

# AU-DELÀ DE L'ABC DU TRAITEMENT COGNITIVOCOMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE

L'insomnie est un trouble dont la prévalence dans la population québécoise est d'environ 30% de façon occasionnelle et 10% de façon chronique<sup>1</sup>. Le médecin, qui voit souvent des patients qui en sont atteints, est en mesure de diagnostiquer un trouble de sommeil, car il connaît les difficultés qui l'accompagnent et les conséquences qui en découlent. Toutefois, dans le contexte d'une consultation en cabinet, offrir un traitement efficace et de surcroît non pharmacologique est très difficile.

Annie Vallières et Bernard Guay

Quelles sont donc les méthodes efficaces pour traiter l'insomnie autrement que par les médicaments et comment les adapter au contexte clinique du médecin? Le présent article vise à répondre à ces questions en offrant aux omnipraticiens une façon d'adapter les interventions du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie (TCC-I) au contexte d'une consultation rapide en cabinet afin d'outiller les patients à l'aide de recommandations simples. Cet article approfondit les notions que nous avons abordées dans notre article paru en octobre 2004<sup>2</sup>. Il importe de comprendre les mécanismes du sommeil normal et les bases physiologiques qui appuient le TCC-I.

## LE SOMMEIL

Le sommeil normal dépend du fin réglage entre le principe d'homéostasie du sommeil et le rythme circadien. Ces deux mécanismes travaillent conjointement pour fournir automatiquement un bon sommeil quotidien<sup>3</sup>.

## LE PROCESSUS S OU HOMÉOSTATIQUE DU SOMMEIL

Le processus S du sommeil fait référence à une pression pour dormir qui s'accroît pendant l'éveil et diminue pendant le sommeil. Ainsi, la somnolence et le besoin de dormir augmentent en fonction de la durée d'éveil précédente. Durant le temps d'éveil, qui correspond à la période diurne chez la majorité des êtres humains, une substance appelée adénosine s'accumule dans le cerveau et favorise le sommeil. L'adénosine triphosphate des mitochondries agit

sur le degré d'énergie. Par conséquent, plus on dépense d'énergie au cours de la journée, plus on accumule d'adénosine qui favorise le sommeil. Lorsqu'on dort, l'accumulation se dissipe par son propre métabolisme, et le cycle recommence au lever.

## LE PROCESSUS C OU CIRCADIEEN – ÊTRE EN PHASE AVEC SON CYCLE

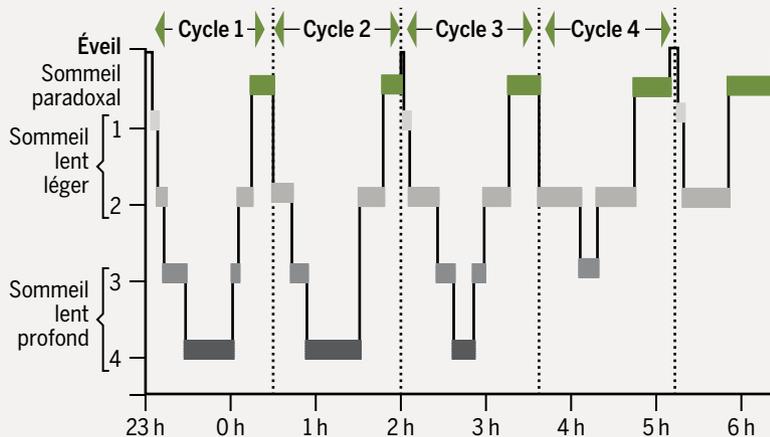
Le rythme circadien, qui s'étale sur environ 24 heures, est un rythme biologique dont certaines composantes sont influencées par l'alternance du jour et de la nuit. Dans le cas du sommeil, ce rythme est régulé par une horloge biologique principale qui a pour but de synchroniser les différents rythmes biologiques et de réinitialiser le rythme circadien selon les informations provenant de l'environnement. Cette horloge biologique est sensible à plusieurs stimulus, dont le plus important est la lumière. C'est d'ailleurs grâce à la lumière du jour, captée tous les matins, que l'horloge biologique humaine recommence le cycle circadien. La lumière suit la voie rétinohypothalamique et est captée par des cellules spécifiques logées dans la rétine. L'information est ensuite envoyée aux noyaux suprachiasmatiques, puis à l'hypothalamus qui la transmet à son tour à la glande pinéale. Cette dernière produit la mélatonine et régule le cycle circadien de la température corporelle<sup>3</sup>. Une baisse légère de la température corporelle favorise l'endormissement et survient en soirée avant l'heure du coucher<sup>3</sup>.

