

1 Définition

Les troubles du sommeil en psychiatrie désignent l'ensemble des perturbations du repos nocturne qui surviennent chez des personnes présentant une pathologie mentale, ainsi que les troubles du sommeil primaires qui miment, aggravent ou entretiennent des symptômes psychiatriques. En clinique infirmière, l'enjeu est de ne pas réduire le sommeil à un simple symptôme associé, mais de le considérer comme un déterminant transversal du fonctionnement psychique, du risque suicidaire, de la stabilité émotionnelle et de la prévention des rechutes.

On distingue, de façon opérationnelle, deux grandes situations :

- la première est celle où le trouble du sommeil est intriqué au trouble psychiatrique : insomnie dans la dépression, réduction du besoin de sommeil dans la manie, cauchemars et hyperéveil dans le trouble de stress post-traumatique, ou désynchronisation circadienne dans certains tableaux anxieux et bipolaires ;
- la seconde concerne les troubles du sommeil spécifiques qui doivent être recherchés activement car ils peuvent être causaux ou fortement aggravants : apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, troubles du rythme circadien, parasomnies ou narcolepsie.

Sur le plan nosographique, l'insomnie chronique constitue le tableau le plus fréquent. Elle se définit par une difficulté d'endormissement, de maintien du sommeil ou un réveil précoce, associée à une altération du fonctionnement diurne, survenant au moins trois nuits par semaine et persistant au moins 3 mois.

2 Données épidémiologiques et prévalence

L'insomnie chronique touche environ 10 % de la population générale adulte. En psychiatrie, cette fréquence est nettement plus élevée car les troubles de l'humeur et les troubles anxieux augmentent la probabilité d'insomnie, laquelle aggrave à son tour la symptomatologie psychiatrique. Ce caractère bidirectionnel explique pourquoi une stratégie de soins centrée uniquement sur le trouble psychiatrique, sans plan sommeil structuré, produit souvent des résultats incomplets.

PRATIQUES INFIRMIÈRES

- L'infirmier doit adopter un réflexe systématique de triage du sommeil :
 - identifier le type de trouble (insomnie, hypersomnie, rythme, parasomnie) ;
 - évaluer le degré de gravité et les risques immédiats (suicide, agitation, confusion) ;
 - repérer les facteurs déclenchants et de maintien (habitudes, environnement) ;
 - rechercher les comorbidités et l'impact des traitements psychotropes.

3 Physiopathologie

Le sommeil se dérègle en psychiatrie selon trois mécanismes principaux. D'abord, les mécanismes homéostatiques et circadiens : le besoin de dormir augmente avec l'éveil (pression de sommeil) et dépend d'une horloge interne synchronisée par la lumière et les

horaires sociaux. Les troubles psychiatriques s'accompagnent souvent de désynchronisations liées à l'isolement social ou à une exposition lumineuse tardive.

Ensuite, les mécanismes d'hyperéveil : l'insomnie chronique est un état d'activation persistante cognitive, émotionnelle et physiologique. Les ruminations nocturnes et l'anticipation négative maintiennent le cerveau dans une vigilance accrue, conditionnant le lit à l'éveil plutôt qu'au repos.

Enfin, les mécanismes iatrogènes et toxiques : la nicotine, la caféine, l'alcool, ainsi que de nombreux psychotropes (sédation résiduelle, syndrome des jambes sans repos induit, prise de poids favorisant les apnées) modulent la qualité du sommeil.

4 Sémiologie et diagnostic

La sémiologie du sommeil en psychiatrie ne se limite pas à la description d'une nuit difficile. Elle impose une analyse clinique globale qui articule les manifestations nocturnes et leur retentissement diurne. L'IDE doit concevoir l'insomnie comme un trouble s'étendant sur 24 heures.

A Repères nosographiques et typologie des troubles

Pour structurer son raisonnement clinique, l'infirmier s'appuie sur une classification opérationnelle des perturbations observées :

- **l'insomnie chronique** : elle se caractérise par une plainte portant sur la qualité ou la quantité de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes fréquents ou réveil trop précoce). Le diagnostic est posé lorsque ces troubles surviennent au moins trois nuits par semaine depuis plus de 3 mois, avec un impact notable sur la vie quotidienne (fatigue, irritabilité, troubles de la concentration) ;
- **l'hypersomnie et la somnolence** : à distinguer de la fatigue, la somnolence est une tendance irrépressible à l'endormissement durant la journée. Elle impose de rechercher une narcolepsie ou une hypersomnie idiopathique, souvent confondues avec le ralentissement psychomoteur de la dépression ;
- **les troubles du rythme circadien** : ils correspondent à un décalage entre l'horloge interne et les contraintes sociales (retard de phase fréquent chez l'adolescent, avance de phase chez le sujet âgé) ;
- **les parasomnies** : phénomènes anormaux survenant pendant le sommeil, tels que les terreurs nocturnes, le somnambulisme ou le trouble du comportement en sommeil paradoxal (où le patient agit ses rêves, avec un risque de blessure).

B Cartographie clinique et signes à repérer

L'entretien infirmier doit permettre de reconstituer la cartographie du sommeil du patient en explorant les éléments suivants :

- **la période de transition** : latence d'endormissement (temps mis pour s'endormir), présence de ruminations anxieuses ou de rituels de coucher ;
- **l'architecture nocturne** : nombre et durée des éveils, perception de la profondeur du sommeil, cauchemars ;
- **le comportement nocturne** : ronflements, sensations d'étouffement (apnées), impatiences dans les jambes (syndrome des jambes sans repos), somnambulisme ;
- **le retentissement diurne** : somnolence, microsiestes, irritabilité, baisse de vigilance, recours excessif aux stimulants (café, nicotine) ou à l'alcool.

C Diagnostic différentiel : les pièges en psychiatrie

L'enjeu pour l'IDE est de repérer un trouble du sommeil non reconnu qui entretiendrait la pathologie psychiatrique.

- **Le piège des apnées du sommeil** : un patient présentant une fatigue majeure, une irritabilité et des troubles de l'attention peut être diagnostiqué à tort comme dépressif alors qu'il souffre d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS).
- **Le piège médicamenteux** : certains psychotropes aggravent les troubles du sommeil (impatiences liées aux neuroleptiques, cauchemars liés aux bêtabloquants, insomnie induite par certains antidépresseurs stimulants).
- **Les causes organiques** : l'hyperthyroïdie, la douleur chronique ou les reflux gastro-œsophagiens doivent être éliminés avant d'attribuer l'insomnie à la seule pathologie mentale.

D Outils d'évaluation et mesures objectives

Le diagnostic repose sur la clinique, mais l'utilisation d'outils standardisés permet d'objectiver la plainte et de suivre l'efficacité des interventions.

- **Le journal du sommeil** : c'est l'outil de référence en psychiatrie. Rempli sur 2 semaines, il permet de visualiser les horaires de lever et de coucher, les siestes et la variabilité du sommeil. Il met en évidence le décalage entre le temps passé au lit et le temps de sommeil réel.
- **L'index de sévérité de l'insomnie (ISI)** : échelle d'autoévaluation rapide permettant de quantifier l'impact du trouble.
- **L'échelle de somnolence d'Epworth (ESS)** : indispensable pour différencier la fatigue du risque d'endormissement diurne.
- **La polysomnographie** : examen de seconde intention, réalisé en laboratoire du sommeil, nécessaire si l'on suspecte des apnées, une narcolepsie ou des parasomnies complexes ([Tableau 21.1](#)).

Tableau 21.1. Synthèse des outils de repérage des troubles du sommeil.

Outil	Finalité clinique	Intérêt pour l'IDE
Journal du sommeil	Objectiver les rythmes sur 14 jours.	Rendre le trouble « mesurable » et négociable.
ISI	Évaluer la sévérité de l'insomnie.	Suivre l'évolution sous traitement.
Échelle d'Epworth	Mesurer la somnolence diurne.	Triage et alerte sur les risques (conduite).
STOP-Bang	Dépister le risque d'apnées.	Orientation rapide vers une exploration somatique.

DOMAINE E

Démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie

L'objectivation du trouble est un préalable indispensable à toute décision thérapeutique. L'IDE doit savoir interpréter un journal du sommeil : un temps passé au lit très supérieur au temps de sommeil réel indique souvent un mécanisme de maintien de l'insomnie par conditionnement. Cette donnée est fondamentale pour justifier la mise en œuvre d'une restriction du temps au lit, intervention phare de la thérapie cognitivo-comportementale.

Organisation pratique du repérage infirmier

Une démarche structurée repose sur trois niveaux :

- **triage de sécurité** : recherche d'idées suicidaires, d'agitation ou de signes de dépression respiratoire nocturne ;
- **analyse comportementale** : analyse des routines, des consommations de substances et de l'environnement (bruit, lumière en unité) ;
- **suivi longitudinal** : utilisation du journal du sommeil pour évaluer la réponse aux mesures d'hygiène de vie et aux traitements.

5 Traitements

Le traitement repose sur une logique combinée privilégiant les interventions non médicamenteuses en première intention.

A Interventions non médicamenteuses structurées

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (CBT-I) constitue le socle du traitement. Elle repose sur :

- la restriction du temps au lit pour réaligner le temps passé au lit avec le temps de sommeil réel ;
- le contrôle du stimulus pour reconditionner le lit comme un espace exclusivement dédié au sommeil ;
- l'hygiène du sommeil : lever fixe, lumière matinale, activité diurne planifiée et réduction des stimulants.

B Pharmacologie

Les traitements médicamenteux doivent être pensés avec une logique de risque : tolérance, dépendance, chutes, confusion et aggravation d'éventuelles apnées du sommeil. La règle est d'utiliser les hypnotiques pour la durée la plus courte possible, avec un plan de sortie clairement identifié dès la prescription.

DOMAINE D

Communication, travail en équipe et leadership

La communication infirmière doit être non jugeante et collaborative. Il s'agit d'expliquer les mécanismes d'hyperéveil pour déculpabiliser le patient. En équipe, la cohérence est majeure : si un soignant encourage un lever fixe tandis qu'un autre autorise une grasse matinée prolongée, le plan thérapeutique échoue.

6 Risques, complications et évolution

Les troubles du sommeil aggravent l'irritabilité, diminuent le contrôle inhibiteur et majorent le risque suicidaire. Ils augmentent aussi les risques somatiques comme la prise de poids et l'hypertension. L'évolution dépend de la précocité de la prise en charge. Lorsque le sommeil se stabilise, il devient un stabilisateur transversal facilitant la régulation émotionnelle et l'engagement dans les autres soins.

Prévention et promotion de la santé

La prévention de la chronicisation repose sur l'éducation thérapeutique. Il faut aider le patient à stabiliser ses horaires, à gérer sa consommation de caféine et à éviter les solutions rapides délétères comme l'utilisation de l'alcool pour s'endormir, qui fragmente en réalité le sommeil.

7 Situations d'urgence

En psychiatrie, l'urgence liée au sommeil concerne souvent les conséquences de l'absence de repos :

- l'insomnie totale avec agitation : plusieurs nuits blanches associées à un désespoir ou une impulsivité majorant le risque de passage à l'acte suicidaire ;
- la suspicion de virage maniaque : une réduction du besoin de sommeil sans sensation de fatigue, associée à une énergie élevée et une logorrhée, impose une alerte médicale immédiate ;
- le risque respiratoire : une somnolence diurne majeure avec ronflements et pauses respiratoires chez un patient sous sédatifs fait craindre une dépression respiratoire nocturne.

Fiche 11 Raisonnement clinique

L'insomnie chronique comme facteur de vulnérabilité

Situation clinique initiale

Mme S., 31 ans, suivie pour trouble anxieux et épisodes dépressifs récurrents, consulte en CMP en disant : « Je ne dors presque plus. » Depuis 6 semaines, elle met plus de 1 heure à s'endormir, se réveille deux à trois fois par nuit, puis se lève épuisée. Elle compense par des siestes de 1 heure en fin d'après-midi et boit quatre cafés après 16 heures « pour tenir ». Elle a commencé à prendre de l'alcool le soir « pour couper le mental ». Elle dit ruminer au lit, anticiper la mauvaise nuit et se sentir « incapable de dormir ». Elle nie des idées suicidaires mais exprime une détresse intense : « Je n'en peux plus, si ça continue je vais craquer ».

Questions d'apprentissage et enjeux éducatifs

L'étudiant doit analyser cette situation non pas comme une simple plainte, mais comme un système de cercles vicieux. Les questions suivantes guident le raisonnement :

- comment identifier les mécanismes d'hyperéveil et de conditionnement chez Mme S. ?
- quelles croyances erronées sur le sommeil la patiente entretient-elle et comment impactent-elles son comportement ?

- comment l'éducation thérapeutique peut-elle l'aider à substituer ses stratégies d'ajustement délétères (alcool, siestes longues, caféine tardive) par des comportements régulateurs ?
- quels outils de mesure favoriser pour renforcer son autoefficacité ?

Démarche de raisonnement clinique et interventions éducatives

● Étape 1. Recueil structuré et repérage des freins éducatifs

Le recueil de données met en évidence des facteurs de maintien comportementaux majeurs. Mme S. pratique une « automédication » par l'alcool et la caféine qui fragmente son architecture de sommeil. Ses siestes tardives diminuent sa pression de sommeil pour la nuit suivante.

