

Retour sur 2022 : Une revue des nouveautés en matière d'insomnie

Avec le soutien d'un financement éducatif indépendant d'Idorsia



Audience cible

Cette activité est destinée à un public américain et européen composé de médecins généralistes, de psychiatres, de neurologues et d'infirmiers.

Objectifs

L'objectif de cette activité est de permettre aux apprenants d'être plus à même de sélectionner les traitements contre l'insomnie pour leurs patients sur la base des données les plus récentes.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette activité, les participants :

Auront acquis des connaissances approfondies sur

- La reconnaissance de l'insomnie
- Les progrès relatifs à la prise en charge de l'insomnie



Dr David Neubauer

Professeur associé de psychiatrie et de sciences du comportement
Directeur associé, Centre des troubles du sommeil Johns Hopkins
École de médecine de l'Université Johns Hopkins
Baltimore, Maryland, États-Unis



Dr Rexford T. Muza, MMED, FRCP

Somnologue certifié ESRS
Médecin du sommeil
Centre des troubles du sommeil
Guy's Hospital
Londres, Royaume-Uni



Dr Liborio Parrino, MD, PhD

Professeur de neurologie
Université de Parme
Parme, Italie

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Retour sur 2022

Une revue des nouveautés en matière d'insomnie

MODÉRATEUR

Dr David Neubauer
Professeur agrégé de psychiatrie et sciences du comportement
Directeur associé
Centre des troubles du sommeil Johns Hopkins
École de médecine de l'Université Johns Hopkins,
Baltimore, États-Unis

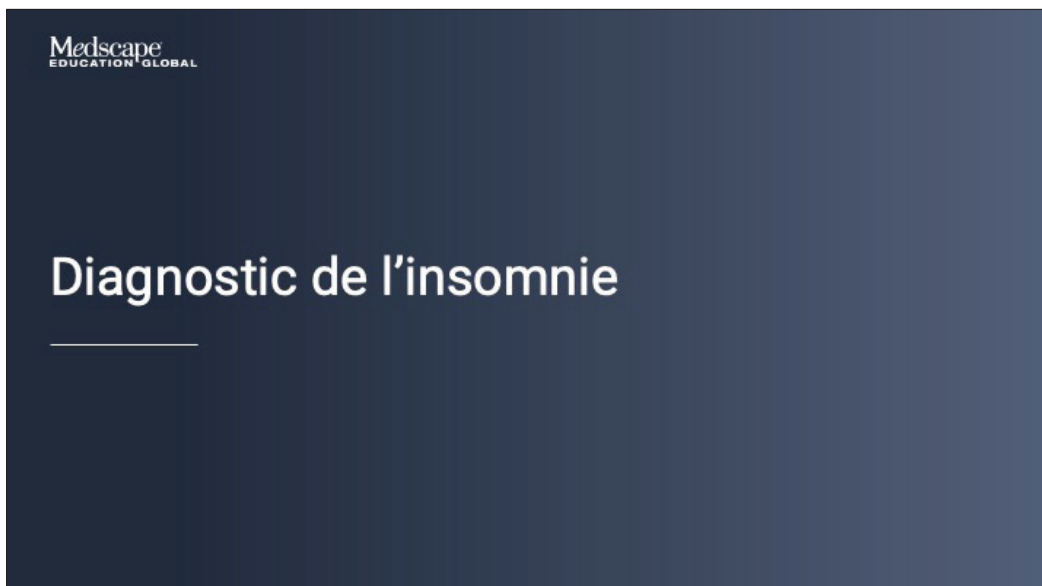
Dr David Neubauer, MD : Bonjour ! Je suis David Neubauer, professeur associé de psychiatrie en sciences du comportement à Baltimore, Maryland.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

EXPERTS

Dr Rexford T. Muza, MMED, FRCP Somnologue certifié ESRS Médecin du sommeil Centre des troubles du sommeil Guy's Hospital Londres, Royaume-Uni	Dr Liborio Parrino, MD, PhD Professeur de neurologie Université de Parme Parme, Italie
---	--

Je suis accompagné aujourd'hui par Rexford Muza, médecin spécialiste du sommeil à Londres, et par Liborio Parrino, professeur de neurologie en Italie. Bienvenue dans ce programme, « *Retour sur 2022 ; une revue des nouveautés en matière d'insomnie* »



Liborio, y a-t-il eu cette année de nouvelles données ou des changements autour du diagnostic de l'insomnie ?

Diagnostic de l'insomnie

DSM 5 (2013)^[a] et ICSD-3 (2014)^[b]

Trouble de l'insomnie

- Une maladie à part entière
- « Peut être diagnostiquée **indépendamment et en plus** de tout trouble psychiatrique ou médical coexistant »^[a]

 **Fréquente et chronique**
≥ 3 nuits/semaine pendant
≥ 3 mois

 **Symptômes nocturnes**
Insatisfaction à l'égard du sommeil et difficulté signalée à s'endormir ou à rester endormi(e)

 **Symptômes diurnes**
Troubles de la concentration, de l'humeur, du comportement, des performances au travail, etc.

a. Winkelman JW. N Engl J Med 2015;373:1437-1444 ; b. Sateia MJ. Chest. 2014;146:1387-1394.

Dr Liborio Parrino, MD, PhD : Merci, David. Je pense qu'il n'y a pas eu de grands changements depuis 2013, lorsque le manuel DSM-5 a été publié. La nouvelle classification nous indique que l'insomnie n'est pas seulement un symptôme ; c'est plutôt une maladie, ou une condition complexe, pour laquelle il existe des indicateurs nocturnes, des dysfonctionnements diurnes, et il y a aussi des questions de sévérité et de temporalité à aborder. Ce n'est pas juste une question de dire « *J'ai des difficultés à m'endormir, à rester endormi(e), à me réveiller tôt* », mais aussi de se plaindre d'une insatisfaction de la qualité ou de la quantité de sommeil.

Diagnostic de l'insomnie : Fonctionnement diurne

DSM 5 (2013)^[a] et ICSD-3 (2014)^[b]

Altération de la fonction diurne^[a]

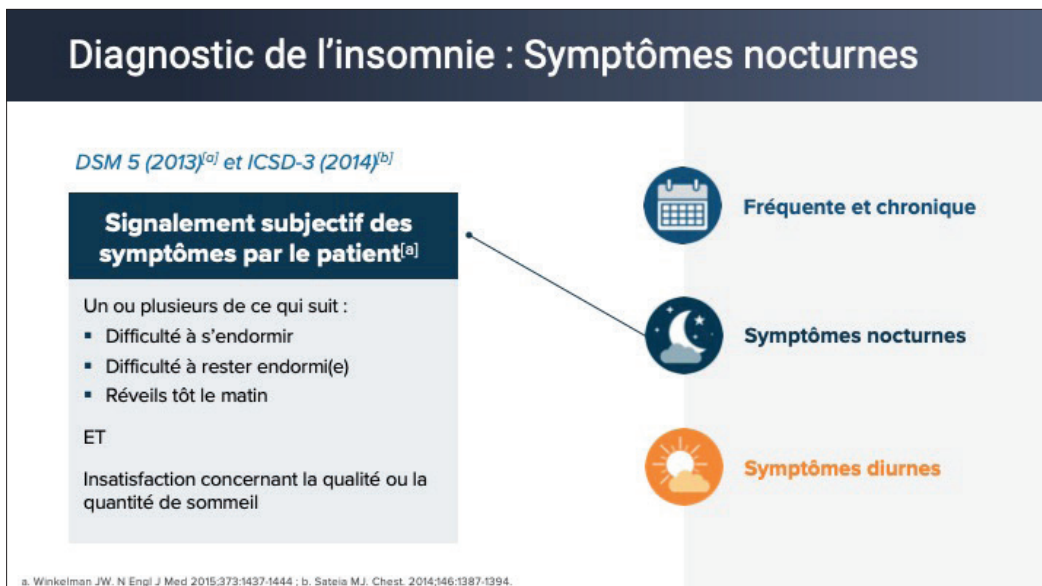
Comme indiquée par un ou plusieurs des éléments suivants :

- **Fatigue** ou faible niveau d'énergie
- Somnolence diurne
- Troubles de l'**humeur**
- **Difficultés comportementales**
- Effet négatif sur la famille/le soignant
- Troubles de l'attention, de la **concentration** ou de la **mémoire**
- Altération du fonctionnement professionnel ou scolaire
- Altération des fonctions interpersonnelles ou sociales

- Fréquente et chronique**
- Symptômes nocturnes**
- Symptômes diurnes**

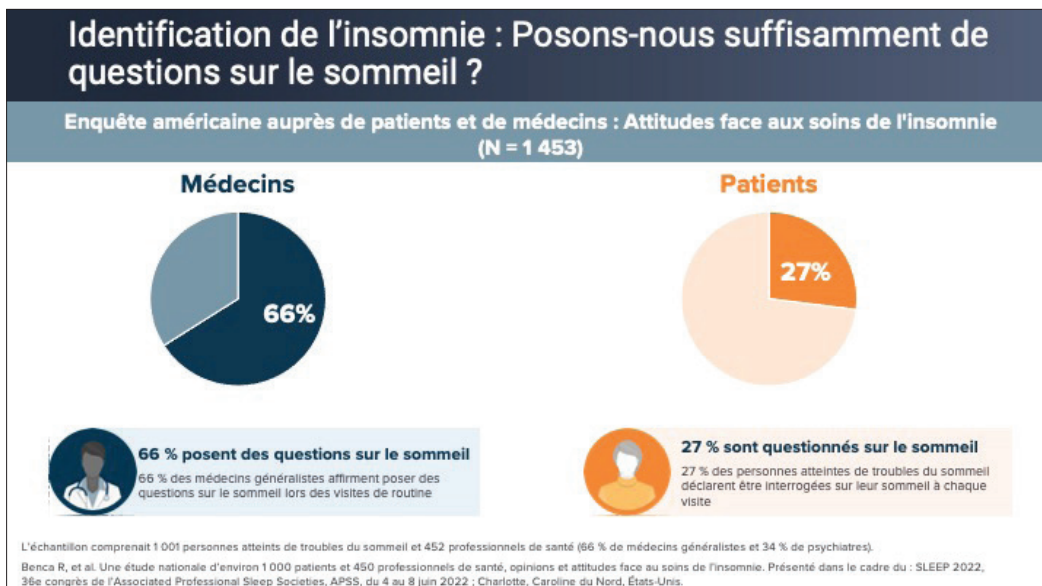
a. Winkelman JW. N Engl J Med 2015;373:1437-1444 ; b. Sateia MJ. Chest. 2014;146:1387-1394.

