



Sous la direction de

Isabelle POIROT

Carmen M. SCHRÖDER



Sommeil, rythmes et psychiatrie

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016

13 rue Paul Bert, 92247 Malakoff cedex

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074956-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

« ... Tant que je dors, je n'ai ni crainte, ni espérance, ni peine, ni plaisir. Béni soit celui qui a inventé le sommeil, manteau qui couvre toutes les humaines pensées, mets qui ôte la faim, eau qui chasse la soif, feu qui réchauffe la froidure, fraîcheur qui tempère la chaleur brûlante, finalement, monnaie universelle avec laquelle s'achète toute chose, et balance où s'égalisent le pâtre et le roi, le simple et le sage. Le sommeil n'a qu'une mauvaise chose, à ce que j'ai ouï dire ; c'est qu'il ressemble à la mort ; car d'un endormi à un trépassé la différence n'est pas grande. »

Miguel de Cervantes (1615), *Don Quichotte*
Deuxième partie, Chapitre LXVIII

DANS TOUTE L'HISTOIRE de la médecine, depuis les Grecs anciens à nos jours, la forte intrication entre sommeil et psychiatrie est admise. En revanche, ce véritable lien bidirectionnel n'est documenté que depuis quelques années dans la littérature scientifique. Les troubles du sommeil dans leur ensemble sont extrêmement fréquents, pouvant toucher jusqu'à 50 % de la population générale. En clinique, ils sont couramment associés aux pathologies psychiatriques et neurologiques dont ils peuvent être la première voire la seule manifestation. Ils peuvent concerner tous les âges de la vie, de la naissance au grand âge, et revêtir de multiples présentations cliniques dont les facettes dépendent également des comorbidités. Pour le clinicien, les troubles du sommeil et des rythmes en psychiatrie constituent alors un réel challenge, compte tenu de leur transversalité. La recherche clinique des dernières années a mis en évidence les lourdes conséquences des troubles du sommeil en santé publique (risque de consommation médicale et médicamenteuse, complications métaboliques, risque

accidentogène...) et plus particulièrement en psychiatrie (automédication et escalade thérapeutique, prise de psychotropes hypnotiques inefficaces, rechute de pathologies psychiatriques chroniques, majoration du risque suicidaire, résistance thérapeutique...).

Cette intrication entre sommeil et psychiatrie doit être abordée de manière dynamique car elle est complexe. D'un côté, les recherches cliniques récentes mettent en évidence le facteur de risque indépendant que représentent les troubles du sommeil et des rythmes dans l'émergence des pathologies neuropsychiatriques ou dans l'existence de rechutes. De l'autre côté, le trouble du sommeil peut moduler l'évolution de la pathologie psychiatrique et neurologique (aggravation, complication de la comorbidité). En pathologie psychiatrique, le trouble du sommeil ou des rythmes peut ainsi augurer, co-exister ou perdurer ; quelle que soit la configuration, il y a toujours un impact sur le trouble psychiatrique. Réciproquement, les troubles psychiatriques sont quasi-systématiquement associés à un trouble du sommeil qui, s'il n'est pas pris en charge, risque non seulement de chroniciser le trouble psychiatrique même, mais aussi de provoquer d'autres comorbidités.

Le but de cet ouvrage est de dresser le tableau général des troubles du sommeil et des rythmes dans les pathologies psychiatriques les plus fréquemment impactées et de donner au lecteur quelques pistes d'exploration, de diagnostic, d'explication physiopathologique et de prise en charge, selon les dernières recommandations reconnus dans la littérature scientifique.

L'avenir est très certainement de multiplier les collaborations scientifiques, cliniques et transversales. La meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques dynamiques impliqués dans les trois dimensions, sommeil, rythmes et psychiatrie, permettra ultérieurement aussi d'apporter une offre de soins plus adaptée et plus élargie, de prévenir des risques liés à la coexistence des troubles du sommeil, et d'améliorer la qualité de vie des patients. Cela nécessite des discussions multidisciplinaires et de meilleures formations des personnels de soins concernés. Encourager ce mouvement est de notre responsabilité.

Nous tenons à remercier très chaleureusement l'ensemble des auteurs qui ont accepté à participer à cet ouvrage, auteurs reconnus pour leur double intérêt pour la pathologie psychiatrique et les troubles du sommeil et des rythmes, à tous les âges de la vie - qu'ils soient cliniciens, chercheurs ou les deux.

Isabelle Poirot et Carmen M. Schröder

Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	III
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XI
1. Classification des troubles du sommeil	1
Insomnie (F51.0 et G47.0)	3
Hypersomnies et narcolepsie (F51.1, G47.1, G47.4)	4
Troubles respiratoires liés au sommeil (G47.3)	9
Trouble veille-sommeil lié au rythme circadien (F51.2, G47.2)	10
Parasomnies (F51.3, F51.4, F51.5)	11
Mouvements anormaux liés au sommeil (G25.8, G47.8)	13
Conclusion	14
Bibliographie	15
2. Sommeil, psychiatrie et santé publique	17
Épidémiologie des troubles du sommeil et du temps de sommeil	17
<i>Épidémiologie des troubles du sommeil, 18 • Le temps de sommeil, 21 •</i>	
<i>Perspectives : l'épidémiologie objective du sommeil, 24 •</i>	
<i>Bibliographie, 26</i>	

