

TROUBLES DU SOMMEIL ET AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES ⁽¹⁾

M. ANSSEAU ⁽²⁾

Résumé

La mise au point d'une insomnie doit comprendre une évaluation du contexte psychologique et psychiatrique. Une pathologie dépressive ou anxieuse sous-jacente est fréquemment présente et devra être recherchée en vue de proposer une prise en charge spécifique. Il est également important de rechercher une insomnie « conditionnée » afin de proposer une approche comportementale. L'alcoolisme et les toxicomanies (particulièrement aux sédatifs), certaines psychoses (état maniaque, schizophrénie), les syndromes de détérioration intellectuelle peuvent également être responsables de troubles du sommeil. L'insomnie est un symptôme qui doit déboucher sur une mise au point diagnostique et non pas sur une réponse symptomatique.

Introduction

L'insomnie est une plainte « noble » présentée par le patient à son médecin. Ce n'est cependant qu'un symptôme. Et plutôt que de répondre à la demande par un traitement symptomatique suivant un réflexe facile : « Docteur, je dors mal » – « Je vais vous prescrire une pilule qui va arranger ça », il importe de replacer l'insomnie dans le cadre d'un diagnostic afin de définir une prise en charge adaptée.

Après avoir envisagé les aspects hygiéno-diététiques et les affections somatiques éventuelles pouvant être à l'origine des troubles du sommeil, il faut replacer l'insomnie dans un contexte psychologique et psychiatrique. Deux affections psychiatriques sont fréquemment à l'origine de troubles du sommeil : la dépression et les troubles anxieux. D'autre part, les toxicomanies et les psychoses peuvent plus exceptionnellement conduire à une consultation pour plaintes de type insomniacque.

Insomnie et dépression

Les troubles du sommeil sont quasi constants dans la pathologie dépressive. Dans une récente enquête, plus de 95 % des patients déprimés présentaient des troubles du sommeil (Kupfer et Frank, 1981). En fait, si l'insomnie est la plainte la plus fréquente (85 % des cas), 15 % des déprimés présentent au contraire des plaintes de type hypersomniacque (trop de sommeil). Ces derniers patients sont plus fréquemment de type bipolaire (maniaco-dépressif) avec prédominance de la symptomatologie asthénique ou inhibée.

Classiquement, l'insomnie du patient déprimé est une insomnie de réveil précoce : après un endormissement relativement facile, le patient se réveille en cours de nuit et ne parvient pas à se rendormir. S'il est vrai que ce type d'insomnie est très caractéristique du patient déprimé, des insomnies d'endormissement ou des insomnies mixtes se rencontrent fréquemment aussi dans cette situation clinique.

Devant une insomnie, il importera donc de rechercher une symptomatologie dépressive sous-jacente. L'insomnie est un symptôme « noble » que le patient peut donner à son médecin; la dépression est une maladie « honteuse » que le patient essaye souvent de cacher. Dès lors, l'évaluation portera essentiellement sur la *perte de plaisir* caractéristique des états dépressifs. Est-ce que le patient a toujours le même intérêt pour ses activités, ses hobbies, ses proches? Ressent-il toujours les mêmes satisfactions à faire les choses qui l'intéressent (ou qui l'intéressaient)? Lui arrive-t-il de se sentir diminué, dévalorisé, voire coupable? Son désir sexuel s'est-il modifié? Lui arrive-t-il de souhaiter être mort, voire d'avoir des idées de suicide? Certains patients essayent de relier leurs affects dépressifs à l'insomnie : « Si je suis un peu déprimé, c'est parce que je dors mal; avec une « bonne » pilule pour dormir, ma

(¹) Exposé présenté lors de la réunion de formation continue pour médecins généralistes sur « Le médecin généraliste face aux problèmes du sommeil », Liège, octobre 1986.