Et surtout, un élément important à aborder : c'est le dysfonctionnement diurne, c'est-à-dire l'humeur, la vigilance, la concentration, la mémoire, les fonctions cognitives et les difficultés comportementales. Il y a donc beaucoup de données à rassembler dans cette nouvelle approche. Malheureusement, le diagnostic de l'insomnie n'est pas étayé par des mesures objectives ; voilà une autre question importante qui devra être abordée en étant, dans certains cas, intégrée dans une approche plus objective.



Dr Neubauer : C'est un point très important, car par définition, l'insomnie est un trouble subjectif. Il s'agit de la plainte liée à une difficulté d'endormissement ou au maintien du sommeil pendant la nuit. Et c'est une bonne chose que nous ayons maintenant intégré dans les critères de diagnostic ces symptômes diurnes, ces plaintes concernant le fonctionnement diurne. Elles sont très importantes, car c'est vraiment, à mon sens, ce qui amène les gens à demander de l'aide. Les problèmes créés par l'insomnie peuvent être tolérés la nuit, mais lorsque ses symptômes affectent la façon dont les personnes se sentent et fonctionnent pendant la journée, cela les pousse à se tourner vers un professionnel de santé pour obtenir de l'aide pour gérer leur sommeil.

Mais même si nous avons fait beaucoup de progrès en termes de définition du trouble de l'insomnie, il y a encore beaucoup de progrès à faire pour réellement identifier et traiter les patients. Rexford, quelle est votre expérience, et pouvez-vous nous dire, avec un aperçu de certaines données, dans quelle mesure les patients consultent leurs médecins et autres professionnels pour des problèmes de sommeil ?



Dr Rexford Muza, MMED, FRCP : Merci David. Je pense que c'est encore un défi à relever. Il nous reste des objectifs que nous n'avons pas encore atteints. C'est assez bien illustré dans une étude récente menée aux États-Unis auprès de médecins généralistes et de spécialistes du sommeil, où nous avons cherché à savoir si les patients étaient écoutés lorsqu'ils se plaignaient d'insomnie. Bien sûr, parmi les médecins généralistes, 66 % d'entre eux ont indiqué poser des questions sur le sommeil, mais en revanche, seuls 27 % des patients ayant des problèmes de sommeil ont affirmé qu'on leur avait posé des questions pertinentes sur leur sommeil. La vérité se situe quelque part entre ces deux chiffres, mais il est certain que nous n'en faisons pas assez.

Perspective d'experts : Changer les opinions sur l'insomnie

Attitude historique :

- L'insomnie est un désagrément
- L'insomnie est la conséquence d'autres conditions médicales
- L'insomnie n'est pas une maladie à part entière

Avis d'expert Rexford Muza, MMED, FRCP.

Peut-être qu'il y a encore cette réflexion historique en toile de fond, comme disait Liborio, qui fait que ce problème n'est pas assez pris au sérieux. Selon la méthode classique, l'insomnie n'était envisagée que comme un désagrément par certains médecins, le sous-produit d'une autre condition médicale, et non une maladie à part entière.

Perspective d'experts : Changer les opinions sur l'insomnie

✘

Attitude historique :

- L'insomnie est un désagrément
- L'insomnie est la conséquence d'autres conditions médicales
- L'insomnie n'est pas une maladie à part entière

✔

Prendre l'insomnie au sérieux

L'insomnie est une maladie à part entière

L'insomnie est prévalente et à long terme

L'insomnie a de graves conséquences pour les patients

- Santé physique et psychiatrique
- Travail, emploi et vie familiale

Avis d'expert Rexford Muza, MMED, FRCP.

Il faut prendre l'insomnie au sérieux en tant que maladie à part entière ; une maladie qui est prévalente, à long terme et qui a des conséquences à court et à long terme : non seulement des conséquences physiques comme le diabète et l'hypertension, mais aussi des comorbidités psychiatriques, et qui affectent le lieu de travail, la maison, le présentisme, l'absentéisme... L'insomnie a tellement de conséquences ainsi que de symptômes diurnes qui ont déjà été mentionnés.

Perspective d'experts : Changer les opinions sur l'insomnie

ACTION REQUISE

✔

Relever le défi

✔

Demander systématiquement aux patients de parler de leur sommeil

© WestMED Global, LLC

✔

Prendre l'insomnie au sérieux

L'insomnie est une maladie à part entière

L'insomnie est prévalente et à long terme

L'insomnie a de graves conséquences pour les patients

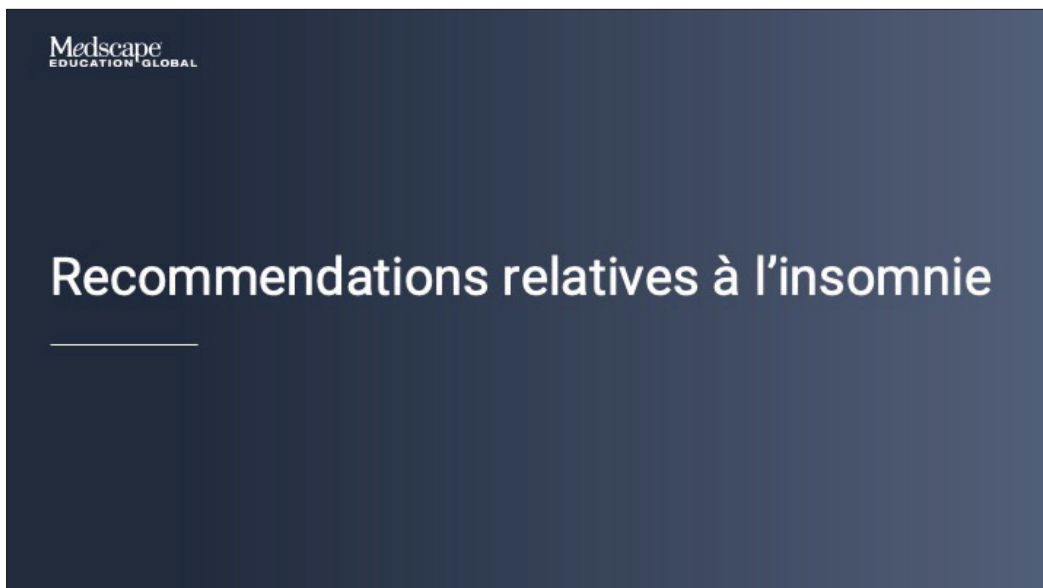
- Santé physique et psychiatrique
- Travail, emploi et vie familiale

Avis d'expert Rexford Muza, MMED, FRCP.

Il s'agit donc d'un défi que les médecins doivent relever. Ils doivent poser davantage de questions sur l'insomnie lorsque les patients se présentent à eux.

Dr Neubauer : Oui, peut-être de façon systématique. Cela devrait faire partie du bilan de santé avec tous les autres symptômes que l'on peut avoir.

Dr Muza : Exactement.



Dr Neubauer : Nous allons maintenant parler des récentes recommandations, et il est particulièrement intéressant de noter que



l'American Heart Association a récemment ajouté le sommeil de bonne qualité comme l'un des éléments essentiels de la vie. Il y en a donc 8 sur la liste et ils incluent des éléments que nous préconisons bien entendu : une alimentation saine, une activité physique, le contrôle de la pression artérielle et l'arrêt du tabagisme, et c'est formidable de voir que le sommeil a été ajouté à cette liste.

Liborio, y a-t-il encore de nouvelles recommandations qui auraient été publiées cette année et qui affecteraient la façon dont nous prenons en charge les personnes souffrant d'insomnie ?

Recommandations pour l'insomnie



Prise en charge de l'insomnie
Les recommandations datent de plusieurs années
AASM : 2018^[a] ; ESRS européenne : 2017^[b] ;
Royaume-Uni : 2019^[c]



Exposition à la lumière^[d]
Recommandations sur l'exposition à la
lumière le jour, le soir et la nuit

AASM, American Academy of Sleep Medicine ; ESRS, European Sleep Research Society.
a. Sateia M.J. et al. J Clin Sleep Med. 2017;13:307-349. b. Riemann D. et al. J Sleep Res. 2017;26:675-700. c. Wilson S. et al. J Psychopharmacol. 2019;33:923-947.

Dr Parrino : Eh bien, les recommandations nous aident à savoir ce que nous devons faire, comment prendre en charge les patients. Concernant les dernières que nous avons reçues, un processus de révision est en cours en Europe et certainement aussi aux États-Unis. C'est important de mettre à jour tous les 5 ou 6 ans ce qui a été écrit, parce qu'en plus il y a de nouvelles données, références et méta-analyses.

Il existe également quelques recommandations sur une utilisation correcte de l'exposition à la lumière le matin et le soir, car les gens ne réalisent parfois pas que la lumière peut être un ennemi ou un facteur de risque qui peut détériorer ou altérer la bonne qualité du sommeil. Il est donc important d'avoir également des chiffres : quantité d'exposition à la lumière, temps d'exposition à la lumière.

La lumière est un aspect important que nous devons inclure lorsque nous parlons des recommandations sur la façon dont il faut comprendre et prévenir l'insomnie, et enfin comment la traiter. Il n'existe pas juste un élément pour résoudre la question de la qualité de votre sommeil ; c'est tout le mode de vie qui est important.

Dr Neubauer : Je suis tout à fait d'accord, et c'est agréable de voir la quantification de certaines de ces recommandations.

Recommandations pour l'insomnie : Quantification de l'exposition à la lumière



Exposition à la lumière

Recommandations concernant l'exposition à la lumière intérieure pendant la journée, le soir et la nuit afin de favoriser au mieux la physiologie, le sommeil et l'éveil chez les adultes en bonne santé



Journée

≥ 250 lux de lumière du jour
Ou un éclairage intérieur enrichi de courtes longueurs d'onde



Le soir (3 heures avant le coucher)

Lumière faible, ≤ 10 lux



Pendant le sommeil

Aussi sombre que possible

Brown TM, et al. Plos Biol. 2022;20(3):e3001571.