Épidémiologie de la somnolence diurne excessive en psychiatrie	28
<i>La nécessité de définitions rigoureuses, 28 • Pourquoi étudier l'épidémiologie de la somnolence diurne excessive en médecine générale ?, 30 • Pourquoi étudier l'épidémiologie de la somnolence diurne excessive en psychiatrie ?, 31 • Conclusion, 33 • Bibliographie, 34</i>	
3. Physiologie du sommeil et des rythmes biologiques	37
Les mécanismes du sommeil	37
<i>Physiologie de la veille et du sommeil, 37 • Identification des populations de neurones impliquées dans la régulation des états de vigilance, 39 • Conclusion, 49 • Bibliographie, 50</i>	
Physiologie des rythmes biologiques	53
<i>Caractéristiques des rythmes biologiques, 53 • L'horloge biologique principale et horloges périphériques, 54 • Facteurs exogènes et endogènes déterminant un rythme biologique, 55 • Exemples de rythmes biologiques chez l'homme, 59 • Désynchronisation du système circadien et chronobiotiques, 62 • Rythmicité circadienne, santé mentale et pathologie psychiatrique, 64 • Conclusion, 65 • Bibliographie, 66</i>	
4. Les outils d'évaluation du sommeil	69
Approches subjectives de la connaissance du sommeil	70
Approches objectives de la connaissance du sommeil	74
Approches subjectives du comportement et de la vigilance diurne	79
Approches objectives de la vigilance diurne	82
Bibliographie	86
5. Conduite à tenir devant une plainte de sommeil	89
Prise en charge de l'insomnie chronique	89
<i>Caractériser l'insomnie, 90 • Physiopathologie, 91 • Diagnostic clinique, 94 • Comorbidités, 95 • Traitement, 99 • Conclusion, 101 • Bibliographie, 105</i>	
Conduite à tenir devant une plainte d'hypersomnolence	109
<i>Définitions, 109 • Exploration de l'hypersomnolence, 110 • Différentes causes, 112 • Conclusion, 122 • Bibliographie, 126</i>	

Particularités de l'insomnie et de l'hypersomnolence chez l'enfant et l'adolescent	128
<i>Particularités de l'insomnie chez l'enfant et l'adolescent, 128 •</i>	
<i>Particularités de l'hypersomnolence chez l'enfant et l'adolescent, 133</i>	
Bibliographie	138
6. Syndromes psychiatriques, sommeil et rythmes	141
Troubles du spectre autistique, sommeil et rythmes biologiques	141
<i>Épidémiologie des troubles du sommeil chez l'enfant avec TSA, 142 •</i>	
<i>Retentissement des troubles du sommeil chez l'enfant avec TSA, 143 •</i>	
<i>Anomalies des rythmes circadiens chez l'enfant avec TSA, 143 •</i>	
<i>Approches thérapeutiques des troubles du sommeil chez l'enfant avec TSA, 145 • Conclusion, 149 • Bibliographie, 149</i>	
Troubles du sommeil dans les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	152
<i>Introduction, 153 • TDAH et sommeil : généralités, 155 • Intrications neurobiologiques entre le TDAH et les troubles du sommeil, 157 •</i>	
<i>Troubles du sommeil spécifiques au TDAH, 159 • Effets des traitements pharmacologiques du TDAH sur le sommeil, 165 • Bibliographie, 168</i>	
Dépression, sommeil et rythmes	173
<i>Données physiologiques, physiopathologiques et étiologiques, 174 •</i>	
<i>Aspects thérapeutiques, 179 • Conclusion, 183 • Bibliographie, 184</i>	
Sommeil et rythmes circadiens dans les troubles bipolaires	186
<i>L'horloge endogène, 187 • Modèles chronobiologiques de la physiopathologie des troubles bipolaires, 187 • Rythmes circadiens et sommeil dans les troubles bipolaires, 188 • Gènes circadiens dans les troubles bipolaires, 191 • Implications cliniques et perspectives, 192 • Conclusion, 195 • Bibliographie, 196</i>	
Les troubles du sommeil et des rythmes circadiens dans la schizophrénie : une clef de compréhension des troubles psychiques et somatiques associés à cette pathologie	198
<i>La schizophrénie, 198 • Les troubles du sommeil dans la schizophrénie, 199 • Des altérations de l'architecture du sommeil, 201 • Des troubles du sommeil qui ont des conséquences, 202 • Une physiopathologie multi-déterminée, 203 • Perturbations des rythmes circadiens dans la schizophrénie, 203 • Une évaluation clinique plus</i>	

<ul style="list-style-type: none"> <i>systématique, 206 • Vers des pistes thérapeutiques, 206 •</i> <i>Conclusion, 209 • Bibliographie, 209</i> 	212
<ul style="list-style-type: none"> Troubles addictifs, sommeil et chronobiologie <i>Addiction et sommeil, 213 • Addiction et chronobiologie, 213 •</i> <i>Conclusion, 218 • Bibliographie, 220</i> 	212
<ul style="list-style-type: none"> Démences et sommeil <i>La démence parkinsonienne, 221 • Démence à corps de Lewy, 224 •</i> <i>Maladie d'Alzheimer, 225 • Maladie de Huntington, 227 •</i> <i>Bibliographie, 230</i> 	221
7. Parasomnies et comportements anormaux au cours du sommeil	235
<ul style="list-style-type: none"> Les parasomnies du sommeil lent <i>Troubles du réveil en sommeil lent profond, 236 • Trouble alimentaire du sommeil, 241</i> 	236
<ul style="list-style-type: none"> Parasomnie associée au sommeil paradoxal : le trouble comportemental en sommeil paradoxal (TCSP) <i>Aspects cliniques du trouble comportemental en sommeil paradoxal, 244</i> <i>• Aspects vidéo-polysomnographiques, 245 • Facteurs prédisposants, facteurs favorisants, 245</i> 	243
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des parasomnies associées à des comportements anormaux <i>Principes généraux, 246 • Troubles du réveil en sommeil lent profond, 246 • Le trouble comportemental en sommeil paradoxal, 247</i> 	246
Conclusion	247
Bibliographie	249
8. Psychopharmacologie du sommeil	251
<ul style="list-style-type: none"> Insomnie <i>Hypnotiques GABAergiques, 252 • Hypnotiques mélatoninergiques, 253 •</i> <i>Hypnotiques antihistaminergiques, 254 • Autres molécules utilisées comme hypnotiques, 254 • Nouvelles molécules hypnotiques, 255</i> 	251
<ul style="list-style-type: none"> Hypersomnies d'origine centrale <i>Le traitement de la somnolence diurne excessive, 257 • Le traitement de la cataplexie, 258</i> 	256
Troubles veille-sommeil liés au rythme circadien	259
Parasomnies	261
Mouvements anormaux liés au sommeil	263