## L'ARCHITECTURE DU SOMMEIL

Le sommeil est une période active pour l'être humain. Il se compose de différents stades passant du plus léger (stade 1) au plus profond (stades 3 et 4). L'activité électrique du cerveau varie d'un stade à l'autre, ce qui permet de les repérer. Ainsi, aux stades 1 et 2, le cerveau présente surtout des ondes plus rapides. Aux stades 3 et 4, la majorité des ondes sont lentes et de fortes amplitudes. Un cycle de sommeil comporte un enchaînement progressif de tous les stades (de 1 à 4), puis se termine par l'activité cérébrale rapide des rêves (figure 1<sup>4</sup>). Pendant les rêves,

La D<sup>re</sup> Annie Vallières, psychologue, est professeure agrégée de psychologie à l'Université Laval et exerce au Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS), à Québec. Elle possède un doctorat en psychologie. Le D<sup>r</sup> Bernard Guay, omnipraticien, est professeur de clinique à l'Université Laval et exerce à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ainsi qu'au CETS.

FIGURE 1 | HYPNOGRAMME TYPIQUE



Source : Dubuc B. *Nos différents sommeils*. Centre de recherche de l'Institut Douglas et Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Site Internet : [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d\\_11/d\\_11\\_p/d\\_11\\_p\\_cyc/d\\_11\\_p\\_cyc.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_11/d_11_p/d_11_p_cyc/d_11_p_cyc.html) (Date de consultation : janvier 2014). Reproduction autorisée.

TABLEAU I | CARACTÉRISTIQUES DU RÊVE<sup>3\*</sup>

- ▶ Activité cérébrale rapide
- ▶ Atonie musculaire complète, sauf pour le diaphragme et les yeux
- ▶ Mouvements oculaires rapides
- ▶ Érection

\* On a appelé le rêve « sommeil paradoxal », car l'activité cérébrale rapide est accompagnée d'une absence de tonus musculaire. Dans la littérature anglophone, cette phase a été nommée d'après les mouvements rapides des yeux (*REM-Sleep* pour *Rapid Eye Movement Sleep*).

le cerveau présente des ondes rapides semblables à ceux de la phase d'éveil, tandis que les yeux ont des mouvements oculaires rapides observables lorsque les paupières sont fermées (tableau I). Il est tout à fait normal d'avoir des éveils pendant un rêve ou d'être tout près de ce stade de sommeil. Un être humain expérimente en moyenne de quatre à cinq cycles de sommeil de 1,5 heure pendant la nuit. Au fur et à mesure que la nuit avance, les rêves à la fin du cycle sont de plus en plus longs tandis que le sommeil profond diminue. Chacun des stades aurait des fonctions différentes. Actuellement, on sait que les rêves servent principalement à la maîtrise des émotions et le stade de sommeil profond est surtout lié à la récupération physique. Le vieillissement

apporte toutefois des changements à ce schéma. Par exemple, le temps total de sommeil par nuit diminue légèrement (en moyenne de 45 minutes), tout comme le stade de sommeil profond. Le sommeil devient un peu plus fragmenté, ce qui crée quelques éveils de plus au cours de la nuit<sup>3</sup>.

