

20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE  
Exercer et enseigner la médecine générale



Les Français,  
leur sommeil,  
& le médecin  
généraliste



# Liens d'intérêt

## Chanelière Marc

- Pas de lien d'intérêt dans le cadre de cette présentation

## Chambe Juliette

- ADS Alsace (34€ de 2015 à 2020)
- CNGE : Chapitre troubles du sommeil

## Micoulaud Jean-Arthur

- Pas de lien d'intérêt dans le cadre de cette présentation



*Avez-vous bien dormi?*

*Assez?... Qui est...  
...insomniaque*



*Qui ronfle??*

20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS



« Docteur, je viens vous voir car je dors mal... »



« Je viens car je dors mal »

« J'en peux plus »

« Je suis fatigué en ce moment »

« J'ai pas mal de soucis... »

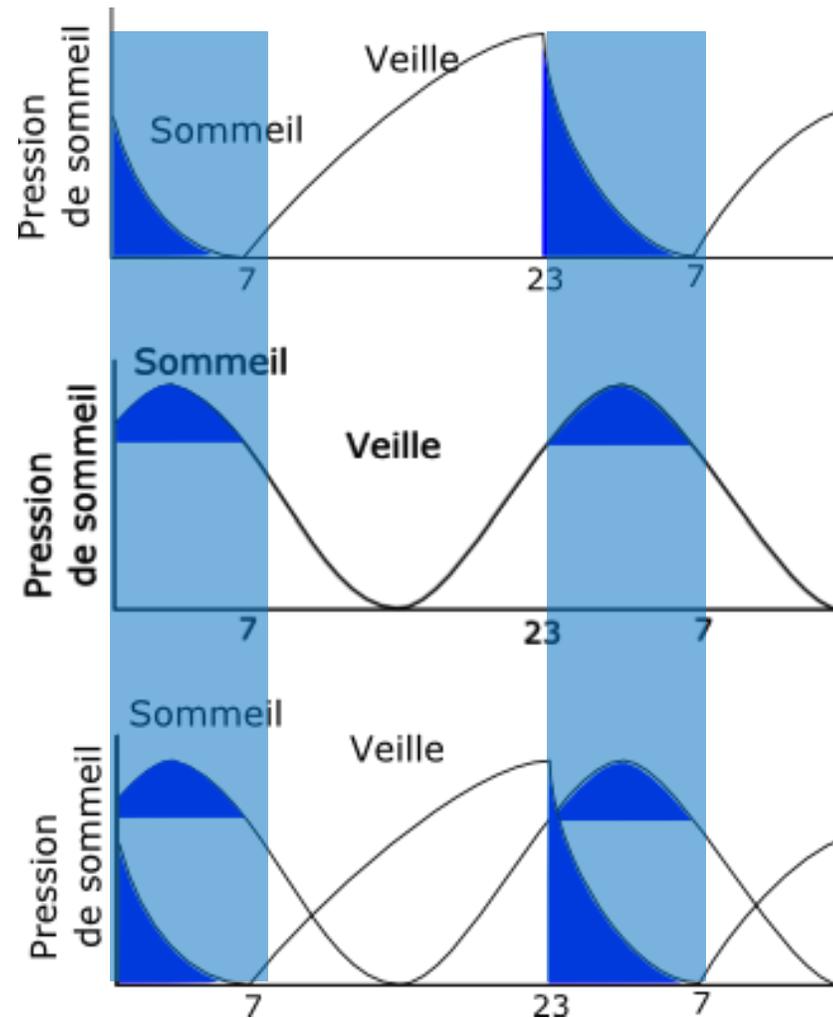
« Je me réveille sans arrêt »

« C'est dur le matin »

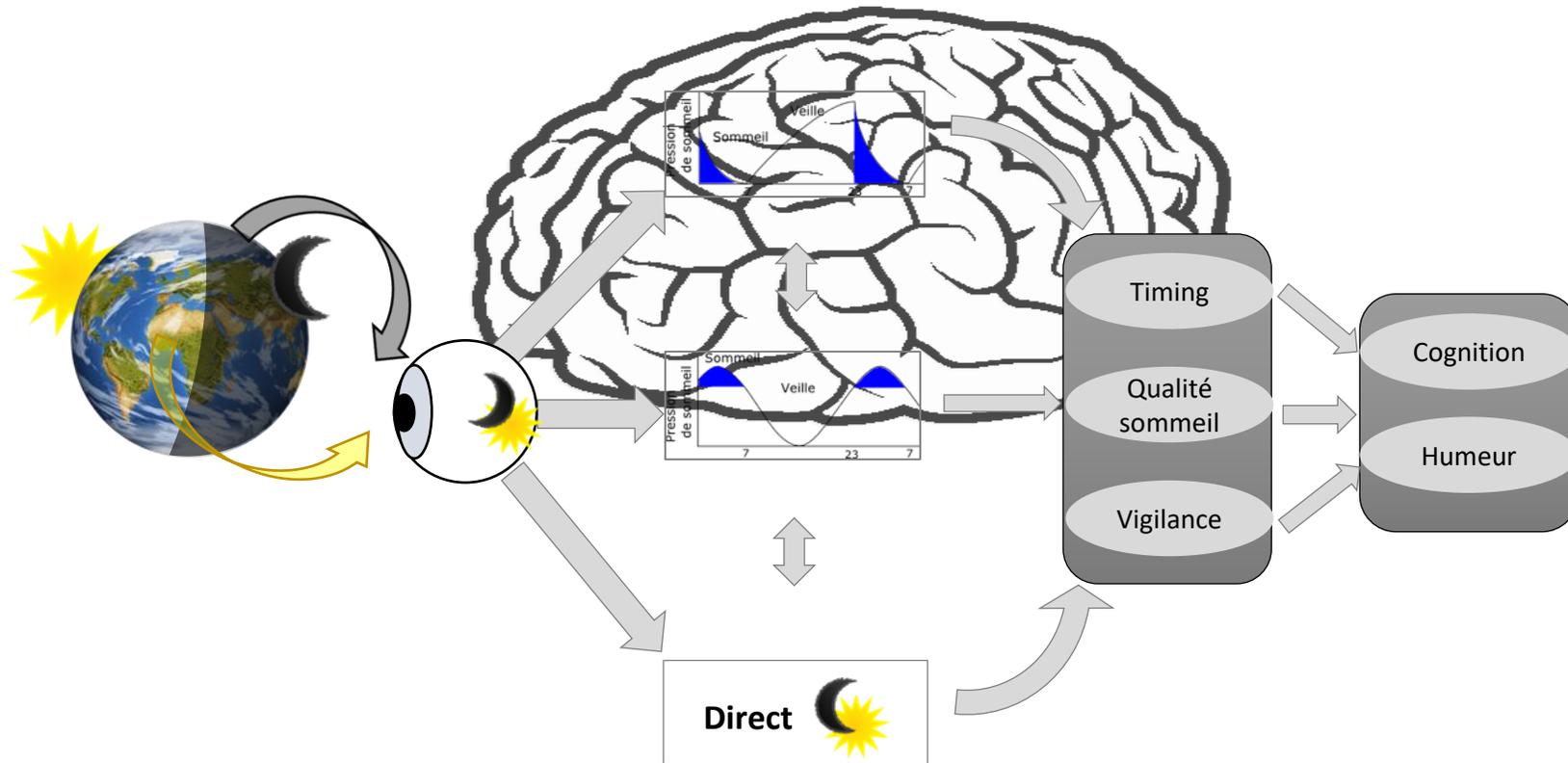
« *J'ai des nuits pourries* »

« Il paraît que je ronfle »

# Contexte : sa régulation

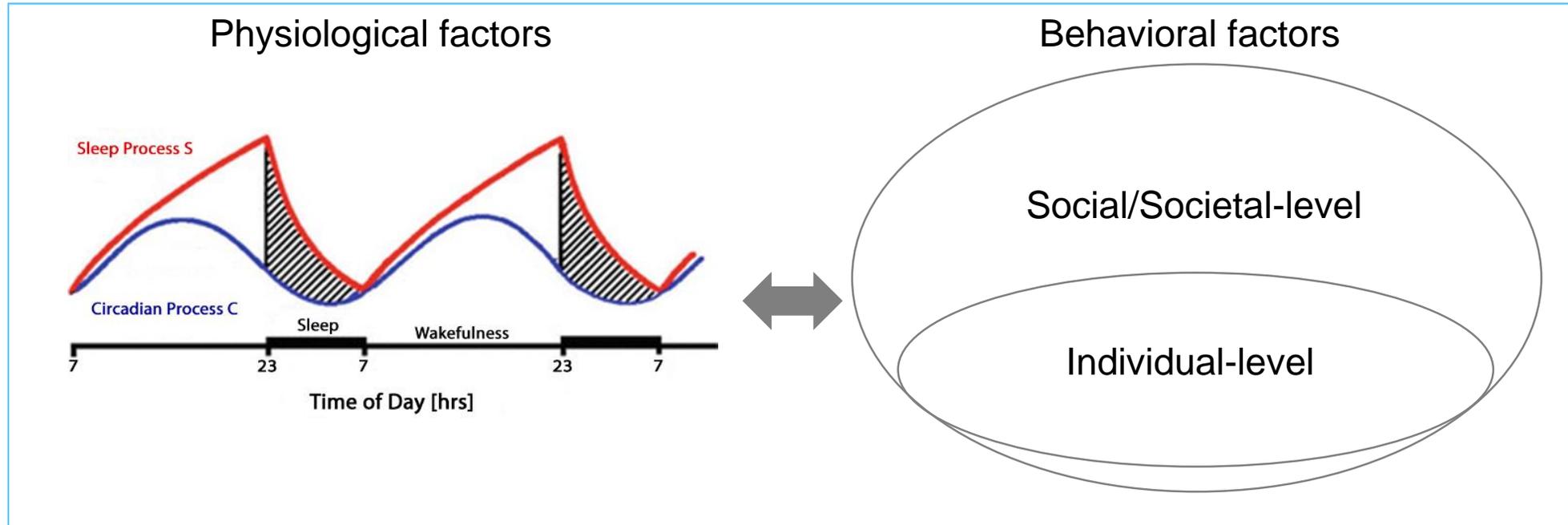


# Un modèle à 3 processus de régulation du sommeil et des comportements



*Borbély, 1982  
Dijk et al., 1989  
Hubbard, ... Bourgin 2013*

# Des comportements et la société

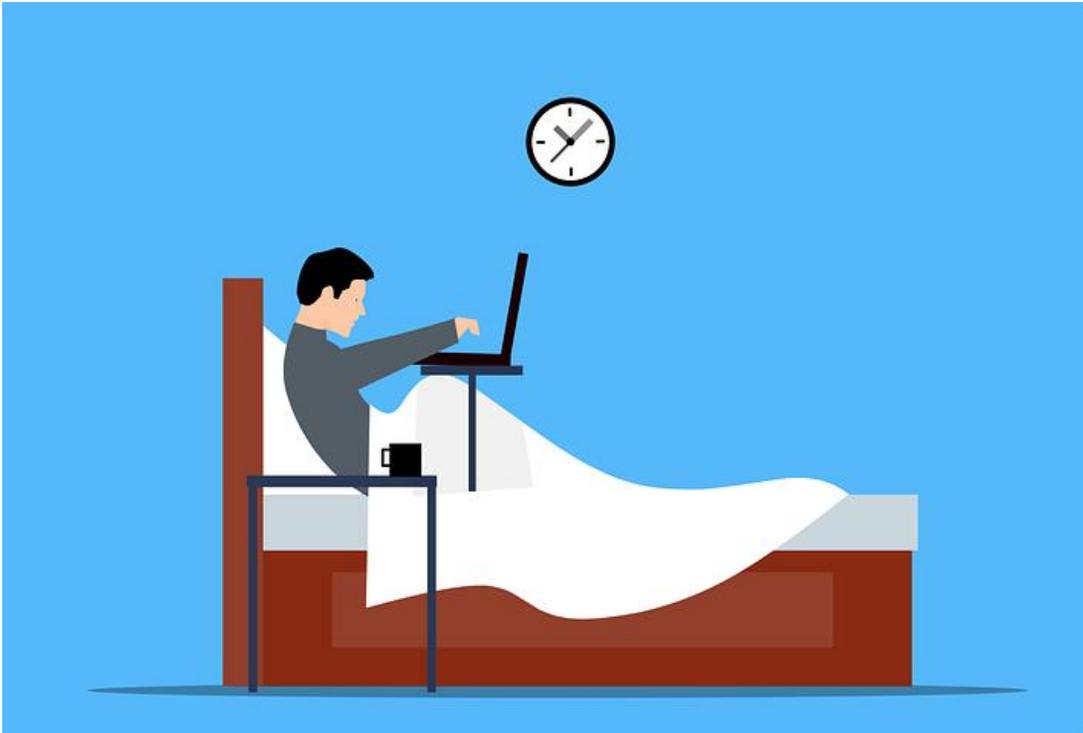


Sleep behaviour

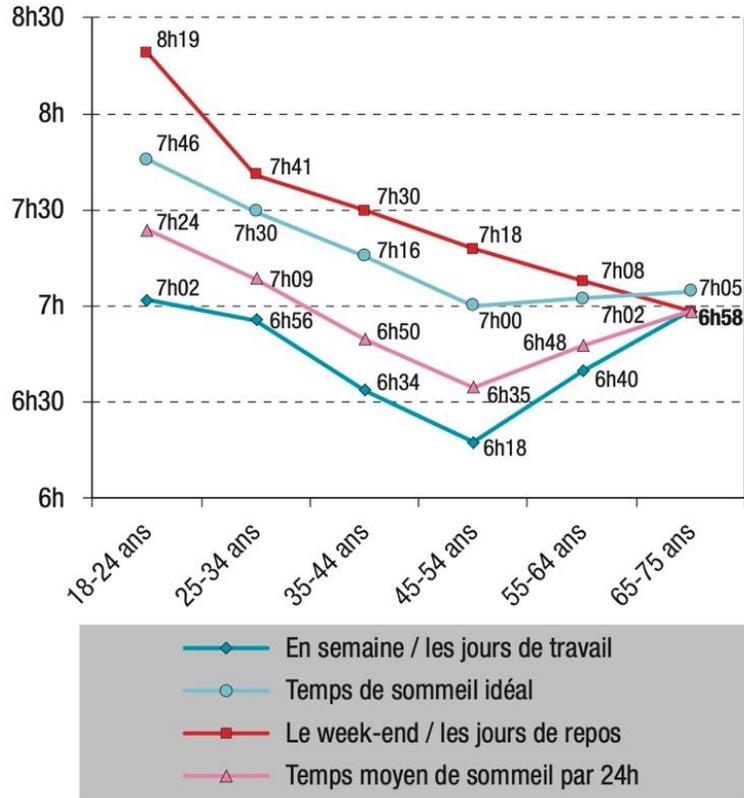


Health, functioning, longevity

# Idéalement, un « bon » temps de sommeil serait:



Temps de sommeil idéal et par 24 heures :  
en semaine, le week-end, et en moyenne, par âge





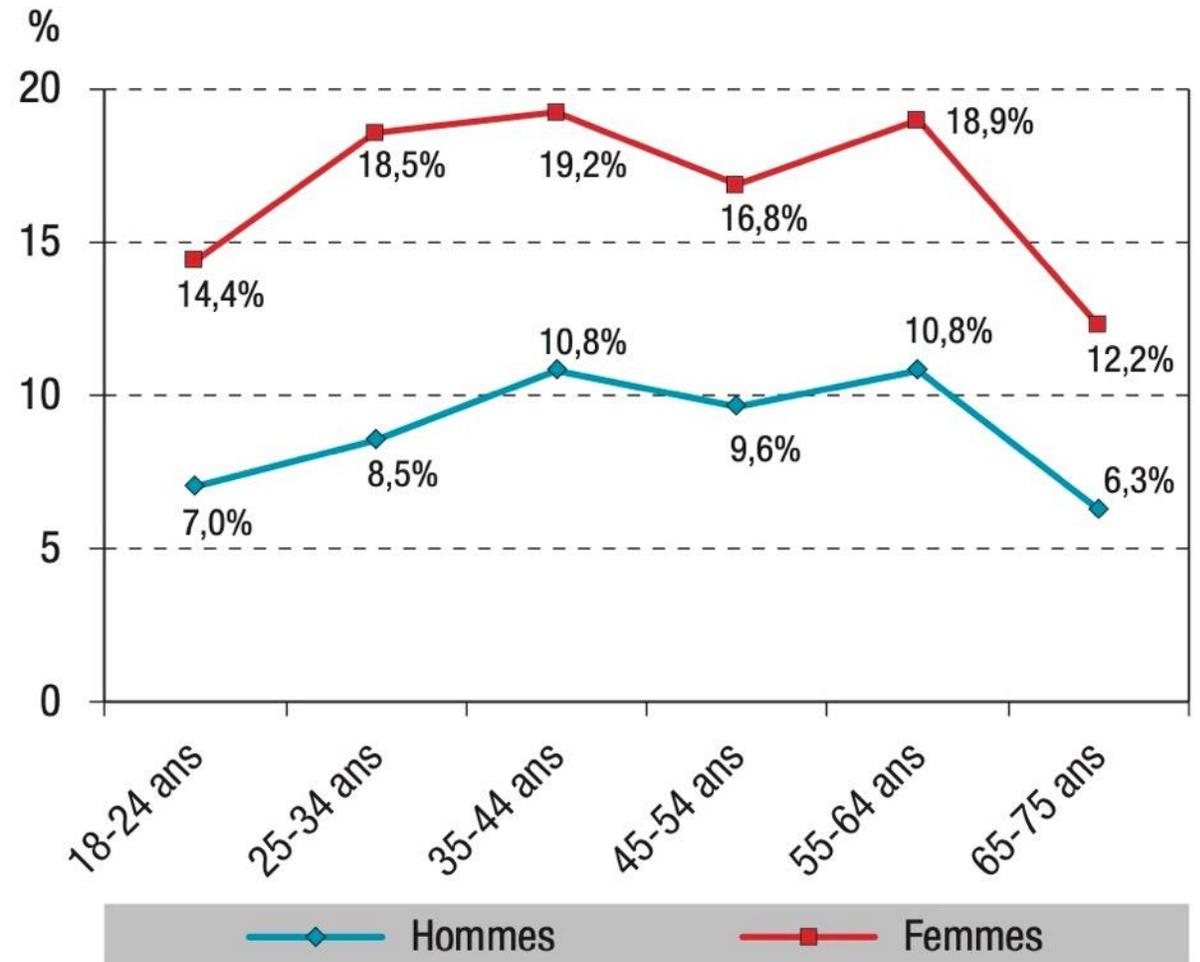
# Repères sur le sommeil des Français

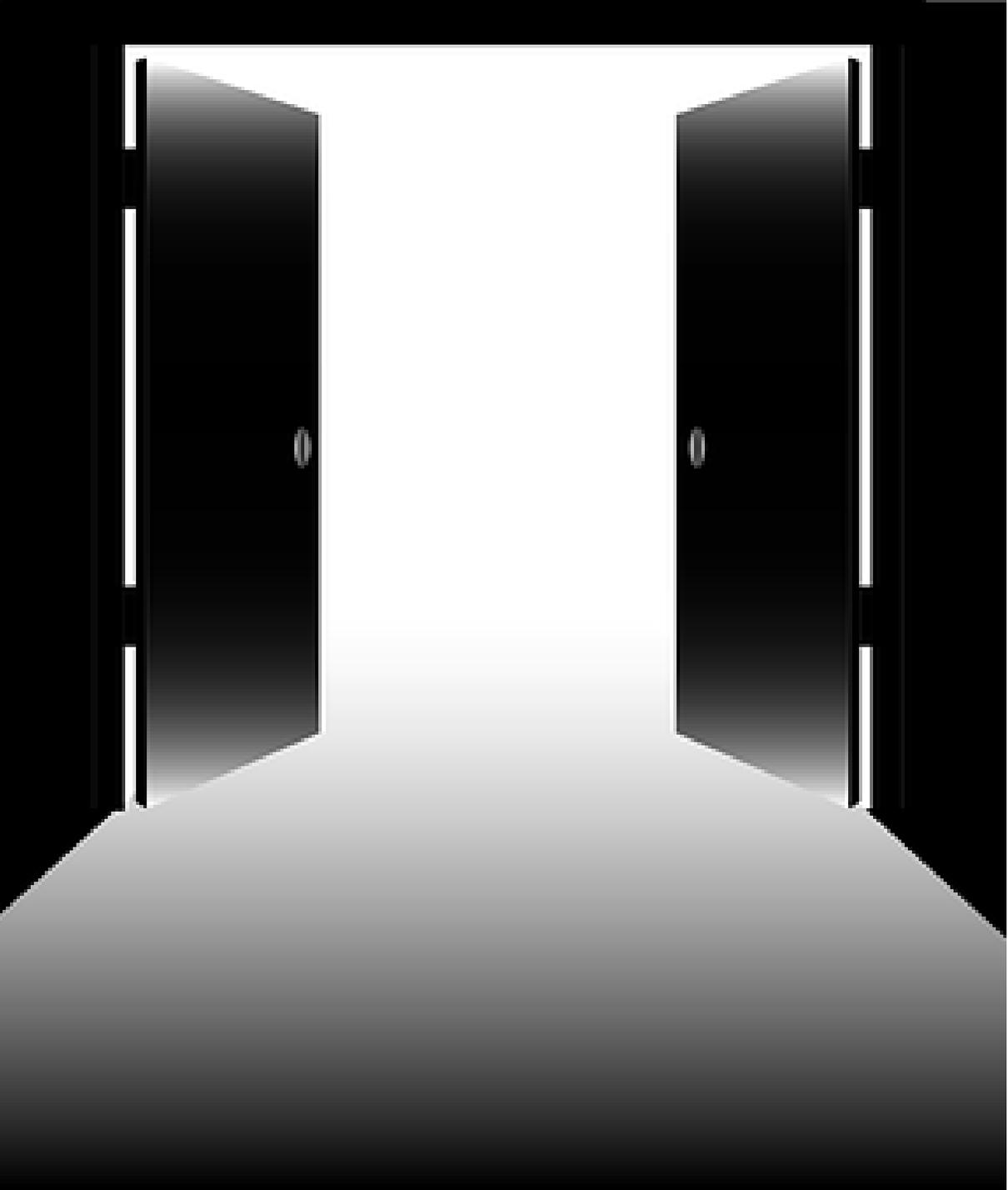
- Temps moyen de sommeil : 6h42 la semaine - 7h26 la fin de semaine ou pendant les congés
- 1 personne sur 3 : « court dormeur » (< 6 heures) et 1 sur 5 : dette sévère
- 1 personne sur 4 : la sieste au moins 1 fois par semaine et 1 sur 3 la fin de semaine
- Insomnie chronique:
  - 13 % des personnes de 18 à 75 ans
  - Femmes (17%) > hommes (9%)

