



# L'insomnie

Quand se mettre au lit devient un cauchemar

par la D<sup>e</sup> Eileen Sloan

Les troubles du sommeil peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur notre vie. Qu'il s'agisse d'un problème d'endormissement ou de maintien du sommeil, le résultat est le même : un lendemain de fatigue, de manque de motivation, d'irritabilité et de faible concentration. La plupart des gens souffrent de périodes d'insomnie de temps à autre, ce qui n'a rien d'inquiétant. Cependant, si l'insomnie persiste, il est important d'y voir; sinon, elle aura des répercussions sur le bien-être psychologique et physique.

Touchant près du tiers des adultes, les symptômes de l'insomnie sont plus fréquents chez les femmes, les personnes âgées et les travailleurs de quarts. Les jeunes adultes ont souvent plus de difficulté à s'endormir, et leurs aînés à rester endormis. Certaines personnes font de l'insomnie toute leur vie, et d'autres en réaction à des événements stressants ou à des conflits. Le stress et la maladie peuvent entraîner des épisodes d'insomnie, et des facteurs d'ordre psychologique et comportemental interviennent dans la durée de ces épisodes. Pour la

personne déjà préoccupée par l'insomnie, l'anxiété au sujet du sommeil et les conséquences du manque de sommeil pourront aggraver la situation.

## Insomnie et VIH

L'insomnie est répandue chez l'ensemble des adultes, mais elle affecte jusqu'à 70 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), à un moment ou à un autre. Elle réduit la qualité de vie et, pour certains, complique l'observance du traitement anti-VIH. Des données indiquent que l'infection en soi, surtout dans les stades avancés, transforme les habitudes de sommeil. D'autres facteurs viennent aggraver l'insomnie, notamment les effets de certains anti-rétroviraux (ARV) et des antibiotiques traitant des infections opportunistes, ainsi que le stress et la dépression (l'un et l'autre étant fréquents chez les PVVIH).

## Médicaments anti-VIH

L'éfavirenz (Sustiva<sup>MD</sup>), un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI), est

**Eileen Sloan, M.D.,**  
FRCPC, est psychiatre  
spécialisée en VIH/sida,  
à l'Hôpital Mount Sinai.  
Elle est également  
professeure adjointe de  
psychiatrie à l'Université  
de Toronto.

l'antirétroviral (ARV) le plus souvent associé aux troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, réveils fréquents au cours de la nuit ainsi que des cauchemars et rêves intenses). Certains souffrent beaucoup plus de ces effets que d'autres, peut-être parce qu'ils métabolisent plus lentement le médicament. Les effets diminuent habituellement après deux à quatre semaines, mais certains cessent de prendre le médicament ou sautent des doses en raison des effets au stade initial.

## Santé mentale

La dépression majeure et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont plus répandus chez les PVVIH, surtout dans la période suivant le diagnostic. Les deux sont associés aux troubles du sommeil. Ils ont plusieurs symptômes en commun avec l'insomnie primaire. Des inquiétudes excessives sont un symptôme du TAG et de l'insomnie primaire. La dépression se caractérise par un désintérêt pour les activités normales, tandis que dans l'insomnie, il devient plus difficile de poursuivre ces activités, et la distinction entre les deux n'est pas toujours évidente.

## Évaluer les troubles du sommeil

Deux outils sont utiles au médecin pour poser un diagnostic : l'historique de vos insomnies et un journal du sommeil. La quantité d'heures de sommeil nécessaire à chacun varie grandement. Pour poser un diagnostic et déterminer un traitement, il faudra des données relatives à la gravité et à la fréquence des troubles, à leur durée et à leurs conséquences sur les activités diurnes. Vous devriez tenir un journal du sommeil au moins une semaine avant

d'amorcer un traitement et durant le traitement. Inscrivez-y l'heure à laquelle vous vous couchez, vous endormez et vous réveillez la nuit, la durée du réveil, l'heure du réveil le matin, ainsi que les heures et la durée des siestes diurnes et, enfin, le nombre estimatif d'heures totales de sommeil.