Effets des médicaments psychotropes hors hypnotique sur le sommeil	264
Conclusion	267
Bibliographie	268
9. Comportement et sommeil ou l'art de ne pas détraquer son sommeil	273
Se coucher et se lever	274
<i>Ressentir les signaux du sommeil, 274 • Se lever quand on est réveillé, 274 • Garder des horaires réguliers, 274</i>	
Utilisation des synchroniseurs	275
<i>La lumière permet de caler les horaires, 275 • Les activités en groupe agissent aussi sur nos horloges, 276 • Le sport renforce nos rythmes, 276 • La prise de repas structure notre journée, 277</i>	
Les habitudes de consommation : café, thé, stimulants, alcool, tabac, cannabis	277
<i>Café, 277 • Tabac, 278 • Alcool, 278 • Cannabis, 278</i>	
Les comportements anti-sommeil de la soirée et de la nuit	279
<i>La télévision, 279 • Les nouveaux médias : smartphones, tablettes, ordinateurs, 279 • Les adolescents, population particulièrement à risque, 281</i>	
Bibliographie	282
ANNEXES	285

Liste des auteurs

Coordonné par :

Isabelle Poirot

Unité de sommeil. Hôpital Fontan 1, Service de psychiatrie adulte. CHRU de Lille, rue André Verhaeghe, 59 037 Lille Cedex.

Carmen M. Schröder

Professeur de Pédopsychiatre – PU-PH. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Pôle Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et Université de Strasbourg, France. CNRS UPR 3212, « Lumière, Rythmes Circadiens, Homéostasie du Sommeil et Neuropsychiatrie », Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives. Centre Ressources Autisme 67, Pôle Enfants et Adolescents, Strasbourg, France.

Liste des auteurs :

Joëlle Adrien

Inserm, Équipe VIFASOM, Université Paris Descartes, Paris ; Centre du Sommeil et de la Vigilance, Hôtel Dieu de Paris-Aphp, Paris.

Claire André

Doctorante en neuropsychologie. Spécialité : Sommeil et maladie d'Alzheimer. Inserm-EPHE-Université de Caen Normandie, Unité 1077, GIP Cyceron, Bd H Becquerel, BP 5229, 14074 CAEN Cedex 5.

Virginie Bayon

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Médecine, AP-HP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), Hôtel-Dieu de Paris, Centre du Sommeil et de la Vigilance, et EA 7330 VIFASOM (Vigilance Fatigue Sommeil et Santé Publique) 1 pl. du Parvis Notre Dame, 75181 Paris Cedex 04, France www.sommeil-vigilance.fr

Gilles Bertschy

Professeur de Psychiatrie- PU-PH. Chef du Service de Psychiatrie II, CHU et université de Strasbourg ; Unité INSERM 1114.

Stéphanie Bioulac

Clinique du Sommeil, Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, CHU de Bordeaux, Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France. USR CNRS 3413 SANPSY, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France.

Carole Boudebesse

INSERM U955, Institut Mondor de Recherche Biomédicale, Créteil, France. Centre Expert Troubles Bipolaires, Pôle de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, Créteil, France.

Patrice Bourgin

Professeur de Neurologie – PU-PH. Responsable du Centre des Troubles du Sommeil et du CIRCSom (Centre international de recherche en Chronosomnologie), Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France. Responsable de l'équipe « Lumière, Rythmes Circadiens, Homéostasie du Sommeil et NeuroPsychiatrie » de l'UPR 3212 du CNRS, Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France.

Agnès Brion

Psychiatre. Paris.

Hélène Brochard

Interne DES Psychiatrie. Centres Experts Troubles Bipolaires – Fondation Fondamental, Hôpital A. Chenevier, 32 rue de Mesly, 94000 Créteil.

Samuel Cortese

Département de Psychologie, Developmental Brain-Behaviour Laboratory, University of Southampton, Southampton, Royaume-Uni.

Olivier Cottencin

PU-PH (Professeur des Universités de Psychiatrie et d'Addictologie – Praticien Hospitalier). Responsable du Service d'Addictologie du CHU de Lille, Hôpital

Fontan², Service d'Addictologie, rue Verhaeghe, F-59000 Lille, France. SCALab – Équipe PSYCHIC – CNRS UMR 9193.

Thierry Danel

PH-HDR. Spécialité : Addictologie-Psychiatrie. CSAPA du CHRU de Lille, 57 Bd de Metz, 59037 Lille Cedex.

Bruno Etain

MCU-PH. Université Paris Est Créteil Val-de-Marne. Centre Expert Troubles Bipolaires – HU Henri Mondor. INSERM U955 – Institut Mondor de Recherche Biomedicale. Creteil, France.

Véronique Fabre

Sorbonne Universités, université Pierre et Marie Curie (UPMC) Paris 6, Institut de Biologie Paris Seine (IBPS), UM119 Neurosciences Paris Seine ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), UMR-S 1130, Neurosciences Paris Seine ; Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) UMR 8246, Neurosciences Paris Seine ; Paris, France.

Michel Lecendreux

Pédopsychiatre – Praticien Hospitalier. AP-HP, Centre de Sommeil Pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, France. Réseau National de Maladies Rares (Narcolepsie, Hypersomnie idiopathique et syndrome de Kleine-Levin), Hôpital Robert Debré, Paris, France.

