

LUCIE CASAULT

**INSOMNIE ET MÉDICAMENT HYPNOTIQUE
DANS LE CONTEXTE DU CANCER :
PRÉVALENCE, PRÉDICTEURS
ET INTERVENTION COGNITIVE-
COMPORTEMENTALE MINIMALE ET PRÉCOCE**

Thèse présentée
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de doctorat en psychologie (orientation clinique)
pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2010

RÉSUMÉ

La présente thèse s'est intéressée à une problématique d'importance chez les patients atteints de cancer, soit l'insomnie. Plus précisément, deux études empiriques ont été menées sur la prévalence, les prédicteurs et le traitement de l'insomnie comorbide au cancer. L'Étude 1, de nature descriptive, a été menée auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de personnes ayant été traitées pour divers types de cancer ($N = 1984$), et ce, afin de se distinguer des travaux antérieurs qui ont plutôt utilisé des échantillons de convenance. Cette étude visait à documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique, de même qu'à d'identifier les prédicteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les insomniaques et les utilisateurs de médication hypnotique. Par ailleurs, en raison de sa prévalence et des nombreuses conséquences négatives qui découlent de l'insomnie, particulièrement lorsqu'elle devient chronique, il apparaissait intéressant d'intervenir rapidement, i.e., dès l'apparition des symptômes d'insomnie, et ce, dans le but de prévenir l'apparition du syndrome d'insomnie chronique et de ses conséquences. L'Étude 2 se veut donc un essai clinique randomisé, incluant 38 participants atteints de différents types de cancer, comparant une thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie (TCC; $n = 20$) à une condition contrôle sans traitement ($n = 18$). L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité d'une TCC de l'insomnie à contact thérapeutique minimal, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer. Les objectifs secondaires de l'étude consistaient à évaluer l'effet de cette intervention précoce sur la consommation de médication hypnotique ainsi que sur la détresse psychologique, la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif mesuré subjectivement et les croyances erronées envers le sommeil. Globalement, les résultats supportent l'efficacité d'une intervention minimale pour traiter de façon précoce l'insomnie comorbide au cancer. Des effets positifs ont également été notés pour l'ensemble des autres variables, sauf la consommation de médication hypnotique. Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires, cette thèse présente des implications cliniques importantes pour les personnes atteintes de cancer et souffrant de difficultés de sommeil.

AVANT-PROPOS

Secondaire 3. Je revois encore le professeur du cours d'éducation au choix de carrière nous expliquer les divers degrés académiques et m'être dit : « Un jour, je vais compléter un doctorat ». Et bien, m'y voilà! Grâce à beaucoup de détermination, j'ai réussi à mener à terme ce projet académique. Toutefois, sachez bien que je n'aurais pu y parvenir seule. Je saisis donc l'opportunité qui m'est offerte pour remercier de nombreuses personnes qui m'ont accompagnée dans ce long processus au cours des 7 dernières années...

Dans un premier temps, je tiens à remercier les membres du jury de soutenance. Merci au Dr Keith Wilson qui a accepté de se déplacer et de lire une thèse dans une langue qui n'était pas sa langue maternelle et au Dr Martin Provencher pour le temps qu'ils ont consacré à la lecture de mon document ainsi que la pertinence des commentaires qu'ils ont formulés. Un merci spécial au Dr Charles Morin qui a accepté de faire partie de mon comité de thèse dès le tout début. Sachez que je me considère « honorée » d'avoir eu la chance de bénéficier des conseils, des encouragements et des compétences d'un expert comme vous dans le domaine de l'insomnie. Je tiens également à souligner l'apport significatif des Dr Robert Ladouceur et Annie Tremblay, également membres de mon comité de thèse original.

De plus, j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de recherche, le Dre Josée Savard. Jamais je n'aurais cru, à mon entrée au labo en septembre 1998, que tu deviendrais une personne aussi importante dans ma vie. Ta grande disponibilité, ta rigueur scientifique, ton souci du détail (parfois obsessionnel), tes idées novatrices et ton efficacité légendaire ont été essentiels à la réalisation de cette thèse. Tu peux te vanter de posséder toutes les qualités d'une excellente directrice de recherche et je veux que tu saches que je suis plus que fière de compter parmi tes étudiants. Tu as toute mon admiration pour le titanique travail que tu as accompli au cours des dernières années. Au-delà de l'aspect académique, nous avons développé, au fil du temps, une belle complicité. Merci du fond du cœur d'être toujours là pour moi, pour m'écouter dans les joies comme dans les peines et pour me conseiller. Même si tu as décidé d'orienter ta carrière dans le domaine de la recherche, tu as parfaitement su conserver ton flair de clinicienne! Maintenant que je

deviens une « professionnelle » indépendante, j'espère avoir encore l'occasion de collaborer avec toi à divers projets et ainsi, entretenir notre belle amitié. Une autre bonne façon de le faire sera de poursuivre nos dîners à la cafet, tout en placotant de nos « minets »...

Dans un autre registre, mais non moins important, je tiens à remercier chaleureusement les nombreux patients qui ont pris part à mes travaux de recherche. Sans votre participation et votre désir de contribuer à l'avancement des connaissances, ces études n'auraient pu être réalisées. Merci pour votre temps et votre implication. Dans la même veine, je tiens à remercier le personnel administratif et soignant de l'HDQ et de l'HSS pour leur aide, particulièrement à l'étape du recrutement des participants.

Petit clin d'œil au Dr Luc Bélanger, directeur du Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Québec, pour la place qu'il accorde à la psycho-oncologie dans un environnement où les sciences « naturelles » prédominent. Merci de croire en ce que nous faisons!

Par ailleurs, je ne peux passer sous silence l'importance du soutien financier obtenu tout au long de mes études doctorales. Sincères remerciements aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et aux Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) qui, par le biais de bourses d'étude, avez contribué au succès de ce projet en me permettant de m'y consacrer pleinement.

Sur un plan plus personnel, je tiens à souligner la contribution cliniquement significative des membres du labo à l'amélioration de ma qualité de vie des 10 dernières années. Chacun de vous, par votre présence, avez bonifié d'une quelconque façon mon parcours académique et personnel. Que d'événements nous avons vécus ensemble : « 5 à 7 » improvisés, partys, partage de bonnes et de moins bonnes nouvelles, etc. Une vraie famille quoi! Je tiens donc à saluer mes anciens collègues tels que Sébastien et Catherine ainsi que tous les assistants de recherches qui ont participé aux étapes de la réalisation de cette thèse (i.e., recrutement, entrée de données, etc.) : Junior, Julie Maheux, Julie Roy, Nathalie, Élane, Sylvie et plus particulièrement Jean-Philippe Gouin et Valérie Tremblay (mes R2D2), que j'ai eu la chance de co-superviser pour leur recherche dirigée. Je désire également souligner la présence des « petites » : Claudia, Caroline, Sophie et Marie-Esther.

D'autres membres du groupe de recherche psycho-oncologie ont particulièrement marqué ma route. Spécifiquement, je tiens à remercier très sincèrement Hans, notre brillant statisticien. Merci d'avoir pris le temps de m'expliquer et me réexpliquer plusieurs fois les mêmes notions statistiques, et ce, avec une patience exemplaire. Jamais je n'ai senti de jugement de ta part. De par ta personnalité attachante, tu as su rendre un sujet aussi ardu que les statistiques presque intéressant... ou était-ce plutôt les pauses-discussions que nous prenions entre deux régressions...? Enfin, merci pour tes judicieux conseils dans ma préparation pré-soutenance. Comme je te le disais récemment, tu as été un excellent « anxiolytique » pour moi, d'où ton nouveau surnom de Hans « Ativan » Ivers!

Puis il y a Séverine, ma chère Serverine. Merci d'avoir été ma complice des dernières années. J'ai eu autant de plaisir à m'entraîner qu'à enseigner avec toi. Un merci spécial pour avoir assuré la continuité de l'Étude 2 durant mon 1^{er} congé de maternité. J'ai ainsi pu partir l'esprit en paix car je savais que tu assurerais la relève d'une main de maître. Je suis contente de voir que notre amitié se poursuit au-delà du contexte scolaire. J'espère très sincèrement avoir l'opportunité de travailler de nouveau avec toi lors de mon retour au boulot. Également, je tenais à remercier Julie Villa pour sa générosité, sa disponibilité et son écoute. Son passage au labo aura été pour moi très bénéfique. Je ne veux jamais perdre l'amie que tu es devenue pour moi. Enfin, à nos deux inséparables, Marie-Hélène et Aude. Merci pour toutes les discussions que nous avons partagées et qui se sont éternisées... Merci à Marie pour m'avoir si gentiment partagé tes connaissances dans EndNote et à Audeline pour avoir peaufiné mon éducation alimentaire et environnementale. Partager mes connaissances cliniques avec toi au cours de la dernière année fut des plus agréables et stimulants.

Un merci tout spécial pour mes collègues de travail de l'HDQ, particulièrement Annie, Marie-Claude et Catherine. Je me considère déjà extrêmement chanceuse de pouvoir faire un travail que j'adore mais faire partie de votre équipe est plus qu'un réel plaisir. Votre présence, vos sourires, nos discussions et nos fous rires ne font qu'agrémenter mon quotidien.

« L'amitié multiplie les joies et divise les peines ». Merci à mes amies Natacha, Nathalie et Julie qui ont compris cela depuis longtemps. Malgré le fait que j'aie souvent été

non disponible pour faire des activités en votre compagnie durant mes études, vous m'êtes restées fidèles. Merci pour vos encouragements constants et particulièrement à toi Julie, pour m'avoir, entre autres, incitée à demeurer en psycho! Nous avons passé à travers le bacc ensemble. Honnêtement, une partie de ce succès te revient.

Par ailleurs, je désire remercier chaleureusement ma belle-famille : Marcel, Francine et Jean-François. Vos encouragements soutenus ont été pour moi une preuve irréfutable de l'intérêt que vous portiez à mes études. Merci pour votre présence et votre disponibilité. Je l'apprécie grandement.

Je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui sans les membres de ma famille. Je tiens donc à leur exprimer toute ma gratitude. À mes parents, qui ont toujours cru en moi et qui, par leur soutien, tant moral que matériel, m'ont donné la force et le courage de réussir. Également, je tiens à remercier le ciel et la médecine pour le fait que mon papa ait pu assister à ma soutenance. Je me souviens encore des encouragements que tu me donnais lorsque j'hésitais à savoir si j'allais ou non faire un doctorat. Parfois, j'avais l'impression que tu y tenais plus que moi. Je me considère chanceuse que tu aies pu constater le fruit de mes efforts. Enfin, à vous deux, sachez que je suis fière d'être votre fille.

À mes sœurs et leur mari, merci d'avoir été présents lorsque j'avais besoin de vous. Vous réussissez toujours à égayer mes moments les plus difficiles. Je n'ai qu'à penser au rappel d'anecdotes sur notre jeunesse durant les soupers de famille... Merci d'avoir suivi avec intérêt mon cheminement académique, de vous être informés de l'avancement des travaux, et ce, même si tout cela ne collait pas à votre réalité.

C'est avec beaucoup d'émotions que j'adresse mes derniers remerciements, mais non les moindres, aux hommes de ma vie. Cher Alain, cela fait maintenant plus de 14 ans que tu partages ma vie et c'est aujourd'hui que tu peux dire ENFIN! Eh oui, je ne suis plus étudiante! Mais comment aurais-je pu y parvenir sans toi? Ton support, ta compréhension, ta générosité et surtout, ton amour m'ont permis de traverser cette épreuve plus facilement. Tu étais toujours là pour m'encourager, me dire à quel point tu étais fier de moi dans les moments où je doutais le plus. Sache que je me considère privilégiée d'avoir une personne aussi extraordinaire que toi à mes côtés. Je t'aime de tout mon cœur.

Enfin, je veux juste témoigner mon affection à mes 2 autres amours, mes fils Hugo et Olivier. C'est grâce à vous que j'ai appris à voir la vie sous un angle différent. Lorsque les gens me disent à quel point je devrais être fière d'avoir complété un doctorat, je leur réponds que oui, je le suis, mais que mon plus bel accomplissement dans la vie, c'est vous!

Merci à tous!

NOTES SUR LA CONTRIBUTION DES AUTEURS

Lucie Casault, auteure principale, a réalisé la conception du projet et mené à bien la collecte de données, a participé aux analyses statistiques, a interprété les résultats obtenus et a rédigé le contenu de la thèse. Ces tâches ont été effectuées sous l'étroite supervision de Josée Savard, Ph.D., directrice de recherche, qui a collaboré à la conception du projet et à l'interprétation des résultats, a révisé les différentes versions manuscrites et a approuvé toutes les corrections apportées en cours de rédaction. Hans Ivers, Ph.D., a collaboré étroitement à la conception du devis d'analyses, à la réalisation des analyses statistiques et a révisé les sections analyses statistiques et résultats des deux articles. Enfin, Sébastien Simard, Ph.D., a collaboré à la conception et à la collecte de données de l'Étude 1. Ces dernières sont issues d'une banque de données ayant servi pour sa propre thèse portant sur la peur de la récurrence du cancer.

Les deux articles inclus dans la thèse n'ont pas encore soumis pour publication.

Les résultats de la première étude ont été présentés au *5th Annual conference of the American Psychosocial Oncology Society*, Irvine, California, États-Unis (février 2008), au *22nd annual conference of the Canadian Association of Psychosocial Oncology*, Winnipeg, Manitoba, Canada (mai 2007) et à la *10^e Journée scientifique des étudiants du Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Québec, Canada (août 2006).

Les résultats de la seconde étude ont été présentés au *6th Annual conference of the American Psychosocial Oncology Society*, Charlotte, Caroline du Nord, États-Unis (mars 2009).

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ	i
AVANT-PROPOS	ii
NOTES SUR LA CONTRIBUTION DES AUTEURS	vii
TABLE DES MATIÈRES	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Cancer	1
Insomnie	1
Définition	1
Prévalence	3
Étiologie.....	5
Conséquences	8
Traitements de l'insomnie	9
Pharmacothérapie	9
Description	9
Fréquence d'utilisation	9
Population générale	9
Population atteinte de cancer	10
Facteurs de risque.....	12
Efficacité	13
Risques et effets indésirables	14
Recommandations	16
Thérapie cognitive-comportementale (TCC)	16
Description	16
Efficacité	17
Population générale	17
Population atteinte de cancer	17
Intervention précoce	20
Interventions minimales (auto-traitement)	21
Résumé et rationnel	23
Objectifs et hypothèses de la thèse	24
Étude 1	24
Objectifs	24
Hypothèses	25
Étude 2	25
Objectif principal	25
Hypothèse principale	25
Objectifs secondaires	25
Hypothèses secondaires	25
Étude 1. Prévalence et prédicteurs de l'insomnie et de la consommation d'hypnotiques dans le contexte du cancer	26
Résumé	27
Introduction	29

Méthode	35
Participants	35
Mesures	36
Index de sévérité de l'insomnie	36
Questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil	37
Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression	38
Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC	39
Liste des événements de vie	39
Questionnaire des symptômes physiques	40
Procédure	40
Analyses statistiques	41
Pondération selon le genre et le type de cancer	41
Prévalence de l'insomnie et fréquence d'utilisation des médicaments hypnotiques	42
Prédicteurs du syndrome d'insomnie et de la consommation d'hypnotiques	43
Résultats	44
Prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passée	44
Difficultés de sommeil actuelles	44
Difficultés de sommeil passées	45
Taux d'utilisation de médication hypnotique	46
Utilisation d'hypnotiques dans l'échantillon total	46
Utilisation d'hypnotiques et sommeil	47
Prédicteurs du syndrome d'insomnie	47
Prédicteurs de la consommation d'hypnotiques	47
Discussion	48
Références	57
Tableau 1 : Prévalence des difficultés de sommeil actuelles selon différents modes d'évaluation ($N = 1984$)	65
Tableau 2 : Régression logistique pour prédire la présence d'un syndrome d'insomnie ($N = 1884$)	66
Tableau 3 : Régression logistique pour prédire la consommation de médication hypnotique ($N = 1631$)	67
Figure 1. Répartition des utilisateurs de médication hypnotique en fonction de la fréquence d'utilisation et de la durée	68
Étude 2. Thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie comorbide au cancer : Efficacité d'une intervention minimale et précoce.....	69
Résumé	70
Introduction	72
Méthode	77
Participants	77
Recrutement	77
Caractéristiques de l'échantillon	79
Mesures	80
Entrevues d'évaluation	80
Évaluation primaire des troubles mentaux	80
Entrevue diagnostique de l'insomnie	81

Questionnaires d'auto-évaluation	81
Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales	81
Index de sévérité de l'insomnie	81
Auto-enregistrement quotidien du sommeil et de la prise de médication	82
Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression	83
Inventaire multidimensionnel de la fatigue	84
Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC	84
Questionnaire des croyances et attitudes envers le sommeil	85
Questionnaire des habitudes de sommeil	85
Questionnaire de perception du traitement	86
Procédure	86
Mesures et devis de l'étude	86
Thérapie cognitive-comportementale	88
Analyses statistiques	90
Résultats	92
Indices subjectifs du sommeil	92
Consommation de médication hypnotique	92
Détresse psychologique, qualité de vie et croyances	93
Signification clinique	93
Observance et évaluation de l'intervention	94
Discussion	95
Références	102
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants...	110
Tableau 2 : Moyennes (erreurs standards) obtenues à l'ISI et à l'auto-enregistrement du sommeil pour chaque temps de mesure et résultats des effets temps	112
Tableau 3 : Consommation moyenne (erreur standard) de médication hypnotique auto-rapportée à chaque temps de mesure et résultats des effets temps	114
Tableau 4 : Moyennes obtenues (erreurs standards) pour la détresse psychologique, la qualité de vie, les croyances et l'observance à la TCC à chaque temps de mesure et résultats des effets temps	115
Tableau 5 : Pourcentage (erreurs standards) de patients rencontrant les critères de signification clinique à chaque temps de mesure et résultats des effets temps	117
Figure 1. Cheminement des participants de l'étude	118
Figure 2. Changements obtenus pour (A) la cote totale à l'Index de sévérité de l'insomnie; (B) l'efficacité du sommeil et (C) le temps total d'éveil dans chaque groupe	119
CONCLUSION GÉNÉRALE	120
Discussion des principaux résultats en fonction des objectifs de la thèse	120
Étude 1	120
Objectif 1 : Documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique	120
Objectif 2 : Identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique	124
Forces et limites de l'étude	126

Avenues de recherches futures	127
Étude 2	128
Objectif principal : Évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale minimale, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer	128
Objectifs secondaires : Évaluer l'effet de l'intervention précoce : (a) sur la consommation de médication hypnotique; et (b) sur la détresse psychologique (e.g., dépression et anxiété), la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif subjectif et les croyances erronées envers le sommeil	129
Forces et limites de l'étude	131
Avenues de recherches futures	132
Implications cliniques	133
Conclusion	134
RÉFÉRENCES (INTRODUCTION ET CONCLUSION).....	135
ANNEXES	143
Annexe A : Lettre de présentation et formulaire de consentement (Étude 1)	144
Annexe B : Questionnaires d'auto-évaluation (Étude 1)	148
Annexe C : Formulaires de consentement (Étude 2)	158
Annexe D : Entrevues d'évaluation	167
Annexe E : Questionnaires d'auto-évaluation (Étude 2)	193
Annexe F : Canevas pour les trois appels de suivi	206

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cancer

Il est estimé que le nombre de Canadiens nouvellement atteints d'un cancer serait de 166 400 en 2008. De plus, malgré les progrès médicaux des dernières décennies, le nombre de décès dus à cette maladie atteindrait 73 800 pour la même période. D'après les taux d'incidence actuels, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie est de 40% pour les femmes et de 45% pour les hommes. Pour ce qui est de la probabilité de mourir d'un cancer, elle s'élève à 24% chez les femmes et à 29% chez les hommes. En 2008, le cancer du sein demeurera le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme. En effet, une femme sur neuf développera ce type de cancer au cours de sa vie alors qu'une sur 16 souffrira d'un cancer colorectal et qu'une sur 16 présentera un cancer du poumon. Durant cette même année, le cancer de la prostate restera le cancer le plus répandu chez l'homme. Les estimations suggèrent qu'un homme sur sept en sera atteint au cours de sa vie, principalement après l'âge de 60 ans, qu'un homme sur 12 souffrira d'un cancer du poumon et qu'un sur 14 développera un cancer colorectal. Toutefois, c'est le cancer du poumon qui demeure de loin la principale cause de mortalité par cancer tant chez l'homme que chez la femme. En effet, près du tiers des décès par cancer chez les hommes et le quart chez les femmes sont attribuables à ce type de cancer (Institut national du Cancer du Canada, 2008).

De nombreuses recherches ont démontré une prévalence élevée de difficultés psychologiques (e.g., anxiété, dépression) et de symptômes physiques ou psychophysiologiques (e.g., douleur, nausées et vomissements) associés au cancer ou à ses traitements (Breitbart & Payne, 1998; Noyes, Holt, & Massie, 1998; Portenoy et al., 1994; Redd et al., 1991). L'insomnie, bien que moins documentée, compte aussi parmi les problèmes les plus fréquemment rapportés par les personnes atteintes de cancer (Savard & Morin, 2001).

Insomnie

Définition

L'insomnie se définit comme une plainte hétérogène reflétant une insatisfaction dans la durée, l'efficacité ou la qualité du sommeil. L'insomnie peut se diviser en trois

principaux types se distinguant par le moment où les difficultés se manifestent au cours de la nuit. L'insomnie initiale est caractérisée par des difficultés d'endormissement à l'heure du coucher tandis que l'insomnie de maintien se traduit par des éveils nocturnes prolongés associés à une difficulté à se rendormir. Enfin, l'insomnie terminale ou tardive se manifeste par un éveil matinal prématuré. Il importe de mentionner que ces types d'insomnie ne sont pas mutuellement exclusifs. Ainsi, un individu peut présenter à la fois des difficultés à initier et maintenir son sommeil, ce qui constitue de l'insomnie mixte. Se plaindre d'un sommeil non réparateur peut constituer une autre forme d'insomnie. La durée de l'insomnie peut être très variable. En effet, une distinction s'impose entre l'insomnie situationnelle, habituellement déclenchée par un stressor et ne durant pas plus d'un mois, l'insomnie à court terme dont la durée est supérieure à un mois mais inférieure à six mois et l'insomnie chronique qui perdure au-delà de six mois (Morin, 1993).

Pour poser un diagnostic d'insomnie chronique, de nombreux critères doivent être rencontrés. Selon les critères combinés de l'*International Classification of Sleep Disorders* (American Academy of Sleep Medicine, 2001), de la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) et ceux fréquemment utilisés dans les recherches sur l'insomnie, l'insomnie chronique se définit par : (a) un temps requis pour s'endormir (latence de sommeil) ou un temps éveillé après s'être endormi supérieur à 30 minutes par nuit; (b) une efficacité du sommeil (durée totale du sommeil/temps passé au lit X 100) inférieure à 85%; (c) la présence de ces difficultés de sommeil au moins trois nuits par semaine; (d) la présence de ces difficultés depuis au moins six mois; et (e) ces difficultés sont associées à une détérioration significative du fonctionnement social et occupationnel (e.g., fatigue, perturbation de l'humeur) ou à une détresse marquée.

L'insomnie est considérée comme primaire lorsque sa survenue et sa sévérité ne sont pas expliquées par une autre condition primaire (American Academy of Sleep Medicine, 2001). En contrepartie, on nomme insomnie secondaire une insomnie qui survient au cours d'un autre trouble du sommeil ou d'un trouble psychopathologique ou est liée aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (American Sleep Disorders Association, 1997). En grande partie parce qu'il n'est pas toujours évident de départager avec précision les causes de l'insomnie lorsqu'elle est

associée à une autre condition, les chercheurs en sommeil ont récemment conclu qu'il serait préférable d'utiliser l'appellation « insomnie comorbide » plutôt qu'insomnie secondaire pour désigner ce type d'insomnie (National Institutes of Health, 2005).

Prévalence

Les difficultés de sommeil constituent une plainte répandue. En effet, selon les sondages épidémiologiques les plus cités dans le domaine, près du tiers des individus de la population générale présente des symptômes d'insomnie. Cette proportion diminue, pour atteindre les 9 à 15%, lorsque les conséquences diurnes (e.g., fatigue) sont prises en considération, alors que seulement 6% rencontreraient les critères du DSM-IV du trouble d'insomnie (American Psychiatric Association, 1994; M. M. Ohayon, 2002). L'insomnie comorbide est le type d'insomnie le plus fréquent, représentant approximativement le trois quarts des cas d'insomnie (McCrae & Lichstein, 2001).

En 2001, Savard et Morin ont répertorié les études menées auprès d'individus atteints de cancer (échantillons hétérogènes) ce qui a révélé que 30 à 50% des patients récemment diagnostiqués ou traités pour cette maladie rapportent des difficultés de sommeil. De plus, 23 à 44% de cette population présentent des symptômes d'insomnie de deux à cinq ans après le début des traitements adjuvants pour le cancer, suggérant ainsi une chronicité fréquente de la problématique (Couzi, Helzlsouer, & Fetting, 1995; Lindley, Vasa, Sawyer, & Winer, 1998). Aussi, il semble que les difficultés de sommeil soient plus fréquentes chez les patients atteints de cancer que dans la population générale. Les résultats de Malone, Harris et Luscombe (1994) indiquent que 40% des patients atteints de cancer (sites mixtes) rapportent des difficultés de sommeil comparativement à 15% des individus du groupe contrôle sans condition médicale sévère. Dans la même veine, Kaye, Kaye et Madow (1983) ont observé une fréquence significativement supérieure de difficultés à maintenir le sommeil chez les personnes atteintes d'un cancer (45%) comparativement au groupe contrôle formé d'individus en bonne santé (14%). Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre ces deux groupes quant à l'insomnie initiale et terminale. Plus récemment, une étude descriptive d'envergure menée auprès de 982 participants atteints de différents types et stades de cancer révèle que 300 d'entre eux (31%) rapportent des perturbations du sommeil (Davidson, MacLean, Brundage, & Schulze,

2002). Parmi ces derniers, l'insomnie de maintien est le type d'insomnie qui est le plus fréquemment rapporté chez 76% des personnes ayant des symptômes d'insomnie. Finalement, les données de cette étude indiquent une coïncidence temporelle entre le diagnostic de cancer et le développement des difficultés de sommeil. En effet, 48,2% des participants manifestant des symptômes d'insomnie ont identifié que les problèmes de sommeil étaient survenus dans la période s'étendant de six mois pré-diagnostic à 18 mois post-diagnostic.

Seulement deux études ont tenté de distinguer les symptômes du syndrome d'insomnie. La première étude a été menée auprès d'un échantillon de 300 femmes ayant été traitées pour un cancer du sein non-métastatique (Savard, Simard, Blanchet, Ivers, & Morin, 2001). Les résultats indiquent que 48% des participantes présentent des symptômes d'insomnie, ce qui est consistant avec les résultats d'études antérieures. De ce nombre, 58% affirment que le cancer aurait causé ou aggravé leurs difficultés de sommeil. De plus, cette étude montre que 19% de l'échantillon total répondait aux critères diagnostiques d'un syndrome d'insomnie, qui était chronique (i.e., 6 mois ou plus) dans 95% des cas, ce qui serait plus élevé que les taux de 9 à 12% observés dans la population générale (Ford & Kamerow, 1989; M.M. Ohayon, Caulet, Priest, & Guilleminault, 1997). Dans la seconde étude, un total de 327 patients ayant subi une prostatectomie radicale ont complété une batterie de questionnaires évaluant, entre autres, le sommeil. Les principaux résultats indiquent que 31,5% des patients rapportent des difficultés de sommeil alors que 18% rencontrent les critères d'un syndrome d'insomnie. Une fois de plus, l'insomnie était de nature chronique dans la grande majorité des cas (95%).

Ainsi, il est clairement démontré que l'insomnie constitue une problématique d'importance dans le contexte du cancer. Toutefois, les études citées précédemment ont toutes utilisé des échantillons de convenance. À ce jour, il semble qu'aucune étude n'ait documenté la prévalence des difficultés de sommeil auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de patients ayant été traités pour divers types de cancer. Par ailleurs, des études supplémentaires, utilisant un devis de recherche longitudinal, seraient nécessaires pour mieux documenter l'incidence et les taux de rémission, bref, l'histoire naturelle de l'insomnie des patients atteints de cancer.

Étiologie

Les facteurs contribuant au développement de l'insomnie peuvent être regroupés en trois grandes catégories : (a) les facteurs prédisposants; (b) les facteurs précipitants; et (c) les facteurs de maintien (Spielman, 1986). Tout d'abord, les facteurs prédisposants augmentent la vulnérabilité d'un individu à vivre des difficultés de sommeil au cours de sa vie. Le genre féminin (risque deux fois plus élevé), le vieillissement, l'hyperactivation, une histoire personnelle ou familiale d'insomnie de même que la comorbidité avec certaines psychopathologies, principalement les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, en sont des exemples. Toutefois, ces facteurs ne peuvent expliquer à eux seuls le développement de l'insomnie. Un facteur précipitant est en effet nécessaire au déclenchement de l'insomnie.

Les facteurs précipitants sont généralement des événements de vie comme la perte d'un emploi, le stress relié au travail, une séparation, la perte d'un être cher ou encore la présence d'une maladie physique (Morin, 1993). Dans le contexte du cancer, une succession de stressors sont susceptibles d'engendrer des difficultés de sommeil en commençant par l'annonce du diagnostic, suivie de l'administration de chacun des traitements oncologiques (e.g., chirurgie, chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie, greffe de moelle osseuse). Les traitements oncologiques peuvent précipiter l'insomnie dû à leur impact émotionnel (e.g., anxiété d'anticipation) ou leurs effets physiologiques (e.g., douleur, bouffées de chaleur, nausées, fatigue). Enfin, les facteurs environnementaux (e.g., bruit, lumière) ou psychologiques (e.g., solitude, modification de la routine de sommeil) reliés aux hospitalisations sont également susceptibles d'initier des problèmes de sommeil (Savard & Morin, 2001).

Pour plusieurs individus, les problèmes de sommeil sont situationnels et vont s'estomper lorsque la condition les ayant précipités revient à la normale ou lorsqu'ils parviennent à s'y adapter. Pour d'autres, certains facteurs de maintien vont s'installer et ainsi contribuer au maintien des difficultés de sommeil dans le temps. En 1993, Morin a élaboré un modèle cognitif-comportemental de l'insomnie dans lequel il décrit que certaines mauvaises habitudes mises en place pour composer avec le manque de sommeil et les croyances erronées que la personne entretient concernant le sommeil contribuent grandement à maintenir le problème dans le temps. Parmi les mauvaises habitudes de

sommeil fréquentes, l'on retrouve le fait de passer trop de temps au lit ainsi que faire des siestes durant le jour. Quant aux croyances erronées envers le sommeil, elles incluent les attentes irréalistes : « Je dois absolument dormir au moins 8 heures par nuit si je veux être fonctionnel le lendemain » et une amplification des conséquences de l'insomnie : « Si j'ai fait une erreur au travail aujourd'hui, c'est uniquement parce que je n'ai pas bien dormi hier ». Les comportements néfastes et les cognitions erronées influencent négativement le sommeil principalement en augmentant l'état d'activation (physiologique, cognitive et émotionnelle) et l'anxiété de performance (« Je dois dormir ce soir ») qui nuisent à la condition de relaxation que nécessite le sommeil.

