

Le sommeil

Eveil : on voit à peu près de quoi il s'agit !!!

Sommeil :

Sommeil lent

- stade 1 : 1^o stade : ondes alpha et théta
- stade 2 : ralentissement EEG, disparition alpha, apparition delta
- stade 3 et 4 : sommeil à ondes lentes (delta)

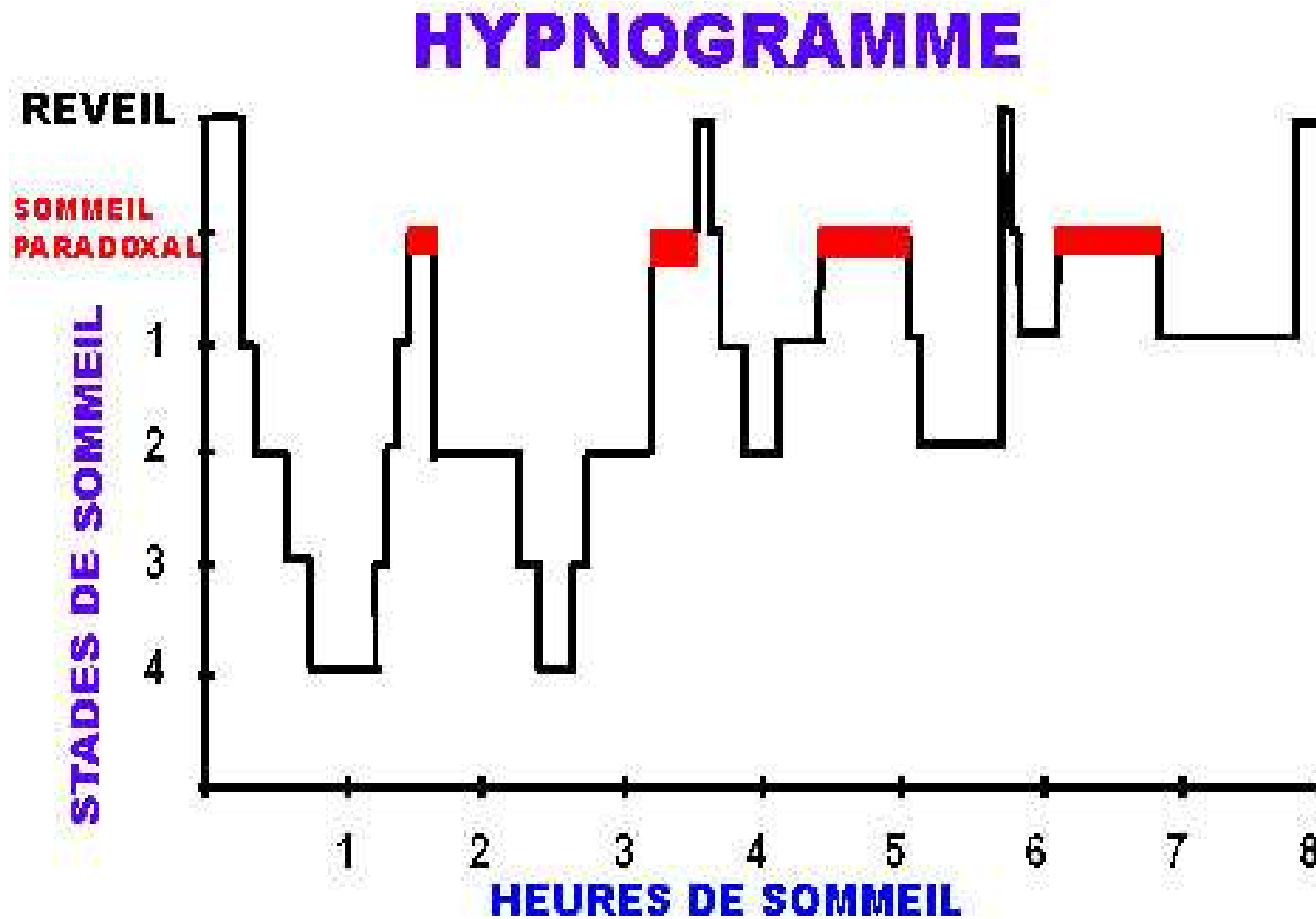
Sommeil paradoxal ou REM (rapid eye movements)

- EEG comme stade 1
- EMG : aucun mouvement sauf
- EOG : mouvements rapides
- si réveil à ce moment, on se souvient des rêves

animés

- 60 % du sommeil à naissance, 20 % à partir de 2 ans

L'architecture du sommeil



Les troubles du sommeil dans la population française

10 millions de personnes
souffrent de troubles du sommeil en France ⁽¹⁾

Chiffres clés

- ➔ 19% des français sont insomniaques ⁽¹⁾
- ➔ 10% des français sont hypersomniaques ⁽¹⁾
- ➔ 5 à 10% des patients sont apnéiques ⁽¹⁾
- ➔ 7% des français rencontrent un syndrome des jambes sans repos ⁽¹⁾

Chez les patients souffrant de **pathologies chroniques** ⁽²⁾ :

- **Les troubles du sommeil sont plus fréquents** que dans la population générale
- Le sommeil est moins réparateur
- Les patients dorment moins

Troubles du sommeil : quels sont-ils ?

1. Les dyssomnies



- Les insomnies (1,2)
- L'hypersomnie (3)
- La narcolepsie (1)
- La somnolence (1)
- Les troubles du rythme circadien (3)
- Les troubles du sommeil liés à des troubles respiratoires (1)

2. Les parasomnies et le syndrome des jambes sans repos



- Les parasomnies (4,5)
- Le syndrome des jambes sans repos (1)

1- Beck F et al. Les troubles du sommeil en population générale : Evolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. Med Sci (Paris). 2009;25:201-6.

2- Léger D, Ogrisek P. Troubles du sommeil de l'adulte (Revue). Rev Prat 2008;58:1829-1836.

3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

4-Culpepper L. Insomnia: a primary care perspective. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 9:14-7.

5- Billiard M, Duavilliers Y. Les troubles du sommeil. Masson 2005, pp : 118-22.

Les insomnies

Les insomnies primaires

(également appelées insomnies psychophysiologiques)

- Concernent des patients mauvais dormeurs depuis l'enfance qui ont tendance à focaliser « tout ce qui ne va pas » sur leur sommeil et qui semblent avoir une mauvaise perception de leur sommeil ⁽¹⁾

Les insomnies comorbides

- Sont secondaires à un trouble somatique (douleurs, troubles respiratoires, etc) ou un trouble psychiatrique ⁽¹⁾

19% des français sont insomniaques ⁽¹⁾

Quels en sont les symptômes ?

- 1 ➤ Difficulté persistante ⁽²⁾
 - À trouver le sommeil
 - À rester endormi
- 2 ➤ Sommeil non réparateur associé à une altération des fonctions diurnes ⁽²⁾

1- Léger D, Ogrisek P. Troubles du sommeil de l'adulte (Revue). Rev Prat 2008;58:1829-1836.

2- Omonuwa TS *et al.* The pharmacologic management of insomnia in patients with HIV. J Clin Sleep Med. 2009;5:251-62.

L'insomnie est globalement définie comme une plainte subjective d'un sommeil inadéquat ou non réparateur

L'insomnie se définit comme une difficulté à initier, maintenir ou consolider son sommeil, ceci malgré un horaire et un environnement général favorable.

L'insomnie est soit transitoire (< 2 semaines), court terme (2-4 semaines), chronique (plus de 4 semaines)

L'hypersomnie et la narcolepsie

L'hypersomnie primaire ⁽¹⁾

- Somnolence excessive d'une durée d'au moins un mois
- Avec des épisodes de sommeil prolongé ou,
- Avec des épisodes de sommeil diurne excessif
- Survenant presque tous les jours et ne survenant pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil ⁽¹⁾

10% des français sont hypersomniaques⁽²⁾

La narcolepsie ⁽²⁾ (appelée également maladie de Gélineau)

- Somnolence diurne
- Cataplexies
- Hallucinations à l'endormissement ou au réveil
- Paralysies du sommeil de quelques minutes

Maladie rare concernant 0,02% à 0,05% de la population

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

2- Léger D, Ogrisek P. Troubles du sommeil de l'adulte (Revue). Rev Prat 2008;58:1829-1836.

