

# Traitement de l'insomnie, par quoi commencer ?

**Carole Grandjean<sup>1</sup>, Dre Séverine Crettol Wavre<sup>1</sup>, Dr Nicolas Ansermot<sup>1</sup>, Dr Frederik Vandenberghe<sup>1</sup>, Guibet Sibailly<sup>1</sup>, Prof. Chin Bin Eap<sup>1,2,3,4</sup>**

- 1) Unité de Pharmacogénétique et Psychopharmacologie Clinique, Centre de Neurosciences Psychiatriques, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse
- 2) Centre de Recherche et d'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne
- 3) Section des Sciences Pharmaceutiques, Université de Genève
- 4) Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne

## INTRODUCTION

L'insomnie est une plainte fréquente tant en médecine somatique que psychiatrique. Les questions fréquentes à propos des traitements à privilégier dans cette indication nous ont amené à revoir les recommandations existantes\* puis à proposer une stratégie de prise en charge pratique. La stratégie proposée vise avant tout à minimiser la iatrogénie médicamenteuse en raison notamment de l'importance de l'effet placebo dans l'insomnie.

## POINTS CLES DE LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

L'algorithme représenté à la figure 1 est une proposition d'approche diagnostique et de prise en charge des troubles du sommeil.

Face à une plainte d'insomnie, plusieurs points sont à prendre en compte avant d'envisager un traitement spécifique, notamment l'optimisation de la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques pouvant péjorer le sommeil et la revue de la prise de substances et médicaments perturbant le sommeil (cf. tableau 1).

Toutes les recommandations actuelles\* préconisent avec un haut niveau de preuves la thérapie cognitivo-comportementale spécifique pour l'insomnie (TCCi) comme traitement de 1ère intention dans l'insomnie chronique chez l'adulte de tout âge avec ou sans comorbidités psychiatriques/somatiques. Un traitement pharmacologique ne devrait être envisagé qu'en cas d'échec de cette thérapie. Nous proposons alors de débiter avec les molécules présentant le meilleur profil de sécurité avant de passer, si nécessaire, à celles ayant mieux démontré leur efficacité mais comportant un plus grand risque d'effets secondaires.

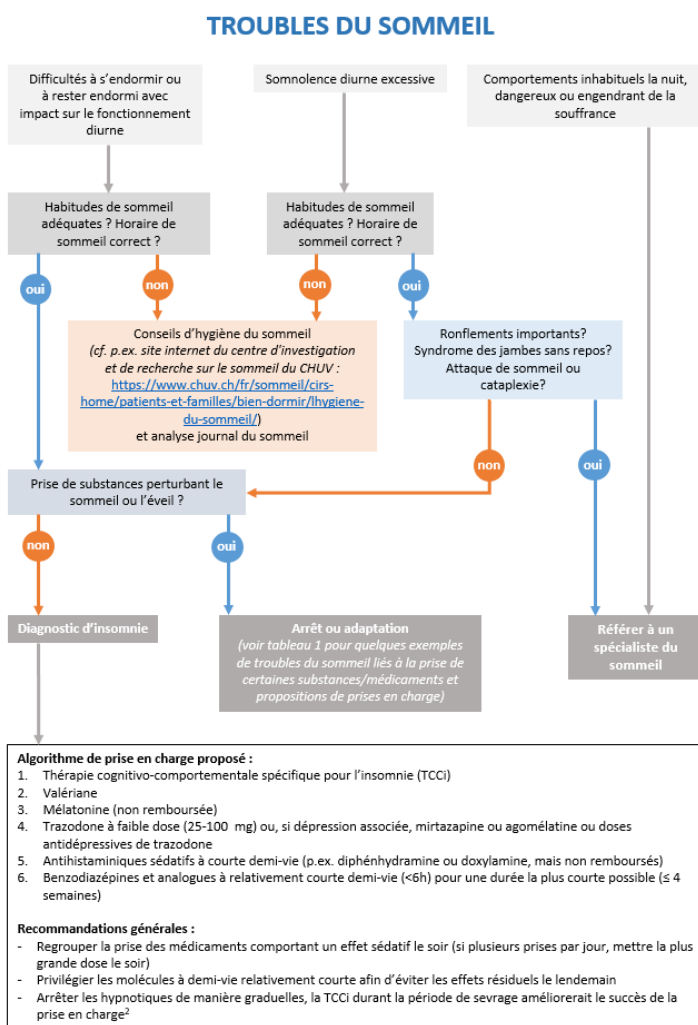
**Tableau 1 : Exemples de substances et médicaments pouvant perturber le sommeil et propositions de prise en charge**