Damien Léger

PU-PH. Centre du Sommeil et de la Vigilance et EA 7331 VIFASOM Paris Descartes. Hôtel Dieu de Paris, HUPC, APHP. Faculté de Médecine Paris Descartes, 1 Place du Parvis Notre-Dame, 75004 Paris. www.sommeil-vigilance.fr

Smaranda Leu-Semenescu

Neurologue, PH, Service des Pathologies du sommeil, Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière-Paris.

Jean-Arthur Micoulaud-Franchi

Psychiatre, MD, PhD. Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux. Clinique du Sommeil, Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, CHU de Bordeaux, Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France. USR CNRS 3413 SANPSY, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France.

Fannie Onen

CHU Bichat – Claude Bernard, APHP, Service de Gériatrie, 75018 Paris. Inserm U1178, universités Paris Descartes et Paris Sud.

Paul Pévet

PhD. Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives. UPR 3212 CNRS, université de Strasbourg, Strasbourg, France.

Pierre Philipp

Psychiatre. PU-PH. Clinique du Sommeil, Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, CHU de Bordeaux, Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France. USR CNRS 3413 SANPSY, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France.

Julien Pottelette

Psychiatre – Assistant Spécialiste. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Pôle Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France. Centre Ressources Autisme 67, Pôle Enfants et Adolescents, Strasbourg, France.

Géraldine Rauchs

Chargée de Recherche Inserm. Spécialité : sommeil, mémoire, vieillissement et maladie d'Alzheimer. Inserm-EPHE-Université de Caen Normandie, Unité 1077, GIP Cycleron, Bd H Becquerel, BP 5229, 14074 Caen Cedex 5.

Sylvie Royant-Parola

Psychiatre, Présidente du Réseau Morphée, 12 avenue de Lamballe, 75016 Paris
dr.royant-parola@reseau-morphee.fr

Luc Staner

Praticien Hospitalier, Responsable de l'Unité d'Exploration des Rythmes Veille-Sommeil du Centre Hospitalier de Rouffach (27 rue du 4^e RSM, 68250 Rouffach).

Yvan Touitou

Professeur des universités – émérite. Spécialité : biochimie & biologie moléculaire, Chronobiologie. Chercheur Fondation Rothschild. Unité de Chronobiologie, Fondation A. de Rothschild, 75019-Paris.

Françoise Vecchierini

Neuro-Psychiatre. MCU-PH honoraire. Centre du sommeil et de la vigilance. Hôtel-Dieu. Paris. 1, Place du parvis Notre-Dame 75181 Paris Cedex 04.

Pierre Vidailhet

Professeur de Psychiatrie – PU-PH. Pôle de Psychiatrie, de Santé Mentale et d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. INSERM U1114 « Neuropsychologie Cognitive et Physiopathologie de la Schizophrénie ». Fédération de Médecine Translationnelle de la Faculté de Médecine de Strasbourg (FMTS). Université de Strasbourg, Strasbourg, France.

Chapitre 1

Classification des troubles du sommeil¹

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE des troubles du sommeil (ICSD, International Classification of Sleep Disorders) qui fait référence en médecine du sommeil est établie depuis 1990 par l'American Academy of Sleep Medicine. La troisième édition de cette classification (ICSD-3, AASM, 2014) a été publiée en mars 2014 et est disponible en langue française depuis peu (SFRMS, 2015). D'autres systèmes de classification des troubles du sommeil sont proposés par l'American Psychiatric Association dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Sleep Disorder* (DSM) à partir de la troisième édition (DSM-III, APA, 1980) et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis la 10^e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10, OMS, 1993).

Des différences notables existent entre ces trois systèmes de classification. Par exemple dans la CIM-10, les diagnostics des troubles du sommeil sont répartis entre les chapitres F (troubles mentaux et du comportement) et G (maladies du système nerveux). Des maladies du sommeil comme l'insomnie ou l'hypersomnie peuvent ainsi être codées comme trouble mental (insomnie non organique ou hypersomnie non organique) ou maladie du système nerveux (troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil ou troubles du sommeil par somnolence

1. Luc Staner.

excessive). À l'exception du chapitre F (CIM-10/ICD-10 *Critères diagnostiques pour la recherche*, OMS, 1994), la classification de l'OMS n'est pas opérationnalisée par des critères diagnostiques ; de ce fait, l'apnée du sommeil ou la narcolepsie (chapitre G) sont diagnostiquées à partir d'une impression clinique globale alors qu'il existe des critères diagnostiques pour chaque trouble du sommeil dans le DSM et l'ICSD. Enfin, l'ICSD et le DSM, dans leurs dernières éditions ont intégré des items spécifiques à l'enfant pour certains diagnostics, ce qui peut rendre l'utilisation de la CIM problématique dans cette situation.

Dès la première version de 1990, l'ICSD (ASDA, 1990) se démarque des deux classifications concurrentes par l'utilisation de critères diagnostiques basés sur des éléments physiopathologiques objectifs comme des résultats d'examens biologiques ou électrophysiologiques. En effet, CIM et DSM reposent sur des critères symptomatiques et les résultats d'investigations (comme la polysomnographie) ne sont pas pris en compte pour poser le diagnostic d'un trouble du sommeil dans ces classifications, sauf dans la dernière édition du DSM, le DSM-5 (APA, 2013). L'ICSD reste toutefois la classification qui s'appuie le plus sur des éléments objectifs censés refléter la physiopathologie du trouble, les exemples les plus marquants dans l'ICSD-3 étant sans doute les critères polysomnographiques pour diagnostiquer l'hypersomnie idiopathique et la contribution de l'actigraphie dans les diagnostics des troubles du rythme circadien veille-sommeil.