L'adoption de mauvaises habitudes de sommeil est particulièrement fréquente chez les personnes atteintes de cancer, qui sont souvent encouragées à prendre du repos et à dormir afin de récupérer de la maladie et des traitements reçus (Irvine, Vincent, Graydon, & Bubela, 1998). En plus de présenter des croyances erronées similaires à celles des insomniaques primaires : « Je dois absolument dormir 8 heures pour bien fonctionner le lendemain », une étude portant sur l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental (TCC) pour l'insomnie auprès de femmes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastatique (Quesnel, Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2003) a permis d'identifier certaines cognitions dysfonctionnelles au sujet de l'insomnie spécifiques au contexte du cancer, comme par exemple, « Si je ne réussis pas à bien dormir, mon cancer va revenir ». Ainsi, bien que le déclenchement initial de problèmes de sommeil chez les personnes atteintes de cancer soit en grande partie attribuable aux stressors liés à la maladie, le maintien de ce problème dans le temps serait principalement dû au développement de mauvaises habitudes de sommeil et de croyances erronées envers le sommeil.

Jusqu'à maintenant, l'étiologie de l'insomnie comorbide au cancer n'a été étudiée que de manière transversale, sans distinguer les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien. En 2001, Savard et ses collègues ont identifié que le fait d'être en congé de maladie ou sans emploi, d'être veuve, de ne pas avoir d'antécédent d'insomnie, d'avoir subi une tumorectomie et d'avoir reçu des traitements de chimiothérapie de même que d'être atteinte d'un cancer de faible stade lors du diagnostic initial étaient tous associés à une augmentation du risque de présenter des symptômes d'insomnie chez 212 femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique. Également, parmi les femmes présentant des

symptômes d'insomnie, seulement trois facteurs étaient significativement associés à une augmentation du risque de présenter un syndrome d'insomnie soit, le fait d'avoir obtenu un diplôme universitaire, d'être séparée ou divorcée et d'être veuve ($n = 136$). Une autre étude, cette fois menée chez des patients ayant été traités pour un cancer de la prostate suggère que sept variables sont significativement associées avec la présence de symptômes d'insomnie : ne pas avoir été marié, ne pas avoir reçu de radiothérapie, présenter des symptômes andropausiques, urinaires et intestinaux ainsi que de la douleur et de l'anxiété (Savard, Simard, Hervouet et al., 2005). Des résultats similaires ont été obtenus pour les facteurs de risque du syndrome d'insomnie à l'exception qu'un plus jeune âge, un moins bon pronostic et que des symptômes dépressifs remplacent le fait ne pas avoir été marié, les symptômes urinaires et anxieux comme prédicteurs significatifs. Puis, dans l'étude de Davidson et al. (2002), un plus jeune âge, la fatigue, les symptômes de jambes sans repos, l'utilisation de médication sédatrice ou hypnotique, une humeur dépressive ou changeante, la présence de rêves, d'inquiétudes et avoir subi récemment une chirurgie pour le cancer se sont avérés être associés à un risque plus élevé de souffrir d'insomnie. Finalement, dans une étude récente menée auprès de 2645 femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique (Bardwell et al., 2008), les résultats d'une régression logistique binaire indiquent que seuls les symptômes dépressifs et vasomoteurs, particulièrement les sueurs nocturnes, sont associés à une augmentation du risque de souffrir d'insomnie. Les auteurs ont conclu que les variables spécifiques au cancer, les comportements de santé et les caractéristiques personnelles des participantes ne se révèlent pas des facteurs de risques significatifs en présence des variables de santé physique et psychologiques. En somme, les résultats des études transversales sur les facteurs de risque de l'insomnie comorbide au cancer sont plutôt inconsistants. Des études longitudinales de grande envergure sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs qui prédisposent, précipitent et maintiennent l'insomnie dans le contexte du cancer. L'identification des facteurs associés à l'insomnie est importante puisqu'elle pourra permettre de cibler les personnes à risque d'en souffrir et ainsi, favoriser le développement de programmes de prévention, et ce, dans le but d'enrayer le plus possible les conséquences négatives associées à l'insomnie.

Conséquences

De nombreuses répercussions néfastes peuvent découler de l'insomnie particulièrement lorsqu'elle devient chronique. En plus de la fatigue, plainte la plus fréquemment rapportée par les individus qui souffrent d'insomnie dans la population générale (Lichstein, Means, Noe, & Aguillard, 1997), une altération de la capacité de concentration, de la mémoire ou de l'habileté à accomplir les tâches quotidiennes de même qu'à apprécier les relations interpersonnelles font également partie des conséquences possibles de ce trouble du sommeil (Gallup Organization, 1991; Hauri, 1997; Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985; Vignola, Lamoureux, Bastien, & Morin, 2000). De plus, plusieurs études épidémiologiques indiquent que les problèmes de sommeil augmenteraient le risque de souffrir de troubles psychiatriques (e.g., dépression, anxiété, trouble d'abus de substances; Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick, & Klag, 1997; Ford & Kamerow, 1989; Gillin, 1998). Par ailleurs, des hausses importantes des coûts reliés à la santé sont rapportées chez les personnes souffrant d'insomnie (Ford & Kamerow, 1989; Simon & VonKorff, 1997), expliquées, entre autres, par une augmentation du nombre des consultations médicales et d'hospitalisations (Léger, Guilleminault, Bader, Levy, & Paillard, 2002). Aussi, il semble que l'insomnie soit fortement associée à l'absentéisme au travail, à une perte de productivité et à un plus grand niveau d'insatisfaction envers le travail (Kuppermann et al., 1995; Schweitzer, Engelhardt, Hilliker, Muehlbach, & Walsh, 1992; Stoller, 1994). Bref, il apparaît que l'insomnie engendre d'importantes conséquences et est associée à un impact négatif sur la qualité de vie des individus aux prises avec cette problématique (Roth & Ancoli-Israel, 1999).

Très peu d'études se sont penchées sur les conséquences associées à l'insomnie comorbide au cancer. Certaines études montrent une relation significative entre les perturbations de sommeil et la fatigue (Irvine et al., 1998; Sarna, 1993; Smets, Visser, Willems-Groot, Garssen, Oldenburger et al., 1998; Smets, Visser, Willems-Groot, Garssen, Schuster-Uitterhoeve et al., 1998). Par ailleurs, basé sur la théorie psychoneuroimmunologique, il a été postulé que l'insomnie soit associée à un affaiblissement du système immunitaire et même à un impact négatif sur le pronostic des personnes atteintes de cancer, bien que cette hypothèse demeure à être étudiée (Savard & Morin, 2001). Bref, en raison de toutes les conséquences négatives mentionnées

antérieurement, il apparaît primordial de traiter l'insomnie le plus rapidement et le plus efficacement possible et ainsi, améliorer la qualité de vie des individus qui en souffrent.

Traitements de l'insomnie

Pharmacothérapie

Description

La pharmacothérapie, principalement la médication hypnotique, est le traitement le plus couramment utilisé pour contrer les difficultés de sommeil. Selon IMS Health Canada (2004), le coût total estimé pour les sédatifs non barbituriques (i.e., la zopiclone, le zaleplon, le témazépam, le nitrazépam, le triazolam et le flurazépam) dispensés dans les pharmacies au détail au Canada est passé de 67,5 millions en 1999 à 98,8 millions en 2003 (Shriqui, 2005).

On appelle hypnotique toute substance capable d'induire et/ou de maintenir le sommeil. Nombreuses sont les classes de médicaments utilisées pour traiter les difficultés de sommeil. Elles comprennent les benzodiazépines à propriété hypnotique (e.g., flurazepam, temazepam, triazolam, nitrazepam), certaines benzodiazépines identifiées, à prime abord, comme anxiolytiques (e.g., lorazepam, clonazepam, oxazepam), certains hypnotiques non benzodiazépinés (e.g., zopiclone, zaleplon, zolpidem), certains antidépresseurs à propriété sédatrice (e.g., trazodone, amitriptyline, mirtazapine), ainsi que divers produits offerts en vente libre (e.g., Nytol®, Sleep-Eze®, Sominex®) et produits naturels (e.g., valériane).

Fréquence d'utilisation

Population générale. La fréquence d'utilisation des psychotropes¹ varie beaucoup d'un pays à l'autre, avec des taux variant entre 1,5 et 10%. Malgré cette variabilité, quelques caractéristiques demeurent constantes soit, que les femmes constituent les plus grandes consommatrices de psychotropes et que leur utilisation augmente avec l'âge (M. M. Ohayon & Lader, 2002). Au Canada, le Québec est la province où la consommation de psychotropes est la plus élevée. Selon l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues (Santé Canada, 1994), 6,8% et 5,8% des Québécois ont utilisé

¹ Dans le présent document, les psychotropes incluent les antidépresseurs, les anxiolytiques ou tranquillisants et les sédatifs-hypnotiques.

respectivement des tranquillisants (e.g., benzodiazépines) et des somnifères au cours de la dernière année, comparativement à 4,5% de l'ensemble de la population canadienne. De plus, Cohen et Collin (1997), à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ont fait le constat inquiétant, qu'en 1996, 30% des Québécois et 43% des Québécoises âgés de 65 ans et plus avaient reçu une prescription d'anxiolytiques ou de sédatifs-hypnotiques.

Dans une récente étude épidémiologique québécoise, Morin et ses collègues (2006) ont constaté que 11% de leur échantillon ($N = 2001$) avaient utilisé une médication pour le sommeil, obtenue sous prescription, dans l'année précédant la collecte de données. Aussi, une autre étude épidémiologique, menée par Ohayon et Caulet (1996), montre que parmi 1722 individus de la région de Montréal, 5,5% d'entre eux ont consommé un psychotrope. Aussi, 3,8% des participants de l'échantillon total ont rapporté utiliser spécifiquement cette médication pour améliorer leurs difficultés de sommeil (2,8% des hommes versus 4,7% des femmes). Parmi tous les consommateurs de médicaments pour dormir, 65,5% ont indiqué l'utiliser depuis plus d'un an, révélant ainsi une chronicité importante de la consommation. D'ailleurs, ces résultats corroborent les propos de Kripke (2000) qui affirme que près du deux tiers des prescriptions d'hypnotiques sont pour des utilisateurs chroniques. Spécifiquement, plus de 65% des utilisateurs vont prolonger leur consommation au-delà d'un an et 30% consommeront leur hypnotique pendant plus de cinq ans (Morgan, 2000; M. M. Ohayon & Caulet, 1996).

Population atteinte de cancer. La pharmacothérapie, particulièrement les hypnotiques, constitue également le traitement le plus utilisé pour traiter l'insomnie comorbide au cancer. À cet effet, un nombre limité d'études se sont spécifiquement attardées à documenter la consommation de psychotropes, plus particulièrement d'hypnotiques, dans le contexte de l'oncologie. Trois études menées sur le sujet ont obtenu des taux d'utilisation de psychotropes variant de 51% à 82,4% (Derogatis et al., 1979; Jaeger, Morrow, Carpenter, & Brescia, 1985; Stiefel, Kornblith, & Holland, 1990). Pour leur part, Derogatis et ses collaborateurs (1979) ont observé que 809 des 1579 participants (51%) avaient reçu une prescription d'au moins un psychotrope, dont 44% qui étaient destinées à traiter les problèmes de sommeil. Les hypnotiques se sont donc avérés être le type de médication le plus fréquemment prescrit, représentant 48% de l'ensemble des

prescriptions. Une dizaine d'années plus tard seulement, Stiefel et ses collègues (1990) ont observé une augmentation de 30% du nombre de prescriptions de psychotropes chez les participants de leur étude. Plus précisément, 81% des participants atteints de cancer avaient consommé un psychotrope ou plus au cours de leur hospitalisation. Encore une fois, les hypnotiques constituaient la catégorie de psychotropes la plus prescrite, représentant 43% des prescriptions. De plus, 95% des patients souffrant de problèmes de sommeil ont été traités avec des hypnotiques. Toutefois, il importe de nuancer ces résultats puisque la majorité des participants de ces études étaient hospitalisés (entre 83% et 100%) et une proportion considérable d'entre eux (86% et plus) souffraient d'un cancer métastatique, ce qui peut donner lieu à une surestimation de la fréquence d'utilisation. Aussi, comme ces recherches ont été menées depuis plus d'une vingtaine d'années, elles peuvent ne pas refléter la consommation actuelle puisque de nouveaux médicaments ont fait leur apparition sur le marché depuis ce temps.

Récemment, deux études plus larges ont documenté la prise de psychotropes chez les patients atteints de cancer. Paltiel et al. (2004) ont observé que 25,7% des 909 patients interrogés à ce sujet ont rapporté avoir utilisé un somnifère ou un tranquillisant. Parmi ces participants, 53,8% ont été recrutés dans des cliniques externes, alors que 46,2% l'ont été dans des centres de jour ou lors d'une hospitalisation. Aussi, près de 31% de tous les participants souffraient d'un cancer avancé. Dans une étude canadienne, Davidson et ses collaborateurs (2002) ont trouvé un taux d'utilisation de tranquillisants ou de somnifères similaire, soit de 21,5%. Dans cette étude, la totalité des patients ont été recrutés lors de leur rendez-vous en clinique externe, mais le stade de leur cancer n'était pas récolté. Par ailleurs, dans ces deux études, l'utilisation de ces médicaments n'a été évaluée qu'en demandant au patient s'il consommait ou non un tranquillisant ou un somnifère, sans toutefois préciser le type (e.g., anxiolytiques, hypnotiques). Ainsi, l'on ne peut assumer avec certitude que cette médication était spécifiquement employée pour contrer les difficultés de sommeil. Enfin, toutes ces études ont utilisé des échantillons de convenance, ce qui questionne la généralisation des résultats. Il semble donc qu'aucune étude canadienne ne se soit spécifiquement attardée à documenter le taux d'utilisation de médication hypnotique auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de patients ayant été traités pour un cancer.

Facteurs de risque

Dans la population générale, plusieurs facteurs se sont révélés associés à une augmentation du risque de consommer de la médication pour le sommeil. Ces facteurs incluent le genre féminin (van Hulst, Leufkens, & Bakker, 1998), le vieillissement (M. M. Ohayon & Caulet, 1995; Zandstra et al., 2002), le veuvage (Fourrier, Letenneur, Dartigues, Moore, & Begaud, 2001), le fait d'être divorcé (Jorm, Grayson, Creasey, Waite, & Broe, 2000), d'être sans emploi (Blennow, Romelsjö, Leifman, Leifman, & Karlsson, 1994) ou retraité (Magrini et al., 1996) et un faible niveau de scolarité (Fourrier et al., 2001). De plus, chez les personnes âgées, la présence d'une symptomatologie dépressive a été associée à une consommation d'hypnotiques accrue (Fourrier et al., 2001). Certaines données suggèrent que l'anxiété pourrait aussi être un facteur lié à l'usage d'une substance hypnotique (Gutierrez-Lobos et al., 2000; Mallon & Hetta, 1997). Enfin, l'usage prolongé de benzodiazépines est associé à la présence d'un plus grand nombre de maladies chroniques (Zandstra et al., 2002). De plus, les utilisateurs d'hypnotiques sont plus susceptibles de présenter un mauvais état de santé général, des troubles cardiovasculaires et/ou une maladie engendrant de la douleur (Asplund, 1995).

Une seule étude a tenté d'identifier les facteurs de risque de l'utilisation de médication hypnotique auprès de patients atteints de cancer. Paltiel et ses collaborateurs (2004) ont identifié que le genre féminin et un âge supérieur ou égal à 55 ans étaient associés à une augmentation de la prise d'hypnotiques, ce qui est consistant avec les données disponibles sur l'insomnie primaire. En ce qui concerne les facteurs psychologiques, Koopman et ses collaborateurs (2002) rapportent que, dans le contexte du cancer du sein métastatique, l'usage de cette médication est plus fréquent chez les patientes rapportant des symptômes dépressifs sévères. Enfin, sur le plan médical, l'usage d'hypnotiques augmenterait avec la progression du cancer. En effet, dans une étude visant le sevrage d'hypnotiques auprès de patients hospitalisés dans une unité de soins palliatifs (Bruera, Fainsinger, Schoeller, & Ripamonti, 1996), 77% des patients consommaient des hypnotiques à l'admission, taux qui s'avère nettement supérieur à ceux rapportés par Davidson et al. (2002) et Paltiel et al. (2004) chez des patients recrutés en clinique externe. Par ailleurs, l'utilisation de tranquillisants et de somnifères des patients atteints d'un cancer du poumon serait environ deux fois plus élevée par rapport aux autres types de cancer

(Davidson et al., 2002; Paltiel et al., 2004). Aussi, il semble que l'utilisation de médication pour dormir ou de tranquillisants serait liée avec une utilisation concomitante de médication pour contrer la douleur, avec le fait de souffrir d'une maladie cardio-vasculaire et d'hypertension de même qu'avec une histoire personnelle antérieure de cancer (Paltiel et al., 2004).

Efficacité

Des essais cliniques avec groupe placebo ont permis de conclure que les benzodiazépines constituent un traitement efficace à court terme. Entre autres, les résultats de ces études indiquent que ce type de médication permet de réduire la latence de sommeil ainsi que le nombre de d'éveils nocturnes, tout en augmentant la durée totale ainsi que l'efficacité du sommeil (Kupfer & Reynolds, 1997; Nowell et al., 1997). Toutefois, l'efficacité à long terme des benzodiazépines demeure inconnue puisque la durée moyenne des études réalisées dans ce domaine était de seulement une semaine (variant entre 4 et 35 jours) et qu'aucune mesure de suivi n'a été incluse (Morin, 2001). De plus, une méta-analyse portant sur l'efficacité des benzodiazépines suggère que cette médication ne fait qu'améliorer la durée totale de sommeil (i.e., augmentation significative de 61,8 minutes) et que les patients qui l'utilisent tendent à surestimer son efficacité (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, & King, 2000).

Au cours des deux dernières décennies, une nouvelle génération de molécules, les hypnotiques non benzodiazépinés (i.e., zolpidem, zaléplon et zopiclone), a fait leur apparition sur le marché. Des taux de rémission équivalents à ceux obtenus avec les benzodiazépines ont été obtenus mais aucune étude n'a encore comparé directement l'efficacité de ces deux classes de médication (Ramakrishnan & Scheid, 2007). Par ailleurs, parmi les hypnotiques non benzodiazépinés, le eszopiclone (Lunesta®, non disponible au Canada) est la seule molécule pour laquelle l'utilisation à long terme a été approuvée par la *Food and Drug Administration* américaine (National Institutes of Health, 2005). En effet, ce médicament est le seul hypnotique à avoir obtenu des appuis empiriques supportant son utilisation continue et son efficacité pour une période supérieure à 12 mois (Taylor, Vazquez, & Campbell, 2006). En somme, puisque peu de données sont actuellement disponibles pour documenter l'efficacité à long-terme de la pharmacothérapie pour

l'insomnie, des recherches supplémentaires seraient donc nécessaires (Tariq & Pulisetty, 2008).

Risques et effets indésirables

En dépit du fait que seule leur efficacité à court terme est bien documentée, l'utilisation de médicaments hypnotiques est associée à de multiples risques et effets secondaires (Kramer, 2000; Ramakrishnan & Scheid, 2007). La nature et la sévérité de ces réactions varient, entre autres, selon le type (e.g., courte versus longue durée d'action) et la quantité de médicaments consommée (Morin, 1997). Un des principaux effets indésirables des benzodiazépines est la présence d'effets résiduels le lendemain de leur utilisation, tels que de la somnolence diurne, des étourdissements et des sensations de tête légère. De plus, de l'anxiété diurne, de l'amnésie antérograde et une modification de la perception du sommeil (e.g., un individu rapporte s'être réveillé pendant 15 minutes alors que les données polysomnographiques indiquent une durée de 50 minutes pour ce même éveil) peuvent être expérimentées par certains utilisateurs. Également, les benzodiazépines peuvent amoindrir les fonctions cognitives (e.g., problèmes de mémoire) et psychomotrices (e.g., diminution du temps de réaction), spécialement chez les personnes âgées, qui sont particulièrement vulnérables à ces effets secondaires en raison des modifications physiologiques liées au vieillissement (e.g., ralentissement du métabolisme) et des conditions médicales comorbides dont elles souffrent (Barbeau, Guimond, & Mallet, 1991; Hall, 1998; Holbrook et al., 2000). Aussi, au sein de cette population, l'utilisation de benzodiazépines entraîne une augmentation du risque de chutes et de fractures de la hanche (Ray, 1992) de même que du nombre d'accidents de la route (Hemmelgarn, Suissa, Huang, Boivin, & Pinard, 1997; Thomas, 1998).

Par ailleurs, l'utilisation prolongée de certains hypnotiques est associée à une altération de l'architecture du sommeil (e.g., réduction des stades 3 et 4 de sommeil; Brands, Sproule, & Marshman, 1998). Elle est également associée au risque de développer une tolérance qui est caractérisée par une réduction de l'efficacité avec le temps et un besoin d'augmenter la dose pour maintenir les effets thérapeutiques. Cette tolérance à l'effet hypnotique serait variable selon les individus et le type de molécule utilisée mais elle pourrait s'installer à l'intérieur de quelques semaines seulement (i.e., au-delà de 4 à 6

semaines d'utilisation régulière; Mendelson, 1987). De plus, toute médication visant à promouvoir le sommeil, qu'elle soit prescrite ou obtenue en vente libre, comporte un risque de dépendance, lequel étant davantage psychologique que physique (Morin, 1993). Dans le contexte de l'utilisation prolongée de benzodiazépines, des symptômes de sevrage (e.g., fatigue, irritabilité, augmentation de la perception sensorielle) et de l'insomnie de rebond peuvent être ressentis lorsque cette dernière est cessée temporairement ou abruptement. L'insomnie de rebond réfère au retour de l'insomnie lors de la cessation du traitement pharmacologique, souvent avec une plus grande intensité. Même si ces symptômes apparaissent rapidement, ils ne sont que temporaires. De plus, l'insomnie de rebond serait plus prononcée avec l'utilisation de benzodiazépines à courte durée d'action et elle serait moins sévère grâce à un programme de sevrage graduel (Hajak et al., 1998).

Dans un relevé de littérature portant sur l'utilisation chronique d'hypnotiques, Kripke (2000) rapporte des résultats tirées de deux études épidémiologiques d'envergure menées aux États-Unis par l'*American Cancer Society*. Ces résultats ont montré qu'en contrôlant pour 30 covariables, l'utilisation de 30 comprimés d'hypnotiques par mois était associée à un risque plus élevé de mortalité, similaire à celui associé au fait de fumer 1 à 2 paquets de cigarettes par jour. En contrôlant pour l'âge, les hommes qui consommaient un hypnotique de façon chronique présentaient un risque de décès 3,18 fois supérieur au cours des six années qui suivaient. Chez les femmes, ce risque était augmenté de 2,82 fois. Bien que ces études ne soient pas exemptes de failles méthodologiques et doivent faire l'objet de réplification, elles suggèrent que l'utilisation prolongée d'hypnotiques pourraient même comporter des risques pour la santé (Nuhic & Kramer, 2007).

Il semble que les hypnotiques non benzodiazépinés aient un profil d'effets secondaires plus avantageux. En plus de ne pas en altérer l'architecture normale du sommeil (Lenhart & Buysse, 2001), leurs effets secondaires et l'insomnie de rebond seraient moindres qu'avec les benzodiazépines (National Institutes of Health, 2005). Par exemple, les résultats de certaines études indiquent que le zaleplon entraînerait moins d'effets résiduels sur la mémoire et la performance diurne (Vermeeren, Danjou, & O'Hanlon, 1998). Contrairement aux benzodiazépines qui engendrent des effets hypnotiques, anxiolitiques, myorelaxants et anticonvulsivants, les molécules « Z » produisent des effets hypnotiques plus sélectifs au niveau des récepteurs GABA (Morin,

2001). Toutefois, malgré certains avantages par rapport aux benzodiazépines, aucune étude n'en est venue à la conclusion que ce type de molécules était totalement exempt d'effets indésirables ou de risque de tolérance et de dépendance (Wagner, Wagner, & Hening, 1998).

Bref, il n'existe aucune preuve scientifique qui justifie l'utilisation chronique d'hypnotiques, le ratio bénéfices/risques étant hautement défavorable. Les risques et effets secondaires associés à l'utilisation de médicaments hypnotiques n'ont jamais été étudiés chez les personnes atteintes de cancer. Toutefois, l'on peut présumer qu'ils sont similaires, voire même encore plus importants, et ce, en raison du fait que les patients doivent déjà composer avec les répercussions de la maladie et des traitements associés.

Recommandations

Tous les risques et effets indésirables associés à l'utilisation d'hypnotiques, particulièrement lorsqu'elle est chronique, ont conduit les experts en sommeil à recommander leur utilisation seulement pour l'insomnie situationnelle et à utiliser le plus faible dosage possible. Il est également recommandé que la durée du traitement soit limitée à une période de 2 à 4 semaines environ pour ainsi prévenir le développement d'une tolérance et minimiser le risque de dépendance. Si toutefois le problème de sommeil devenait persistant ou récurrent, l'approche psychologique serait à privilégier, avec une utilisation possible d'hypnotiques comme traitement adjuvant (Morin, 2001). En effet, la thérapie cognitive-comportementale est maintenant reconnu comme le traitement de choix pour l'insomnie primaire et chronique (C.A. Espie, 1999; Morin, Culbert, & Schwartz, 1994).

Thérapie cognitive-comportementale (TCC)

Description

Plusieurs stratégies non-pharmacologiques ont fait l'objet d'études évaluant leur efficacité pour l'insomnie. Ceci inclut l'intention paradoxale, la thérapie par le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil, la relaxation, la thérapie cognitive, les principes d'hygiène du sommeil ainsi que le traitement multimodal. Globalement, ces stratégies visent à modifier les mauvaises habitudes de sommeil, réduire l'activation cognitive et physiologique, corriger les croyances et attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil ou

informer les patients des habitudes de vie susceptibles d'aider ou de nuire au sommeil (Morin & Wooten, 1996).

Efficacité

Population générale. Deux méta-analyses basées sur une soixantaine d'études confirment l'efficacité des thérapies cognitives-comportementales (TCC) pour l'insomnie avec des grandeurs d'effet au post-traitement variant de modérée à large entre (.42 et .94) selon les paramètres de sommeil évalués (Morin et al., 1994; Murtagh & Greenwood, 1995). Il est intéressant de souligner que la grandeur de ces effets se révèle comparable à celle associée à pharmacothérapie (Nowell et al., 1997). De plus, ces études suggèrent que les gains thérapeutiques se sont maintenus au-delà de 24 mois suivant la fin des traitements psychologiques pour l'insomnie (Morin, 2001; Morin, Colecchi, Stone, Sood, & Brink, 1999), ce qui constitue un net avantage par rapport à la pharmacothérapie. Les stratégies de contrôle par le stimulus, de restriction du sommeil et les traitements multimodaux (i.e., combinant plusieurs approches) ont généralement été identifiés comme étant les interventions non pharmacologiques les plus efficaces (Morin et al., 1994). Cependant, la très grande majorité de ces études a été menée auprès d'individus de la population générale souffrant d'insomnie primaire. Les personnes atteintes d'une condition médicale chronique étant exclues de ces études, il est difficile d'en généraliser les résultats aux personnes atteintes d'un cancer.

Population atteinte de cancer. Jusqu'à ce jour, sept études se sont spécifiquement attardées à évaluer l'efficacité de traitements non pharmacologiques pour l'insomnie dans le contexte du cancer. Tout d'abord, deux études ont tenté d'évaluer l'efficacité d'un entraînement à la relaxation pour traiter l'insomnie. Stam et Bultz (1986) ont effectué une étude de cas auprès d'un patient atteint d'un cancer du testicule et souffrant d'insomnie. Le traitement était constitué de cinq séances combinant la relaxation progressive et l'entraînement à l'imagerie mentale. Suite à ce traitement, des améliorations importantes ont été notées quant à la latence et à la durée totale du sommeil. Dans la seconde étude, 30 patients atteints de cancer (diagnostics mixtes) ont été assignés aléatoirement à un traitement de relaxation de trois séances ou à une condition sans traitement (Cannici, Malcom, & Peek, 1983). Parmi tous les paramètres du sommeil à l'étude, seule la latence

du sommeil s'est avérée significativement améliorée chez les patients recevant le traitement comparativement aux participants du groupe contrôle. Mentionnons que ces études comportent plusieurs limites méthodologiques dont l'absence de contrôle expérimental, l'utilisation de petits échantillons et une faible puissance statistique, restreignant ainsi la portée des conclusions pouvant être tirées de ces travaux. Il importe également de souligner qu'aucune de ces études n'a utilisé les traitements psychologiques ayant reçu le plus d'appuis empiriques auprès de la population générale (e.g., contrôle par le stimulus, restriction du sommeil et traitements multimodaux).

En 2001, une étude de Davidson et ses collaborateurs a évalué l'efficacité d'une TCC multimodale auprès de 12 patients souffrant d'insomnie (sites de cancer mixtes). Les six séances de thérapie combinaient l'utilisation de stratégies de contrôle par le stimulus, d'entraînement à la relaxation ainsi que d'autres stratégies, telles que l'hygiène du sommeil et la restructuration cognitive, dont le but était de consolider le sommeil et réduire l'activation cognitive et émotionnelle. Les résultats indiquent des améliorations significatives à la 4^e et à la 8^e semaine de traitement comparativement au pré-traitement au niveau, par exemple, du nombre de réveils nocturnes, du temps total d'éveil et de l'efficacité du sommeil. La durée totale de sommeil et le niveau de fatigue se sont significativement améliorés à la 8^e semaine. Une autre étude réalisée auprès d'un large échantillon de patients atteints de différents types de cancer ($N = 229$) a évalué l'efficacité d'une TCC multimodale (incluant la restructuration cognitive, le contrôle par le stimulus, l'hygiène de sommeil et l'entraînement à la relaxation, soit la relaxation musculaire progressive ou l'entraînement autogène) en la comparant à un groupe de patients ne recevant pas la TCC (Simeit, Deck, & Conta-Marx, 2004). Les résultats indiquent des améliorations significatives du fonctionnement quotidien, de la latence, de la durée, de l'efficacité et de la qualité du sommeil ainsi qu'une diminution de la consommation de médication pour dormir. Même si les résultats de ces études sont encourageants, ces dernières sont limitées par l'absence d'un groupe contrôle (pour Davidson et al., 2001) et du processus de randomisation.