# Des troubles du sommeil ... très fréquents



Proportion de personnes en insomnie chronique, selon le sexe et l'âge. Baromètre de Santé publique France 2017



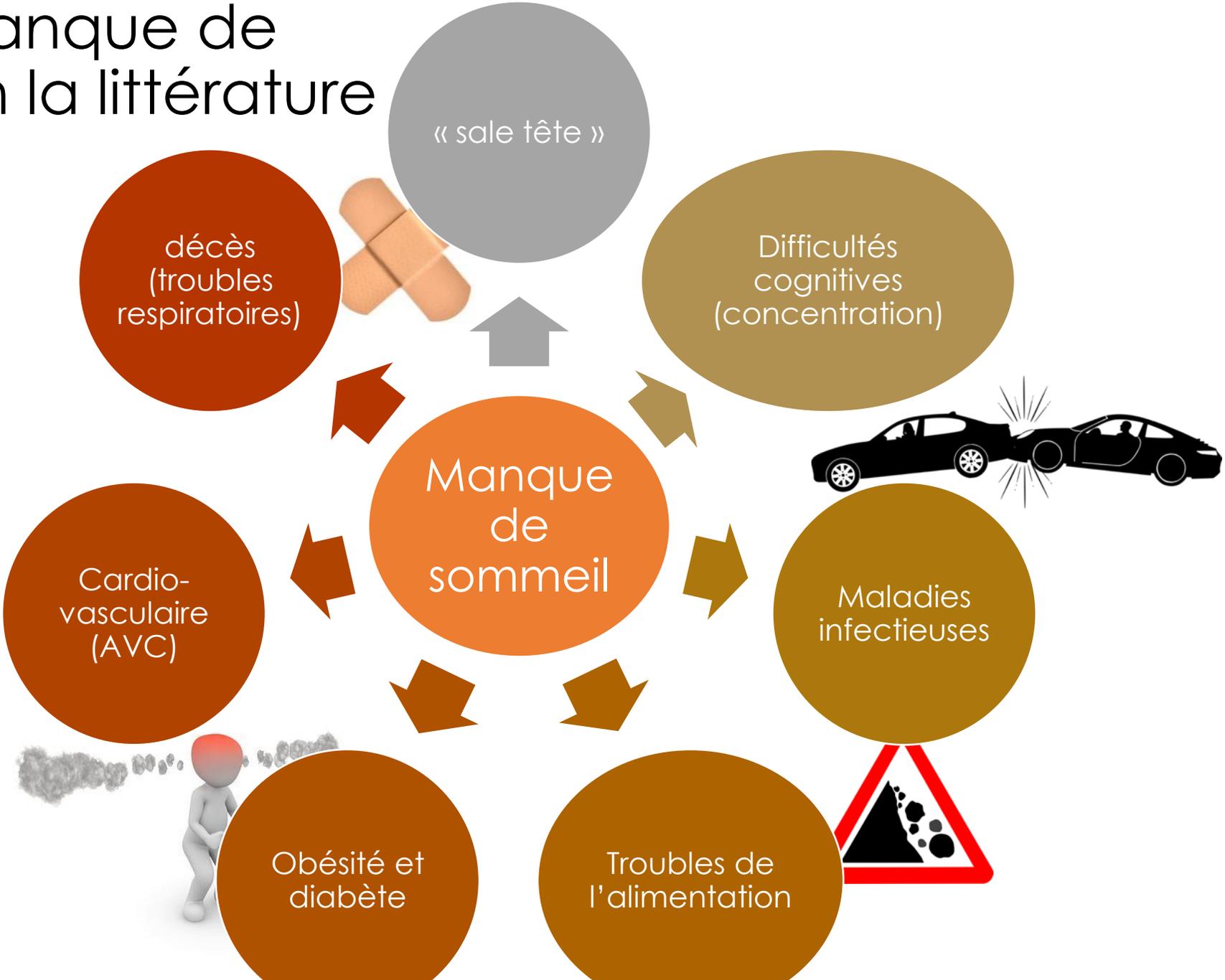


# Plaintes en lien avec le sommeil

- 6 à 33 %\* des adultes en France en population générale
  - Insomnie: 1 personne sur 5
  - Insomnie sévère: 1 personne sur 11
- Catégories de population plus sévèrement touchées
  - Ex. 65 % des étudiants dans une étude en 2018

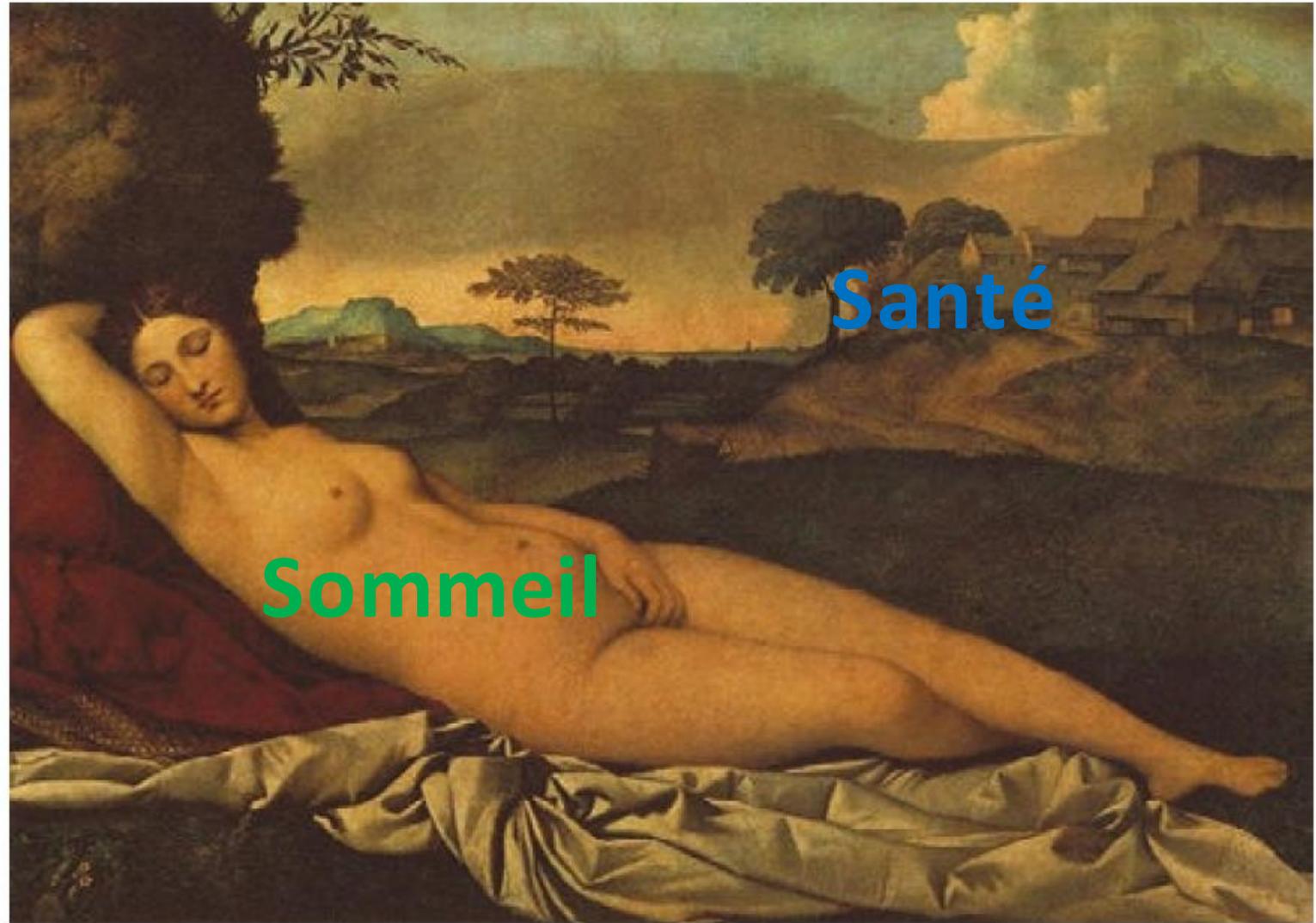
\* *Définitions et types d'études variables*

# Impact du manque de sommeil selon la littérature



		Jamais Rarement	Parfois	Souvent Toujours
<b>Régularité</b>	Vous touchez-vous et vous levez-vous tous les jours environ à la même heure (plus ou moins une heure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Satisfaction</b>	Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Attention</b>	Arrivez-vous à rester éveillé(e) toute la journée sans somnoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Temporalité</b>	Êtes-vous endormi(e) ou dans votre lit entre 2 heures et 4 heures du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Efficacité</b>	Passez-vous moins de 30 minutes par nuit éveillé(e) Ceci inclut le temps pour s'endormir et les réveils nocturnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durée</b>	Dormez-vous entre 6 et 8 heures par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Impact de la santé du sommeil

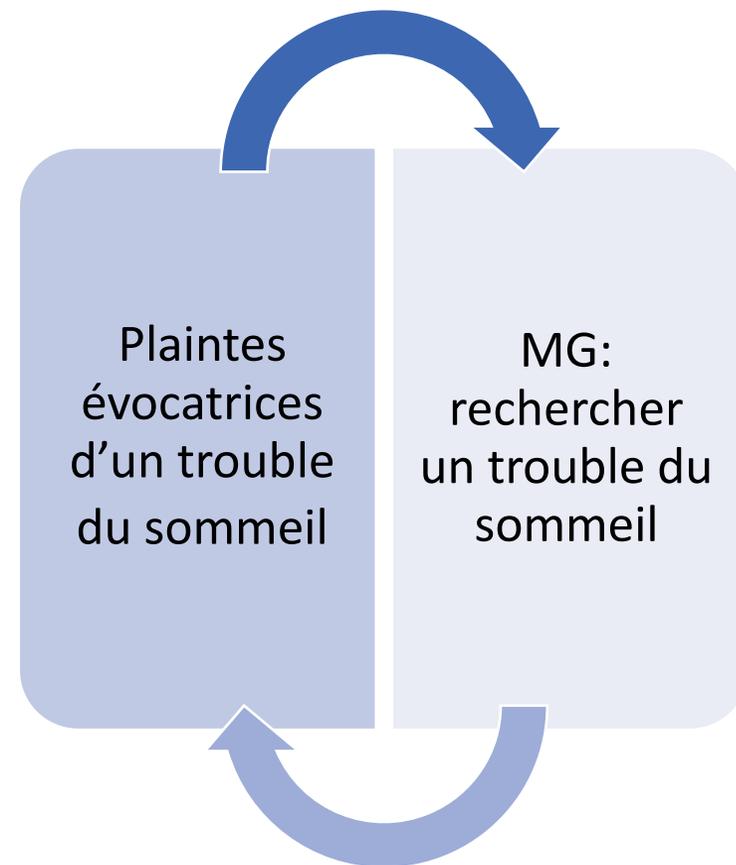
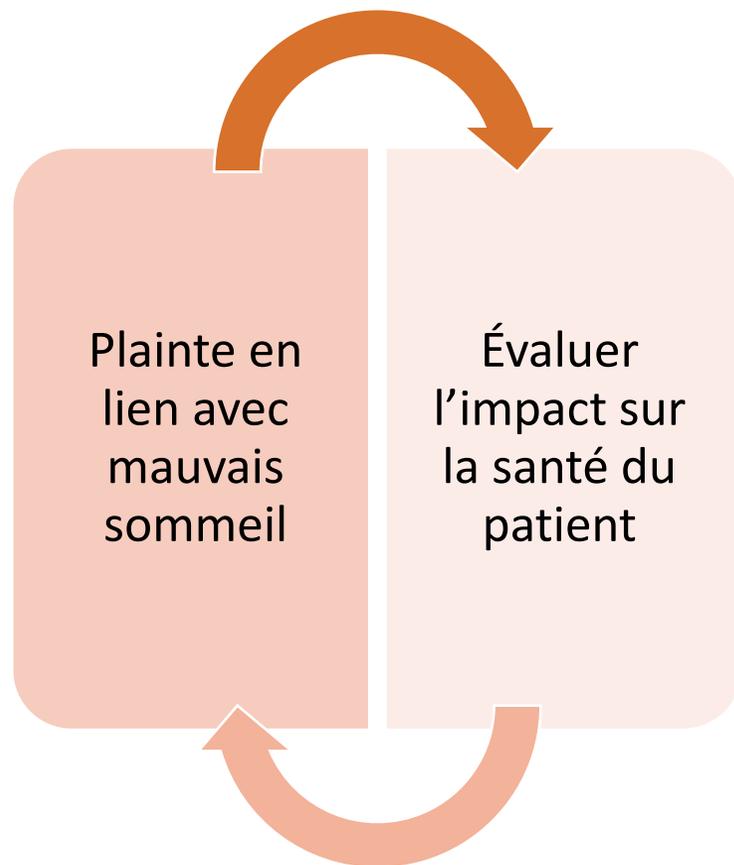
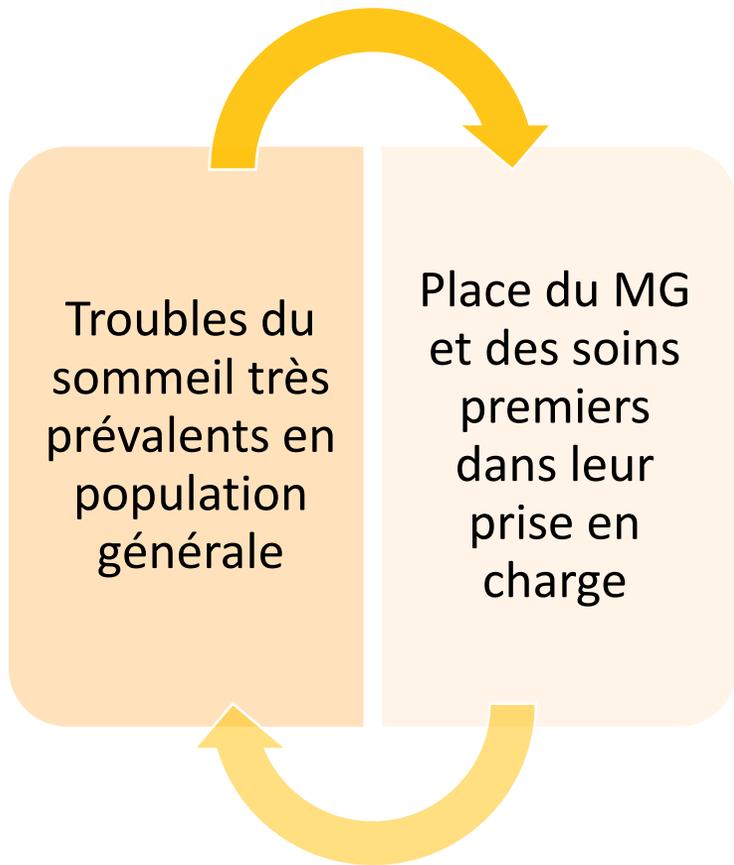


Giorgione, La Vénus endormie, 1508

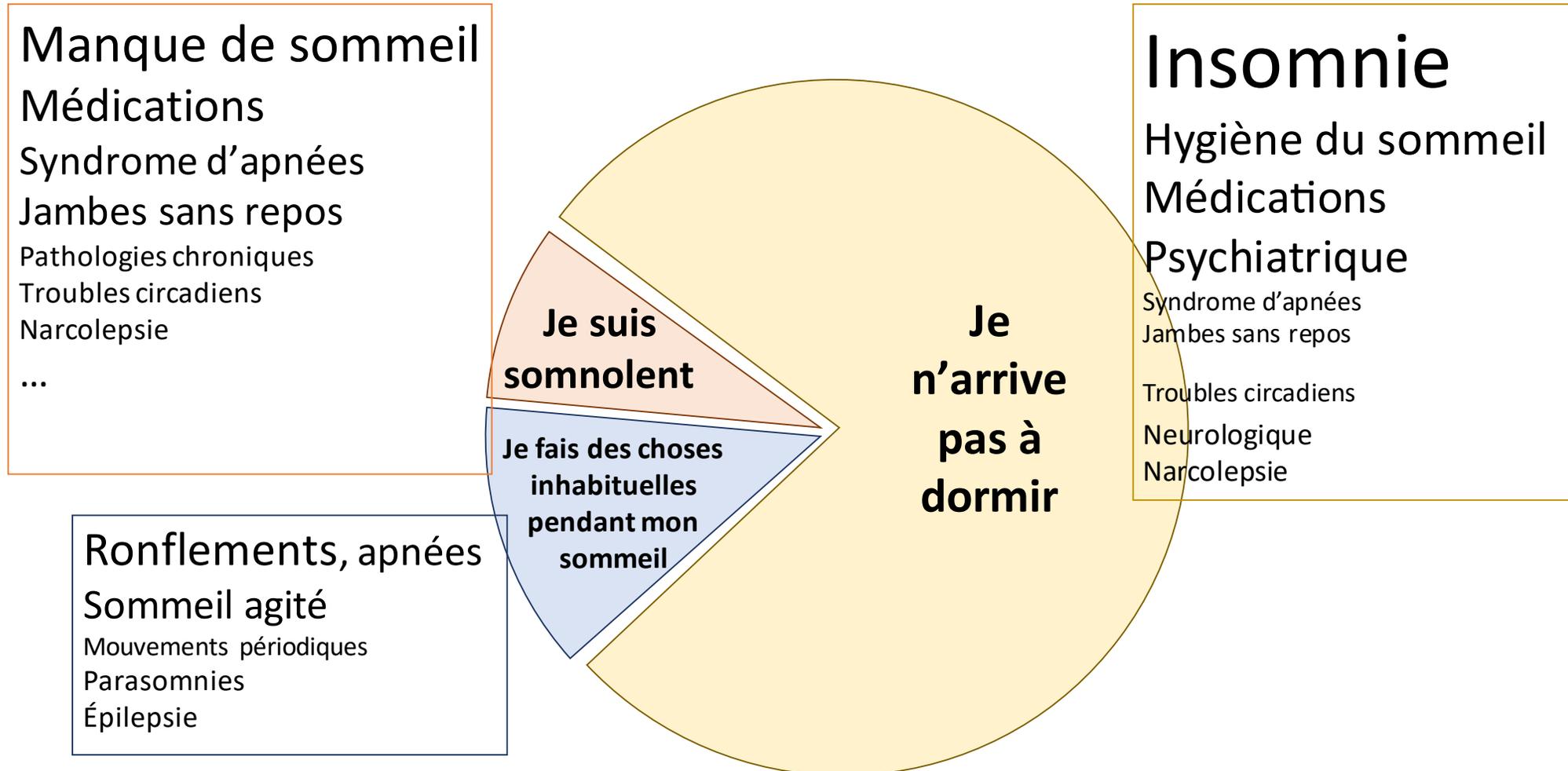
# Soins premiers et sommeil

- 30 % à 50 % des personnes souffrant d'insomnie consultent leur médecin généraliste (ou le pharmacien d'officine)
- Recours au soin plus important
  - Consultations plus fréquentes
  - Consommation médicamenteuse de psychotropes accrue
  - Absentéisme (25 à 50 % d'augmentation)