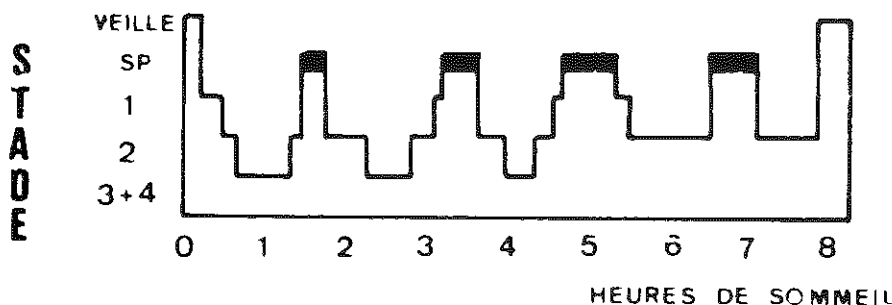
(²) Spécialiste-adjoint des hôpitaux, Université de Liège, Clinique neuropsychiatrique (Pr. G. Franck), Unité de Psychiatrie biologique et de Psychopharmacologie.

dépression disparaîtra ». Ce schéma est faux et la « bonne » pilule ne fera que maintenir le patient dans son état dépressif.

Le traitement d'une insomnie dépressive est avant tout celui de l'état dépressif sous-jacent : psychothérapique d'abord avec un traitement médicamenteux associé si c'est nécessaire. Quelques règles essentielles méritent d'être rappelées. Il faut prendre le patient au sérieux et le rassurer sur l'absence de maladie organique après avoir réalisé un examen clinique soigneux; lui expliquer qu'il est *vraiment* malade, que sa maladie s'appelle la dépression et que vous allez pouvoir l'aider à en sortir; ne *jamais* entrer dans le système que le patient entend journallement autour de lui et qui lui demande « de faire un effort ». L'état dépressif rend le patient incapable de faire cet effort et la répétition de ces « bons conseils » ne va faire que l'enfermer dans un sentiment d'impuissance d'une part, de culpabilité d'autre part. De la même façon, il n'est pas utile de démontrer au patient qu'il n'a *aucune* raison d'être déprimé. Il entend également que « son voisin, qui vient d'être mis au chômage, dont la maison a brûlé, qui a eu les deux jambes paralysées dans un accident de voiture, dont l'épouse est partie avec les économies... garde le moral alors que lui qui a un emploi, une famille sans problème, une bonne santé et aucun ennui d'argent se permet de se sentir malheureux! » Ces belles démonstrations ne vont servir qu'à faire naître chez le patient un sentiment d'incompréhension. Au contraire, il faut évaluer avec le patient tout ce qui dans sa vie actuelle a un aspect positif : « Qu'est-ce qui lui permet de se sentir un peu mieux (ou en tout cas moins mal)? » et favoriser ce type de situations ou d'activités. D'autre part, il faut valoriser tout ce que le patient arrive *quand même* à faire et insister sur tous les progrès (même minimes) dans son comportement. Devant un état dépressif important, un traitement médicamenteux est souvent nécessaire et on choisira l'antidépresseur en fonction de la symptomatologie dominante (Anseau et coll., 1985a). Dans l'insomnie dépressive, il est souvent judicieux de donner des antidépresseurs « sédatifs » en prise unique vespérale : des médicaments comme l'amitriptyline (Redomex[®], Tryptizol[®], Laroxyl[®]), la doxépine (Sinequan[®], Quitaxon[®]), la dosulépine (Prothiaden[®]), la miansérine (Lerivon[®], Serelan[®]) ou la trazodone (Trazolan[®]) sont de bons exemples d'antidépresseurs dont les propriétés sédatives peuvent être mises à profit pour normaliser le sommeil du patient déprimé. De plus, la prise unique vespérale diminue les effets secondaires (particulièrement ceux des tricycliques anticholinergiques) et simplifie la posologie, entraînant un meilleur respect de la thérapeutique. De petites doses de benzodiazépines hypnotiques peuvent *parfois* être utiles en début de traitement si les antidépresseurs sédatifs sont insuffisants sur l'insomnie mais elles *doivent* être progressivement réduites puis arrêtées en fonction de l'amélioration thymique (Anseau, 1985). Il est trop fréquent de rencontrer des patients ayant commencé une prise d'hypnotiques lors d'un épisode dépressif, guéri parfois depuis plusieurs années et qui continuent de manière imperturbable leurs hypnotiques depuis lors.