Une autre étude ayant utilisé un devis de recherche expérimental à cas unique, avait pour objectif de vérifier l'efficacité d'une TCC multimodale auprès de huit femmes souffrant d'insomnie chronique comorbide au cancer du sein (Quesnel et al., 2003). Le

traitement, d'une durée de huit semaines, était offert en groupe et comprenait les stratégies de contrôle par le stimulus, de restriction du sommeil, de restructuration cognitive et d'hygiène du sommeil ainsi que des informations plus spécifiques sur la gestion de la fatigue. Les analyses de séries chronologiques menées tant sur les données des mesures subjectives (auto-enregistrement quotidien du sommeil) qu'objectives (polysomnographie en laboratoire) indiquent une amélioration significative de l'efficacité du sommeil et de la durée totale de sommeil pour l'ensemble des participantes. De plus, le traitement de l'insomnie a été associé à des diminutions significatives des symptômes dépressifs, du niveau de fatigue physique et une amélioration des dimensions globale, cognitive et sociale de la qualité de vie des participantes.

Trois études randomisées ont été réalisées pour évaluer l'efficacité de la TCC de l'insomnie comorbide au cancer. La première de ces études a été réalisée auprès de 72 femmes atteintes d'un cancer du sein et souffrant d'insomnie chronique (Epstein & Dirksen, 2007). Les participantes ont été réparties aléatoirement entre une intervention multimodale (i.e., contrôle par le stimulus, restriction du sommeil et psychoéducation sur le sommeil et son hygiène) et un groupe de comparaison à composante unique (i.e., psychoéducation sur le sommeil et son hygiène). Les résultats indiquent des améliorations pour les deux groupes sur la majorité des indices subjectifs du sommeil après le traitement. Des interactions significatives ont été observées uniquement pour le temps passé au lit et l'efficacité du sommeil. De plus, aucune interaction significative n'a été trouvée sur les données de l'actigraphie. Cette étude est limitée par l'absence de groupe sans intervention de sorte qu'il est impossible de déterminer si ces deux traitements étaient également efficaces ou également inefficaces à traiter les difficultés de sommeil. D'ajouter des prises de mesures au-delà du post-traitement aurait aussi contribué à la bonifier. La seconde étude randomisée a assigné de façon aléatoire 57 femmes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastatique dans deux conditions expérimentales, soit la TCC ou la liste d'attente (Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2005). Le format et le contenu de la TCC multimodale étaient les mêmes que dans l'étude de Quesnel et al. (2003). Les principaux résultats indiquent que les participantes ayant reçu la TCC ont présenté une amélioration significativement supérieure du sommeil évalué subjectivement, de la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique, de la détresse psychologique et de la qualité de

vie globale au post-traitement comparativement aux participants du groupe contrôle après leur période d'attente. Ces gains thérapeutiques étaient bien maintenus au suivi 12 mois. Enfin, Espie et ses collègues (2008) ont assigné aléatoirement 150 patients atteints de divers types de cancer et souffrant d'insomnie chronique à un groupe TCC ou à un groupe de traitement usuel. Soulignons que la TCC était administrée par des infirmières en oncologie, entre autres, afin de faciliter l'accessibilité à ce type de traitement. Au post-traitement, les participants de la condition TCC ont rapporté une réduction de la latence de sommeil et de l'éveil après l'endormissement d'environ une heure comparativement à aucune amélioration dans la condition contrôle. De plus, il apparaît que la qualité de vie s'est davantage améliorée dans la condition TCC. Précisément, les symptômes de fatigue, d'anxiété, de dépression ont diminué tandis que les aspects physiques et fonctionnels de la qualité de vie se sont améliorés. Soulignons que ces gains thérapeutiques se sont maintenus au suivi 6 mois.

Intervention précoce

En somme, les études sont unanimes à démontrer l'efficacité de la TCC pour l'insomnie primaire et comorbide au cancer. Toutefois toutes ces études se sont concentrées sur le traitement de l'insomnie chronique (i.e., supérieure à 6 mois), qui est d'ailleurs l'indication actuelle pour la TCC. D'un point de vue clinique, il serait cependant extrêmement pertinent de traiter les difficultés de sommeil avant leur chronicisation. En effet, en raison de toutes les conséquences associées à l'insomnie, il apparaît primordial d'intervenir rapidement auprès des individus souffrant d'insomnie dans le but de diminuer le développement de psychopathologies associées et les répercussions sur la qualité de vie de même que de réduire les coûts directs et indirects associés à cette problématique.

À ce jour, une seule étude s'est intéressée à documenter les effets d'une intervention précoce pour l'insomnie et cette étude a été menée chez des insomniaques primaires. Spécifiquement, Jansson et Linton (2005) ont comparé une TCC pour l'insomnie offerte en groupe à une condition contrôle chez des participants dont la durée de l'insomnie variait entre 3 et 12 mois. Six à 10 participants ont composé les groupes de la condition TCC. Chaque séance était d'une durée de 2 heures par semaine, et ce, pendant 6 semaines. Une session supplémentaire a été ajoutée 2 mois après la fin du traitement. Quant à la condition

contrôle, cette dernière consistait à la lecture d'un bref document d'informations sur le sommeil, les difficultés de sommeil et leurs causes. Au suivi 12 mois, les participants du groupe TCC ont montré une amélioration significative de tous les paramètres de sommeil mesurés subjectivement, dont la latence d'endormissement, le temps total d'éveil, le temps total de sommeil, la qualité et l'efficacité du sommeil. Des améliorations significatives sur le plan clinique ont aussi été notées. De plus, comparativement au groupe contrôle, les individus du groupe TCC ont rapporté une diminution significativement plus importante des croyances erronées envers le sommeil et de sept des neuf symptômes négatifs diurnes associés à l'insomnie mesurés, dont les difficultés de concentration, la diminution de la performance au travail, le stress, les douleurs musculaires. Bref, cette étude est la première à démontrer que la TCC de l'insomnie peut traiter efficacement l'insomnie primaire de courte durée. À notre connaissance, aucune étude similaire n'a été réalisée auprès d'individus atteints de cancer.

Interventions minimales (auto-traitement)

En somme, l'ensemble des résultats tirés des précédentes études suggèrent que la TCC multimodale est également efficace dans le contexte de l'insomnie comorbide au cancer. En plus d'être associée à des améliorations sur le plan du sommeil, elle contribue aussi à diminuer la détresse psychologique ainsi qu'à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Par ailleurs, il n'existe pratiquement aucun risque ou effet secondaire découlant de la TCC de l'insomnie. Toutefois, l'accessibilité à ce traitement demeure très réduite. En effet, peu de professionnels en santé mentale sont actuellement formés pour offrir ce type d'intervention dans les cliniques d'oncologie. De plus, les coûts qui y sont associés, tant directs (e.g., salaire du professionnel) qu'indirects (e.g., temps et investissement consacrés par le patient pour participer aux séances de thérapie) ne sont pas négligeables et influencent négativement l'implantation de ce traitement dans les soins usuels. Enfin, ajoutons que les patients atteints de cancer doivent déjà composer avec leurs nombreuses visites médicales et ne sont pas toujours intéressés ou disposés à ajouter des rendez-vous et des déplacements supplémentaires. Il importe donc de développer un format de TCC de l'insomnie différent de celui impliquant des séances avec un professionnel. Une alternative intéressante consisterait à utiliser un traitement minimal (bibliothérapie) pour

augmenter son accessibilité aux patients atteints de cancer, diminuer le fardeau associé au traitement conventionnel et limiter les coûts associés.

La littérature fait état de quelques études ayant documenté l'efficacité d'interventions minimales, en termes de contact thérapeutique, pour réduire les difficultés de sommeil de personnes souffrant d'insomnie primaire. Plusieurs formats ont été développés dont la bibliothérapie (i.e., remise de documentation écrite), avec ou sans contact professionnel (Alperson & Biglan, 1979; Bastien, Morin, Ouellet, Blais, & Bouchard, 2004; Mimeault & Morin, 1999; Morin, Beaulieu-Bonneau, LeBlanc, & Savard, 2005). D'autres auteurs ont opté pour une combinaison de matériel et ont ajouté, à leur documentation écrite, la présentation d'une vidéo (Riedel, Lichstein, & Dwyer, 1995), l'utilisation de la télévision et de la radio (Oosterhuis & Klip, 1993), de matériel audio (Morawetz, 1989) et de l'Internet (Ström, Pettersson, & Andersson, 2004). Bien que le contenu de chaque intervention diffère entre les études, une constante demeure soit, l'utilisation de plusieurs composantes de la TCC de l'insomnie. Soulignons que les interventions les plus complètes (i.e., combinant l'ensemble des stratégies comportementales, cognitives et éducationnelles) ont été réalisées au cours de la dernière décennie.

Une analyse des études présentées précédemment révèle une grande variabilité dans les échantillons sélectionnés que ce soit pour le nombre de participants, leur âge ou le fait qu'ils consomment ou non une médication hypnotique. Par contre, les participants présentant un autre trouble du sommeil ou une condition médicale ou psychologique sévère ont été exclus de la plupart de ces recherches. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les interventions minimales sont plus efficaces qu'une condition sans traitement (Mimeault & Morin, 1999; Morawetz, 1989; Morin et al., 2005; Riedel et al., 1995) et aussi efficaces qu'un traitement administré par un clinicien (Bastien et al., 2004). Pour la plupart des études, les gains thérapeutiques se sont maintenus lors des suivis 3 ou 6 mois. Par ailleurs, Mimeault et Morin (1999) de même que Riedel et ses collègues (1995) ont constaté que l'ajout d'un contact professionnel augmentait l'efficacité de leur intervention. Par exemple, Mimeault et Morin (1999) ont observé que 14 des 18 participants ayant reçu la bibliothérapie avec contact professionnel se sont cliniquement améliorés au post-traitement (i.e., efficacité du sommeil > à 80%) comparativement à 9 des 18 participants du groupe

bibliothérapie seule. Malgré le fait que ces résultats soient très encourageants, aucune étude n'a tenté, à ce jour, de vérifier l'efficacité d'une intervention minimale, telle que la bibliothérapie, pour l'insomnie comorbide au cancer. En raison de sa plus grande accessibilité, ce format d'intervention semble particulièrement pertinent pour traiter l'insomnie de façon précoce.

Résumé et rationnel

Près d'un individu sur deux sera atteint d'un cancer au cours de son existence. L'insomnie figure parmi les difficultés psychologiques les plus fréquemment rapportées chez les personnes atteintes de cancer. Effectivement, 30 à 50% des patients récemment diagnostiqués ou traités pour cette maladie rapportent des difficultés de sommeil, ce qui est plus élevé que dans la population générale. Par contre, toutes les études réalisées dans ce champ de recherche ont utilisé des échantillons de convenance. Ainsi, à ce jour, il semble qu'aucune étude n'ait documenté la prévalence des difficultés de sommeil auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de patients ayant été traités pour divers types de cancer. Par ailleurs, il est essentiel de bien identifier les facteurs qui sont associés à un risque accru de présenter des difficultés de sommeil afin de mieux cibler les populations à traiter. Les facteurs de risque de l'insomnie primaire ont bien été documentés dans la littérature. Par contre, ceux spécifiques à l'insomnie associée au cancer ont été peu explorés.

Les conséquences qui découlent de l'insomnie ne sont guère négligeables, et ce, particulièrement lorsqu'elle devient chronique. Il importe donc d'offrir un traitement efficace aux personnes qui en souffrent. La pharmacothérapie, principalement la médication hypnotique, est le traitement le plus couramment utilisé pour les difficultés de sommeil, et ce, tant auprès des individus de la population générale que de la population atteinte de cancer. Tout comme pour la prévalence de l'insomnie, aucune étude n'a, à ce jour, documenté le taux d'utilisation d'hypnotiques auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de patients ayant été traités pour divers types de cancer. Les études réalisées précédemment ont plutôt utilisé des échantillons de convenance. Malgré le fait que la médication constitue un traitement efficace à court terme, son efficacité à long terme demeure inconnue. Aussi, de nombreux effets indésirables découlent de son utilisation,

spécifiquement lorsque prolongée. Il apparaît également pertinent d'identifier les facteurs de risque de consommer une telle médication. Ainsi, il sera possible de mieux cibler les populations auprès desquelles intervenir. Même si plusieurs facteurs se sont révélés associés à une augmentation du risque de consommer de la médication pour le sommeil dans la population générale, très peu d'études ont documenté ce phénomène dans le contexte du cancer.

En raison de son efficacité, la thérapie cognitive-comportementale s'est révélée une alternative intéressante à la médication, et ce, même auprès des individus atteints de cancer. Par contre, toutes les études réalisées dans ce domaine (sauf une) se sont intéressées au traitement de l'insomnie chronique. En raison des nombreuses conséquences associées à cette problématique, une option intéressante serait d'intervenir rapidement, i.e., dès l'apparition des symptômes d'insomnie, et ce, dans le but de prévenir l'apparition du syndrome d'insomnie chronique. Par ailleurs, la principale limite de la TCC de l'insomnie est qu'elle nécessite un clinicien ayant reçu une formation spécifique ce qui augmente les coûts en ressources humaines et financières. Pour contrer son accessibilité réduite, une alternative prometteuse serait l'utilisation d'une intervention minimale. L'efficacité de la TCC de l'insomnie à contact thérapeutique minimal est bien démontrée dans la population générale, mais aucune recherche n'a encore été effectuée à ce sujet dans le contexte du cancer.

Deux articles scientifiques, visant à répondre aux objectifs suivants, composent la présente thèse.

Objectifs et hypothèses de la thèse

Étude 1

Objectifs

Les objectifs de cette étude sont : (a) de documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique chez un large échantillon sélectionné aléatoirement de personnes ayant été traitées pour divers types de cancer; et (b) d'identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique.

Hypothèses

Étant donné la nature descriptive de cette étude, aucune hypothèse n'a été formulée.

Étude 2

Objectif principal

L'objectif principal de la présente étude est d'évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale minimale, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer.

Hypothèse principale

Au post-traitement et lors des suivis trois et six mois, les participants ayant reçu la TCC (i.e., condition expérimentale) auront un meilleur sommeil tel qu'évalué à partir de plusieurs indices subjectifs, tels que le temps total d'éveil, l'efficacité du sommeil et la cote totale à l'*Index de sévérité de l'insomnie* (ISI; Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997) comparativement aux participants de la condition contrôle (i.e., sans TCC).

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude visent à évaluer l'effet de cette intervention précoce : (a) sur la consommation de médication hypnotique; et (b) sur la détresse psychologique (e.g., dépression et anxiété), la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif subjectif et les croyances erronées envers le sommeil.

Hypothèses secondaires

Au post-traitement et lors des suivis trois et six mois, la proportion d'utilisateurs d'hypnotiques, le nombre de nuits par semaine avec médication et le dosage quotidien de la médication utilisée seront davantage réduits chez les participants du groupe TCC comparativement aux participants assignés à la condition sans traitement (contrôle). De plus, les participants de la condition TCC présenteront une diminution plus importante du niveau de détresse psychologique et de fatigue, de croyances erronées envers le sommeil ainsi qu'une amélioration plus importante du fonctionnement cognitif subjectif et de la qualité de vie au post-traitement et aux suivis trois et six mois comparativement aux participants de la condition contrôle.

Prévalence et prédicteurs de l'insomnie et de la consommation d'hypnotiques dans le
contexte du cancer

Lucie Casault, M.Ps.¹⁻², Josée Savard, Ph.D.¹⁻², Sébastien Simard, Ph.D.¹⁻² &

Hans Ivers, Ph.D.¹⁻²

¹ Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, Québec, Québec, Canada

² École de Psychologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada

Cette étude a été subventionnée par l'Initiative canadienne de recherche sur le cancer de la prostate (#014420) et par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein (#014459). Les auteurs tiennent également à remercier les Instituts de recherche en santé du Canada pour leur contribution financière (bourses de recherche et de chercheur-boursier décernées au premier et deuxième auteurs, respectivement).

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Josée Savard, Ph.D.,
Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, 11 Côte du Palais, Québec,
Québec, Canada, G1R 2J6, courrier électronique : josee.savard@psy.ulaval.ca

Résumé

La présente étude vise à documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique chez un large échantillon sélectionné aléatoirement de personnes ayant été traitées pour divers types de cancer ainsi qu'à identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique. Cinq milles patients ayant été traités à l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) pour un cancer du sein, de la prostate, du poumon ou colorectal ont été sollicités par la poste pour participer à cette étude. Parmi ces patients, 1984 (39,7%) ont accepté de compléter une batterie de questionnaires comprenant, entre autres, *l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)*. Les résultats indiquent que 42,6% des participants présentent un niveau clinique de difficultés de sommeil (cote \geq à 8 à l'ISI) et que 22,6% consomment actuellement une médication pour le sommeil. Les prédicteurs de la présence d'un syndrome d'insomnie sont un plus jeune âge, le fait d'être une femme, d'avoir vécu davantage d'événements de vie majeurs au cours des six derniers mois, de présenter une qualité de vie globale moindre, la présence de symptômes anxieux, de fatigue, intestinaux, urinaires de même que ménopausiques et andropausiques plus sévères, ainsi que la présence d'une autre maladie physique et le fait de ne pas avoir reçu de chimiothérapie. Par ailleurs, les variables associées au risque de consommer de la médication hypnotique sont : un âge plus élevé, les difficultés d'endormissement, le fait d'avoir vécu davantage d'événements de vie majeurs au cours des six derniers mois, la présence de symptômes anxieux plus sévères, de difficultés psychologiques actuelles ou passées, un moins bon fonctionnement de rôle, la présence de symptômes urinaires de sévérité moindre, la consommation d'une médication

anti-douleur et les traitements de chimiothérapie actuels ou passés. Ces taux de prévalence d'insomnie et d'utilisation d'hypnotiques sont comparables à ceux déjà rapportés dans le contexte du cancer. De plus, l'identification de prédicteurs pourra permettre d'identifier les personnes à risque de présenter de l'insomnie ou de consommer une médication hypnotique et ainsi, favoriser le développement de programmes de prévention pour ces deux problématiques.

Prévalence et prédicteurs de l'insomnie et de la consommation d'hypnotiques dans le contexte du cancer

L'insomnie est une problématique d'importance dans le contexte du cancer.

Diverses études suggèrent que de 30 à 50% des patients récemment diagnostiqués ou traités pour cette maladie rapportent des difficultés de sommeil (J. Savard & Morin, 2001). Par exemple, une étude descriptive d'envergure, menée auprès de 982 participants atteints de différents types et stades de cancer, révèle que 300 d'entre eux (31%) rapportent des perturbations du sommeil (Davidson, MacLean, Brundage, & Schulze, 2002). Également, Savard et ses collaborateurs ont mené des études dont les résultats sont consistants avec ceux de recherches antérieures. Dans un premier temps, les résultats d'une étude descriptive indiquent que 48% des 300 femmes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastatique présentent des symptômes d'insomnie tandis que 19% présentent un syndrome d'insomnie, qui s'avère chronique (i.e., durée supérieure à 6 mois) dans 95% des cas (J. Savard, Simard, Blanchet, Ivers, & Morin, 2001). Dans un deuxième temps, parmi les 327 participants ayant subi une prostatectomie radicale, 31.5% d'entre eux ont rapporté des difficultés de sommeil non spécifiques et 18% ont rencontré les critères du syndrome d'insomnie qui, une fois de plus, s'est révélé chronique dans la majorité des cas (J. Savard et al., 2005). Toutefois, toutes ces études ont utilisé des échantillons de convenance, souvent atteints d'un seul type de cancer, et il importe donc d'évaluer la prévalence de l'insomnie chez un large échantillon de patients sélectionnés aléatoirement et atteints de divers types de cancer.

Deux types d'approches sont principalement employées dans le traitement de l'insomnie, soit les approches pharmacologiques et psychologiques. Bien que ce dernier type d'intervention soit davantage recommandé pour traiter l'insomnie chronique (National

Institutes of Health, 1991, 1996, 2005), la médication hypnotique constitue le traitement le plus couramment utilisé pour contrer les difficultés de sommeil et ce, tant auprès des individus de la population générale que de la population atteinte de cancer.

À cet effet, un nombre limité d'études se sont spécifiquement attardées à documenter la consommation de psychotropes, plus particulièrement d'hypnotiques, dans le contexte de l'oncologie. Trois études menées sur le sujet ont obtenu des taux d'utilisation de psychotropes variant de 51% à 82,4% (Derogatis et al., 1979; Jaeger, Morrow, Carpenter, & Brescia, 1985; Stiefel, Kornblith, & Holland, 1990). Parmi tous les psychotropes employés, les hypnotiques se sont avérés les plus fréquemment prescrits, représentant entre 33 et 43% de l'ensemble des prescriptions. Toutefois, il importe de nuancer ces résultats puisque la majorité des participants de ces études étaient hospitalisés (entre 83% et 100%) et une proportion considérable d'entre eux (86% et plus) souffraient d'un cancer métastatique, ce qui peut donner lieu à une surestimation de la fréquence d'utilisation. De plus, comme ces recherches ont été menées depuis plus d'une vingtaine d'années, elles peuvent ne pas refléter la consommation actuelle puisque de nouveaux médicaments ont fait leur apparition sur le marché depuis ce temps.

Récemment, deux études plus larges ont documenté la prise de psychotropes chez les patients atteints de cancer. Paltiel et al. (2004) ont observé que 25,7% des 909 patients interrogés à ce sujet ont rapporté avoir utilisé un somnifère ou un tranquillisant. Parmi ces participants, 53,8% ont été recrutés dans des cliniques externes et 46,2% l'ont été dans des centres de jour ou lorsque les patients étaient hospitalisés. Aussi, près de 31% de tous les participants souffraient d'un cancer avancé. Dans une étude canadienne, Davidson et ses collaborateurs (2002) ont trouvé un taux d'utilisation de tranquillisants ou de somnifères similaire, soit 21,5%. Il importe de souligner que la totalité des patients ont été recrutés lors

de leur rendez-vous en clinique externe et que la donnée concernant le stade du cancer n'est pas disponible. Par ailleurs, dans ces deux études, l'utilisation de ces médicaments n'a été évaluée qu'en demandant au patient s'il consommait ou non un tranquillisant ou un somnifère, sans toutefois préciser le type (e.g., anxiolytiques, hypnotiques). Ainsi, l'on ne peut assumer avec certitude que cette médication était spécifiquement employée pour contrer les difficultés de sommeil.

Il importe également de mieux connaître les caractéristiques qui augmentent le risque de souffrir d'insomnie et de consommer une médication hypnotique pour la traiter. Alors que les facteurs de risque de l'insomnie primaire (i.e., non associée à un autre trouble du sommeil, à un trouble psychopathologique, aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale) sont bien connus (Bixler, Kales, & Soldatos, 1979; Ford & Kamerow, 1989; Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985; Morin, 1993; Morin, 1996), ceux spécifiques à l'insomnie associée au cancer ont été peu explorés.

En 2001, Savard et ses collègues ont identifié que le fait d'être en congé de maladie ou sans emploi, d'être veuve, de ne pas avoir d'antécédent d'insomnie, d'avoir subi une tumorectomie et d'avoir reçu des traitements de chimiothérapie de même que d'être atteinte d'un cancer de faible stade lors du diagnostic initial étaient associés à une augmentation du risque de souffrir de symptômes d'insomnie chez 212 femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique. Également, parmi les femmes présentant des symptômes d'insomnie, seulement trois facteurs étaient associés à un risque accru de souffrir du syndrome d'insomnie soit, le fait d'avoir obtenu un diplôme universitaire, d'être séparée ou divorcée et d'être veuve ($n = 136$). Une autre étude, cette fois menée chez des patients ayant été traités pour un cancer de la prostate, a révélé que sept variables étaient significativement associées à la présence de difficultés de sommeil : ne pas avoir été marié, ne pas avoir reçu

de radiothérapie, présenter des symptômes d'un blocage androgénique, urinaires et intestinaux ainsi que de la douleur et de l'anxiété (J. Savard et al., 2005). Des résultats similaires ont été obtenus pour les facteurs de risque du syndrome d'insomnie à l'exception qu'un plus jeune âge, un moins bon pronostic et que des symptômes dépressifs remplacent le fait ne pas avoir été marié, les symptômes urinaires et anxieux. Puis, dans l'étude de Davidson et al. (2002), un plus jeune âge, la fatigue, les jambes sans repos, l'utilisation de médication sédatrice ou hypnotique, une humeur dépressive ou changeante, la présence de rêves, d'inquiétudes et avoir subi récemment une chirurgie pour le cancer se sont avérés être associés à un risque plus élevé de souffrir d'insomnie. Finalement, dans une étude plus récente menée auprès de 2645 femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique (Bardwell et al., 2008), les résultats d'une régression logistique binaire indiquent que seuls les symptômes dépressifs et vasomoteurs, particulièrement les sueurs nocturnes, sont associés à une augmentation du risque de souffrir d'insomnie. Les auteurs ont conclu que les variables spécifiques au cancer, les comportements de santé et les caractéristiques personnelles des participantes ne se révèlent pas des facteurs de risques significatifs en présence des variables de santé physique et psychologiques.

Bien que de nombreuses études aient évalué les facteurs sociodémographiques associés à la consommation d'hypnotiques au sein de la population générale, une seule étude a été effectuée auprès de patients atteints de cancer. Paltiel et ses collaborateurs (2004) ont identifié que le genre féminin et un âge supérieur ou égal à 55 ans étaient associés à une augmentation de la prise d'hypnotiques, ce qui est consistant avec les données disponibles sur l'insomnie primaire. En ce qui concerne les facteurs psychologiques, Koopman et ses collaborateurs (2002) rapportent que, dans le contexte du cancer du sein métastatique, l'usage de cette médication est plus fréquent chez les patientes

rapportant des symptômes dépressifs sévères. Enfin, sur le plan médical, l'usage d'hypnotiques augmenterait avec la progression du cancer. En effet, dans une étude visant le sevrage d'hypnotiques auprès de patients hospitalisés dans une unité de soins palliatifs, Bruera, Fainsinger, Schoeller et Ripamonti (1996) rapportent qu'à l'admission, 77% des patients consommaient des hypnotiques, taux qui s'avère nettement supérieur à ceux rapportés par Davidson et al. (2002) et Paltiel et al. (2004). Par ailleurs, l'utilisation de tranquillisants et de somnifères des patients atteints de cancer du poumon serait environ deux fois plus élevée que celle d'individus présentant d'autres type de cancer (Davidson et al., 2002; Paltiel et al., 2004). Aussi, il semble que l'utilisation de médication pour dormir ou de tranquillisants serait liée avec une utilisation concomitante de médication pour contrer la douleur, avec le fait de souffrir de maladie cardio-vasculaires et d'hypertension de même qu'avec une histoire personnelle antérieure de cancer (Paltiel et al., 2004). Enfin, puisque les effets indésirables découlant des traitements oncologiques sont nombreux (p.ex., fatigue, douleur, Breitbart & Payne, 1998; Portenoy, Thaler, Kornblith, McCarthy Lepore et al., 1994; Redd et al., 1991), il est possible que ces derniers soient associées à la consommation d'hypnotiques. Toutefois, ceci n'a encore jamais été investigué.

D'autres facteurs se sont révélés associés à une augmentation du risque de consommer de la médication pour le sommeil dans la population générale. Ces facteurs incluent le genre féminin (van Hulst, Leufkens, & Bakker, 1998), l'avancement en âge (Ohayon & Caulet, 1995; Zandstra et al., 2002), le veuvage (Fourrier, Letenneur, Dartigues, Moore, & Begaud, 2001), le fait d'être divorcé (Jorm, Grayson, Creasey, Waite, & Broe, 2000), d'être sans emploi (Blennow, Romelsjö, Leifman, Leifman, & Karlsson, 1994) ou à la retraite (Magrini et al., 1996) et un faible niveau de scolarité (Fourrier et al., 2001). De plus, chez les personnes âgées, la présence d'une symptomatologie dépressive a été

associée à une consommation d'hypnotiques accrue (Fourrier et al., 2001). Certaines données suggèrent que l'anxiété pourrait aussi être un facteur lié à l'usage d'une substance hypnotique (Gutierrez-Lobos et al., 2000; Mallon & Hetta, 1997). Enfin, l'usage prolongé de benzodiazépines est associé à la présence d'un plus grand nombre de maladies chroniques (Zandstra et al., 2002). De plus, les utilisateurs d'hypnotiques sont plus susceptibles de présenter un mauvais état de santé général, des troubles cardiovasculaires et/ou une maladie engendrant de la douleur (Asplund, 1995).

En résumé, les difficultés de sommeil constituent un des problèmes les plus souvent rapportés par les patients atteints de cancer et la consommation d'hypnotiques semble particulièrement fréquente au sein de cette population. Toutefois, à ce jour, aucune étude n'a documenté la prévalence des difficultés de sommeil et le taux d'utilisation de médication hypnotique auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de patients ayant été traités pour divers types de cancer, les études antérieures ayant plutôt utilisé des échantillons de convenance, souvent atteints d'un seul type de cancer. De plus, la présente étude se distingue des autres puisqu'elle vise à documenter spécifiquement l'utilisation de médication pour le sommeil et non celle de psychotropes en général. Par ailleurs, bien que quelques études se soient attardées à documenter les facteurs de risque de l'insomnie et de l'utilisation de médication pour dormir dans le contexte du cancer, il est nécessaire de poursuivre les recherches auprès d'un échantillon plus large et ainsi, évaluer l'impact possible d'autres prédictors que ceux rapportés dans les recherches déjà effectuées sur le sujet. Également cela permettra d'observer si une certaine constance se dégage quant aux variables déjà connues comme étant associées au risque de souffrir d'insomnie et de consommer des hypnotiques.

Les objectifs de la présente étude sont donc : (a) de documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique chez un large échantillon sélectionné aléatoirement de personnes ayant été traitées pour divers types de cancer; et (b) d'identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique.

Méthode

Participants

Les participants de cette étude sont des patients ayant déjà consulté en clinique externe d'oncologie à L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ; Québec, Canada) et recrutés par le biais d'une étude plus large visant à évaluer la prévalence de la peur de récurrence du cancer. Les critères d'inclusion sont : (a) avoir reçu un diagnostic de cancer du sein, de la prostate, colorectal ou du poumon au cours des dix dernières années; (b) ne pas avoir d'antécédent de démence ou de maladie psychiatrique sévère (e.g., schizophrénie); (c) être âgé de moins de 80 ans; et (d) lire couramment le français. Les participants ont été sélectionnés à partir d'un fichier de données fourni par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), selon les critères d'inclusion mentionnés précédemment. Afin d'éviter tout biais de sélection, une sélection aléatoire s'est effectuée à l'intérieur de cette banque plus large de manière à inclure des patients de divers types de cancer selon une proportion équivalente aux taux d'incidence canadiens les plus récents (Institut national du cancer du Canada, 2004). Parmi les 5000 patients invités à participer à cette étude par le biais de la poste, 3822 (76%) ont retourné leur batterie de questionnaires. De ce nombre, 1579 (41% des retours) ont refusé de la compléter. De plus, 137 questionnaires (3,6% des retours) ont été retournés non complétés en raison d'une mauvaise adresse ou du décès du patient. Aussi, 122 (3%)

participants ayant complété la batterie ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion ($n = 50$) ou parce que trop de données étaient manquantes ($n = 72$; i.e., plus de trois questionnaires de la batterie non complétés). L'échantillon final est donc composé de 1984 participants soit 39,7% des patients sollicités.

