

L'ŒUF OU LA POULE ?

LES TROUBLES DU SOMMEIL ET LES MALADIES AFFECTIVES

Qu'est-ce qui vient en premier? L'insomnie, la somnolence ou la dépression ?

L'insomnie ou la manie? L'apnée du sommeil ou la dépression ?

Un peu comme pour la douleur et l'insomnie, il n'est pas facile de départager le tout, la douleur pouvant causer de l'insomnie, qui à son tour peut accentuer la douleur.

Bernard Gauthier, Jean Leblanc, Virginie Doré-Gauthier et Roger Godbout

Nous illustrerons par des vignettes cliniques quatre problèmes de sommeil courants liés aux maladies affectives et nous indiquerons ce que nous devons faire, comment nous pouvons aider nos patients et ce qu'il faut leur conseiller pour éviter les rechutes.

1^{RE} VIGNETTE : DES NUITS BLANCHES, C'EST DÉPRIMANT !

M. Rivard, 38 ans, se plaint de manquer d'entrain depuis deux mois. Il n'arrive plus à se motiver au travail et dort très mal. Son appétit diminue, et même sa nouvelle voiture sport ne l'excite plus. Il a déjà été soigné il y a six ans pour une dépression majeure. Par ailleurs, il se décrit comme un insomniaque chronique. Ses symptômes de dépression ont partiellement disparu depuis qu'il prend du citalopram, mais sa dose a dû être augmentée graduellement à 30 mg par jour. Par contre, son insomnie persiste. Il se réveille toutes les heures [« Oui, je vous l'assure... »], s'il se fie à son réveil-matin, ce qui l'inquiète.

Vous diagnostiquez chez votre patient une dépression majeure, en partie résistante au traitement. Vous vous demandez si votre traitement est adéquat.

QUOI FAIRE ?

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent. En effet, elle survient chez environ 10% de la population. Le médecin de famille la voit quant à lui chez le tiers de sa clientèle¹. L'insomnie fait également partie des symptômes de dépression. Lorsque dépression et insomnie chronique coexistent, on doit toujours traiter les deux concurremment. Les antidépresseurs améliorent habituellement le sommeil

en même temps que la dépression, mais peuvent aussi parfois causer de l'insomnie.

Deux situations sont possibles et nécessitent des actions différentes.

1. L'insomnie perdure malgré l'atténuation des autres signes et symptômes de dépression. Le médecin doit alors :
 - a. vérifier la présence de facteurs contributifs, comme un trouble anxieux ou une maladie concomitante, une consommation d'alcool ou de benzodiazépines ou encore une dépendance à ces substances ;
 - b. recommander à son patient les techniques d'hygiène du sommeil et des approches comportementales et psychoéducatives² ;
 - c. prescrire un médicament hypnotique pendant moins d'un mois (tableau I^{3,4}), puis voir les indications 1d et 2d ci-dessous.
 - d. ajouter un antidépresseur sédatif au coucher (tableau II^{5,6}) ;
 - e. si la persistance de l'insomnie fait penser qu'elle est causée par l'antidépresseur prescrit ou que des symptômes nocturnes sont apparus (ex. : angoisses nocturnes, cauchemars) :
 - ▷ s'assurer que le patient prend son antidépresseur actuel le matin,
 - ▷ envisager un changement de molécule si la situation perdure,
 - f. prescrire le bupropion dans le cas d'un syndrome des jambes sans repos⁷ (pour la posologie, voir le tableau II).
2. Les symptômes dépressifs demeurent importants, et l'insomnie se maintient, ce qui peut aggraver le pronostic. Il faut donc viser une atténuation par les actions suivantes :
 - a. intensifier le traitement antidépresseur conformément aux guides de traitement de la dépression⁵ ;

Les D^{rs} Bernard Gauthier et Jean Leblanc, psychiatres, exercent à la Clinique des maladies affectives de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. La D^{re} Virginie Doré-Gauthier est résidente en psychiatrie à l'Université de Montréal. Le D^r Roger Godbout, psychologue, est responsable de la Clinique surspécialisée d'évaluation diagnostique des troubles du sommeil pour enfants et adolescents de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

TABLEAU I	POSOLOGIE DES MÉDICAMENTS POUR TRAITER L'INSOMNIE [AU PLUS 1 MOIS] ^{3,4}	
	Dose (mg)	Type d'insomnie
Zopiclone	3,75 – 5	Initiale
Zolpidem	5 – 10	Initiale
Doxépine	3 – 6	Liée à des réveils fréquents
Témazépam	15 – 30	Liée à des réveils fréquents
Lorazépam	0,5 – 1	Anxieuse ou occasionnelle
Oxazépam	15	Anxieuse ou occasionnelle

- éviter les antidépresseurs stimulants (tableau II) ou s'assurer qu'ils sont pris le matin;
- privilégier les antidépresseurs sédatifs (tableau II);
- insérer les approches comportementales dans le traitement de l'insomnie¹.