La somnolence

La somnolence ⁽¹⁾

- Difficulté à se maintenir éveillé
- Tendance à s'endormir involontairement dans la journée

Les troubles du rythme circadien

Le syndrome de retard de phase du sommeil ⁽¹⁾

- Insomnie vespérale
- Somnolence matinale
- Sommeil normal mais à des horaires décalés
- Fréquent chez les adolescents

Les troubles du rythme circadien avec avance de phase ⁽¹⁾

- Somnolence vespérale
- Insomnie matinale
- Sommeil normal à des heures précoces
- Fréquents chez les personnes âgées

Ces 2 troubles du sommeil sont les plus faciles à identifier et sont **fréquemment associés à l'insomnie et à la somnolence** ⁽¹⁾

Les troubles du sommeil liés à des troubles respiratoires

5 à 10% des patients sont apnéiques⁽¹⁾

Les troubles du sommeil liés à des troubles respiratoires ⁽¹⁾

- Dominés par le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)
- Syndrome associé à une augmentation du **risque cardiovasculaire**, en tant que facteur de risque indépendant d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne, de troubles du rythme cardiaque

Les parasomnies et le syndrome des jambes sans repos

Les parasomnies ^(1,2)

- Phénomènes moteurs, mentaux ou verbaux indésirables
- 4 principaux types : les cauchemars, les terreurs nocturnes, le somnambulisme et les parasomnies non spécifiées

7% des français rencontrent un syndrome des jambes sans repos ⁽³⁾

Le syndrome des jambes sans repos ⁽³⁾

- Affection neurologique caractérisée par des impatiences dans les jambes
- Paresthésies à type de brûlures, fourmillements, décharges électriques obligeant le patient à bouger les jambes, les frotter, les doucher, à marcher pour les soulager

Tous ces éléments peuvent indiquer un **problème psychologique** (anxiété, choc post-traumatique) ou **médical**

1- Billiard M, Duavilliers Y. Les troubles du sommeil. Masson 2005, pp : 118-22.

2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

3- Léger D, Ogrisek P. Troubles du sommeil de l'adulte (Revue). Rev Prat 2008;58:1829-1836.

Dette de sommeil chronique et prolongée : Effets métaboliques et cardio-vasculaires

La dette de sommeil chronique et prolongée

Origine sociale

Durée moyenne de sommeil est passée de 9 à 7 heures /nuit en un siècle

Pathologies chroniques

Insomnie, syndrome d'apnées du sommeil, SJSR

Travail posté

Mécanismes communs et mécanismes spécifiques pour une éventuelle association avec des troubles métaboliques et/ou cardiovasculaires

Dette de sommeil chronique et prolongée : Effets métaboliques et cardio-vasculaires

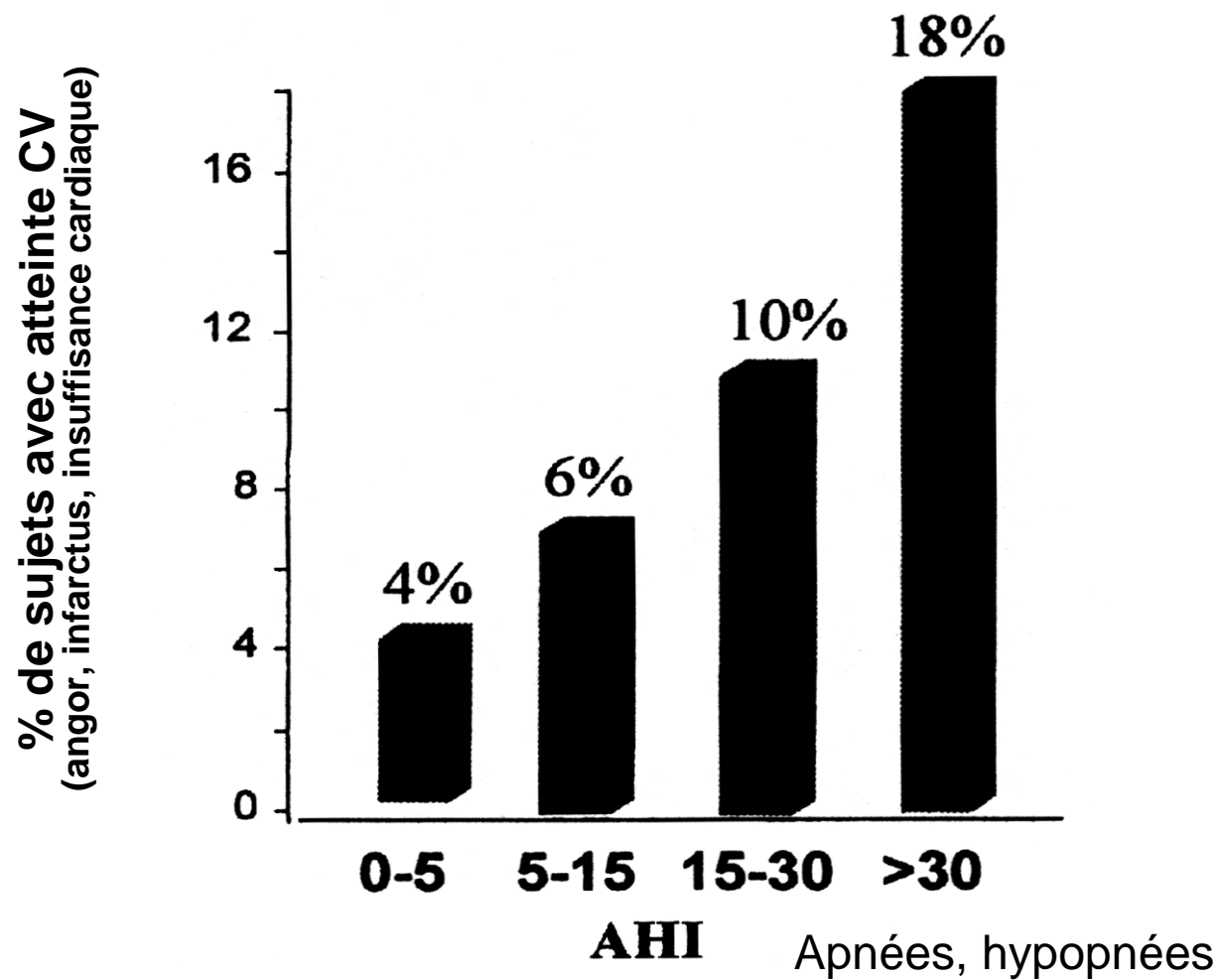
Données épidémiologiques associant privation de sommeil et risque cardiovasculaire ?

Privation de sommeil : Hypertension

Short Sleep Duration as a Risk Factor for Hypertension Analyses of the First National Health and Nutrition Examination Survey

Hours of Sleep	Model 1*	Model 2†	Model 3‡	Model 4§
Ages 32 to 86 y				
≤5 h	1.76 (1.37 to 2.56)	1.51 (1.17 to 1.95)	1.44 (1.11 to 1.85)	1.32 (1.02 to 1.71)
6 h	1.11 (0.91 to 1.35)	1.07 (0.88 to 1.31)	1.06 (0.87 to 1.29)	1.01 (0.82 to 1.23)
7 to 8 h	1.00	1.00	1.00	1.00
≥9 h	1.32 (0.99 to 1.75)	1.18 (0.88 to 1.57)	1.13 (0.85 to 1.51)	1.12 (0.84 to 1.50)
Ages 32 to 59 y				
≤5 h	2.10 (1.58 to 2.79)	1.84 (1.38 to 2.46)	1.74 (1.30 to 2.32)	1.60 (1.19 to 2.14)
6 h	1.18 (0.94 to 1.48)	1.14 (0.91 to 1.43)	1.13 (0.90 to 1.41)	1.05 (0.83 to 1.31)
7 to 8 h	1.00	1.00	1.00	1.00
≥9 h	0.98 (0.64 to 1.50)	0.91 (0.59 to 1.39)	0.91 (0.59 to 1.40)	0.92 (0.60 to 1.41)
Ages 60 to 86 y				
≤5 h	1.05 (0.63 to 1.75)	0.86 (0.51 to 1.46)	0.86 (0.51 to 1.47)	0.85 (0.50 to 1.45)
6 h	0.90 (0.58 to 1.38)	0.88 (0.57 to 1.36)	0.85 (0.55 to 1.32)	0.86 (0.56 to 1.33)
7 to 8 h	1.00	1.00	1.00	1.00
≥9 h	1.54 (1.03 to 2.30)	1.36 (0.90 to 2.06)	1.32 (0.87 to 2.01)	1.31 (0.86 to 1.99)

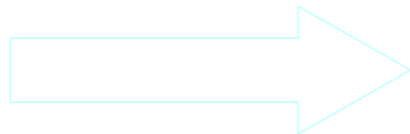
Morbidité cardio-vasculaire associée importante



