

Écouter de la musique pour vaincre l'insomnie ?

Référence

Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD010459.pub2

Analyse de

Tom Declercq, Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Question clinique

Quel est l'effet d'écouter de la musique versus soins standards, sur l'insomnie chez l'adulte ?

Contexte

D'après l'enquête réalisée auprès de la population belge, environ 30% des personnes de plus de 15 ans ont des problèmes de sommeil (1). Malgré leur effet avéré, on ne profite pas assez des traitements non pharmacologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (2-6) et la thérapie par restriction de sommeil (7,8). L'effort demandé au patient et la nécessité d'intervenants formés pourraient être des freins. On recherche donc des alternatives plus simples et moins onéreuses, comme celle d'écouter de la musique. La musicothérapie est déjà utilisée comme antalgique (9), en neuro-revalidation (10) pour la prise en charge de certaines affections psychiatriques (11,12) ainsi que pour l'amélioration du bien-être psychique général dans les affections chroniques telles que le cancer et les cardiopathies (13,14). Au cours des 20 dernières années, plusieurs études ont examiné l'impact de différentes méthodes d'écoute musicale sur la qualité du sommeil.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyses

Sources consultées

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, SCOPUS, ClinicalTrials.gov, Current Controlled Trials, Répertoire International de Littérature Musicale ; jusque mai 2015
- recherche manuelle dans 15 périodiques et dans les listes de références des études incluses
- consultation d'experts (pour trouver également des études non publiées).

Études sélectionnées

- 5 études cliniques randomisées et 1 **étude clinique quasi-randomisée (quasi RCT)** qui ont examiné l'effet de 25 à 60 minutes par jour d'écoute de musique enregistrée et le plus souvent sélectionnée par les investigateurs (musique classique occidentale et chinoise, new age, musique éclectique, musique pop, jazz), versus absence de traitement ou les soins standards (seuls), durant une période allant de 3 jours à 5 semaines; 15 à 65 patients par étude ; 4 études menées en ambulatoire, 1 étude menée dans le laboratoire du sommeil et 1 étude menée dans un centre de revalidation pour patients souffrant de douleurs chroniques lombaires
- exclusion des études avec randomisation en grappe et des études avec permutation.

Population étudiée

- 314 adultes âgés de 19 à 83 ans, 70% de femmes, présentant des symptômes d'insomnie, avec un Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (**Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI**) > 5 (en moyenne entre 6,8 et 16) ; 1 étude chez des réfugiés traumatisés, 1 étude chez des patients souffrant de douleurs chroniques lombaires, 2 études chez des personnes âgées.

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires : qualité du sommeil, latence d'endormissement, durée totale du sommeil, nombre d'interruptions du sommeil, efficacité du sommeil (pourcentage du temps passé au lit durant lequel on dort), effets indésirables ; mesure à l'aide de l'agenda du sommeil, de la polysomnographie, de l'actigraphie, d'échelles harmonisées (comme le PSQI et l'**index de sévérité de l'insomnie (ISI)**)
- critères de jugement secondaires : critères de jugement psychologiques (dépression, angoisse, qualité de vie), physiques (fatigue, somnolence diurne, douleur) et physiologiques (rythme cardiaque, variabilité du rythme cardiaque, pression artérielle)
- modèle d'effets aléatoires et modèle d'effets fixes
- analyses en sous-groupes (musique sélectionnée ou non par l'investigateur ; écoute de la musique seule ou en association avec une thérapie de relaxation)
- analyses de sensibilité (exclusion des études avec randomisation inadéquate, non préservation du secret d'attribution (*concealment of allocation*), non aveuglement pour le jugement des critères).

Résultats

- critères de jugement primaires :
 - le score PSQI moyen étant environ 3 points plus bas avec l'écoute de musique, versus absence de traitement ou soins standards (différence moyenne -2,80 points avec IC à 95% de -3,42 à -2,17 et $p < 0,00001$; $N = 5$ études avec un suivi de 21 à 35 jours ; $n = 264$; $I^2 = 0\%$)
 - dans 1 étude ($n = 50$), après 3 jours de traitement, aucune différence dans la latence d'endormissement, la durée totale du sommeil, les interruptions du sommeil et l'efficacité du sommeil ; mesure à l'aide de la polysomnographie
 - aucune étude n'a mentionné des effets indésirables
 - pas de différence quant à l'effet sur le score PSQI selon que la musique était choisie par le patient ou par l'investigateur, ni selon que l'écoute de musique était ou non associée à une thérapie de relaxation.
- critères de jugement secondaires :
 - 1 seule étude évaluait la qualité de vie, sans différence statistiquement significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que cette synthèse méthodique avec méta-analyses montre que l'écoute de musique peut être efficace pour améliorer la qualité subjective du sommeil chez l'adulte souffrant d'insomnie. Cette intervention est sans danger et facile à mettre en place. La recherche doit se poursuivre pour déterminer l'effet de l'écoute de musique sur les autres aspects du sommeil ainsi que sur les conséquences de l'insomnie dans la vie quotidienne.