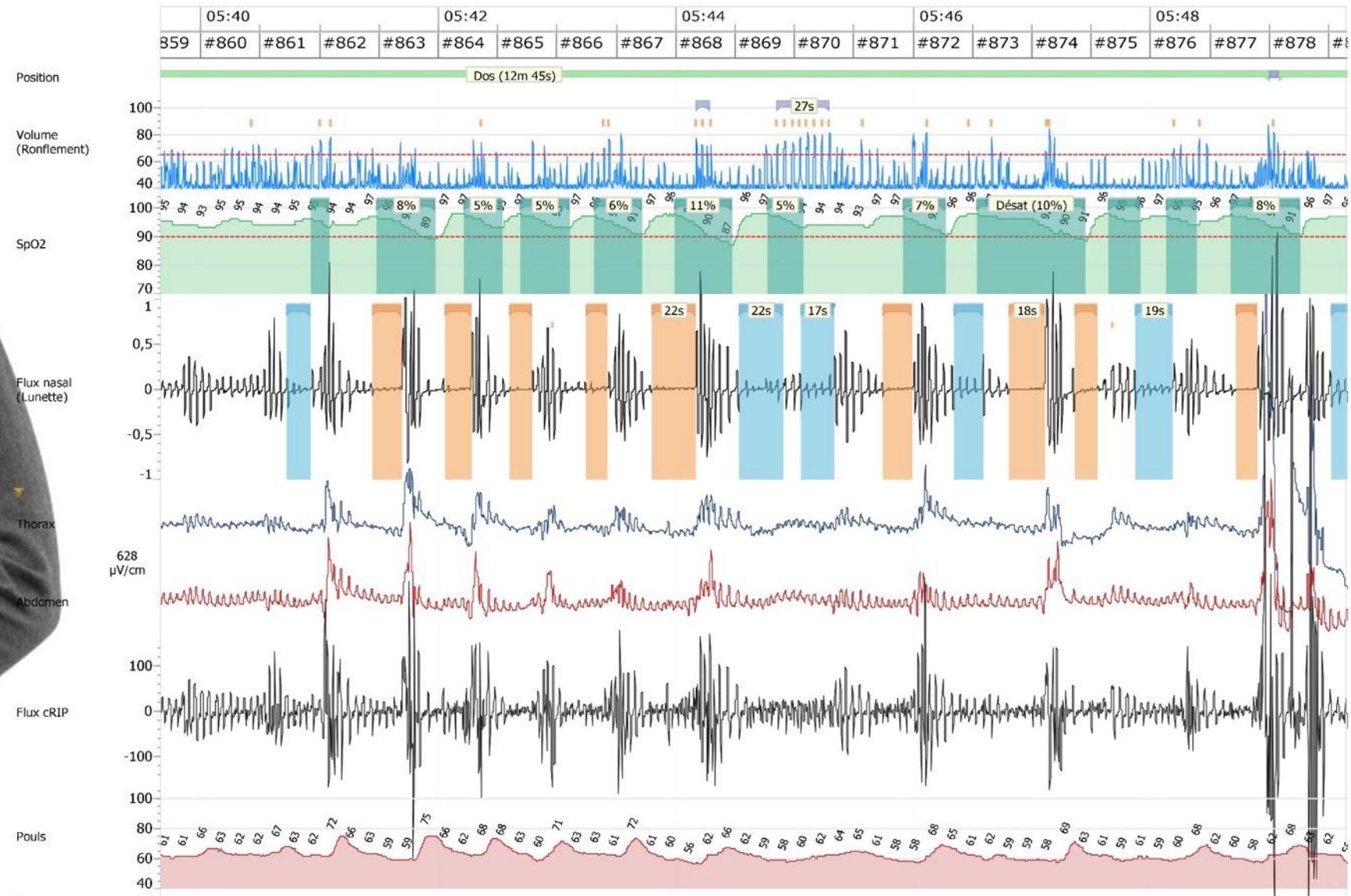
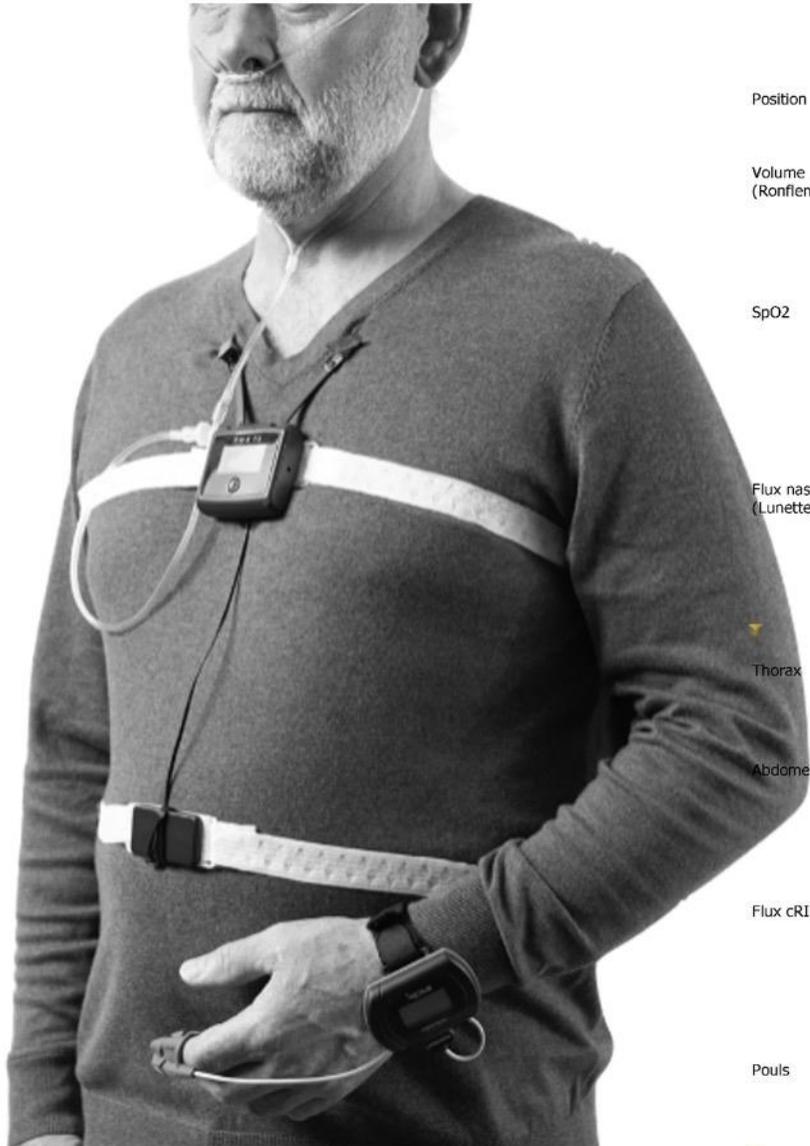




# Motifs de consultation pour troubles du sommeil



# SAOS : Bilan ambulatoire



# Rapport de polygraphie ventilatoire

Nom	[REDACTED]	Age	[REDACTED]	68 ans
ID	[REDACTED]	Taille		cm
Adresse		Poids		83,0 kg
Date de l'enregistrement	[REDACTED] 2020	IMC		kg/m <sup>2</sup>
Début et fin de l'enregistrement	22:30 à 08:29	Durée d'enregistrement		10,0h - 599,9 min
Début et fin de l'analyse	23:37 à 07:01	Durée d'analyse		6h 50m - 410,9 min

## Indications

Recherche de troubles respiratoires du sommeil.



## Évènements respiratoires

<b>Index Apnées Hypopnées</b>	<b>42,3 /h</b>	Apnées obstructives	85 soit 12,4 /h
IAH dorsal	64,7 /h	Apnées centrales	4 soit 0,6 /h
IAH non-dorsal	36,3 /h	Hypopnées	201 soit 29,4 /h
Apnée la plus longue	34,0 s	Durée moyenne apnées	15,8 s
Hypopnée la plus longue	57,0 s	Durée moyenne hypopnées	20,6 s
Durée totale en apnée	23,2 min	Fréquence respiratoire	16,4 /min

## Saturation en oxygène

<b>Index de désaturations</b>	<b>37,2 /h</b>	Nombre de désaturations	255 désats
SpO2 moyenne	94,0 %	SpO2 la plus faible	75,0 %
Durée SpO2 < 90%	4,2% soit 17,1 min	Durée SpO2 ≤ 88%	2,6% soit 10,6 min

Age : 63 ans. Né(e) le [REDACTED]

Numéro de sécurité sociale : 1 5 [REDACTED]

Mobile : +336 [REDACTED]

C [REDACTED]

CABINET MEDICAL N [REDACTED]

6 [REDACTED]

## Compte-rendu d'intervention du 18/02/2021

### INFORMATIONS

Installation le : 27/11/2020

Patient en TLS : Oui

Dernière visite le : 18/02/2021

Date de fin de prescription : 28/03/2021

### COMMENTAIRES DU TECHNICIEN

Technicien : [REDACTED]

ENTRETIEN TEL SUITE ESSAI MASQUE NASAL A LA DEMANDE DU MP. MONSIEUR [REDACTED] A REPRIS LE TRAITEMENT DEPUIS 7 JOURS SUITE INFECTION AU COVID. AVIS PARTAGE CAR SE PLAINT DE QUELQUES FUITES LORSQU'IL BOUGE BEAUCOUP LA NUIT ET VA PEUT ETRE REESAYER LE MASQUE NARINAIRE. RDV LE 24.03 POUR CONTROLE A DOMICILE.

### OBSERVANCE / IAH RÉSIDUEL

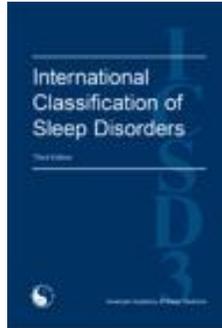


### INTERVENTIONS

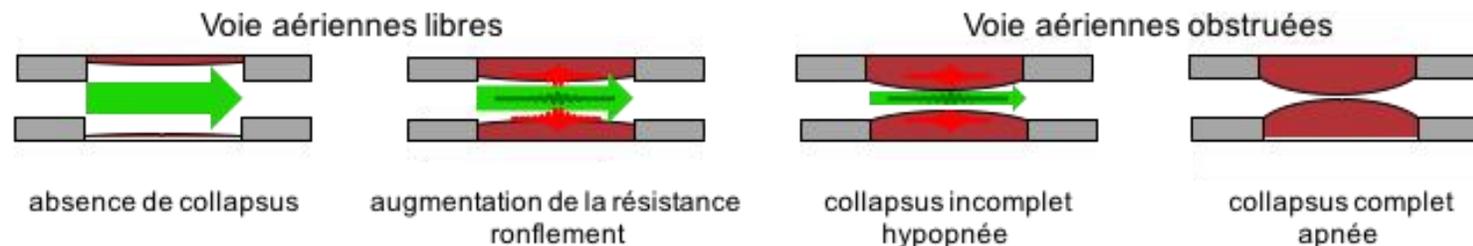
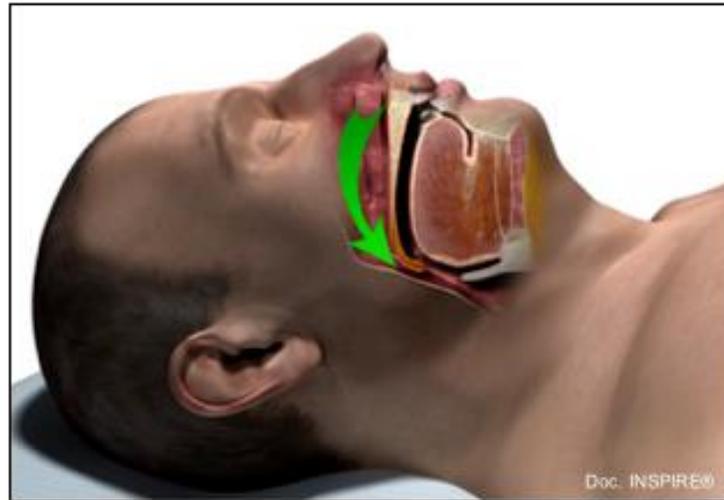
Date	Forfait	Intervention	Interface	Pfix	Pmin	Pmax	Obs	IAH	P90	Fuites	Epw
18/02/2021	PPC 9.INI	Appel téléphonique	AIR FIT N 20	-	-	-	-	-	-	-	-
04/02/2021	PPC 9.INI	VISITE PPC A DISTANCE	AIR FIT N 20	6	-	-	3h20	1.6	6	ACCEPTABLES	0
25/01/2021	PPC 9.INI	DEPANNAGE	AIR FIT N 20	-	-	-	-	-	-	-	-
15/12/2020	PPC 9.INI	TITRATION PPC 2	AIR FIT N30I	6	-	-	5h55	1.2	6	ACCEPTABLES	0
07/12/2020	PPC 9.INI	TITRATION PPC 1	AIR FIT N30I	-	4	14	5h06	1.0	10.2	ACCEPTABLES	0



# Le SAOS c'est faire des apnées...



Le SAOS est caractérisé par des épisodes répétés d'obstruction complète (apnée) ou partielle (hypopnée) des voies aériennes supérieures pendant le sommeil. Ces événements se traduisent souvent par des réductions de la saturation du sang en oxygène et se terminent généralement par de brefs micro-éveils. Par définition, les événements apnéiques et hypopnéiques durent un minimum de 10 secondes.



...Sauf que retirer les apnées ne soignent pas le SAOS

***Draft Technology Assessment***

---

**Number xx**

**Continuous Positive Airway Pressure Treatment for  
Obstructive Sleep Apnea**

**Prepared for:**

Agency for Healthcare Research and Quality  
U.S. Department of Health and Human Services  
5600 Fishers Lane  
Rockville, MD 20857  
[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)



# La conclusion de l'AHRQ



**Conclusions.** Studies are highly inconsistent as to how they define breathing measures during sleep studies and OSA itself. Insufficient evidence exists to assess the validity of AHI as a surrogate or intermediate outcome for long-term clinical outcomes. Until such validation has been conducted, it cannot be assumed that changes (e.g., improvements) in intermediate or surrogate outcomes are correlated with long-term clinical outcomes.

The published evidence mostly does not support that CPAP prescription affects long-term, clinically important outcomes. Specifically, with low SoE RCTs do not demonstrate that CPAP affects all-cause mortality, various CV outcomes, clinically important changes in psychosocial measures or other clinically important outcomes. When NRCSSs are combined with the RCTs

# La réponse de la communauté



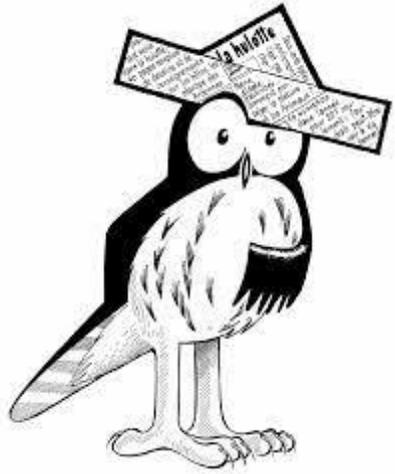
April 23, 2021

# La réponse de la communauté

Our specific concerns include:

- **Excessive sleepiness was not considered a clinically important, patient-centered, long-term outcome:** Sleepiness was relegated to a surrogate or intermediate outcome rather than a meaningful, clinically significant outcome of great importance to patients. The consequence of this decision is the absence of analyses that demonstrate the effectiveness of CPAP in improving sleepiness over a period of 6 months or more.
- **Important data on motor vehicle crashes was not considered:** Limiting analyses to only include recent randomized controlled trial (RCT) data assessing the impact of OSA treatment on motor vehicle crashes is worrisome given the major personal and public health implications of this outcome.
- **Improvement in blood pressure was not considered a clinically relevant outcome:** The draft report focused only on the prevention of incident hypertension and normalization of blood pressure but failed to consider blood pressure reduction as a long-term, clinically important outcome.