Comme le montre le tableau 1.1, le nombre de catégories diagnostiques est très variable dans les trois systèmes nosologiques ce qui reflète la finalité de chacune des classifications. La CIM-10 est un système global incluant l'ensemble des maladies et situations d'utilisation des soins de santé et de ce fait comporte des catégories diagnostiques succinctes et peu détaillées. La classification du DSM-5 s'adresse aux acteurs du domaine de la santé mentale est un peu plus exhaustive mais elle reste simplifiée par rapport à celle de l'ICSD-3 qui est une classification plus technique et spécialisée, utilisée essentiellement en médecine du sommeil.

Nous avons choisi de structurer ce chapitre à partir des catégories diagnostiques de la classification CIM-10, seule classification reconnue par les autorités de santé, ce qui oblige le clinicien désireux d'utiliser un autre système d'être à même de communiquer les diagnostics en CIM-10 aux différentes instances administratives. Le lecteur trouvera également en fin de chaque section, un aspect pratique sur le maniement des diagnostics de trouble du sommeil en clinique psychiatrique, ce qui renvoie aux relations cliniques entre trouble du sommeil et troubles psychiatriques.

INSOMNIE (F51.0 ET G47.0)

Le tableau 1.2 illustre les correspondances entre les trois systèmes classificatoires en ce qui concerne l'insomnie. Les principales différences entre les trois systèmes de classification résident dans le contenu des critères A et B (qui définissent globalement la plainte d'insomnie et ses retentissements sur le fonctionnement diurne) et dans la gestion de critères de durée et de causalité de l'insomnie. Dans les trois classifications, l'insomnie est définie à partir de difficultés d'initiation ou de maintien du sommeil, la CIM-10 ayant conservé le sommeil non réparateur comme troisième symptôme de l'insomnie. Les répercussions diurnes de l'insomnie sont peu détaillées dans la CIM-10, correspondent dans le DSM-5 à un critère générique utilisé dans l'ensemble de la classification et dans l'ICSD-3 à un critère qui n'est pas systématiquement lié à une détresse ou une altération du fonctionnement, la seule présence d'asthénie suffisant à le remplir.

Les trois classifications ont adopté des approches divergentes sur les critères de durée et de causalité. En ce qui concerne la durée, toutes s'accordent sur une spécification (« présence des symptômes au moins trois fois par semaine ») mais divergent sur l'autre (un mois *versus* trois mois). L'ICSD-3 utilise cette seconde spécification comme classificatoire (chronique *versus* courte durée) alors qu'un mois autorise un diagnostic F51.0 dans la CIM-10 et trois mois sont nécessaires pour le diagnostic d'insomnie du DSM-5. Des spécifications en type épisodique, persistant ou récurrent sont également prévues dans le DSM-5.

En ce qui concerne la causalité, la CIM-10 se distingue des autres classifications par l'absence d'un critère indiquant que l'insomnie survient malgré l'adéquation des conditions de sommeil et par l'utilisation d'un critère classificatoire reposant sur une causalité organique (« affection médicale ou neurologique ou trouble lié à l'utilisation de médicaments ou de substances psychoactives »). Le DSM-5 et l'ICSD-3 s'accordent sur le fait que l'insomnie « n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil » mais divergent sur la classification d'une insomnie associée à un facteur organique (non somnologique) ou à un trouble psychiatrique. Pour le DSM-5, l'insomnie est spécifiée comorbide à un autre trouble sans qu'il soit nécessaire d'établir une relation causale entre les deux conditions ou relève du diagnostic « trouble du sommeil induit par des substances/médicaments ». L'ICSD-3, arguant du manque de preuves sur l'aspect directionnel des causalités (l'insomnie est-elle la cause, la conséquence ou

simplement associée au trouble ?), classifie en insomnie toutes les formes cliniques qu'elles surviennent en présence ou en l'absence d'un trouble comorbide potentiellement perturbateur du sommeil.

En clinique psychiatrique, on retiendra que les classifications s'accordent sur le fait qu'une plainte d'insomnie ne requiert un diagnostic spécifique que si elle est isolée ou suffisamment grave pour justifier, à elle seule, une prise en charge clinique. De même, un diagnostic d'insomnie ne s'applique pas si le traitement efficace de la pathologie psychiatrique résout les symptômes d'insomnie.

HYPERSOMNIES ET NARCOLEPSIE (F51.1, G47.1, G47.4)

La CIM-10 reconnaît deux catégories d'hypersomnies (les hypersomnies organique et non organique), le DSM-5 une (l'hypersomnolence avec des types spécifiant la comorbidité, l'évolution temporelle et la sévérité) et l'ICSD-3 en mentionne six avec l'insuffisance de sommeil (tableau 1.1). Une différence importante entre les trois nosologies concerne la définition de l'hypersomnie qui repose uniquement sur une plainte de somnolence diurne excessive dans l'ICSD-3 alors que les critères CIM-10 (pour l'hypersomnie non organique) et DSM-5 s'accordent pour définir l'hypersomnie non seulement à partir de la somnolence diurne, mais aussi sur base d'une ivresse du sommeil lors du réveil ou, pour le DSM-5, d'une période principale de sommeil prolongée (plus de 9 heures par jour d'un sommeil non réparateur). Le critère de durée diffère également, avec un mois requis pour un diagnostic CIM-10 et trois mois pour l'hypersomnolence du DSM-5 et la plupart des hypersomnies de l'ICSD-3. À noter que les critères diagnostiques de l'hypersomnie idiopathique (ICSD-3) comportent des résultats d'examen paracliniques (test itératif des latences d'endormissement, polysomnographie de 24 heures, actigraphie de poignet d'une semaine).

