, tout comme pendant la phase de récupération à la sortie d'un coma.

Sous-type travail posté. Le fait de changer continuellement d'horaire de travail perturbe les rythmes circadiens. L'incidence du travail posté est élevée, ce qui en fait un problème de santé publique important. À long terme, le travail posté^{21,23} entraîne une diminution de la durée du sommeil et de la difficulté à amorcer et à maintenir le sommeil²⁶, ainsi qu'un sommeil de piètre qualité. Ces personnes se plaignent aussi de fatigue, de somnolence diurne et d'une diminution de leur rendement professionnel. Sur le plan somatique, elles connaissent des troubles gastro-intestinaux et, sur le plan mental, elles sont davantage prédisposées à la dépression et aux problèmes émotionnels.

Pour améliorer leur sommeil, ces personnes ont tendance à prendre de l'alcool et des médicaments. Pour combattre la somnolence diurne, elles consomment beaucoup de caféine et de cigarettes. Elles sont aussi davantage prédisposées aux accidents de travail.

Sous-type de changement de fuseaux horaires. Il s'agit là de la désynchronisation du rythme circadien provoquée par un voyage en avion pendant lequel on traverse plusieurs fuseaux horaires. L'organisme a besoin d'environ une journée pour s'adapter à chaque heure de décalage.

Narcolepsie

Cette maladie²⁷, qui débute souvent à l'adolescence, a une forte incidence familiale, et presque tous les narcoleptiques sont porteurs d'un antigène leucocytaire (HLA) spécifique.

Les personnes narcoleptiques qui ne reçoivent pas de traitement sont typiquement sujettes à de deux à six épisodes de sommeil pendant le jour. Des siestes préventives fréquentes pendant le jour peuvent diminuer la fréquence des épisodes de sommeil irrésistible. La durée de ces épisodes

est généralement de 10 à 20 minutes.

Les caractéristiques essentielles de la narcolepsie sont les suivantes :

- des attaques irrésistibles d'un sommeil réparateur ;
- des épisodes paroxystiques de faiblesse musculaire (cataplexie) ;
- des hallucinations oniriques à l'endormissement, en raison de l'installation trop rapide du sommeil paradoxal ;
- une paralysie au début ou à la fin d'un épisode de sommeil ;
- une somnolence diurne excessive.

Pour confirmer le diagnostic, il faut faire passer au patient un test de latence de l'endormissement, qui consiste à lui demander d'essayer de dormir à cinq moments répartis dans la journée. Le narcoleptique s'endormira chaque fois en moins de cinq minutes, ce qui est anormal. De plus, il connaîtra au moins deux épisodes d'endormissement, avec survenue d'un sommeil paradoxal, un phénomène qui est absent chez les sujets sains maintenant un horaire de sommeil régulier. L'échelle de somnolence d'Epworth¹⁸ peut aider à poser ce diagnostic. Le médecin qui utilise cette échelle pose huit questions sur les probabilités d'endormissement dans quelques circonstances courantes, par exemple devant la télévision et après le repas.

La cataplexie apparaît souvent tardivement durant l'évolution de la maladie. Il s'agit de pertes soudaines bilatérales du tonus musculaire, qui durent de quelques secondes à quelques minutes et qui sont souvent provoquées par une émotion forte. Leur fréquence est très variable, allant d'une seule crise en quelques années à de 15 à 20 crises par jour. Durant l'épisode cataplectique, l'état de conscience est conservé. On emploie des psychostimulants pour le traitement de la narcolepsie.

Parasomnies

Selon la *DSM-IV*, les parasomnies sont des troubles caractérisés par des comportements anormaux ou par des phénomènes physiologiques survenant au cours du sommeil, que ce soit au cours du sommeil profond, du sommeil paradoxal ou de la transition veille-sommeil.

Nous allons examiner quelques-unes de ces parasomnies, toujours dans le but d'aider l'omnipraticien à exclure une insomnie secondaire.

Les parasomnies associées au sommeil paradoxal

Les cauchemars. C'est la survenue répétée de rêves effrayants pendant la seconde moitié de la nuit, provoquant

des réveils qui perturbent le fonctionnement diurne. Lors du réveil suscité par le cauchemar, la personne retrouve sa pleine conscience. C'est un trouble qui s'installe souvent entre l'âge de trois et six ans et qui évolue favorablement dans le temps. On peut le retrouver aussi chez l'adulte soumis à un grand stress.

La paralysie du sommeil. La paralysie du sommeil peut survenir indépendamment de la narcolepsie. C'est une paralysie partielle ou complète, qui se produit le matin, au réveil, probablement à la suite du sommeil paradoxal.

Trouble de comportement lié au sommeil paradoxal. C'est l'absence d'atonie musculaire durant le sommeil paradoxal. La personne qui en souffre adopte des comportements complexes et violents pendant le sommeil. Par exemple, elle donne des coups de poing, des coups de pied, saute dans le lit comme si elle voulait vivre ses rêves. Ce syndrome survient surtout chez les hommes âgés et est associé à une maladie neurologique.

Trouble de l'érection. Pour distinguer les causes psychologiques des causes organiques d'un trouble de l'érection, on doit effectuer une étude nocturne de la tumescence pénienne. À l'opposé, des érections très douloureuses sont considérées comme une parasomnie.

Les parasomnies associées au sommeil profond

Les terreurs nocturnes. La personne dont le sommeil est affecté par des terreurs nocturnes connaît des réveils soudains débutant par un cri de terreur qui traduit une forte anxiété et une activation du système nerveux autonome adrénergique. L'épisode dure de une à dix minutes. Pendant la crise, la personne est confuse, mais n'en garde aucun souvenir le lendemain. Généralement, l'épisode se produit au cours du premier tiers de la nuit, lorsque le sommeil profond est prédominant. Ce trouble apparaît dans l'enfance et disparaît spontanément à l'adolescence. On note une forte incidence familiale.