L'âge moyen des participants est de 62,9 ans ($ET = 10,0$) et 1079 (54%) d'entre eux sont des femmes. Tous les patients sont Caucasiens et la majorité d'entre eux sont mariés ou vivent en union libre (72%), ont au moins un diplôme d'études secondaires (88%) et sont retraités (60%). La répartition des participants entre les divers types de cancer est la suivante : 49% ($n = 977$) ont été traités pour un cancer du sein, 37% ($n = 727$) pour un cancer de la prostate, 9% ($n = 188$) pour un cancer colorectal et 5% ($n = 92$) pour un cancer du poumon. En moyenne, le diagnostic de cancer a été reçu depuis 4,2 ans ($ET = 2,9$). Sur le plan des traitements, 1191 (60%) des participants ont subi une chirurgie, 1236 (78%) ont reçu de la radiothérapie et 729 (37%) de la chimiothérapie. Au moment de l'étude, près de 25% de l'échantillon était toujours en traitement (20, 5% de ceux-ci recevaient de l'hormonothérapie). Depuis leur diagnostic initial, 264 (13%) ont vécu une récurrence de cancer et 206 (10%) ont développé des métastases à distance.

Mesures (Annexe B)

Les participants ont dû compléter une batterie de questionnaires comprenant un bref questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales (QISM) ainsi que les mesures mentionnées ci-dessous.

Index de sévérité de l'insomnie (ISI, Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997)

Ce questionnaire est la version canadienne-française du *Insomnia Severity Index* (Bastien, Vallières, & Morin, 2001) et il évalue la sévérité des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes et des réveils prématurés ainsi que le degré

d'insatisfaction envers le sommeil, le degré d'interférence et d'apparence des difficultés de sommeil pour l'entourage et le niveau de détresse et d'inquiétudes causées par celles-ci. Les sept items de l'instrument sont répondus sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « 0 » (aucunement) à « 4 » (extrêmement). La cote totale varie de 0 à 28, une cote élevée indiquant une détérioration plus importante du sommeil. Savard, Savard, Simard et Ivers (2005) ont effectué une validation de l'ISI auprès de 812 femmes et 858 hommes atteints respectivement d'un cancer du sein ou de la prostate. L'instrument démontre une consistance interne ($\alpha = ,90$) et une stabilité temporelle excellentes et la validité de construit de l'ISI est confirmée par de fortes corrélations obtenues avec d'autres mesures du sommeil. L'ISI s'est aussi avéré un excellent instrument pour dépister les difficultés de sommeil dans le contexte du cancer. Les auteurs suggèrent qu'une cote de 8 à l'ISI soit associée à un niveau clinique de difficultés de sommeil.

Questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil (QICS)

Ce questionnaire, élaboré par notre équipe de recherche, se veut un complément à l'ISI. Des questions relatives à l'endormissement et aux réveils nocturnes ont été incluses afin d'évaluer la présence de critères permettant de poser un diagnostic de syndrome d'insomnie pour le dernier mois : « Combien de nuits par semaine avez-vous pris plus de 30 minutes pour vous endormir? » et « Combien de nuits par semaine avez-vous été éveillé(e) plus de 30 minutes durant la nuit? ». Également, des questions visant à connaître la présence et la durée des difficultés de sommeil actuelles et passées ainsi que la consommation de médication prescrite pour le sommeil (i.e., nom du médicament, durée d'utilisation et professionnel de la santé qui a émis la prescription) ou autres substances pour dormir ont été ajoutées. Il importe de mentionner que dans le présent document,

l'appellation « substance hypnotique » réfère à tout produit qui possède la propriété d'induire et/ou de maintenir le sommeil, en incluant les benzodiazépines, les hypnotiques non benzodiazépinés, certains antidépresseurs, ainsi que l'alcool et certains produits naturels et médicaments en vente libre (Roehrs, Hollebeck, Drake, & Roth, 2002).

Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD, J. Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998)

L'ÉHAD est version canadienne-française du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983). Cette mesure d'auto-évaluation a été développée pour évaluer les états de dépression et d'anxiété spécifiquement chez les patients atteints de maladie physique. Elle compte 14 items répartis également en deux échelles : la sous-échelle de dépression (ÉHAD-D) et la sous-échelle d'anxiété (ÉHAD-A). Ces deux échelles ne contiennent aucun item somatique pouvant être confondu avec les symptômes attribuables à une maladie physique. La cote maximale pour chaque échelle est de 21. Plus la cote est élevée, plus l'individu est susceptible de souffrir d'un syndrome dépressif ou anxieux. Certaines études suggèrent qu'une cote supérieure ou égale à 7 à l'une des sous-échelles indique la présence d'un niveau clinique de dépression ou d'anxiété (Roth et al., 1998; J. Savard, Laberge, Gauthier, & Bergeron, 1999; J. Savard et al., 1998). La version Canadienne-Française possède des propriétés psychométriques équivalentes à celles de la version originale anglaise. Une excellente cohérence interne a été observée pour les échelles d'anxiété ($\alpha = ,45$ à $,80$) et de dépression ($\alpha = ,63$ à $,78$). Aussi, une excellente validité convergente a été observée avec d'autres mesures de dépression, dont le *Beck Depression Inventory* ($r = .70$, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) et d'anxiété dont le *State-Trait Anxiety Inventory* ($r = .78$, Spielberger, 1983).

Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC (QQV)

Ce questionnaire est la version française de *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (Aaronson et al., 1993) et il a été conçu pour évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Dans la présente étude, cinq des six sous-échelles fonctionnelles (i.e., physique, cognitive, sociale, rôle et financier) ainsi que la sous-échelle globale de santé et de qualité de vie ont été utilisées. Trois types d'échelles sont utilisées pour répondre aux questions : dichotomiques (i.e., oui ou non), échelle de type Likert allant de « 1 » (pas du tout) à « 4 » (beaucoup) et une échelle de type Likert de sept points allant de « 1 » (très mauvaise) à « 7 » (excellente). L'ensemble des cotes est ensuite transformé sur une échelle allant de 0 à 100. Toutes les échelles ont une bonne fidélité ($\alpha \geq ,70$). Des corrélations de ,40 ou plus ont été observées entre tous les items et leur échelle respective (Aaronson et al., 1993). La version française a été développée par les auteurs de la version originale anglaise.

Liste des événements de vie (LEV)

Cet instrument est composé d'une mesure de stressseurs spécifiques au cancer : *Inventory of Recent Life Experiences for Cancer Patients* (Fillion, Kohn, Gagnon, Van Wijk, & Cunningham, 2001). Une version courte, contenant 10 des 30 items originaux validés auprès d'une population canadienne-française a été utilisée. Le LEV inclut également une mesure d'événements de vie majeurs : *List of Threatening Experiences* (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985) comprenant 12 items et ayant été traduite en français par notre équipe de recherche. Le participant doit indiquer s'il a vécu ou non un des événements proposés dans la liste et ce, au cours des six derniers mois. Si tel est le cas, le niveau de perturbation est évalué à partir d'une échelle de type Likert allant de « 0 » (pas

du tout) à « 3 » (beaucoup). Un score moyen de sévérité perçue est calculé séparément pour les deux sous-échelles.

Questionnaire des symptômes physiques (QSP)

Ce questionnaire, développé par notre équipe de recherche et adapté du « Memorial Symptom Assessment Scale » (Portenoy, Thaler, Kornblith, Lepore et al., 1994), est composé de 28 items et vise à mesurer la fréquence et l'intensité des symptômes physiques les plus fréquemment rencontrés chez les personnes atteintes de cancer. Les items peuvent être regroupés en six sous-échelles : douleur, symptômes respiratoires, symptômes ménopausiques et andropausiques, symptômes gastro-intestinaux, symptômes urinaires et symptômes sexuels. Quatre des 28 items ne sont pas classifiables. Il s'agit des démangeaisons, des picotements ou engourdissements des mains ou des pieds, étourdissements ou vertiges et bouche sèche. Dans un premier temps, le participant doit indiquer à quelle fréquence il a ressenti le symptôme au cours de la dernière semaine sur une échelle de type Likert allant de « 0 » (pas ressenti les symptômes) à « 4 » (souvent) au cours de la dernière semaine. Ensuite, la sévérité des symptômes est également évaluée à l'aide d'une échelle de type Likert allant de « 1 » (faible) à « 4 » (très sévère). Le « Memorial Symptom Assessment Scale » présente de bonnes propriétés psychométriques (Portenoy, Thaler, Kornblith, Lepore et al., 1994). Toutefois, le QSP n'a pas encore fait l'objet d'une validation empirique.

Procédure

Tous les patients sélectionnés ont reçu, par la poste, une lettre de leur médecin traitant leur expliquant les buts et les procédures de l'étude, deux copies du formulaire de consentement (Annexe A), une batterie de questionnaires comprenant ceux pertinents à la présente étude (QISM, ISI, QICS, ÉHAD, QQV, LEV et QSP) et une enveloppe de retour

pré-affranchie. Les participants devaient nous retourner une copie du formulaire signée, accompagnée de la batterie de questionnaires complétée ou non dans l'enveloppe pré-affranchie, selon qu'ils acceptaient ou non de participer à l'étude. Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Université Laval.

Analyses statistiques

Pondération selon le genre et le type de cancer

Afin d'obtenir des indicateurs de prévalence représentatifs de la population, une pondération des données a été effectuée selon les statistiques canadiennes les plus récentes (2001) disponibles au moment de la réalisation des analyses statistiques quant à la répartition des types de cancer, en fonction du genre (Institut national du cancer du Canada, 2005). En comparant la composition de l'échantillon par rapport à la prévalence attendue dans la population, il a été possible de constater des écarts importants. Par exemple, les hommes ayant été traités pour un cancer du côlon étaient sous-représentés dans l'échantillon (13,3%) par rapport à la population générale (27,8%). Leurs données aux questionnaires ont donc été pondérées par un facteur de 2,1 (i.e., $27,8 / 13,3$) afin d'augmenter leur influence dans les résultats finaux. Les mêmes calculs ont été effectués selon les quatre types de cancer et le genre. Ainsi, il a été possible de constater que les hommes ayant été traités pour un cancer du poumon étaient sous-représentés dans l'échantillon (6,4% vs 9,9%, poids = 1,5) alors que les hommes ayant été traités pour un cancer de la prostate étaient sur-représentés dans l'échantillon (80,3% vs 62,4%, poids = 0,78). Pour leur part, les femmes atteintes d'un cancer du côlon étaient sous-représentées dans l'échantillon (5,9% vs 22,8%, poids = 3,8), de même que celles atteintes d'un cancer

du poumon (4,1% vs 8,1%, poids = 2,0). Enfin, les femmes atteintes d'un cancer du sein étaient sur-représentées dans l'échantillon (90,0% vs 69,1%, poids = 0,77).

Prévalence de l'insomnie et fréquence d'utilisation des médicaments hypnotiques

Des pourcentages et des moyennes pondérées selon les poids décrits à la section précédente ont été calculés pour la prévalence de l'insomnie ainsi que la fréquence d'utilisation des hypnotiques. Toutefois, il est important de noter que les tailles d'échantillon rapportées (n) sont basées sur le nombre réel de participants distincts dans chaque sous-groupe, et non sur les données pondérées.

La présence d'un syndrome d'insomnie a été déterminée en utilisant une adaptation de l'algorithme de Morin, LeBlanc, Daley, Grégoire et Mérette (2006). Spécifiquement, le patient doit avoir présenté : (a) un temps requis pour s'endormir (latence de sommeil) ou un temps éveillé après s'être endormi supérieur à 30 minutes par nuit; (b) des difficultés survenant au moins trois nuits par semaine; (c) depuis un mois ou plus; (d) une insatisfaction envers son sommeil telle que déterminée par une cote supérieure ou égale à 2 à l'item #4 de l'ISI; et (e) une détérioration significative de son fonctionnement social et occupationnel (e.g., fatigue, perturbation de l'humeur) ou une détresse marquée telles que déterminées par une cote supérieure ou égale à 2 aux items #5 (i.e., perturbation du fonctionnement quotidien) ou #7 (i.e., niveau d'inquiétude ou de préoccupation relié au sommeil) de l'ISI. Pour leur part, les bons dormeurs ont été identifiés selon : (a) des difficultés de sommeil survenant moins de trois nuits par semaine et (b) un faible niveau d'insatisfaction envers leur sommeil tel que déterminé par une cote inférieure à 2 à l'item #4 de l'ISI. Enfin, tous les participants ne pouvant être classifiés dans l'une ou l'autre des catégories précédentes ont automatiquement été identifiés comme appartenant au groupe des participants présentant des symptômes d'insomnie. Il importe de mentionner que,

comparativement à Morin et ses collègues (2006), nous n'avons pas tenu compte de l'utilisation d'hypnotiques pour définir le statut d'insomnie, et ce, puisqu'il s'agit d'une question de recherche indépendante dans cette étude.

Prédicteurs du syndrome d'insomnie et de la consommation d'hypnotiques

Deux régressions logistiques binaires ont été réalisées sur les données brutes afin d'identifier les prédicteurs démographiques, psychosociaux et médicaux de : (a) la présence d'un syndrome d'insomnie; et (b) la consommation d'une médication hypnotique. La régression logistique est justifiée car plusieurs prédicteurs sont catégoriels ou présentent une distribution non-normale (Tabachnik & Fidell, 2001). Les variables incluses dans la première équation de régression étaient : l'âge, le genre, le statut civil, le niveau d'éducation, le niveau d'anxiété (ÉHAD-A) et de dépression (ÉHAD-D), diverses échelles de qualité de vie (i.e., fonctionnement physique, de rôle, cognitif, social et global), la sévérité totale des événements de vie majeurs (LEV) généraux et liés au cancer, la présence de difficultés psychologiques auto-rapportées actuelles et passées, la consommation d'alcool et de drogues, diverses échelles de symptômes physiques (i.e., fatigue, respiratoire, gastro-intestinale, urinaire, sexuelle, ménopausique et andropausique et douleur), la présence d'une maladie physique comorbide, l'utilisation de médication anti-douleur, le type de cancer, la présence d'une récurrence de cancer, de métastases ainsi que le fait d'avoir reçu chacun des traitements oncologiques suivants : chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, chimiothérapie et hormonothérapie. Les variables incluses dans la deuxième régression étaient les mêmes que celles mentionnées précédemment à l'exception que trois variables ont été ajoutées soit les items 1 à 3 de l'ISI évaluant la sévérité des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil et de réveils matinaux.

Les variables ont été introduites selon une procédure statistique pas-à-pas (i.e., stepwise) basée sur la signification de chaque prédicteur (critère de Wald). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.1.3 (SAS Institute, 2004). Le niveau alpha a été fixé à 5% bilatéral. Le revenu familial a été exclu de la régression en raison de la présence importante de données manquantes et d'un test du khi-carré démontrant l'absence d'association entre cette variable et les deux variables dépendantes.

Résultats

Prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées

Difficultés de sommeil actuelles

Parmi l'échantillon total, 29,4% ($n = 562$) des participants rapportent souffrir actuellement de difficultés de sommeil (i.e., plainte subjective). En moyenne, les problèmes sont présents depuis 81,6 mois ($ET = 143,8$ mois) et la médiane est de 35,9 mois. Dans 91,9% des cas où la durée a pu être calculée ($n = 459$), les difficultés sont considérées comme chroniques (i.e., durée supérieure ou égale à 6 mois). La répartition entre les différents types d'insomnie indique que 5,8% des 562 individus présentent de l'insomnie initiale, que 30,5% souffrent d'insomnie de maintien et que 55,8% présentent de l'insomnie mixte, telle que déterminée par une cote supérieure ou égale à 2 au premier item de l'ISI (i.e., difficultés d'endormissement) et à au moins un des deux items suivants de l'ISI (réveils nocturnes et réveils matinaux).

Parmi les 1984 participants, 42,6% ont obtenu une cote totale supérieure ou égale à 8 à l'ISI, indiquant la présence de symptômes cliniques d'insomnie et 15,8% d'entre eux ont obtenu une cote égale ou supérieure à 15, suggérant la présence d'un syndrome d'insomnie. De plus, selon une adaptation de l'algorithme de Morin et al. (2006), 37,8% des participants étaient des bons dormeurs, 40,1% présentaient des symptômes d'insomnie

et 22,1% des participants répondaient aux critères diagnostiques d'un syndrome d'insomnie (voir Tableau 1).

La prévalence pondérée du syndrome d'insomnie a été examinée selon le type de cancer et le genre, puis des effets simples ont permis d'identifier si les différences entre ces groupes étaient significatives. Chez les hommes, la prévalence du syndrome d'insomnie s'est avérée plus élevée chez les patients ayant été traités pour un cancer du poumon (20,7%) comparativement aux hommes ayant été traités pour un cancer colorectal (16,0%) et de la prostate (14,7%). Toutefois, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Chez les femmes, aucune différence significative n'a également été observée selon le type de cancer malgré une prévalence plus élevée chez celles ayant été traitées pour un cancer du poumon (31,0%), comparativement aux patientes ayant été traitées pour un cancer du sein (28,5%) et colorectal (23,4%). Enfin, chez les patients ayant reçu un traitement pour un cancer colorectal, la prévalence du syndrome d'insomnie est significativement moindre (16,0%) comparativement aux femmes (23,4%), $t(1961) = -2,08, p = ,03$. La différence obtenue quant aux taux de prévalence du syndrome d'insomnie n'est toutefois pas significative entre les hommes (20,7%) et les femmes (28,5%) ayant été traités pour un cancer du poumon.

Difficultés de sommeil passées

Parmi l'échantillon total, 26,6% ($n = 515$) déclarent avoir déjà souffert de problèmes de sommeil dans le passé (i.e., plainte subjective). La durée moyenne des problèmes de sommeil passés est de 10,4 mois ($ET = 18,3$) et la médiane est de 5,4 mois ($n = 332$). Dans 48,8% des cas, les difficultés de sommeil ont été chroniques (i.e., durée supérieure ou égale à 6 mois).

Taux d'utilisation de médication hypnotique

Utilisation d'hypnotiques dans l'échantillon total

Parmi les 1984 participants, 40,8% rapportent avoir déjà reçu une prescription de médication pour le sommeil. Parmi ceux-ci, 3,7% ne l'ont jamais utilisée, 14,5% l'ont utilisée dans le passé et 22,6% l'utilisent actuellement. Parmi les participants ayant reçu une prescription, la grande majorité d'entre eux (88,3%) se sont vus prescrire des benzodiazépines à propriété anxiolytique et/ou hypnotique ou des hypnotiques non benzodiazépinés. Les principaux médicaments prescrits ou utilisés sont, en ordre d'importance, l'Ativan® (lorazepam; 39,3%), le Sérax® (oxazepam; 17,8%) et l'Imovane® (zopiclone; 9,0%). Le médecin de famille est le professionnel de la santé qui prescrit le plus souvent la médication hypnotique (70,4%), suivi du chirurgien (14,3%) et de l'hématologue (9,2%). Seulement 12,7% de l'échantillon total utilise un autre type de substance pour dormir, les plus populaires étant : les produits naturels (53,4%), les produits en vente libre (43,3%) et l'alcool (12,0%).

Les utilisateurs se répartissent en diverses catégories selon la fréquence (occasionnel : moins de 3 nuits/sem. et régulier : 3 nuits et plus/sem.) et la durée d'utilisation (aigüe : moins de 6 mois et chronique : 6 mois et plus). La Figure 1 illustre la répartition des utilisateurs actuels ($n = 430$) et passés ($n = 279$) en fonction de la fréquence d'utilisation et de la durée. La durée moyenne de consommation des utilisateurs actuels est de 58,1 mois ($ET = 75,3$) et la médiane est de 33,7 mois. En moyenne, les utilisateurs passés ont consommé leur médication durant 11,5 mois ($ET = 43,5$), pour une médiane de 4,3 mois. À noter que certains participants n'ont pu être classifiés car l'une ou l'autre des informations est manquante (utilisateurs actuels : $n = 125$ et utilisateurs passés : $n = 135$).

Utilisation d'hypnotiques et sommeil

Parmi les utilisateurs actuels de médication hypnotique, 32,3% présentent une cote à l'ISI inférieure à 7, 36,3% obtiennent une cote à l'ISI entre 8 et 14 et 31,3% obtiennent une cote de 15 ou plus à l'ISI. De plus, 46,0% des utilisateurs actuels rencontrent les critères d'un syndrome d'insomnie.

Prédicteurs du syndrome d'insomnie

Les données de 1884 participants (95,7% de l'échantillon total) étaient complètes et disponibles pour prédire la présence (21,9%) ou l'absence (78,1%) d'un syndrome d'insomnie, évalué selon l'algorithme. Un ajustement modéré a été observé entre les valeurs prédites et observées ($R^2 = ,29$, Goodness of fit $\chi^2(8) = 4,36$, $p = ,82$). Tel que montré au Tableau 2, 11 prédicteurs sont significativement associés à la présence d'un syndrome d'insomnie et permettent de classer correctement 80,7% des participants (sensibilité = 29,9%, spécificité = 95,0%). Les variables suivantes sont associées à une augmentation du risque (i.e., rapport de cote; RC) de présenter un syndrome d'insomnie : être plus jeune (RC = 0,97), être une femme (RC = 1,69), présenter une qualité de vie globale moindre (RC = 0,99), rapporter un nombre plus important d'événements de vie majeurs au cours des six derniers mois (RC = 1,08), présenter des symptômes anxieux (RC = 1,10), de fatigue (RC = 1,43), intestinaux (RC = 1,29), urinaires (RC = 1,21), ménopausiques et andropausiques plus sévères (RC = 1,27), ainsi que la présence d'une autre maladie physique (RC = 1,41) et le fait de ne pas avoir reçu de chimiothérapie (RC = 0,75).

Prédicteurs de la consommation d'hypnotiques

Les prédicteurs de la consommation d'hypnotiques ont été identifiés en utilisant les données complètes de 1631 participants (82,2% de l'échantillon total). Un ajustement

modéré a été observé entre les valeurs prédites et observées ($R^2 = ,34$, Goodness of fit $\chi^2(8) = 17,61$, $p = ,02$). Le Tableau 3 présente les variables significativement associées avec le fait de consommer actuellement une médication hypnotique. Ce modèle prédictif permet de classifier correctement 84,3% des participants (sensibilité = 31,4%, spécificité = 96,0%). Les variables augmentant le risque de consommer de la médication hypnotique sont : être plus âgé (RC = 1,03, soit une augmentation de 3% du risque par année d'âge), rapporter des difficultés d'endormissement (RC = 1,89), avoir vécu un nombre plus élevé d'événements de vie majeurs dans les six derniers mois (RC = 1,09), présenter des symptômes anxieux plus sévères (RC = 1,07), des difficultés psychologiques actuelles (RC = 2,28) ou passées (RC = 1,98), présenter un moins bon fonctionnement de rôle (RC = 0,99), rapporter des symptômes urinaires de sévérité moindre (RC = 0,77), consommer une médication contre la douleur (RC = 1,86) et recevoir actuellement ou avoir reçu des traitements de chimiothérapie (RC = 1,71).

Discussion

Le premier objectif de cette étude était de documenter la prévalence des difficultés de sommeil et la fréquence d'utilisation de médication hypnotique chez un large échantillon représentatif de la population canadienne de personnes ayant été traitées pour un cancer. Parmi l'échantillon total, 29,4% des participants rapportent subjectivement souffrir de difficultés de sommeil actuelles. En ce qui concerne la chronicité (i.e. durée supérieure ou égale à 6 mois), les résultats avoisinent ceux de Savard et ses collègues (2001; 2005) à l'effet que, dans plus de 90% des cas, les problèmes actuels sont chroniques. Parmi tous les participants, 42,6% obtiennent une cote supérieure ou égale à 8 à l'ISI indiquant la présence de symptômes d'insomnie tandis que 15,8% obtiennent une cote supérieure ou égale à 15. En utilisant une adaptation de l'algorithme de Morin et al. (2006), 40,1% des

participants présentaient des symptômes d'insomnie et 22,1% répondaient aux critères diagnostiques d'un syndrome d'insomnie. Ce taux global de syndrome d'insomnie obtenu pour les quatre types de cancer confondus est légèrement supérieur à ceux obtenus dans le contexte du cancer du sein (19%, J. Savard et al., 2001) et du cancer de la prostate (18%, J. Savard et al., 2005). Cette différence pourrait être attribuable au mode d'évaluation utilisé (i.e., par questionnaires dans la présente étude plutôt que par entrevues) ainsi qu'aux critères utilisés (e.g., une cote supérieure ou égale à 2 aux items de l'ISI correspondant pour évaluer la présence de détérioration du fonctionnement social et occupationnel et de détresse marquée) qui est probablement plus inclusif que les mêmes informations tirées d'une entrevue diagnostique.

La présente étude s'intéressait également à documenter la prévalence des difficultés de sommeil passées. Cette prévalence (26,6%) est légèrement inférieure à celle des difficultés de sommeil actuelles (29,4%). Toutefois, une différence notable entre les deux groupes a pu être observée quant à la durée des problèmes de sommeil. En effet, une durée moyenne inférieure à un an a été notée pour les problèmes passés comparativement à une durée moyenne de près de 7 ans pour les problèmes actuels. Dans moins de 50% des cas, l'insomnie passée est devenue chronique ce qui illustre que l'insomnie peut être situationnelle et que pour certains individus, elle s'atténue avec le passage du temps.

Cette étude visait également à documenter le taux d'utilisation de médication hypnotique auprès d'un large échantillon d'individus ayant été traités pour un cancer. Malgré les précautions prises afin de s'assurer que l'utilisation de médication était spécifiquement pour le sommeil, le taux d'utilisation d'hypnotiques obtenu (22,6%) est tout à fait comparable à ceux rapportés par Davidson et al. (2002, 21,5%) et Paltiel et al. (2004, 25,7%) qui n'ont pas été en mesure de faire la distinction entre la prise de somnifères ou

l'usage d'anxiolytiques et de tranquillisants en général. Ainsi, il semble que près du quart des individus atteints de cancer vont utiliser une substance à propriété sédatrice à un moment ou l'autre suite à l'annonce de leur diagnostic, ce qui est beaucoup plus élevé que dans la population générale. En effet, selon l'Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues (Santé Canada, 1994), 6,8% et 5,8% des Québécois auraient utilisé respectivement des tranquillisants et des somnifères au cours de la dernière année. Aussi, dans une étude populationnelle, Ohayon et Caulet (1996) ont identifié que seulement 3,8% de leurs 1722 participants québécois utilisaient une médication spécifiquement pour le sommeil.

La présente recherche se distingue de celles déjà effectuées dans le domaine de l'oncologie en fournissant de l'information supplémentaire entourant la prise de médication hypnotique. Entre autres, il a été possible de documenter que parmi tous les participants ayant reçu une prescription (40,8%; $n = 777$), 8,8% (3,7% de l'échantillon total) ne l'avaient jamais utilisée. Ce résultat pourrait s'expliquer par la crainte qu'entretiennent certains patients face aux effets secondaires et au risque de dépendance engendrés par ce type de médication ou encore, par le fait qu'ils préféreraient ne pas ajouter de médication à celles déjà nécessaires au traitement de leur maladie. Une autre raison serait qu'ils n'en avaient tout simplement plus besoin suivant la consultation médicale lors de laquelle ils ont reçu la prescription. Une autre donnée obtenue est le fait que près de 15% des individus ayant reçu une prescription l'ont utilisé mais par le passé seulement. Cela permet de supposer que, malgré les croyances envers le risque important de développer une dépendance, plusieurs patients sont en mesure de cesser l'usage de la médication, une fois la situation stabilisée.

Une autre particularité de la présente étude est qu'il a été possible d'identifier les molécules les plus utilisées, les professionnels de la santé ayant fourni la prescription

d'hypnotiques ainsi que l'utilisation de substances alternatives. Tout d'abord, près de 90% des participants ayant reçu une prescription se sont vus prescrire des benzodiazépines à propriété hypnotique. Le lorazépam et l'oxazépam ont été les benzodiazépines les plus populaires. Le troisième rang est occupé par le zopiclone, un hypnotique non benzodiazépiné. Ohayon et Caulet (1996) ont également observé que le lorazépam remportait, et de loin, le premier rang de la médication pour le sommeil la plus prescrite auprès de leur échantillon québécois (32,7%). Toutefois, les médicaments figurant aux deuxième (bromazépam) et troisième (clonazépam) rangs diffèrent des nôtres ce qui pourrait être attribuable à l'évolution du traitement pharmacologique de l'insomnie, de nouvelles molécules ayant gagné en popularité dans les dix dernières années (p.ex., zopiclone). De fait, Frighetto et ses collègues (2004) ont observé récemment que les médicaments pour le sommeil les plus souvent prescrits auprès de canadiens hospitalisés étaient, en ordre d'importance, le lorazépam, le zopiclone et l'oxazépam, soit exactement les mêmes que dans la présente étude. Il semble donc que les patients atteints de cancer soient traités de la même façon que la population générale.

Par ailleurs, trois fois sur quatre, c'est le médecin de famille qui s'est avéré le professionnel de la santé prescrivant les hypnotiques aux participants de la présente étude. Ce résultat est consistant avec les résultats de Ohayon et Caulet (1996) qui indiquent qu'au Québec, 77,4% des prescriptions de somnifères ont été effectuées en médecine familiale dans la population générale. Ce résultat pourrait être attribuable au fait que les médecins de famille s'avèrent être les premiers professionnels de la santé à être consultés dans la chronologie des soins oncologiques. De plus, il est possible que les patients atteints de cancer québécois discutent plus aisément de leurs difficultés de sommeil avec leur médecin de famille qu'avec leur chirurgien ou leur oncologue, par exemple, parce qu'ils se sentent

plus à l'aise, le climat de confiance étant généralement établi depuis un certain temps. Enfin, il se peut que la durée généralement plus longue de l'entretien avec le médecin de famille ou moins chargée d'informations comme le sont ceux avec les oncologues rende cette divulgation plus aisée.

Finalement, 12,7% de l'échantillon total utilisent actuellement une autre substance que la médication hypnotique pour contrer leur insomnie. Ce résultat est similaire à ceux rapportés dans l'étude épidémiologique de Morin et al. (2006) indiquant que 15% de leurs 2001 participants québécois ont utilisé des produits naturels pour contrer l'insomnie au cours de la dernière année, que 3,8% ont consommé des médicaments en vente libre et que 4,1% se sont plutôt tournés vers l'alcool. La consommation de substances autres que la médication hypnotique pour le sommeil ne serait donc pas plus importante chez les individus atteints de cancer que chez les individus de la population générale québécoise.

Bien que les experts en sommeil recommandent de limiter la durée de l'utilisation d'hypnotique pour une période de 2 à 4 semaines en raison des nombreux risques et effets indésirables associés à une consommation chronique (Morin, 2001), la consommation moyenne des utilisateurs actuels est de près de 5 ans. D'ailleurs, ces résultats corroborent ceux de Kripke (1998) qui affirme que près du deux tiers des prescriptions d'hypnotiques sont pour des utilisateurs chroniques. Une étude menée auprès de la population générale a montré que plus de 65% des utilisateurs vont prolonger leur consommation au-delà d'un an et 30% consommeront leur hypnotique pendant plus de cinq ans (Ohayon & Caulet, 1996).