Young, Sleep 2000 et NEJM 2000

Somnolence Diurne Excessive et signes associés

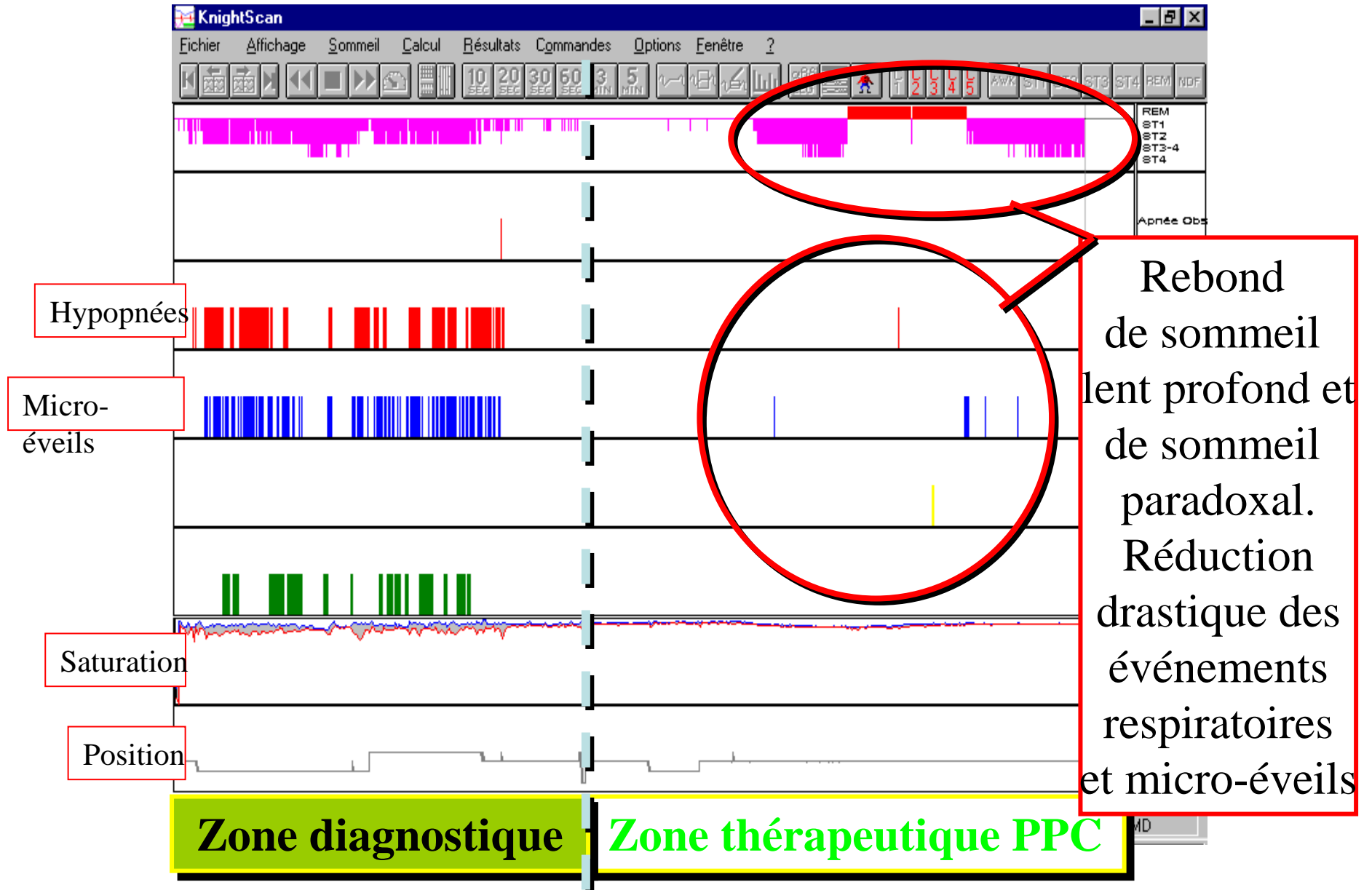
- Somnolence diurne excessive (90% des patients)
 - Altérations de la conduite automobile
 - Perturbations intellectuelles
 - Modifications de la personnalité
 - Troubles de l'humeur
 - Diminution de la libido, impuissance
 - Perturbations sociales et familiales
 - Détérioration de la qualité de vie



- (+/- Fatigue)

- *Rôle de la somnolence diurne,*
- *atteinte neuronale spécifique ?*

SAHOS, effet de la PPC

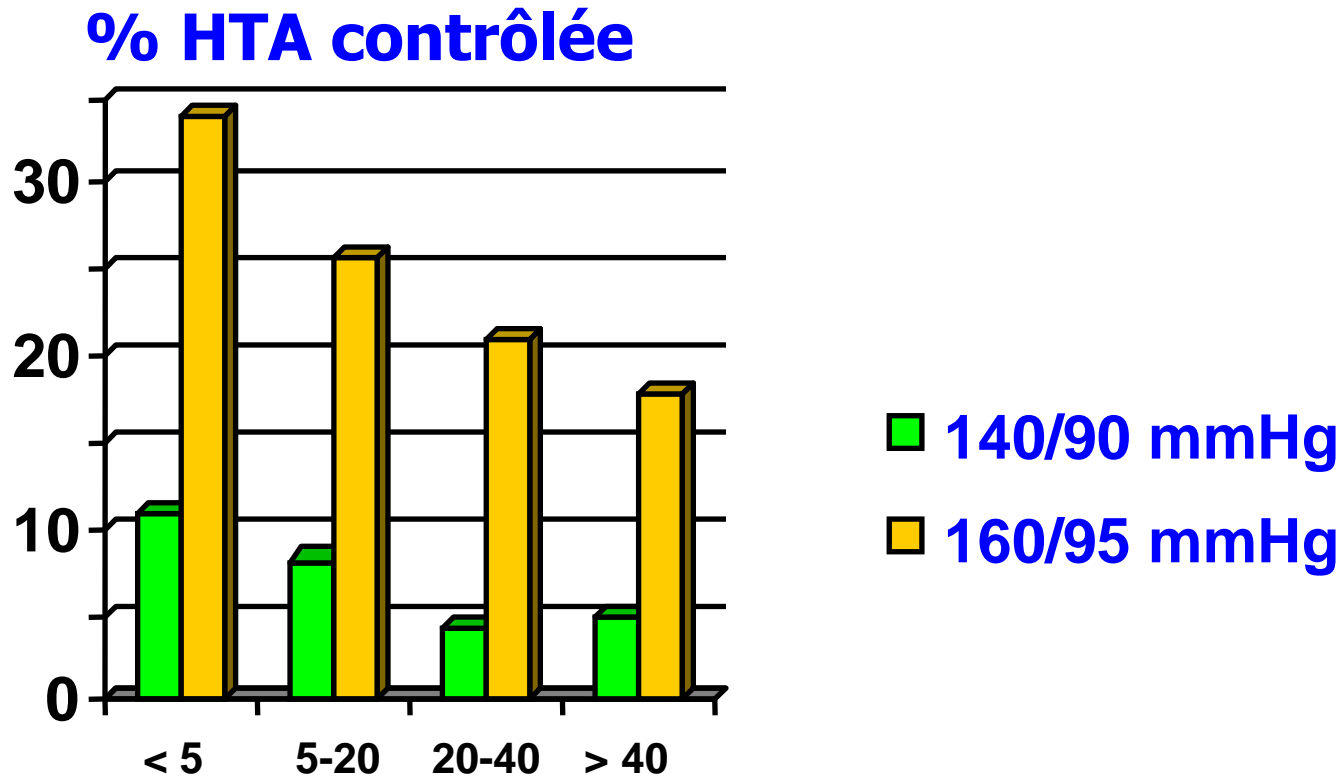


Conclusions

Faire un diagnostic ...