Les critères de la narcolepsie sont sensiblement identiques dans le DSM-5 et l'ICSD-3 et, en dehors de la plainte de somnolence, reposent à des degrés variables sur la triade cataplexie, déficience en hypocrétine et objectivation polysomnographique de la somnolence et de la dérégulation du sommeil paradoxal. Par exemple, pour l'ICSD-3, la présence des critères polysomnographiques est indispensable pour diagnostiquer la narcolepsie tandis que le DSM-5 définit une narcolepsie sur la base de la présence d'un seul des trois éléments de la triade. De plus, alors que le DSM-5 ne reconnaît qu'une seule narcolepsie et propose quelques sous-types, la classification ICSD-3 distingue une narcolepsie type 1

Tableau 1.1. Principaux diagnostics dans les trois systèmes de classification

CIM-10	DSM-5	ICSD-3
Insomnie non organique (F51.0) *		Insomnie chronique (F51.01) *
		Insomnie de court terme (F51.02) *
		Insomnie non spécifiée (F51.09)
Insomnie organique (G47.0)	Insomnie (G47.00) *	
	Trouble du sommeil induit par des substances/médicaments* – type insomnie (F1x.182, F1x.282 ou F1x.982) ¹	
	Autre insomnie spécifiée (G47.09)	
	Insomnie non spécifiée (G47.00)	
Hypersomnie non organique (F51.1) *		Insuffisance de sommeil (F51.12) *
	Hypersomnolence* avec un trouble mental (G47.10)	Hypersomnie associée à maladie psychiatrique (F51.13) *
	Hypersomnolence (G47.10) *	Hypersomnie idiopathique (G47.11) *
Hypersomnie organique (G47.1)	Hypersomnolence* avec une autre affection médicale (G47.10)	Hypersomnie secondaire à pathologie médicale (G47.14) *
	Autre hypersomnolence spécifiée (G47.19)	Syndrome de Klein-Levin (G47.13) *
	Trouble du sommeil induit par des substances/médicaments* – type hypersomnie (F1x.182, F1x.282 ou F1x.982) ¹	Hypersomnie secondaire à l'usage de substances/médicaments (F1x.182, F1x.282 ou F1x.982) *
Narcolepsie (G47.4)	Narcolepsie (G47.4x) *	Narcolepsie type 1 (G47.411)*
		Narcolepsie type 2 (G47.419)*

Tableau 1.1. (suite)

	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (G47.33)*	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (G47.33)*
	ACS* type idiopathique (G47.31)	Syndrome d'ACS idiopathique (G47.31*, P28.3*, P28.4*)
	ACS* type Respiration de Cheyne-Stokes (R06.3)	Syndrome d'ACS avec Respiration de Cheyne-Stokes (R06.3)*
	ACS* type comorbides d'un usage d'opiacé (G47.37)	Syndrome d'ACS dû à une substance/médicament (G47.39)*
Apnée du sommeil (G47.3)	Apnées centrales du sommeil (G47.31)*	Syndrome d'ACS sans Cheyne-Stokes et lié à une pathologie médicale (G47.37)* ou lié à une respiration périodique en haute altitude (G47.32)* ou induit par un traitement (G47.39)*
	Hypoventilation* liée au sommeil idiopathique (G47.34)	Hypoventilation alvéolaire centrale idiopathique (G47.34)*
	Hypoventilation* congénitale d'origine centrale (G47.353)	Hypoventilation alvéolaire centrale congénitale (G47.35)*
	Hypoventilation liée au sommeil* comorbide (G47.36)	Syndrome obésité-hypoventilation (E66.2)* ou Hypoventilation centrale avec dysfonction hypothalamique d'apparition tardive (G47.36)* ou induite par une substance/médicament (G47.36)* ou due à pathologie médicale (G47.36)*
	Hypoventilation liée au sommeil non spécifiée (G47.20)	Hypoxémie pendant le sommeil (G47.36)*
Trouble non organique du RVS (F51.2)*		
Trouble du cycle veille-sommeil (G47.2)	TVSLRC * type avec retard de phase (G47.21)	Syndrome de retard de phase (G47.21)*
	TVSLRC * type avec avance de phase (G47.22)	Syndrome d'avance de phase (G47.22)*
	TVSLRC * type rythme veille-sommeil irrégulier (G47.23)	Rythme veille-sommeil irrégulier (G47.23)*
	TVSLRC * type rythme veille-sommeil différent de 24 heures (G47.24)	Rythme différent de 24 heures (G47.24)*
		Trouble lié au décalage horaire (G27.25)*
	TVSLRC * type travail posté (G47.26)	Désadaptation au travail en horaire décalé ou de nuit (G27.26)*
	TVSLRC * type non spécifié (G47.2)	TRCVS* non spécifié (G47.2)

Tableau 1.1. (suite)