Enfin, malgré la consommation actuelle d'hypnotiques, 67,7% des utilisateurs rapportent toujours une cote supérieure ou égale à 8 à l'ISI (dont 31,3% ont une cote supérieure ou égale à 15) et 46,0% rencontrent les critères du syndrome d'insomnie. Ce résultat peut indiquer que ces personnes sont plus susceptibles de consommer une

médication hypnotique. À la lumière de ces résultats, il serait aussi possible de remettre en doute l'efficacité de ce type de médication pour une proportion importante de patients.

Le second objectif de cette étude était d'identifier les prédicteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux de présenter un syndrome d'insomnie et d'être un utilisateur de médication hypnotique. Les résultats ont permis d'identifier 11 prédicteurs significativement associés au risque de souffrir d'un syndrome d'insomnie. Parmi ces derniers, six d'entre eux corroborent les résultats de Davidson et al. (2002), de Savard et al. (2005) et/ou de Bardwell et al. (2008). Il s'agit du fait d'être moins âgé, de présenter des symptômes anxieux, de rapporter des symptômes sévères de fatigue ainsi que des symptômes ménopausiques ou andropausiques, urinaires et intestinaux plus sévères. Il est intéressant d'observer qu'une certaine constance se dégage dans l'identification des facteurs associés à l'insomnie auprès d'individus atteints de cancer.

En contrepartie, de nouveaux prédicteurs psychosociaux ont été obtenus, tel le fait de vivre un nombre plus important d'événements de vie majeurs et de rapporter une qualité de vie globale moindre. Bien que le stress soit considéré comme l'un des facteurs précipitants des difficultés de sommeil les plus répandus, peu d'études ont spécifiquement examiné sa relation avec l'insomnie primaire (Leblanc et al., 2007; Morin, Rodrigue, & Ivers, 2003). Healy et ses collaborateurs (1981) ont observé une relation significative entre le nombre d'événements de vie majeurs vécus dans une année et le début de l'insomnie, appuyant ainsi nos résultats. En contrepartie, Morin et al. (2003) suggèrent que ce n'est pas le nombre d'événements stressants en tant que tel qui augmente la vulnérabilité à souffrir d'insomnie mais plutôt, l'évaluation du stress et le manque de contrôle perçu envers ces derniers, des éléments qui n'ont pas été évalués dans la présente étude. Enfin, la relation obtenue entre l'insomnie et la qualité de vie était prévisible compte tenu des résultats

indiquant que l'insomnie affecte négativement la qualité de vie dans la population générale (Drake, Roehrs, & Roth, 2003). Finalement, sur le plan médical, le fait de souffrir d'une autre maladie physique et de ne pas avoir reçu de chimiothérapie se sont révélés associés à une augmentation du risque de présenter un syndrome d'insomnie. Le résultat concernant le dernier facteur est plutôt étonnant et difficile à expliquer.

Dix prédicteurs se sont révélés associés au risque de consommer une médication hypnotique. De ce nombre, deux avaient été également rapportés par Paltiel et al. (2004). Il s'agit du fait d'être plus âgé, corroborant aussi les travaux effectués auprès d'individus de la population générale (Ohayon & Caulet, 1995; Zandstra et al., 2002), et d'utiliser une médication pour contrer la douleur. Puisque Paltiel et ses collègues (2004) ont été les seuls à évaluer la contribution de plusieurs facteurs de risque potentiels, il n'est guère surprenant de constater que plusieurs nouveaux prédicteurs ont été identifiés dans la présente étude. Sur le plan psychosocial, la relation observée avec les difficultés d'endormissement appuie les résultats des travaux de Johnson et al. (1998) effectués dans la population générale, à l'effet que les difficultés d'endormissement sont davantage associées à la consommation de médication hypnotique. Aussi, le fait de présenter un moins bon fonctionnement de rôle, de vivre un nombre plus élevé d'événements de vie majeurs, de présenter des symptômes anxieux plus sévères ainsi que des difficultés psychologiques actuelles et passées comptent parmi les facteurs associés à la consommation d'hypnotiques. D'autres études, menées dans un département de médecine interne et auprès de personnes âgées ont montré une association entre la détresse psychologique et la consommation d'hypnotiques (Gutierrez-Lobos et al., 2000; Mallon & Hetta, 1997). Finalement, le fait de rapporter des symptômes urinaires de sévérité moindre et de recevoir ou d'avoir reçu des traitements de chimiothérapie sont les deux seuls prédicteurs médicaux qui sont ressortis comme étant

associés à un risque plus élevé de consommer de la médication pour le sommeil. Bien que le premier prédicteur soit difficile à expliquer, il semble possible que la prise de corticostéroïdes (p.ex., dexaméthasone) fréquente durant les traitements de chimiothérapie ait pour conséquence néfaste un niveau plus élevé de nervosité ou d'agitation, menant à une prescription plus fréquente de médication hypnotique. Aussi, des données suggèrent que les patients souffrant de nausées et de vomissements post-chimiothérapie présenteraient des taux plus élevés de d'insomnie (Osoba et al., 1997).

Bien que de nombreux prédicteurs psychosociaux et médicaux aient été identifiés comme augmentant le risque de souffrir d'un syndrome d'insomnie ou de consommer une médication hypnotique, il est surprenant de constater que seulement deux variables sociodémographiques soient ressorties, c'est à dire l'âge et le genre féminin. Les variables démographiques, tels l'occupation actuelle, le statut civil et le niveau de scolarité, étaient pourtant très présentes dans les études de Savard et al. (2001; 2005). Tout comme Bardwell et ses collègues (2008), il semble donc que lorsque plusieurs variables sont prises en compte, la variance s'explique davantage par des prédicteurs psychosociaux et physiques que démographiques.

La présente étude est caractérisée par plusieurs forces. D'une part, la sélection aléatoire des participants à partir d'une banque populationnelle et la taille considérable de l'échantillon augmentent la représentativité de la population atteinte de cancer du sein, de la prostate, du poumon ou colorectal et permet de bien mettre en évidence les facteurs associés à l'insomnie et à l'utilisation d'hypnotiques, et ce, avec une puissance statistique plus que suffisante. Aussi, le fait d'avoir étudié une variété de prédicteurs (i.e., sociodémographiques, psychosociaux et médicaux) est une force de cette étude, comparativement aux travaux faits antérieurement sur le sujet. Cependant, l'étude est

également caractérisée par certaines limites. D'abord, le fait que seulement 40% des patients ont accepté de prendre part à la recherche limite la généralisation des résultats. Il est possible que les individus présentant des difficultés de sommeil aient davantage été portés à participer, entraînant une surestimation de la prévalence d'insomnie et du taux de consommation d'hypnotiques. Toutefois, ce biais est peu probable le but principal de cette étude plus large étant d'évaluer la peur de récurrence du cancer et non l'insomnie. Une autre limite importante découle de l'utilisation d'instruments de mesure rétrospectifs auto-rapportés, parfois mal complétés et risquant de ne pas correspondre aussi bien à la réalité du patient qu'une entrevue diagnostique. Enfin, l'utilisation d'un devis de recherche transversal ne permet pas de documenter avec certitude le fait que les difficultés de sommeil puissent avoir été présentes avant le diagnostic de cancer. De plus, ce devis ne permet pas d'établir de relation de cause à effet entre les prédictors identifiés et le développement de l'insomnie.

En somme, cette étude a illustré le fait que l'insomnie et la consommation de médication pour le sommeil sont deux problématiques d'importance dans le contexte de l'oncologie. Cette étude a également permis d'identifier plusieurs prédictors de l'insomnie et de la consommation de médication hypnotique. Si ceux-ci s'avèrent confirmés par une étude longitudinale, des programmes de prévention pourront être développés en ciblant plus particulièrement les personnes présentant ces caractéristiques.

RÉFÉRENCES

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Asplund, R. (1995). Sleep and hypnotics among the elderly in relation to body weight and somatic disease. *Journal of Internal Medicine*, 238(1), 65-70.
- Bardwell, W. A., Profant, J., Casden, D. R., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S., Natarajan, L., et al. (2008). The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(1), 9-18.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307.
- Beck, A. T., Ward, C. E., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bixler, E. O., Kales, A., & Soldatos, C. R. (1979). Sleep disorders encountered in medical practice: A national survey of physicians. *Behavioral Medicine*, 6, 1-6.
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447-453.
- Blennow, G., Romelsjo, A., Leifman, H., Leifman, A., & Karlsson, G. (1994). Sedatives and hypnotics in Stockholm: Social factors and kinds of use. *American Journal of Public Health*, 84(2), 242-246.
- Breitbart, W., & Payne, D. K. (1998). Pain. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 450-467). New York: Oxford University Press.

- Bruera, E., Fainsinger, R. L., Schoeller, T., & Ripamonti, C. (1996). Rapid discontinuation of hypnotics in terminal cancer patients: A prospective study. *Annals of Oncology*, 7, 855-856.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social science & medicine*, 54, 1309-1321.
- Derogatis, L. R., Feldstein, M., Morrow, G., Schmale, A., Schmitt, M., Gates, C., et al. (1979). A survey of psychotropic drug prescriptions in an oncology population. *Cancer*, 44, 1919-1929.
- Drake, C. L., Roehrs, T., & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depression and anxiety*, 18(4), 163-176.
- Fillion, L., Kohn, P., Gagnon, P., Van Wijk, M., & Cunningham, A. (2001). The Inventory of Recent Life Experiences for Cancer patients (IRLE-C): A decontaminated measure of cancer-based hassles. *Psychology and Health*, 16(4), 443-459.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association*, 262(11), 1479-1484.
- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Moore, N., & Begaud, B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(5), 419-425.

- Frighetto, L., Marra, C., Bandali, S., Wilbur, K., Naumann, T., & Jewesson, P. (2004). An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *Health Quality of Life Outcomes*, 2(1), 17.
- Gutierrez-Lobos, K., Frohlich, S., Miller, C., Whitworth, A. B., Quiner, S., & Barnas, C. (2000). A comparison of patterns of tranquiliser intake, anxiety and health locus of control between short- and long-term benzodiazepine users. *Neuropsychobiology*, 42(4), 187-191.
- Healy, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 439-451.
- Institut national du cancer du Canada. (2004). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2004*. Toronto: Institut national du cancer du Canada.
- Institut national du cancer du Canada. (2005). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2005*. Toronto: Institut national du cancer du Canada.
- Jaeger, H., Morrow, G. R., Carpenter, P. J., & Brescia, F. (1985). A survey of psychotropic drug utilization by patients with advanced neoplastic disease. *General Hospital Psychiatry*, 7(4), 353-360.
- Johnson, E. O., Roehrs, T., Roth, T., & Breslau, N. (1998). Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep*, 21, 178-186.
- Jorm, A. F., Grayson, D., Creasey, H., Waite, L., & Broe, G. A. (2000). Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(1), 7-10.

- Koopman, C., Nouriani, B., Erickson, V., Anupindi, R., Butler, L. D., Bachmann, M. H., et al. (2002). Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *Breast Journal*, 8(6), 362-370.
- Kripke, D. F., Klauber, M. R., Wingard, D. L., Fell, R. L., Assmus, J. D., & Garfinkel, L. (1998). Mortality hazard associated with prescription hypnotics. *Biological Psychiatry*, 43, 687-693.
- Leblanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Merette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 157-166.
- Magrini, N., Vaccheri, A., Parma, E., D'Alessandro, R., Bottoni, A., Occhionero, M., et al. (1996). Use of benzodiazepines in the Italian general population: Prevalence, pattern of use and risk factors for use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 50(1-2), 19-25.
- Mallon, L., & Hetta, J. (1997). A survey of sleep habits and sleeping difficulties in an elderly Swedish population. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 102(3), 185-197.
- Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Morin, C. M. (1996). *Relief from insomnia: Getting the sleep of your dreams*. New-York: Doubleday.
- Morin, C. M. (2001). Combined treatments of insomnia. In M. T. Sammons & N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatments for mental disorders: A guide to*

psychological and pharmacological interventions (pp. 111-129). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*, 7(2), 123-130.

Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 259-267.

National Institutes of Health. (1991). Consensus development conference statement: The treatment of sleep disorders of older people. *Sleep*, 14, 169-177.

National Institutes of Health. (1996). NIH releases statement on behavioral and relaxation approaches for chronic pain and insomnia. *American Family Physician*, 53, 1877-1880.

National Institutes of Health. (2005). *Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults*. Paper presented at the National Institutes of Health State-of-the-Science Conference.

Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1995). Insomnia and psychotropic drug consumption.

Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry, 19(3), 421-431.

Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 457-464.

Osoba, D., Zee, B., Warr, D., Latreille, J., Kaizer, L., & Pater, J. (1997). Effect of postchemotherapy nausea and vomiting on health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 5, 307-313.

- Paltiel, O., Marzec-Bogulawska, A., Soskolne, V., Massalha, S., Avitzour, M., Pfeffer, R., et al. (2004). Use of tranquilizers and sleeping pills among cancer patients is associated with a poorer quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1699-1706.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30A(9), 1326-1336.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., McCarthy Lepore, J., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., et al. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in cancer population. *Quality of Life Research*, 3, 183-189.
- Redd, W. H., Silberfab, P. M., Andersen, B. L., Andrykowski, M. A., Bovbjerg, D. H., Burish, T. G., et al. (1991). Physiologic and psychobehavioral research in oncology. *Cancer*, 67, 813-822.
- Roehrs, T., Hollebeck, E., Drake, C., & Roth, T. (2002). Substance use for insomnia in Metropolitan Detroit. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 571-576.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer*, 82, 1904-1908.
- Santé Canada. (1994). *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues*. Disponible en format HTML : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc-sca/publication/index.htm>.
- SAS Institute. (2004). *Sas/stat 9.1 user's guide* (Vol. 1 to 7). Cary, NC: SAS Institute.

- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., & Bergeron, M. G. (1999). Screening clinical depression in HIV-seropositive patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *AIDS and Behavior*, 3, 167-175.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71, 349-367.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895-908.
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*, 24(5), 583-589.
- Savard, J., Simard, S., Hervouet, S., Ivers, H., Lacombe, L., & Fradet, Y. (2005). Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 14(2), 147-156.
- Savard, M. H., Savard, J., Simard, S., & Ivers, H. (2005). Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14(6), 429-441.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Mind Garden.
- Stiefel, F. C., Kornblith, A. B., & Holland, J. C. (1990). Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10 - year period. *Cancer*, 65, 1048-1053.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). New York: Harper Collins Publishers.

van Hulst, R., Leufkens, H. G., & Bakker, A. (1998). Usage patterns of benzodiazepines in a Dutch community: A 10-year follow-up. *Pharmacy World and Science*, 20(2), 78-82.

Zandstra, S. M., Furer, J. W., van de Lisdonk, E. H., Bor, J. H., Zitman, F. G., & van Weel, C. (2002). Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *British Journal of General Practice*, 52(483), 805-808.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Tableau 1

Prévalence des difficultés de sommeil actuelles selon différents modes d'évaluation (N = 1984)

Mode d'évaluation	Pourcentage (%)
Question # 10 du QICS ^a	
Oui, j'en ai actuellement (plainte subjective)	29,4%
Cote à l'ISI	
Supérieure ou égale à 8 (symptômes d'insomnie)	42,6%
Supérieure ou égale à 15 (syndrome d'insomnie)	15,8%
Adaptation de l'algorithme de Morin et al. (2006)	
Bons dormeurs	37,8%
Symptômes d'insomnie	40,1%
Syndrome d'insomnie	22,1%

Note. QICS = Questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil; ISI = Index de sévérité de l'insomnie; ^a = Depuis l'annonce du premier diagnostic de cancer, avez-vous connu une période durant laquelle vous avez présenté des difficultés de sommeil?

Tableau 2

Régression logistique pour prédire la présence d'un syndrome d'insomnie ($N = 1884$)

Prédicteurs	<i>B</i>	Wald χ^2	<i>RC</i>	<i>IC</i> 95%
Âge (QISM ; 27-80 ans)	-0,03	12,48***	0,97	0,96–0,99
Être une femme (QISM)	0,52	11,12***	1,69	1,24–2,29
Nombre d'événements de vie majeurs (LEV; 0-12)	0,08	4,00*	1,08	1,00–1,16
Qualité de vie globale (QQV; 0-100)	-0,01	4,06*	0,99	0,99–1,00
Sévérité des symptômes anxieux (ÉHAD-A; 0-21)	0,10	28,02***	1,10	1,06–1,15
Sévérité des symptômes de fatigue (QSP)	0,36	16,80***	1,43	1,20–1,69
Sévérité des symptômes intestinaux (QSP)	0,25	5,67*	1,29	1,05–1,59
Sévérité des symptômes urinaires (QSP)	0,19	4,99*	1,21	1,02–1,44
Sévérité des symptômes ménopausiques et andropausiques (QSP)	0,24	7,73**	1,27	1,07–1,51
Présence d'une autre maladie physique (QISM)	0,35	6,14*	1,41	1,08–1,86
Chimiothérapie (QISM)	-0,28	3,86*	0,75	0,57–0,99

Note. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; *RC* = Rapport de cotes; *IC* = intervalle de confiance;

QISM = Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales; QICS = Questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil; LEV = Liste des événements de vie; QQV = Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC; ÉHAD-A = Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression, sous-échelle anxieuse; QSP = Questionnaire des symptômes physiques.

Tableau 3

Régression logistique pour prédire la consommation de médication hypnotique ($N = 1631$)

Prédicteurs	<i>B</i>	Wald χ^2	<i>RC</i>	<i>IC</i> 95%
Âge (QISM; 27-80 ans)	0,03	13,93***	1,03	1,01-1,05
Difficultés d'endormissement (ISI; 0-4)	0,64	120,43***	1,89	1,69-2,12
Nombre d'événements de vie majeurs (LEV; 0-12)	0,08	4,02*	1,09	1,01-1,18
Sévérité des symptômes anxieux (ÉHAD-A; 0-21)	0,07	11,98***	1,07	1,03-1,12
Présence de difficultés psychologiques actuelles (QISM)	0,82	15,25***	2,28	1,51-3,44
Présence de difficultés psychologiques passées (QISM)	0,68	16,47***	1,98	1,42-2,75
Fonctionnement de rôle (QQV; 0-100)	-0,01	17,23***	0,99	0,98-0,99
Sévérité des symptômes urinaires (QSP)	-0,26	9,18**	0,77	0,65-0,91
Prise d'une médication anti-douleur (QISM)	0,62	17,47***	1,86	1,39-2,48
Chimiothérapie (QISM)	0,54	13,15***	1,71	1,28-2,29

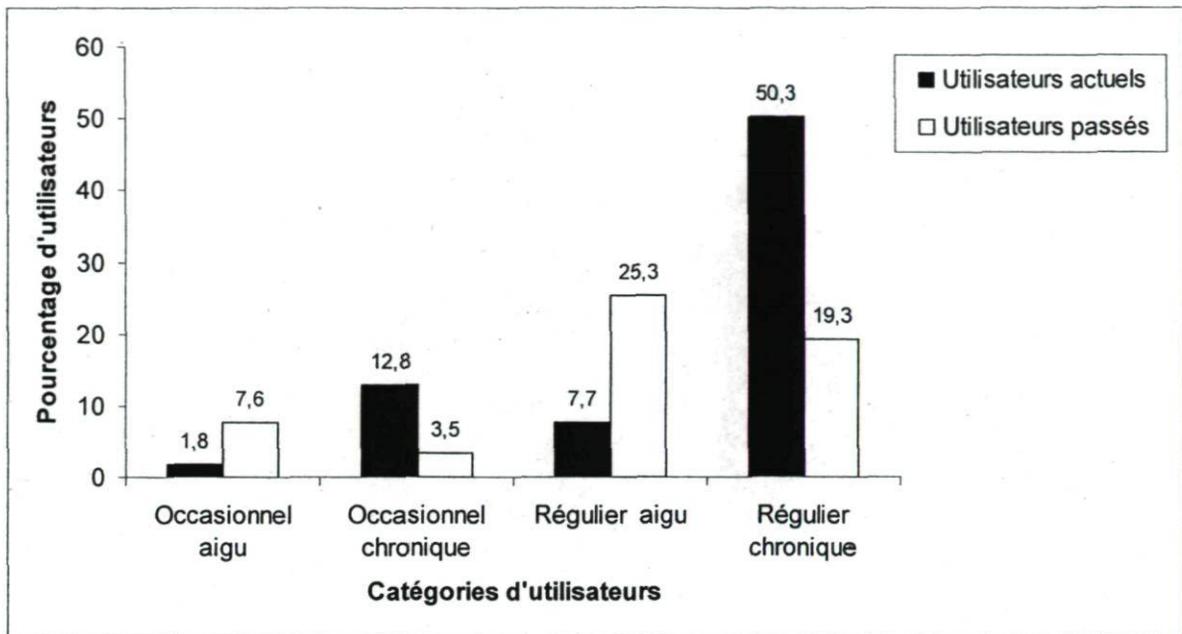
Note. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$; *RC* = Rapport de cotes; *IC* = intervalle de confiance; QISM =

Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales; ISI = Index de sévérité de l'insomnie; LEV

= Liste des événements de vie; ÉHAD-A = Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression, sous-échelle

anxiété; QQV = Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC; QSP = Questionnaire des symptômes

physiques.



Note. Occasionnel : < 3 nuits/semaine; régulier : \geq 3 nuits/semaine; aigu : < 6 mois; chronique : \geq 6 mois.

Figure 1. Répartition des utilisateurs de médication hypnotique en fonction de la fréquence d'utilisation et de la durée.

Thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie comorbide au cancer :

Efficacité d'une intervention minimale et précoce

Lucie Casault, M.Ps.¹⁻², Josée Savard, Ph.D.¹⁻², & Hans Ivers, Ph.D.¹⁻²

¹ Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, Québec, Québec, Canada

² École de Psychologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (bourses de recherche et de chercheur-boursier décernées au premier et deuxième auteurs, respectivement).

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Josée Savard, Ph.D.,
Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, 11 Côte du Palais, Québec,
Québec, Canada, G1R 2J6, courrier électronique : josee.savard@psy.ulaval.ca

Résumé

La présente étude vise principalement à évaluer l'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale (TCC) minimale, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer. Elle a aussi pour objectifs d'évaluer l'effet de cette intervention précoce : (a) sur la consommation de médication hypnotique; et (b) sur la détresse psychologique (e.g., dépression et anxiété), la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif évalué subjectivement et les croyances et attitudes envers le sommeil. L'échantillon total se compose de 38 participants atteints de différents types de cancer présentant des symptômes d'insomnie depuis 6 mois et moins et répartis aléatoirement à la condition TCC ($n = 20$) ou à la condition contrôle ($n = 18$). Le traitement offert comprend 6 fascicules à lire à raison d'un par semaine et de trois appels téléphoniques de suivi bimensuels d'environ 30 minutes effectués par une psychologue. Des questionnaires et un auto-enregistrement du sommeil ont été administrés au pré- et au post-traitement, ainsi que 3 et 6 mois après la fin du traitement. Les résultats indiquent que les participants ayant reçu la TCC ont présenté une amélioration significativement plus importante sur tous les paramètres du sommeil tirés de l'ISI et de l'auto-enregistrement quotidien du sommeil comparativement au groupe contrôle. De plus, une diminution significativement plus grande du niveau d'anxiété et de dépression, de la fatigue et des croyances erronées envers le sommeil ainsi qu'une amélioration significativement plus élevée de la qualité de vie globale et du fonctionnement cognitif subjectif ont été observés. Cependant, très peu d'effets ont été rapportés sur la consommation de médication hypnotique. Dans l'ensemble, les résultats se sont révélés cliniquement significatifs et les gains thérapeutiques obtenus se sont maintenus jusqu'au suivi 6 mois. En somme, cette

étude supporte l'efficacité d'une intervention minimale pour traiter de façon précoce
l'insomnie comorbide au cancer.

Thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie comorbide au cancer :

Efficacité d'une intervention minimale et précoce

L'insomnie est une problématique d'importance dans le contexte du cancer. Des études suggèrent que de 30 à 50% des patients récemment diagnostiqués ou traités pour cette maladie rapportent des difficultés de sommeil (Fiorentino & Ancoli-Israel, 2007; J. Savard & Morin, 2001), ce qui est plus élevé que dans la population générale (Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1998). Deux études réalisées par Savard et ses collègues (J. Savard, Simard, Blanchet, Ivers, & Morin, 2001; J. Savard, S. Simard, S. Hervouet et al., 2005) ont observé que 48% des femmes traitées pour un cancer du sein et 31,5% des hommes traités pour un cancer de la prostate présentaient des symptômes d'insomnie alors que, respectivement 19% et 18% des échantillons totaux répondaient aux critères diagnostiques d'un syndrome d'insomnie, chronique dans 95% des cas. Ce dernier se définit par une latence de sommeil et/ou des éveils nocturnes supérieurs à 30 minutes, et ce, 3 nuits et plus par semaine. De plus, ces difficultés sont associées à une détérioration significative du fonctionnement social et occupationnel ou à une détresse marquée.

Très peu d'études se sont penchées sur les conséquences associées à l'insomnie comorbide au cancer. La littérature sur l'insomnie primaire indique que de nombreuses répercussions néfastes peuvent découler de l'insomnie, et ce, notamment lorsqu'elle devient chronique. En plus de la fatigue, plainte la plus fréquemment rapportée par les individus qui souffrent d'insomnie dans la population générale (Lichstein, Means, Noe, & Aguillard, 1997), une altération de la capacité de concentration, de la mémoire ou de l'habileté à accomplir les tâches quotidiennes de même qu'à apprécier les relations interpersonnelles font également partie des conséquences possibles de ce trouble du sommeil (Gallup Organization, 1991; Hauri, 1997; Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985; Vignola,

Lamoureux, Bastien, & Morin, 2000). De plus, l'insomnie augmenterait le risque de souffrir de troubles psychiatriques (e.g., troubles dépressifs, anxieux, d'abus de substances, Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick, & Klag, 1997; Ford & Kamerow, 1989; Gillin, 1998) et pourrait affecter négativement la santé des individus, engendrant ainsi une augmentation du nombre des consultations médicales et d'hospitalisations (Léger, Guilleminault, Bader, Levy, & Paillard, 2002). Aussi, l'insomnie est fortement associée à l'absentéisme au travail, à une perte de productivité et à un plus grand niveau d'insatisfaction envers le travail (Kuppermann et al., 1995; Schweitzer, Engelhardt, Hilliker, Muehlbach, & Walsh, 1992; Stoller, 1994).

Les interventions psychologiques, particulièrement la TCC, constituent le traitement de choix lorsque l'insomnie est chronique (National Institutes of Health, 1991, 1996, 2005). D'ailleurs, de nombreuses études ont documenté son efficacité pour l'insomnie primaire ou comorbide à une condition médicale ou psychologique (Morin et al., 2006). Quelques études se sont attardées à évaluer l'efficacité de la TCC spécifiquement pour l'insomnie chronique comorbide au cancer. Tout d'abord, deux études sans groupe contrôle ont obtenu des améliorations au plan du sommeil mesuré subjectivement et de certains aspects de la qualité de vie suite à une TCC de l'insomnie (Davidson, Waisberg, Brundage, & MacLean, 2001; Simeit, Deck, & Conta-Marx, 2004). Puis, une étude utilisant un devis de recherche expérimental à cas unique a fourni des résultats similaires, en plus d'améliorations significatives des paramètres objectifs du sommeil mesurés par polysomnographie (Quesnel, Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2003). Enfin, trois études randomisées ont été menées sur le sujet (Epstein & Dirksen, 2007; C. A. Espie et al., 2008; J. Savard, Simard, Ivers, & Morin, 2005). Les résultats de Savard et al. (2005) de même que Espie et al. (2008) se sont révélés très intéressants. Spécifiquement, les participants assignés à la

condition TCC ont obtenu des améliorations plus importantes sur les indices de sommeil évalués subjectivement, la détresse psychologique et sur la qualité de vie globale comparativement que les participants de la condition contrôle. Dans ces deux études, les gains thérapeutiques se sont maintenus aux suivis 6 ou 12 mois.

En raison de toutes les conséquences associées à l'insomnie chronique, il apparaît primordial d'intervenir plus rapidement auprès des individus qui souffrent de difficultés de sommeil. En effet, une intervention précoce, administrée alors que l'insomnie est encore aiguë, pourrait prévenir le développement de l'insomnie chronique et de ses répercussions sur la qualité de vie, en plus de limiter les coûts directs et indirects associés à cette problématique. Or, toutes les études ayant évalué l'efficacité de la TCC pour l'insomnie comorbide au cancer se sont concentrées sur l'insomnie chronique. En fait, à ce jour, une seule étude s'est intéressée à documenter les effets d'une intervention précoce et celle-ci portait sur l'insomnie primaire. Spécifiquement, Jansson et Linton (2005) ont comparé une TCC pour l'insomnie offerte en groupe à une condition contrôle chez des participants dont la durée de l'insomnie variait entre 3 et 12 mois. Cette dernière consistait à la lecture d'un bref document d'informations sur le sommeil, les difficultés de sommeil et leurs causes. Au suivi 12 mois, les participants du groupe TCC ont montré une amélioration significative de tous les paramètres de sommeil mesurés subjectivement, dont la latence d'endormissement, le temps total d'éveil, le temps total de sommeil, la qualité et l'efficacité du sommeil. Des améliorations significatives sur le plan clinique ont aussi été notées. Par exemple, 50% des participants de la condition TCC versus 21% pour la condition contrôle ont présenté une latence de sommeil de 30 minutes ou moins et une réduction de cette latence de plus de 50% au post-traitement. De plus, comparativement au groupe contrôle, les individus du groupe TCC ont rapporté une diminution significativement plus importante des croyances

erronées envers le sommeil et de sept des neuf symptômes négatifs diurnes associés à l'insomnie mesurés, dont les difficultés de concentration, la diminution de la performance au travail, le stress, les douleurs musculaires.

Par ailleurs, puisque l'insomnie aigüe est une condition moins sévère en soi, il serait pertinent d'évaluer l'efficacité de la TCC offerte selon un autre format que des séances administrées par un professionnel. Ceci permettrait de limiter les coûts associés à l'administration de la TCC de l'insomnie, tout en augmentant son accessibilité aux patients atteints de cancer qui est très limitée actuellement, et ce, malgré les résultats plus que prometteurs obtenus quant à son efficacité pour l'insomnie comorbide au cancer. En effet, peu de professionnels en santé mentale sont actuellement formés pour offrir ce type d'intervention dans les cliniques d'oncologie. De plus, les coûts qui y sont associés, tant directs (e.g., salaire du professionnel) qu'indirects (e.g., temps et investissement consacrés par le patient pour participer aux séances de thérapie) ne sont pas négligeables et influencent négativement l'implantation de ce traitement dans les soins usuels. Enfin, ajoutons que les patients atteints de cancer doivent déjà composer avec leurs nombreuses visites médicales et ne sont pas toujours intéressés ou disposés à ajouter des rendez-vous et des déplacements supplémentaires. Une alternative intéressante consisterait à utiliser un traitement minimal en termes de contacts avec un professionnel.