# Le sommeil: une norme subjective ?



« Mauvaise nuit »



« Sommeil insuffisant »



« mes 6h »



« dort bien »



« Bon sommeil »



« nuit normale »



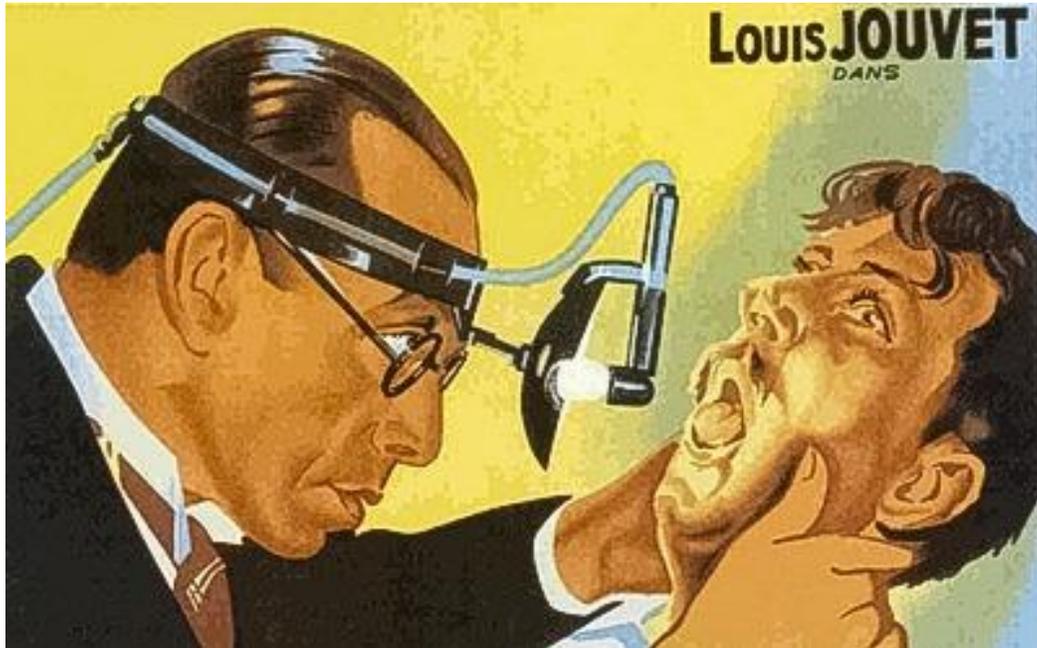
« sommeil léger »



« en un bloc »



# Dépistage systématique ou repérage opportuniste ?



Études qualitatives en 2012 en AURA

- Majorité des MG recherche les troubles du sommeil seulement en cas de signes d'appels (asthénie, troubles de l'humeur ou signes évocateur d'apnée du sommeil)

## Anges gardiens du sommeil

- Processus homéostatique
- Processus circadien



Botticelli, Mars et Vénus, 1493

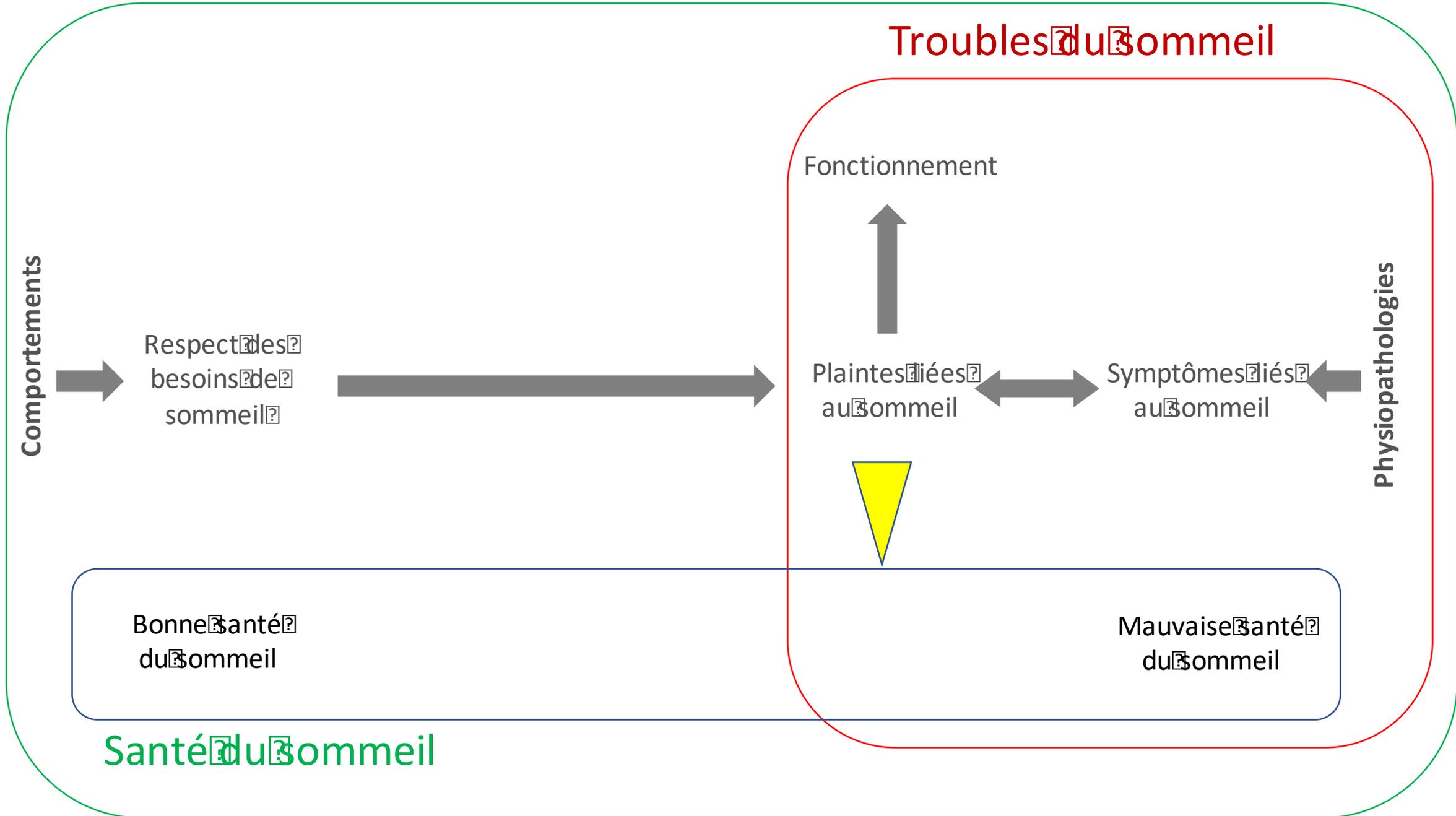


Sommeil

## Démons du sommeil

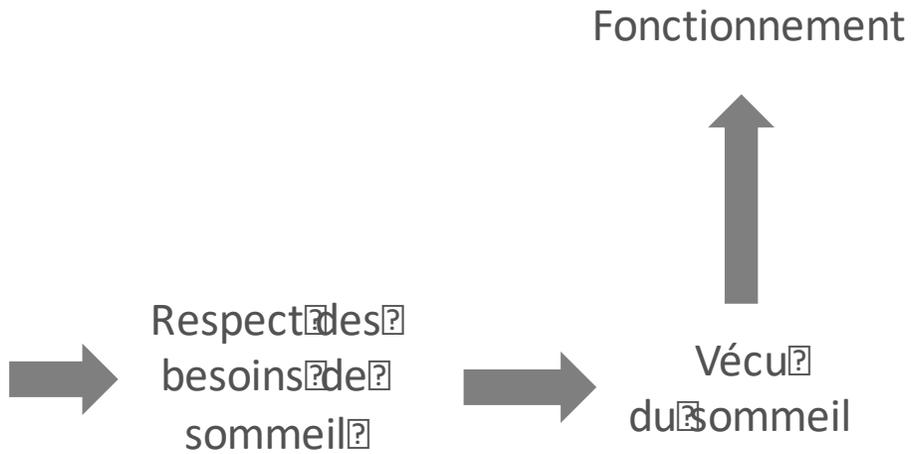
- Altération du fonctionnement des centres régulateurs du sommeil et/ou de l'éveil, ou du rythme veille-sommeil
- Evènement physiologique survenant au cours du sommeil

Comportement de santé du sommeil



# Troubles du sommeil

Comportements



Bonne santé du sommeil

Mauvaise santé du sommeil

Santé du sommeil

20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

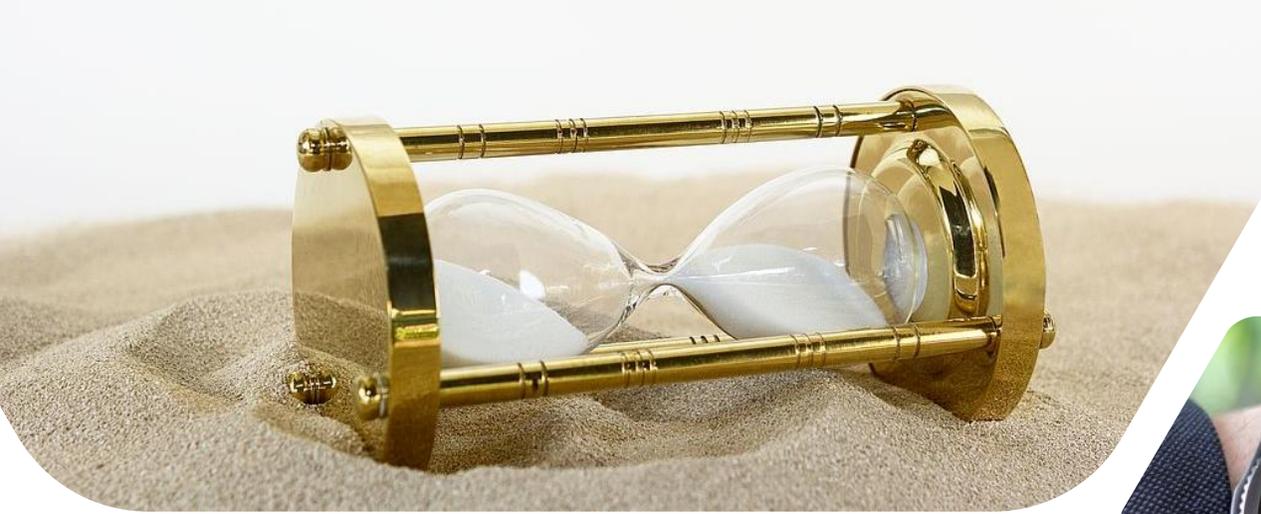
Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS



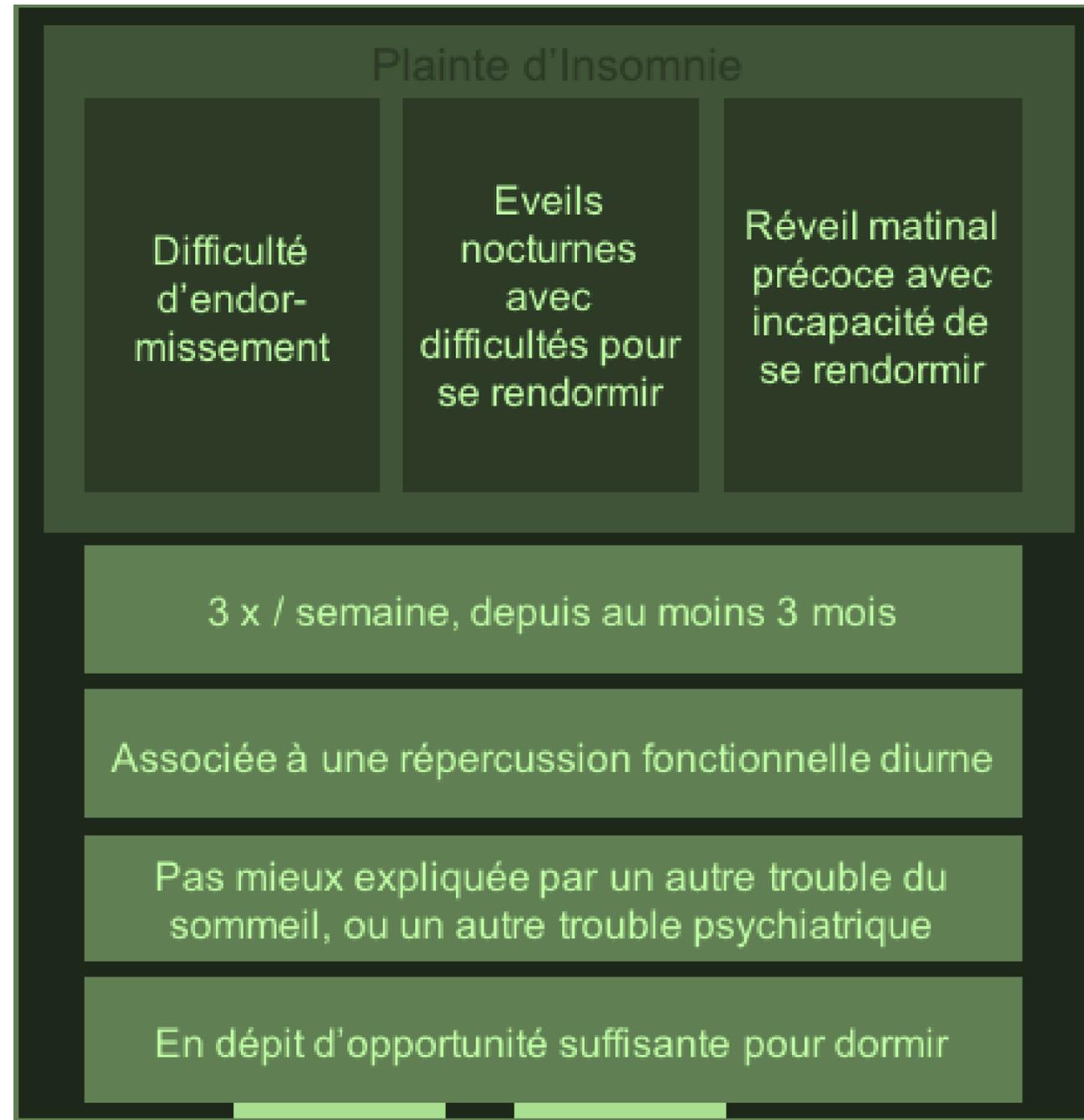
« Je dors rien » « je dors plus »

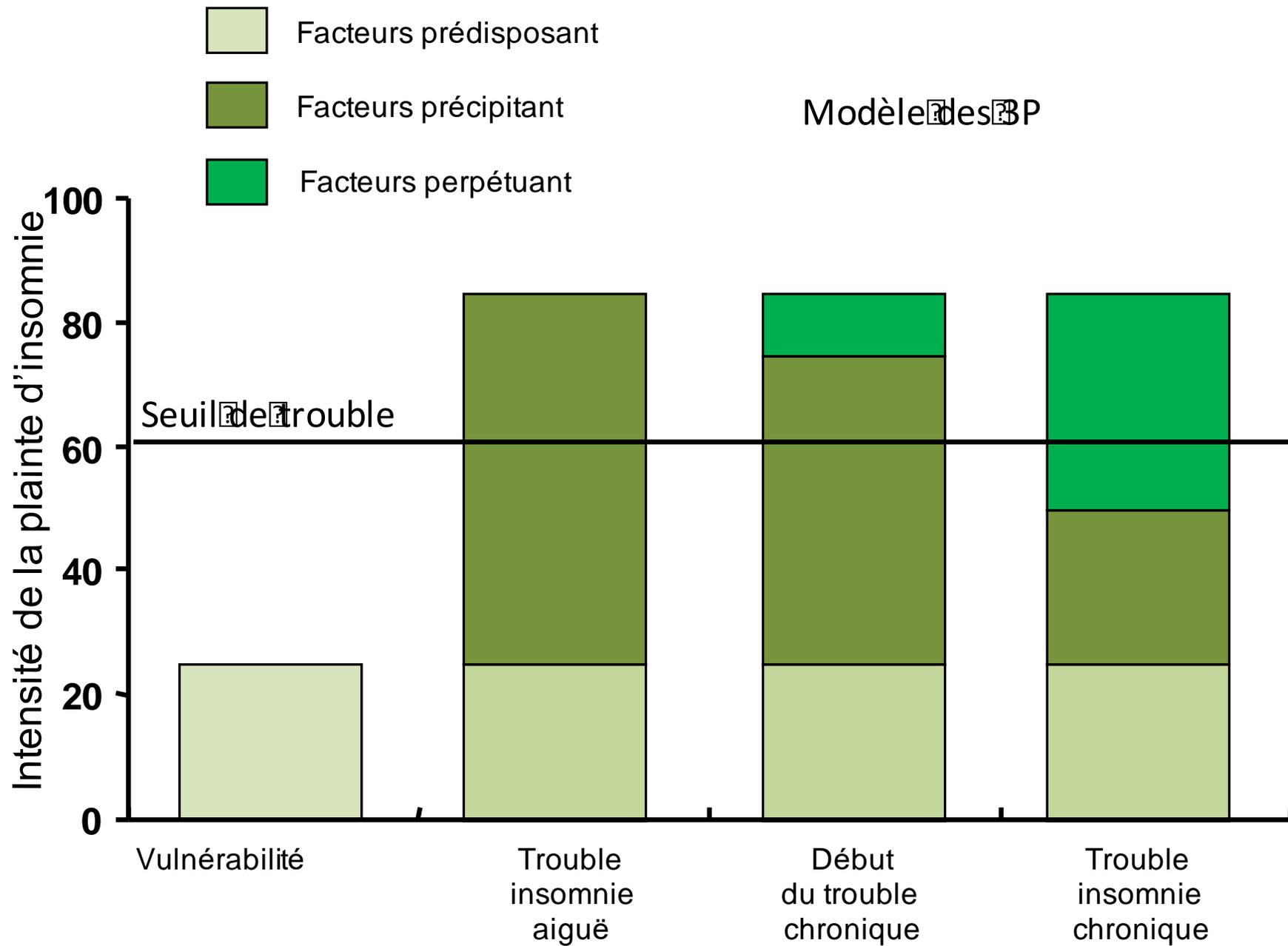


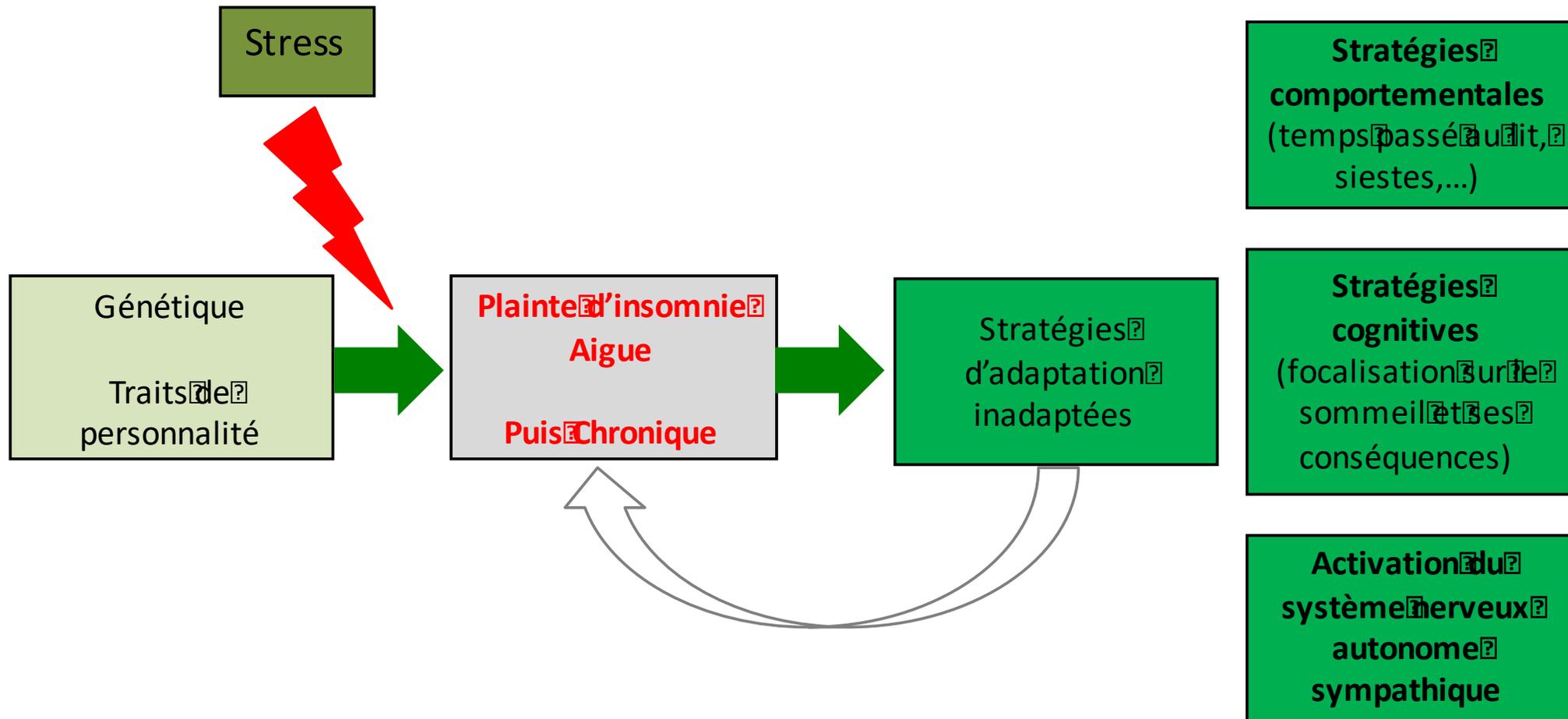
« Pas »  
« Plus »  
« Rien »  
« Beaucoup »  
« Trop »



# Le trouble insomnie







Stress

Génétique  
Traits de personnalité

Plainte d'insomnie  
Aigüe  
Chronique

Stratégies d'adaptation inadaptées

Stratégies comportementales  
(temps passé au lit, siestes,...)