Pathologies du sommeil fréquentes et délétères pour la santé globale (psychique, cardiovasculaire, métabolique)

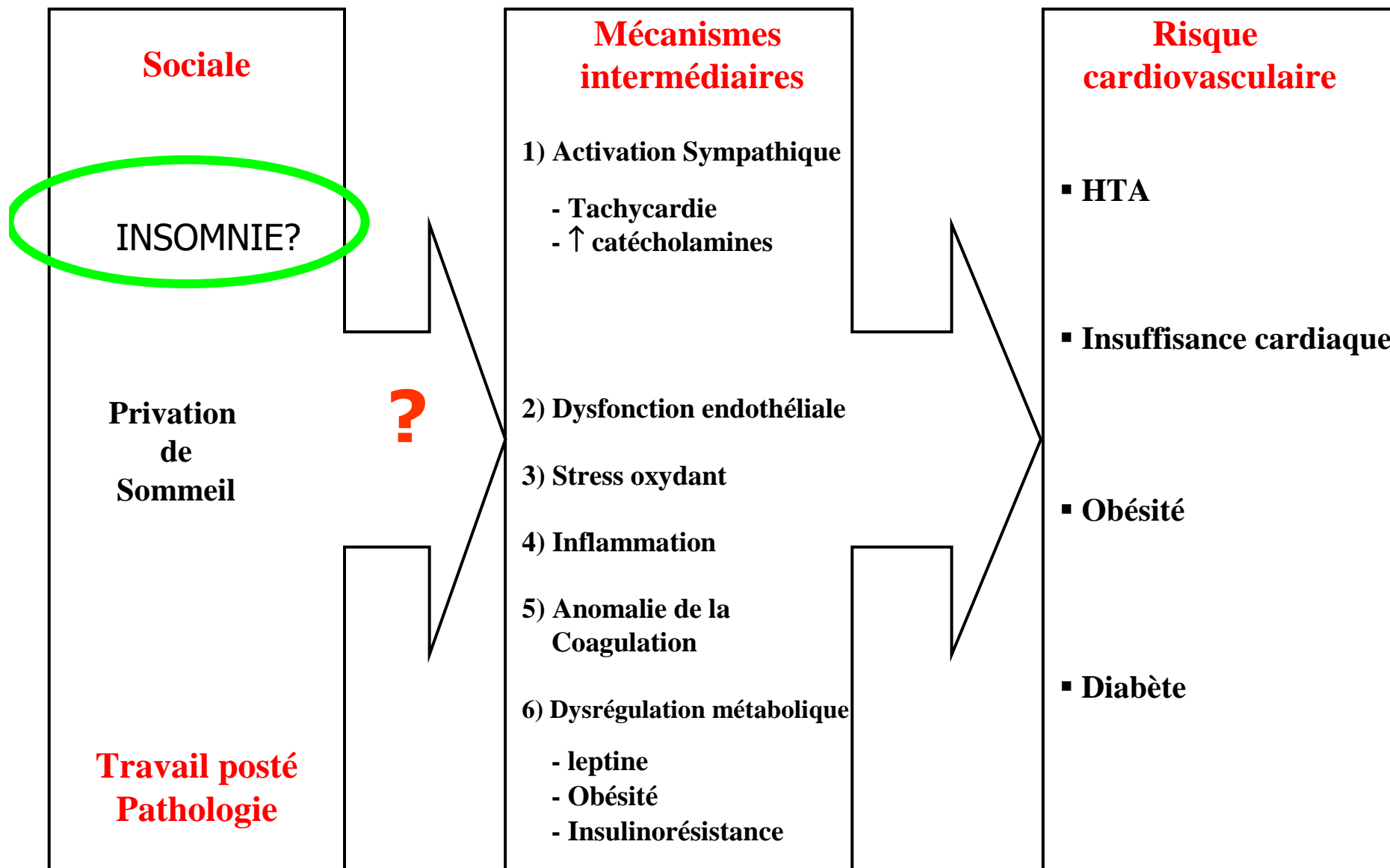
SAS et HTA réfractaire



599 HTA - Sévérité du SAS liée à celle de l'HTA

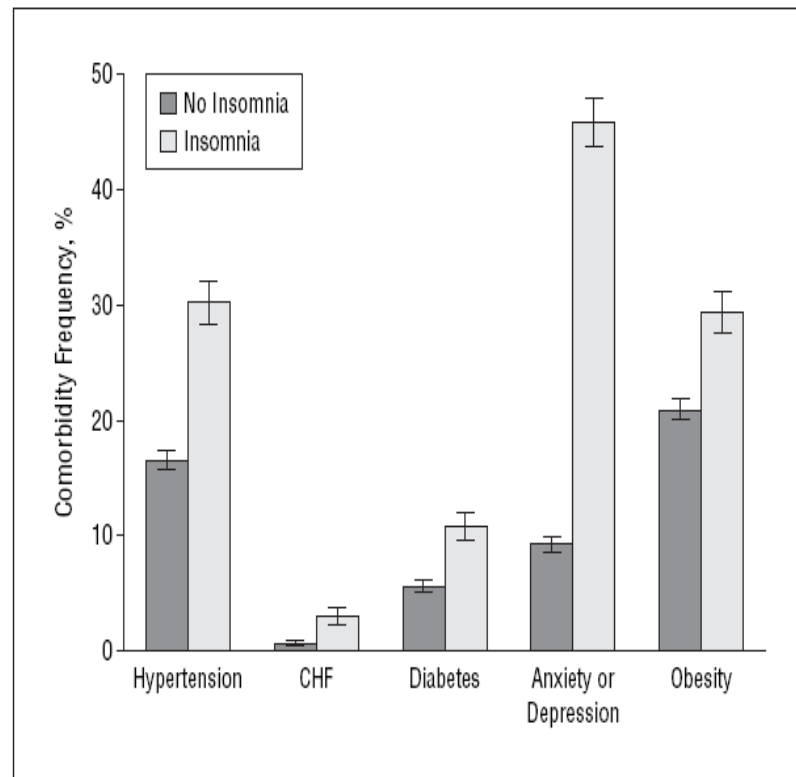
80% de SAS chez HTA réfractaire

Grote, J Hypertens 2000 - Logan, Hypertension 2001



Dette de sommeil chronique et prolongée : Effets métaboliques et cardio-vasculaires

Données épidémiologiques associant privation de sommeil et risque métabolique et cardiovasculaire ?



Auto-déclaration de insomnie
USA

Au total, 17 % insomnie

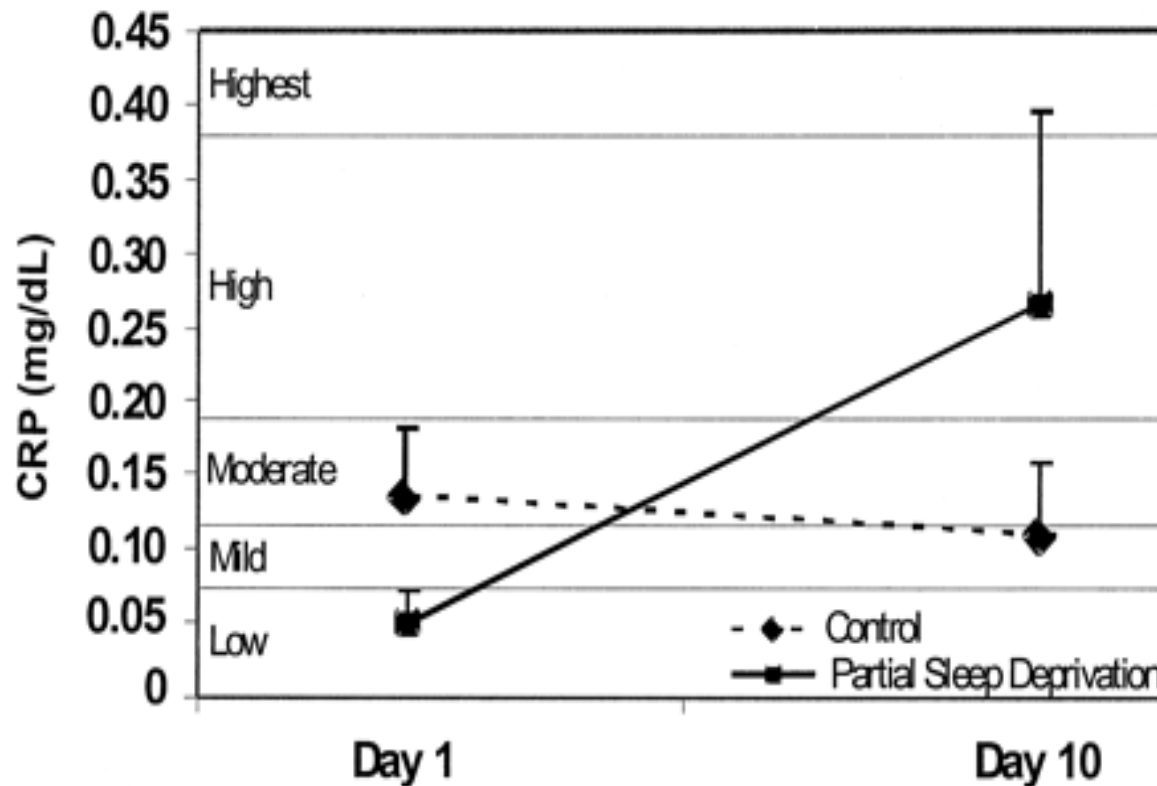
Et... 4 % de traitements insomnie

Pearson
Arch intern Med 2006;166:1775-1782.