Quelques études ont documenté l'efficacité d'une TCC minimale pour réduire les difficultés de sommeil de personnes souffrant d'insomnie primaire. Ces traitements ont été offerts sous forme de bibliothérapie (i.e., remise de documentation écrite), avec ou sans contact professionnel (C. H. Bastien, Morin, Ouellet, Blais, & Bouchard, 2004; Mimeault & Morin, 1999; Morin, Beaulieu-Bonneau, LeBlanc, & Savard, 2005), de vidéo (Riedel, Lichstein, & Dwyer, 1995), de programme télévisuel (Oosterhuis & Klip, 1993) et sur

l'Internet (Ström, Pettersson, & Andersson, 2004). Dans l'ensemble, les résultats indiquent qu'une TCC minimale est plus efficace qu'une condition sans traitement (Mimeault & Morin, 1999; Morin et al., 2005; Riedel et al., 1995) et aussi efficace qu'un traitement administré par un clinicien (C. H. Bastien et al., 2004). Par ailleurs, Mimeault et Morin (1999), de même que Riedel et ses collègues (1995), ont constaté que l'ajout d'un contact professionnel augmentait l'efficacité de leur intervention. Malgré le fait que ces résultats soient très encourageants, aucune étude n'a tenté, à notre connaissance, de vérifier l'efficacité d'une TCC de l'insomnie minimale, telle que la bibliothérapie, auprès de patients atteints de cancer.

En résumé, les difficultés de sommeil sont très fréquentes chez les patients atteints de cancer et les conséquences négatives qui en découlent sont nombreuses, particulièrement lorsque l'insomnie devient chronique. L'efficacité de la TCC pour l'insomnie primaire, de même que pour celle comorbide au cancer est maintenant bien démontrée lorsque celle-ci est devenue chronique. Néanmoins, une avenue alternative intéressante serait d'intervenir rapidement, i.e., dès l'apparition des symptômes d'insomnie, et ce, dans le but de prévenir l'apparition du syndrome d'insomnie chronique et ses conséquences. Certains appuis empiriques sont disponibles pour l'insomnie primaire mais aucune recherche n'a été réalisée sur le traitement de l'insomnie aiguë comorbide au cancer. Par ailleurs, quelques études supportent l'efficacité de la TCC avec contact thérapeutique minimal pour l'insomnie primaire mais, une fois de plus, aucune étude n'a été menée auprès de la clientèle en oncologie. Compte tenu que l'insomnie aiguë est une condition moins sévère, ce format apparaît encore plus pertinent qu'une intervention administrée par un professionnel. Le développement d'un traitement à contact thérapeutique minimal pourrait

aussi faciliter l'implantation de la TCC dans les cliniques d'oncologie où l'on retrouve divers niveaux de sévérité d'insomnie.

L'objectif principal de la présente étude est donc d'évaluer l'efficacité d'une TCC de l'insomnie à contact minimal, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer. Les objectifs secondaires de l'étude consistent à évaluer l'effet de cette intervention précoce : (a) sur la consommation de médication hypnotique; et (b) sur la détresse psychologique (e.g., dépression et anxiété), la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif mesuré subjectivement et les croyances erronées envers le sommeil.

Il est attendu qu'au post-traitement et lors des suivis 3 et 6 mois, les participants ayant reçu la TCC auront une amélioration plus importante de leur sommeil, évalué à partir de plusieurs indices subjectifs, tels que le temps total d'éveil, l'efficacité du sommeil et la cote totale obtenue à l'*Index de sévérité de l'insomnie* (ISI, Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997) comparativement aux participants de la condition contrôle (i.e., sans TCC). De plus, il est postulé que les participants de la condition TCC présenteront une diminution marquée de leur consommation d'hypnotiques, de leur niveau de détresse psychologique, de fatigue et de croyances erronées envers le sommeil ainsi qu'une amélioration plus importante de leur fonctionnement cognitif évalué subjectivement et de leur qualité de vie au post-traitement et aux suivis 3 et 6 mois comparativement aux participants de la condition contrôle.

Méthode

Participants

Recrutement

La majorité des participants a été recrutée entre mars 2004 et novembre 2005 lors de leur journée d'examens préopératoires à l'Unité des soins ambulatoires de L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et au Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA), pavillon Saint-Sacrement (HSS). D'autres participants ont été recrutés au sein de l'échantillon ayant participé à l'Étude 1 de la présente thèse pour compléter notre échantillon, de même que dans une autre étude menée dans notre laboratoire visant à documenter l'évolution longitudinale des difficultés de sommeil chez des individus qui subiront prochainement une chirurgie pour un cancer.

Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient : (a) être atteint d'un cancer localisé ou loco-régional (peu importe le type); (b) souffrir de difficultés de sommeil ou d'un syndrome d'insomnie aigus (i.e., durée 6 mois ou moins); (c) obtenir une cote totale à l'ISI de 8 ou plus; (d) être âgé entre 18 et 75 ans; et (e) comprendre et lire couramment le français. Par contre, les participants présentant ces critères ont dû être exclus : (a) être atteint d'un cancer métastatique (i.e., stade IV) ou avoir une espérance de vie inférieure à 1 an; (b) utiliser un hypnotique sur une base régulière (i.e., au moins 3 nuits/semaine) depuis plus de 6 mois puisque selon l'algorithme développé par Morin et ses collègues (2006), les individus consommant un hypnotique de la sorte sont considérés comme souffrant d'un syndrome d'insomnie chronique; (c) souffrir d'un autre trouble du sommeil (e.g., apnée du sommeil, mouvements périodiques des jambes); (d) être atteint d'un trouble psychiatrique sévère (e.g., trouble psychotique, dépression majeure sévère, trouble d'abus ou de dépendance d'alcool et/ou de substances); (e) être atteint d'une condition médicale sévère (e.g., paralysie cérébrale, sclérose en plaques); et (f) être actuellement impliqué dans une psychothérapie ciblant le sommeil.

Caractéristiques de l'échantillon

La Figure 1 illustre les taux de recrutement, d'exclusion, de refus et d'abandon de l'étude. Tel qu'indiqué dans cette figure, en combinant les quatre méthodes de recrutement employées, 722 patients ont été contactés ou rencontrés au total. De ce nombre, seulement 73 (10,1%) répondaient aux critères d'inclusion initiaux de l'étude dont le fait de présenter des problèmes de sommeil depuis 6 mois ou moins. Parmi les patients éligibles, 49 (67,1%) ont accepté de prendre part à l'entrevue d'évaluation. La répartition selon les méthodes de recrutement se fait comme suit : 4 participants provenaient de l'HDQ, 14 de l'HSS, 25 ont été recrutés par le biais de l'Étude 1 et 6 par le biais de l'étude longitudinale. Suite à cette évaluation, trois personnes ont refusé de poursuivre leur participation car elle n'y voyait plus l'intérêt ($n = 2$) ou en raison de la lourdeur des procédures ($n = 1$). De plus, huit personnes n'ont pas été admises dans l'étude puisqu'elles présentaient de l'insomnie chronique ($n = 6$), un trouble psychiatrique sévère ($n = 1$) ou un diagnostic de métastases ($n = 1$) qui n'était pas ressorti lors du dépistage téléphonique. Trente-huit participants (taux d'acceptation de 52,1 %) ont donc été assignés aléatoirement à l'une des deux conditions expérimentales : 20 dans la condition TCC et 18 dans la condition contrôle sans TCC. Toutefois, trois participantes du groupe TCC ont abandonné l'étude sans avoir complété toutes les mesures pré-traitement. Les raisons d'abandon mentionnées furent : (a) manque de temps et autres préoccupations personnelles ($n = 1$); (b) désire oublier tout ce qui lui rappelle le cancer ($n = 1$) et; (c) deuil récent du conjoint ($n = 1$). Les analyses statistiques portent donc sur un échantillon composé de 35 participants.

Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques sociodémographiques et médicales pour les deux groupes de participants ($N = 38$). Globalement, la moyenne d'âge est de 56,9 ans. La forte majorité des participants de l'étude est de genre féminin (92,1%) et

78,9% des participants de l'étude sont atteints d'un cancer du sein. La durée moyenne des difficultés de sommeil est de 3,9 mois. Bien que certaines différences soient observables entre les deux conditions expérimentales par exemple, quant au statut civil et au niveau de scolarité complété, les tests *t* et les tests de khi-carré n'ont révélé aucune différence statistiquement significative au pré-traitement (*p* de ,15 à ,99).

Mesures

Entrevues d'évaluation (Annexe D)

Évaluation primaire des troubles mentaux, version française du *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Prime-MD, Spitzer et al., 1993). Cet instrument permet de dépister rapidement les troubles émotionnels les plus souvent observés chez les adultes qui consultent en médecine générale soit : (a) les troubles de l'humeur; (b) les troubles anxieux; (c) les troubles liés à l'alcool; (d) les troubles de l'alimentation; et (e) les troubles somatoformes. Le Prime-MD est composé d'un Questionnaire destiné au patient (QP) et d'un Guide du clinicien (GC). Le QP contient 25 questions dichotomiques (i.e., oui ou non) réparties en cinq grandes catégories diagnostiques et une question concernant l'état de santé en général qui doivent être remplies par le patient avant sa rencontre avec le clinicien. Ce dernier administre ensuite le GC qui sert à obtenir des informations supplémentaires sur les catégories diagnostiques auxquelles le patient a répondu par l'affirmative dans le QP. Les 60 questions sont divisées en cinq catégories. Pour les besoins de la présente étude, de légers ajouts ont été apportés au Prime-MD original afin d'évaluer les antécédents de troubles psychologiques, ainsi que les troubles psychotiques (actuels et passés). L'établissement d'un diagnostic selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) est possible grâce à un arbre décisionnel. Une corrélation partielle de ,58 a été trouvée entre le Prime-MD et le Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965) pour les

diagnostics de troubles de l'humeur. De plus, la sensibilité, pour cette même catégorie de troubles a été établie à 67% et la spécificité à 92% lorsque l'entrevue était administrée par des médecins généralistes. Toujours pour les troubles de l'humeur, une valeur prédictive positive de 78% a été rapportée (Spitzer et al., 1994). Aucune donnée psychométrique n'est actuellement disponible pour la version française du Prime-MD (Pfizer Canada Inc., 1995).

Entrevue diagnostique de l'insomnie (EDI). Cette entrevue comprend une série de questions semi-structurées visant à évaluer l'historique des difficultés de sommeil (incluant l'utilisation d'une médication) et à obtenir des informations sur les caractéristiques (e.g., type, sévérité, durée), les antécédents, les conséquences et les facteurs précipitants et perpétuants de l'insomnie. De plus, elle permet de poser un diagnostic de syndrome d'insomnie selon les critères mentionnés précédemment.

Questionnaires d'auto-évaluation (Annexe E)

Les participants ont dû compléter une batterie de questionnaires comprenant un bref *Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales* (QISM) ainsi que les mesures suivantes.

Index de sévérité de l'insomnie (ISI, Blais et al., 1997), version canadienne-française du *Insomnia Severity Index* (C.H. Bastien, Vallières, & Morin, 2001). L'ISI permet d'évaluer la sévérité des difficultés de sommeil telles que perçues par la personne au cours des deux dernières semaines. Il comprend sept items évaluant : (a) les difficultés d'endormissement; (b) les éveils nocturnes; (c) les éveils matinaux précoces; (d) le degré d'interférence avec le fonctionnement quotidien et (e) d'apparence pour l'entourage; (f) le niveau de détresse et d'inquiétudes associé; et (g) le degré d'insatisfaction envers le sommeil. Chaque item est répondu sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 0 (*aucunement*) à 4 (*extrêmement*). La cote totale varie de 0 à 28, une cote élevée indiquant

une détérioration plus importante du sommeil. Savard, Savard, Simard et Ivers (2005) ont effectué une validation de l'ISI auprès de 812 femmes et 858 hommes atteints d'un cancer du sein ou de la prostate, respectivement. Leurs résultats montrent que l'instrument possède une cohérence interne ($\alpha = ,90$) et une stabilité temporelle excellentes et la validité de construit de l'ISI est confirmée par de fortes corrélations obtenues avec d'autres mesures du sommeil. Ces auteurs suggèrent qu'une cote de 8 ou plus à l'ISI soit associée à un niveau clinique de difficultés de sommeil dans le contexte du cancer. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus auprès de personnes en bonne santé (C.H. Bastien et al., 2001; Smith & Trinder, 2001). Finalement, l'ISI a montré sa capacité à détecter les changements cliniques suivant un traitement cognitif-comportemental et/ou pharmacologique de l'insomnie (C.H. Bastien et al., 2001; J. Savard, S. Simard, H. Ivers et al., 2005).

Auto-enregistrement quotidien du sommeil et de la prise de médication. Cette mesure subjective du sommeil permet de recueillir des informations telles que l'heure du coucher, le temps d'endormissement, le nombre et la durée des réveils au cours de la nuit et l'heure du lever. De plus, grâce à cette mesure, il est possible d'obtenir de l'information sur la prise de médication (avec ou sans ordonnance, produits naturels) ou d'alcool pour des difficultés de sommeil, de même que la quantité consommée chaque soir. Les variables de sommeil dérivées de ces informations sont : (a) la latence du sommeil (temps écoulé entre l'extinction des lumières et l'endormissement); (b) la durée des éveils nocturnes; (c) le temps total d'éveil (somme de tout le temps éveillé de l'extinction des lumières au dernier réveil); (d) le nombre de réveils; (e) le temps total de sommeil; et (f) l'efficacité du sommeil (durée du sommeil / temps passé au lit). En plus de fournir de l'information quotidienne sur le sommeil des participants dans leur environnement naturel, l'auto-

enregistrement reflète une dimension importante de l'insomnie chronique, soit la perception subjective des participants de leurs difficultés de sommeil. Coates et al. (1982) ont conclu, en utilisant une matrice multitrait-multiméthode, que l'auto-enregistrement procurait des indices fidèles et valides de la latence de sommeil et des réveils nocturnes, et ce, malgré qu'elles ne reflètent pas les valeurs absolues obtenues par la polysomnographie.

Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD, J. Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998), version canadienne-française du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983). Cette mesure d'auto-évaluation a été développée pour évaluer les états de dépression et d'anxiété spécifiquement chez les patients atteints de maladie physique puisqu'elle ne contient aucun item somatique pouvant être confondu avec les symptômes attribuables à la maladie. Elle compte 14 items répartis également en deux échelles : la sous-échelle de dépression (ÉHAD-D) et la sous-échelle d'anxiété (ÉHAD-A). Chaque item offre quatre possibilités de réponse (0 à 3) et la cote maximale pour chaque échelle est de 21. Plus la cote est élevée, plus l'individu est susceptible de souffrir d'un syndrome dépressif ou anxieux. Certaines études suggèrent qu'une cote supérieure ou égale à 7 à l'une des sous-échelles indique la présence d'un niveau clinique de dépression ou d'anxiété (Roth et al., 1998; J. Savard et al., 1998). La version canadienne-française possède des propriétés psychométriques équivalentes à celles de la version originale anglaise. Une bonne cohérence interne a été observée pour les échelles d'anxiété ($\alpha = ,45$ à $,80$) et de dépression ($\alpha = ,63$ à $,78$). Aussi, une excellente validité convergente a été observée avec d'autres mesures de dépression, tel que le *Beck Depression Inventory* ($r = ,70$, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) et d'anxiété, tel que le *State-Trait Anxiety Inventory* ($r = ,78$, Spielberger, 1983).

Inventaire multidimensionnel de la fatigue (IMF, Fillion, Gélinas, Simard, Savard, & Gagnon, 2003), version canadienne-française du *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI, Smets, Garssen, Bonke, & De Haes, 1995). L'IMF a été développé pour évaluer la fatigue chez les patients atteints de cancer. Cette version abrégée du MFI comprend 15 items divisés en quatre sous-échelles évaluant la fatigue générale/physique (7 items), la fatigue mentale (2 items), la réduction des activités (3 items) et la réduction de la motivation (3 items). Les items sont évalués sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout d'accord*) à 5 (*énormément d'accord*). Les cotes obtenues varient entre 2 à 35 pour chaque sous-échelle et entre 15 et 75 pour l'échelle totale. La version canadienne-française de l'IMF présente de bonnes qualités psychométriques, dont une bonne cohérence interne pour les quatre sous-échelles ($\alpha = ,42$ à $,88$), une très bonne fidélité test-retest ($r = ,69$; $p < ,001$, en utilisant un intervalle de deux semaines) et une excellente validité convergente avec les sous-échelles de fatigue ($r = ,68$) et de vigueur ($r = -,72$) de la version brève du *Profile of Mood States* (Fillion et al., 2003).

Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC (QQV), version française de *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (Aaronson et al., 1993). Ce questionnaire a été conçu pour évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Dans la présente étude, cinq des six sous-échelles fonctionnelles (i.e., physique, cognitive, sociale, rôle et financier), ainsi que la sous-échelle globale de santé et de qualité de vie ont été utilisées. Trois types d'échelles sont utilisées pour répondre aux questions : dichotomiques (i.e., oui ou non), échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 4 (*beaucoup*) et une échelle de type Likert de sept points allant de 1 (*très mauvaise*) à 7 (*excellente*). L'ensemble des cotes est ensuite transformé sur une

échelle allant de 0 à 100. Toutes les échelles du QQV ont une bonne fidélité ($\alpha \geq ,70$). Des corrélations de ,40 ou plus ont été observées entre tous les items et leur échelle respective (Aaronson et al., 1993). La version française n'a pas fait l'objet d'une validation empirique mais a été développée par les auteurs de la version originale anglaise.

Questionnaire des croyances et attitudes envers le sommeil (QCAS), version canadienne-française du *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep* (Morin, 1993). Cette mesure sert à déterminer à quel point la personne endosse certaines croyances et attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil. Elle est composée de 30 items divisés en cinq sous-échelles : (a) mauvaises attributions des causes de l'insomnie; (b) diminution de la perception de contrôle et de prédictabilité du sommeil; (c) attentes irréalistes envers le sommeil; (d) amplification des conséquences de l'insomnie; et (e) fausses croyances sur les pratiques facilitant le sommeil. Les items sont cotés sur une échelle de type Likert allant de 0 (*fortement en désaccord*) à 10 (*fortement en accord*). Les données psychométriques du QCAS indiquent une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,80$), ainsi qu'une corrélation item-total moyenne de 0,37 (Morin, 1994; Morin, Kowatch, Barry, & Walton, 1993). Dans le cadre de la présente étude, une version abrégée contenant 13 items a été utilisée. Cette dernière est fortement inspirée de la version courte à 16 items publiée récemment, qui présente également des propriétés psychométriques adéquates (Morin, Vallières, & Ivers, 2007).

Questionnaire des habitudes de sommeil (QHS). Ce questionnaire de 14 items, développé par notre équipe de recherche, est une adaptation du Sleep Behavior Self-Rating Scale (SBSRS, Kazarian, Howe, & Csapo, 1979) et il sert à évaluer les mauvaises habitudes de sommeil. Spécifiquement, il permet d'identifier la fréquence de certains

comportements manifestés dans la chambre à coucher avant l'endormissement ou lors des périodes d'éveils nocturnes. Le participant doit indiquer à quelle fréquence il a adopté le comportement au cours des deux dernières semaines pour chacun des énoncés de l'instrument. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert allant de 0 (*jamais*) à 4 (*très souvent*). Sept items ont été puisés à même le SBSRS tandis que les 7 autres ont été élaborés par notre équipe selon un format identique. Ils ont été ajoutés dans le but de fournir une mesure plus complète aux recommandations suggérées pour améliorer leur sommeil.

Questionnaire de perception du traitement (QPT). Cette mesure, élaborée par notre équipe de recherche, permet d'évaluer la satisfaction qu'ont les participants envers le traitement qui leur a été offert. Elle est composée de trois sous-échelles : (a) le contenu du traitement (9 items); (b) la psychologue (4 items); et (c) les aspects organisationnels (e.g., l'horaire et les suivis téléphoniques; 3 items). Les items des deux premières sous-échelles sont cotés sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 5 (*énormément*) tandis que des choix de réponses sont fournis pour la dernière sous-échelle.

Procédure

Mesures et devis de l'étude

Les individus répondant aux critères d'inclusion initiaux et ayant accepté de poursuivre leur participation ont été invités par téléphone à une entrevue d'évaluation afin de vérifier leur éligibilité définitive à la présente étude. Pour certains d'entre eux ($n = 13$), l'évaluation s'est déroulée par téléphone afin de permettre aux gens vivant à l'extérieur de la région ou étant dans l'incapacité de se déplacer de pouvoir participer à cette recherche. Lors de cet entretien, les buts et la procédure de l'étude ont été expliqués en détails, le formulaire de consentement a été lu et signé afin d'obtenir le consentement écrit des

participants (Annexe C). Notons que cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), du CHA et de l'Université Laval. Par la suite, le Prime-MD et l'EDI ont été administrés par une psychologue afin d'évaluer la présence de tout trouble psychiatrique et d'obtenir des informations précises sur les difficultés du sommeil et la prise passée et actuelle d'hypnotiques (environ 60 minutes). Lorsque le patient remplissait tous les critères de l'étude et acceptait le processus d'aléatorisation, il était alors assigné aléatoirement à l'une des deux conditions expérimentales soit, le groupe expérimental (i.e., qui reçoit la TCC) et le groupe contrôle (i.e., qui ne reçoit pas la TCC). Pour ce faire, des enveloppes préparées avant le début de l'étude à l'aide d'une table de randomisation informatisée ont été utilisées afin que la psychologue demeure aveugle dans le processus d'assignation des participants aux différentes conditions.

Une batterie de questionnaires, comprenant l'ISI, l'ÉHAD, l'IMF, le QQV, le QCAS, le QHS ainsi que deux grilles d'auto-enregistrement quotidien du sommeil et de la prise de médication ont été remises au participant, constituant ainsi la mesure pré-traitement. Le participant devait les remplir à la maison et nous les retourner par la poste dans une enveloppe préalablement adressée et affranchie. Trois autres prises de mesures ont eues lieu soit au post-traitement (6 semaines plus tard), ainsi que 3 et 6 mois après celui-ci, et ce, pour les participants des deux groupes. Les questionnaires de la batterie étaient les mêmes qu'au pré-traitement, à l'exception que le QPT a été ajouté à la mesure post-traitement. Une compensation monétaire de 20\$ a été remise aux participants pour chaque temps de mesure complété.

Thérapie cognitive-comportementale

Le type de traitement de l'insomnie privilégié dans cette étude était une thérapie cognitive-comportementale offerte sous forme de bibliothérapie. Il s'agissait d'un traitement multimodal combinant des stratégies comportementales, cognitives et éducationnelles. Le manuel de traitement utilisé a été inspiré des procédures décrites dans le manuel de traitement conçu par Morin (1993) pour l'insomnie primaire, de celui utilisé par Mimeault et Morin (1999) dans leur étude d'auto-traitement ainsi que d'un manuel de traitement adapté aux patients atteints de cancer, utilisé dans le cadre des études de Quesnel et al. (2003) et Savard et al. (2005). Le matériel utilisé pour le traitement consistait en un document écrit divisé en six fascicules d'environ 10 à 15 pages chacun. Le premier fascicule présentait des notions de base sur le sommeil, une introduction aux concepts de la bibliothérapie, le modèle conceptuel de l'insomnie, ainsi qu'aux notions de facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de l'insomnie. Dans le second fascicule, les stratégies de contrôle par le stimulus et de restriction du sommeil (composante comportementale) ainsi que leur rationnel ont été décrits. Le troisième fascicule fournissait de nombreuses informations sur la médication hypnotique, principalement sur ses effets bénéfiques, ses effets secondaires et sur les risques reliés à une utilisation prolongée. Aussi, un programme de sevrage a été inclus pour les individus intéressés à cesser ou diminuer leur utilisation de médication et les participants étaient encouragés à entreprendre ce programme sous la supervision de son médecin généraliste ou de son pharmacien. Des notions sommaires de restructuration cognitive ont été abordées dans le quatrième fascicule afin que le patient apprenne à restructurer les pensées et attitudes dysfonctionnelles (composante cognitive) qu'il entretient par rapport au sommeil, à la consommation de médication hypnotique et à l'impact de l'insomnie sur le fonctionnement diurne. Le

cinquième fascicule présentait des informations pertinentes sur les principes d'hygiène du sommeil (composante éducationnelle; e.g., effet de la caféine, de l'alcool et de l'exercice sur le sommeil). Finalement, le dernier fascicule guidait le participant dans l'évaluation de ses progrès. De plus, quelques stratégies de prévention de rechute étaient offertes.

Les participants du groupe TCC ont reçu les documents relatifs à l'intervention lors d'un envoi unique mais devait lire un fascicule par semaine et ce, durant six semaines soit la durée totale du traitement. Quant à eux, les individus du groupe contrôle n'ont reçu aucune documentation de la part de notre équipe, outre les questionnaires. Toutefois, par souci éthique et professionnel, nous avons décidé d'offrir l'intervention à tous les participants de la condition contrôle, mais uniquement une fois que le suivi 6 mois avait été complété pour ne pas interférer avec les objectifs de l'étude. Parmi les 18 participants de cette condition, 10 ont accepté l'intervention et les 8 autres ont refusé, entre autres, parce qu'ils n'en voyaient pas la nécessité, leur sommeil s'étant amélioré ($n = 5$) ou par manque d'intérêt ou de temps ($n = 3$).

Dans le but d'offrir un soutien professionnel aux participants du groupe TCC et de maximiser l'adhérence aux procédures de traitement, trois appels de suivi d'une durée maximale de 30 minutes chacun ont été faits par une psychologue à raison d'un appel aux deux semaines (Annexe F). Au cours de ces entretiens téléphoniques structurés, la psychologue s'assurait que les réponses aux mini-tests placés à la fin de chaque fascicule étaient exactes. Ainsi, il était possible de reprendre certains concepts de base expliqués dans les documents pour vérifier la compréhension des participants et leur niveau de rétention des informations transmises et d'application des stratégies. Également, les participants avaient alors la possibilité de demander des éclaircissements en lien avec le matériel fourni. Les thérapeutes de l'étude étaient deux étudiantes graduées en psychologie

clinique (dont l'une était L.C.). Ces dernières ont pu bénéficier de la supervision ponctuelle d'une psychologue (J.S.) expérimentée dans le traitement de l'insomnie comorbide au cancer.

Analyses statistiques

Les données ont été saisies par deux assistantes de recherche indépendantes puis ont été inspectées afin d'identifier les données aberrantes ou manquantes selon des principes standards (Tabachnick & Fidell, 2006). Les analyses inférentielles ont été complétées à l'aide du logiciel SAS 9.1.3 (SAS Institute, 2004) selon un seuil de signification de 5% bilatéral. Les analyses principales ont été réalisées selon un plan aléatoire factoriel 2 (groupes : TCC versus contrôle) X 4 (temps : pré-tx, post-tx, suivi 3 et 6 mois). Deux séries d'analyses ont été complétées. Premièrement, les analyses visaient à vérifier si les participants ayant reçu la TCC présentaient une amélioration du sommeil statistiquement supérieure à celle des participants de la condition contrôle au post-traitement et lors des deux suivis. Puis, des analyses univariées (khi-carré) ont été réalisées pour chaque temps de mesure afin de déterminer si les participants ayant reçu le traitement présentaient davantage d'amélioration cliniquement significative comparativement à la condition contrôle. Pour ce faire, deux indices ont été utilisés, soit une efficacité du sommeil \geq à 85% et une cote à l'ISI $<$ à 8. Selon Morin (1993), une efficacité du sommeil supérieure à 85% est souvent considérée comme une cote limite permettant de distinguer les bons dormeurs des personnes souffrant d'insomnie. Aussi, il apparaît qu'une cote inférieure à 8 à l'ISI suggère l'absence d'insomnie clinique (C.H. Bastien et al., 2001; M. H. Savard et al., 2005).

Les analyses ont été complétées selon un schéma d'intention de traitement. Aucune imputation de données n'a été réalisée. Des analyses de variance en modèle mixte (Brown & Prescott, 1999) ont été utilisées pour tester les effets groupe, temps et d'interaction pour

les variables dépendantes de type continue (i.e., indicateurs subjectifs du sommeil, fréquence et dosage de médication hypnotique, détresse psychologique, qualité de vie et croyances) alors que des modèles mixtes généralisés ont été retenus pour les variables dichotomiques (i.e., consommation ou non de médication hypnotique, SAS Institute, 2006). Des effets simples (Kirk, 1995) ont permis de vérifier deux hypothèses *a priori*, soit le changement temporel pour chaque groupe durant la phase de traitement (pré- versus post-traitement) et le changement temporel lors des suivis (post-traitement versus la moyenne des suivis 3 et 6 mois). Pour contrôler l'inflation de l'erreur alpha, seulement quatre comparaisons ont été sélectionnées et le niveau alpha corrigé a donc été fixé à $,15/4 = ,038$ selon la procédure du test simultané (*simultaneous test procedure*; Kirk, 1995). Les grandeurs d'effet (d de Cohen, 1988) ont été calculées à partir des effets simples en utilisant le RMSE (*root mean square error*) du modèle comme estimé de l'erreur de mesure (Bird, 2002).

Afin d'augmenter la puissance statistique des tests inférentiels, l'introduction de covariables a été étudiée selon les recommandations de Frigon et Laurencelle (1993). La sélection de ces covariables a été réalisée selon l'importance de la corrélation obtenue entre chaque covariable potentielle et les variables dépendantes de sommeil. Une covariable était sélectionnée si elle présentait au moins une association modérée ($r \geq ,30$, Cohen, 1988) pour au moins 50% des variables dépendantes. En utilisant ces critères, aucune covariable n'a été retenue parmi les différents indicateurs étudiés (i.e., âge, genre, statut ménopausique, consommation de tabac, d'alcool et caféine, activité physique, maladie comorbide, problèmes de sommeil passés, troubles psychiatriques actuels et passés, événements de vie stressants, type de cancer, délai depuis le diagnostic, traitements adjuvants en cours et traitements du cancer reçus au moment de l'évaluation).

Résultats

Indices subjectifs du sommeil

Des interactions Groupe X Temps significatives ont été obtenues pour la cote à l'ISI, $F(3,94) = 6,39, p = ,001$, l'efficacité du sommeil, $F(3,90) = 3,86, p = ,01$ et le temps total d'éveil, $F(3,90) = 3,53, p = ,02$. De plus, une interaction marginalement significative a été observée pour la latence de sommeil, $F(3,90) = 2,62, p = ,056$. Tel que présenté au Tableau 2 et à la Figure 2, des comparaisons *a priori* ont révélé des effets temps significatifs entre le pré- et le post-traitement pour toutes les variables du sommeil dans le groupe TCC ($d = -1,32$ pour le temps total d'éveil à $-0,46$ pour la latence de sommeil), tous dans le sens de l'amélioration alors qu'aucun effet temps significatif n'a été trouvé pour ces mêmes variables dans le groupe contrôle ($d = -0,06$ pour la latence de sommeil à $0,31$ pour le temps total de sommeil). Aussi, le Tableau 2 révèle l'absence de changement significatif du sommeil entre le post-traitement et les deux suivis (3 et 6 mois). Toutefois, l'examen des grandeurs d'effet suggère que les participants du groupe contrôle ont rapporté une légère amélioration de leur sommeil sur la cote à l'ISI, l'efficacité du sommeil, le temps total d'éveil et l'éveil après l'endormissement durant cet intervalle (d variant de $-0,31$ à $0,17$).