Depuis longtemps, nous indiquons aux gens de réduire la lumière le soir et d'essayer de dormir dans une pièce sombre. Plus récemment, nous avons préconisé de passer plus de temps à l'extérieur et de recevoir plus de lumière du soleil. Mais cette année, des recommandations viennent d'être publiées et mentionnent la quantité exacte de lumière en termes de lux : ce à quoi nous devrions être exposés dans la journée, la diminution de la lumière, qui est probablement bien moindre par rapport à ce que font les gens, pendant quelques heures avant le coucher, et à quel point il devrait faire sombre dans nos chambres. Nous savons que beaucoup de gens ont la télévision allumée dans la chambre et prennent leurs écrans au lit. Il existe maintenant des preuves claires que ces facteurs ont des effets néfastes sur notre sommeil, mais aussi sur notre santé métabolique.

Impact de la lumière nocturne sur la santé cardiométabolique

Analyse du profil cardiovasculaire des personnes âgées en fonction de la lumière habituelle la nuit (N = 552)



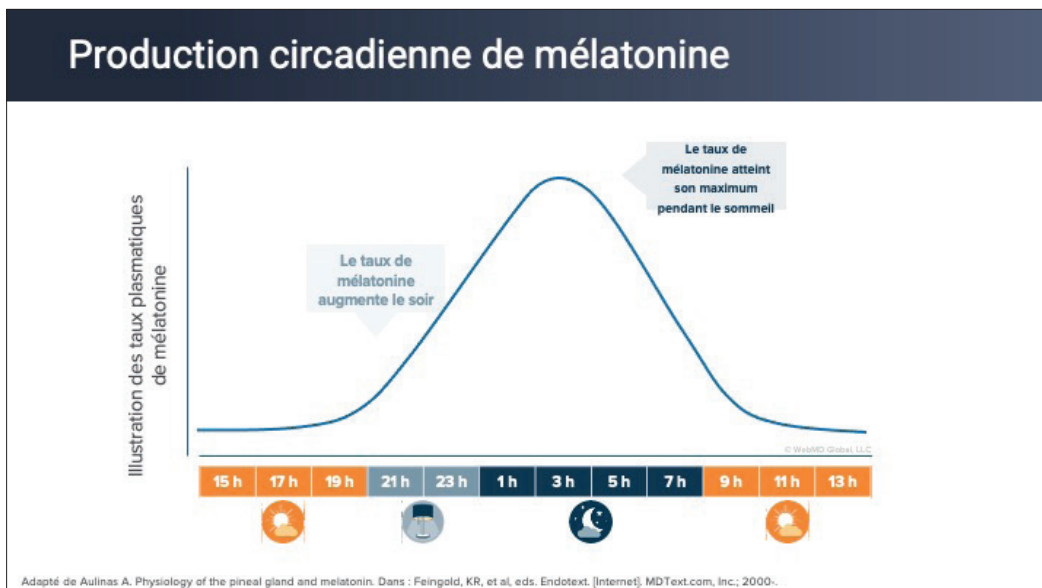
L'exposition à la lumière pendant la nuit dans la chambre à coucher était associée à une prévalence accrue de :

- Obésité**
OR 1,82 (1,26, 2,65)
- Diabète**
OR 2,00 (1,19, 3,43)
- Hypertension artérielle**
OR 1,74 (1,21, 2,52)

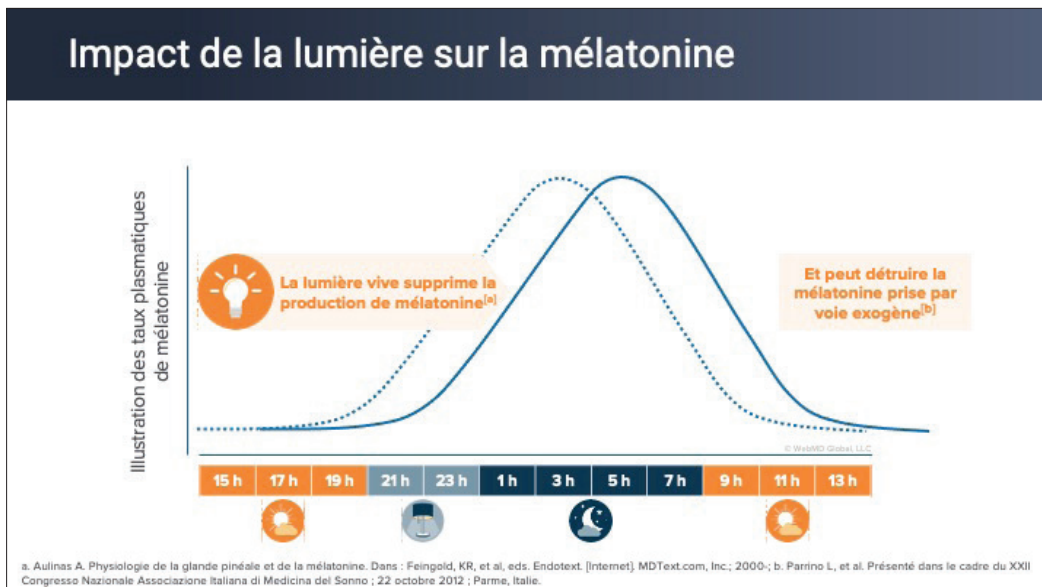
Kim M, et al. Sleep. 2022 doi: 10.1093/sleep/zsac130. [Epub avant impression].

Et une étude vraiment intéressante a été publiée l'année dernière. Cette étude, réalisée par le groupe de Phyllis Zee à Chicago, a examiné les effets de la lumière dans la chambre à coucher. Ils ont déterminé que la lumière habituelle la nuit à un âge avancé est associée à l'obésité, au diabète et à l'hypertension. Ils reconnaissent que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les effets à long terme de la lumière nocturne sur les effets cardiométaboliques, mais il existe désormais des preuves très claires que même une petite quantité de lumière dans nos chambres à coucher peut avoir un effet néfaste.

Il est clair qu'il faut trouver un équilibre entre la sécurité et un peu de lumière provenant d'une veilleuse, ce qui est peut-être acceptable, mais elle doit être absolument être réduite au minimum et peut-être placée à un niveau bas de la pièce afin de ne pas nous perturber lorsque nous sommes couchés.



Ainsi, tout ce que nous pouvons faire pour renforcer la robustesse de notre horloge circadienne en termes d'activité diurne et d'exposition à la lumière pendant la journée, d'obscurité pendant la nuit et de lumière tamisée à l'approche de l'heure du coucher, tout cela représente la base du rythme circadien, qui affecte profondément notre cycle veille-sommeil. Nous savons qu'il existe des traitements prouvés de l'insomnie, et nous en parlerons davantage, mais le fondement est vraiment de faire de notre mieux pour maintenir cette robustesse et cette régularité de notre système circadien.



Dr Parrino : Pour compléter ce point, cela vient peut-être aussi du fait que les médecins et les patients ne savent pas que la lumière détruit la mélatonine, celle qui est directement produite dans notre glande pinéale ; mais au cours d'études que nous avons menées à Parme, nous avons également démontré que la lumière détruit la mélatonine prise de manière exogène. Cela nous exhorte donc à la prudence, comme vous le souligniez précédemment, car l'exposition à la lumière est un facteur qui peut avoir beaucoup de conséquences. Même si vous êtes convaincu que votre mélatonine est couverte par une administration exogène, ce n'est pas si évident et il faut être prudent. Protégez vos yeux le soir et exposez-vous à ces quantités minimales recommandées d'éclairage faible le soir et de lumière forte le matin pour réguler votre horloge circadienne. C'est très important.

Perspective d'experts : Mélatonine

“
Donnez à votre propre mélatonine une chance d'agir
”

Avis d'expert Liborio Parrino, MD, PhD ; David Neubauer, MD.

- Journée**
 - Lumière vive
 - Extrémité bleue du spectre
- Soirée**
 - Lumière ambiante faible
 - Évitez l'extrémité bleue du spectre dans l'éclairage et les écrans


Dr Neubauer : L'intensité de la lumière est très importante, mais aussi sa longueur d'onde. C'est pourquoi il est préférable d'être exposés à l'extrémité plus bleue du spectre en début de journée, et essayer de l'éliminer autant que possible dans la soirée. Parfois, les patients qui ont des difficultés à s'endormir me demandent s'ils doivent ou non essayer de prendre de la mélatonine. Je leur réponds : essayez déjà avec votre propre mélatonine. Efforcez-vous de diminuer toute la lumière qui supprime votre propre mélatonine. Donnez à votre propre mélatonine une chance d'agir en évitant d'avoir juste sous les yeux les écrans et les lumières ambiantes dans votre maison ou votre appartement. Gardez-les à un faible niveau d'intensité et essayez d'utiliser ces nouvelles ampoules LED de haute technologie qui peuvent transférer la lumière à l'extrémité rougeâtre du spectre.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Traitement de l'insomnie

Beaucoup de personnes finissent par utiliser plusieurs types de médicaments différents. D'un côté, on a les recommandations. De l'autre, ce que font les gens réellement, et dans certains cas, les produits prescrits par les professionnels de santé, qui ne sont pas réellement justifiées ou conformes aux recommandations.

Utilisation non fondée sur des preuves des médicaments pour le sommeil



Recommandations vs réalité

Parmi les 300 médicaments sur ordonnance aux États-Unis^[a] :

- **Trazodone est le 21e**
(utilisation majoritairement hors AMM pour l'insomnie ?)
- **Zolpidem est le 47e**
(le premier médicament de la liste approuvé par la FDA pour l'insomnie)



Mise en garde

La trazodone n'est pas indiquée dans le traitement de l'insomnie^[b,c]

a. ClinCalc DrugStats. v2022.08. Consulté le 20 octobre 2022. <https://clincalc.com/DrugStats/Top300Drugs.aspx> ; b. Sateia MJ, et al. J Clin Sleep Med. 2017;13:307-349 ; c. Riemann D, et al. J Sleep Res. 2017;26:675-700.