Dette de sommeil chronique et prolongée : Effets métaboliques et cardio-vasculaires

Quels pourraient être les mécanismes associant privation de sommeil et risque cardiovasculaire ?

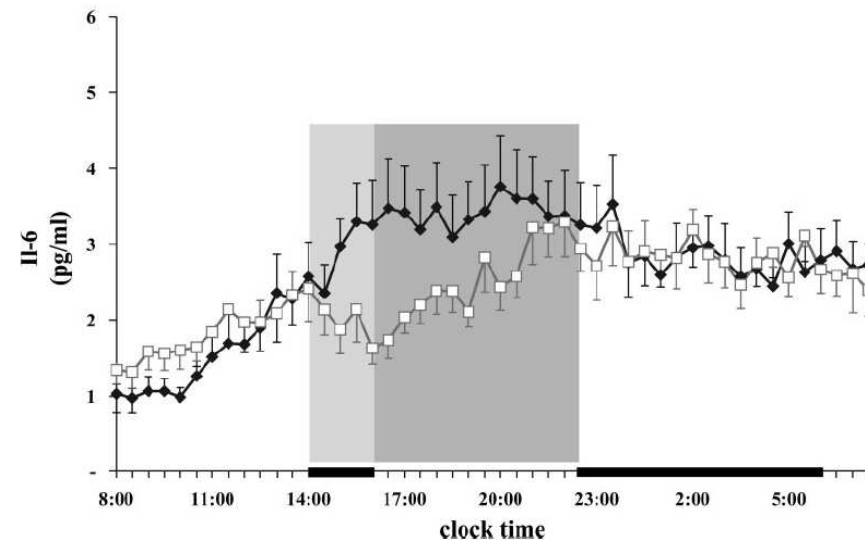
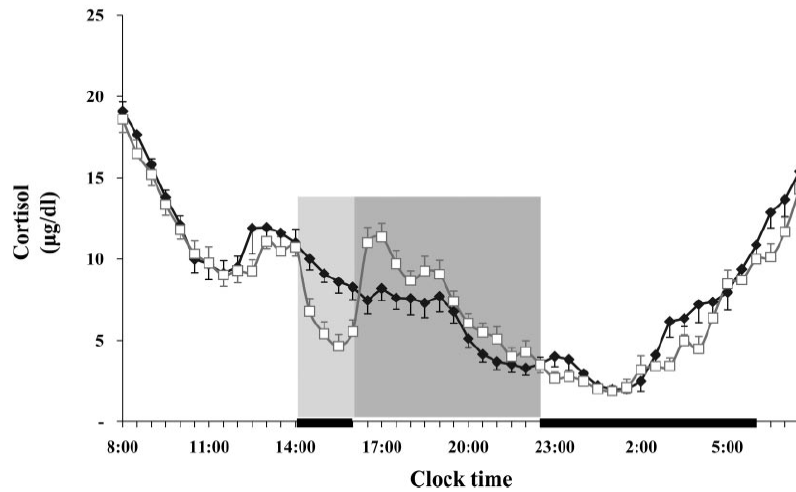
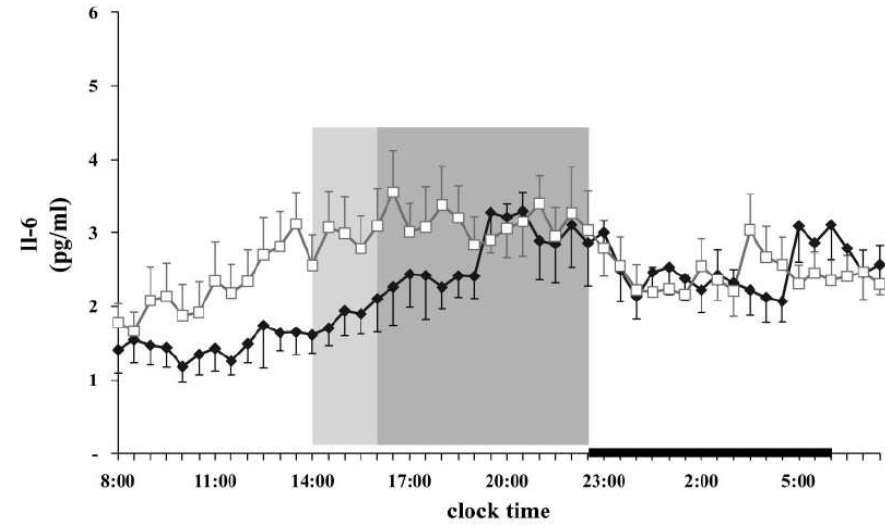
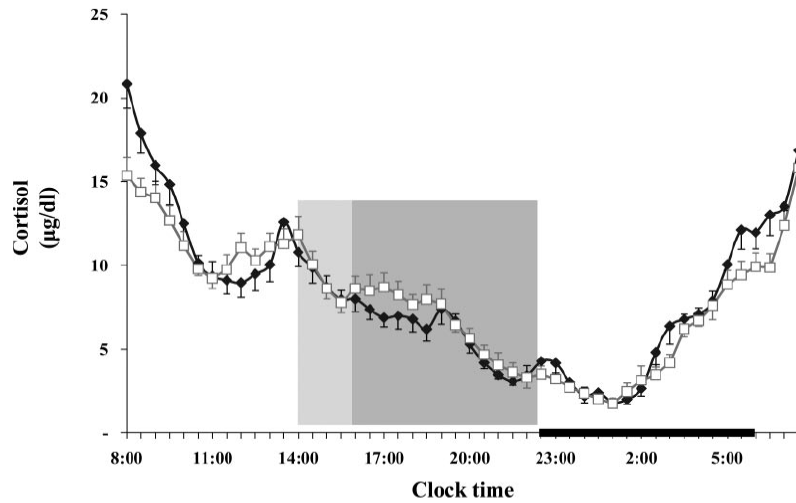
Inflammation systémique



Meier-Ewert JACC 2004;43:678-83

Dette de sommeil chronique et prolongée :

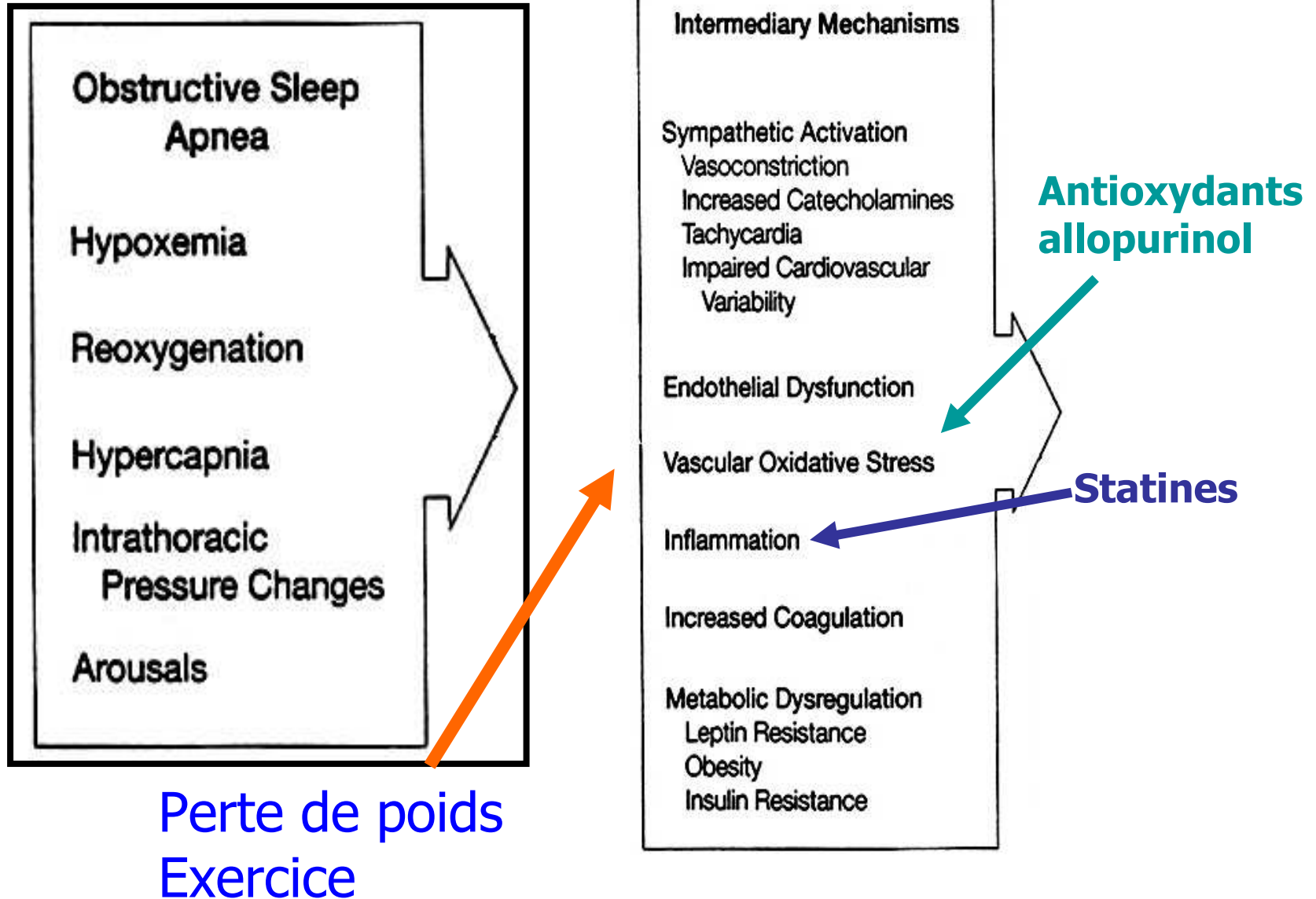
Effets métaboliques : Quels conseils ? La sieste !