Consommation de médication hypnotique

Aucune interaction Groupe X Temps significative n'a été obtenue pour le nombre de nuits par semaine avec médication, $F(3,90) = 1,18, p = ,32$, le dosage moyen (mg/jour) en équivalent lorazepam, $F(3,99) = 0,90, p = ,45$ et la proportion d'utilisateurs d'hypnotiques, $F(3,90) = 1,12, p = ,35$. Tel que présenté au Tableau 3, des comparaisons *a priori* ont révélé un effet temps significatif entre le pré- et le post-traitement uniquement pour le dosage (mg/jour) en équivalent lorazepam dans la condition TCC, $t(99) = -2,20, p = ,03$. Par ailleurs, aucun effet temps significatif n'a été trouvé entre le post-traitement et

les suivis 3 et 6 mois pour l'ensemble des variables liées à la consommation d'hypnotiques, et ce, dans les deux groupes. Par contre, l'examen des grandeurs d'effets indique des augmentations aux suivis sur les trois variables à l'étude chez les participants du groupe TCC (d variant de 0,16 à 0,66) plus importantes que celles du groupe contrôle (d variant de -0,13 à -0,03).

Détresse psychologique, qualité de vie et croyances

Des interactions Groupe X Temps significatives ont été obtenues pour les sous-échelles anxiété, $F(3,94) = 3,71, p = ,01$, et dépression, $F(3,94) = 2,65, p = ,05$ de l'ÉHAD, la sous-échelle cognitive du QQV, $F(3,94) = 3,16, p = ,03$, et la cote totale au QCAS, $F(3,94) = 6,02, p = ,001$. Tel que présenté au Tableau 4, des comparaisons *a priori* ont révélé des effets temps significatifs entre le pré- et le post-traitement pour toutes ces variables ainsi que pour l'IMF et le QQV global dans le groupe TCC ($d = -1,12$ pour le QCAS à 0,67 pour la QQV-globale), tous dans le sens de l'amélioration. De plus, des effets temps significatifs entre le pré- et le post-traitement ont également été trouvés pour les participants du groupe contrôle mais seulement pour la sous-échelle dépression de l'ÉHAD, $t(94) = -3,34, p = ,001$, et la cote totale à l'IMF, $t(94) = -2,18, p = ,03$. Toujours dans le groupe contrôle, une augmentation significative de la cote à la sous-échelle cognitive du QQV a été observée entre le post-traitement et les deux suivis (3 et 6 mois). Enfin, dans le groupe TCC, un effet temps significatif entre le post-traitement et les deux suivis a été trouvé pour la sous-échelle dépression de l'ÉHAD. Spécifiquement, une augmentation de la cote a été notée au suivi 3 mois pour diminuer à nouveau au suivi 6 mois.

Signification clinique

Tel que montré au Tableau 5, des comparaisons *a priori* ont révélé des effets temps significatifs entre le pré- et le post-traitement dans le groupe TCC pour le pourcentage de

participants atteignant les critères de signification clinique sur l'efficacité du sommeil \geq à 85% ($d = 2,73$) et la cote à l'ISI $<$ à 8 ($d = 3,32$). De plus, un effet temps significatif entre le pré- et le post-traitement a également été trouvé pour les participants du groupe contrôle mais uniquement pour l'efficacité du sommeil et de moindre ampleur ($d = 1,61$). Par ailleurs, des différences entre les groupes ont aussi été observées au post-traitement. En effet, 87,0% des participants du groupe TCC ont obtenu une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% au post-traitement comparativement à 50,7% des individus du groupe contrôle, une différence qui était statistiquement significative, $\chi^2 (1, N = 35) = 5,2$, $p = ,02$. Dans la même lignée, 80,3% des participants ayant reçu la TCC présentent une cote inférieure à 8 à l'ISI au post-traitement en comparaison à seulement 24,1% des participants du groupe contrôle, une autre différence qui était statistiquement significative, $\chi^2 (1, N = 35) = 10,2$, $p = ,0014$. Aussi, le Tableau 5 indique que le pourcentage de participants des deux groupes atteignant les deux critères de signification clinique n'a pas varié significativement entre le post-traitement et les deux suivis (3 et 6 mois).

Observance et évaluation de l'intervention

Une interaction Groupe X Temps significative a été obtenue pour le QHS, $F (3,94) = 4,99$, $p = ,003$. Des comparaisons *a priori* ont révélé une diminution significative de la cote totale au QHS dans le groupe TCC entre le pré- et le post-traitement, $t (94) = -5,47$, $p < ,0001$, alors qu'aucun effet significatif n'a été trouvé pour cette variable dans le groupe contrôle, $t (94) = -1,14$, $p = ,26$. Toujours pour le groupe TCC, un effet temps significatif a aussi été trouvé entre le post-traitement et les suivis, indiquant une augmentation de la fréquence des mauvaises habitudes, $t (94) = 8,14$, $p = ,0006$, bien qu'inférieure à celle obtenue au pré-traitement (voir Tableau 4).

Les résultats du QPT indiquent que les participants ayant reçu l'intervention ($n = 17$) ont rapporté avoir lu en moyenne 97,5% des fascicules et 91,2% ont complété les mini-tests s'y rattachant. Un pourcentage de bonnes réponses a été calculé pour chaque mini-test, et ce dernier était de 87,6% pour l'ensemble des répondants. La durée moyenne des appels de suivi était de 22,0 minutes. Les résultats aux sous-échelles « contenu du traitement » et « psychologue » du QPT révèlent des cotes moyennes de 4,59 et 4,73 respectivement, indiquant un niveau de satisfaction se situant entre « beaucoup » (4) et « énormément » (5). Par ailleurs, aucune différence significative n'a été observée entre les deux thérapeutes lorsque comparées sur la proportion de participants ayant une cote inférieure à 8 à l'ISI au post-traitement (83% versus 75%), $\chi^2(1, N = 17) = 0,14, p = ,71$ et ayant une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% (83% versus 100%), $\chi^2(1, N = 17) = 0,76, p = ,38$.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale minimale en terme de contact thérapeutique pour traiter l'insomnie aigüe de personnes atteintes de cancer. Tel qu'attendu, les résultats obtenus indiquent une amélioration significativement plus importante de la majorité des indices subjectifs du sommeil au post-traitement chez les participants de la condition TCC, comparativement aux participants du groupe contrôle. De plus, les gains thérapeutiques obtenus se sont bien maintenus jusqu'à 6 mois après la fin de la TCC pour l'insomnie. Des améliorations cliniquement significatives ont aussi été rapportées pour une proportion de participants de la condition TCC significativement supérieure à celle du groupe contrôle tant au post-traitement qu'aux suivis. Au niveau des objectifs secondaires, aucune interaction Groupe X Temps significative n'a été obtenue pour le nombre de nuits par semaine avec médication, le dosage moyen (mg/jour) en équivalent lorazepam et la

proportion d'utilisateurs d'hypnotiques. Par contre, l'intervention précoce a eu un effet bénéfique (pré- versus post-traitement) sur le dosage moyen consommé par les participants du groupe TCC au post-traitement. Enfin, la TCC de l'insomnie s'est avérée être associée à une diminution significativement supérieure du niveau d'anxiété, de dépression et des croyances erronées envers le sommeil, ainsi qu'une amélioration significativement supérieure du fonctionnement cognitif subjectif comparativement au groupe contrôle.

Les résultats de cette étude indiquent donc que la TCC de l'insomnie, offerte sous forme de bibliothérapie, est efficace pour traiter l'insomnie aiguë des patients atteints de cancer et que les gains se maintiennent jusqu'à 6 mois après l'intervention. Ces résultats sont similaires à ceux de Jansson et Linton (2005) qui supportent également l'efficacité d'une intervention précoce dans le contexte de l'insomnie primaire, mais en utilisant un critère plus libéral pour définir l'insomnie aiguë, soit une durée d'insomnie variant entre 3 et 12 mois.

Une particularité importante de la présente étude concerne l'utilisation d'une modalité de traitement à contact thérapeutique minimal plutôt qu'administrée par un professionnel. L'utilisation d'une méthode d'intervention minimale, telle la bibliothérapie, est avantageuse puisque son format est susceptible d'augmenter l'accessibilité des patients à la TCC et réduire le fardeau pour ceux-ci, ce qui est particulièrement pertinent pour les patients atteints de cancer qui ont déjà à composer avec de nombreuses visites médicales. Les résultats de la présente étude suggèrent donc que l'utilisation de la bibliothérapie pourrait être implantée plus largement dans les cliniques d'oncologie, et ce dès l'apparition des symptômes d'insomnie. Toutefois, dans la présente étude, un contact professionnel a été ajouté à la bibliothérapie. Bien que l'effet additif de ce type de contacts demeure à investiguer dans le contexte de l'oncologie, certaines données récoltées dans le contexte de

l'insomnie primaire chronique suggèrent que cet ajout entraîne des bénéfices intéressants (Mimeault & Morin, 1999; Riedel et al., 1995). Il n'est donc pas clair à ce moment-ci si une bibliothérapie seule est suffisante pour traiter l'insomnie aigüe comorbide au cancer.

Un aspect intéressant de cette étude est le fait que les résultats obtenus soient non seulement significatifs sur le plan statistique mais également sur le plan clinique. Comparativement aux participants du groupe contrôle, une proportion plus importante de participants de la condition TCC ont vu leur efficacité du sommeil dépasser le seuil clinique de 85%, qui est un indicateur d'un bon sommeil (Morin, 1993). Spécifiquement, 87,0% des participants ont obtenu une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% au post-traitement comparativement à 50,7% des participants du groupe contrôle, une différence qui était statistiquement significative. Malgré ces améliorations importantes, il importe de mentionner que certains patients avaient déjà une efficacité du sommeil supérieure à 85% au pré-traitement. Ceci pourrait être attribuable au fait que nos patients souffraient d'insomnie aigüe. Bien que certaines variations aient été observées entre le post-traitement et les suivis 3 et 6 mois, et ce, dans les deux conditions, aucun de ces changements ne s'est avéré significatif. Cela suggère donc que les gains thérapeutiques obtenus pour les participants du groupe TCC se sont maintenus au moins six mois suivant l'intervention.

D'autres bienfaits de l'intervention ont pu être observés dont une diminution des niveaux de dépression et d'anxiété. Ces résultats appuient ceux d'autres études effectuées dans le contexte du cancer (C. A. Espie et al., 2008; Quesnel et al., 2003; J. Savard, S. Simard, H. Ivers et al., 2005). De plus, les résultats de la présente étude indiquent aussi une amélioration du fonctionnement cognitif subjectif suite à une TCC de l'insomnie, tout comme l'ont démontrée Quesnel et ses collaborateurs (2003). Cette donnée est intéressante

puisque, selon certaines études, l'insomnie pourrait affecter négativement le fonctionnement cognitif, particulièrement chez les personnes âgées (Haimov, Hanuka, & Horowitz, 2008; Tworoger, Lee, Schernhammer, & Grodstein, 2006). Ceci suggère qu'il est possible de renverser cet effet par une intervention sur le sommeil. Enfin, une réduction des croyances et attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil a été observée dans cette étude, tout comme dans certaines recherches menées auprès de patients traités pour de l'insomnie primaire chronique (C.A. Espie, Inglis, Harvey, & Tessier, 2000; Morin, Blais, & Savard, 2002), en incluant l'étude sur le traitement de l'insomnie aiguë (Jansson & Linton, 2005), et une étude menée auprès de patientes traitées pour un cancer du sein (Tremblay, Savard, & Ivers, 2009). Puisque les cognitions envers le sommeil joueraient un rôle important dans le maintien de l'insomnie dans le temps (Morin, 1993), il se pourrait donc qu'une diminution précoce des croyances erronées contribue à prévenir le développement de l'insomnie chronique.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats de la présente étude suggèrent que les participants de la condition contrôle se soient améliorés sur certains paramètres de sommeil (i.e., cote à l'ISI, efficacité du sommeil, temps total d'éveil et éveil après l'endormissement), surtout aux suivis, sans même avoir reçu d'intervention. Cette rémission des symptômes d'insomnie pourrait être attribuable au simple passage du temps et au fait que les difficultés de sommeil aiguës se soient résorbées, par exemple, une fois les stressors passés. Néanmoins, il demeure que cet effet était nettement inférieur à celui obtenu dans le groupe ayant reçu la TCC et que cette dernière s'est avérée un moyen efficace pour traiter plus rapidement l'insomnie.

Contrairement à ce qui était attendu, l'intervention proposée n'a pas eu d'effet significatif sur la consommation de médication hypnotique. Pourtant, plusieurs des études

ayant porté sur l'efficacité de la TCC pour l'insomnie primaire (Morin et al., 1993) ou comorbide au cancer (Quesnel et al., 2003; J. Savard, S. Simard, H. Ivers et al., 2005) ont montré que celle-ci était associée à une réduction de l'utilisation d'hypnotiques sans que des recommandations spécifiques ne soient faites à cet égard dans le cadre de l'intervention. Des résultats similaires ont également été rapportés suite à une intervention minimale pour l'insomnie primaire (Mimeault & Morin, 1999). Cette absence d'effet est possiblement attribuable au fait que le nombre de participants consommant de la médication n'était pas très élevé au départ et était plus faible dans le groupe TCC ($n = 4$) que dans le groupe contrôle ($n = 8$). Il semble donc que la randomisation ait échoué à répartir les participants également dans les deux groupes sur cette variable. Par ailleurs, comme dans le cas des variables de sommeil, il semble que le simple passage du temps explique les améliorations obtenues pour le nombre de nuits par semaine avec médication, le dosage moyen (mg/jour) en équivalent lorazepam et la proportion d'utilisateurs d'hypnotiques chez les participants du groupe contrôle, et ce, à tous les temps de mesure. En contrepartie, des augmentations (non significatives sur le plan statistique) ont été observées aux suivis sur ces mêmes trois variables mais chez les participants du groupe TCC, ce qui pourrait constituer une variable confondante. Soulignons que, puisque la consommation de médication était une variable dépendante dans cette étude, il n'était pas possible de l'inclure comme covariable dans les analyses statistiques principales. Il est toutefois peu probable que le maintien des gains thérapeutiques obtenus sur les indices du sommeil aux suivis soit attribuable à ces légères augmentations de la consommation d'hypnotiques.

La présente étude est caractérisée par de nombreuses forces. Tout d'abord, soulignons la randomisation aléatoire des participants, ainsi que l'utilisation de mesures

validées auprès d'une population atteinte de cancer. Puis, le fait d'inclure des participants consommant de la médication hypnotique et souffrant de divers troubles ou psychopathologies (mais non sévères) favorise la généralisation des résultats. En revanche, cette dernière est limitée par le fait que plus de 90% de l'échantillon était composé de femmes et que la plupart des participants étaient atteints d'un cancer du sein (78,9%). Aussi la totalité d'entre eux étaient des Caucasiens ayant un bon niveau d'éducation. Par ailleurs, cette étude comporte certaines limites dont le fait que seule une faible proportion des patients sollicités rencontrait les critères d'inclusion et/ou ont accepté de participer à cette recherche. En contrepartie, le taux d'attrition en cours d'étude est demeuré faible (13%). L'absence de mesures objectives du sommeil, telle que la polysomnographie (PSG), est une autre limite de cette étude. Il aurait été intéressant de vérifier si les améliorations obtenues sur les mesures subjectives associées à la TCC étaient accompagnées d'amélioration sur les mêmes paramètres mesurés objectivement. Toutefois, l'utilisation de mesures subjectives fournit des informations utiles quant aux perceptions qu'ont les participants de leur sommeil (Bootzin & Engle-Friedman, 1981), dimension importante de l'insomnie (American Psychiatric Association, 1994). De plus, bien qu'une entrevue diagnostique ait été administrée au moment de l'évaluation, il n'est pas possible d'assumer avec certitude que les participants ne souffraient pas d'un autre trouble du sommeil, qui aurait pu être détecté par la PSG. Enfin, une autre limite concerne la faible taille de l'échantillon mais qui était néanmoins suffisante pour détecter la majorité des effets.

Des implications cliniques d'importance découlent de la présente étude. D'une part, ces travaux soulignent l'importance de dépister et traiter les difficultés de sommeil rapidement dans la trajectoire de soins des patients atteints de cancer pour éviter que la problématique ne devienne chronique. Même si la durée et l'intensité des symptômes

d'insomnie étaient moindres dans cette étude (comparativement aux recherches sur l'insomnie chronique), les résultats obtenus sont similaires à ceux associées à d'autres modalités d'intervention (thérapie de groupe, individuelle). Ceci suggère que la bibliothérapie pourrait être utilisée largement et implantée dans les cliniques d'oncologie, augmentant ainsi l'accessibilité des patients à ce traitement. Une telle approche préventive serait susceptible d'engendrer une réduction des coûts directs et indirects de l'insomnie comorbide au cancer. De futures recherches dans le domaine devraient s'intéresser à répliquer ces résultats mais en utilisant un échantillon de plus grande taille, composé de patients atteints d'une grande diversité de cancer. De plus, il serait pertinent de comparer l'efficacité de cette intervention à celle d'une TCC administrée par un professionnel de manière à étudier le ratio coûts/efficacité.

RÉFÉRENCES

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 653-659.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307.
- Beck, A. T., Ward, C. E., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bird, K. D. (2002). Confidence intervals for effect sizes in analysis of variance. *Educational and Psychological Measurement*, 62(2), 197-226.
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447-453.
- Bootzin, R. R., & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, 3, 107-126.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39, 411-418.

- Brown, H., & Prescott, R. (1999). *Applied mixed models in medicine*. New York: Wiley & sons.
- Chang, P. P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M. J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. *American Journal of Epidemiology*, *146*(2), 105-114.
- Coates, T. J., Killen, J. D., George, J., Marchini, E., Silverman, S., & Thoresen, C. (1982). Estimating sleep parameters: A multitrait-multimethod analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 345-352.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davidson, J. R., Waisberg, J. L., Brundage, M. D., & MacLean, A. W. (2001). Nonpharmacologic group treatment of insomnia: A preliminary study with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *10*, 389-397.
- Epstein, D. R., & Dirksen, S. R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *34*(5), E51-59.
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A., et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(28), 4651-4658.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 141-148.

- Fillion, L., Gélinas, C., Simard, S., Savard, J., & Gagnon, P. (2003). Validation evidence for the French Canadian adaptation of the Multidimensional Fatigue Inventory as a measure of cancer-related fatigue. *Cancer nursing, 26*(2), 143-154.
- Fiorentino, L., & Ancoli-Israel, S. (2007). Sleep dysfunction in patients with cancer. *Current Treatment Options in Neurology, 9*(5), 337-346.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association, 262*(11), 1479-1484.
- Frigon, J.-Y., & Laurencelle, L. (1993). Analysis of covariance: A proposed algorithm. *Educational and Psychological Measurement, 53*, 1-18.
- Gallup Organization. (1991). *Sleep in America*. Princeton.
- Gillin, J. C. (1998). Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(Suppl. 393), 39-43.
- Haimov, I., Hanuka, E., & Horowitz, Y. (2008). Chronic insomnia and cognitive functioning among older adults. *Behavioral Sleep Medicine, 6*(1), 32-54.
- Hauri, P. J. (1997). Cognitive deficits in insomnia patients. *Acta Neurologica Belgica, 97*(2), 113-117.
- Jansson, M., & Linton, S. J. (2005). Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(2), 177-190.
- Kazarian, S. S., Howe, M. G., & Csapo, K. G. (1979). Development of the Sleep Behavior Self-Rating Scale. *Behavior Therapy, 10*, 412-417.
- Kirk, R. E. (1995). *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences* (3 ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole Publishing Company.

- Kuppermann, M., Lubeck, D. P., Mazonson, P. D., Patrick, D. L., Stewart, A. L., Buesching, D. P., et al. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *Journal of General Internal Medicine, 10*, 25-32.
- Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep, 25*(6), 625-629.
- Lichstein, K. L., Means, M. K., Noe, S. L., & Aguillard, N. (1997). Fatigue and sleep disorders. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 733-740.
- Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry, 42*, 225-232.
- Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999). Self-help treatment for insomnia: Bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 511-519.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Morin, C. M. (1994). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: Preliminary scale development and description. *Behavior Therapist, 17*, 163-164.
- Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., LeBlanc, M., & Savard, J. (2005). Self-help treatment for insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep, 28*(10), 1319-1327.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy, 40*, 741-752.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep, 29*(11), 1398-1414.

- Morin, C. M., Kowatch, R. A., Barry, T., & Walton, E. (1993). Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 137-146.
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep, 30*(11), 1547-1554.
- National Institutes of Health. (1991). Consensus development conference statement: The treatment of sleep disorders of older people. *Sleep, 14*, 169-177.
- National Institutes of Health. (1996). NIH releases statement on behavioral and relaxation approaches for chronic pain and insomnia. *American Family Physician, 53*, 1877-1880.
- National Institutes of Health. (2005). *Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults*. Paper presented at the National Institutes of Health State-of-the-Science Conference.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Comprehensive Psychiatry, 39*(4), 185-197.
- Oosterhuis, A., & Klip, E. C. (1993). Behavior therapy without therapists: Treating the complaint of insomnia. *International Journal of Health Sciences, 4*, 27-32.
- Pfizer Canada Inc. (1995). *Prime-MD. Évaluation primaire des trouble mentaux. Manuel d'instructions mis à jour, DSM-IV*. Canada.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 189-200.

- Riedel, B. W., Lichstein, K. L., & Dwyer, W. O. (1995). Sleep compression and sleep education for older insomniacs: self-help versus therapist guidance. *Psychology and aging, 10*(1), 54-63.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer, 82*, 1904-1908.
- SAS Institute. (2004). *Sas/stat 9.1 user's guide* (Vol. 1 to 7). Cary, NC: SAS Institute.
- SAS Institute. (2006). *SAS/STAT 9.1.3 Generalized linear mixed model (GLIMMIX) procedure*. Cary, NC: SAS Institute.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment, 71*, 349-367.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology, 19*(3), 895-908.
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep, 24*(5), 583-589.
- Savard, J., Simard, S., Hervouet, S., Ivers, H., Lacombe, L., & Fradet, Y. (2005). Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Psycho-Oncology, 14*(2), 147-156.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer: I - Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology, 23*(25), 6083-6095.

- Savard, M. H., Savard, J., Simard, S., & Ivers, H. (2005). Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psycho-Oncology, 14*(6), 429-441.
- Schweitzer, P. K., Engelhardt, C. L., Hilliker, N. A., Muehlbach, M. J., & Walsh, J. K. (1992). Consequences of reported poor sleep. *Journal of Sleep Research, 21*, 260.
- Simeit, R., Deck, R., & Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer, 12*, 176-183.
- Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. C. J. M. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(5), 315-325.
- Smith, S., & Trinder, J. (2001). Detecting insomnia: Comparison of four self-report measures of sleep in a young adult population. *Journal of Sleep Research, 10*, 229-235.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Mind Garden.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association, 272*, 1749-1756.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy III, F. V., Hahn, S. R., et al. (1993). *PRIME-MD : Clinician evaluation guide*. New York: Pfizer, Inc.
- Stoller, M. K. (1994). Economic effects of insomnia. *Clinical Therapeutics, 16*(5), 873-897.

- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 113-120.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2006). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New-York: Allyn & Bacon.
- Tremblay, V., Savard, J., & Ivers, H. (2009). Predictors of the effect of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia comorbid with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 742-750.
- Twooroger, S. S., Lee, S., Schernhammer, E. S., & Grodstein, F. (2006). The association of self-reported sleep duration, difficulty sleeping, and snoring with cognitive function in older women. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 20*(1), 41-48.
- Vignola, A., Lamoureux, C., Bastien, C. H., & Morin, C. M. (2000). Effects of chronic insomnia and use of benzodiazepines on daytime performance in older adults. *Journal of Gerontology, 55b*(1), 54-62.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.
- Zung, W. A. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants

Caractéristiques		TCC (n = 20)	Contrôle (n = 18)	Groupes combinés (n = 38)	t ou χ^2	p
		% (n)	% (n)	% (n)		
Genre	Féminin	95,0 (19)	88,9 (16)	92,1 (35)	0,49	,49
	Masculin	5,0 (1)	11,1 (2)	7,9 (3)		
Statut civil	Marié(e)/Union libre	65,0 (13)	55,6 (10)	60,5 (23)	0,35	,55
	Autres	35,0 (7)	44,4 (8)	39,5 (15)		
Niveau de scolarité complété	Primaire/Secondaire	40,0 (8)	27,8 (5)	34,2 (13)	3,85	,15
	Collégial	20,0 (4)	50,0 (9)	34,2 (13)		
	Universitaire	40,0 (8)	22,2 (4)	31,6 (12)		
Occupation actuelle	Temps plein/partiel	20,0 (4)	22,2 (4)	21,1 (8)	0,23	,89
	Retraite	45,0 (9)	50,0 (9)	47,3 (18)		
	Autres	35,0 (7)	27,8 (5)	31,6 (12)		
Types de cancer	Sein	80,0 (16)	77,8 (14)	78,9 (30)	0,56	,75
	Autres	20,0 (4)	22,2 (4)	21,1 (8)		
Traitements en cours	Présence	60,0 (12)	72,2 (13)	65,8 (25)	0,63	,43
Traitements adjuvants reçus au moment de l'évaluation ^a	Radiothérapie	70,0 (14)	61,1 (11)	65,8 (25)	0,33	,56
	Chimiothérapie	55,0 (11)	61,1 (11)	57,9 (22)	0,15	,70
	Hormonothérapie	45,0 (9)	27,8 (5)	36,8 (14)	1,21	,27
Épisode d'insomnie antérieur ^b	Présence	23,5 (4)	38,9 (7)	31,4 (11)	0,96	,33

Prise de médication hypnotique ^b	Oui	23,5 (4)	44,4 (8)	34,3 (12)	1,70	,19
Présence d'une autre maladie physique	Oui	60,0 (12)	50,0 (9)	55,3 (21)	0,38	,54
Troubles psychiatriques actuels	Trouble de l'humeur	10,0 (2)	5,6 (1)	7,9 (3)	0,26	,61
	Trouble anxieux	5,0 (1)	11,1 (2)	7,9 (3)	0,49	,49
	Trouble d'adaptation	20,0 (4)	22,2 (4)	21,1 (8)	0,03	,87
Troubles psychiatriques passés	Oui	50,0 (10)	61,1 (11)	55,3 (21)	0,47	,49
		M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)		
Âge moyen (années)		56,9 (10,8)	57,0 (9,4)	56,9 (10,0)	-0,01	,99
Temps écoulé depuis le diagnostic (mois)		23,5 (28,9)	19,1 (25,8)	21,4 (27,2)	0,50	,62
Durée des problèmes de sommeil (mois)		3,9 (1,4)	4,0 (1,3)	3,9 (1,3)	-0,03	,97
Dosage en équivalent lorazepam (mg/jour) ^b		0,3 (0,6)	0,5 (0,7)	0,4 (0,7)	-0,81	,42

Note. TCC = Thérapie cognitive-comportementale; ^a= Traitements adjuvants reçus au moment de

l'évaluation : la somme des pourcentages est supérieure à 100% puisque certains patients ont reçu plus d'un traitement; ^b TCC (n = 17).

Tableau 2

Moyennes (erreurs standards) obtenues à l'ISI et à l'auto-enregistrement du sommeil pour chaque temps de mesure et résultats des interactions Groupe X Temps et des effets simples (temps)

Variable	Pré-tx	Post-tx	G X T		Effets simples (temps)		Effets simples (temps)			
			F	r^2	t^a	t^b	Suivi 3 mois	Suivi 6 mois	t^b	d^b
Cotes à l'ISI			6,39***							
TCC (n = 17)	12,06 (0,95)	5,32 (0,71)			-6,84***	-1,26	7,06 (1,46)	5,43 (0,96)	1,01	0,17
Contrôle (n = 18)	12,11 (1,24)	11,31 (1,30)			-0,66	-0,15	9,67 (1,46)	9,67 (1,55)	-1,33	-0,31
Efficacité du sommeil (%)			3,86**							
TCC (n = 17)	78,53 (2,77)	89,72 (1,15)			5,15***	1,25	89,48 (1,20)	89,83 (1,25)	-0,06	-0,01
Contrôle (n = 18)	78,86 (1,94)	81,49 (2,33)			1,24	0,29	81,27 (2,95)	84,74 (2,14)	0,89	0,17
Temps total d'éveil (minutes)			3,53*							
TCC (n = 17)	115,54 (16,85)	52,85 (5,85)			-4,40***	-1,32	53,29 (8,85)	52,22 (6,59)	-0,02	0,00
Contrôle (n = 18)	111,48 (9,74)	100,39 (13,40)			-0,96	-0,23	93,27 (13,43)	80,14 (10,84)	-1,61	-0,29

Temps total de sommeil (minutes)	1,97								
TCC (n = 17)	413,44 (17,31)	461,78 (10,05)	3,45***	0,77	456,47 (10,07)	465,27 (11,33)	-0,13	-0,01	
Contrôle (n = 18)	418,87 (14,20)	438,87 (15,45)	1,34	0,31	412,31 (20,25)	451,47 (14,53)	-0,43	-0,10	
Latence de sommeil (minutes)	2,62								
TCC (n = 17)	27,45 (4,87)	17,24 (3,08)	-2,77**	-0,46	14,84 (2,29)	17,50 (3,16)	-0,66	-0,05	
Contrôle (n = 18)	32,50 (7,00)	31,19 (4,85)	-0,33	-0,06	32,61 (7,35)	24,41 (5,67)	-0,63	-0,12	
Éveil après l'endormissement (minutes)	1,01								
TCC (n = 17)	41,64 (10,87)	18,01 (2,84)	-2,21*	-0,86	18,62 (2,90)	17,08 (2,66)	-0,05	-0,01	
Contrôle (n = 18)	45,17 (6,21)	39,36 (8,96)	-0,68	-0,21	34,05 (6,57)	28,12 (4,78)	-1,28	-0,30	

Note. ISI = Index de sévérité de l'insomnie; Pré-tx = pré-traitement; Post-tx = post-traitement; ^a = contraste entre le pré- et le post-traitement; ^b = contraste entre

le post-traitement et la moyenne des suivis; TCC = Thérapie cognitive-comportementale.