	TESNP type somniaambulisme (F51.3)*		
Somnambulisme (F51.3)*	TESNP type somniaambulisme* avec comportement sexuel pendant le sommeil (F51.3)	Somniaambulisme (F51.3)*	
	TESNP type somniaambulisme* avec alimentation pendant le sommeil (F51.3)	Trouble alimentaire du sommeil (G47.59)*	
Terreurs nocturnes (F51.4)*	TESNP type terreurs nocturnes (F51.4)*	Terreurs nocturnes (F51.4)*	
Cauchemars (F51.5)*	Cauchemars (F51.5)*	Maladie des cauchemars (F51.5)*	
Énurésie non organique (F98.0)*	Énurésies (F98.0)* type exclusivement nocturne	Énurésie nocturne primaire et secondaire (N39.44)*	
	Énurésies (F98.0)* type diurne et nocturne		
Autres troubles du sommeil (G47.8)	Trouble du comportement en sommeil paradoxal (G47.52)*	Trouble du comportement en sommeil paradoxal (G47.52)*	
		Éveils confusionnels (G47.51)*	
		Paralysie du sommeil isolée récurrente (G47.53)*	
	Autre trouble veille-sommeil spécifié (G47.8)		Syndrome de la tête qui explose (G47.59)*
			Hallucinations liées au sommeil (G47.9)*
			Parasomnie de cause médicale (G47.54)*, ou causée par une substance/médicament (F1x.182, F1x.282 ou F1x.982) ou non spécifiée (G47.50)
Autres troubles du sommeil (G47.8)	Syndrome des jambes sans repos (G25.81)*	Syndrome des jambes sans repos (G25.81)*	
		Syndrome des mouvements périodiques de jambes (G47.61)*	
		Crampes nocturnes (G47.62)*, Bruxisme lié au sommeil (G47.63)*, Rythmies du sommeil (G47.69)*	
	Autre trouble veille-sommeil spécifié (G47.8)		Myoclonies bénignes du nourrisson (G47.69)*, Myoclonies propriospinales d'endormissement (G47.69)*
		Mouvements anormaux liés au sommeil secondaire à une maladie (G47.69)*, ou causés par une substance/médicament (F1x.182, F1x.282 ou F1x.982) ¹ * ou non spécifiée (G47.50)	

Tableau 1.1. (suite)

* Indique l'existence de critères diagnostiques ; ¹ x = numéro de la substance/médicament ; ACS = apnées centrales du sommeil ; RVS = rythme veille-sommeil ; TVSLRC = trouble du rythme veille-sommeil lié au rythme circadien ; TRCVS = trouble du rythme circadien veille-sommeil ; TESNP = trouble de l'éveil en sommeil non paradoxal.

(comportant cataplexie et/ou déficience en hypocrétine) d'une narcolepsie type 2 (sans cataplexie ni déficience en hypocrétine démontrée). Le DSM-5 propose encore des spécifications en 5 types cliniques (qui ne se retrouvent pas dans les deux types de narcolepsie de l'ICSD-3) et en 3 types de sévérité (moyen, léger ou grave).

Les hypersomnies le plus souvent rencontrées en clinique psychiatrique sont celles associées à un épisode dépressif majeur (plutôt atypique, bipolaire ou saisonnier) ou à un trouble de conversion ou de somatisation. Les symptômes psychiatriques sont rarement à l'avant-plan, les patients restant en général focalisé sur leur plainte d'hypersomnie. Les critères d'exclusion sont pour les trois systèmes classificatoires une quantité inadéquate de sommeil (reconnue comme Insuffisance de sommeil dans l'ICSD-3), la présence d'un autre trouble du sommeil qui explique mieux le tableau clinique (comme la narcolepsie, les apnées du sommeil et pour l'ICSD-3 les autres formes d'hypersomnie) et l'absence d'une étiologie organique identifiable (auquel cas un diagnostic d'hypersomnie liée à une pathologie médicale ou à l'utilisation de substances/médicaments doit être envisagé).

Le pédopsychiatre devra être particulièrement attentif aux présentations cliniques de la narcolepsie chez l'enfant. La somnolence peut être inconstante ou difficile à évaluer et les enfants peuvent paradoxalement présenter de l'insomnie, de l'inattention, un comportement hyperactif, un manque d'énergie et des hallucinations bizarres qui peuvent conduire à des diagnostics psychiatriques erronés. Chez l'adulte, la narcolepsie est souvent associée à des troubles anxieux ou dépressifs et la cataplexie et les hallucinations liées au sommeil doivent être différenciées de phénomènes psychopathologiques. Le très rare syndrome de Kleine-Levin (épisodes récurrents d'hypersomnie de courte durée – quelques jours à quelques semaines – accompagné à des degrés variables d'hyperphagie et d'hypersexualité) survenant en général vers l'adolescence peut faire évoquer un état dépressif, une bipolarité ou un trouble saisonnier affectif.

TRoubles RESPIRATOIRES LIÉS AU SOMMEIL (G47.3)

La CIM-10 regroupe tous les troubles respiratoires liés au sommeil dans « Apnées du sommeil », diagnostic clinique non opérationnalisé par des critères. Les deux autres classifications proposent des critères diagnostiques et trois catégories de troubles selon leur caractéristique principale (apnées obstructives, apnées centrales et hypoventilation). Pour le DSM-5, le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est établi si l'index d'apnée-hypopnée est ≥ 15 /heure ou, en présence d'une symptomatologie diurne ou nocturne, si l'index est ≥ 5 /heure. L'ICSD-3 utilise la même trame diagnostique mais introduit les micro-éveils liés à un effort respiratoire dans le calcul des index et inclut les conséquences somatiques du syndrome d'apnées (comme l'hypertension artérielle) dans un critère centré sur la symptomatologie diurne du syndrome d'apnée. L'ICSD-3 propose également des critères spécifiques pour définir le syndrome d'apnées obstructives de l'enfant et le DSM-5 des types selon la sévérité du syndrome d'apnées obstructives (léger : index < 15/heure, moyen : index entre 15 et 30/heure ; grave : index > 30/heure).

Pour ce qui est des différentes formes d'apnées centrales et d'hypoventilation, le DSM-5 propose un seul set de critères agrémenté d'une description en types selon la clinique et la sévérité. L'ICSD-3 se montre plus précis, les critères diagnostiques étant spécifiques à chaque forme clinique. Globalement, les deux systèmes s'accordent sur les grandes catégories diagnostiques, le DSM-5 proposant avec six types une classification nettement moins détaillée que l'ICSD-3 avec ses quinze catégories diagnostiques (tableau 1.1). Par exemple, pour le syndrome d'apnées centrales du sommeil idiopathique du DSM-5, l'ICSD-3 mentionne une forme adulte, une forme rencontrée chez le nourrisson et chez le prématuré ; sont également distinguées les apnées centrales liées à une pathologie médicale ou à la haute altitude et celles dues à la prise de substances/médicaments ou à un autre traitement, alors que seule le type apnées centrales du sommeil comorbides d'un usage d'opiacé est mentionné dans le DSM-5.