Trouble du sommeil	Substances/médicaments pouvant perturber le sommeil (exemples)	Propositions de prise en charge
Insomnie	Méthylphénidate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le médicament plus tôt dans la journée et/ou</li> <li>• Diminuer la dose si possible cliniquement et/ou</li> <li>• Choisir une spécialité avec une durée d'action plus courte (p.ex. Ritaline® SR ou LA ou Medikinet® MR plutôt qu'Equisym® XR et Concerta®)<sup>36</sup></li> </ul> <p>NB : chez certains patients présentant une hyperactivité dans la soirée, la prise de méthylphénidate peu avant le coucher pourrait avoir un effet bénéfique.</p>
	Glucocorticoïdes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le médicament plus tôt dans la journée et en une seule prise journalière si cliniquement possible et/ou</li> <li>• Diminuer la dose si cliniquement possible et/ou</li> <li>• Ajout d'un hypnotique durant le traitement (cf. figure 1)</li> </ul>
	Bupropion, fluoxétine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer le médicament le matin et/ou</li> <li>• Ajout d'un hypnotique (cf. figure 1), à réévaluer car l'effet perturbant le sommeil est souvent transitoire ou</li> <li>• Changer d'antidépresseurs pour une molécule plus sédatrice (p.ex. doses antidépresseurs de trazodone ou mirtazapine ou agomélatine)</li> </ul>
	Caféine, nicotine, alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter la caféine, la nicotine et l'alcool surtout dans les 4-6h avant le coucher</li> </ul> <p>NB : L'alcool fragmente le sommeil (surtout dans la 2<sup>e</sup> partie de la nuit)</p>
Fragmentation du sommeil et réveil nocturnes en lien avec la modification de l'architecture du sommeil et du contrôle respiratoire	Opioides en prise chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer ou arrêter les opioïdes si cliniquement possible et/ou</li> <li>• Diminuer ou arrêter les comédications et substances qui péjorent l'hypoxémie durant le sommeil (p.ex. alcool, benzodiazépines, gabapentinoïdes, etc.) et/ou</li> <li>• Polysomnographie afin de diagnostiquer un trouble nocturne de la respiration (p.ex. apnées centrales)</li> </ul>
Syndrome des jambes sans repos	ISRS, venlafaxine, miansérine, mirtazapine, antipsychotiques, antihistaminiques sédatifs, caféine...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclure une origine somatique (p.ex. bilan martial)</li> <li>• Arrêt du médicament incriminé si cliniquement possible et</li> <li>• Changement de traitement par une molécule moins à risque (p.ex. trazodone ou bupropion comme antidépresseur)<sup>37,38</sup></li> </ul>
Cauchemars	Bêta-bloquants, agonistes dopaminergiques, quétiapine...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt du traitement incriminé si cliniquement possible</li> </ul>

ISRS : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine

Article complet actuellement sous presse pour publication dans la Revue Médicale Suisse

**Fig. 1. Algorithme de prise en charge des troubles du sommeil**



\* Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26:675-700. / Wilson S, Anderson K, Baldwin D, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol* 2019;33:923-47. / Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13:307-49. / Remi J, Polmächer T, Spiegelhalder K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:681-8. / Mysliwiec V, Martin JL, Ulmer CS, et al. The Management of Chronic Insomnia Disorder and Obstructive Sleep Apnea: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med* 2020;172:325-36