### RETOUR SUR L'INSOMNIE

Le tableau II présente un résumé des symptômes d'insomnie<sup>5</sup>. Selon Spielman et Glovinsky<sup>6</sup>, l'insomnie commence par la survenue d'un facteur précipitant, comme une maladie, une douleur ou un stress (figure 2<sup>6</sup>). Cet événement dans la vie de la personne entraîne de l'insomnie à un moment précis. C'est ce qu'on appelle l'insomnie aiguë. Normalement, le sommeil redevient normal quand le facteur

précipitant se résorbe. Toutefois, l'insomnie qui perdure après la disparition du facteur précipitant, c'est-à-dire après un délai d'un à six mois, devient chronique. Certains facteurs, dits de maintien, perpétuent alors le cycle et sont différents de ceux à l'origine du problème. Il s'agit ici de pensées et de préoccupations sur le sommeil que la personne a eu pendant la période d'insomnie aiguë et d'une modification des comportements et des habitudes du sommeil causée par l'insomnie. Ainsi, une personne qui change son horaire de sommeil en faisant des siestes ou en passant plus de temps au lit pour essayer de dormir met en place des facteurs de maintien qui font persister l'insomnie. Pendant ce temps, elle peut aussi éprouver une crainte de ne pas dormir, ce qui renforce la modification de ses comportements et entretient son insomnie. Il est important de comprendre que les facteurs de maintien mentionnés dérèglent les mécanismes normaux de régulation (processus S et C) qui font en sorte que le sommeil ne survient plus alors de façon automatique. Du fait de la transformation de l'horaire de sommeil, l'heure à laquelle l'horloge biologique perçoit la lumière diurne devient variable. Avec le temps, cette variabilité nuit au rythme circadien et interfère avec les signaux adéquats envoyés au corps.

Le processus homéostatique du sommeil est aussi déséquilibré par le manque de sommeil et les horaires variables. Normalement, le processus S se dissipe durant le sommeil. Cependant, lorsqu'il y a insomnie, il ne s'estompe pas suffisamment, ce qui maintient une pression forte pour dormir durant la journée et se traduit fréquemment par une hausse de la somnolence diurne. Aussi, lorsque la personne change ses heures de coucher ou de lever, elle diminue le temps d'éveil entre deux périodes de sommeil. Le lendemain la pression (processus S) pour dormir est donc moins forte au moment d'aller au lit. La personne est alors souvent trop activée physiologiquement,

cognitivement ou émotionnellement pour dormir. À l'heure d'aller au lit ou durant la nuit, elle indiquera qu'elle est incapable d'arrêter ses pensées. Ces dernières ne sont pas forcément des inquiétudes, mais plutôt simplement le reflet d'une activation cognitive élevée.

### COMMENT ADAPTER LE TCC-I AU CONTEXTE D'UNE CONSULTATION EN CABINET ?

Le traitement cognitivocomportemental de l'insomnie (TCC-I) est une méthode psychologique ayant pour but d'améliorer le sommeil par un meilleur fonctionnement des mécanismes de régulation du sommeil. Il vise également à corriger les conceptions erronées et à transmettre des informations sur une bonne hygiène du sommeil. Ce traitement a reçu beaucoup d'appuis empiriques. Il est reconnu pour son efficacité et recommandé en première ligne<sup>7</sup>. Il est bien décrit dans notre article intitulé : « L'ABC du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie », paru dans *Le Médecin du Québec* d'octobre 2004<sup>2</sup>.

### LES ASPECTS COMPORTEMENTAUX

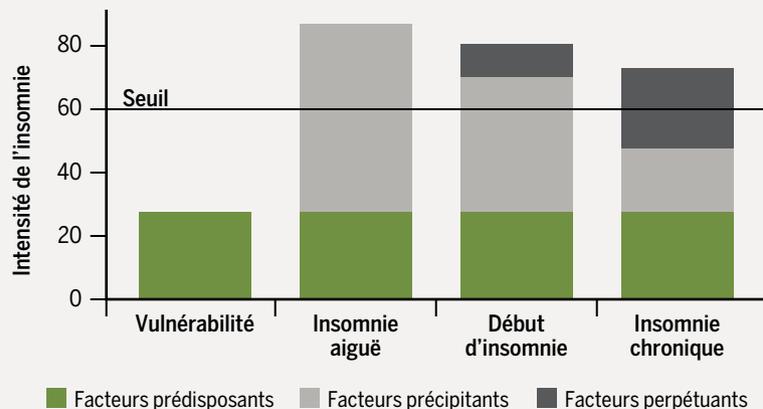
Le traitement cognitivocomportemental de l'insomnie comprend deux interventions axées sur le comportement : la restriction du temps au lit et le contrôle par stimulus. Le tableau III<sup>2</sup> présente un résumé des recommandations à prescrire au patient. La diminution du temps au lit, aussi appelée restriction du sommeil, consiste à limiter la période passée au lit au temps que la personne estime dormir. Ainsi, si un patient évalue son temps de sommeil à six heures par nuit, il ne devra pas rester plus de six heures au lit. L'heure du coucher et surtout l'heure du réveil doivent être fixées avec vous lors de la rencontre. Il s'agit de prescrire un horaire de sommeil pendant une semaine, puis d'accroître le temps au lit de quinze minutes si toutes les nuits de la première semaine ont pratique-