D'autre part, l'enregistrement polygraphique de sommeil prend un intérêt tout particulier dans le diagnostic et le traitement des états dépressifs. En effet, les déprimés majeurs présentent une anomalie très spécifique de leur sommeil : un raccourcissement du délai entre l'endormissement (début du stade II) et la première période de sommeil paradoxal (correspondant au rêve) (fig. 1). Alors que cette latence du sommeil paradoxal est d'environ 90 minutes chez les sujets normaux ou chez les patients psychiatriques non déprimés, elle est inférieure à 50 minutes chez près de 90 % des déprimés majeurs (Anseau et coll., 1985b). De plus, l'enregistrement polygraphique de sommeil permet de prédire la réponse aux antidépresseurs tricycliques. D'une part, les déprimés qui présentent une latence du sommeil paradoxal plus courte lors de la première nuit d'enregistrement que lors de la seconde nuit répondent mal aux antidépresseurs tricycliques (Anseau et coll., 1985c). D'autre part, dès l'administration de la première dose (50 mg) d'amitriptyline (Redomex[®], Tryptizol[®], Laroxyl[®]), les patients qui, trois semaines plus tard, présenteront une amélioration clinique nette, se caractérisent déjà par une diminution de la latence du sommeil (d'au moins 5 minutes), et une augmentation très significative de la latence du sommeil paradoxal (au moins 150 %), alors que de

Sujet normal, masc., 40 ans



Déprimé majeur, masc., 40 ans

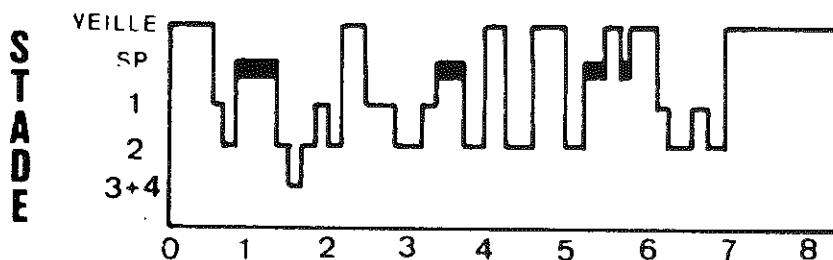


FIG. 1. Comparaison des hypnogrammes d'un déprimé majeur et d'un sujet normal du même âge : allongement de la latence d'endormissement, raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal (SP), réveils multiples en cours de nuit, réveil matinal précoce, nombreux changements de stades, diminution du sommeil lent profond (stades III + IV).

telles modifications ne sont pas apparentes chez les déprimés qui ne répondront pas (Kupfer et coll., 1981). Cette méthodologie permet donc de prédire quels patients bénéficieront du traitement et quels patients n'en bénéficieront pas; on envisagera chez ces derniers d'autres méthodes thérapeutiques.

Insomnie et troubles anxieux

Les troubles anxieux s'accompagnent fréquemment de troubles du sommeil, le plus classiquement à l'endormissement. Ces troubles anxieux ont été récemment divisés en six affections individualisées (American Psychiatric Association, 1980).

1. *L'anxiété généralisée* se caractérise par des symptômes de tension motrice, des troubles neurovégétatifs, une attente craintive et une exploration hypervigilante de l'environnement : c'est une cause classique d'insomnie d'endormissement car le patient n'arrive pas à se détendre au moment du coucher.

2. *L'anxiété avec crises d'angoisse* se différencie par la présence de crises d'angoisse bien délimitées sur ce fond anxieux. On a récemment pu démontrer que ces crises d'angoisse peuvent se produire la nuit et réveiller le patient avec un sentiment de malaise aigu, une impression de mort imminente et tout un cortège de symptômes respiratoires et cardiaques. Ces crises d'angoisse nocturnes sont une cause d'appel urgent du médecin. De plus, la crainte du patient d'être réveillé par de tels phénomènes peut l'empêcher de trouver le sommeil.

3. *Les phobies* sont divisées en agoraphobie (peur des espaces découverts ou clos), phobie sociale (peur de toute situation où l'on est observé) et phobie simple (peur d'un autre objet). Il existe de véritables phobies du sommeil qui peuvent être tout simplement la peur de ne pas s'endormir mais également la peur de certains rêves ou cauchemars ou la peur de mourir au cours de la nuit. En conséquence, les sujets essaient souvent de retarder au maximum le moment où ils se couchent.