On en trouve un exemple dans la liste des 300 premiers médicaments prescrits aux États-Unis. On ne croit pas qu'un médicament pour le sommeil devrait figurer en tête de liste. On ne croit pas qu'il faille prescrire des somnifères à tout le monde. Cependant, le positionnement relatif sur la liste est vraiment révélateur. Et donc, dans le top 300 des médicaments (et cela a été rapporté il y a quelques semaines - les données les plus récentes sont de 2020, mais la dernière publication est récente), il faut descendre jusqu'au 21e médicament le plus couramment prescrit de cette classification, et c'est la trazodone. Alors, la trazodone est un antidépresseur. Elle n'est pas indiquée pour traiter l'insomnie, mais je soupçonne que près de 100 % des prescriptions de trazodone concernent des personnes qui se plaignent de troubles du sommeil. C'est donc le numéro un, qui est totalement en dehors des recommandations. Il y a peut-être un effet sédatif et certaines personnes peuvent en tirer un bénéfice, mais ce médicament est prescrit sans que l'on se préoccupe de sa sécurité d'emploi, ou même, de son efficacité, parce qu'il n'y a tout simplement pas de données et que nous n'avons pas de bonnes recommandations de prescription à ce sujet. Ainsi, la trazodone est numéro 21, et il faut descendre jusqu'au numéro 47 pour trouver un médicament aux États-Unis qui soit réellement approuvé par la FDA pour traiter l'insomnie, à savoir le zolpidem, et il faut descendre encore plus bas pour trouver l'un des autres médicaments approuvés.

Nouvelles approbations



Médicaments prescrits pour le sommeil

Daridorexant

- Maintenant approuvé en Europe^(a) et aux États-Unis^(b)
- DORA : Dual Orexin Receptor Antagonists (antagoniste double des récepteurs de l'orexine)
- Aux États-Unis, 2 autres DORA sont également disponibles (suvorexant^(c), lemborexant^(d))



Thérapie numérique sur ordonnance pour la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)

Plusieurs options disponibles, selon la localisation^(e, f)


Medscape Education a pour politique d'éviter d'utiliser des noms de marque dans les activités pédagogiques accréditées. L'utilisation de noms commerciaux n'est pas destinée à promouvoir un produit spécifique

a. Daridorexant [IP]. European Medicines Agency (EMA). Publié en mai 2022. Mis à jour en septembre 2022. Consulté en octobre 2022. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quvivio-epar-product-information_en.pdf ; b. Daridorexant [IP]. Approuvé en janvier 2022 ; c. Suvorexant [IP]. Approuvé en 2014. Mis à jour en 2021 ; d. Lemborexant [IP]. Approuvé en 2019. Mis à jour en 2022 ; e. Guide de prescription abrégé pour Somnyst. Révisé en juin 2021. Consulté en octobre 2022. <https://2kw3qa2w7x12whstx1b6jc-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/03/Somnyst-Clinician-Information-Brief-Summary-Instructions.pdf> ; f. Sleepio pour traiter l'insomnie et les symptômes de l'insomnie. Guide des technologies médicales. NICE. Publié en mai 2022. Consulté en octobre 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg70/resources/sleepio-to-treat-insomnia-and-insomnia-symptoms-pdf-64372230458053>

C'est donc le bon moment pour parler des nouvelles approbations de médicaments que les organismes de réglementation comme la FDA, et le NICE au Royaume-Uni, ont approuvé. L'approbation la plus récente concerne le daridorexant dans cette nouvelle catégorie des antagonistes doubles des récepteurs de l'orexine. Aux États-Unis, nous en avons maintenant 3. Il y a d'abord eu le suvorexant, puis le lemborexant, et maintenant le daridorexant. Le daridorexant est désormais approuvé dans l'UE également. C'est donc devenu un élément de recommandation pour l'année écoulée.

L'autre domaine est celui des approches cognitivo-comportementales. Il existe un certain nombre d'applications différentes et de thérapies numériques sur ordonnance maintenant disponibles, et il existe de très bonnes données qui soutiennent l'efficacité de ces deux types d'approches en association avec la thérapie cognitivo-comportementale plus traditionnelle. Rexford, pouvez-vous commenter votre expérience et ce qui se passe au Royaume-Uni à ce sujet ?

Thérapie cognitivo-comportementale numérique sur ordonnance



Thérapie numérique sur ordonnance pour la TCC-I

- Accessible, pratique
- Efficace^[a]
- Peut permettre de réaliser des économies^[b]

Peut être utile lorsque la TCC-I en face à face n'est pas accessible


TCC-I : thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie.
a. Simon F, et al. Présenté dans le cadre du : World Sleep ; 11-16 mars ; Rome, Italie. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214> ; b. Sampson C, et al. B.J.P Open. Publié en ligne 2021:BJGPO.2021.0146.

Dr Muza : Oui. Nous acceptons l'idée, et je suis sûr que vous aussi, que la thérapie cognitivo-comportementale devrait être partie intégrante de la prise en charge des patients souffrant d'insomnie. Le défi auquel nous sommes confrontés, et je suis sûr que c'est le défi auquel la plupart des autres personnes sont confrontées, est que ce type de thérapie n'est pas si facilement accessible. Nous ne disposons pas d'un grand nombre de thérapeutes bien formés capables d'offrir une thérapie cognitivo-comportementale significative.

Dr Neubauer : Ainsi, il existe des preuves que même ces types numériques de thérapie cognitivo-comportementale peuvent offrir certains bénéfices, même si nous pensons que les approches individuelles ou de groupe sont probablement les plus efficaces.

Dr Muza : Je pense que c'est un point important. Donc, la thérapie cognitivo-comportementale dirigée par le thérapeute a obtenu le plus de bénéfices pour le patient, en particulier la TCC-I individuelle en face à face dirigée par le thérapeute. Dans mon département, nous essayons de faire des thérapies de groupe avec le thérapeute supervisant une classe de peut-être 10 à 15 patients, et cela fonctionne bien également. Si elle n'est pas aussi efficace que la thérapie individuelle, la thérapie cognitivo-comportementale basée sur le numérique y a sa place. Elle est accessible. Elle est facile à faire. Je pense que la pandémie nous a enseigné une grande leçon : nous ne pouvons pas toujours voir les patients en face à face et nous devons désormais apprivoiser ces nouvelles technologies, les adopter et les utiliser au profit de nos patients. Et il en va de même en médecine du sommeil.

Thérapie cognitivo-comportementale numérique sur ordonnance



Thérapie numérique sur ordonnance pour la TCC-I

Accessible, pratique

Efficace^[a]

Peut permettre de réaliser des économies^[b]

Analyse de séries chronologiques interrompues pour comparer l'évolution des coûts des soins de médecine générale avant et après le déploiement de la TCC-I numérique dans une région d'Angleterre entre 2018 et 2020^[b]


- N = 10 705 patients, suivi de 65 semaines
- **Économie totale de 71 027 £**
- Stimulée par la réduction des coûts de prescription

a. Simon F, et al. Présenté dans le cadre du : World Sleep ; 11-16 mars ; Rome, Italie. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214> ; b. Sampson C, et al. B.J.P. Open. Publié en ligne 2021;BJGPO.2021.0146.

Dr Neubauer : J'ai vu qu'un rapport venait juste d'être publié cette année, montrant que dans certaines régions du Royaume-Uni, des économies globales de coûts de soins de santé avaient été réalisées, probablement en raison d'une diminution de la prescription de médicaments dans une région où l'application Sleepio était devenue disponible.

Dr Muza : Absolument. L'application Sleepio est donc approuvée par le NICE. Il existe d'autres sites Web numériques sur l'insomnie, tels que Sleepstation, Sleepful.Me, qui sont très utiles. Ainsi, cela dépend simplement de ce qui est disponible pour vous. J'encouragerais donc les médecins généralistes à orienter leurs patients vers la thérapie cognitivo-comportementale basée sur le numérique, s'ils ne peuvent pas accéder aux thérapies dirigées par des thérapeutes.

Thérapie cognitivo-comportementale numérique sur ordonnance



Thérapie numérique sur ordonnance pour la TCC-I

Accessible, pratique

Efficace^[a]

Peut permettre de réaliser des économies^[b]

Méta-analyse de 48 études publiées avec 8 343 participants^[a]

- La **thérapie individuelle en présentiel** avait la plus grande taille d'effet (d de Cohen = -1,24 ; IC à 95 % : -1,77, -0,71)
- **Suivre de la thérapie de groupe en présentiel** (d de Cohen = 0,98 ; IC à 95 % : -1,42, -0,54)
- La **TCC-I sur Internet** (guidée et non guidée) présentait toujours des tailles d'effet modérées (guidée : d de Cohen = -0,67 ; IC à 95 % : -1,18, -0,16 ; non guidée : d = -0,76 ; IC à 95 % : -1,18, 0,33)

a. Simon F, et al. Présenté dans le cadre du : World Sleep ; 11-16 mars ; Rome, Italie. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214> ; b. Sampson C, et al. B.J.P. Open. Publié en ligne 2021:BJGPO.2021.0146.

Dr Neubauer : Oui. Je vois qu'un autre rapport, publié cette année, a pu examiner l'importance de l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle, qui avait la meilleure efficacité, suivie de la thérapie de groupe, puis du numérique, mais dont la taille d'effet restait raisonnablement importante.

Dr Muza : Cela reste une taille d'effet très raisonnable, et le principal avantage est que vous allez pouvoir y accéder la plupart du temps. C'est pourquoi nous devrions les utiliser.

Nouvelles données : Études de phase 3 sur le daridorexant

Conception	Efficacité (sommeil nocturne)	Efficacité (fonction diurne)
Deux études de phase 3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multicentriques, randomisées, contrôlées versus placebo ▪ N = 1 854 adultes (≥ 18 ans) souffrant de troubles de l'insomnie ▪ Placebo ▪ Daridorexant 10 mg ▪ Daridorexant 25 mg ▪ Daridorexant 50 mg 	Amélioration significative avec le daridorexant 25 mg et 50 mg versus placebo dans : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Latence de sommeil (LPS*), mais seulement dans l'étude 1, pas dans l'étude 2 ▪ Maintien du sommeil (WASO*) ▪ Temps de sommeil total† 	Réduction significative avec daridorexant 50 mg vs placebo de la : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somnolence diurne (score moyen du domaine de la somnolence de l'IDSIQ)

*Déterminée par polysomnographie. †Temps de sommeil total subjectif provenant des journaux de sommeil.
LPS : latency to persistent sleep (latence au sommeil persistant); WASO : wake after sleep onset (veille intra-sommeil).
Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

Dr Neubauer : Oui. Bien. Eh bien, nous avons parlé un peu plus tôt de l'approbation de nouveaux médicaments, et l'une des principales publications dans ce domaine en 2022 a été faite par Emmanuel Mignot et ses collègues dans Lancet Neurology, qui ont examiné 2 études pivots de phase 3 sur le daridorexant. Ils ont constaté une amélioration significative par rapport au placebo de la latence au sommeil persistant et de la veille intra-sommeil déterminées par polysomnographie avec la dose de 50 milligrammes, et pour le WASO également avec la dose de 25 milligrammes.