Vgontzas

Am J Physiol Endocrinol Metab 2007

Stratégies alternatives ou complémentaires à la PPC. Potentielle réduction des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques



Les patients infectés par le VIH, davantage exposés aux troubles du sommeil

73 à 100% des patients infectés par le VIH

souffrent de troubles du sommeil ^(1,2)

Ces troubles ont de lourdes conséquences chez les patients infectés par le VIH :

- Fatigue ⁽¹⁾
- Invalidité ⁽¹⁾
- Diminution de la qualité de vie ⁽¹⁾
- Perturbation possible de la bonne observance des traitements ⁽³⁾

Chiffres clés*

- ➔ **43%** des patients infectés par le VIH sont concernés par des difficultés d'endormissement ⁽⁴⁾
- ➔ **49%** ont des difficultés à rester endormis ⁽⁴⁾
- ➔ **33%** présentent des problèmes de vigilance diurne ⁽⁴⁾
- ➔ **17%** des patients déclaraient ressentir les 3 troubles ⁽⁴⁾

*Chiffres clés d'une étude réalisée sur 317 patients

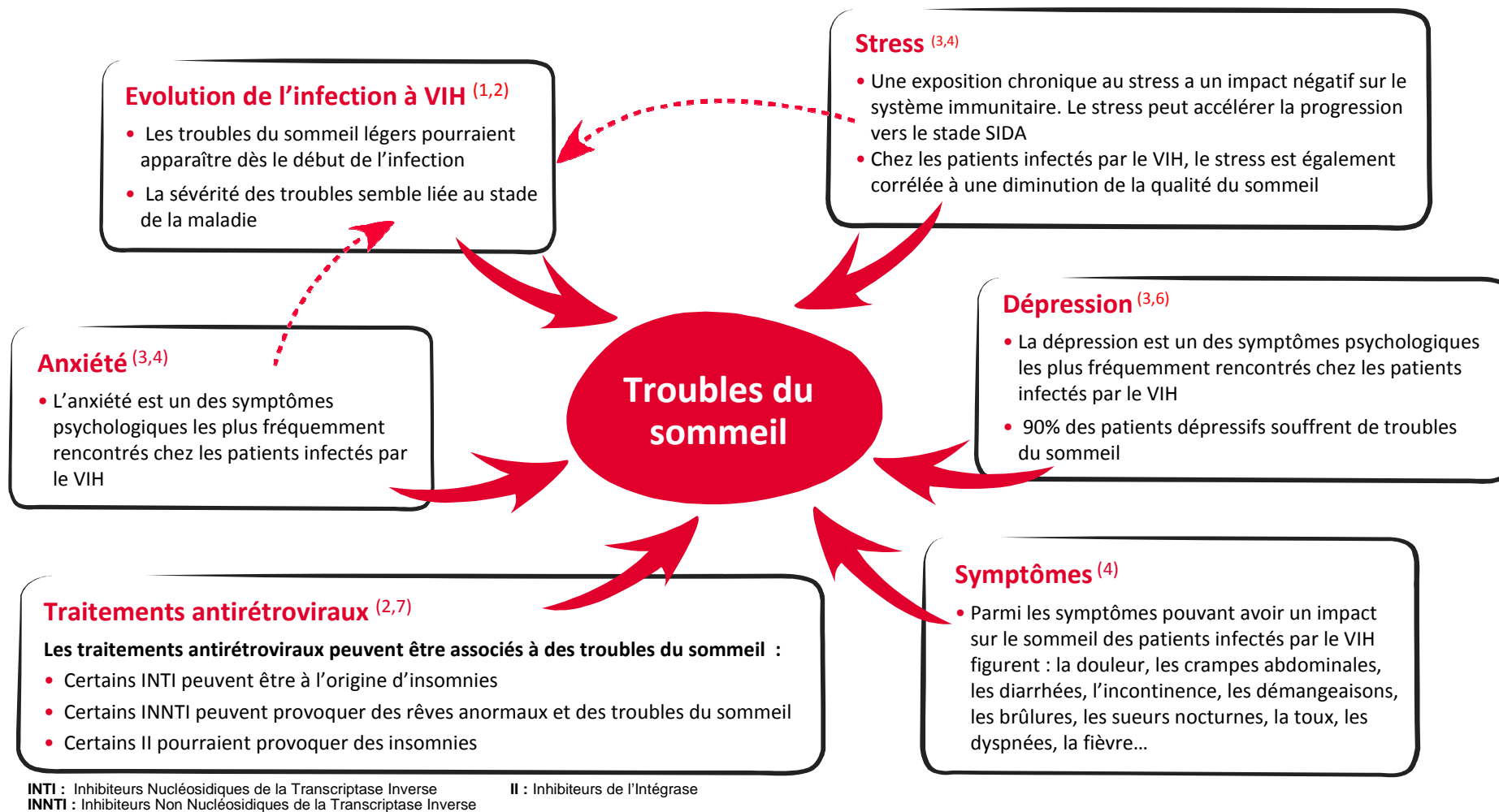
1- Robbins JL *et al.* Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. *Clin Nurs Res.* 2004;13:33-52.

2- Omonuwa TS *et al.* The pharmacologic management of insomnia in patients with HIV. *J Clin Sleep Med.* 2009;5:251-62.

3- Lee KA *et al.* Symptom experience in HIV-infected adults: a function of demographic and clinical characteristics. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38:882-93.

4- Phillips KD *et al.* Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clin Nurs Res.* 2005;14:273-93.

Troubles du sommeil : quelles causes chez les patients infectés par le VIH ?



Causes d'insomnie ou insomnies comorbides

Table I. Causative or contributory factors in secondary insomnia.^{1,37,38}

Dietary	Prescription	Psychiatric disorders
Excessive fluid intake, particularly late in the evening	Amphetamines*	Anxiety disorders
Consumption of caffeinated beverages	Atomoxetine	Bipolar disorder
Consumption of alcohol	Bupropion	Delirium
Use of nicotine	Corticosteroids	Dementia
Medical conditions	Dexmethylphenidate	Depression, dysthymia
Cancer	Diltiazem	Schizophrenia
Chronic pain ←	Diuretics	Substance abuse
Diabetes mellitus	Dopamine agonists	Situational
Gastroesophageal reflux disease	Methyldopa	Life change
Heart disease	Methylphenidate*	Loss of a loved one
Menopause	Metoprolol	Stress
Multiple sclerosis	Modafinil	
Obesity	Monoamine oxidase inhibitors*	
Pulmonary disease	Nadolol	
Restless legs syndrome	Phentermine	
Sleep-disordered breathing } Urinary incontinence	Phenytion	
Medications	Propranolol	
Nonprescription	Selective serotonin reuptake inhibitors	
Ephedrine	Sibutramine	
Ginseng	Theophylline*	
Guaraná (<i>Paullinea cupana</i>)	Thyroid supplements	
Phenylephrine*	Verapamil	
Pseudoephedrine*		

*Medications specifically to be avoided in the elderly, according to the updated Beers criteria.³⁹

Insomnies chroniques psychiatriques

- Fréquence +++ (> 50% des insomnies chroniques)

1. Troubles de l'humeur

Dépression

- 90% des patients
- endormissements longs
- sommeil superficiel, fragmenté, écourté, non réparateur
- réveil matinal précoce et angoissé, passage à l'acte