4. *Les obsessions-compulsions* sont définies par la présence d'idées obsédantes et de comportements répétitifs destinés à produire ou à empêcher un événement. Il est évident que le sommeil est un moment fortement ritualisé et que chacun doit pouvoir développer ses petites « habitudes » propres qui lui permettent de se détendre. Cependant, chez certains individus, ces rituels peuvent prendre une place excessive et perturber le sommeil. C'est le cas par exemple des vérifications répétitives de la fermeture des portes, de la fermeture des robinets... où le sujet doit se relever fréquemment, miné par le doute.

5. *L'anxiété post-traumatique* survient à la suite d'un événement stressant majeur : catastrophe naturelle, attentat, guerre. Des rêves particulièrement vivaces, voire des cauchemars, sont fréquents où le patient revit de façon répétée l'événement traumatique.

6. *Les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse* surviennent dans les trois mois qui suivent un stress psychosocial (décès d'un être cher, difficultés professionnelles, problèmes conjugaux). La symptomatologie se caractérise par des symptômes tels que de la nervosité, des ruminations, de la tension. Les troubles du sommeil sont très fréquents.

Dans ce contexte, il est donc important de poser au patient quelques questions relatives à sa façon de « réagir » aux stress de la vie courante, son niveau d'anxiété et la façon dont il voit son avenir, la présence de soucis spécifiques ou non. La mise en évidence d'une pathologie anxieuse sous-jacente impose une prise en charge adaptée. Sans entrer dans les détails qui ont été décrits ailleurs (Anseau, 1986), la démarche thérapeutique doit d'abord rassurer le patient, évaluer avec lui d'une part tout ce qui, dans sa vie actuelle, a une influence négative sur son état et essayer de le supprimer ou de mieux le contrôler et, d'autre part, tout ce qui a une influence positive et proposer au patient de favoriser et d'augmenter ce type de situation ou d'activités. Les méthodes de relaxation (type yoga) sont surtout indiquées dans l'anxiété généralisée et les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse tandis qu'une approche comportementale spécifique peut être très bénéfique dans l'anxiété avec crises d'angoisse, les phobies et les obsessions-compulsions. Sur le plan médicamenteux, un traitement anxiolytique léger peut parfois être utile dans l'anxiété généralisée et les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et aura souvent un effet plus favorable sur le sommeil qu'une bonne dose d'hypnotiques prise au coucher. Cependant, il faut toujours bien expliquer au patient que le médicament ne peut lui procurer qu'une aide symptomatique *temporaire* qui doit lui permettre de mieux s'adapter à son environnement et que ce traitement sera diminué et interrompu dès que l'évolution sera favorable. Il faut de toute façon utiliser les substances les plus « douces », à posologie minimale et durant la période la plus courte.

Insomnie conditionnée

Un conditionnement défavorable est l'une des principales causes d'insomnie. Le mécanisme est facilement expliqué par un exemple.

Monsieur A. est aux prises avec des difficultés professionnelles importantes. Son entreprise doit subir une restructuration et il a peur de perdre son emploi. Durant toute cette période, Monsieur A. dort très mal : il passe de longs moments à ruminer ses ennuis professionnels avant de s'endormir. Le moment du coucher devient très vite vécu de façon très négative car associé à une expérience désagréable répétée...

Trois mois plus tard, les problèmes professionnels de Monsieur A. ont complètement disparu. Dans le cadre de la restructuration de son entreprise, il a même été promu à un poste plus intéressant. Cependant, Monsieur A. continue à mal dormir et passe encore de longs moments à se tourner dans son lit en cherchant vainement le sommeil. L'explication à ce phénomène est simple : le moment du coucher, la chambre, l'environnement nocturne de Monsieur A. ont été associés à un vécu désagréable de façon répétée et ce conditionnement persiste, même en dehors de tout facteur objectif.

Le diagnostic de ce type d'insomnie est souvent facile : ces patients dorment mieux en dehors de chez eux (à l'hôtel, chez des amis...). Ils passent des nuits remarquables en laboratoire de sommeil (malgré les électrodes et l'environnement peu familial), mais déclarent dès le lendemain matin qu'il ne faut pas s'y méprendre, qu'ils ne dorment *jamais* aussi bien que ça chez eux.

Sur le plan thérapeutique, les hypnotiques sont très peu efficaces et ne réussissent qu'à compliquer le problème suite à l'escalade des doses et aux réactions de sevrage. La prise en charge thérapeutique est basée sur quelques principes comportementaux chargés de « recon-ditionner » le patient à trouver le sommeil vite lorsqu'il va se coucher (tableau I).