De plus, les patients ont signalé une amélioration de la durée totale du sommeil avec les deux doses, et de la fonction diurne avec la dose de 50 milligrammes, représentée par le score du domaine de somnolence.

Nouvelles données : Études de phase 3 sur le daridorexant

Sécurité d'emploi et tolérance

- Les événements indésirables étaient comparables entre les groupes placebo et daridorexant
 - Les EI qui sont survenus dans > 3 % des cas et qui étaient plus fréquents avec le daridorexant qu'avec le placebo étaient la **rhinopharyngite** et les **maux de tête**
- Il n'y a pas eu d'effet résiduel le lendemain matin, évalué par une échelle visuelle analogique quotidienne
- Il n'y a pas eu de rebond d'insomnie ou de symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement, et aucun suicide, aucune idée suicidaire ni aucune automutilation n'ont été observés

Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

Et fait intéressant, les taux d'effets indésirables étaient similaires entre les groupes, c'est-à-dire entre le groupe recevant le médicament et celui recevant le placebo. Les EI les plus fréquents étaient la rhinopharyngite et les maux de tête pour tous les groupes. Il a donc été plutôt bien toléré.

Nouvelles données :
Association entre les chutes et les médicaments contre l'insomnie

Plus de chutes
Chez les adultes^[a] et les personnes âgées (≥ 65 ans)^[b] souffrant d'insomnie, qui reçoivent du **zolpidem**, de la **trazodone** ou des **benzodiazépines**, par rapport à des témoins appariés selon l'âge sans troubles du sommeil

Moins de chutes
Après avoir **déprescrit** le **zolpidem** chez les adultes atteints de cirrhose^[c]

a. Amari DT, et al. Adv Ther. 2022;39:1324-1340 ; b. Amari DT, et al. BMC Geriatr. 2022;22:484 ; c. Tapper EB, et al. JHEP Reports. 2022;4:100478.

Des rapports intéressants ont également été publiés récemment sur les effets indésirables possibles avec toute la gamme de médicaments prescrits pour le sommeil. Le fait que nous ayons des effets immédiats pendant la nuit ou peut-être le lendemain matin reste donc toujours une préoccupation. Des études portant sur des adultes et des personnes âgées à qui l'on avait prescrit du zolpidem, de la trazodone et des benzodiazépines ont montré qu'il y avait un risque plus élevé de chutes par rapport à des témoins appariés sans troubles du sommeil. Un rapport a également été publié cette année pour les personnes atteintes de cirrhose hépatique à qui l'on avait prescrit du zolpidem, et en supprimant la prescription de ce médicament, on a constaté une réduction des chutes chez ces personnes.

Alors, Liborio, des réflexions de votre côté sur ces nouvelles approbations, sur les nouvelles données et les implications pour la pratique clinique ?

Perspective d'experts : Impact des nouvelles approbations sur la pratique clinique

Les nouvelles approbations offrent de nouveaux outils pour personnaliser le traitement de l'insomnie

Les antagonistes des récepteurs de l'orexine comme le daridorexant sont très différents car ils ciblent un mécanisme différent de celui des précédents médicaments contre l'insomnie, qui eux ciblent les récepteurs GABA

La thérapie cognitivo-comportementale reste un traitement de première ligne, et les patients doivent être orientés vers la TCC-I ou la TCC-I numérique

Les nouveaux médicaments offrent une alternative utile, mais la recherche de la pharmacothérapie « parfaite » contre l'insomnie est toujours en cours

Avis d'expert Liborio Parrino, MD, PhD ; Rexford Muza, MMED, FRCP

Dr Parrino : Eh bien, en tant que cliniciens du sommeil, en tant que médecins en général, nous sommes toujours enthousiastes lorsque de nouvelles options, de nouveaux médicaments arrivent, car ils offrent de nouveaux outils pour personnaliser et essayer de définir le traitement approprié pour chaque patient. En outre, le nouveau médicament qui arrive maintenant sur le marché, le daridorexant, offre également un nouveau paradigme car il n'agit pas sur la cible conventionnelle, à savoir les récepteurs GABA, mais sur une nouvelle voie, à savoir le neuropeptide de l'hypothalamus, l'orexine. Cela nous offre aussi une nouvelle ouverture d'esprit et la possibilité de relever de nouveaux défis pour mieux comprendre la physiopathologie de l'insomnie en essayant d'identifier le phénotype, qui est principalement géré et amélioré par ce nouveau traitement potentiel. Nous sommes donc extrêmement enthousiastes et très curieux de l'avenir.

Dr Neubauer : Rexford, quel serait le message pour les médecins généralistes et les autres professionnels de santé dans votre région, en termes d'utilisation des approches cognitivo-comportementales et des nouveaux médicaments qui arrivent ?

Dr Muza : C'est une question très importante que vous soulevez. La thérapie cognitivo-comportementale, comme je l'ai déjà dit, devrait faire partie du traitement de l'insomnie, et nous encourageons désormais nos médecins généralistes à orienter leurs patients vers une thérapie cognitivo-comportementale.

L'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché nous offre une très, très bonne alternative. La recherche du médicament parfait est toujours d'actualité : un médicament qui agit immédiatement, tout au long de la nuit, qui n'entraîne pas de somnolence matinale ni de troubles de la mémoire, qui n'affecte ni la conduite ni la concentration, qui est rapidement éliminé, qui n'entraîne ni dépendance ni tolérance et, évidemment, dans l'idéal, qui puisse être sûr en cas de surdosage. Donc, nous sommes toujours à la recherche de ce médicament.

Perspective d'experts : Personnalisation du traitement de l'insomnie

“ Dans la pratique clinique, avec votre patient en consultation, vous devez toujours **personnaliser** le traitement ”

Avis d'expert Rexford Muza, MMED, FRCP.

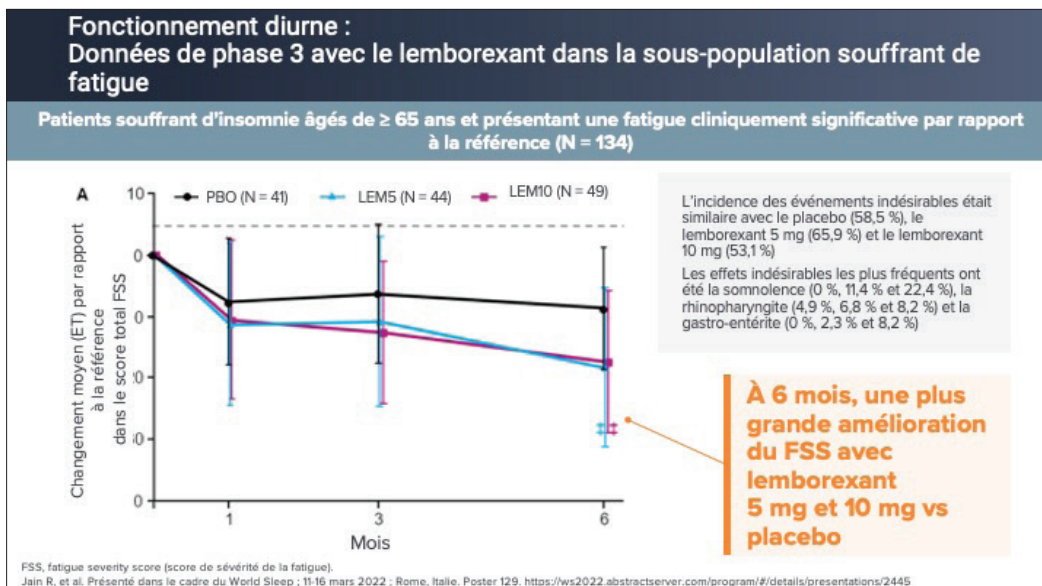
- Apnée du sommeil ?**
Éviter les sédatifs hypnotiques
- Alcoolisme ?**
Éviter les traitements de l'insomnie associés à une dépendance
- Comorbidités psychiatriques ?**
Choisir un traitement de l'insomnie compatible
- Initiation ou entretien ?**
Choisissez un médicament pour couvrir l'endormissement, le maintien du sommeil et/ou le réveil matinal

Mais dans la pratique clinique, lorsque votre patient est en face de vous, vous devez encore personnaliser le traitement et choisir ensuite le médicament qui lui conviendra le mieux. Votre patient souffre-t-il d'apnée du sommeil ? Vous voudrez éviter un sédatif hypnotique. Votre patient est-il alcoolique ? Vous voudrez peut-être éviter un médicament qui risquerait d'entraîner une dépendance. Votre patient présente-t-il des comorbidités psychiatriques ? Vous devrez choisir le traitement en conséquence. Votre patient souffre-t-il d'insomnie liée à l'endormissement, au maintien du sommeil ou au réveil matinal ? Vous voudrez un médicament qui couvre ces différents stades du sommeil. Alors oui, nous pourrions utiliser un autre médicament, une autre alternative, mais nous devons toujours choisir les médicaments appropriés au patient que nous avons en consultation.