Stratégies cognitives  
(focalisation sur le sommeil et ses conséquences)

Activation du système nerveux autonome sympathique

Hyperéveil

# Agenda du sommeil

Aurélie J\* Femme médecin, 58 ans

- HTA, ménopausée
- dort mal, impression de sommeil non réparateur
- ne récupère ni le WE ou les vacances
- ne se réveille pas plus tard le WE
- effets sur l'humeur

Retour travail: 21h; coucher: 23h30

- endormissement rapide, réveil toutes les 2h
- ré-endormissement compliqué, voire réveil précoce
- durée sommeil 6h, réveil difficile
- pas de temps pour une sieste, si se pose s'endort rapidement
- urine 1/nuit
- ronflement occasionnel

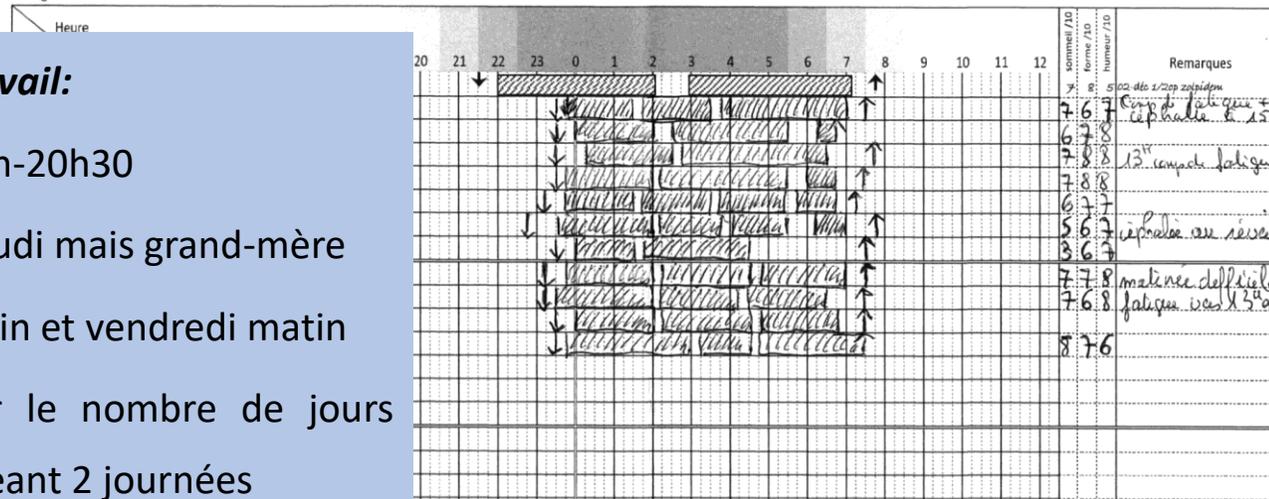
## Organisation du travail:

début 8h30-13h, 14h-20h30

ne travaille pas le jeudi mais grand-mère

visites mercredi matin et vendredi matin

Envisage de limiter le nombre de jours travaillés en rallongeant 2 journées



PV : IAH 4.8 /h, durée de l'étude 7/h, SaO2 moyenne 96.4 %, FC moyenne 67 cycles/mn  
**CONCLUSIONS RELATIVES A LA CONSULTATION :**  
 Pas de confirmation de la suspicion clinique de syndrome d'apnée du sommeil chez une patiente présentant une HTA  
 Probable dette de sommeil dans un contexte de surmenage  
**TRAITEMENT PROPOSE**  
 Dans un 1er temps, augmentation du quota d'heures de sommeil (coucher actuel entre 23h30 et minuit), réduction des heures de travail (arrêt des consultations à 19 h et non 20h30)  
**SUITE A DONNER**  
 Bilan de réévaluation d'ici 3 mois : en cas de somnolence persistante, un enregistrement polysomnographique sera effectué  
 Un contrôle biologique avec bilan thyroïdien va être effectué  
 En te remerciant de ta confiance, bien amicalement.

Fev.2014

Questionnaire?

Pour chaque question ci-dessous, veuillez entourer le chiffre correspondant le mieux à vos habitudes de sommeil au cours du **MOIS DERNIER**.

Pour les trois premières questions, veuillez évaluer la **SÉVÉRITÉ** de vos difficultés de sommeil.

1. Difficulté à s'endormir :

Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Extrême
0	1	2	3	4

2. Difficulté à rester endormi(e) :

Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Extrême
0	1	2	3	4

3. Problèmes de réveils trop tôt le matin :

Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Extrême
0	1	2	3	4

4. À quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)**/insatisfait(e) de votre sommeil actuel ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (ex. : fatigue durant le jour, capacité à travailler/à effectuer les tâches quotidiennes à la maison, concentration, mémoire et/ou humeur) ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	1	2	3	4

6. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

7. À quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)**/préoccupé(e) à propos de vos difficultés actuelles de sommeil ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale

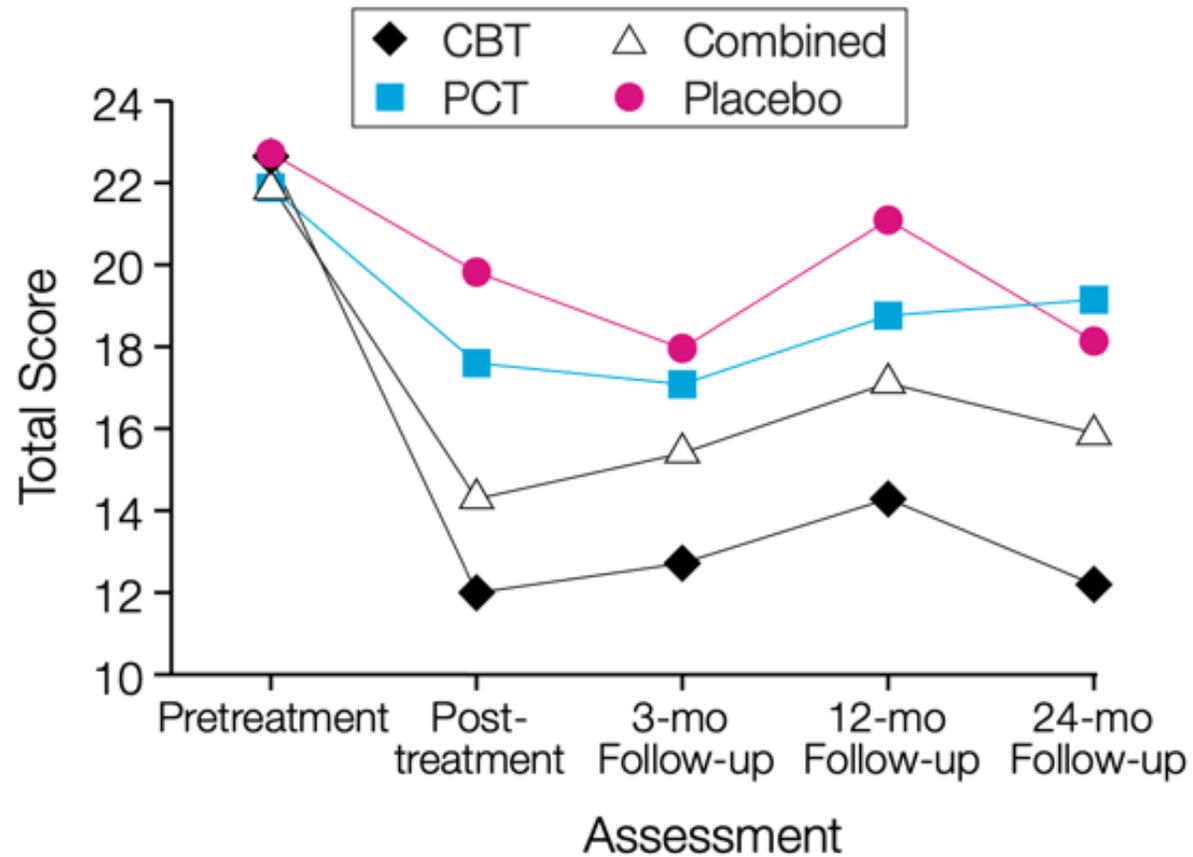


16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS



« Je veux rien prendre »

# Traitements médicamenteux vs non médicamenteux



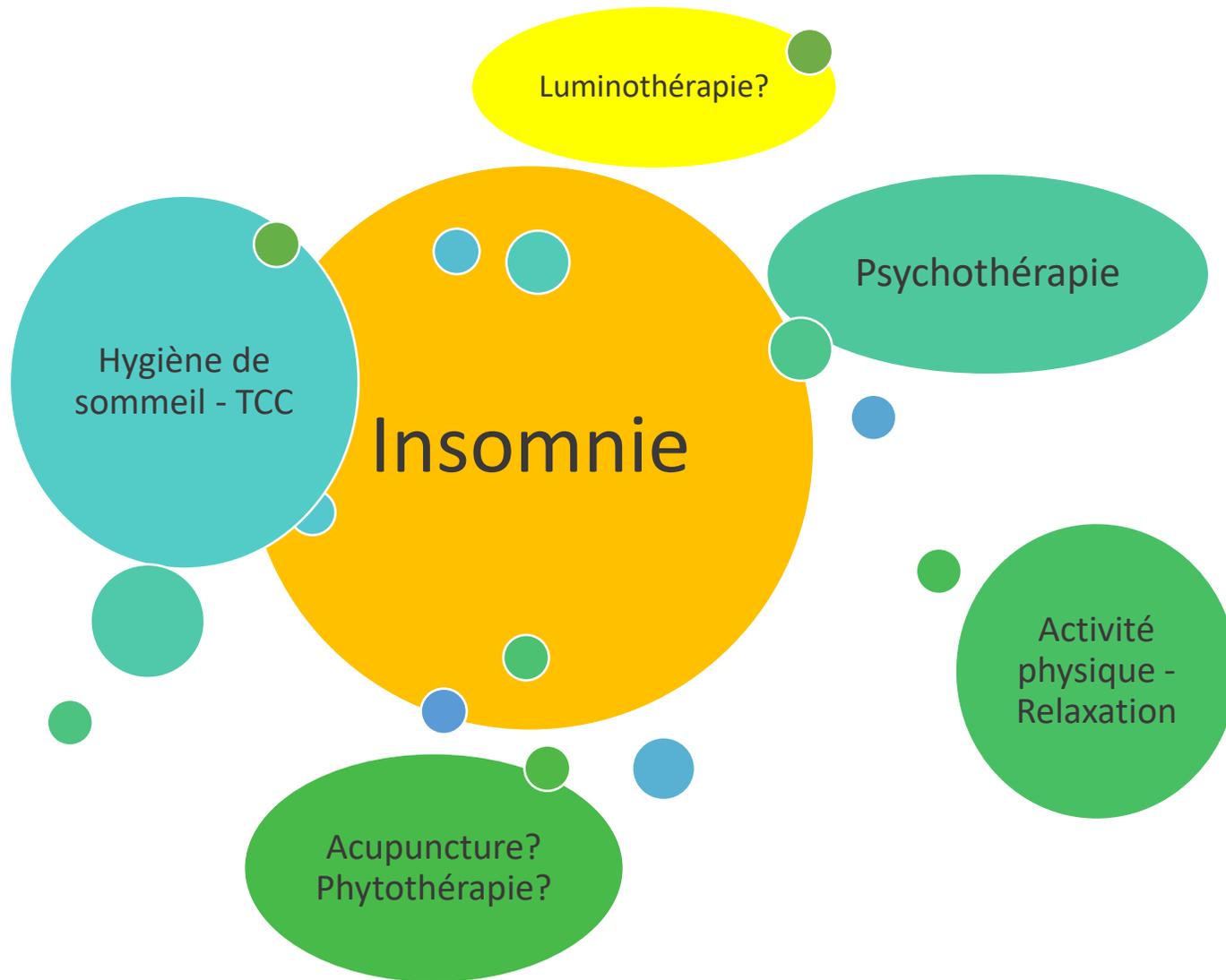
Morin, 1999

# Traitements non médicamenteux: Principes

- Retrouver le signal déclencheur du sommeil
- Renforcer les synchroniseurs de l'horloge
- Dédramatiser

*Royan-Parola, 2001*

*Davy, 2013*





ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Sleep Medicine Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/smr](http://www.elsevier.com/locate/smr)



### CLINICAL REVIEW

## The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence

Leah A. Irish <sup>a,\*</sup>, Christopher E. Kline <sup>b</sup>, Heather E. Gunn <sup>b</sup>, Daniel J. Buysse <sup>b</sup>,  
Martica H. Hall <sup>b</sup>

<sup>a</sup> North Dakota State University, Department of Psychology, Fargo, ND, USA

<sup>b</sup> University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Pittsburgh, PA, USA

**Table 1**  
Summary of key findings and future directions for the application of sleep hygiene to the general population.

Sleep hygiene recommendation	Summary of findings	Directions for future research
Avoid caffeine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caffeine administration close to bedtime disrupts sleep</li> <li>• Effects of caffeine on sleep show a dose–response relationship</li> <li>• The impact of morning and afternoon caffeine use is less clear</li> <li>• Harmful effects of caffeine on sleep may be limited to caffeine-sensitive individuals</li> <li>• Tolerance to caffeine's effects on sleep develops within days</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morning and afternoon caffeine use</li> <li>• Intermittent caffeine use and the importance of day-to-day variation</li> <li>• Tolerance and habituation</li> <li>• Identification and targeting of caffeine-sensitive individuals</li> </ul>
Avoid nicotine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute and chronic nicotine administration/smoking disrupts sleep</li> <li>• Arousals increase temporarily during acute nicotine withdrawal</li> <li>• Few/limited studies suggest sleep problems associated with smoking can be resolved after cessation and withdrawal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal assessments of change in sleep from pre- to post-cessation</li> <li>• Threshold for occasional and/or light use to impact sleep</li> <li>• Extent to which passive smoking disrupts sleep</li> </ul>
Avoid alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute alcohol administration before bed decreases SOL but increases arousal during second half of night</li> <li>• The effects of alcohol on sleep are dose-dependent</li> <li>• Tolerance to alcohol's effects on sleep occurs within days</li> <li>• Sleep problems increase during acute withdrawal of dependent users</li> <li>• Despite modest improvement, long-term sleep problems persist in abstinent former users</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal assessments of change in sleep during use and abstinence for dependent users</li> <li>• Direct tests of alcohol avoidance effects on sleep in nondependent users</li> <li>• The impact of afternoon and evening use on sleep</li> <li>• The effect of non-dependent use patterns (e.g., light/occasional, habitual weekend use)</li> <li>• Combined effects of alcohol with nicotine and caffeine on sleep</li> </ul>
Exercise regularly	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular and/or acute bouts of exercise produce modest improvements in sleep for individuals with and without sleep complaints (though impact of exercise training on PSG-assessed sleep is less consistent)</li> <li>• Current evidence does not support the claim that late-night exercise disrupts sleep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extent to which different types, duration, and intensity level of exercise can be specified for optimal sleep improvement</li> <li>• Moderating effects of age, gender, and fitness level on the impact of exercise on sleep</li> </ul>
Manage stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosocial stress is associated with increased pre-sleep arousal and impaired sleep</li> <li>• Various stress management strategies have been shown to reduce pre-sleep arousal and improve sleep (most often self-reported sleep)</li> <li>• Individual differences influence perception of stress and coping style</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identify patterns in individual differences to predict those whose sleep is most affected by stress</li> <li>• Examine the isolated benefit of stress management beyond reduction in physiological arousal</li> <li>• Develop process by which individuals can evaluate their own stressors and identify the most appropriate stress management technique for their needs</li> </ul>
Reduce bedroom noise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nighttime noise increases arousals</li> <li>• Habituation to noises occurs, but EEG arousals persist</li> <li>• Specific noise reduction strategies have been shown to improve sleep in some environments (most often in ICU patients)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Further test noise-attenuating strategies in home environments using objective sleep assessments</li> <li>• Identify individual-level factors (e.g., age) that influence preference and efficacy of specific strategies</li> </ul>
Sleep timing regularity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical sleep treatments encourage regularity only in wake time, which is counter to some sleep hygiene recommendations to adopt regular bed- and wake-times</li> <li>• Irregular sleep schedules have been associated with poor sleep, but assigning regular sleep schedules to nonclinical adults has shown limited effects on sleep improvement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relative importance of bed- vs. wake-time regularity in nonclinical samples</li> <li>• Influence of moderating factors (e.g., chronotype, age)</li> <li>• Threshold for schedule regularity required to promote good sleep</li> </ul>
Avoid daytime naps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Most research suggests that daytime naps do not have a substantial impact on subjective or objective nocturnal sleep, despite sleep hygiene recommendations to avoid naps</li> <li>• Nap duration and timing seem to have limited effects on the relationship between napping and nocturnal sleep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact of nap elimination on nocturnal sleep in habitual nappers with poor sleep</li> <li>• Examination of naps in the home environment rather than laboratory</li> <li>• Moderating effect of age</li> </ul>

Note. EEG = electroencephalography; ICU = intensive care unit; PSG = polysomnography; SOL = sleep onset latency.