## Laboratoire du sommeil

Après avoir noté l'historique de votre insomnie, le médecin pourra vous recommander à un centre ou laboratoire du sommeil s'il soupçonne, par exemple, que vous avez une apnée obstructive du sommeil (interruption de la respiration) ou un autre trouble physiologique. Assurez-vous que le centre offre une consultation ou un suivi avec un spécialiste qui fera une évaluation approfondie du problème, examinera les résultats de l'étude et déterminera le meilleur plan d'action.

## Traitement de l'insomnie

Le traitement consiste, en premier lieu, à éliminer les facteurs pouvant favoriser l'insomnie. De toute évidence, s'il s'agit d'un trouble aussi précis que l'apnée obstructive du sommeil, il faudra traiter celle-ci. Si le traitement anti-VIH est en cause, vous devriez examiner avec le médecin la possibilité de prendre les médicaments à d'autres moments ainsi que les risques et avantages d'un changement de thérapie. Le médecin vous encouragera peut-être à poursuivre le traitement un peu plus longtemps afin de voir si les effets sur le sommeil s'atténuent au fil du temps.

Le traitement peut comporter plusieurs volets, par exemple une psychothérapie, des médicaments ou des approches plus douces, comme le yoga, l'acupuncture et des remèdes à base de plantes médicinales, quoique ces derniers n'aient pas fait l'objet de recherches très approfondies. Enfin, l'hygiène du sommeil (la routine de mise au lit) est également un facteur à considérer pour éviter la récurrence du problème.

## Psychothérapie et modification du comportement

Le but de ces thérapies est de modifier les facteurs à l'origine des troubles du sommeil. Même s'il existe une autre cause primaire de l'insomnie, les facteurs psychologiques et comportementaux contribuent parfois à perpétuer les habitudes et doivent être traités. Les méthodes utilisées sont décrites dans l'encadré à la page 9. Même s'il est

suite à la page 12



## Des questions que le médecin vous posera

- À quel moment le problème est-il apparu ? Y a-t-il eu un événement déclencheur, par exemple, le décès d'un proche, le diagnostic du VIH ?
- S'agit-il d'un problème d'endormissement, de maintien du sommeil pendant la nuit ou d'un réveil précoce ?
- Depuis combien de temps faites-vous de l'insomnie ?
- Est-elle récurrente ?
- Quelles sont vos habitudes de sommeil ?
- Quels facteurs améliorent ou aggravent l'insomnie ?
- Comment vous sentez-vous pendant la journée ? En quoi l'insomnie affecte-t-elle votre vie diurne ?
- Y a-t-il des facteurs médicaux, psychiatriques et environnementaux en cause ?
- L'alcool, les médicaments et les drogues récréatives sont-elles en cause ?

difficile d'appliquer les techniques proposées, l'effort en vaut la peine. Il a été démontré que celles-ci réduisent le temps d'endormissement et le nombre de réveils pendant la nuit, et améliorent la qualité du sommeil chez 70 % à 80 % des personnes insomniaques ne présentant pas de pathologie associée. Elles atténuent aussi les symptômes chez les personnes dont l'insomnie est causée par des pathologies. (Précisons que les études n'ont pas été réalisées strictement auprès de PVVIH.)

### Médicaments contre l'insomnie

Les somnifères (« pilules pour dormir ») produisent parfois des résultats plus rapides que les thérapies psychologiques et comportementales, mais leurs avantages disparaissent habituellement une fois la médication arrêtée, contrairement aux effets des thérapies comportementales qui persistent mieux dans le temps. Il peut cependant y avoir des avantages à combiner les deux. Certaines études ont montré que l'ajout d'un médicament après le début d'une thérapie comportementale a des effets plus durables. Chez certaines personnes, la médication peut être utile dès le départ pour briser le cercle vicieux de

l'insomnie et apporter un certain soulagement. La pharmacothérapie prescrite devrait être interrompue sous supervision au bout de quelques semaines, afin d'éviter le développement d'une dépendance et l'effet de rebond. On pourra recourir occasionnellement aux médicaments après la phase initiale de traitement, tandis que la poursuite de la thérapie comportementale est essentielle au maintien des avantages.