RETOUR SUR LE CAS DE M. RIVARD

Puisque les signes et les symptômes de dépression se sont atténués partiellement, vous maintenez le citalopram à la même dose et ajoutez un antidépresseur sédatif au coucher pour améliorer le sommeil (tableau II). M. Rivard doit noter l'évolution de son insomnie dans un journal du sommeil. Pour réduire l'anxiété liée à ses réveils fréquents, vous lui recommandez de masquer son réveil-matin avec la photo de sa merveilleuse voiture sport!

2^E VIGNETTE : L'HALLOWEEN EST-ELLE DÉPRIMANTE ?

Peu après l'Halloween, M. Corbeil, 34 ans, vous consulte pour un problème de somnolence diurne, de réveils fréquents, de sommeil non réparateur, de difficultés de concentration, d'augmentation de l'appétit et d'inertie. Ces symptômes de dépression atypique vous intriguent, d'autant plus qu'ils reviennent depuis quelques années à l'automne, suivis d'une rémission complète à l'été.

La somnolence de M. Corbeil est probablement due à une dépression saisonnière, les symptômes étant présents d'octobre à avril, avec un pic à la fin novembre. Le patient relate l'existence de ce cycle saisonnier depuis longtemps. Sa conjointe corrobore ses dires : « à la fin octobre, après l'Halloween, il devient comme un ours. Il est moins sociable, plus somnolent et ne mangerait que des aliments sucrés et des féculents ».

TABLEAU II	POSOLOGIE D'ANTIDÉPRESSEURS SÉDATIFS OU STIMULANTS ^{5,6}		
	Dose (mg)	Provoquant une sédation	Provoquant de l'insomnie
Sédatifs			
Mirtazapine	15 – 45	++++	
Trazodone	25 – 100*	+++	
Paroxétine	20 – 60	++	+
Fluvoxamine	100 – 300	++	+
Citalopram	20 – 40	+	
Stimulants			
Bupropion	150 – 300		++
Desvenlafaxine	50 – 100	±	+
Duloxétine	60 – 120	±	+
« Neutres »			
Escitalopram	10 – 20	±	±
Moclobémide	300 – 600	±	±
« Mixtes »			
Fluoxétine	20 – 80	++	++
Sertraline	50 – 200	+	++
Venlafaxine	75 – 375	++	++
* À cette dose, il est utilisé comme adjuvant au traitement de l'insomnie problématique.			

La prévalence de la dépression saisonnière varie en fonction de la latitude. Elle est ainsi de 1,7% au Québec et de 0,4% au sud des États-Unis⁸. Selon l'hypothèse la plus généralement admise, les personnes atteintes de dépression saisonnière présentent une désynchronisation entre le cycle éveil-sommeil et les rythmes circadiens.

Comment aider M. Corbeil à sortir de sa tanière hivernale ? Avant d'intervenir, il faut d'abord poser le bon diagnostic (tableau III⁹).

QUE FAIRE ?

La prise d'un antidépresseur entre les mois d'octobre et d'avril^{8,10}, souvent à une dose moins élevée que dans le traitement de la dépression classique, peut être efficace.

En cas de somnolence et de dépression automnale, la lumbinothérapie est une option à envisager. Elle consiste à s'exposer à une lumière vive, fournie par une lampe spéciale de 10 000 lux, afin que l'œil capte autour de 3000 lux d'intensité lumineuse^{8,10} pendant la lecture ou une autre acti-

TABLEAU III

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS SAISONNIERS⁹

- ▶ Cycle récurrent depuis des années à l'automne
- ▶ Symptômes de dépression atypique (sommolence diurne, augmentation de l'appétit), en plus d'autres symptômes dépressifs
- ▶ Disparition des symptômes entre mai et septembre
- ▶ Atténuation rapide des symptômes lors de sorties prolongées au soleil (activité sportive, voyage dans le sud)
- ▶ Symptômes corroborés par des proches
- ▶ Circonspection nécessaire devant un travailleur saisonnier, tel qu'un professeur ou un pêcheur
- ▶ Attention ! Chez les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite, les symptômes peuvent fluctuer, mais ne disparaissent pas au cours de l'été
- ▶ Absence de symptômes de manie et d'hypomanie

tivité grâce à la réverbération sur le papier. En comparaison, l'éclairage normal d'un bureau produit seulement de 300 à 400 lux. Par une journée ensoleillée d'hiver, la luminosité provenant de la réverbération du soleil sur la neige peut atteindre 40 000 lux. Il est donc fortement recommandé de sortir l'hiver pendant de telles journées.