## Psychotropes

Limiter l'alcool



Limiter les hypnotiques



Limiter la nicotine



Limiter la caféine



## Alimentation

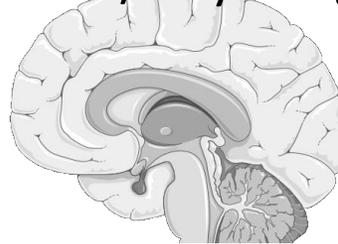


## Activité physique



## Hygiène du sommeil

Comportements / Physiologie du sommeil



## Chambre

Calme

Sombre

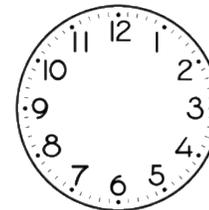
Lit confortable

Température fraîche



Eviter sieste longue

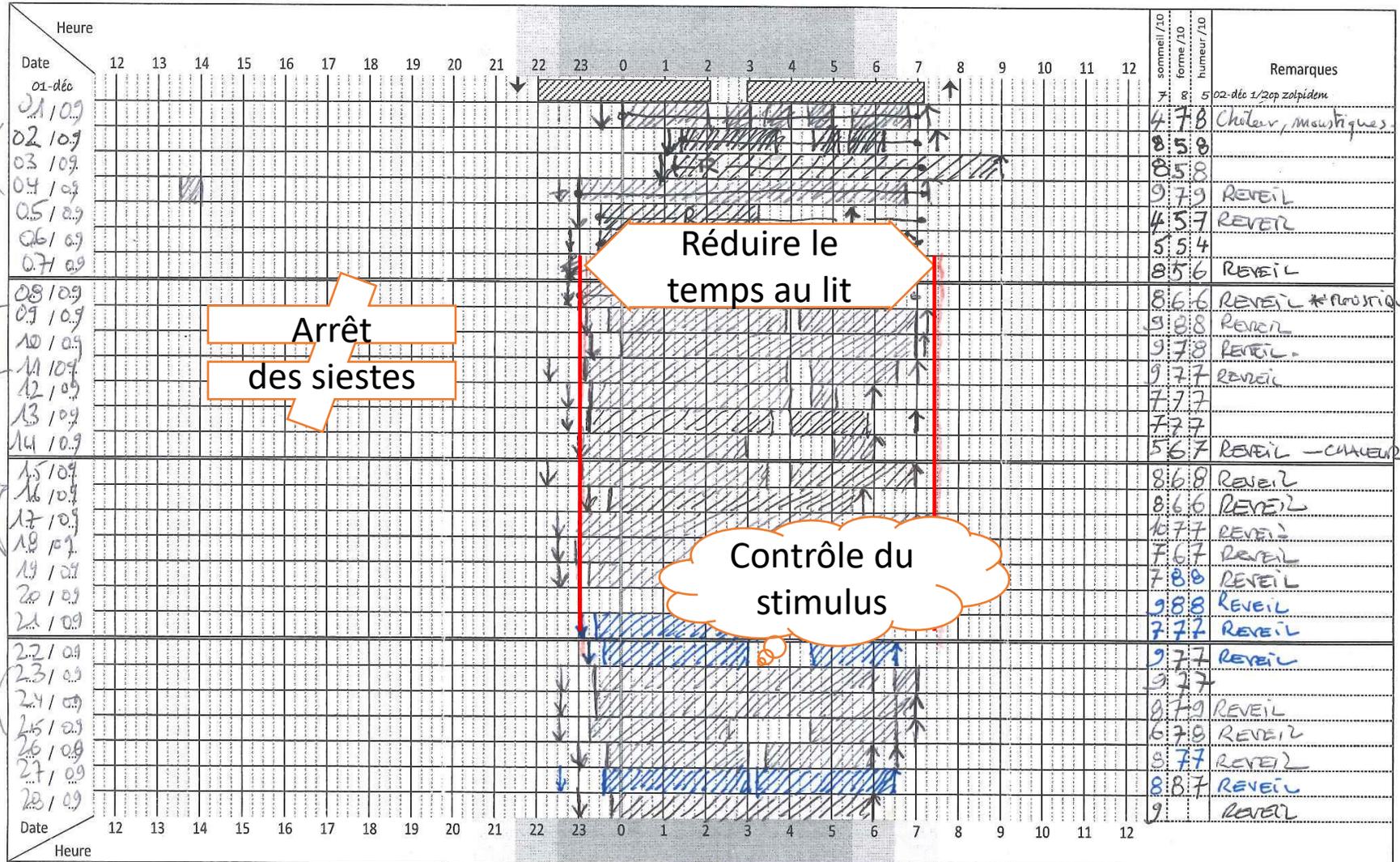
Heure de coucher et de lever



## Horaires





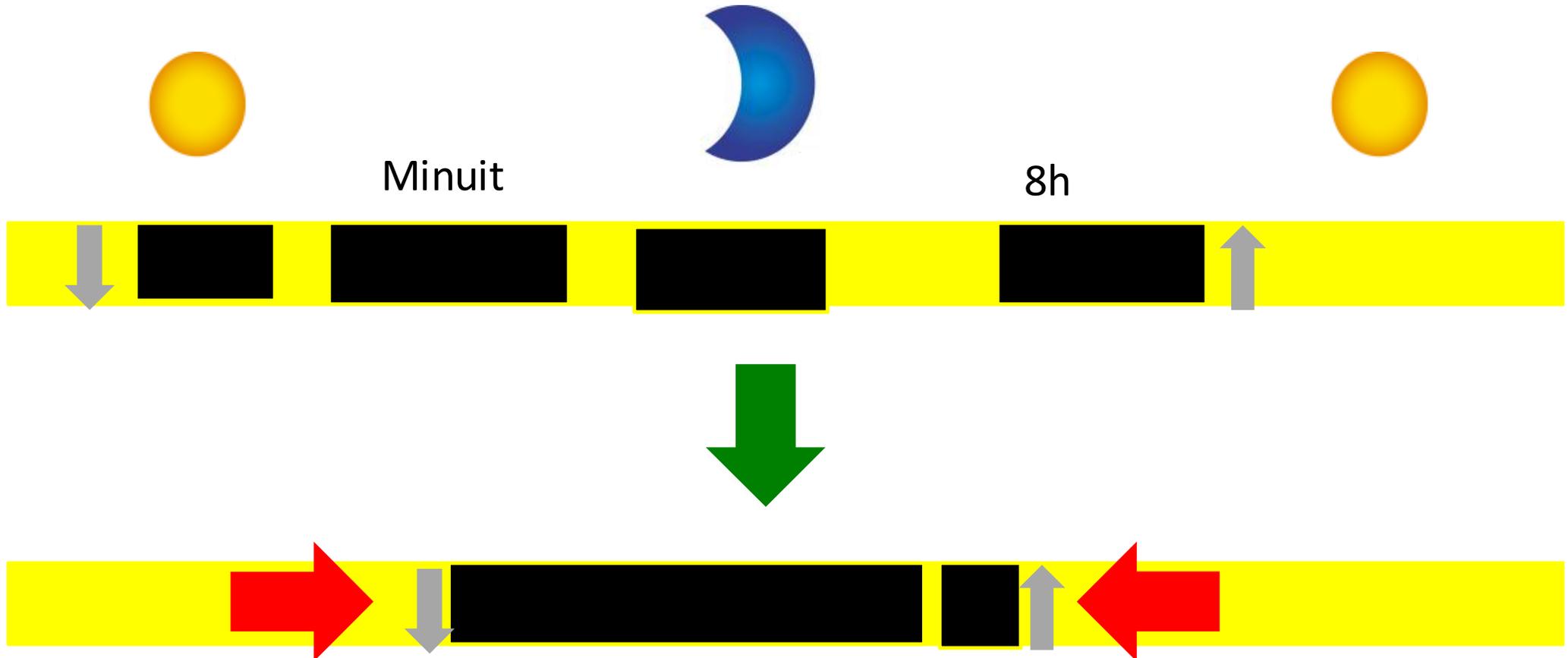


Arrêt des siestes

Réduire le temps au lit

Contrôle du stimulus

# Augmentation de l'efficacité du sommeil par restriction du temps passé au lit



# Acupuncture?

## Acupuncture for insomnia (Review)

Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, Wong V



## Acupuncture for insomnia

Daniel KL Cheuk<sup>1</sup>, Wing-Fai Yeung<sup>2</sup>, KF Chung<sup>2</sup>, Virginia Wong<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong, China.

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, The University of Hong Kong, Hong Kong, China

Contact address: Daniel KL Cheuk, Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Pokfulam Road, Hong Kong, China. [cheukklid@hkucc.hku.hk](mailto:cheukklid@hkucc.hku.hk).

**Editorial group:** Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group.

**Publication status and date:** New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 9, 2012.

**Review content assessed as up-to-date:** 13 October 2011.

**Citation:** Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD005472. DOI: 10.1002/14651858.CD005472.pub3.

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

## ABSTRACT

### Background

Although conventional non-pharmacological and pharmacological treatments for insomnia are effective in many people, alternative therapies such as acupuncture are widely practised. However, it remains unclear whether current evidence is rigorous enough to support acupuncture for the treatment of insomnia.

**Objectives**

# Activité physique?

REVIEW

Open Access

## Effects of physical activity programs on sleep outcomes in older adults: a systematic review



J. Vanderlinden<sup>1,2\*</sup> , F. Boen<sup>1</sup> and J. G. Z. van Uffelen<sup>1</sup>

### Abstract

**Background:** One in two older adults report sleep problems, which not only cause fatigue, but also negatively affect general functioning, activities of daily living, and physical and mental health. Although it is known that physical activity is positively associated with sleep in older adults, the effects of physical activity programs on sleep in older adults has not been reviewed. The aim of this systematic review was to systematically review the effects of physical activity programs on sleep in generally healthy older adults aged 60+ years.

**Methods:** Searches were performed in PubMed, Embase, Web of Science, SPORTDiscus, PEDro and CINAHL. The methodological quality of the included studies was rated using the 'Quality Assessment Tool for Quantitative Studies'. Only studies of moderate and strong quality were included. This review was registered in PROSPERO (CRD42018094007).

**Results:** Fourteen studies met the inclusion criteria (six randomised controlled trials and eight pretest-posttest studies). Of these studies, five were moderate and nine were strong quality studies. Mean age of study samples ranged from 64 to 76 years. Exercise programs included various activities aimed at improving mobility, endurance and strength. Intervention duration ranged from 2 weeks to 12 months. Eleven studies used subjective measures of sleep, two used objective measures and one used both. Sixteen different sleep outcomes were reported. All but one study, found at least one significant improvement on sleep outcomes. No significantly detrimental effects were reported. Effect sizes, calculated in ten studies, ranged from 0,34–1,55 and were substantial ( $\geq 0,8$ ) in four studies.

**Conclusions:** This systematic review suggests that exercise programs positively affect various aspects of sleep in generally healthy older adults. More specifically, moderate intensity exercise programs, with a frequency of three

# Activité physique?

## Sex and Sleep: Perceptions of Sex as a Sleep Promoting Behavior in the General Adult Population

Michele Lastella<sup>1,2\*</sup>, Catherine O'Mullan<sup>2</sup>, Jessica L. Paterson<sup>1,2</sup> and Amy C. Reynolds<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Appleton Institute for Behavioural Science, Central Queensland University, Rockhampton, QLD, Australia, <sup>2</sup>School of Health, Medical and Applied Sciences, Central Queensland University, Rockhampton, QLD, Australia

**Objective:** The main aim of this study was to explore the perceived relationship between sexual activities, sleep quality, and sleep latency in the general adult population and identify whether any gender differences exist.

**Participants/methods:** We used a cross-sectional survey to examine the perceived relationship between sexual activity and subsequent sleep in the general adult population. Seven-hundred and seventy-eight participants (442 females, 336 males; mean age 34.5 ± 11.4 years) volunteered to complete an online anonymous survey at their convenience.

**Statistical Analyses:** Chi square analyses were conducted to examine if there were any gender differences between sexual activities [i.e., masturbation (self-stimulation), sex with a partner without orgasm, and sex with a partner with orgasm] and self-reported sleep.

**Results:** There were no gender differences in sleep (quality and onset) between males and females when reporting sex with a partner [ $\chi^2_{(2)} = 2.20, p = 0.332$ ;  $\chi^2_{(2)} = 5.73, p = 0.057$ ] or masturbation (self-stimulation) [ $\chi^2_{(2)} = 1.34, p = 0.513$ ;  $\chi^2_{(2)} = 0.89, p = 0.640$ ] involved an orgasm.

**Conclusions:** Orgasms with a partner were associated with the perception of favorable sleep outcomes, however, orgasms achieved through masturbation (self-stimulation) were associated with the perception of better sleep quality and latency. These findings indicate that the public perceive sexual activity with orgasm precedes improved sleep outcomes. Promoting safe sexual activity before bed may offer a novel behavioral strategy for promoting sleep.

**Keywords:** bedtime, orgasm, masturbation, gender, behavior, sex

### OPEN ACCESS

**Edited by:**

Allen C. Meadors,  
Independent Researcher, West End,  
NC, United States

**Reviewed by:**

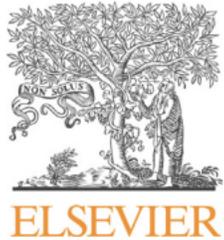
Warren G. McDonald,  
Methodist University, United States  
Timothy Lynn Taylor,  
Independent Researcher, Wellton, AZ,  
United States

**\*Correspondence:**

Michele Lastella  
m.lastella@cqu.edu.au  
orcid.org/0000-0003-1793-3811

**Specialty section:**

This article was submitted to  
Public Health Education and  
Promotion,  
a section of the journal



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Sleep Medicine Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/smr](http://www.elsevier.com/locate/smr)



### CLINICAL REVIEW

## Before-bedtime passive body heating by warm shower or bath to improve sleep: A systematic review and meta-analysis

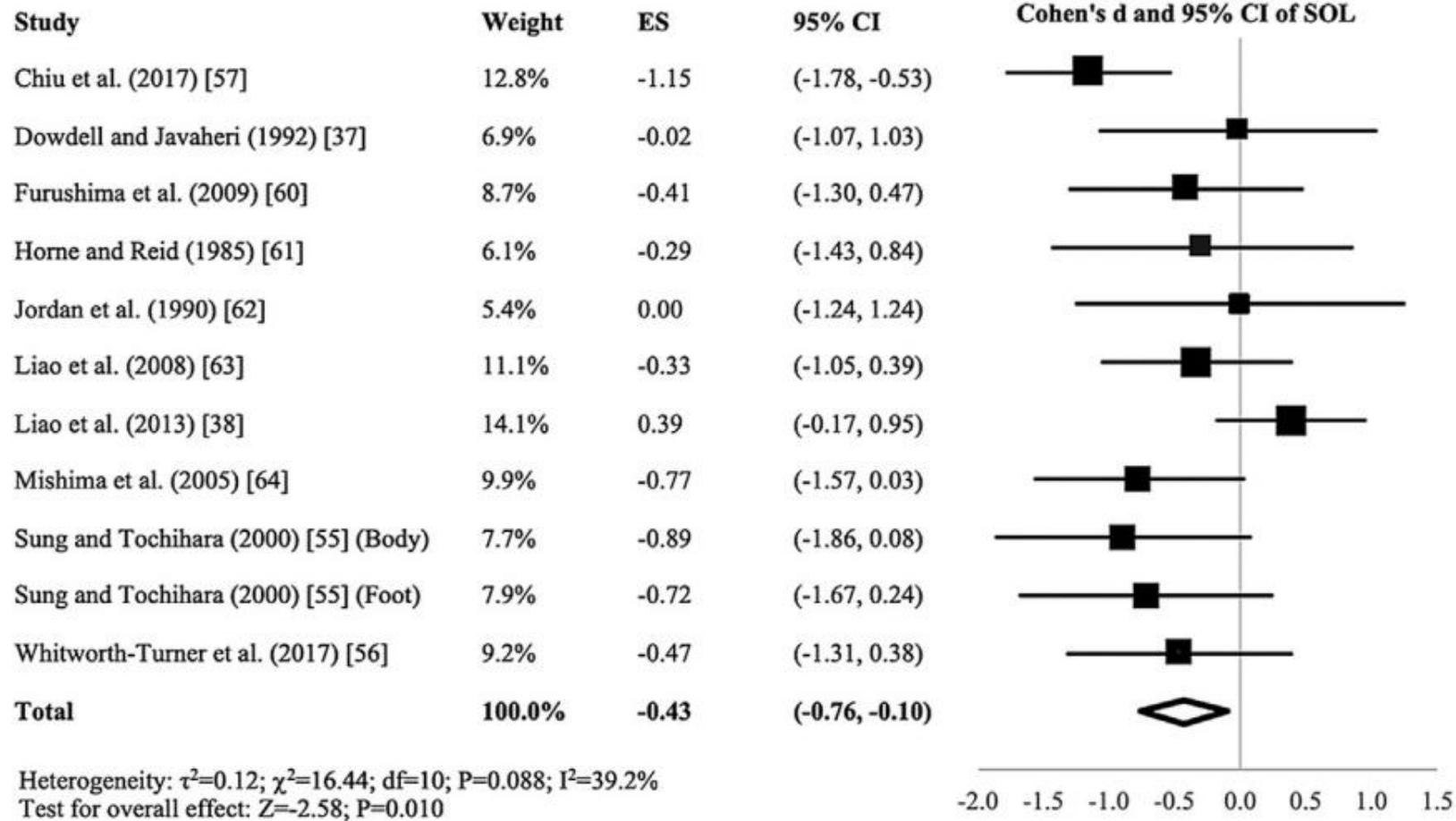
Shahab Haghayegh <sup>a,\*</sup>, Sepideh Khoshnevis <sup>a</sup>, Michael H. Smolensky <sup>a,b</sup>,  
Kenneth R. Diller <sup>a</sup>, Richard J. Castriotta <sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Department of Biomedical Engineering, Cockrell School of Engineering, The University of Texas at Austin, USA

<sup>b</sup> Department of Internal Medicine, Division of Pulmonary and Sleep Medicine, McGovern School of Medicine, The University of Texas Health Science Center at Houston, USA

<sup>c</sup> Department of Medicine, Division of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, USA







# Luminothérapie

## Supports



## Indications

Troubles du rythme circadien

Dépression saisonnière

Dépression non saisonnière

## modalités

Intensité

durée

Période de la  
journée

## Effets indésirables

Céphalées

Nausées

Déclenchement crise  
migraineuse

Virage maniaque (?)

# Effets de la luminothérapie

## Légende:

↓ Heure de coucher

↑ Heure de lever



Hachurez les périodes de sommeil



Laissez en blanc les périodes d'éveil



Sommeil interrompu par de courtes périodes d'éveil

Mettez une ★ lorsque vous ressentez des épisodes de somnolence

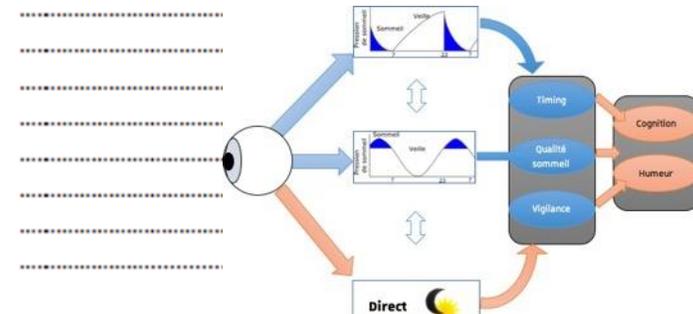
TIB =

TST =

SE =

	Date	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Ex.					↓	█	█	█	█	█	↑	↓	█	█
J1					↓	█	█	█	█	█				
J2					↓	█	█	█	█	█				
J3					↓	█	█	█	█	█				
J4					↓	█	█	█	█	█				
J5					↓	█	█	█	█	█				
J6					↓	█	█	█	█	█				
J7														
J8														
J9					↓	█	█	█	█	█				
J10														
J11														
J12														
J13														
J14														
J15														

## Remarques:



Contents lists available at [ScienceDirect](http://ScienceDirect)

## Sleep Medicine Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/smr](http://www.elsevier.com/locate/smr)



## CLINICAL REVIEW

### The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis

Annette van Maanen <sup>a,\*</sup>, Anne Marie Meijer <sup>a</sup>, Kristiaan B. van der Heijden <sup>b</sup>, Frans J. Oort <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Research Institute of Child Development and Education, University of Amsterdam, The Netherlands  
<sup>b</sup> Department of Clinical Child and Adolescent Studies, Leiden University, The Netherlands



## ARTICLE INFO

**Article history:**  
 Received 30 January 2015  
 Received in revised form 27 August 2015  
 Accepted 30 August 2015  
 Available online 9 September 2015

**Keywords:**  
 Bright light therapy  
 Sleep problems  
 Circadian rhythm sleep disorders  
 Insomnia  
 Meta-analysis

## SUMMARY

Although bright light therapy seems a promising treatment for sleep problems, research shows inconclusive results. This meta-analysis is the first to systematically review the effect of light therapy on sleep problems in general and on specific types of sleep problems in particular (circadian rhythm sleep disorders, insomnia, sleep problems related to Alzheimer's disease and dementia). Fifty-three studies with a total of 1154 participants were included. Overall effects and effects on separate circadian and sleep outcomes were examined. We calculated Hedges' *g* effect sizes and we investigated the effects of twelve moderators (design-related, treatment-related, participant-related). Light therapy was found effective in the treatment of sleep problems in general ( $g = 0.39$ ), and for circadian rhythm sleep disorders ( $g = 0.41$ ), insomnia ( $g = 0.47$ ), and sleep problems related to Alzheimer's disease/dementia ( $g = 0.30$ ) specifically. For circadian rhythm sleep disorders, effects were smaller for randomised controlled trials. For insomnia, we found larger effects for studies using a higher light intensity, and for sleep problems related to Alzheimer's disease/dementia larger effects were found for studies with more female participants. There was indication of publication bias. To conclude, light therapy is effective for sleep problems in general, particularly for circadian outcomes and insomnia symptoms. However, most effect sizes are small to medium.