## Psychothérapie et modification du comportement

### Contrôle du stimulus

Il s'agit d'un ensemble d'instructions visant à renforcer l'association entre le lit/la chambre à coucher et le sommeil, et à rétablir un horaire régulier de sommeil/d'éveil :

1. Se coucher seulement lorsqu'on s'endort.
2. Se lever lorsqu'on ne peut dormir et retourner au lit au moment où l'on se sent prêt à se rendormir.
3. Réserver la chambre à coucher au sommeil (pas de lecture, de télé, etc.).
4. Se lever à la même heure tous les matins.
5. Ne pas faire de sieste.

### Privation de sommeil

Il s'agit d'une thérapie conçue pour réduire le temps passé au lit au seul temps de sommeil, produisant ainsi une légère privation de sommeil (c'est-à-dire si vous ne dormez que trois heures par nuit, il ne faudra passer que trois heures au lit au début de la thérapie). Ensuite, on augmente peu à peu le temps passé au lit pendant quelques jours ou semaines, jusqu'à ce qu'on obtienne le temps de

sommeil optimal. Il s'agit d'un traitement difficile, mais efficace dans certains cas.

### Relaxation

Il s'agit d'une méthode clinique visant à réduire la tension somatique (par ex. relaxation progressive des muscles) ou le flux de pensée (par ex., visualisation, méditation), qui nuisent au sommeil. La plupart des techniques de relaxation nécessitent un encadrement professionnel au départ et une pratique quotidienne pendant plusieurs semaines.

### Thérapie cognitive

Il s'agit d'une approche thérapeutique visant à réduire l'inquiétude et à modifier de fausses croyances au sujet du sommeil, de l'insomnie et des conséquences diurnes de cette dernière. D'autres stratégies cognitives peuvent servir à contrôler le flux de pensée à l'heure du coucher et réduire l'attention excessive accordée aux conséquences diurnes de l'insomnie. Cette approche s'accompagne habituellement de stratégies comportementales.

### Hygiène du sommeil

Il s'agit de directives générales concernant de saines habitudes de vie (par ex. alimentation, exercice, consommation de drogues) et certains facteurs environnementaux (par ex. lumière, bruit, température), qui favorisent et nuisent au sommeil. Cela peut aussi comprendre des renseignements de base sur le sommeil normal et les changements qui surviennent avec l'âge dans les habitudes de sommeil.

Ces méthodes comportementales et cognitives peuvent être utilisées seules ou en combinaison.

Morin, C. M., & Benca, R. M. *Insomnia: Nature, diagnosis, and treatment.* In S. Chokroverty and P. Montagna (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (3<sup>e</sup> ed.) 2009. Philadelphia, PA: Elsevier.

Pour en savoir plus, voir l'ouvrage intitulé *Overcoming Insomnia and Sleep Problems: A Self-help Guide to Cognitive Behavioral Techniques*, de Colin A. Espie. Il comprend un guide de traitement de l'insomnie.

Les médicaments prescrits le plus souvent pour favoriser le sommeil sont des hypnotiques (somnifères), qui agissent en réduisant le temps d'endormissement et le nombre de réveils pendant la nuit. Mais la plupart des somnifères comportent un risque de dépendance et doivent être pris quelques semaines tout au plus. Ils ont d'importants effets secondaires (par ex. étourdissements, somnolence, amnésie et problèmes d'estomac). Plutôt que des somnifères, on prescrit parfois des antidépresseurs ayant un effet sédatif. Bien que l'emploi de ceux-ci ne soit pas approuvé pour traiter l'insomnie, depuis une décennie, on les utilise de plus en plus à cette fin.

Par rapport aux hypnotiques non benzodiazépiniques, dont le zopiclone (Imovane<sup>MD</sup>, le seul de ces agents actuellement disponible au Canada), les benzodiazépines telles que le triazolam (Halcion<sup>MD</sup>), le témazépam (Restoril<sup>MD</sup>) et le flurazépam (Dalmane<sup>MD</sup>) produisent plus souvent une insomnie de rebond ainsi que des symptômes de sevrage.