L'utilisation d'une lampe de luminothérapie se fait chaque année le matin de la fin octobre à la fin avril. Si les symptômes sont marqués, on peut commencer par des séances de 60 à 90 minutes au début, puis de 15 à 30 minutes par la suite. Pendant les jours plus sombres, on doit augmenter un peu la durée d'exposition. Il est conseillé de ne pas y avoir recours l'après-midi afin de ne pas retarder l'endormissement. En cas de problèmes oculaires importants, l'opinion d'un ophtalmologiste est indiquée. Par ailleurs, on peut combiner antidépresseur et luminothérapie. Il est possible de se procurer ces lampes en pharmacie, mais il faut s'assurer qu'elles comportent une protection anti-UV.

Ajoutons que dans le cas d'une maladie bipolaire de type 1 ou 2 à cycle saisonnier, ce qui correspond à environ 20 % des maladies affectives saisonnières⁸, la luminothérapie peut aider à sortir d'une phase dépressive hivernale. Toutefois, il est impératif de maintenir le stabilisateur de l'humeur.

RETOUR SUR M. CORBEIL

Au bout de deux semaines de luminothérapie, l'état de M. Corbeil s'est nettement amélioré. Pour lui éviter une rechute l'an prochain, nous lui conseillerons de s'exposer à la lumière matinale de la fin octobre à la fin avril, de garder les mêmes heures de sommeil tout au long de l'année, d'aller marcher pendant les journées ensoleillées et de rester actif au lieu de somnoler en mangeant en catimini les bonbons que ses enfants ont récoltés à l'Halloween.

ENCADRÉ

RESSOURCES POUR LES PATIENTS

- ▶ REVIVRE : www.revivre.org
- ▶ Fondation Sommeil : www.fondationsommeil.com
- ▶ Journal de sommeil : plusieurs sites existent, par exemple : www.le-sommeil.com/comprendre/lagenda-du-sommeil/

3^e VIGNETTE : LA MANIE DU CAMPING

Jeannette, 34 ans, est atteinte d'une maladie bipolaire.

Son état est stable sous lithium depuis cinq ans. En juin,

elle vit sa première expérience de camping avec sa famille.

La météo s'avère désastreuse, son conjoint ronfle, le chien

Briquette s'agite dans la tente, et son fils fait de la fièvre.

Elle ne dort donc pas de la fin de semaine. Quelques jours

après son retour, elle doit être hospitalisée en raison

d'un début de virage maniaque.

Le problème de l'insomnie dans la maladie bipolaire est double : il peut à la fois s'agir d'un symptôme précurseur et déclencheur d'une phase maniaque. Par ailleurs, lors des phases dépressives, le sommeil peut être augmenté, fragmenté ou raccourci. Les individus atteints de maladie bipolaire sont plus sensibles que la population générale aux variations des rythmes circadiens⁴¹. Des liens entre des événements entraînant un changement des rythmes sociaux (rupture, grossesse, perte d'emploi, etc.) et le déclenchement d'une manie ont été recensés dans la littérature¹².

En raison des risques de récurrence de manie en cas de perte de sommeil, il faut prendre au sérieux un patient bipolaire qui se plaint d'insomnie. En effet, plusieurs études ont montré une association entre le début des symptômes de manie et la diminution des heures de sommeil. De ce fait, la surveillance de la durée du sommeil à l'aide d'un journal s'avère fort utile pour le maintien de l'euthymie (encadré).

QUE FAIRE ?

Comment aider un patient qui présente un risque de récurrence de manie ?