Financement de l'étude

4 des 6 études ont été financées par une bourse d'un organisme de recherche national, une université, le gouvernement ou une fondation. Pour 2 des études, aucune information n'est donnée concernant le financement.

Conflits d'intérêts des auteurs

Non mentionnés.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Pour cette synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration, un très grand nombre de sources ont été consultées sans aucune restriction. Deux investigateurs indépendants l'un de l'autre ont évalué

la qualité méthodologique des études au moyen de l'outil de la Cochrane Collaboration « risque de biais » (15), et, en cas de désaccord, ils ont consulté un troisième investigateur. Ils ont inclus des études randomisées contrôlées et également des études quasi-randomisées. Pour le dernier groupe d'études, l'affectation des participants s'est faite, par exemple, selon des numéros en alternance ou la date de naissance. Une telle procédure de randomisation est associée à un risque élevé de biais de sélection (16). Pour chaque étude incluse, le risque de biais était élevé pour au moins 1 item. La nature de l'intervention (écouter de la musique), ne permet pas de respecter l'insu. Les critères de jugement subjectifs, comme le score PSQI, peuvent ainsi être fortement faussés. L'évaluation de l'effet a été réalisée en aveugle dans 3 études, et le risque de **biais de détection** était donc faible. Le score PSQI, une échelle validée pour dépister l'insomnie, n'apprend rien sur la nature du problème de sommeil (problème d'endormissement ou réveils pendant la nuit). Un diagnostic clinique de trouble du sommeil n'a été posé dans aucune étude. Par conséquent, les troubles du sommeil secondaires, comme dans le cas du syndrome d'apnée obstructive du sommeil et du syndrome des jambes sans repos, n'ont pas été exclus. Dans certaines études, le problème de sommeil était lié à une souffrance psychologique ou physique, mais la plupart des études ne donnent absolument aucune information sur la cause sous-jacente du problème de sommeil. Une seule étude mentionne des informations sur la durée du problème de sommeil. Ces différences dans les caractéristiques des patients sont à l'origine d'une importante hétérogénéité clinique entre les études. D'autres différences sont à déplorer : différences quant aux caractéristiques de l'écoute de la musique (active (suivant des instructions spécifiques concernant par exemple la relaxation) ou passive ; choix de la musique par l'investigateur ou (en partie) par le participant) et des différences quant aux caractéristiques de la musique elle-même et quant à la durée de l'étude (35 jours maximum). Quelques analyses en sous-groupes sont peu fiables par manque de participants.

Mise en perspective des résultats

Versus absence de traitement ou soins standards, écouter de la musique entraîne une amélioration statistiquement significative d'un écart-type (ET) au score PSQI. Cette amélioration de la qualité du sommeil peut être considérée comme cliniquement pertinente (17). Le résultat n'est pas modifié après exclusion des études dont la qualité méthodologique est insuffisante. Le résultat ne dépend pas de la personne qui a sélectionné la musique (que ce soit l'investigateur ou le participant), ni de l'association ou non de la musique à des exercices de relaxation. Pour ces analyses en sous-groupes, il se peut toutefois que la puissance ne soit pas suffisante (*vois plus haut*). L'effet constaté est similaire à celui de 2 précédentes synthèses méthodiques examinant l'effet de la musicothérapie sur l'amélioration de la qualité du sommeil chez des adultes qui n'avaient pas nécessairement un trouble du sommeil (18,19).

Dans une étude, l'amélioration subjective de la qualité du sommeil ne s'est cependant pas traduite en une amélioration des paramètres objectifs tels que la latence d'endormissement, la durée du sommeil, les interruptions du sommeil et l'efficacité du sommeil, mesurés au moyen de la polysomnographie (20). Une autre étude a examiné l'effet de la musicothérapie sur la qualité de vie et n'a pas pu montrer de réels effets (21). Aucune conclusion définitive ne peut être tirée de ces résultats car ces études n'avaient inclus qu'un petit nombre de participants et que le risque de biais était élevé. Aucune étude n'a rapporté l'effet sur les paramètres en lien avec les capacités fonctionnelles dans la vie de tous les jours, comme la fatigue diurne. C'est pourtant important car un traitement de l'insomnie doit pouvoir améliorer non seulement le sommeil, mais aussi les capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne (22).