TABLEAU II | SYMPTÔMES D'INSOMNIE<sup>5</sup>

- ▶ Moment de la survenue des symptômes pendant la nuit (pour être significatifs les symptômes doivent durer plus de trente minutes)
  - Insomnie initiale ou d'endormissement
  - Insomnie de maintien ou de réveil nocturne
  - Insomnie terminale ou de réveil précoce
- ▶ Association de deux ou trois des éléments précédents
- ▶ Nombre de fois par semaine : les symptômes sont significatifs si leur fréquence dépasse trois fois par semaine
- ▶ Nombre de mois ou d'années : l'insomnie est chronique si elle dure depuis plus de trois mois
- ▶ Répercussions durant le jour
  - Somnolence
  - Fatigue
  - Troubles cognitifs : diminution de la concentration, oublis plus fréquents, etc.
  - Baisse de la performance dans les tâches diverses
- ▶ Troubles concomitants
  - Stress aigu
  - État dépressif
  - Douleur et problème physique

Exemple de diagnostic : insomnie mixte d'endormissement et de réveil précoce, environ cinq fois par semaine depuis un mois dans un contexte de deuil, associée à de la tristesse et à des symptômes dépressifs.

FIGURE 2 | ÉVOLUTION DE L'INSOMNIE



Source : Spielman AJ, Glovinsky PB. The Varied Nature of Insomnia. Dans : Hauri PJ, rédacteur. *Case Studies in Insomnia*. New York : Plenum Publishing Corporation ; 1991. p. 1-15. Adaptation autorisée.

ment été dormies en entier. Chaque changement dans l'horaire de sommeil doit être maintenu au moins une semaine avant qu'un nouveau soit apporté. Cette première prescription aura comme objectif d'utiliser le processus S du sommeil. Le traitement favorise l'augmentation de la

pression pour dormir afin de pousser la personne à dormir toute la nuit. De plus, l'horaire régulier permet de réajuster l'horloge biologique interne, soit le processus C. Néanmoins, il ne faut jamais prescrire un temps au lit de moins de cinq heures, principalement pour des raisons de sécurité<sup>3</sup>.

**Restriction du temps passé au lit**

- ▶ À prescrire
  - Un horaire de sommeil fixe pendant une semaine.
  - Une augmentation de quinze minutes du temps passé au lit si, et seulement si, l'horaire et le nombre d'heures de sommeil pour l'ensemble des nuits ont été respectés.
- ▶ À retenir pour le médecin
  - L'horaire est établi à partir du temps que le patient estime dormir.
  - Il ne faut pas prescrire un horaire de moins de cinq heures.
  - Les changements d'horaire se font de façon hebdomadaire.

**Contrôle par stimulus**

- ▶ À prescrire
  - Sortir du lit après vingt minutes d'éveil.
  - Retourner au lit quand la somnolence revient.
  - Faire une sieste de vingt minutes avant 15 h en cas de besoin urgent de sommeil.

La majorité des insomniaques disent dormir moins de cinq heures par nuit, mais dorment en fait légèrement plus que leur estimation lorsqu'ils viennent en laboratoire. Ainsi, si le nombre d'heures passées au lit est inférieur à cinq, la personne risque d'être plutôt en privation de sommeil, ce qui aura pour effet d'ajouter les conséquences de la privation de sommeil à celles de l'insomnie.