Manie

- signal symptôme de l'accès maniaque

2. Troubles anxieux (45% des insomnies psychiatriques)

Anxiété généralisée

Trouble obsessionnel compulsif

Trouble panique

Stress post-traumatique

3. Anorexie mentale / boulimie

4. Schizophrénie

5. Troubles limites de la personnalité

Le sommeil : une séméiologie complexe

- **Le sommeil : une réalité biologique et un vécu subjectif**
 - Attention : subjectif, ne veut pas dire fantaisiste, fantasmatique
 - La réalité subjective est objectivable et conditionne objectivement les comportements, croyances et l'impact sur le réel
 - Le sommeil dans la séméiologie médicale classique
 - À quantifier et contextualiser par rapport à d'autres signes objectivés
 - Le sommeil dans une clinique de l'individu
 - Intégrant le sujet, ses problèmes, son contexte de vie, ses représentations, sa narration intérieure
 - Comprise dans la relation soignante :
 - Exemple de la relation à l'autre
 - Rencontre de représentation

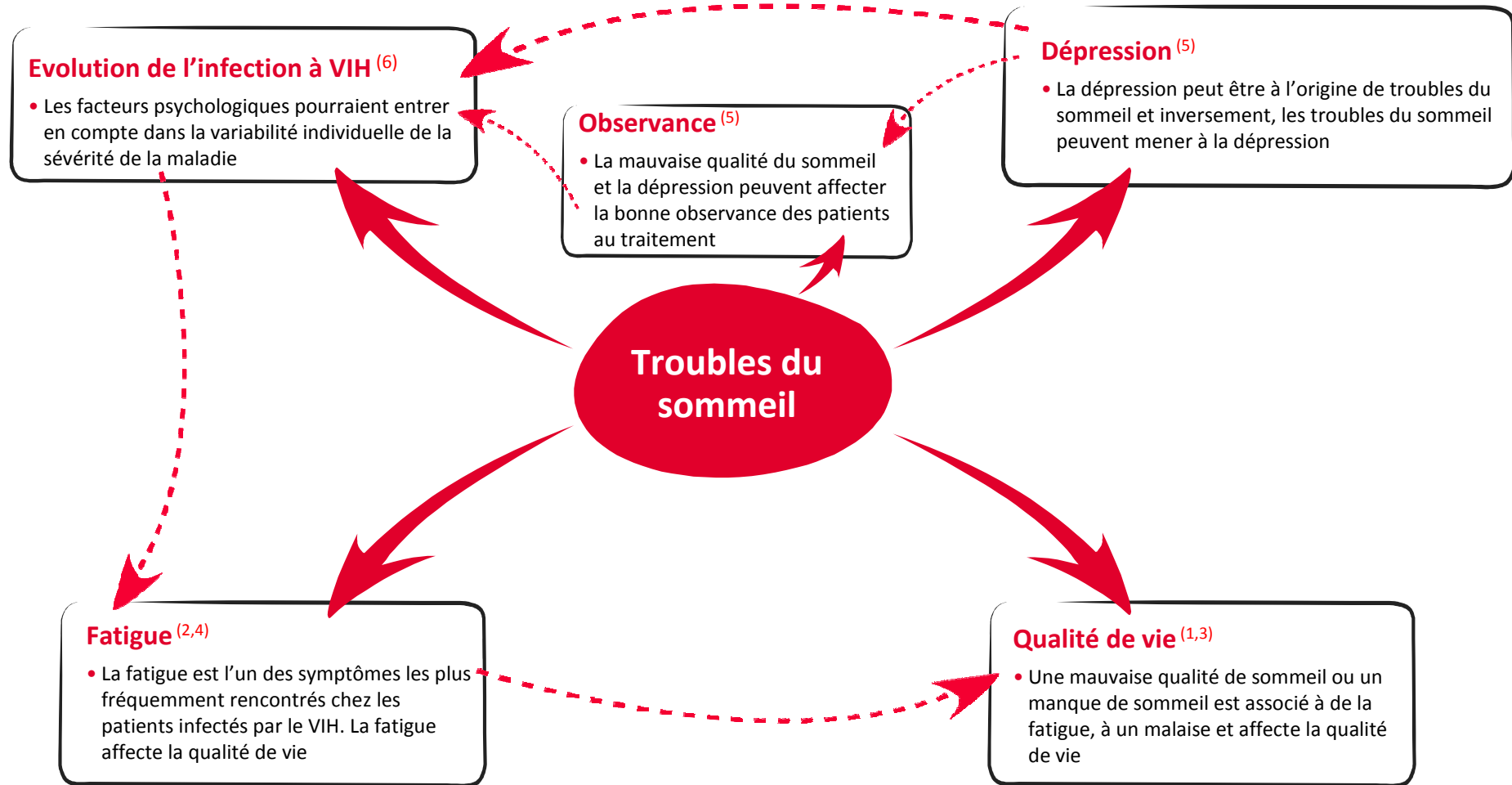
Le sommeil : un symptôme à considérer dans une vision médicale classique, catégorielle

- **Le sommeil pathologique : une dimension à qualifier et quantifier**
 - Plainte spontanée ou non
 - Endormissement, éveil, repos, activité onirique
 - Activité diurne

Le sommeil : un symptôme à considérer dans une vision médicale classique, catégorielle

- **Le sommeil pathologique : un symptôme à contextualiser avec d'autres signes**
 - Ces signes sont à rechercher activement
 - Dépression : ralentissement, niveau de conviction, changement par rapport au fonctionnement habituel, T. cognitifs, tristesse
 - Anxiété : endormissement, agitation, mentisme incessant, adhésivité relationnelle
 - Dysphorie : inconfort, agitation, instabilité thymique
 - Trouble de la personnalité : la plainte comme modalité existentielle

Troubles du sommeil : quels impacts chez les patients infectés par le VIH ?



Le sommeil considéré dans une clinique de l'individu

■ Le sommeil : les représentations individuelles

- Les représentations du vécu pathologique
 - Les explications personnelles du vécu pathologique
- Les métaphores et croyances préexistantes concernant le sommeil
 - Un patchwork souvent contradictoire

■ La plainte actuelle :

- Une extrémité frontière du passé, une impasse pour l'avenir ?
- Un objet isolé du présent ?

Le sommeil considéré dans une clinique de l'individu

■ Le sommeil dans la relation soignante

- Une plainte inscrite dans la nécessité relationnelle
 - Un symptôme politiquement correct ?
 - Comment intéresser son interlocuteur ?
 - Quel espace le médecin laisse-t-il à une alternative à la plainte sommeil ?
- Un exemple de la relation à l'autre
 - Témoigne des enjeux généraux de personnalité
 - Du rapport à soi et à son corps (« je est un autre »)

Troubles du sommeil : comment en identifier la cause et comment les prendre en charge ?

1> Interrogez vos patients

- Pour dépister une insomnie
- Pour dépister une somnolence

2> Identifiez la cause et prenez en charge vos patients

3. Conseillez vos patients

- Sur des règles d'hygiène de vie
- Sur le soutien psychologique et les thérapies cognitivo-comportementales
- Sur les techniques de relaxation

4. Instaurez un traitement médicamenteux si besoin

Interrogez vos patients pour dépister une insomnie


Critères de recherche pour le diagnostic de l'insomnie ⁽¹⁾

- A >** Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :
 1. Troubles d'endormissement
 2. Troubles de maintien du sommeil
 3. Réveil précoce
 4. Sommeil non récupérateur
- B >** Ces difficultés surviennent malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.
- C >** Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :
 1. Fatigue/malaise
 2. Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
 3. Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires
 4. Troubles de l'humeur/irritabilité
 5. Somnolence diurne
 6. Réduction de la motivation/énergie/initiative
 7. Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant
 8. Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil
 9. Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil

Interrogez vos patients pour dépister une somnolence (1)

Evaluez la qualité du sommeil de vos patients avec l'échelle d'Epworth

- Un résultat supérieur à 10 (à partir de 11) est généralement accepté pour indiquer une somnolence diurne excessive
 - **donnez quelques conseils** à vos patients visant à améliorer leur hygiène de vie
 - **prenez contact avec un centre du sommeil** (Institut National du Sommeil et de la Vigilance www.institut-sommeil-vigilance.org/) ou avec le réseau Morphée (www.reseau-morphee.fr/) qui pourront vous aider