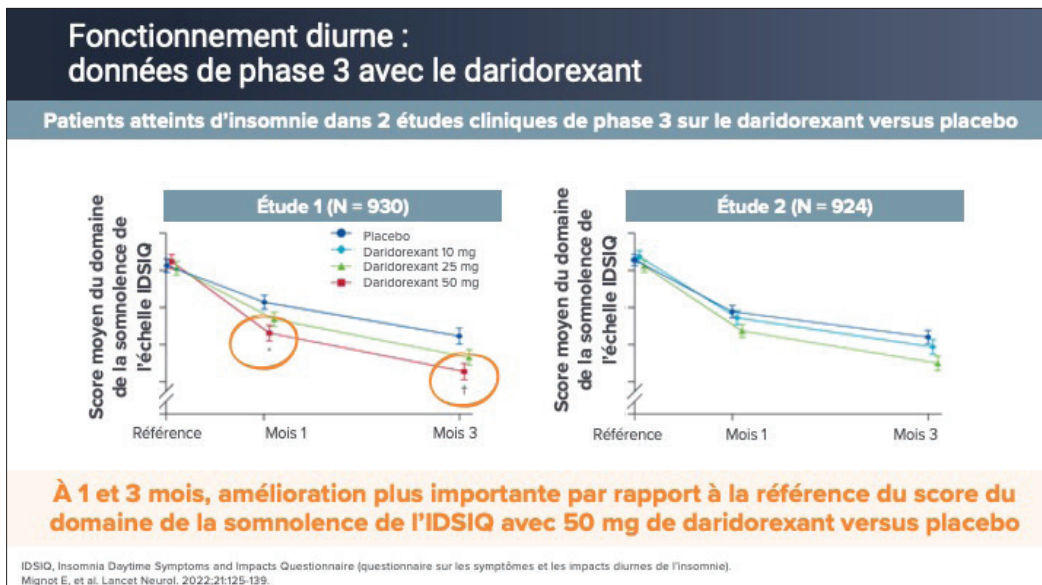
Medscape
EDUCATION GLOBAL

Fonctionnement en journée

Dr Neubauer : Très bien. Quand on regarde l'année écoulée, les sujets des publications, mais aussi les présentations lors des congrès, l'accent a été très fortement mis sur le fonctionnement diurne. Nous avons parlé de l'importance de cet aspect pour le diagnostic et dans l'expérience du patient.



L'un des rapports s'est penché sur le lemborexant en particulier, concernant la fatigue chez les personnes âgées. Ils ont examiné l'une des études de phase 3 et se sont particulièrement concentrés sur les personnes âgées : 134 d'entre elles ont obtenu un score élevé en termes de fatigue à l'entrée dans l'étude. Il a été démontré qu'avec un traitement sur une période de 6 mois, on constatait une amélioration significativement plus importante de leur score de fatigue avec les doses de lemborexant versus placebo pendant cette période de traitement.



Il y a également eu des rapports de cas récents avec le daridorexant concernant l'amélioration du fonctionnement diurne au cours des études de phase 3.

Fonctionnement diurne : Questionnaire sur les symptômes et les répercussions de l'insomnie pendant la journée (Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire, IDSIQ)		
Domaine de la somnolence	Domaine de l'humeur	Domaine Alerte/cognition
Énergique	Inquiet(-ète)	Esprit clair
Fatigué(e) mentalement	Frustré(e)	Concentré(e)
Fatigué(e) physiquement	Irritable	Distrain(e)
Somnolent(e)	Stressé(e)	Effort
		En pleine forme
		Réveillé(e)
Score total IDSIQ (maximum 140)		

Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022;21:125-139.

Il existe des façons diverses et variées d'évaluer le fonctionnement diurne, et jusqu'à présent, il n'y avait pas vraiment d'échelle cohérente. Un questionnaire sur les symptômes et les impacts de l'insomnie diurne, l'IDSIQ, a été développé et a récemment été utilisé dans des essais cliniques. On a donc eu de nouveaux rapports qui clarifient la taille d'un changement cliniquement significatif pour cette échelle, et cela va pouvoir être utile pour l'avenir. Encore une fois, nous savons que les patients sont capables de définir leurs problèmes de sommeil nocturne. C'est moins évident de se faire une idée précise, en termes d'échelle, des nombreux domaines où ils peuvent rencontrer des difficultés diurnes.

Liborio, ces données sur le fonctionnement diurne sont-elles significatives ? Correspondent-elles à ce que vous attendez du mécanisme de ces médicaments qui inhibent la signalisation de l'orexine ?

Perspective d'experts : Fonctionnement diurne et système de l'orexine

L'orexine est un neuropeptide lié à l'alimentation et à l'éveil

Objectifs du ciblage du système orexine pour le traitement de l'insomnie :

Maintient la vigilance pendant la journée

Diminue l'éveil pendant la nuit

Avis d'expert Liborio Parrino, MD, PhD.

Dr Parrino : Eh bien, l'orexine est un neuropeptide très typique qui est lié à l'alimentation et à l'éveil. Donc, en modulant les récepteurs de ce neuropeptide, on va également moduler la vigilance et l'alimentation. Mais mettons l'alimentation de côté, nous en reparlerons peut-être plus tard. Ce qui nous intéresse, c'est d'essayer de comprendre si la vigilance peut être préservée le jour et altérée ou remodelée la nuit. Et je suis sûr que les données préliminaires sont encourageantes et vont dans ce sens. Il semble que la direction prise par le daridorexant fonctionne comme on l'attend, en diminuant l'éveil pendant la nuit et en préservant une quantité et un niveau d'éveil corrects pendant la journée. Si nous parvenons à équilibrer ces 2 extrêmes, nous nous approchons de ce rêve hypnotique idéal que nous poursuivons depuis tant d'années.

Dr Neubauer : Et cela nous donne une opportunité de personnaliser davantage les traitements. Comme je l'ai mentionné, aux États-Unis, nous avons maintenant le suvorexant, le lemborexant, le daridorexant... Il y en a d'autres qui sont en cours de développement. Il s'agit donc d'une nouvelle orientation pharmacodynamique très excitante qui, selon nous, fait vraiment une grande différence en termes de bénéfices diurnes. Rexford, quel message, selon vous, les médecins généralistes devraient-ils retenir au sujet du fonctionnement diurne ?

Dr Muza : Je pense que c'est un aspect très important de l'insomnie.

Perspective d'experts : L'insomnie est un problème présent 24 heures sur 24



L'insomnie gâche la nuit et la journée, et ces deux aspects doivent être traités

Surveillez les symptômes nocturnes et diurnes
La fonction diurne doit être mesurée pour contrôler l'impact et le succès du traitement

- Êtes-vous alerte pendant la journée ? Vous sentez-vous reposé(e) ?
- Comment qualifieriez-vous votre humeur ? Êtes-vous irritable ?
- Comment sont vos niveaux d'énergie ? Êtes-vous fatigué(e) mentalement ? Fatigué(e) physiquement ? Somnolent(e) ?

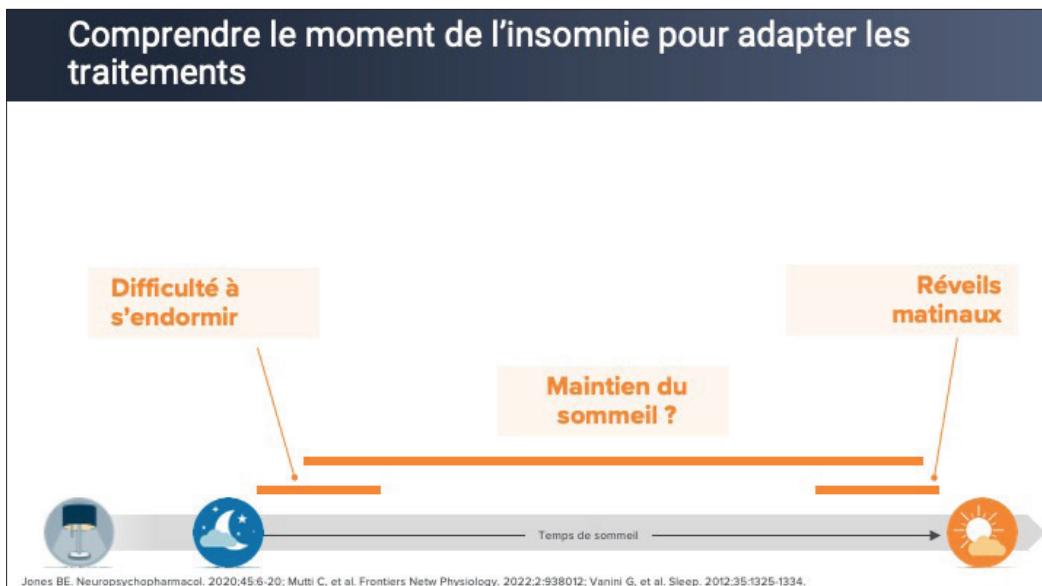
Avis d'expert Rexford Muza, MMED, FRCP.

Nous savons désormais depuis longtemps que l'insomnie est une affection qui s'étend sur 24 heures. Elle gâche aussi bien les nuits que les journées, et, pour la traiter, il va donc nous falloir quelque chose qui améliore aussi bien les nuits que les journées. Il faut donc mesurer l'amélioration des indices nocturnes et diurnes. Si vous prescrivez au patient un médicament qui l'assomme et qu'il dort comme une souche la nuit, mais qu'il a l'air d'un zombie pendant la journée, s'il ne peut pas conduire, s'il a une mauvaise concentration, une mauvaise mémoire, ce n'est pas du tout lui rendre service. Il faut donc mesurer la fonctionnalité diurne. Nous devons souligner que cela fait partie du traitement de l'insomnie, qu'il faut prendre en compte du diagnostic au traitement, jusqu'au suivi des résultats du traitement.