En parallèle, vous pouvez appliquer le contrôle par stimulus. Les deux traitements comportementaux sont habituellement employés ensemble et se nomment *sleep scheduling*. Il s'agit alors d'ajouter une consigne sur le fait que la personne ne doit pas rester au lit plus de vingt minutes sans dormir. Autrement dit, si le patient est éveillé plus de vingt minutes au lit, il doit se lever et rester calme et peu actif. Il peut retourner au lit quand la somnolence revient, tout en respectant la prescription d'horaire de sommeil que vous lui aurez donnée. Le contrôle par stimulus diminue l'activation cognitive au lit pendant le sommeil, ce qui permet une meilleure dissipation du processus S durant le sommeil.

Les deux premières semaines d'application de ces règles comportementales sont très difficiles pour la majorité des patients. Vous pouvez proposer à ces derniers de faire une petite sieste d'urgence si leur besoin de sommeil est

trop prononcé durant la journée. Toutefois, afin de ne pas rompre le processus S du sommeil, la sieste ne doit pas dépasser de quinze à trente minutes. Il est d'ailleurs prouvé que les siestes les plus efficaces durent vingt minutes<sup>8</sup>. De plus, en raison du processus C, qui influe sur l'enchaînement des cycles du sommeil, la sieste doit avoir lieu avant 15 h. Toutes les petites siestes en soirée sont donc à proscrire. Les patients ont également besoin de soutien et d'encouragement. Les interventions comportementales sont efficaces si elles sont appliquées rigoureusement et tous les jours. En effet, l'horloge biologique exige une certaine régularité pour se remettre à bien fonctionner. De plus, le moindre écart à ces consignes déséquilibre directement le processus S.

**LES ASPECTS COGNITIFS**

Le traitement cognitivocomportemental de l'insomnie comprend aussi une composante appelée « thérapie cognitive », qui vise à remplacer les croyances erronées sur le sommeil par des pensées plus réalistes. Afin que la thérapie cognitive soit efficace, il est essentiel d'avoir un climat thérapeutique d'empathie et d'éviter la confrontation directe. Dans un contexte d'intervention rapide, il s'agit plutôt d'informer les patients des points essentiels susceptibles d'avoir un effet sur leur sommeil. Le *tableau IV*<sup>2</sup> contient différentes recommandations qui peuvent être faites dans le cadre de la thérapie cognitive.

Il est bien important de comprendre que vos recommandations ou les informations que vous donnez en tant que médecin auront des répercussions considérables sur les croyances que vos patients entretiennent sur le sommeil et, par conséquent, sur leurs comportements. Plusieurs recommandations faites par des médecins pour divers problèmes de santé, pas seulement dans le cadre de l'insomnie, favorisent le dérèglement des processus S et C du sommeil. Elles contribuent ainsi au maintien de l'insomnie et doivent être évitées, notamment : « Couchez-vous de bonne heure », « Dormez dès que vous en ressentez le besoin », « Récupérez en faisant des siestes », « Dormez quand vous le pouvez », « Il faut dormir, reposez-vous ».

Dans le cadre de la thérapie cognitive, vos recommandations devraient insister davantage sur le sommeil nocturne que sur l'éveil. De plus, elles devraient souligner les accomplissements du patient malgré l'insomnie. Le médecin et le patient doivent aussi avoir à l'esprit que « se reposer » n'est pas nécessairement synonyme de « dormir ». Tous vos conseils devraient favoriser l'augmentation du sentiment d'efficacité du patient envers son sommeil. En ce sens, les principales pensées à cibler chez les insomniaques concernent les besoins de sommeil et l'obligation de dormir. Il est important d'éviter le plus possible les remarques comme : « Il faut dormir » et « Vous devez dormir ». Ces pensées sont au cœur du problème d'insomnie et créent

TABLEAU IV | RECOMMANDATIONS REPOSANT SUR LA THÉRAPIE COGNITIVE<sup>2</sup>

Thèmes	Pensées des patients insomniaques	Recommandations proposées
Besoins de sommeil, obligation de dormir et perfectionnisme	« Il faut dormir. » « Je dois dormir. »	Les réduire au minimum en disant au patient les phrases suivantes : « Dormez moins, mais dormez bien. » « Vous dormez quand même x heures par nuit. »
Conséquences de l'insomnie	« Je vais mourir. » « Je vais tomber malade. »	« Malgré le manque de sommeil, vous parvenez à fonctionner une bonne partie de la journée. » « Plus vous lâcherez prise sur les conséquences et mieux vous dormirez. »
Victime, sans contrôle	« Je suis impuissant face à mon insomnie. » « Il n'y a rien à faire. »	Valider la souffrance, mais centrer le message sur le changement des habitudes et le fait d'être actif. Rappeler l'efficacité du traitement.