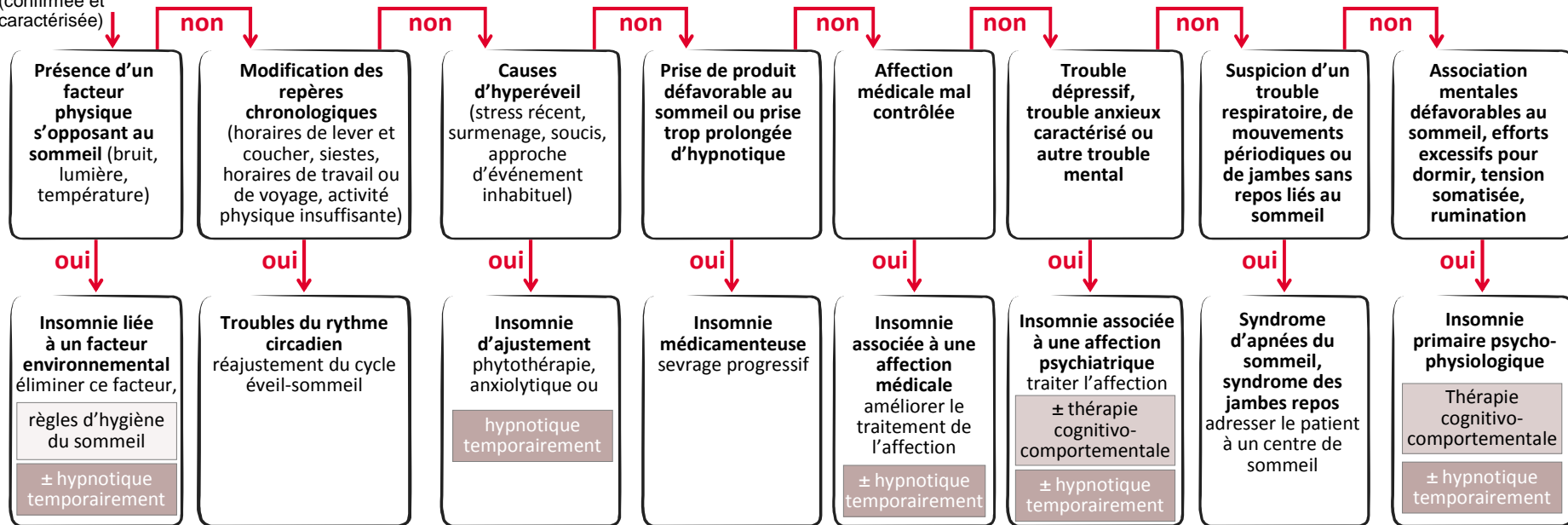


<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/documents/Echelle-Epworth.pdf>

Lien pour télécharger le questionnaire de l'échelle d'Epworth

Identifiez la cause et prenez en charge vos patients (1-4)

Plaintes d'insomnies
(confirmée et caractérisée)



10 conseils d'hygiène pour vos patients

- 1 > Dynamiser le réveil
- 2 > Limiter les siestes
- 3 > Pratiquer une activité physique régulière avant 19h
- 4 > Se relaxer
- 5 > Éviter les excitants (café, thé, alcool, tabac)
- 6 > Privilégier les dîners légers
- 7 > Dormir... au bon moment
- 8 > S'isoler du bruit et de la lumière
- 9 > Réserver la chambre au sommeil
- 10 > Porter loin du regard réveil et horloge

Soutien psychologique et thérapie cognitivo-comportementale en complément

5 techniques de relaxation à conseiller au cas par cas

- 1 > Acupuncture
- 2 > Méditation
- 3 > Yoga
- 4 > Tai chi
- 5 > Hypnose

6 classes thérapeutiques à disposition

- 1 > Phytothérapies
- 2 > Anti-histaminiques
- 3 > Hypnotiques
- 4 > Anti-dépresseurs
- 5 > Neuroleptiques
- 6 > Mélatonine

Conseillez vos patients sur des règles d'hygiène de vie (1-3)

- 1> Dynamiser le réveil : **privilégier une lumière forte, s'étirer et prendre un petit déjeuner complet**
- 2> Limiter les siestes : **en cas de fatigue, fermez 5 à 20 minutes les yeux en début d'après-midi**
- 3> Pratiquer une activité physique régulière avant 19 h (**30 minutes minimum : marche, natation, vélo, course**)
- 4> Se relaxer : **prendre un bain avant de se coucher, penser aux techniques de relaxation**
- 5> Eviter les excitants (**café, thé, alcool, tabac**) et les activités excitantes surtout le soir
- 6> Privilégier les diners légers
- 7> Dormir... au bon moment : **ne pas se coucher si le patient n'a pas sommeil et adopter des horaires de sommeils réguliers, même le week-end**
- 8> S'isoler du bruit et de la lumière : **dormir dans l'obscurité**
- 9> **Réserver la chambre au sommeil, éviter la télévision, le travail et les repas au lit**
- 10> **Porter loin du regard réveil et horloge**

10 conseils d'hygiène de vie pour vos patients

1- Robbins JL *et al.* Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. Clin Nurs Res. 2004;13:33-52.

2- Léger D, Ogrisek P. Troubles du sommeil de l'adulte (Revue). Rev Prat 2008;58:1829-1836.

3- INSV. Les carnets du sommeil. Sommeil : un carnet pour mieux comprendre. 2010.

Les représentations du sommeil chez le patient

- **Le vécu du sommeil pathologique est incorporé dans la narration de soi**
 - Le T. du sommeil du sujet déprimé est compris en adéquation avec les représentations du monde, les doutes sur soi
 - Seront réactivés les questionnements sur la mort, l'effet des médicaments, les représentations du bénéfice de la survie

Le sommeil est un vocable recouvrant des réalités imaginaires multiples et contradictoires

■ La plainte sommeil peut-être une métaphore

- De l'abandon, de la perte de contrôle
 - D'où la peur de l'endormissement, le besoin d'un traitement immédiat
- Du retour aux sources originelles et mystérieuses de la vie
 - Le sommeil est réparateur, abandon aux forces éternelles de la vie
- Révélatrice des pulsions contradictoires de la vie intérieure
 - Comme en témoignent les rêves, l'agitation, les réveils intempestifs
- Du droit à la santé
 - Fait souvent pendant à la dénonciation du caractère chimique et négatif des hypnotiques
- D'une passerelle dans la temporalité du sujet
 - Continuité et rupture

Conseillez vos patients sur le soutien psychologique et les thérapies cognitivo-comportementales ⁽¹⁾

En complément des conseils d'hygiène de vie

- 1> Un soutien psychologique pourrait avoir un impact positif, la qualité du sommeil est en effet influencée par les facteurs psychologiques**
- 2> Les thérapies cognitives et comportementales pourraient également être bénéfiques.
Elles visent à rétablir une perception positive du sommeil par des comportements adaptés, associant hygiène de sommeil, techniques de relaxation, restriction du temps passé au lit et contrôle du stimulus**

Conseillez vos patients sur les techniques de relaxation (1-3)

1> L'acupuncture :

- Médecine alternative agissant sur les points méridiens
- Amélioration possible de la qualité du sommeil, notamment chez les patients présentant des douleurs

2> La méditation :

- Réduction du niveau de stress des patients
- Impact possible sur le sommeil à ondes lentes

3> Le yoga :

- Activité physique, exercices de respiration, regard philosophique sur la vie
- Diminue l'anxiété et le niveau d'excitation

4> Le tai chi :

- Exercice physique d'intensité légère à modérée avec une composante de médiation

5> L'hypnose :

- Technique spécialisée privilégiant la relation médecin/patient se révélant efficace dans le traitement des dyssomnies et parasomnies
- A pratiquer en complément d'une prise en charge psychologique et médicamenteuse

**5 techniques de relaxation
en complément des
conseils d'hygiène de vie**

1- Robbins JL *et al.* Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. Clin Nurs Res. 2004;13:33-52.

2- Ng BY, Lee TS. Hypnotherapy for sleep disorders. Ann Acad Med Singapore. 2008;37:683-8.

3- Gooneratne NS. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. Clin Geriatr Med. 2008;24:121-38.

La plainte sommeil s'inscrit dans une relation

- **La plainte sommeil témoigne aussi d'une modalité relationnelle**
 - De soi à l'autre
 - Met le médecin en demeure de faire ou bien d'être impuissant
 - Souvent, le patient rejoue des situations infantiles
 - Du soi à soi
 - Qui s'exprime souvent dans le rapport du sujet à son corps

Conclusion

- **La plainte sommeil ne devrait pas être traitée en dernière minute**
- **Elle correspond souvent à un carrefour de situations**
 - D'une pathologie
 - De situations pharmacologiques
 - D'enjeux psychologiques personnels et relationnels
- **Il faut éviter quelle ne déclenche automatiquement un passage à l'acte**
 - Elle permet souvent de réintroduire le présent, la finalité du soin