Des interactions avec les agents anti-VIH viennent compliquer les traitements médicamenteux de l'insomnie. Le médecin qui traite l'insomnie d'une PVVIH doit prendre en compte qu'une éventuelle altération fonctionnelle des reins ou du foie pourra ralentir l'élimination des somnifères. Par ailleurs, les médecins hésitent à prescrire des benzodiazépines à des personnes ayant des antécédents de toxicomanie, car ces médicaments créent une accoutumance et le sevrage est difficile.

## Interactions médicamenteuses

L'interaction entre médicaments anti-insomnie et anti-VIH la plus importante met en cause un inhibiteur de protéase (IP), le ritonavir (Norvir<sup>MD</sup>), qui emprunte la même voie métabolique que de nombreuses benzodiazépines. Par conséquent, les concentrations de ces dernières et leurs risques d'effets indésirables peuvent augmenter considérablement. D'autres IP, dont le fosamprenavir (Telzir<sup>MD</sup>), l'atazanavir (Reyataz<sup>MD</sup>), l'indinavir (Crixivan<sup>MD</sup>), le nelfinavir (Viracept<sup>MD</sup>) et le saquinavir (Invirase<sup>MD</sup>), peuvent aussi hausser les concentrations des médicaments anti-insomnie, mais dans une moindre mesure.

Parmi les benzodiazépines, le triazolam demeure moins longtemps dans le sang et risque moins de causer de la somnolence durant la journée. Cependant, il emprunte la même voie métabolique que plusieurs IP; il a été démontré que le ritonavir augmente de 3 à 41 heures la présence du triazolam dans le sang. Pour les PVVIH, il serait peut-être préférable de prescrire du témazépam au lieu



d'autres benzodiazépines, car aucune donnée n'indique que celui-ci interagit de façon notable avec les ARV ou les antibiotiques couramment prescrits. Le zolpidem (Ambien<sup>MD</sup> aux É.-U.) et le zaleplon (Sonata<sup>MD</sup> aux É.-U.), deux hypnotiques non benzodiazépiniques qui ne sont pas disponibles au Canada, doivent être utilisés prudemment avec le ritonavir et d'autres IP. Il y a lieu de prescrire une dose plus faible et de prendre en compte un risque accru d'effets indésirables. L'eszopiclone, un hypnotique non benzodiazépinique, suit la même voie métabolique que le ritonavir et le kétoconazole (Nizoral<sup>MD</sup>), et devrait être utilisé avec précaution.

## Autres médicaments anti-insomnie

Quoiqu'ils n'aient pas été étudiés ni approuvés pour traiter l'insomnie, certains antidépresseurs tels que la doxépine (Sinequan<sup>MD</sup> ou Adapin<sup>MD</sup>) et la mirtazapine (Remeron<sup>MD</sup>), antipsychotiques (par ex. la quétiapine [Seroquel<sup>MD</sup>]) et anticonvulsifs (par ex. la gabapentine [Neurontin<sup>MD</sup>]) sont également prescrits pour traiter l'insomnie. Compte tenu des problèmes occasionnés par d'autres médicaments anti-insomnie chez les PVVIH, surtout celles qui prennent des IP, il peut s'agir d'une option. Tous les médicaments peuvent avoir des effets indésirables.

Les médicaments traitant l'insomnie ont leur utilité. Grâce à une équipe de chercheurs de l'Université Duke, nous disposons désormais d'un guide sommaire sur les stratégies de traitement les plus aptes à convenir aux PVVIH. Il demeure cependant qu'une bonne hygiène du sommeil peut aider la plupart des gens à réduire considérablement la gravité de l'insomnie. Évitez la caféine, le sucre, la nicotine et l'exercice dans les heures précédant le coucher, réduisez les facteurs de stress, pratiquez la relaxation et... n'oubliez pas que boire du lait chaud demeure une bonne stratégie. **R**