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique avec méta-analyse montre que, chez des personnes avec divers problèmes de sommeil, écouter de la musique améliore la qualité subjective du sommeil. On ne connaît pas l'effet du traitement sur les paramètres objectifs de la qualité du sommeil, sur les capacités fonctionnelles dans la vie de tous les jours et sur la qualité de vie. Il est nécessaire de mener des études de meilleure qualité, avec un suivi plus long, portant sur la qualité du sommeil et

sur les capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne chez les personnes chez qui un trouble (primaire) du sommeil a été cliniquement diagnostiqué.

Pour la pratique

« Une heure avant le coucher, essayez d'effectuer une activité reposante, par exemple écouter de la musique ou bavarder avec votre partenaire » est un conseil d'hygiène du sommeil qui fait partie de la prise en charge non pharmacologique de l'insomnie (22). La synthèse méthodique avec méta-analyses décrite plus haut montre qu'écouter de la musique avant le coucher est associé à une amélioration subjective de la qualité du sommeil chez les personnes ayant des problèmes de sommeil. La recherche doit se poursuivre pour savoir dans quelle mesure cela vaut aussi pour les personnes chez qui un trouble (primaire) du sommeil a été cliniquement diagnostiqué, quelle forme de musicothérapie est la plus efficace et si l'amélioration de la qualité du sommeil entraîne aussi une amélioration de la qualité de vie et une amélioration des capacités fonctionnelles dans la vie de tous les jours.

Références

1. Enquête de Santé par Interview Belgique 2013. URL: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2013.pdf (site consulté le 24/06/2017).
2. Rogiers R. Cognitieve gedragstherapie bij slaapstoornissen. *Minerva* 2002;31(5):262-4.
3. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1856-64. DOI: 10.1001/jama.285.14.1856
4. Declercq T. De behandeling van slapeloosheid bij ouderen. *Minerva* 2000;29(1):70.
5. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA* 1999;281:991-9. DOI: 10.1001/jama.281.11.991
6. Alessi et al. Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBTi) in older people. *Clinical Evidence*, July 26, 2016.
7. Declercq T. Forme simplifiée de restriction de sommeil comme traitement de l'insomnie en première ligne de soins ? *MinervaF* 2016;15(6):136-9.
8. Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, et al. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice. *Br J Gen Pract* 2015;65:e508-15. DOI: 10.3399/bjgp15X686137
9. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez A. Music for pain relief. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004843.pub2
10. Bradt J, Magee WL, Dileo C, et al. Music therapy for acquired brain injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD006787.pub2
11. Maratos A, Gold C, Wang X, et al. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2
12. Mössler K, Chen X, Haldal TO, Cold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
13. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub2
14. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD006577.pub3
15. Higgins JP, Altman DG, Gotzsche PC, et al; Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928. DOI: 10.1136/bmj.d5928
16. Chevalier P. Le risque de biais lié à la séquence d'attribution. *MinervaF* 2012;11(5):64.
17. Poelman T. Comment interpréter une différence moyenne standardisée (DMS) ? *MinervaF* 2014;13(4):51.
18. De Niet GJ, Tiemens BG, Kloos MW, Hutschemaekers GJ. Review of systematic reviews about the efficacy of non-pharmacological interventions to improve sleep quality in insomnia. *Int J Evid Based Healthc* 2009;7:233-42. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2009.00142.x
19. Hernández-Ruiz E. Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters. *J Music Ther* 2005;42:140-58. DOI: 10.1093/jmt/42.2.140
20. Chang ET, Lai HL, Chen PW, et al. The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: a randomized control trial. *Int J Nursing Stud* 2012;49:921-30. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.019
21. Jespersen KV, Vuust P. The effect of relaxation music listening on sleep quality in traumatized refugees: a pilot study. *J Music Ther* 2012;49:205-29. DOI: 10.1093/jmt/49.2.205
22. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. Insomnie: recommandation en première ligne de soins. *SSMG* 2006. Ce guide de pratique clinique est en révision (première révision prévue pour décembre 2017).