beaucoup d'anxiété de performance liée au sommeil. De plus, elles sont associées au perfectionnisme, caractéristique très présente chez les personnes souffrant d'insomnie. En effet, plusieurs veulent un sommeil parfait et ne se contentent pas de nuits moins bonnes. Dans un contexte de consultation médicale, il ne faut donc pas renforcer les pensées erronées du patient. Ayez plutôt recours à des phrases comme : « Dormez moins, mais dormez bien ». Les insomniaques ont aussi tendance à voir l'insomnie comme étant mauvaise ou synonyme d'échec. Il ne leur reste plus alors qu'un pas pour conclure qu'ils ont échoué ou qu'ils sont mauvais. Il importe donc de minimiser ces pensées en mettant plutôt l'accent sur les heures dormies. Dans cette même lignée, la personne atteinte d'insomnie se perçoit très souvent comme une victime et ressent un fort sentiment d'impuissance. Bien qu'il soit important de valider la souffrance, il ne faut pas trop souligner la victimisation et la perte de la maîtrise du sommeil. Il faut aussi écouter les craintes du patient quant aux répercussions de son insomnie. Plusieurs insomniaques ont peur de développer une maladie grave, voire de mourir. Beaucoup d'informations concernant le manque de sommeil circulent sur le Web et alimentent leur peur. Il est évident que le sommeil est important. Par contre, il ne sert à rien de penser constamment aux conséquences. Tentez plutôt d'amener la personne à lâcher prise en insistant sur l'inutilité de telles pensées.

#### POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Guay B, Morin C. Comment évaluer un problème d'insomnie ? *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (9) : 97-109.
- ▶ Guay B, Morin C. Le traitement pharmacologique de l'insomnie : controverses et réalité. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (3) : 67-71.
- ▶ Vallières A, Guay B, Morin C. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (10) : 85-96.

#### CONCLUSION

Après une bonne évaluation, il est possible d'appliquer quelques interventions comportementales simples selon les principes de base du sommeil. Le médecin prescrit une heure de coucher et de lever à respecter pendant une semaine complète selon l'estimation du temps de sommeil de son patient. Par la suite, il lui propose une augmentation du temps au lit de quinze minutes en soirée la semaine suivante. Il lui précise de ne pas rester éveillé au lit plus de quinze minutes et de suivre ces consignes tous les jours. Enfin, il peut mettre l'accent sur la qualité du sommeil plutôt que sur la quantité et ajouter qu'il s'agit des premiers pas vers un meilleur sommeil. //

**Date de réception :** le 6 novembre 2013

**Date d'acceptation :** le 29 novembre 2013

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Morin CM, LeBlanc M, Daley M et coll. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006 ; 7 (2) : 123-30.
2. Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (10) : 85-96.
3. Amlaner CJ, Fuller PM. *Basics of Sleep Guide*. 2<sup>e</sup> éd. Westchester : Sleep Research Society ; 2009. 272 p.
4. Dubuc B. *Nos différents sommeils*. Centre de recherche de l'Institut Douglas et Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Site Internet : [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d\\_11/d\\_11\\_p/d\\_11\\_p\\_cyc/d\\_11\\_p\\_cyc.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_11/d_11_p/d_11_p_cyc/d_11_p_cyc.html) [Date de consultation : janvier 2014].
5. American Psychiatric Association. *Sleep-Wake Disorders*. Dans : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. 5<sup>e</sup> éd. Washington : L'Association ; 2013. p. 361-22.
6. Spielman AJ, Glovinsky PB. The Varied Nature of Insomnia. Dans : Hauri PJ, rédacteur. *Case Studies in Insomnia*. New York : Plenum Publishing Corporation ; 1991. p. 1-15.
7. Morin CM, Bencs R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012 ; 379 (9821) : 1129-41.
8. Tanaka H, Shirakawa S. Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly: ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *J Psychosom Res* 2004 ; 56 (5) : 465-77.