De même, aux trois types d'hypoventilation décrits dans le DSM-5 (idiopathique, congénitale et comorbide) l'ICSD-3 ajoute l'hypoxémie pendant le sommeil et différencie le type comorbide en syndrome obésité-hypoventilation, hypoventilation centrale avec dysfonction hypothalamique d'apparition tardive, hypoventilation pendant le sommeil induite par un médicament ou une substance et hypoventilation pendant le sommeil due à une pathologie médicale.

Les relations entre troubles respiratoires liés au sommeil et troubles psychiatriques sont nombreuses. Par exemple pour l'ICSD-3, les troubles de l'humeur

sont considérés comme une des conséquences diurnes du SAOS ; le SAOS est aussi un facteur pouvant aggraver une dépression ou la rendre résistante au traitement. Chez l'enfant, le SAOS peut entraîner une symptomatologie évoquant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Le médicament le plus souvent incriminé dans le syndrome d'apnées centrales du sommeil dû à un médicament ou à une substance est la méthadone ; la buprénorphine peut également causer des apnées centrales médicamenteuses. L'association avec d'autres dépresseurs respiratoires comme l'alcool ou les benzodiazépines est un facteur favorisant. Une plainte de sommeil chez un patient toxicomane sous substitution opiacée évoque un syndrome d'apnées centrales dont l'issue peut être fatale, un excès de décès survenant pendant la nuit ayant été constaté chez les patients sous méthadone.

TROUBLE VEILLE-SOMMEIL LIÉ AU RYTHME CIRCADIEN (F51.2, G47.2)

Comme pour l'insomnie et l'hypersomnie, la CIM-10 a choisi de distinguer une forme non organique du diagnostic classée dans le chapitre F (« Trouble non organique du rythme veille-sommeil ») d'une forme supposée organique classée dans le chapitre G (« Trouble du cycle veille-sommeil »). Les deux autres systèmes de classification font correspondre leurs diagnostics à la racine G47.2, ce qui semble signifier qu'une forme « non organique » de ce trouble n'est pas reconnue. DSM-5 et ICSD-3 s'accordent sur cinq formes cliniques, l'ICSD-3 ajoutant le trouble lié au décalage horaire (tableau 1.1).

Une différence notable entre les deux systèmes de classification repose sur l'utilisation d'un seul set de critères complété par la description clinique des types dans le DSM-5 alors que l'ICSD-3 propose à la fois des critères communs aux troubles du rythme circadien veille-sommeil (similaires à ceux du DSM-5) et des critères spécifiques à chaque forme clinique. De plus, pour porter un diagnostic ICSD-3 (en dehors du décalage horaire), il est nécessaire que le trouble ait été objectivé par la tenue d'un agenda du sommeil pendant une durée minimale de 7 à 14 jours suivant les formes cliniques, et si possible par une actigraphie. Enfin, contrairement à l'ICSD-3, le DSM-5 suggère de classer les troubles veille-sommeil liés au rythme circadien en type selon leur périodicité (épisode, persistant et récurrent) et de spécifier un type familial pour l'avance et le retard de phase.

Les troubles veille-sommeil lié au rythme circadien font partie du quotidien en clinique psychiatrique. Un syndrome de retard de phase « par défaut de motivation » est souvent rencontré chez l'adolescent ayant des antécédents de trouble de l'humeur ou de l'anxiété (phobie scolaire ou sociale, anxiété de séparation) ou des difficultés scolaires suite à des troubles de l'apprentissage ou un TDAH. Sans une prise en charge spécifique du trouble primaire, les mesures chronobiologiques visant à resynchroniser le patient se révéleront inefficaces. Les troubles du spectre autistique présentent souvent une altération du profil sécrétoire de la mélatonine et ont été associés à au syndrome d'avance de phase et au rythme veille-sommeil irrégulier. Un rythme veille-sommeil irrégulier se rencontre parfois chez certains patients psychiatriques chroniques ayant une mauvaise hygiène du sommeil et un manque d'exposition aux synchroniseurs externes (comme la lumière et les rythmes sociaux). Enfin, les troubles de l'humeur sont fréquemment rencontrés chez les patients présentant un trouble lié au travail posté.

PARASOMNIES (F51.3, F51.4, F51.5)

Pour la CIM-10, il n'existe que trois parasomnies (le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les cauchemars) ; le DSM-5 en reconnaît un quatrième (le trouble du comportement en sommeil paradoxal) et l'ICSD-3 en dénombre 13 au total (tableau 1.1). Notons que dans l'ICSD-3 l'éneurésie nocturne fait partie des parasomnies alors qu'elle est mentionnée comme un trouble du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence dans la CIM-10 et comme trouble du contrôle sphinctérien dans le DSM-5. Une autre particularité de l'ICSD-3 est de distinguer trois sous-groupes de parasomnies selon leur survenue en sommeil lent, paradoxal ou indépendante d'un stade de sommeil.

Pour les parasomnies du sommeil lent, l'ICSD-3 propose des critères communs et des critères spécifiques à chaque parasomnie. Les critères du somnambulisme et des terreurs nocturnes ne sont pas très différents dans les trois classifications ; seule la CIM-10 introduit un critère (discutable) de durée (de quelques minutes à une demi-heure pour le somnambulisme et moins de 10 minutes pour les terreurs nocturnes). Le DSM-5 apporte deux spécifications au somnambulisme : avec comportement sexuel (ou sexsomnia) et avec alimentation pendant le sommeil. La sexsomnia dans l'ICSD-3 est plutôt considérée comme un éveil confusionnel,