Faible nombre de sujets



Peu d'information sur les caractéristiques de la lumière

Grande variabilité d'intensité et de durée



Exposition: Une majorité le matin et/ou l'après-midi



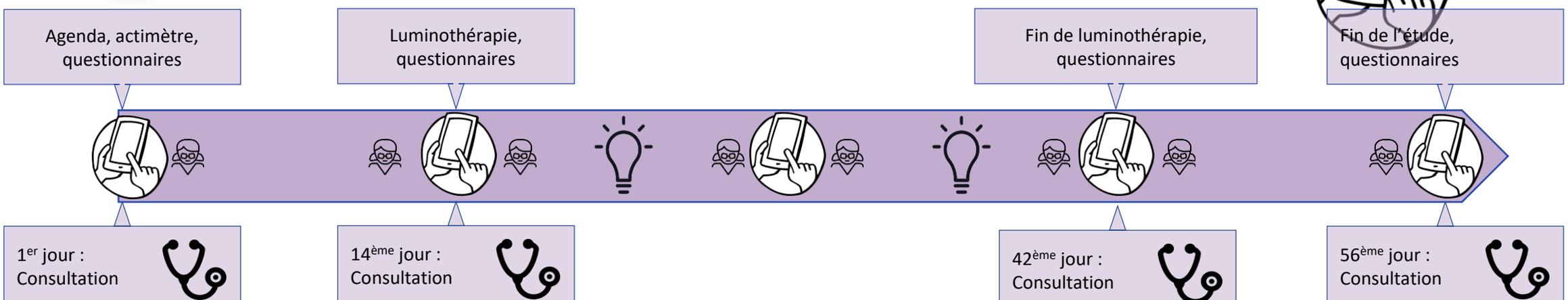
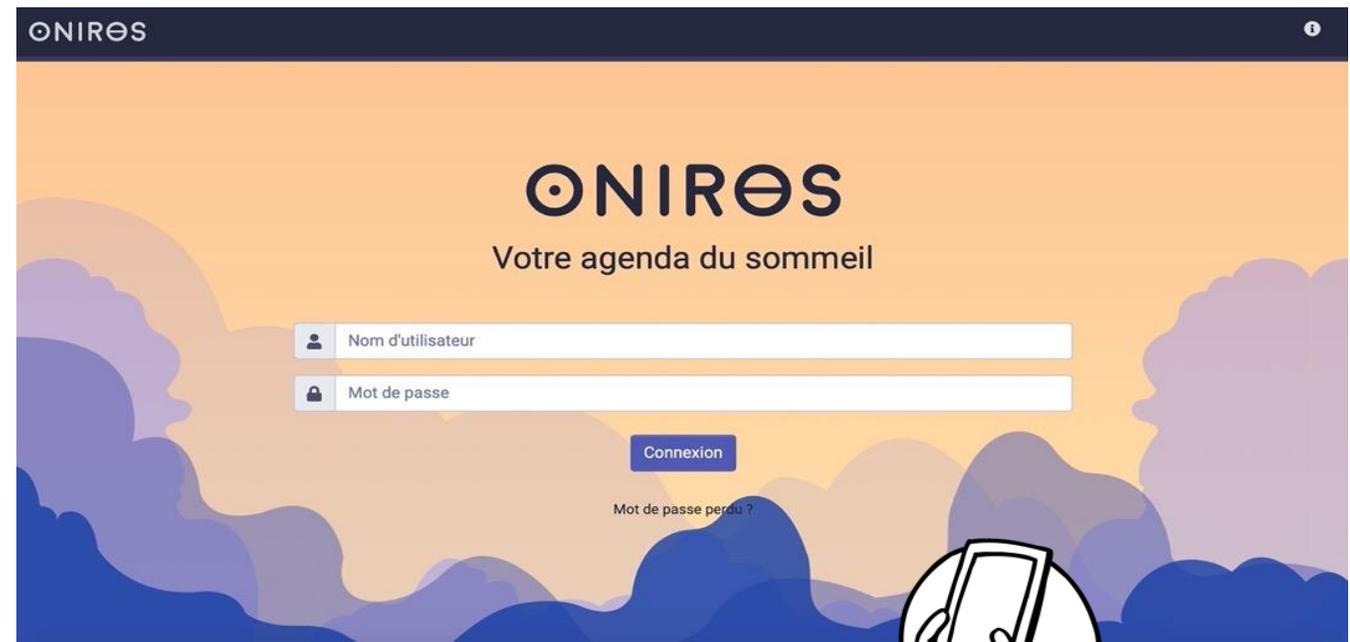
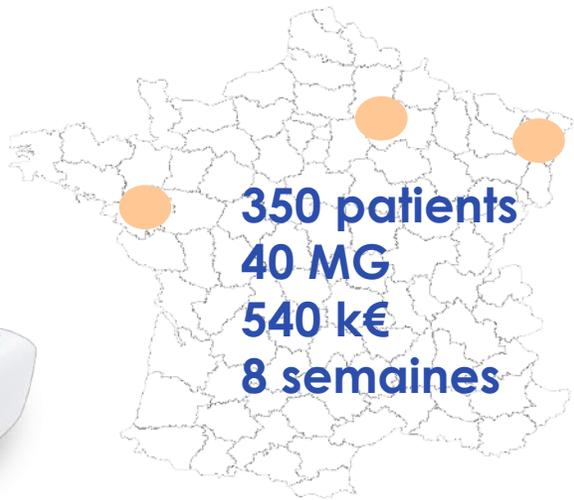
Critères objectifs : Quelques résultats positifs



Surtout des résultats positifs sur des critères subjectifs

# PHRC national : INSOLUX

## Luminothérapie dans l'insomnie chronique



20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS



« Juste un (petit) médicament  
léger... J'suis pas un drogué »





« J’le prend pas souvent. »

« A base de plantes, c’est bien ? »

« Pas la pilule des fous »

« C’est quand même pas de la  
drogue »

« Une petite aide chimique »

« Pas m’habituer »

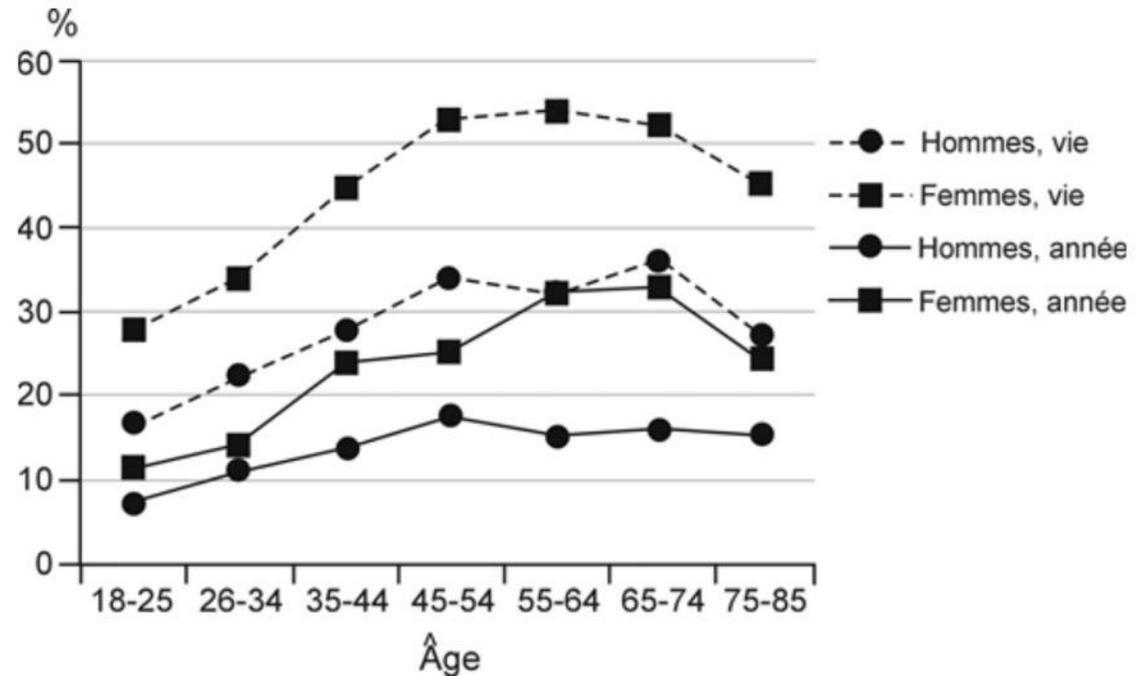
*« C’est léger c’que vous me donnez, non ? »*

« un truc (très) (plus) (vraiment) puissant (efficace) »



# France: vice championne d'Europe dans l'utilisation des psychotropes

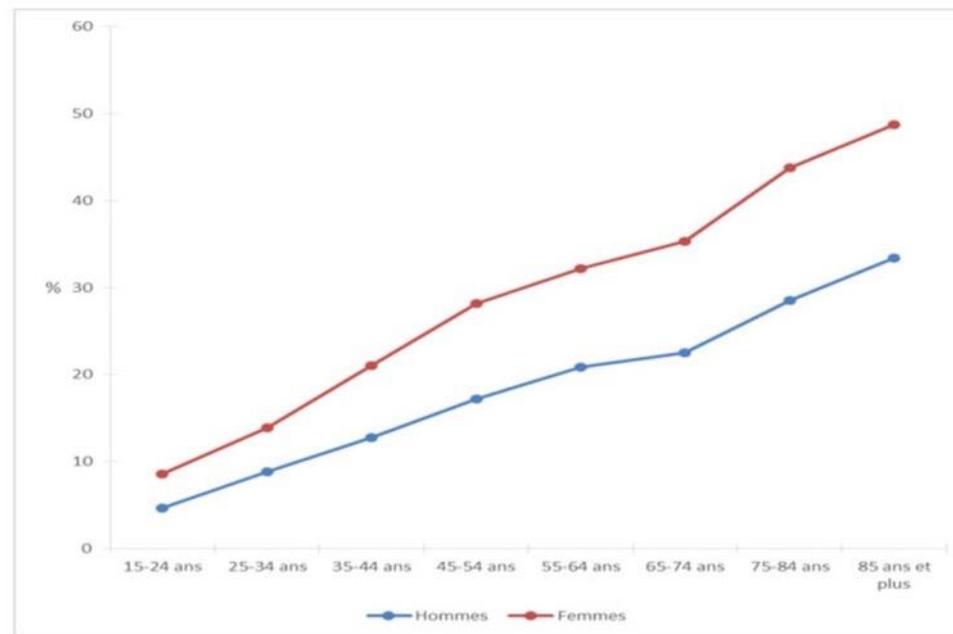
- **Population de 18 à 75 ans:** 18 % dans l'année et 36 % par le passé
- Femmes > hommes: 23 % vs 13 % dans l'année écoulée
- **Prévalence qui augmente avec l'âge**  
(30 % des femmes de 55 à 64 ans)
- Cadres < ouvriers



**Prévalence de sujets consommant des médicaments psychotropes (%) au cours de la vie et au cours de l'année selon l'âge et le sexe (d'après Beck et coll., 2012 ; Baromètre santé 2010, Inpes)**



Prévalence des remboursements des médicaments psychotropes en 2017 selon l'âge et le sexe (%)



Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié, CNAM, exploitation OFDT

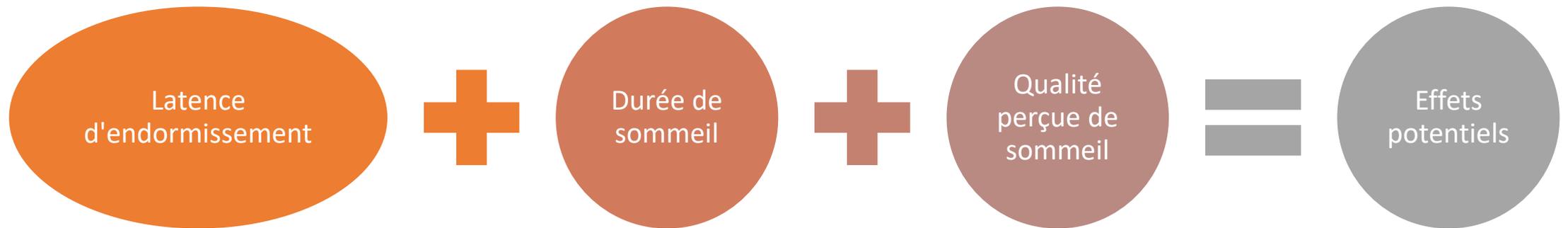
# Histoire de famille: benzodiazépines et Z' apparentés



- Substances hypnotiques les plus utilisées car:
  - Efficacité et rapidité (latence endormissement)
  - Toxicité « limitée » (versus barbituriques)
  - Absorption rapide
  - Peu d'interaction
  - Demi-vie courte
  - Peu onéreuse
- 130 millions de boîtes en 2012 (2 boîtes/habitant/an)
  - 4 % des médicaments vendus en France
  - 50% des prescriptions > 2 ans

# Histoire de famille: benzodiazépines

DCI	Spécialités
<b>Benzodiazépines</b>	
Estazolam	NUCTALON
Loprazolam	HAVLANE
Lormétazépam	NOCTAMIDE et génériques
Nitrazépam	MOGADON



# Histoire de famille: les Z'apparentés

DCI	Spécialités
<b>Molécules apparentées</b>	
Zolpidem	STILNOX et génériques
Zopiclone	IMOVANE et génériques



# Tout n'est pas si rose: des effets adverstes médicamenteux

- **Effets résiduels: somnolence diurne,** difficultés de concentration, sensations ébrieuses, confusion...
- **Hypotonie musculaire (chutes)**
- Troubles de la mémoire
- **Dépendance avec risque de sevrage**
- Agitation nocturne, somnambulisme, cauchemars, hallucinations visuelles, syndrome confusionnel



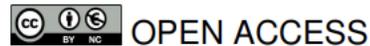
# Personnes âgées + troubles du sommeil + hypnotiques = 🪄 à risques de chute



- Nombreuses études
- Méta-analyses (Woolcott & Leipzig)
- Risque majoré de 50 % en moyenne
- Surtout à l'instauration et/au changement
- Polymédication

## RESEARCH

# Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study



OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*<sup>1 2</sup>, Bernard Bégaud *professor*<sup>1 2 3</sup>, Fabienne Bazin *researcher*<sup>1 2</sup>,  
Hélène Verdoux *professor*<sup>1 2 4</sup>, Jean-François Dartigues *professor*<sup>1 5 3</sup>, Karine Pérès *researcher*<sup>1 5</sup>,  
Tobias Kurth *director of research*<sup>1 6 7</sup>, Antoine Pariente *associate professor*<sup>1 2 3</sup>

<sup>1</sup>Université Bordeaux Segalen, F-33000 Bordeaux, France; <sup>2</sup>INSERM, U657, F-33000 Bordeaux; <sup>3</sup>CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux; <sup>4</sup>Centre Hospitalier Charles Perrens, F-33000 Bordeaux; <sup>5</sup>INSERM, U897, F-33000 Bordeaux; <sup>6</sup>Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA; <sup>7</sup>INSERM, U708-Neuroepidemiology, F-33000 Bordeaux,

---

# Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study

 OPEN ACCESS

Sophie Billioti de Gage *PhD student*<sup>1</sup>, Yola Moride *professor*<sup>2,3</sup>, Thierry Ducruet *researcher*<sup>2</sup>, Tobias Kurth *director of research*<sup>4,5</sup>, Hélène Verdoux *professor*<sup>1,6</sup>, Marie Tournier *associate professor*<sup>1,6</sup>, Antoine Pariente *associate professor*<sup>1</sup>, Bernard B egaud *professor*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSERM, U657-Pharmacoepidemiology, Université de Bordeaux, F-33000 Bordeaux, France; <sup>2</sup>Research Center, University of Montreal Hospital Center, Montreal, Canada; <sup>3</sup>Faculty of Pharmacy, University of Montreal, Montreal, Canada; <sup>4</sup>Inserm Research Center for Epidemiology and Biostatistics, U897-Team Neuroepidemiology, F-33000 Bordeaux, France; <sup>5</sup>University of Bordeaux, College of Health Sciences, F-33000 Bordeaux, France; <sup>6</sup>Centre Hospitalier Charles Perrens, F-33000 Bordeaux, France

## Do Benzodiazepines Cause Alzheimer's Disease?

Carl Salzman, M.D.

**The preponderance of data available to date do not support a causal relationship between low therapeutic benzodiazepine use and the development of Alzheimer's....How are we to understand the earlier findings that suggest a significant public health concern?**

« Il est concevable que l'effet calmant (ainsi que l'effet hypnotique de l'endormissement) de l'utilisation de benzodiazépines à faible dose chez les personnes âgées souffrant d'anxiété puisse réduire les effets du stress sur le SNC vieillissant et réduire le risque de vulnérabilité au développement de la maladie d'Alzheimer »

# Pharmacologic Treatment of Insomnia: Benzodiazepine Receptor Agonists

James K. Walsh; Thomas Roth

## Chapter Highlights

- Considerable evidence indicates that the benzodiazepine receptor agonists (BzRAs) are efficacious in the treatment of insomnia, and somewhat limited data suggest a substantial degree of effectiveness.
- BzRAs are also generally safe as commonly used in clinical practice; common concerns regarding tolerance, misuse, and abuse by insomnia patients are not typical.
- BzRAs produce improvement in daytime symptoms as well as nighttime symptoms of insomnia and may reduce the severity of comorbid illnesses.
- Sufficient differences in pharmacokinetic profiles exist among the BzRAs to provide physicians with therapeutic options that have differing durations of action.
- Individual differences in metabolism and elimination of BzRAs have led to a lowering of recommended starting doses for some BzRAs.

Long-term use of benzodiazepines has been reported to be associated with cognitive decline in older adults,<sup>88</sup> including Alzheimer dementia,<sup>89</sup> although this is certainly not a universal finding.<sup>90</sup> The nature of these investigations (which are predominantly cross-sectional and retrospective) does not allow conclusions regarding causality because it is extremely difficult to implement proper controls for the aging process, the disease being treated, exposure to other drugs, and other factors. The cognitive changes are often subtle,<sup>91</sup> and the clinical significance of these effects has been questioned.<sup>92</sup> Nevertheless, the possibility that cognitive decline might at least in part be attributable to use of hypnotics, or any psychotropic medication, should be kept in mind by the clinician prescribing chronic therapy in elderly patients. However, withholding hypnotic treatment because of the anticipation of cognitive effects does not appear to be warranted on the basis of available information regarding magnitude of risk.

**CLINICAL PEARL**

Extensive efficacy and safety evidence supports the use of BzRAs for the treatment of insomnia for as long as it is clinically warranted. Convincing evidence for use of other available medications (e.g., sedating antidepressants) is not currently available. The duration of action between different BzRAs varies greatly, and therefore the desired duration of sleep-promoting action and the need for morning alertness should guide the clinician in the choice of a specific medication and the dose for each person.

**SUMMARY**

Considerable evidence indicates that the BzRAs are efficacious in the treatment of insomnia, whether primary or comorbid, chronic or transient. Limited data suggest a substantial degree of effectiveness in clinical use. BzRAs are also generally safe as commonly used in clinical practice. Research refutes the common concerns of tolerance, misuse, and abuse by insomnia patients. Sufficient differences in pharmacokinetic profiles exist among the BzRAs to provide physicians with therapeutic options that have differing durations of action. Individual differences in metabolism and elimination of BzRAs have led to a lowering of recommended starting doses for some BzRAs. Several investigations indicate that treatment of insomnia with BzRAs produces improvement in both daytime and nighttime symptoms of insomnia, and some might also reduce the severity of comorbid illnesses. Despite significant advances in understanding the neurobiologic mechanisms of sleep and arousal, which involve multiple neural systems, attempts to produce novel drug treatments for insomnia have not produced clear advances in insomnia

pharmacotherapy. BzRAs remain the most effective, safest, and best-understood therapeutic agents for the treatment of insomnia.

**Selected Readings**

- Avidan AY, Fries BE, James ML, et al. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2005;**53**:955–62.
- Becker WC, Fiellin DA, Desai RA. Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates. *Drug Alcohol Depend* 2007;**90**:280–7.
- Chen SJ, Yeh CM, Chao TF, et al. The use of benzodiazepine receptor agonists and risk of respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide population-based case-control study. *Sleep* 2015;**38**(7):1045–50.
- Fava M, McCall WV, Krystal A, et al. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2006;**59**:1052–60.
- Goforth HW, Preud'homme XA, Krystal AD. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of eszopiclone for the treatment of insomnia in patients with chronic low back pain. *Sleep* 2014;**37**(6):1053–60.
- National Institutes of Health. State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults statement. *J Clin Sleep Med* 2005;**1**:412–21.
- Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2015;**212**(4):428–41.
- Pollack M, Kinrys G, Krystal A, et al. Eszopiclone coadministered with escitalopram in patients with insomnia and generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008;**65**:551–62.
- Roth T, Krystal A, Steinberg FJ, et al. Novel sublingual low-dose zolpidem tablet reduces latency to sleep onset following spontaneous middle-of-the-night awakening in insomnia in a randomized, double-blind, placebo-controlled, outpatient study. *Sleep* 2013;**36**:189–96.
- Walsh JK, Krystal AD, Amato DA, et al. Nightly treatment of primary insomnia with eszopiclone for six months: effect on sleep, quality of life and work limitations. *Sleep* 2007;**30**:959–68.
- Walsh JK, Roth T, Randazzo AC, et al. Eight weeks of non-nightly use of zolpidem for primary insomnia. *Sleep* 2000;**23**:1087–96.

*A complete reference list can be found online at ExpertConsult.com.*

as long as it is clinically

# Histoire de famille: antihistaminiques anti-H1

- Substances utilisées parfois comme hypnotiques (davantage dans manifestations allergiques)
  - Hydroxyzine (ATARAX®),
  - Doxylamine (DONORMYL®)
  - Alimémazine (THERALENE®)
  - Méquitazine (PRIMALAN®)
  - Dexchlorphéramine (POLARAMINE®)
  - Bromphéniramine (DIMEGAN®)
- Propriétés anticholinergiques → non recommandés chez la personne âgée (glaucome, rétention urinaire et chutes).



# Histoire de famille: antihistaminiques anti-H1



Latence  
d'endormissement



Durée de  
sommeil



Qualité perçue  
de sommeil



Effets potentiels



Risque d'addiction limité



Efficacité au-delà court terme ?

D'autres traitements  
« plus légers » ?



# Placebo\*

Amélioration  
qualité de  
sommeil

Efficace à  
court et  
moyen terme

Pas d'effet  
adverse

Risque  
dépendance  
(?)