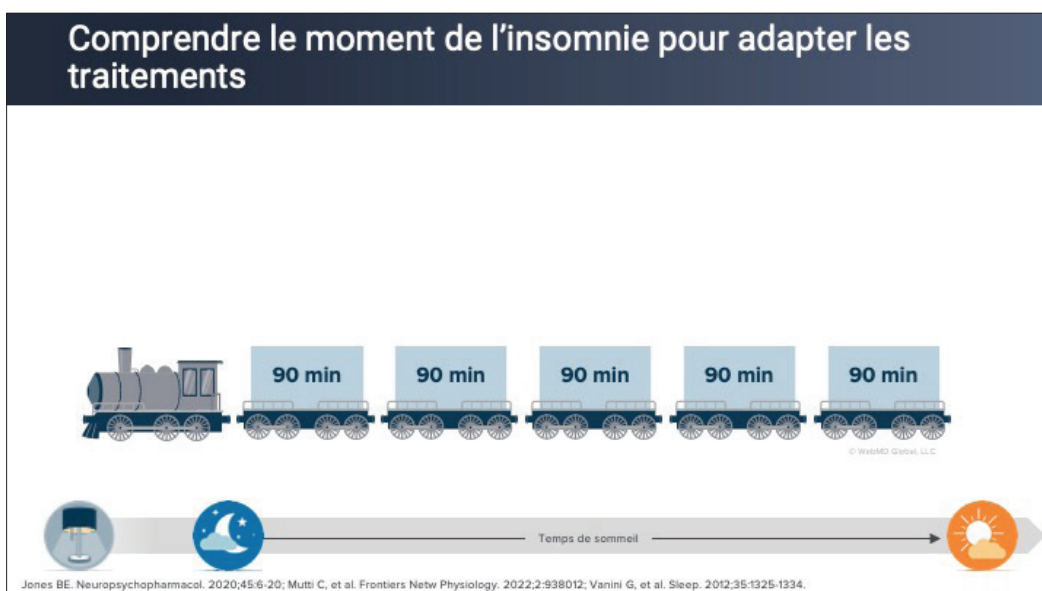
Medscape
EDUCATION GLOBAL

Mécanismes de l'insomnie et médicaments

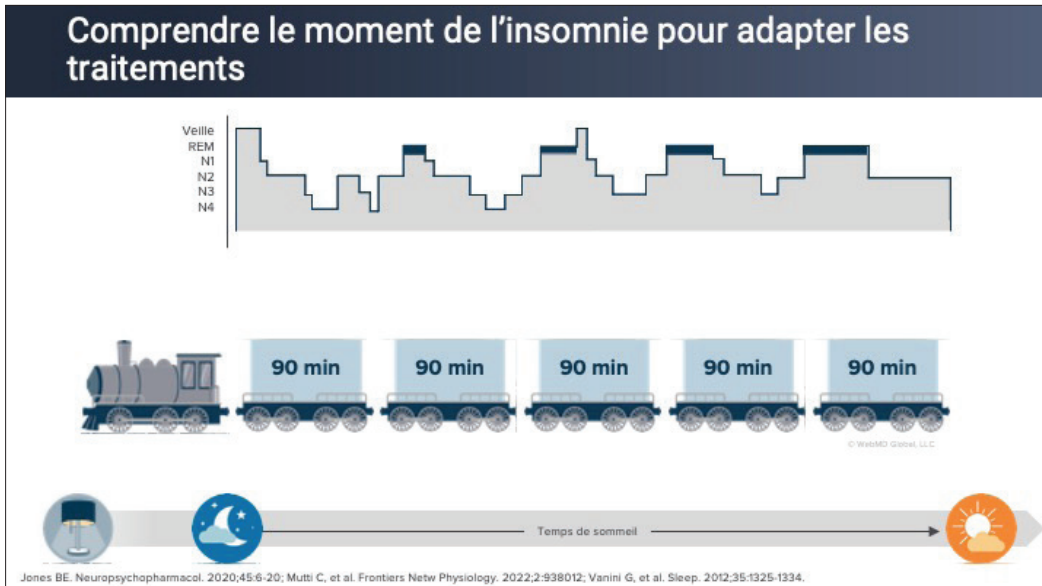
Poursuivons avec le thème des mécanismes et tournons-nous vers la neurobiologie. Liborio, c'est l'un de vos intérêts en termes de mécanismes et de médicaments, ainsi que de les faire correspondre avec les différents types d'insomnie afin de sélectionner différents traitements selon les patients.



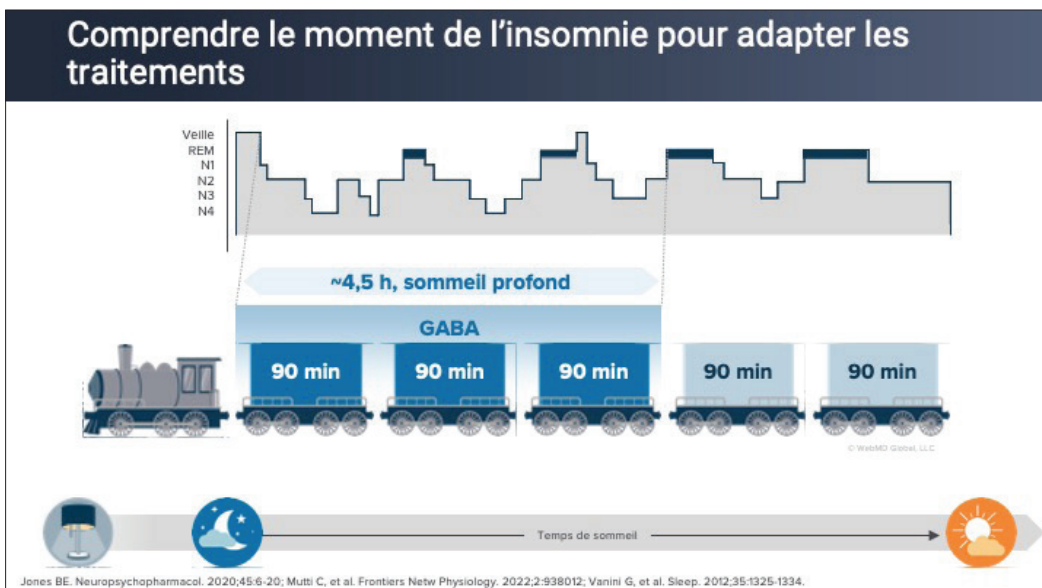
Dr Parrino : Oui. Lorsque le patient vient en consultation, nous essayons de comprendre quel est son type d'insomnie, car le phénotype de la difficulté à s'endormir ou le phénotype du réveil matinal sont assez faciles à interpréter, mais ce n'est pas évident lorsque le patient vous dit : « *J'ai des problèmes pour rester endormi* ». En effet, le sommeil est comme un train de



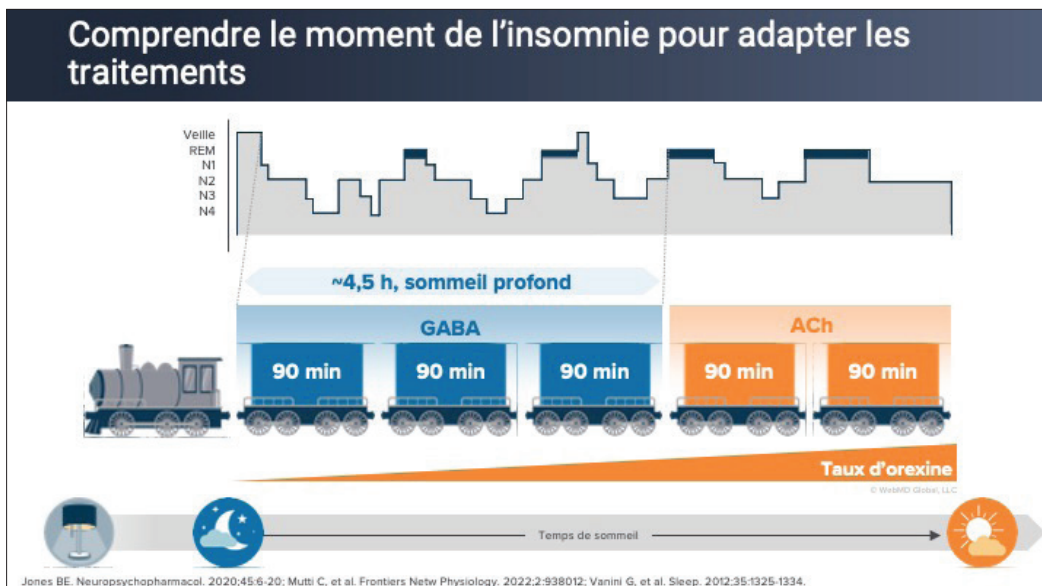
5 wagons et chaque wagon a une durée d'environ 90 minutes,



ce qui nous donne le cycle du sommeil, comprenant le sommeil non-REM et le sommeil REM de chaque cycle.



Mais la première partie du sommeil, en particulier les 3 premiers wagons, qui couvrent approximativement les premières 4 heures à 4 heures et demies de la durée du sommeil, est dominée par un neurotransmetteur, le GABA, différent du transmetteur qui module et prépare l'éveil du matin,



qui se trouve sous des 2 derniers wagons du train. Nous le montrons donc à nos patients - et cela peut être fait également par les médecins généralistes dans leur activité de routine quotidienne - en leur demandant :



« Si vous vous réveillez la nuit, à quel moment et à quel endroit du train de cette analogie cela se produit-il ? » Parce que la stratégie va également en dépendre : en effet, si vous vous réveillez dans la première partie, vous avez probablement besoin d'un GABAergique, et si vous vous réveillez dans la deuxième partie, vous n'avez pas besoin de cette solution. Il sera peut-être préférable d'utiliser un médicament qui module le neurotransmetteur qui est l'acétylcholine.

Et maintenant que nous disposons du daridorexant, c'est-à-dire d'une nouvelle cible de récepteurs, nous allons essayer de comprendre quand et où nous devons utiliser ce type de médicament. Comme le disait Rexford tout à l'heure, nous devons comprendre qu'une personne dispose d'outils personnalisés selon les phénotypes.

Utiliser le train du sommeil avec les patients

Demandez aux patients : « À quel moment vous réveillez-vous ? »

Les patients peuvent indiquer les moments problématiques en pointant le wagon approprié
Aide les patients à comprendre l'approche personnalisée et améliore la relation patient-médecin



The diagram shows a train with a locomotive and five passenger cars, each labeled '90 min'. Below the train is a horizontal timeline with three circular icons: a bed with a moon, a moon with a star, and a sun with a person. The text 'Avis d'expert Liborio Parrino, MD, PhD.' is at the bottom left, and '© WakeMD Global, LLC.' is at the bottom right.

Mais pour la première fois, quand il voit le train, le patient comprend qu'il y a un chemin à suivre et se rend compte qu'il existe une approche personnalisée et non pas une approche générique découlant du : « Eh bien, vous ne dormez pas bien ? ». Non, il existe une certaine explication, claire, qui va également contribuer à une interaction positive et à une bonne relation entre le patient et le médecin.