TABLEAU I. Règles comportementales pour le traitement d'une insomnie conditionnée.

1. Ne se mettre au lit que si l'on ressent l'envie de s'endormir.
2. N'utiliser le lit que pour dormir; ne pas y lire, écouter la radio, manger... La seule exception concerne l'activité sexuelle et même dans ce dernier cas, les règles doivent être suivies par la suite si le sommeil est envisagé.
3. En cas d'impossibilité de s'endormir en un délai déterminé (30 minutes par exemple), le sujet doit se lever et se rendre dans une autre pièce pour y faire tout ce dont il a envie : lire, regarder la télévision, faire la vaisselle... Il ne peut se recoucher que s'il ressent l'envie de s'endormir. De la même façon, si après 30 minutes, le sujet ne s'est pas endormi, nouveau lever... Le but de la procédure est de « recon-ditionner » le fait d'aller au lit avec le fait de s'endormir rapidement. En cas de réveil en cours de nuit, la même stratégie sera appliquée.
4. Se lever chaque jour à la même heure sans tenir compte du nombre d'heures de sommeil. Les « grasses matinées » sont strictement à proscrire de même que toute sieste au cours de la journée.

Avec cette stratégie, les premières nuits sont les plus difficiles et il n'est pas exceptionnel que le patient y dorme très peu, voire pas du tout. Au bout d'une ou deux nuits de privation de sommeil, le patient est tellement fatigué qu'il s'endort dès le premier ou le deuxième essai. Les choses fluctuent alors pendant deux ou trois semaines où la chambre à coucher devient progressivement de nouveau associée à un endormissement plutôt qu'à l'appréhension de ne pas dormir. Durant cette période, le patient a besoin d'un maximum d'encouragement avec des consultations régulières. Demander au patient de tenir un journal où il note son heure de coucher, le délai d'endormissement et la durée de son sommeil est souvent très utile dans la mesure où cela peut permettre de démontrer au patient l'amélioration progressive de son sommeil.

Une autre technique, plus difficile à appliquer, consiste à demander au patient insomniaque le nombre d'heures qu'il dort habituellement par nuit (3 heures par exemple). En fonction de son heure de lever (le matin à 7 heures par exemple), il faut alors lui proposer de n'aller se coucher que pour la durée de sommeil qu'il dort habituellement (donc à 4 heures du matin dans le cas qui nous occupe). De la même façon qu'avec la technique précédente, les siestes diurnes sont exclues. Comme les insomniaques ont le plus souvent tendance à sous-évaluer la quantité de sommeil réellement dormie, le patient sera vraisemblablement en état de privation de sommeil et va — au plus tard après quelques nuits — dormir de façon tout à fait complète les trois heures permises. Il faut lui demander de tenir un journal régulier mentionnant l'heure du coucher, l'heure de l'endormissement et le temps de sommeil. Si l'efficacité du sommeil (c'est-à-dire la proportion de temps réellement dormi par rapport au temps passé au lit) dépasse 90 % pendant quelques nuits, on peut permettre au patient de se coucher 1/2 heure plus tôt et ainsi de suite jusqu'à récupérer une durée et une qualité de sommeil normales. Cette stratégie est cependant souvent difficile à mettre en œuvre et nécessite un patient très coopérant et particulièrement motivé.

Insomnie et alcoolisme

Les boissons alcoolisées constituent vraisemblablement l'hypnotique le plus répandu. Le verre de whisky, la bière forte au coucher font partie des rituels d'endormissement de nombreuses personnes. Cependant, cette habitude est loin d'être sans danger. S'il est vrai que l'alcool possède des propriétés anxiolytiques réelles qui peuvent permettre un endormissement plus facile, cet effet est de courte durée et peut donner un « rebond » anxieux dans la seconde partie de la nuit avec réveils multiples, impression de malaise, sommeil agité. De plus, la quantité de liquide ingérée ajoutée à l'effet diurétique de l'alcool obligent souvent le sujet à se réveiller en cours de nuit pour uriner. Enfin, la nécessité d'augmenter les doses peut conduire à un véritable éthylisme chronique avec dépendance physique. Il faut noter que le sommeil de l'éthylisme chronique est gravement perturbé et que notamment les phases

de sommeil lent profond ont quasi disparu. Ces anomalies mettent très longtemps à régresser, même après un sevrage de plusieurs mois.