Niveau de  
preuve limité

\* Et apparentés (homéopathie)

# « Les Plantes » \*

en tisane, décoction, gélules etc.

Amélioration qualité et durée de sommeil	Efficacité identique à un placebo	Possibles, variables suivant plantes et mode de prise	Risque dépendance (?)	Niveau de preuve très limité
Latence endormissement	<b>Valériane</b> effet légèrement supérieur placebo			

\* Aubépine, valériane, passiflore, oranger, verveine, tilleul, lavande, millepertuis ...

# Mélatonine\*

Amélioration  
qualité de  
sommeil et  
moindre latence  
endormissement

Efficace limitée à  
court et moyen  
terme (long ?)

Effets adverses  
possibles mais  
rares

Pas de  
dépendance

Niveau de  
preuve modéré

\* Et association comprenant de la melatonine



## OPEN ACCESS

**Edited by:**

Daniel P. Cardinali,

UCA Pontificia Universidad Católica  
Argentina, Argentina

**Reviewed by:**

Dario Acuña-Castroviejo,

University of Granada, Spain

Gregory M. Brown,

University of Toronto, Canada

Jesus Angel Fernandez Tresguerres,

Complutense University of

Madrid, Spain

**\*Correspondence:**

Laura Palagini

[lpalagini@tiscali.it](mailto:lpalagini@tiscali.it);

[l.palagini@ao-pisa.toscana.it](mailto:l.palagini@ao-pisa.toscana.it)

**International Joint Statements:**

Italian Association of Sleep Medicine

# International Expert Opinions and Recommendations on the Use of Melatonin in the Treatment of Insomnia and Circadian Sleep Disturbances in Adult Neuropsychiatric Disorders

Laura Palagini<sup>1\*</sup>, Raffaele Manni<sup>2</sup>, Eugenio Aguglia<sup>3</sup>, Mario Amore<sup>4,5</sup>, Roberto Brugnoli<sup>6</sup>, Stéphanie Bioulac<sup>7</sup>, Patrice Bourgin<sup>8,9</sup>, Jean-Arthur Micoulaud Franchi<sup>7</sup>, Paolo Girardi<sup>6</sup>, Luigi Grassi<sup>10</sup>, Régis Lopez<sup>11,12</sup>, Claudio Mencacci<sup>13</sup>, Giuseppe Plazzi<sup>14,15</sup>, Julia Maruani<sup>16</sup>, Antonino Minervino<sup>17</sup>, Pierre Philip<sup>7</sup>, Sylvie Royant Parola<sup>18</sup>, Isabelle Poirot<sup>19</sup>, Lino Nobili<sup>20,21</sup>, Giovanni Biggio<sup>22</sup>, Carmen M. Schroder<sup>8,23</sup> and Pierre A. Geoffroy<sup>16,24,25,26</sup>

<sup>1</sup> Psychiatry Division, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, Pisa, Italy, <sup>2</sup> Unit of Sleep Medicine and Epilepsy, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Mondino Foundation, Pavia, Italy, <sup>3</sup> Department of Experimental and Clinical Medicine, Psychiatric Clinic University Hospital "Gaspere Rodolico", University of Catania, Catania, Italy, <sup>4</sup> Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, Rehabilitation, Ophthalmology, Genetics, Maternal and Child

# Daridorexant, a New Dual Orexin Receptor Antagonist to Treat Insomnia Disorder

Yves Dauvilliers, MD, PhD <sup>1</sup>, Gary Zammit, PhD,<sup>2</sup> Ingo Fietze, MD,<sup>3</sup> David Mayleben, PhD,<sup>4</sup>  
Dalma Seboek Kinter, PhD,<sup>5</sup> Scott Pain, MSc,<sup>5</sup> and Jan Hedner, MD, PhD<sup>6</sup>

**Objective:** To evaluate the dose–response relationship of daridorexant, a new dual orexin receptor antagonist, on sleep variables in subjects with insomnia disorder.

**Methods:** Adults ( $\leq 64$  years) with insomnia disorder were randomized (1:1:1:1:1) to receive daily oral placebo, daridorexant (5, 10, 25, or 50mg), or 10mg zolpidem for 30 days. The primary efficacy outcome was the change in wake time after sleep onset from baseline to days 1 and 2. Secondary outcome measures were change in latency to persistent sleep from baseline to days 1 and 2, change in subjective wake time after sleep onset, and subjective latency to sleep onset from baseline to week 4. Safety was also assessed.

**Results:** Of 1,005 subjects screened, 359 (64% female) were randomized and received  $\geq 1$  dose. A significant dose–

20<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux  
2021 PARC  
DES EXPOSITIONS



« Vous pouvez m'aider ? »



*P : non mais là écoutez là c'est trop maintenant, le manque de sommeil*

*M : vous n'en pouvez plus là*

*P : ça vous pète l'humeur, ça vous enfin*

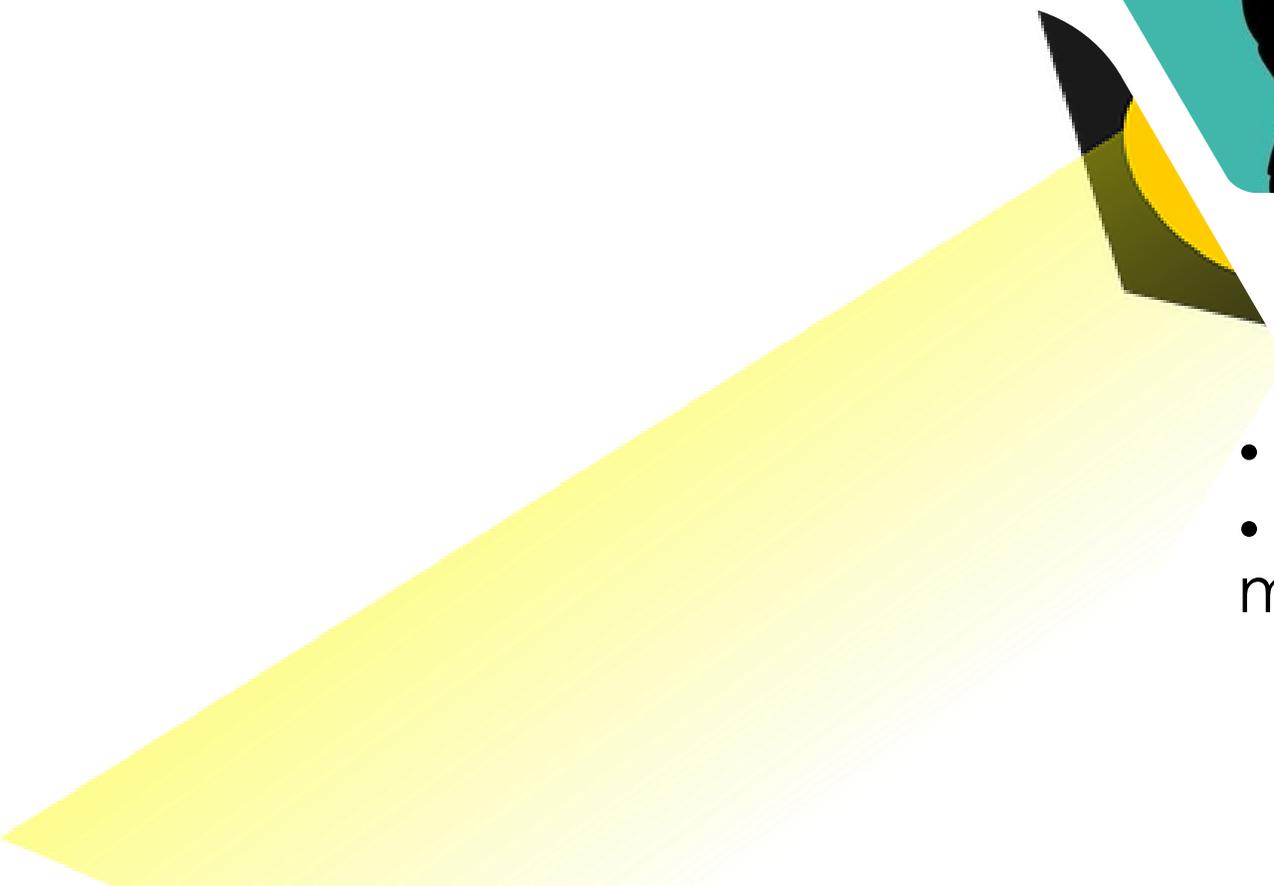


En pratique: prise en charge des troubles du sommeil en médecine



Idée 1: se donner  
du temps pour  
aider le patient

- Cadre: consultations dédiées
- Agenda du sommeil : temps et motivation

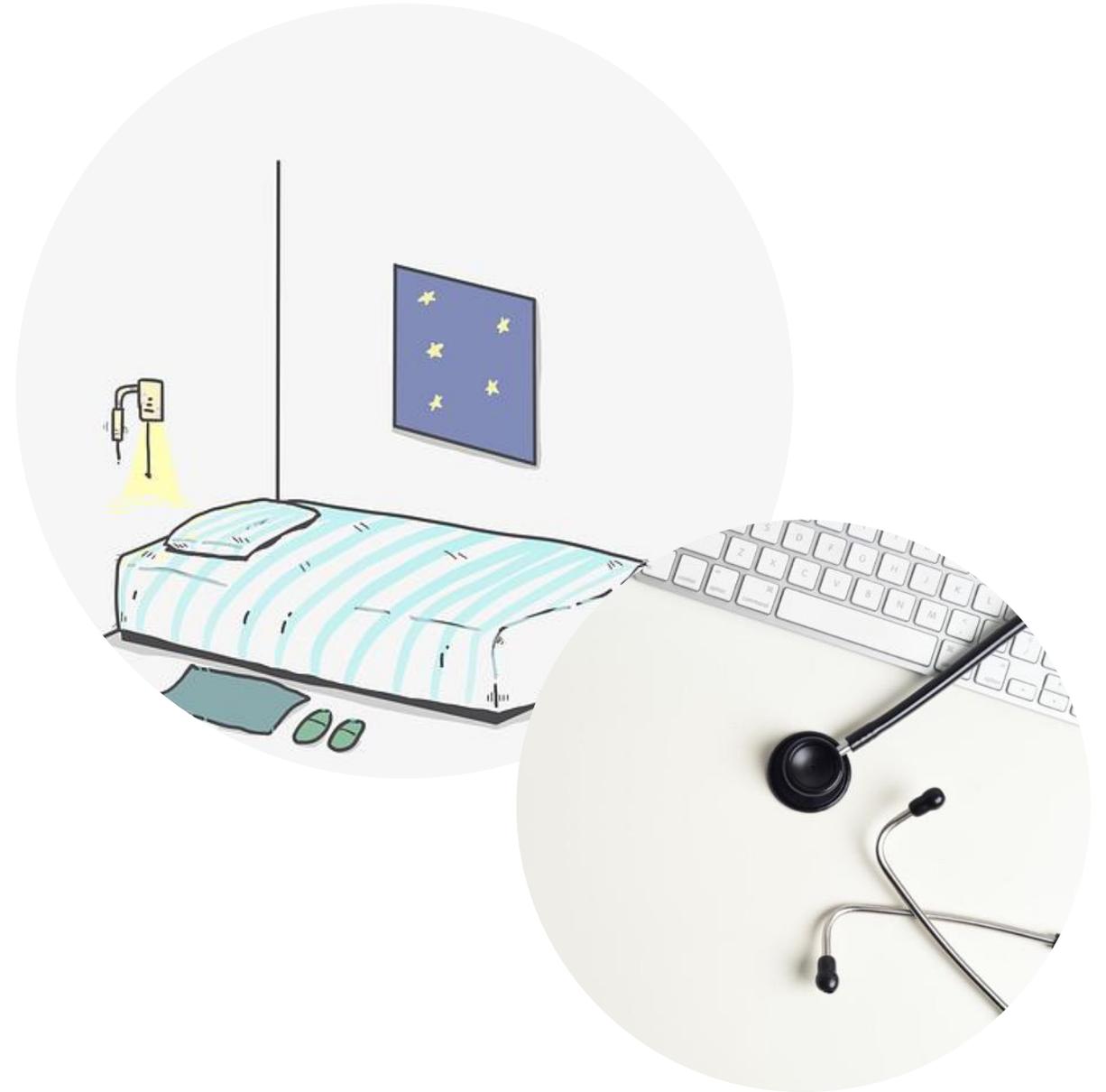


# Idée 2: explorer la plainte liée au sommeil

- Quel est le trouble ?
- Depuis combien de temps ?
- Et à part ça ?

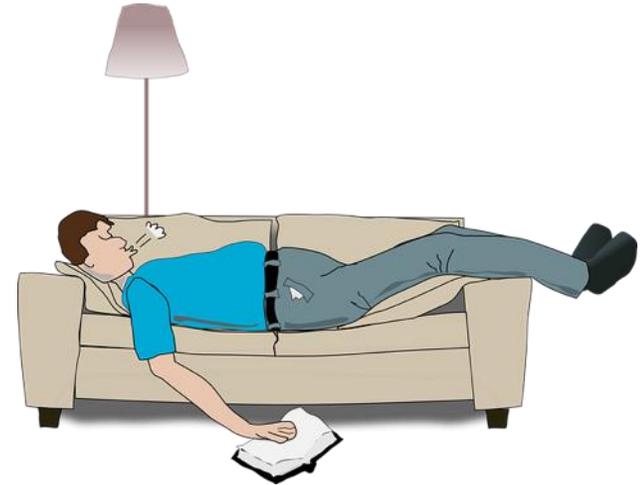
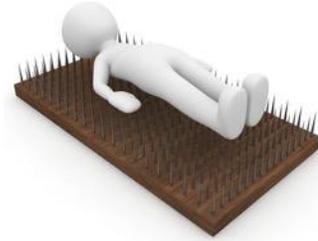


Idée 3: Quelles  
sont les attentes  
du patient ?



# Idée 4: une prise en charge surtout clinique

- Examens utiles en cas de troubles suspectés



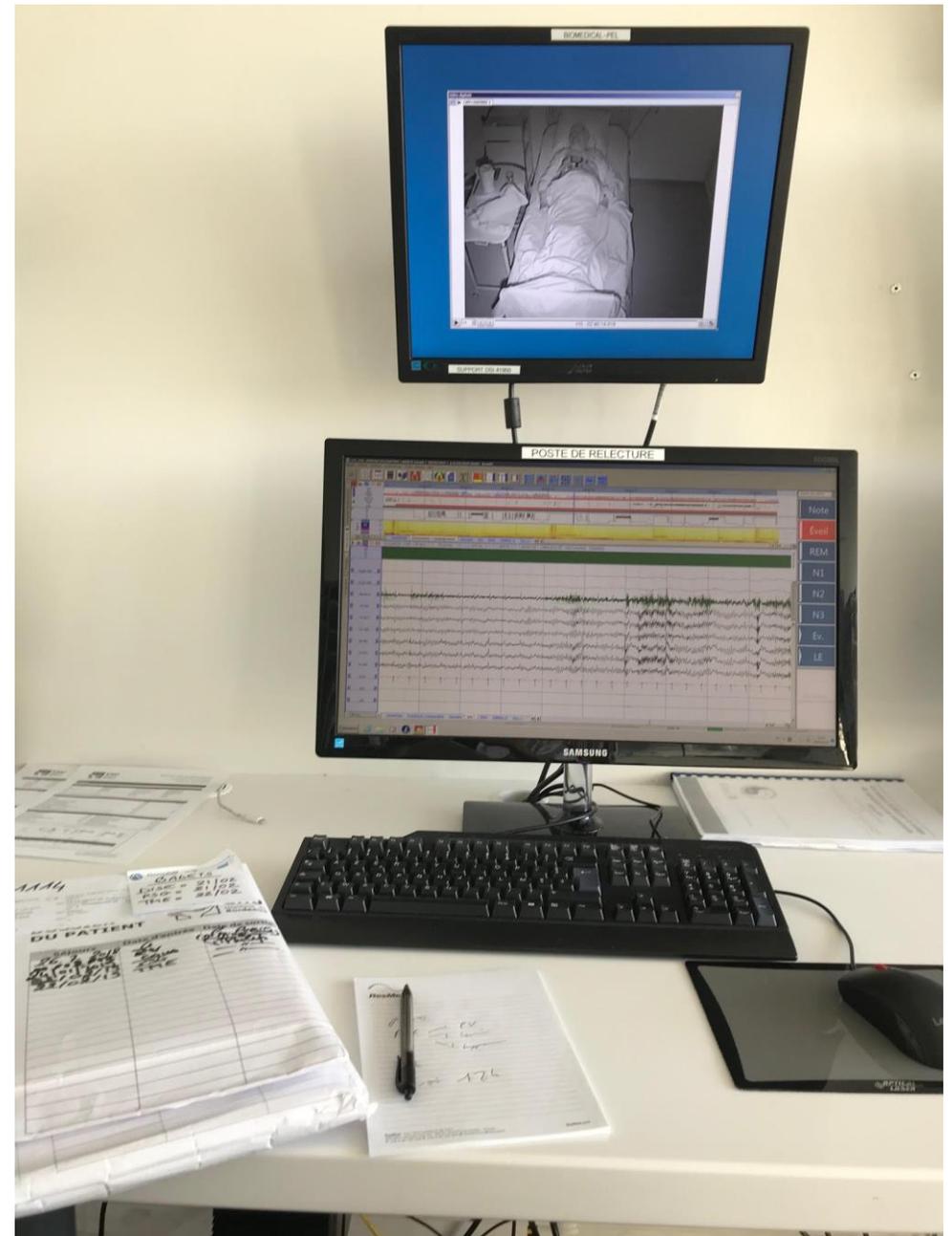
# Idée 5: orienter sur un centre du sommeil



# Idée 5: orienter sur un centre du sommeil



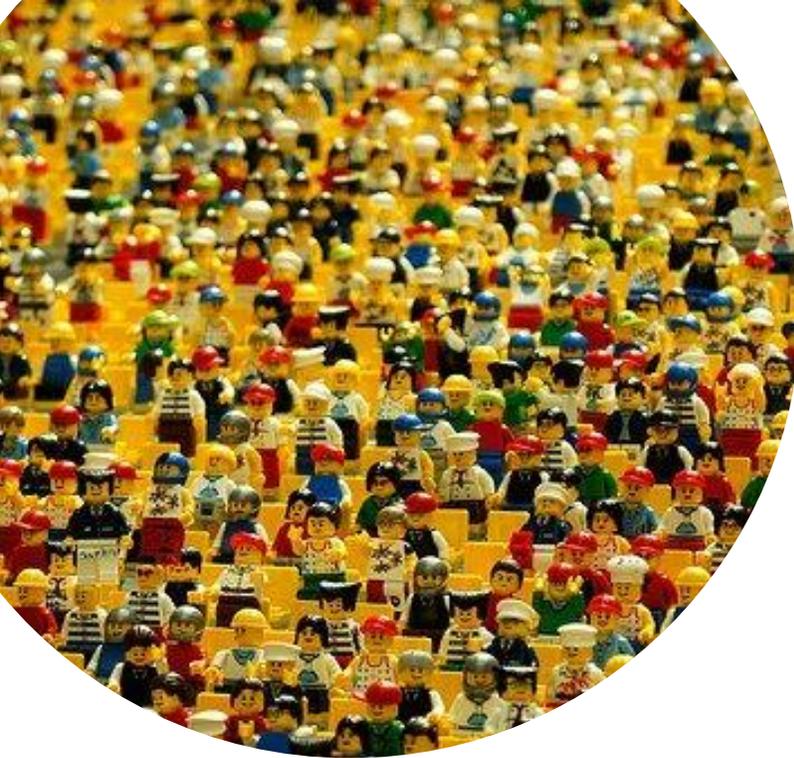
# Idée 5: orienter sur un centre du sommeil





Des questions ?





# Messages clés

- Les troubles du sommeil sont fréquents
- Chroniques, ils peuvent avoir des conséquences
- À évoquer simplement avec le patient, même sans signe évocateur
  - Psycho
  - Somatiques
- Se donner du temps pour y répondre  
=> Agenda du sommeil



# Messages clés



- Prise en charge: d'abord les RHD
- En l'absence d'amélioration, des médicaments pourront être utilisés
- ... mais le moins longtemps possible
- ... et penser au risque d'effet adverse médicamenteux
- Passer la main?