1. S'assurer qu'il a en sa possession quelques comprimés à prendre sans tarder pendant quelques jours en cas d'insomnie de manière à améliorer son sommeil en attendant d'être réévalué. Il est alors pertinent de consigner au dossier le médicament et la dose qui se sont révélés efficaces dans une précédente phase aiguë, généralement un antipsychotique atypique au coucher.
2. Lui demander de tenir un journal du sommeil (encadré). En cas de diminution ou d'augmentation de la durée du

TABLEAU IV

**SYMPTÔMES COMPATIBLES
AVEC UN SYNDROME D'APNÉE
OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL¹⁵**

- ▶ Gain de poids récent
- ▶ Respiration par la bouche, signe d'obstruction des voies nasales
- ▶ Sommeil troublé, non réparateur : ronflement périodique, agitation, insomnie
- ▶ Céphalées matinales, nausées, gorge irritée
- ▶ Somnolence diurne (siestes prolongées, peu reposantes)
- ▶ Déficits cognitifs (concentration, mémoire)
- ▶ Dysfonctionnement sexuel (trouble érectile)

sommeil de plus de deux heures pendant plusieurs jours, lui recommander d'aviser son médecin ou son infirmière.

3. L'amener à bien connaître sa maladie par différentes lectures ou par des groupes de psychoéducation (encadré).
4. Rencontrer son entourage pour qu'eux aussi connaissent la maladie afin de déceler une phase de manie et d'intervenir dès le début. Dans une telle phase, les patients en viennent rapidement à être incapables de percevoir leurs symptômes.

Quels conseils prodiguer ?

1. Éviter les nuits blanches, un déclencheur fréquent de manie.
2. Garder des heures de sommeil stables tout au long de l'année, particulièrement au printemps lorsque le risque de manie est accru¹³.
3. Éviter le surmenage.
4. Éviter de cumuler plusieurs facteurs de stress dans un court laps de temps, comme un mariage, un nouvel emploi et un déménagement, car les facteurs de stress mêmes prévisibles peuvent perturber le sommeil et provoquer une rechute.
5. Renforcer les rythmes circadiens par des activités régulières à heures fixes, y compris les repas.

RETOUR SUR LE CAS DE JEANNETTE

Dans le cas de Jeannette, il semble qu'un manque de sommeil ait provoqué un épisode maniaque. Avant son prochain

séjour en camping, vous la rencontrez avec les membres de sa famille pour lui prescrire un médicament contre l'insomnie au besoin (tableau I^{3,4}). Vous lui conseillez de ne pas faire dormir son chien Briquette dans la tente. De plus, vous informez ses proches des symptômes de la phase de manie pour qu'ils puissent réagir, au besoin.

4^e VIGNETTE : M. PIGEON, APNÉIQUE ET DÉPRIMÉ

M. Pigeon, 45 ans, présente depuis quelques mois plusieurs symptômes caractéristiques du syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Son épouse a maintes fois observé chez lui une respiration nocturne irrégulière, « comme une baleine qui vient reprendre bruyamment son souffle à la surface ». Elle le trouve déprimé et ajoute que s'il n'arrête pas de ronfler comme ça, elle déprimera elle aussi.

À l'examen précédent, vous aviez déjà noté une hypertension artérielle et aviez encouragé M. Pigeon à perdre du poids sans succès. Vous l'aviez alors dirigé en pneumologie. Le spécialiste avait alors confirmé votre hypothèse d'apnée obstructive du sommeil et lui avait prescrit un traitement par pression ventilatoire positive continue (CPAP, en anglais). Depuis, son épouse dort sur ses deux oreilles.

Ce qui vous préoccupe aujourd'hui est l'humeur de M. Pigeon. Il est toujours irritable et maussade et montre peu d'intérêt envers les autres. Il se sent inutile et est encore déprimé. En fait, l'apnée du sommeil pourrait avoir déclenché une dépression¹⁴.

QUE FAIRE ?

Si le trouble de l'humeur est peu important, il faut attendre que le traitement par pression positive continue fasse effet. Des études indiquent que l'amélioration du sommeil des patients apnéiques déprimés à la suite du traitement de leur problème respiratoire peut s'accompagner d'une augmentation significative de l'humeur et peut aussi amener

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Arbour C. Dépression réfractaire en rémission. Toute une mission! *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (6) : 17-22.
- ▶ Iskandar H. Encore un dépressif. Comment le traiter sans déprimer? *Le Médecin du Québec* 2012; 47 (9) : 47-52.
- ▶ Leblanc M. Prescrire les hypnotiques non benzodiazépiniques sans causer d'insomnie. *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (1) : 63-6.
- ▶ Luca A, Luca M, Calandra C. Sleep disorders and depression: brief review of the literature, case report, and nonpharmacologic interventions for depression. *Clin Interv Aging* 2013; 8 : 1033-9.
- ▶ Lafond C. Quand le ronflement fatigue... *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (9) : 53-8.

la disparition des autres symptômes du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (tableau IV¹⁵).