Le traitement de l'insomnie éthylique va de soi : la suppression progressive des boissons alcoolisées. L'utilisation d'hypnotiques doit être très circonspecte dans la mesure où le danger de pharmacodépendance est important chez ce type de patients. Si un traitement médicamenteux est nécessaire, des neuroleptiques sédatifs comme le tiapride (Tiapridal®) ou le prothipendyl (Dominal®) sont les plus indiqués.

Insomnie, psychose et démence

Les psychoses (la schizophrénie par exemple) peuvent donner des troubles du sommeil importants, particulièrement dans leur forme aiguë. Cependant, ils sont à l'arrière-plan de la symptomatologie et constituent rarement un motif de consultation. Cependant, il est peut-être utile de mentionner l'état maniaque où une insomnie sévère peut constituer le symptôme inaugural ou annonciateur. Cette insomnie a des caractéristiques particulières dans la mesure où elle est due à l'hyperactivité du sujet et est parfaitement bien tolérée. Donc, chez le maniaco-dépressif connu, la présence de troubles du sommeil doit faire rechercher d'autres symptômes de la lignée maniaque : euphorie, hyperactivité, désinhibition...

La détérioration cérébrale est également à la base d'importantes perturbations du sommeil avec, outre une disparition du sommeil lent profond, une fréquente inversion du rythme nyctéméral. Les déments dorment très souvent la journée et sont agités durant la nuit. Nous ne décrivons pas ici la prise en charge du patient détérioré. Signalons seulement que ce type de patient tolère souvent mal les hypnotiques de la famille des benzodiazépines, fréquemment à la base d'une augmentation des symptômes confusionnels, d'ataxie, voire de chutes, et que la préférence doit être donnée aux neuroleptiques sédatifs, comme le prothipendyl (Dominal®).

Conclusion

La mise au point d'une insomnie impose une évaluation psychologique afin d'éliminer un diagnostic psychiatrique. Celle-ci peut cependant souvent être réalisée par quelques questions permettant de mettre en évidence des symptômes dépressifs ou anxieux, voire une insomnie conditionnée. Un diagnostic précis permettra une prise en charge spécifique et donc un meilleur résultat thérapeutique.

Bibliographie

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. — *DSM III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. APA, Washington, D.C., 1980.
2. ANSSEAU, M. — Benzodiazépines et sommeil. *Acta psychiat. belg.*, 1985, 85, 522-532.
3. ANSSEAU, M. — Les troubles anxieux : diagnostic et traitement. *Méd. et Hyg.*, 1986, 44, 2090-2094.
4. ANSSEAU, M., DIRICQ, St., BATAILLE, M., BREULET, M., CERFONTAINE, J. L., COLLARD, J., COUTEAUX, F., DUFRASNE, M., FRAIPONT, J., GERNAY, P., TROISFONTAINES, B., BOBON, D. — Une physiologie comparée originale de l'activité clinique des antidépresseurs. *Acta psychiat. belg.*, 1985a, 85, 644-661.
5. ANSSEAU, M., KUPFER, D. J., REYNOLDS III, C. F. — Internight variability of REM latency in major depression : Implications for the use of REM latency as a biological correlate. *Biol. Psychiat.*, 1985b, 20, 489-505.
6. ANSSEAU, M., KUPFER, D. J., REYNOLDS III, C. F., COBLE, P. A. — « Paradoxical » shortening of REM latency on first recording night in major depressive disorder : Clinical and polysomnographic correlates. *Biol. Psychiat.*, 1985c, 20, 135-145.
7. KUPFER, D. J., FRANK, E. — *Depression. Current Concepts*, Upjohn, Bruxelles, 1981.
8. KUPFER, D. J., SPIKER, D. G., COBLE, P. A., NEIL, J. F., ULRICH, R., SHAW, D. H. — Sleep and treatment prediction in endogenous depression. *Amer. J. Psychiat.*, 1981, 138, 429-434.

*

**

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr M. Ansseau, Unité de Psychiatrie biologique et de Psychopharmacologie, Centre hospitalier universitaire (B 33), 4000 Liège (Sart Tilman).