Dr Neubauer : Oui, je suis tout à fait d'accord, et encore une fois, nous soulignerons le fait que notre pharmacopée a été élargie avec ces antagonistes doubles des récepteurs de l'orexine, ce qui nous offre plus de choix face aux plaintes nocturnes et diurnes de nos patients.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Rythme circadien, sommeil, régime alimentaire et santé métabolique

Un autre domaine vraiment intéressant qui a été rapporté récemment est l'interaction entre le sommeil et la nourriture. Liborio, pouvez-vous commenter ces résultats ?



Dr Muza : J'aime ce que vous avez dit, à savoir que c'est un mode de vie, et je pense c'est un point à prendre compte pour changer notre prise en charge dans la mesure du possible. Cela nous amène à ce que je dis toujours à mes patients en consultation. La première chose sur laquelle j'essaie d'insister est l'hygiène du sommeil. Réduire la lumière la nuit : nous avons parlé de la lumière. Avoir une sorte d'ancrage du sommeil : se réveiller à la même heure. Réduire le bruit la nuit, la chambre à coucher étant réservée au sommeil et à l'intimité. Manger les bons aliments et au bon moment avant le coucher. L'alimentation doit donc faire partie intégrante de votre mode de vie au quotidien.

Dr Neubauer : Tout à fait. Les études récentes suggèrent que ce sont les aliments riches en fibres, principalement les fruits et les légumes, qui vont être associés à une meilleure qualité de sommeil. Il s'agit donc de la base d'un mode de vie. Cela ne va pas nécessairement guérir le trouble de l'insomnie, mais c'est la base de ce traitement, et franchement, ça nous serait bénéfique à tous pour améliorer notre sommeil.

Des recherches intéressantes ont rassemblé tous ces rythmes : les rythmes circadiens, le moment où nous mangeons, la régularité de notre cycle veille-sommeil. Tous ces éléments peuvent avoir un effet important pour améliorer la qualité du sommeil nocturne et la qualité du fonctionnement diurne.

Sommeil et alimentation

Le moment de la prise alimentaire est important


La prise alimentaire doit se faire pendant la journée biologique. Manger tard le soir ou pendant la nuit a des conséquences métaboliques négatives^[a,b]



a. McHill A, et al. Présenté dans le cadre du SLEEP 2022, congrès annuel de l'Associated Professional Sleep Societies ; 8 juin 2022 ; Abstract 0222 ; b. Boege HL, et al. Curr Opin Biotech. 2021;70:1-6.

Physiologiquement, nous sommes conçus pour manger pendant la journée biologique et jeûner pendant la nuit biologique. Le fait d'arrêter de manger plusieurs heures avant l'heure prévue du coucher est très probablement bénéfique en termes de cycle veille-sommeil, et sans aucun doute en termes de conséquences métaboliques. Nous savons qu'un repas pris en fin de soirée est beaucoup plus délétère pour notre métabolisme que ce même repas pourrait l'être plus tôt dans la journée.

Conclusions



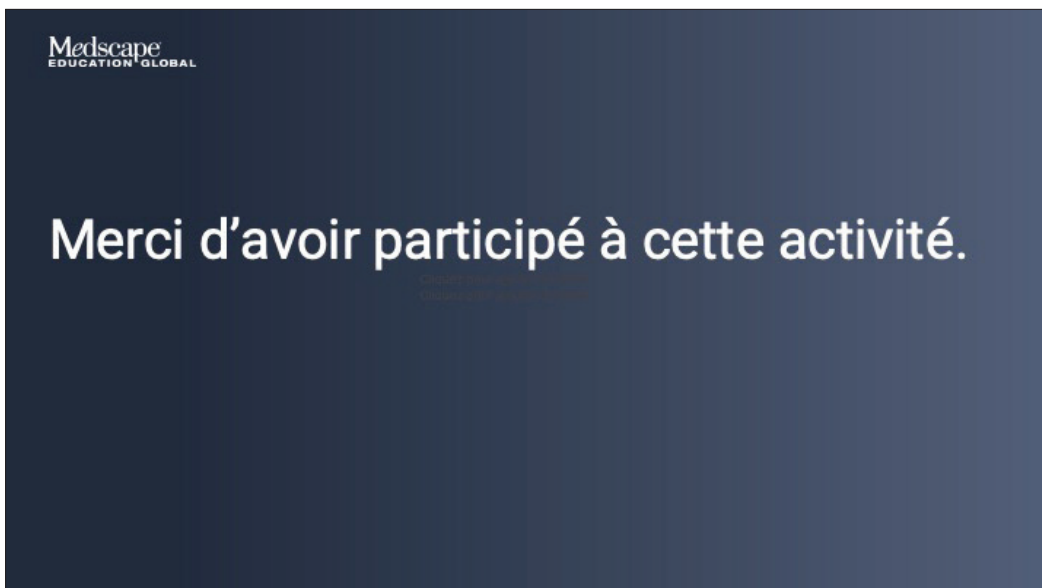
- Faire plus pour identifier les personnes qui souffrent d'insomnie**
- Utiliser des traitements soutenus par des preuves**
Y compris la TCC-I, la TCC-I numérique et les options pharmacologiques afin de fournir des soins personnalisés aux patients
- L'insomnie doit être prise au sérieux**
Répondez aux préoccupations des patients, posez des questions sur l'insomnie comme pour tout autre trouble, et traitez chaque patient de manière appropriée

Eh bien, pour conclure, résumons : avant tout, nous devons faire plus d'effort pour identifier les patients qui souffrent d'insomnie et les orienter vers un traitement efficace. Je soulignerai aussi que nous disposons de preuves manifestes de l'efficacité des stratégies de thérapie cognitivo-comportementale, d'une variété de médicaments qui sont maintenant bien étudiés et approuvés, et que nous pouvons désormais offrir des soins personnalisés aux patients. Un dernier mot, Rexford ? Autre chose pour conclure ?

Dr Muza : Non. Je n'ai rien de plus à ajouter, à part que l'insomnie est un trouble très important qui doit être pris au sérieux. Nous devons répondre aux préoccupations du patient lorsqu'il vient en consultation. Nous devons poser des questions sur l'insomnie de la même manière que nous poserions des questions à un patient qui se présente pour un accident vasculaire cérébral ou pour n'importe quelle autre pathologie, et nous devons faire les efforts nécessaires pour traiter le patient en question de manière appropriée.

Dr Neubauer : Très bien. Liborio, un dernier mot ?

Dr Parrino : Nous devons rendre le sommeil plus convivial, car le sommeil est notre ami naturel, et il a été donné à tout le monde. Tout le monde n'est pas diabétique. Tout le monde n'a pas de maladies graves, mais tout le monde dort. Nous devons donc être fiers et heureux de dormir, car le sommeil est un bienfait naturel.



Dr Neubauer : Je suis tout à fait d'accord. Merci, Rexford et merci, Liborio, pour cette discussion des plus intéressantes, et merci de votre attention. Veuillez continuer pour répondre aux questions qui suivent et compléter l'évaluation.

Experts et déclarations

Medscape, LLC exige de toute personne en mesure de contrôler le contenu éducatif de divulguer toutes les relations financières avec des entreprises non éligibles qui ont eu lieu au cours des 24 derniers mois. Les entreprises non éligibles sont des organisations dont l'activité principale consiste à produire, commercialiser, vendre, revendre ou distribuer des produits de soins de santé utilisés par ou sur des patients.

Toutes les relations financières pertinentes pour toute personne ayant la capacité de contrôler le contenu de cette activité éducative sont énumérées ci-dessous et ont été limitées conformément aux politiques de Medscape. Les autres personnes impliquées dans la planification de cette activité n'ont pas de relations financières pertinentes.

Dr David Neubauer, MD

Professeur associé de psychiatrie et de sciences du comportement
Directeur associé, Centre des troubles du sommeil Johns Hopkins
École de médecine de l'Université Johns Hopkins
Baltimore, Maryland, États-Unis

La participation du Dr Neubauer ne constitue ni n'implique une approbation de l'Université Johns Hopkins ou de l'hôpital et du système de santé Johns Hopkins.

Le **Dr David Neubauer, MD** a les relations financières pertinentes suivantes :

- Consultant ou conseiller pour : Eisai Inc. ; Idorsia ; Imbrium Therapeutics

Dr Rexford T. Muza, MMED, FRCP

Somnologue certifié ESRS
Médecin du sommeil
Centre des troubles du sommeil
Guy's Hospital
Londres, Royaume-Uni

Rexford T. Muza, MMED, FRCP, déclare n'avoir aucune relation financière pertinente.

Dr Liborio Parrino, MD, PhD

Professeur de neurologie
Université de Parme
Parme, Italie

Liborio Parrino, MD, PhD a les relations financières pertinentes suivantes :

- Consultant ou conseiller pour : Idorsia ; Pierpaoli
- Conférencier ou membre du bureau des conférenciers pour : Idorsia
- Recherche financée par : Idorsia ; Pierpaoli

Déclaration d'intérêts et informations concernant le MED/SCM/éditeur/rédacteur

Katherine Carpenter, PhD a les relations financières pertinentes suivantes

Directrice de l'éducation médicale, WebMD Global, LLC

- Conseillère ou consultante pour : Eisai (anciennement) ; GW Pharmaceuticals (anciennement)

Déclaration d'intérêts et informations concernant d'autres organisateurs/concepteurs

Contrôleuse de conformité

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP

Directrice associée, Accréditation et conformité, Medscape, LLC

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP, ne déclare aucune relation financière pertinente.

- **Pairs examinateurs** : Cette activité a été examinée par des pairs et l'examineur ne déclare aucune relation financière pertinente.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. La lecture du contenu de ce document ne permet pas d'obtenir de crédit de formation médicale continue (FMC). Pour participer à cette activité, rendez-vous sur www.medscape.org/viewarticle/983286

Pour toute question concernant le contenu de cette activité, veuillez contacter le prestataire responsable de cette activité éducative à l'adresse CME@medscape.net.

Pour obtenir une assistance technique, envoyez un e-mail à l'adresse CME@medscape.net.

L'activité éducative ci-dessus peut impliquer des scénarios simulant des cas. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec un patient réel quel qu'il soit n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas nécessairement l'opinion de Medscape, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur medscape.org. Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été approuvés par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (Food and Drug Administration) et des utilisations hors AMM de produits approuvés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC