

# Traitement des troubles du sommeil

M. Hatzinger<sup>a</sup>, J. Hättenschwiler<sup>b</sup>

## Introduction

Dans le traitement des troubles du sommeil, la recherche et la précision des étiologies vient en premier lieu [1]. Ceci pour qu'un traitement

étiologique soit possible, p.ex. le traitement des insomnies dans le contexte de pathologies psychiatriques et somatiques, problèmes cardiaques et troubles hormonaux notamment. Des exemples de traitements spécifiques, exigeant en général le recours au spécialiste, sont la pression positive continue respiratoire (CPAP) dans les apnées du sommeil, les substances dopaminergiques dans le restless leg syndrome ou les médicaments d'éveil ou supprimant le sommeil REM dans la narcolepsie. Ce n'est qu'ensuite qu'intervient le traitement symptomatique des troubles du sommeil, englobant le conseil en matière de sommeil et des techniques psychothérapeutiques avant le recours aux médicaments (schéma par étapes: tableau 1) [2].

**Tableau 1.**  
**Schéma thérapeutique des troubles du sommeil.**

1. Exclusion de causes exogènes, organiques, psychiatriques ou psychosociales.
2. Information, conseil, hygiène du sommeil.
3. Mesures de relaxation et prise en charge psychothérapeutique.
4. Phytothérapie
5. Hypnotiques et autres moyens favorisant le sommeil.

**Tableau 2.**  
**10 règles d'hygiène du sommeil.**

1. L'activité physique favorise la fatigue. Pas de performances de pointe, mais promenade le soir.
2. Seulement des repas légers le soir.
3. Entraînement du système végétatif, p.ex. douches chaudes ou froides.
4. Café, thé ou autres stimulants peuvent jouer un rôle défavorable. L'alcool facilite l'endormissement, mais dérange le maintien du sommeil.
5. Chambre à coucher: lit agréable, obscurité, calme.
6. Temps de sommeil court: un déficit de sommeil est désagréable mais n'est pas dangereux. La sieste programme les troubles du sommeil le soir.
7. Régularité: se coucher et se lever à la même heure; rituel d'endormissement: la monotonie favorise l'endormissement.
8. Mieux vaut se lever et lire que de se tourner et se retourner au lit.
9. Paradoxe: «je ne veux pas m'endormir»; rompre avec la terreur de l'attitude d'attente.
10. Les somnifères peuvent induire des troubles du sommeil.

## Stratégies thérapeutiques non pharmacologiques

**Conseil de sommeil.** Le conseil de sommeil suffit souvent dans les insomnies légères (10 règles d'hygiène du sommeil au tableau 2). Il développe le comportement qui favorise le sommeil, et prévient celui qui le trouble. Il est important que le patient connaisse quelques éléments de la physiologie du sommeil, de manière à corriger les espoirs non réalistes qu'il pourrait mettre dans un sommeil prétendument normal. Les vieillards p. ex. doivent savoir que le sommeil change avec l'âge. Le rythme veille-sommeil doit se stabiliser et il faut évoquer les habitudes alimentaires. La nicotine, la caféine et l'alcool doivent être également cités. Un petit verre d'alcool avant d'aller dormir a un effet inducteur du sommeil, c'est vrai, mais en plus grande quantité, il supprime les phases REM initiales et provoque un rebond REM au cours de la seconde moitié de la nuit. Ce qui donne lieu à des cauchemars et à un réveil prématuré. Et il ne faut pas en sous-estimer l'effet diurétique, avec les réveils nocturnes qu'il provoque.

### Techniques de relaxation/Psychothérapie.

De nombreuses formes de psychothérapie proposent des techniques de relaxation et tranquillisantes dans les insomnies [3]. En plus du training autogène, du biofeed-back, de la myo-relaxation selon Jacobson, de l'hypnose ou de plusieurs techniques de méditation, la thérapie comportementale surtout a mis au point des méthodes très efficaces [4].

**Contrôle du stimulus.** Dans le contrôle du stimulus, l'hypothèse de départ est que les insomniaques utilisent leur lit de manière pas assez sélective pour y dormir: ils regardent la télévision, mangent ou lisent. Cela génère des processus de conditionnement selon lesquels le lit n'est pas associé à sommeil, mais à insom-

<sup>a</sup> Centre de Médecine du Sommeil des Hôpitaux universitaires de Bâle, laboratoire du sommeil du Service de Recherche sur la Dépression, Médecine du sommeil et Neurophysiologie

<sup>b</sup> Clinique psychiatrique universitaire de Zurich

Correspondance:  
Dr Martin Hatzinger  
Clinique psychiatrique universitaire de Bâle  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
CH-4025 Basel

E-mail:  
[martin.hatzinger@pukbasel.ch](mailto:martin.hatzinger@pukbasel.ch)

Dr Josef Hättenschwiler  
Clinique psychiatrique universitaire de Zurich  
Lenggstrasse 31  
CH-8029 Zürich

E-mail:  
[jhaettenschwiler@bluewin.ch](mailto:jhaettenschwiler@bluewin.ch)

nie. Le traitement apprend au patient à sortir de son lit lorsqu'il n'y dort pas pendant un certain temps. C'est lui-même qui décide combien de temps il reste éveillé.

**Prescription paradoxale.** La prescription paradoxale est une technique cognitive bien évaluée. L'hypothèse qui en est à la base est qu'un symptôme douloureux provoque une attente anxieuse accompagnée d'une stimulation végétative. Le patient anxieux tente de contrôler ce symptôme, ce qui accentue encore le problème, par feed-back positif. La prescription paradoxale vise à sortir de ce cercle vicieux: l'insomniaque doit provoquer intentionnellement l'état de veille, en cessant de se forcer à dormir. Il ne tente alors plus de contrôler son symptôme, et la réaction végétative d'éveil n'a plus sa raison d'être; l'envie de dormir peut ainsi s'imposer et le patient s'endort.

**Privation de sommeil.** La privation de sommeil, ou plutôt la restriction du temps passé au lit, provoque un état de manque de sommeil, et du même fait une amélioration de l'efficacité du sommeil et de sa continuité.

**Techniques de thérapie cognitive.** Les techniques de thérapie cognitive visent à réduire la peur de l'insomnie par restructuration cognitive, et à relativiser les faux espoirs. Les techniques de thérapie cognitive s'intéressent d'une part à la gestion des pensées s'opposant directement au sommeil, et de l'autre à changer l'état d'esprit dysfonctionnel chronique. Des notions subjectives telles que «si je n'ai pas bien dormi, le jour suivant est déjà fichu» semblent ne pas être en corrélation avec les faits objectifs concernant les performances du lendemain. De telles idées et l'attente négative ont un effet particulièrement destructeur.

## Stratégies thérapeutiques pharmacologiques

Si les différentes mesures non pharmacologiques ne parviennent pas au but, il faut avoir recours aux médicaments. Ils s'utilisent dans le cadre d'un plan thérapeutique global, avec entretiens de soutien, les 10 règles d'hygiène du sommeil et des méthodes psychothérapeutiques. Il faut savoir quels médicaments ont déjà été prescrits ou pris en automédication.

### Phytomédicaments

Avant d'employer les hypnotiques, il faut penser aux phytomédicaments. Plusieurs de ces phytomédicaments bénéficient d'un jugement positif. Dont surtout dans les états d'agitation nerveuse, accompagnant souvent les troubles du sommeil.

- Millepertuis (*Hypericum perforatum*): léger effet d'amélioration de l'humeur;
- Strobile de houblon (*Lupuli strobulus*): effet tranquillisant et inducteur du sommeil;
- Feuille de mélisse (*Melissae folium*): effet légèrement calmant et tranquillisant;
- Tige de fleur de la Passion (*Passiflorae herba*): effet légèrement sédatif;
- Racine de valériane (*Valerianae radix*): effet tranquillisant et inducteur du sommeil;
- Kawa (*Piper methysticum*): effet tranquillisant.

Plusieurs de ces substances se trouvent sous forme d'extrait standardisé, et certaines pour infusion, et il vaut la peine de mettre à profit tous leurs effets hypnogènes effectifs et suggestifs. Elles sont légèrement sédatives et ont des effets positifs sur l'architecture du sommeil [5]. Leurs effets indésirables sont généralement négligeables, mais un risque d'atteinte hépatique a récemment été décrit pour le kawa, et la spécialité à base de kawa a même dû être retirée du marché. Nous ne savons pas grand-chose des interactions des phytomédicaments: le millepertuis aurait un effet enzymo-inducteur hépatique [6]. Ce qui pourrait faire diminuer la concentration de certains médicaments, et donc atténuer leur effet, comme cela a été décrit récemment lors de l'administration parallèle de ciclosporine [7]. Les associations présentées comme remèdes à base végétale posent problème si elles contiennent du brome, des barbituriques ou de l'alcool. Il faut généralement se méfier des spécialités non officiellement enregistrées.

### Hypnotiques du type agonistes des récepteurs des benzodiazépines

Les agonistes des récepteurs des benzodiazépines GABA<sub>A</sub>, occupent une position dominante dans le traitement hypnotique, du fait de leur effet hypnogène, de leur simplicité d'emploi et de leurs marges thérapeutiques très larges [8]. Utilisés comme il se doit, ce sont les médicaments de choix contre les insomnies. En l'état actuel des connaissances, les benzodiazépines déploient leur effet par interaction sur le complexe du récepteur des benzodiazépines GABA<sub>A</sub>, tout comme les nouveaux hypnotiques zopiclone (Imovane<sup>®</sup>), zolpidem (Stinox<sup>®</sup>) et zalcéplone (Sonata<sup>®</sup>). Ils potentialisent l'effet du neurotransmetteur inhibiteur GABA (acide gamma-aminobutyrique), facilitant ainsi l'endormissement, et rendant le sommeil plus profond, plus tranquille et récupérateur. Ces effets se confirment à la polysomnographie: le délai d'endormissement est plus court, il y a moins de phénomènes de réveil, la durée globale du sommeil est prolongée et son efficacité plus grande. Les benzodiazépines diminuent les parts de sommeil profond et REM. Aux doses

recommandées, les nouveaux hypnotiques (zopiclone, zolpidem, zaléplone) agissent nettement moins sur les sommeils profonds et REM. Les différences d'effet sont en grande partie fonction de la pharmacocinétique de ces substances, et donc de leurs durées d'action respectives. Le tableau 3 présente les agonistes des récepteurs des benzodiazépines souvent utilisés selon leurs différentes caractéristiques. La demi-vie peut donner des précisions sur la durée d'action voulue, mais il faut savoir que la dose, la vitesse de résorption, la distribution (la lipophilie) et le métabolisme sont des caractéristiques pharmacocinétiques également importantes.

Il faut choisir les somnifères individuellement, en fonction de la symptomatologie, et sans négliger le profil d'effets/effets indésirables. Les critères les plus importants figurent au tableau 4. La durée d'action du médicament doit être adaptée à la phénoménologie du trouble du sommeil: les hypnotiques à brève durée d'action sont indiqués dans les problèmes d'endormissement, et ceux à durée d'action moyenne dans les problèmes de maintien du sommeil, d'induction et de maintien du sommeil combinés et dans le réveil prématuré. Les substances à demi-vie très courte, comme le zaléplone, peuvent également se prendre en pleine nuit, sans crainte de «hang-over» le lendemain matin. Les hypnotiques à longue durée d'action ne doivent être utilisés que lorsqu'une action spécifique sur la symptomatologie diurne est souhaitée (p.ex. anxiolyse).

Les effets indésirables et le potentiel d'interactions sont également très importants. Les benzodiazépines, sur le marché depuis des années et bien connues, ont révélé quelques effets indésirables. Dont sédation diurne, indifférence, accoutumance, phénomène de rebond (réapparition de la symptomatologie originelle plus marquée) après interruption, amnésie antérograde, faiblesse musculaire, ataxie, dépendance, états délirants et dépression respiratoire. Il ne faut pas négliger les interactions potentiellement dangereuses avec d'autres substances psychotropes (alcool, médicaments). Les effets indésirables augmentent avec l'âge, mais peuvent aussi être non négligeables chez les jeunes. Lors de tout nouveau traitement par un médicament agissant au niveau central, il faut bien expliquer ses répercussions possibles sur l'aptitude à la conduite de véhicules automobiles. Avec l'âge également, la variabilité des effets et effets indésirables devient très importante. Il est conseillé de diminuer de moitié la dose initiale chez les vieillards. Les effets indésirables tels qu'obnubilation, hypervigilance paradoxale, hallucinations et éventuels troubles moteurs (myorelaxation, ataxie, risque de chute) et respiratoires (dépression respiratoire) sont souvent le reflet d'un surdosage relatif, et doivent être recherchés. Les patients ayant une anamnèse de toxicomanie ne devraient pas recevoir de somnifère ayant un potentiel de dépendance. Mais il s'agit le cas échéant de bien peser l'indication contre le risque de dépendance. Les substances sédatives à toxicité importante, comme les tricycliques, ne doivent être prescrites à des patients suicidaires qu'avec une extrême prudence.

**Tableau 3. Agonistes des récepteurs des benzodiazépines.**

Médicament	Nom commercial (CH)	Posologie (mg)	Période de demi-valeur (heures)	Métabolites actifs
<b>Période de demi-vie longue</b>				
Flunitrazepam	Rohypnol	1–2	20–30	+
Flurazepam	Dalmadorm	15–30	40–100 (Metabolit)	+
Nitrazepam	Mogadon	5–10	30–40	–
<b>Période de demi-vie moyenne</b>				
Brotizolam	Lendormin	0,25–0,5	9	+
Lorazepam + Diphenhydramin	Somnium	1 25	8–12 2–3	–
Lormetazepam	Loramet Noctamid	1–2	8–12	–
Temazepam	Normison	10–30	5–15	–
Zopiclon	Imovane	3,75–7,5	4,5–6	–
<b>Période de demi-vie courte</b>				
Midazolam	Dormicum	7,5–15	1,5–2,5	+
Triazolam	Halcion	1,5–5,5	1,5–5,5	+
Zaleplon	Sonata	5–10	1	–
Zolpidem	Stilnox	5–20	2–3	–

**Exécution pratique d'un traitement par hypnotiques.** Toutes ces caractéristiques imposent quelques recommandations pour un traitement

**Tableau 4. Critères de choix du médicament.**

**Caractéristiques de la substance pharmacologique**

- Durée d'action, pharmacocinétique
- Effet secondaire souhaité sur la symptomatologie diurne, p.ex. la peur
- Profil d'effets secondaires
  - Effets secondaires psychiatriques, cognition
  - Motricité
  - Respiration

**Caractéristiques du patient**

- Age
- Risque d'abus
- Suicidalité

par agonistes des récepteurs des benzodiazépines. Au début d'un traitement par hypnotiques, il faut donner toutes les explications nécessaires au patient. Le traitement est limité dans le temps, et c'est au médecin de déterminer le médicament, la dose, l'heure de la prise et la durée du traitement. Seul le médecin peut adapter les doses. Ces recommandations figurent dans le tableau 5. La durée de la prise régulière d'hypnotiques du type agonistes des récepteurs des benzodiazépines doit être limitée à 2-4 semaines. Il n'est pas recommandé d'envisager un nouveau traitement d'emblée à long terme, mais à titre exceptionnel, et uniquement lorsque les critères du tableau 6 sont remplis. Si l'insomnie reprend après interruption progressive du traitement, il faut revoir la stratégie thérapeutique, intensifier les méthodes non médicamenteuses et/ou recourir à des substances d'autres classes (p.ex. antidépresseurs sédatifs).

Mais si l'indication à un traitement chronique par hypnotiques est posée, plusieurs concepts thérapeutiques ont été développés:

**Traitement intermittent standard.** Pour le traitement intermittent standard, la durée de la prise régulière d'hypnotiques ayant un potentiel de dépendance se limite à 4 semaines. Ensuite de quoi l'hypnotique est arrêté progressi-

vement sur quelques jours, et après une période de 2-4 semaines de traitement non médicamenteux intensif, repris si nécessaire pour 2-4 semaines.

**Traitement intermittent à la demande contrôlé.** Pour le traitement intermittent à la demande contrôlé, le traitement hypnotique est incorporé à un concept de thérapie comportementale, en combinant l'administration intermittente d'hypnotiques à des doses unitaires correspondant aux besoins du patient, et c'est à lui de décider. La prise de comprimés est fixée pour 3 nuits au maximum en début de semaine, celles précédant les jours où le patient pense devoir être absolument performant. Il ne peut, mais ne doit pas nécessairement prendre le somnifère que ces nuits-là. Le traitement intermittent à la demande contrôlé n'est pas un traitement à la demande spontané. Il empêche que l'impression de mal dormir soit conditionnée sans contrôle par la prise du comprimé.

**Traitement combiné à faibles doses.** L'association de deux somnifères peut être indiquée dans les insomnies chroniques, lorsque malgré la prise quotidienne le somnifère prescrit n'est pas suffisamment efficace. En clinique, l'association d'un hypnotique à un antidépresseur sédatif à faible dose, ou à un neuroleptique de faible puissance a fait ses preuves. Ce qui permet souvent de diminuer la dose de l'hypnotique.

#### Autres substances améliorant le sommeil

**Antidépresseurs.** Les antidépresseurs sédatifs, dont amitriptyline (Saroten®, Triptyzol®), doxépine (Sinquane®), miansérine (Tolvon®), mirtazapine (Remeron®), néfazodone (Nefadar®), trazodone (Trittico®) et trimipramine (Surmontil®) doivent être les premiers utilisés chez les dépressifs souffrant de troubles du sommeil. A dose suffisante, il n'y a généralement pas besoin d'hypnotiques, et les benzodiazépines peuvent être progressivement abandonnées, le cas échéant. Du fait de leur puissance sédatrice parfois très marquée, ces antidépresseurs peuvent s'utiliser dans les troubles du sommeil, qu'il y ait ou non une dépression. Ce sont notamment des alternatives aux agonistes des récepteurs des benzodiazépines lorsqu'un traitement de longue durée est envisagé. De faibles doses ont souvent un bon effet. L'avantage d'une bonne efficacité et d'un potentiel de dépendance quasi nul s'opposent aux effets indésirables marqués des tricycliques, notamment sur la conduction cardiaque, chute de tension ou effets anticholinergiques. Ce qui rend indispensables des explications avant la mise en route du traitement. La miansérine et les nouvelles substances néfazodone et mirta-

**Tableau 5. Recommandations pour le traitement médicamenteux.**

1. Indication claire
2. posologie la plus petite possible
3. traitement le plus court possible, au maximum 4 semaines
4. ne pas arrêter la médication abruptement
5. Observer les contre-indications

**Tableau 6. Thérapie à benzodiazépines à long terme si:**

1. il y a un déficit chronique de sommeil;
2. l'état diurne est gêné sans traitement;
3. une insomnie de rebound a pu être exclue;
4. une insomnie pouvant être traitée de façon causale a été exclue;
5. il n'y a pas d'antécédents de dépendance;
6. d'autres substances inductrices de sommeil et/ou des traitements non médicamenteux sont contre-indiquées ou sans effets;
7. des essais d'arrêter la médication et une thérapie à intervalle est essayée;
8. le patient ne profite apparemment que d'une thérapie à somnifères continue et / ou
9. une prise de somnifères est bien tolérée pendant des années avec un sommeil satisfaisant et sans perturbations diurnes et
10. l'arrêt du traitement à somnifère nuit plus qu'il n'apporte d'avantages.

**Tableau 7.**  
**Choix d'antidépresseurs pour le traitement de troubles du sommeil.**

Amitriptylin (Saroten®, Tryptizol®)
Doxepin (Sinquan®)
Mianserin (Tolvon®)
Mirtazapin (Remeron®)
Nefazodon (Nefadar®)
Trazodon (Trittico®)
Trimipramin (Surmontil®)

zapine sont mieux tolérées, et peuvent également être administrées aux vieillards. Elles se prennent peu avant le coucher ou à dose faible une à deux heures avant. Dans ce dernier cas, les insomniaques chroniques sont débarrassés de leur tensions et de leurs angoisses vespérales, ce qui leur facilite l'endormissement. La dose doit être fixée de cas en cas, du fait de la variabilité interindividuelle considérable de l'effet inducteur du sommeil et des effets indésirables. Pour les tricycliques comme la trimipramine, qui existe également en gouttes, ce qui permet de bien en titrer la dose, la dose initiale recommandée est de 25 mg, éventuellement réduite de moitié chez le vieillard. Dans une étude contrôlée, la trimipramine a fait preuve du meilleur effet hypnotique à la dose choisie librement par les patients jusqu'à plus de 100 mg [9].

**Neuroleptiques.** Les neuroleptiques sédatifs comme chlorprothixène (Truxal®), lévomépromazine (Nozinan®), pipampérone (Dipiperon®), promazine (Prazine®) ou thioridazine (Melleril®) n'ont pas encore été étudiés suffisamment dans l'indication «insomnie d'origine non psychotique», scientifiquement parlant. Surtout en ce qui concerne leur effet inducteur du sommeil et leur efficacité à long terme. Et leurs effets indésirables potentiellement dangereux posent des problèmes: chute tensionnelle par sympatholyse, mais aussi effets anticholinergiques et moteurs extrapyramidaux (dyskinésies tardives). La lévomépromazine (Nozinan®) par exemple ne devrait être utilisée qu'avec la plus grande retenue en raison de ses effets cardiovasculaires marqués, même chez les jeunes. Il est recommandé d'utiliser les neuroleptiques en première intention dans les insomnies accompagnant les psychoses. Ils sont également utilisés en cas de contre-indication aux benzodiazépines. Et notamment dans des problèmes de dépendance, mais aussi chez les vieillards insomniaques, qui bénéficient de leur effet moins myorelaxant que celui des benzodiazé-

pines. Et chez les grands déments, certains peuvent être utilisés avec grand succès, dont la pipampérone (Dipiperon®).

**Antihistaminiques.** Les antihistaminiques comme diphénhydramine (plusieurs spécialités), doxylamine (Sanalepsi®), hydroxyzine (Atarax®) ou prométhazine (Phénergan®) s'utilisent parfois pour la régulation du sommeil, mais ils peuvent poser de grands problèmes en particulier chez les vieillards, du fait de leurs effets anticholinergiques et alpha-adrénergiques (états délirants, chute tensionnelle).

**Mélatonine.** L'hormone mélatonine, admise aux U.S.A. comme complément alimentaire («nutritional supplement») pourrait prendre une certaine importance dans le traitement des troubles du sommeil. Mais en l'état actuel des connaissances, la mélatonine n'est autorisée que comme «chronothérapeutique», soit pour traiter les troubles du rythme circadien, mais pas comme hypnotique utilisable à large échelle. Chez des aveugles ayant des rythmes circadiens anarchiques (rythmes non synchronisés sur l'heure extérieure et ne suivant pas un rythme précis de 24 heures), la mélatonine a permis de rétablir un rythme stable de 24 h, synchronisé sur l'extérieur [10]. La mélatonine devrait également s'avérer utile contre le «jet lag» résultant du changement de fuseau horaire après vols long courrier. Mais les données ne sont pas unanimes [11]. Ce qui limite l'emploi de la mélatonine est le manque de données sur sa posologie optimale et ses effets indésirables, surtout à long terme. D'autres études sont indispensables avant qu'elle puisse être recommandée de routine.

#### Age et hypnotiques

Encore une remarque sur l'âge pour terminer: les vieillards sont en général plus sensibles aux substances à effet central, dont les hypnotiques. La sédation diurne ou les problèmes cognitifs ou moteurs peuvent être plus marqués. Et il ne faut pas oublier les interactions avec d'autres médicaments. Du fait de leur multimorbidité, les vieillards doivent souvent prendre un grand nombre de médicaments. Il faut être restrictif et prudent avec les benzodiazépines, et les vieillards tolèrent généralement mieux les nouveaux agonistes des récepteurs des benzodiazépines. En plus des neuroleptiques et des antidépresseurs, les vieillards, déments surtout, peuvent bénéficier à court terme de l'hydrate de chloral (Chloraldurat®) et du clométhiazole (Distraneurin®). Tous deux ne doivent pas se prescrire librement: et surtout la prise quotidienne de clométhiazole doit être limitée à quelques jours et, selon les recommandations de la Médecine du sommeil, uniquement en milieu hospitalier [3]. Le clométhiazole peut en

## Quintessence

- Dans le traitement des troubles du sommeil, le diagnostic et le traitement causal occupent la première place. Si cela s'avère impossible, il faut avoir recours à un traitement symptomatique: avant de passer à une pharmacothérapie par phytomédicaments ou par hypnotiques, il faut épuiser tout le potentiel des mesures non médicamenteuses.
- Les troubles du sommeil peuvent actuellement se traiter de manière ciblée, avec toute une gamme d'hypnotiques et autres substances inductrices du sommeil.
- Le développement de nouveaux hypnotiques a apporté quelques améliorations par rapport aux benzodiazépines classiques, en ce qui concerne leur profil d'effets et d'effets indésirables et leur potentiel de dépendance, mais l'expérience clinique est encore largement déficitaire.

outré déclencher une dépression respiratoire avec hypersécrétion bronchique; l'hydrate de chloral a des marges thérapeutiques étroites, un potentiel d'interactions important, une durée d'action brève, et ne doit pas s'utiliser en cas d'hépatopathie.

## Remerciements

Nous remercions les collègues ci-dessous d'avoir lu le manuscrit, et pour leurs précieuses suggestions:

Dr P. Höck, FMH Psychiatrie/Psychothérapie, Grienbachstr. 36, 6300 Zoug;

Dr S. Rennhard, FMH Médecine générale, Heiselstr. 87, 8155 Niederhasli/ZH;

Dr C. Vanoni, FMH Médecine générale, case postale, 4013 Bâle/BS.

## Références

- 1 Hättenschwiler J, Hatzinger M. Diagnostik von Schlafstörungen. *Forum Med Swiss* 2000;1:265-70.
- 2 Holsboer-Trachsler E, Vanoni C. Depression und Schlafstörung in der Allgemeinpraxis. 3. Auflage Binningen (Schweiz): Verlag Medical Congress GmbH; 2000. ISBN 3-00-002991-5
- 3 Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Schulz H. (Hrsg.). Kompendium Schlafmedizin. Landsberg/Lech: Ecomed; 1998.
- 4 Backhaus J, Riemann D. Schlafstörungen. Fortschritte der Psychotherapie. Bd. 7 Göttingen: Hogrefe Verlag; 1999.
- 5 Schulz V, Hänsel R. Rationale Phytotherapie – Ratgeber für die ärztliche Praxis. 4. Auflage Berlin Heidelberg, New York: Springer; 1999.
- 6 Bon S, Hartmann K, Kuhn M. Johanniskraut: ein Enzyminduktor? *SANZ-Streiflicht* Nr. 40. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:2193-4.
- 7 Barone GW, Gurley BJ, Ketel BL, Lightfoot ML, Abul-Ezz SR. Drug interaction between St. John's Wort and cyclosporine. *Ann Pharmacother* 2000;34:1013-6.
- 8 Sturm A, Clarenbach P. Checkliste Schlafstörungen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1997.
- 9 Hohagen F, Fritsch Montero R, Weiss E, Lis S, Schönbrunn E, Dressing H, et al. Treatment of primary insomnia with trimipramine: an alternation to benzodiazepine hypnotics? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:65-72.
- 10 Sack RL, Brandes RW, Kendall AR, Lewy AJ. Entrainment of free-running circadian rhythms by melatonin in blind people. *N Engl J Med* 2000;343:1070-7.
- 11 Spitzer RL, Terman M, Williams JB, Terman JS, Malt UF, Singer F, Lewy AJ. Jet lag: clinical features, validation of a new syndrome-specific scale, and lack of response to melatonin in a randomized, double-blind trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1392-6.