Si le trouble de l'humeur est important, le traitement anti-dépresseur pourra être commencé avant de connaître les résultats du traitement de l'apnée du sommeil et sera administré comme celui de la dépression majeure « ordinaire »⁵. On évitera de prescrire un hypnotique au coucher contre l'insomnie associée à l'apnée du sommeil (tableau D), car ce type de médicament peut aggraver l'apnée du sommeil en affaiblissant le tonus musculaire des voies respiratoires supérieures¹⁶.

RETOUR SUR M. PIGEON

Maintenant que M. Pigeon va mieux, que devez-vous faire pour que la dépression ne resurgisse pas? Vous devrez bien sûr l'encourager à poursuivre son traitement antidépresseur durant au moins un an. Vous devrez aussi insister sur sa fidélité au traitement par pression positive continue, sinon son épouse et lui constateront bien assez rapidement la réapparition des symptômes.

CONCLUSION

Les troubles du sommeil ont une influence sur l'évolution des maladies affectives. Il est important de savoir les repérer et les traiter. //

Date de réception : le 26 avril 2015

Date d'acceptation : le 1^{er} juin 2015

La D^{re} Virginie Doré-Gauthier et les D^{rs} Bernard Gauthier et Jean Leblanc n'ont signalé aucun conflit d'intérêts. Le D^r Roger Godbout reçoit une subvention de Pfizer pour un projet de recherche en 2015-2016.

BIBLIOGRAPHIE

- Morin CM, LeBlanc M, Daley M et coll. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7 (2) : 23-30.
- Guay B, Morin CM. L'insomnie : quoi de neuf dans le DSM-5 ? *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (9) : 33-7.
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Boston : Hogrefe Publishing; 2004. 348 p.
- Santé Canada. *MOVANE (zopiclone). Nouvelle posologie recommandée visant à réduire le risque d'affaiblissement des facultés du lendemain. Pour les professionnels de la santé*. Ottawa : Santé Canada; 2014.
- Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord* 2009; 117 (suppl. 1) : S26-S43.
- Stahl SM, Grady MM, Muntner M. *The prescriber's guide: Antidepressants*. 4^e éd. Cambridge : Cambridge University Press; 2011. 292 p.
- Desautels A, Michaud M. Le syndrome des jambes sans repos. *Le Médecin du Québec* 2014; 49 (9) : 39-44.
- Westrin A, Lam RW. Seasonal affective disorder: a clinical update. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19 (4) : 239-46.
- Leblanc J. La dépression saisonnière. Dans : *Démystifier les maladies mentales, les dépressions et les troubles affectifs*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur; 1996. p. 174-84.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Lorsque la dépression et l'insomnie chronique coexistent, on doit toujours traiter les deux concurremment.
- ▶ La perte de sommeil peut aussi déclencher une phase maniaque chez le malade bipolaire.
- ▶ On évitera de prescrire un hypnotique au coucher contre l'insomnie associée à l'apnée du sommeil.

- Lam RW, Levitt AJ. *Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder*. Vancouver : Clinical and Academic Publishing; 1999. 160 p.
- Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (7) : 830-43.
- Gonzalez R. The relationship between bipolar disorder and biological rhythms. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (4) : e323-e331.
- Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J et coll. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *J Affect Disord* 2014; 168 : 210-23.
- Wheaton AG, Perry GS, Chapman DP et coll. Sleep disordered breathing and depression among U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Sleep* 2012; 35 (4) : 461-7.
- Godbout R. Le sommeil normal et pathologique. Dans : Lalonde P, Pinard GF, rédacteurs. *Psychiatrie clinique : Approche biopsychosociale*. Tome 1, chap. 32. 4^e éd. Montréal : La Chenelière [sous presse].
- Luyster FS, Buysse DJ, Strollo PJ. Comorbid insomnia and obstructive sleep apnea: challenges for clinical practice and research. *J Clin Sleep Med* 2010; 6 (2) : 196-204.

Le CHU de Québec - Université Laval
désire combler le poste suivant :
Directeur(trice) adjoint(e)
des services professionnels
Poste permanent à temps complet, classe F

Veuillez faire parvenir votre curriculum vitae
au plus tard le **30 novembre 2015**

Nous remercions les
personnes qui ont posé
leur candidature.

Seules celles invitées
en entrevue seront
contactées.

CHU de Québec
chudequebec.ca
emploicadre.chuq@chuq.qc.ca
Tél. : 418 525-4444, poste 15218
Télééc. : 418 525-4165