● Étape 2. Diagnostic infirmier et cibles d'éducation

Diagnostic infirmier principal : perturbation du sommeil (insomnie chronique) liée à un hyperéveil anxieux et à des stratégies d'adaptation inadaptées (alcool, caféine tardive, siestes prolongées), se manifestant par une latence d'endormissement supérieure à 60 minutes et une détresse psychologique.

Problèmes associés : risque d'addiction (alcool comme hypnotique), risque de rechute dépressive, altération de la vigilance diurne.

● Étape 3. Plan d'interventions : le contrat éducatif

L'intervention infirmière ne doit pas être une liste d'interdictions (hygiène du sommeil classique), mais une collaboration visant à modifier les croyances et les comportements (logique de la CBT-I).

Intervention 1 : analyse du journal du sommeil. L'IDE aide la patiente à corrélérer ses prises de caféine ou ses siestes avec la qualité de sa nuit. Objectif : faire de Mme S. l'observatrice de son propre rythme.

Intervention 2 : restructuration cognitive. Travailler sur l'anxiété de performance (« Je dois dormir 8 heures pour tenir »). Expliquer que le lit doit redevenir un lieu de plaisir et de repos, et non un lieu de combat (contrôle du stimulus).

Intervention 3 : négociation de microchangements. Proposer de remplacer l'alcool par un rituel de désactivation (lecture, respiration) et limiter les siestes à 20 minutes maximum avant 15 heures pour préserver la pression homéostatique.

● Étape 4. Objectifs éducatifs mesurables

À 15 jours : Mme S. remplit son journal du sommeil quotidiennement. Elle identifie au moins deux liens entre ses comportements diurnes et ses éveils nocturnes.

À 1 mois : la patiente a supprimé l'alcool du soir et a stabilisé son heure de lever à 7 heures, même après une mauvaise nuit, pour resynchroniser son horloge interne.

● Étape 5. Évaluation et autonomisation

L'évaluation porte sur le score ISI (*Insomnia Severity Index*) mais surtout sur le sentiment de contrôle de la patiente. Le succès éducatif est atteint lorsque Mme S. ne dit plus « Je suis incapable de dormir », mais « J'ai les outils pour gérer ma nuit ».

Traçabilité attendue (format SOAPIER)

S (Subjectif) : « Je rumine au lit, j'ai peur de la nuit. Je prends un verre de vin pour m'assommer. »

O (Objectif) : latence supérieure à 60 minutes, siestes de 1 heure, après 17 heures, quatre cafés tardifs. Score ISI initial : 22/28 (insomnie sévère).

A (Analyse) : insomnie chronique entretenue par un hyperéveil cognitif et des comportements compensatoires désynchronisants.

P (Plan) : début d'un programme éducatif centré sur le contrôle du stimulus et la réduction des stimulants. Journal du sommeil à rapporter dans 15 jours.

I (Interventions) : entretien éducatif sur les mécanismes du sommeil. Explication du lien caféine/fragmentation. Remise du support « journal du sommeil ».

E (Évaluation) : Mme S. verbalise avoir compris le rôle de la sieste tardive. Elle accepte de tester le lever fixe.

R (Réajustement) : lors du prochain rendez-vous, analyser l'impact du lever fixe sur l'anxiété matinale.

L'éducation thérapeutique dans l'insomnie est une stratégie de prévention des rechutes psychiatriques. En stabilisant le sommeil, l'IDE renforce la résilience émotionnelle de Mme S. La promotion de la santé passe ici par l'acquisition de compétences d'autosoins : savoir identifier un signal d'alerte (insomnie qui dure plus de 3 nuits) et réagir par des techniques de désactivation plutôt que par l'augmentation des substances sédatives.

Dans l'entretien d'ETP sommeil, évitez les conseils descendants de type « il faut faire ceci ». Utilisez l'entretien motivationnel :

- « Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous prête à avancer votre heure de caféine ? »
- « Quel avantage trouvez-vous à la sieste ? Quel inconvénient voyez-vous pour votre nuit suivante ? » Le rôle infirmier est de transformer une plainte passive en un engagement actif dans le soin.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5-TR. 5^e éd. rev. Paris: Elsevier Masson; 2022.
- Guelfi JD, Rouillon F. Psychiatrie. 3^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2017.

SYNTHÈSE

Les troubles du sommeil impactent la santé mentale



Classification des troubles du sommeil en psychiatrie