Le somnambulisme. Le somnambulisme et les terreurs nocturnes ont en commun presque toutes leurs caractéristiques, et ces deux maladies sont souvent décrites ensemble dans la littérature. Le somnambulisme est caractérisé par des comportements moteurs complexes : typiquement, le dormeur se lève et quitte son lit. Pendant l'épisode, son visage est inexpressif, et il est difficile à réveiller. Comme dans le cas des terreurs nocturnes, il n'en garde aucun souvenir le lendemain. Le somnambule risque souvent de se blesser, il faut donc essayer de prévenir les accidents.

Le somnambulisme, comme les terreurs nocturnes, débute habituellement pendant l'enfance. D'ailleurs, ces deux parasomnies peuvent coexister et, dans un faible pourcentage de cas, elles peuvent persister durant l'âge adulte. Il est rare qu'elles apparaissent à l'âge adulte.

AVANT DE DIAGNOSTIQUER une insomnie primaire, il faut écarter les multiples causes médicales et psychiatriques^{13,24} pouvant provoquer des symptômes d'insomnie. Il faut donc évaluer minutieusement ces symptômes pour mieux circonscrire le diagnostic. Ce n'est qu'alors qu'il sera possible de prescrire le traitement spécifique. ☞

Bibliographie

- Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. *Arch Gen Psychiatry* mars 1985 ; 42 : 225-32.
- Lacks P, Morin CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *J Consult Clin Psychology* 1992 ; 60 (4) : 586-94.
- American Psychiatric Association. Sleep Disorders. Dans : *DSM-IV*. APA, 1994 : XXV-607.
- American Psychiatric Association. Sleep Disorders. Dans : *DSM-IV Sourcebook*. APA, 1994 ; 1 : 595-735.
- Guay B, Simoneau I. Les médicaments qui peuvent causer de l'insomnie. *Le Médecin du Québec* juillet 1997 ; 32 (7) : 69-73.
- Royant-Parola S. *Les troubles du sommeil : Conduite à tenir en pratique médicale courante*. Texte d'une conférence donnée au premier congrès de la World Federation of Sleep Society à Cannes en septembre 1991 : 37.
- Baillargeon L. Aider l'insomniaque à mieux dormir sans hypnotique. *Le Médecin du Québec* avril 1997 ; 34 (4) : 65-70.
- Glovinsky PB, Spielman AJ. Sleep restriction therapy. Dans : Hauri PJ. *Case Studies in Insomnia*. Plenum, 1991 : 49-63.
- Guay B, Charbonneau HC. Les techniques de relaxation. *Le Médecin du Québec* octobre 1998 ; 33 (10) : 71-8.
- Everitt DE, Avorn J, Baker MW. Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. *Am J Med* septembre 1990 : 357-62.
- Dement WC. Introduction. Dans : Hauri PJ, réd. *Case Studies in Insomnia*. Plenum, 1991 : XIV-254.
- Nino-Murcia G. Diagnosis and treatment of insomnia and risks associated with lack of treatment. *J Clin Psychiatry* décembre 1992 ; 53 (12 Suppl) : 43-9.
- Morin CM. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York : Guilford Press, 1993 : XVII-231.
- Mitler MM, Poceta S, Menn SJ, Erman MK. Insomnia in the chronically ill. Dans : Hauri PJ. *Case Studies in Insomnia*. Plenum, 1991 : 223-36.
- Bernier JJ, Pietrulewicz B. *La Psychométrie. Traité de mesure appliquée*. Montréal : Gaëtan Morin, 1997 : 334-9, XIX, 444.
- Walsh JK, Moss KL, Sugarman J. Insomnia in adult psychiatric disorders. Dans : Kryger MH, Roth T, Dement WC. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 2^e éd. WB Saunders, 1994 : 500-8, XXXIX-1067.
- Reite ML, Nagel KE, Ruddy JR. *The Evaluation and Management of Sleep Disorders*. American Psychiatric Press, 1990 : 164.
- Shapiro CM. *ABC des troubles du sommeil*. Paris : Maloine, 1996 : 216.
- Lapierre O, Montplaisir J. Les impatiences musculaires de l'éveil et les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil. *Le Clinicien* mai 1993 : 91-103.
- Mayer P, Paserini L. Meunier, tu dors... ronfles-tu ? *Le Clinicien* juillet 1998 : 77-90.
- Monk TH. Shift work. Dans : Kryger MH, Roth T, Dement WC. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 2^e éd. WB Saunders, 1994 : 471-6, XXXIX-1067.
- Pelletier C, Sériès F, Kimoff RJ, Malo J, Lapierre JG, Brouillette R, Charbonneau M. Consensus québécois sur l'apnée du sommeil. *Le Clinicien* avril 1997 : 111-29.
- Dumont M. Le travailleur de nuit : donnez-lui l'heure juste. *Le Clinicien* février 1999 : 124-37.
- Golden RN, James SP. Insomnia. *Postgrad Med* mars 1988 ; 83 (4) : 251-8.
- Guay B, Morin CM. Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à dose thérapeutique. *Le Médecin du Québec* avril 1998 ; 33 (4) : 93-8.
- Klompas M, Hutere N, Shapiro C. Patients working shifts: treating the chronic effects. *Can J Diagnosis* février 1998 : 95-107.
- Reinish LW, Shapiro CM. Narcolepsy: keeping your eyes open. *Can J Diagnosis* juillet 1993 : 61-79.

Le fil d'Ariane

109



FMOQ – Formation continue

La personne âgée, d'un milieu de soins à l'autre

17 et 18 octobre, Hôtel Wyndham, Montréal
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499