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Tableau 3

Consommation moyenne (erreur standard) de médication hypnotique auto-rapportée à chaque temps de mesure et résultats des interactions Groupe X Temps et des effets simples (temps)

Variable	Pré-tx	Post-tx	G X T		Effets simples (temps)		Effets simples (temps)	
			F	T ^a	T ^a	T ^b	T ^b	T ^b
Nombre de nuits avec médication (/semaine)			1,18					
TCC (n = 17)	1,29 (0,64)	1,18 (0,63)		-1,44	-0,04	1,55 (0,69)	1,68 (0,71)	1,14
Contrôle (n = 18)	1,89 (0,66)	1,46 (0,63)		-0,96	-0,15	1,26 (0,60)	1,50 (0,65)	-0,27
Dosage en équivalent lorazepam (mg/jour) ^c			0,90					
TCC (n = 17)	0,29 (0,14)	0,09 (0,06)		-2,20*	-0,40	0,22 (0,13)	0,18 (0,09)	1,54
Contrôle (n = 18)	0,47 (0,17)	0,29 (0,14)		-1,70	-0,36	0,30 (0,13)	0,14 (0,08)	-0,62
Proportion d'utilisateurs d'hypnotiques (%)			1,12					
TCC (n = 17)	23,53 (10,29)	15,05 (8,40)		-1,36	-0,54	22,11 (10,25)	29,69 (11,41)	1,50
Contrôle (n = 18)	44,44 (11,71)	30,07 (11,13)		-1,19	-0,61	29,93 (10,77)	27,78 (10,56)	-0,13

Note. Pré-tx = pré-traitement; Post-tx = post-traitement; ^a = contraste entre le pré- et le post-traitement; ^b = contraste entre le post-traitement et la moyenne des suivis; TCC = Thérapie cognitive-comportementale; ^c = seules les molécules pouvant être converties en équivalent lorazepam ont été utilisées.

* p < ,05..

Tableau 4

Moyennes obtenues (erreurs standards) pour la détresse psychologique, la qualité de vie, les croyances et l'observance à la TCC à chaque temps de mesure et résultats des interactions Groupe X Temps et des effets simples (temps)

Variables	Pré-tx	Post-tx	G X T		Effets simples (temps)		Effets simples (temps)	
			F	t ^a	Suivi 3 mois	Suivi 6 mois	t ^b	d
ÉHAD-A			3,71**					
TCC (n = 17)	7,82 (0,78)	5,42 (0,80)		-3,98***	6,76 (0,92)	5,12 (0,68)	1,08	0,13
Contrôle (n = 18)	6,28 (1,14)	5,40 (0,92)		-1,18	5,56 (0,95)	5,56 (1,09)	0,29	0,04
ÉHAD-D			2,65*					
TCC (n = 17)	4,94 (0,94)	2,01 (0,44)		-3,43***	3,71 (0,83)	2,88 (0,62)	2,50*	0,34
Contrôle (n = 18)	6,33 (1,08)	4,48 (0,98)		-3,34***	3,94 (0,93)	4,28 (0,98)	-0,67	-0,10
IMF			2,12					
TCC (n = 17)	1,71 (0,14)	1,36 (0,14)		-2,42*	1,41 (0,15)	1,37 (0,12)	0,58	0,06
Contrôle (n = 18)	1,86 (0,17)	1,54 (0,15)		-2,18*	1,37 (0,13)	1,57 (0,16)	-0,63	-0,11
QQV - globale			1,21					
TCC (n = 17)	59,48 (4,52)	73,55 (3,79)		3,25***	70,59 (4,40)	70,61 (3,18)	-1,33	-0,14
Contrôle (n = 18)	55,25 (6,64)	60,99 (6,47)		0,86	70,06 (3,76)	62,04 (5,04)	1,17	0,24

QQV – cognitive	3,16*							
TCC (n = 17)	76,47 (3,12)	86,57 (3,23)	2,65**	0,57	82,35 (3,79)	83,82 (3,70)	-1,16	-0,20
Contrôle (n = 18)	75,00 (4,19)	72,18 (5,58)	-0,62	-0,16	83,33 (4,90)	82,41 (3,81)	2,69**	0,61
QCAS	6,02***							
TCC (n = 17)	4,45 (0,32)	2,68 (0,26)	-5,39***	-1,12	2,99 (0,39)	3,23 (0,46)	1,60	0,27
Contrôle (n = 18)	4,74 (0,44)	4,45 (0,37)	-1,24	-0,18	4,34 (0,37)	4,32 (0,32)	-0,86	-0,08
QHS	4,99**							
TCC (n = 17)	1,51 (0,09)	1,14 (0,09)	-5,47***	-0,89	1,21 (0,13)	1,39 (0,13)	8,14***	0,38
Contrôle (n = 18)	1,86 (0,08)	1,75 (0,08)	-1,14	-0,25	1,63 (0,08)	1,65 (0,09)	2,18	-0,26

Note. Pré-tx = pré-traitement; Post-tx = post-traitement; ^a = contraste entre le pré- et le post-traitement; ^b = contraste entre le post-traitement et la moyenne des suivis; TCC = Thérapie cognitive-comportementale; ÉHAD-A = sous-échelle d'anxiété et de dépression; IMF = Inventaire multidimensionnel de la fatigue; QQV = Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC-C30; QQV – cognitive = sous échelle cognitive du Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC-C30; QCAS = Questionnaire des croyances et attitudes envers le sommeil; QHS = Questionnaire des habitudes de sommeil.

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Tableau 5

Pourcentage (erreurs standards) de patients rencontrant les critères de signification clinique à chaque temps de mesure et résultats des effets temps

Critères de signification clinique	Pré-tx	Post-tx	t^a	d^a	Suivi 3 mois	Suivi 6 mois	t^b	d^b
Efficacité du sommeil								
≥ 85%								
TCC (n = 17)	29,4 (11,1)	87,0 (8,2)	3,50***	2,73	91,4 (6,6)	82,9 (9,5)	0,08	0,07
Contrôle (n = 18)	16,7 (8,8)	50,7 (12,4)	2,59**	1,61	49,3 (12,2)	61,1 (11,5)	0,52	0,18
ISI < 8								
TCC (n = 17)	11,8 (7,8) ^c	80,3 (9,8)	3,86***	3,32	70,6 (11,1)	72,6 (11,2)	-0,64	-0,47
Contrôle (n = 18)	22,2 (9,8) ^c	24,1 (10,6)	0,17	0,10	38,9 (11,5)	44,4 (11,7)	1,63	0,79

Note. Pré-tx = pré-traitement; Post-tx = post-traitement; ^a = contraste entre le pré et le post-traitement; ^b = contraste entre le post-traitement et la moyenne des

suisvis; ^c = le pourcentage n'est pas de zéro puisqu'il est possible qu'un participant ait obtenu un ISI ≥ 8 au pré-tx, un laps de temps, variable selon les

participants, s'est écoulé entre le dépistage pour l'entrée dans l'étude (ISI < 8) et le pré-tx (rémission spontanée). TCC = Thérapie cognitive-comportementale;

ISI = Index de sévérité de l'insomnie.

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

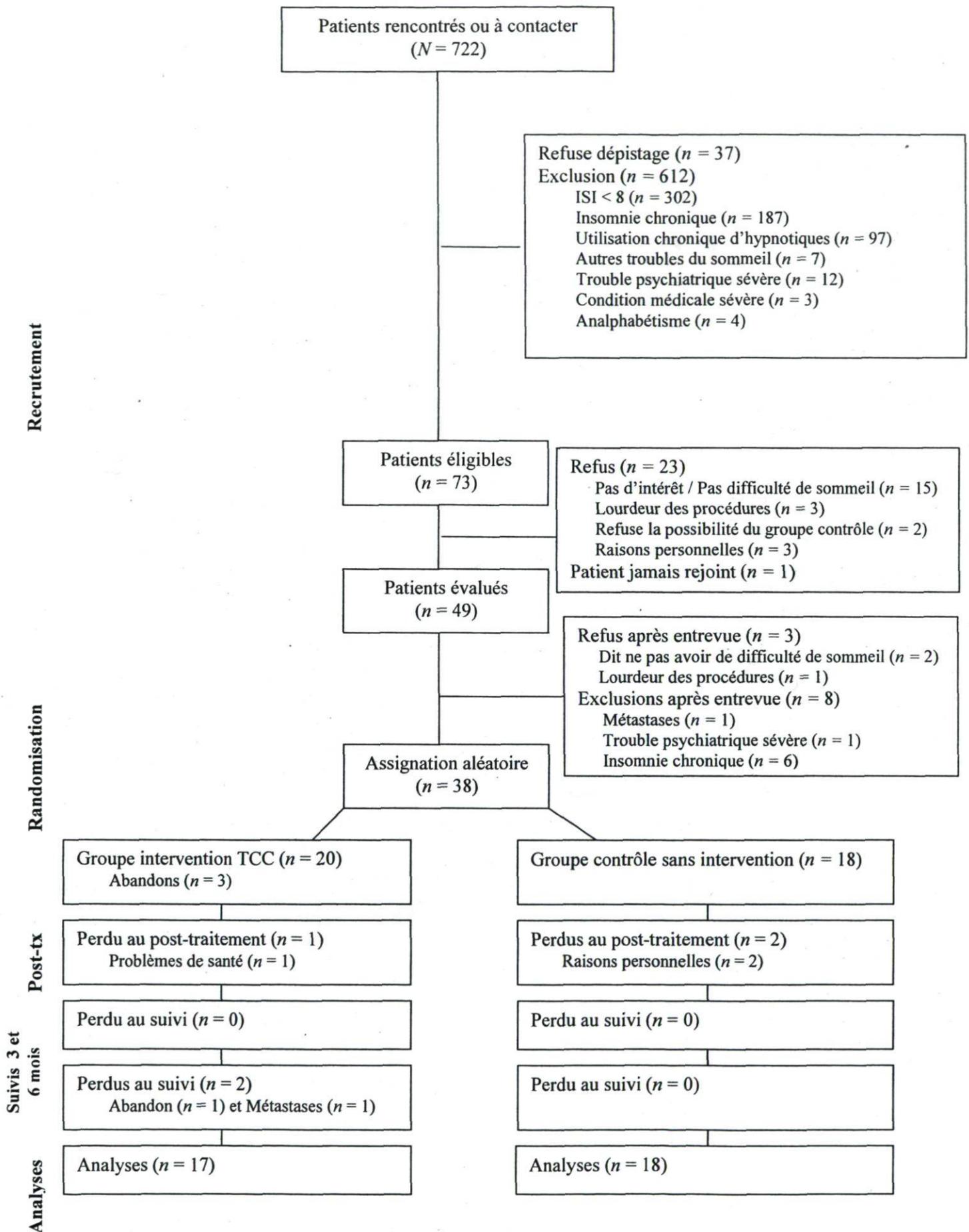


Figure 1. Cheminement des participants de l'étude.

Note. TCC = Thérapie cognitive-comportementale; Post-tx = post-traitement.

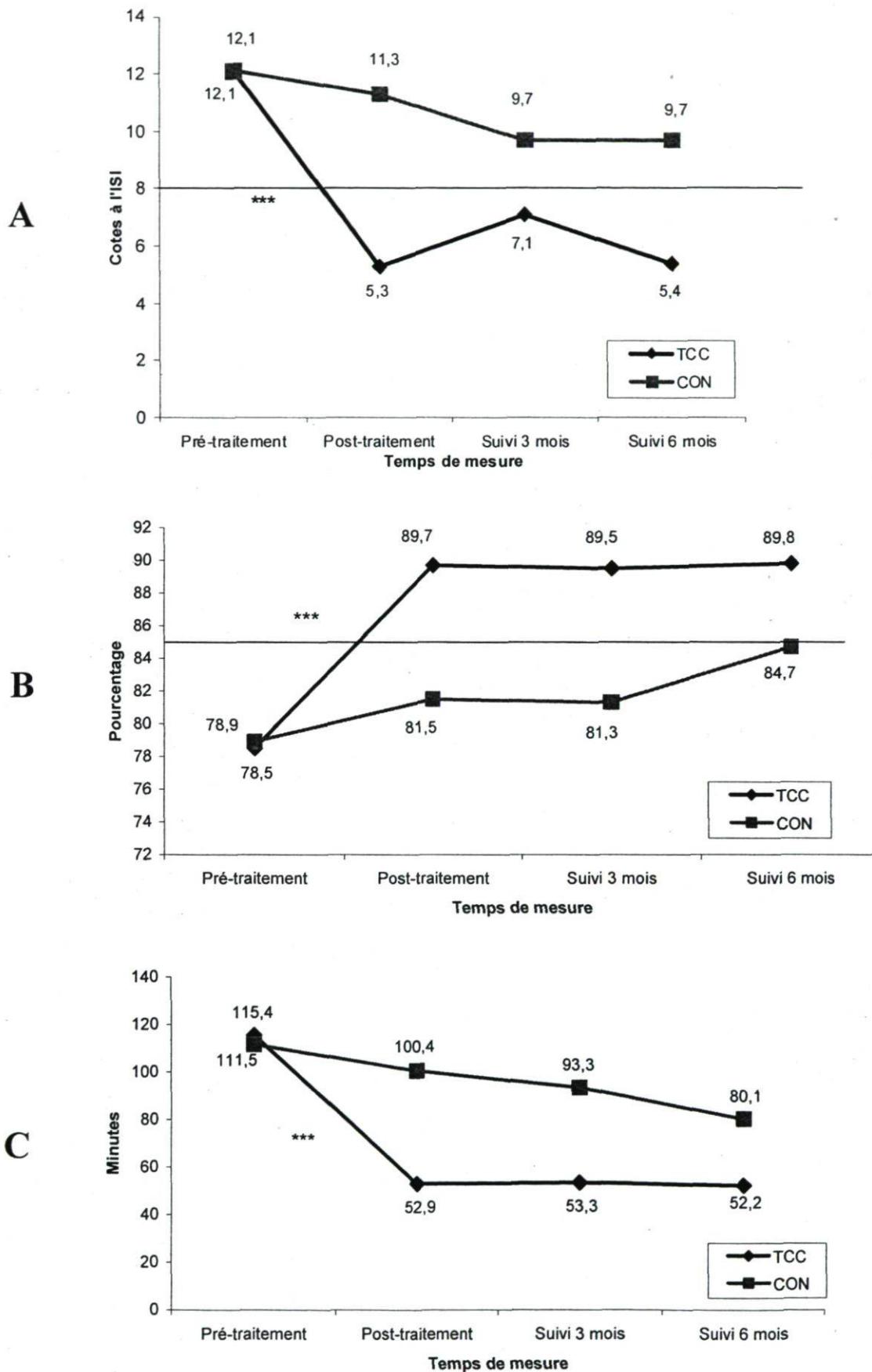


Figure 2. Changements obtenus pour (A) la cote totale à l'Index de sévérité de l'insomnie (ISI); (B) l'efficacité du sommeil et (C) le temps total d'éveil dans chaque groupe.

Note. TCC =Thérapie cognitive-comportementale; CON = groupe contrôle.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente thèse doctorale s'est intéressée à une problématique d'importance chez les patients atteints de cancer, soit l'insomnie. Plus précisément, deux études empiriques ont été menées sur la prévalence, les prédicteurs et le traitement de l'insomnie comorbide au cancer. La première étude, de nature descriptive, a été menée auprès d'un large échantillon sélectionné aléatoirement de personnes ayant été traitées pour divers types de cancer ($N = 1984$). Cette étude visait à documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique, de même qu'à identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique. Quant à la seconde, il s'agit d'un essai clinique randomisé incluant 38 participants atteints de différents types de cancer. Deux conditions expérimentales ont été comparées, soit une thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie (TCC; $n = 20$) et une condition contrôle sans traitement ($n = 18$). Brièvement, le traitement, offert sous forme de bibliothérapie, comprenait 6 fascicules à lire à raison d'un par semaine ainsi que trois appels téléphoniques de suivi bimensuels effectués par une psychologue.

Discussion des principaux résultats en fonction des objectifs de la thèse

Étude 1

Objectif 1 : Documenter la prévalence des difficultés de sommeil actuelles et passées et la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique

Pour répondre à cet objectif, 1984 participants ont accepté de compléter une batterie de questionnaires dont l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI; Blais et al., 1997) et un questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil élaboré par notre équipe de recherche. Les principaux résultats indiquent que 29,4% des participants ont mentionné souffrir de difficultés de sommeil actuelles (i.e., plainte subjective) et ces dernières étaient chroniques (i.e., durée supérieure ou égale à 6 mois) dans plus de 90% des cas. La durée moyenne des problèmes de sommeil était de près de sept ans. Lorsqu'évalué à l'aide de l'ISI, 42,6% des participants présentaient un niveau clinique de difficultés de sommeil (cote totale \geq à 8) tandis que 15,8% d'entre eux ont obtenu une cote supérieure ou égale à 15, suggérant la présence d'un syndrome d'insomnie. Toutefois, ce taux s'est avéré plus élevé

(22,1%) lorsqu'une adaptation de l'algorithme de Morin et al. (2006) a été utilisée. Toujours selon cet algorithme, 37,8% des participants étaient des bons dormeurs et 40,1% présentaient des symptômes d'insomnie. D'autre part, près de 27% de l'échantillon total ont déclaré avoir déjà souffert de problèmes de sommeil dans le passé, leur durée moyenne étant de près de 10 mois. De plus, ces derniers étaient chroniques dans 48,8% des cas.

Quant à la fréquence d'utilisation d'une médication hypnotique, 40,8% ont rapporté avoir déjà reçu une prescription de médication pour le sommeil. Parmi ceux-ci, 3,7% ne l'ont jamais utilisée, 14,5% l'ont utilisée dans le passé et 22,6% l'utilisaient au moment de l'évaluation. Environ 88% des participants ayant reçu une prescription se sont vus prescrire des benzodiazépines ou des hypnotiques non benzodiazépinés, prescrits la plupart du temps par le médecin de famille (70,4%). De plus, seulement 12,7% de l'échantillon total a utilisé un autre type de substance pour dormir, les plus populaires étant les produits naturels (53,4%) et les produits en vente libre (43,3%). Par ailleurs, la durée moyenne de consommation des utilisateurs actuels était de 58,1 mois et de 11,5 mois pour les utilisateurs passés. Enfin, notons que parmi les utilisateurs actuels de médication hypnotique, 36,3% ont obtenu une cote à l'ISI entre 8 et 14 et 31,3% une cote supérieure ou égale à 15. De plus, 46,0% des utilisateurs actuels rencontraient toujours les critères d'un syndrome d'insomnie.

Globalement, nos données sur la prévalence de l'insomnie corroborent les conclusions de Savard et Morin (2001) à l'effet que 30 à 50% des patients récemment diagnostiqués ou traités pour cette maladie rapportent des difficultés de sommeil. En ce qui concerne la chronicité, nos résultats avoisinent aussi ceux de Savard et ses collègues (2001, 2005) indiquant que, dans plus de 90% des cas, les problèmes de sommeil actuels se soient révélés chroniques. Quant à lui, le syndrome d'insomnie a pu être identifié chez 22,1% des participants. Ce taux global obtenu pour les quatre types de cancer confondus est légèrement supérieur à ceux obtenus dans le contexte du cancer du sein (19%; Savard et al., 2001) et du cancer de la prostate (18%; Savard, Simard, Hervouet et al., 2005). Une des raisons potentielles pour expliquer cette différence pourrait être le mode d'évaluation utilisé. Afin de rejoindre le plus de participants possibles et augmenter la faisabilité de l'étude, l'utilisation de questionnaires a été privilégiée dans cette étude. Par contre, ce mode d'évaluation est probablement plus inclusif et ne permet pas de recueillir des informations

aussi précises que celles tirées d'une entrevue diagnostique, méthode choisie par Savard et ses collègues (2001, 2005). Enfin, la prévalence des difficultés de sommeil passées obtenue est similaire, bien que légèrement inférieure à celle des difficultés de sommeil actuelles. Toutefois, une différence notable entre les deux groupes a pu être observée quant à la durée des problèmes de sommeil. En effet, une durée moyenne inférieure à un an a été notée pour les problèmes passés comparativement à une durée moyenne de près de sept ans pour les problèmes actuels. Dans moins de 50% des cas, l'insomnie passée est devenue chronique ce qui illustre que l'insomnie peut être situationnelle et que pour certains individus, elle s'atténue avec le passage du temps.

Bien que la pharmacothérapie soit le traitement le plus couramment utilisé pour contrer les difficultés de sommeil, très peu d'études se sont intéressées à documenter la consommation de psychotropes, plus particulièrement de médication hypnotique, auprès d'un large échantillon d'individus atteints de divers types de cancer. Afin de se démarquer des études effectuées antérieurement, nous avons pris les mesures nécessaires pour s'assurer que la médication utilisée par les participants de l'étude l'était spécifiquement pour le sommeil. Néanmoins, le taux d'utilisation d'hypnotiques obtenu (22,6%) est tout à fait comparable à ceux rapportés par Davidson et al. (2002; 21,5%) et Paltiel et al. (2004; 25,7%) qui n'ont pas été en mesure de faire la distinction entre la prise de somnifères ou l'usage d'anxiolytiques et de tranquillisants en général. Ainsi, il semble que près du quart des individus atteints de cancer vont utiliser une substance à propriété sédatrice à un moment ou l'autre suite à l'annonce de leur diagnostic, ce qui est beaucoup plus élevé que dans la population générale, les taux d'utilisation étant plutôt de l'ordre de 4 à 11% (Morin et al., 2006; M. M. Ohayon & Caulet, 1996; Santé Canada, 1994). Le taux d'utilisation obtenu dans notre étude est inférieur à ceux rapportés dans les trois autres recherches menées sur la fréquence d'utilisation de psychotropes en oncologie (i.e., entre 51% et 82,4%; Derogatis et al., 1979; Jaeger et al., 1985; Stiefel et al., 1990). Toutefois, la majorité des participants de ces études étaient hospitalisés (entre 83% et 100%) et une proportion considérable d'entre eux (86% et plus) souffraient d'un cancer métastatique, ce qui peut donner lieu à une surestimation de la fréquence d'utilisation.

Un autre aspect innovateur de notre étude concerne la cueillette d'information supplémentaire entourant la prise de médication hypnotique, telle que l'absence

d'utilisation malgré une prescription, l'utilisation passée, l'identification de molécules spécifiques utilisées, le type de professionnels de la santé ayant fourni la prescription, ainsi que l'utilisation de substances alternatives à la médication pour le sommeil. En premier lieu, il est légitime de croire que le fait de ne pas avoir consommé la médication prescrite pour 3,7% des participants pourrait s'expliquer par la crainte qu'entretiennent certains patients face aux effets secondaires et au risque de dépendance engendrés par ce type de médication ou encore, par le fait qu'ils préféreraient ne pas ajouter de médication aux traitements reçus contre le cancer. Une autre raison serait qu'ils n'en avaient tout simplement plus besoin suivant la consultation médicale lors de laquelle ils ont reçu la prescription. Quant à l'utilisation passée, qui était d'une durée limitée pour 14,5% des participants, il est permis de supposer que, malgré les croyances envers le risque important de développer une dépendance, plusieurs participants sont en mesure de cesser l'usage de la médication, une fois la situation stabilisée. Puis, les données récoltées sur les molécules employées (i.e., les benzodiazépines et les hypnotiques non benzodiazépinés) illustrent clairement que les patients atteints de cancer sont traités de la même façon que la population générale (Frighetto et al., 2004). De façon similaire, la consommation de substances autres que la médication hypnotique pour le sommeil ne serait pas plus importante chez les individus atteints de cancer que chez les individus de la population générale québécoise (Morin et al., 2006). En dernier lieu, près de trois fois sur quatre, le médecin de famille s'est avéré le professionnel de la santé prescrivant les hypnotiques à nos participants, corroborant ainsi les résultats de Ohayon et Caulet (1996) dans la population générale. Ce résultat pourrait être attribuable au fait que les médecins de famille s'avèrent être les premiers professionnels de la santé à être consultés dans la chronologie des soins oncologiques. De plus, il se pourrait que les patients atteints de cancer québécois discutent plus aisément de leurs difficultés de sommeil avec leur médecin de famille qu'avec leur chirurgien ou leur oncologue, par exemple, parce qu'ils se sentent plus à l'aise, le climat de confiance étant généralement établi depuis un certain temps. Enfin, il est possible que la durée généralement plus longue de l'entretien avec le médecin de famille ou moins chargée d'informations comme le sont ceux avec les oncologues rende cette divulgation plus aisée.

Dans un autre ordre d'idées, la durée moyenne de consommation des utilisateurs actuels trouvée est de près de 5 ans, et ce, malgré les recommandations des experts en

sommeil qui suggèrent de limiter la durée de l'utilisation d'hypnotique pour une période de 2 à 4 semaines en raison des nombreux risques et effets indésirables associés à une consommation chronique (Morin, 2001). Notre résultat va dans le sens de celui de Kripke (1998) qui affirme que près du deux tiers des prescriptions d'hypnotiques sont pour des utilisateurs chroniques. De plus, une étude menée auprès de la population générale a montré que plus de 65% des utilisateurs vont prolonger leur consommation au-delà d'un an et 30% consommeront leur hypnotique pendant plus de cinq ans (M. M. Ohayon & Caulet, 1996). Enfin, puisque bon nombre de consommateurs de médication hypnotique présentent toujours des difficultés de sommeil ou de l'insomnie, il serait possible de remettre en doute l'efficacité de ce type de médication pour une proportion importante de patients.

Objectif 2 : Identifier les facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux caractérisant les participants ayant un syndrome d'insomnie et les utilisateurs de médication hypnotique

Parmi les 1984 participants, les données de 1883 d'entre eux (95,7% de l'échantillon total) étaient complètes et disponibles pour prédire la présence (24,5%) ou l'absence (75,5%) d'un syndrome d'insomnie, évalué selon l'algorithme. Les variables suivantes se sont révélées être associées à une augmentation du risque de présenter un syndrome d'insomnie : un plus jeune âge, le fait d'être une femme, d'avoir vécu davantage d'événements de vie majeurs au cours des six derniers mois, de présenter une qualité de vie globale moindre, la présence de symptômes anxieux, de fatigue, intestinaux, urinaires de même que ménopausiques et andropausiques plus sévères, ainsi que la présence d'une autre maladie physique et le fait de ne pas avoir reçu de chimiothérapie.

Même si peu d'études transversales ont exploré les facteurs de risque de l'insomnie associée au cancer, six des 11 prédicteurs identifiés dans notre étude corroborent les résultats de recherches antérieures sur le sujet (Bardwell et al., 2008; Davidson et al., 2002; Savard, Simard, Hervouet et al., 2005). Il est donc intéressant de constater qu'une certaine constance se dégage dans l'identification des facteurs associés à l'insomnie auprès d'individus ayant été traités pour un cancer. Par contre, de nouveaux facteurs psychosociaux ont été obtenus, tel le fait de vivre un nombre plus important d'événements de vie majeurs et de rapporter une qualité de vie globale moindre. Bien que le stress soit

considéré comme l'un des facteurs précipitants des difficultés de sommeil les plus répandus, peu d'études ont spécifiquement examiné sa relation avec l'insomnie primaire (Leblanc et al., 2007; Morin, Rodrigue, & Ivers, 2003). Healy et ses collaborateurs (1981) ont observé une relation significative entre le nombre d'événements de vie majeurs vécus dans une année et le début de l'insomnie, appuyant ainsi nos résultats. En contrepartie, Morin et al. (2003) suggèrent que ce n'est pas le nombre d'événements stressants en tant que tel qui augmente la vulnérabilité à souffrir d'insomnie mais plutôt, l'évaluation du stress et le manque de contrôle perçu envers ces derniers, des éléments qui n'ont pas été évalués dans la présente étude. Enfin, la relation entre l'insomnie et la qualité de vie pourrait aller dans le sens inverse, la qualité de vie représentant davantage une conséquence qu'un prédicteur de l'insomnie (Graci, 2005), ce que le devis transversal de l'étude ne peut distinguer. Finalement, sur le plan médical, le fait de souffrir d'une autre maladie physique et de ne pas avoir reçu de chimiothérapie se sont révélés associés à une augmentation du risque de présenter un syndrome d'insomnie. Le résultat concernant le dernier facteur est plutôt étonnant et difficile à expliquer.

Quant à elle, la prédiction des prédicteurs de la consommation d'hypnotiques a été réalisée en utilisant les données complètes de 1631 participants (82,2% de l'échantillon total). Les variables augmentant le risque de consommer de la médication hypnotique sont : un âge plus élevé, les difficultés d'endormissement, le fait d'avoir vécu davantage d'événements de vie majeurs au cours des six derniers mois, la présence de symptômes anxieux plus sévères, de difficultés psychologiques actuelles ou passées, un moins bon fonctionnement de rôle, la présence de symptômes urinaires de sévérité moindre, la consommation d'une médication anti-douleur et les traitements de chimiothérapie actuels ou passés.

Puisque Paltiel et ses collègues (2004) ont été les seuls à évaluer la contribution de plusieurs facteurs de risque potentiels de consommer de la médication hypnotique dans le contexte de l'oncologie, il n'est guère surprenant de constater que plusieurs nouveaux facteurs ont été identifiés dans notre étude (i.e., 8/10). De plus, plusieurs d'entre eux sont consistants avec des travaux effectués auprès d'individus de la population générale tels que le fait de rapporter des difficultés d'endormissement (Johnson, Roehrs, Roth, & Breslau, 1998) et de présenter un moins bon fonctionnement de rôle, de vivre un nombre plus élevé

d'événements de vie majeurs, de présenter des symptômes anxieux plus sévères, ainsi que des difficultés psychologiques actuelles et passées (Gutierrez-Lobos et al., 2000; Mallon & Hetta, 1997). Aussi, le fait de rapporter des symptômes urinaires de sévérité moindre et de recevoir ou d'avoir reçu des traitements de chimiothérapie sont les deux seuls facteurs médicaux qui sont ressortis comme étant associés à un risque plus élevé de consommer de la médication pour le sommeil. Bien que le premier facteur soit difficile à expliquer, il semble possible que la prise de corticostéroïdes (p.ex., dexaméthasone) fréquente durant les traitements de chimiothérapie ait pour conséquence néfaste un niveau plus élevé de nervosité ou d'agitation, menant à une prescription plus fréquente de médication hypnotique. Aussi, des données suggèrent que les patients souffrant de nausées et de vomissements post-chimiothérapie présenteraient des taux plus élevés de d'insomnie (Osoba et al., 1997).

Bien que de nombreux facteurs psychosociaux et médicaux aient été identifiés comme augmentant le risque de souffrir d'un syndrome d'insomnie ou de consommer une médication hypnotique, il est surprenant de constater que seulement deux variables sociodémographiques soient ressorties, c'est à dire l'âge et le genre féminin. Les variables démographiques, tels l'occupation actuelle, le statut civil et le niveau de scolarité, étaient pourtant très présentes dans les études de Savard et al. (2001; 2005). Tout comme Bardwell et ses collègues (2008), il semble donc que lorsque plusieurs variables sont prises en compte, la variance s'explique davantage par des facteurs psychosociaux et physiques que démographiques.

Forces et limites de l'étude

La présente étude est caractérisée par plusieurs forces. D'une part, la sélection aléatoire des participants à partir d'une banque populationnelle et la taille considérable de l'échantillon augmentent la représentativité de la population ayant été traitée pour un cancer du sein, de la prostate, du poumon ou colorectal et permet de bien mettre en évidence les prédicteurs du syndrome d'insomnie et de la consommation d'hypnotiques, et ce, avec une puissance statistique plus que suffisante. D'autre part, le fait d'avoir documenté spécifiquement l'utilisation de médication pour le sommeil et non celle de psychotropes en général, d'avoir obtenu de l'information supplémentaire entourant la consommation

d'hypnotique de même que d'avoir étudié une variété de prédictors (i.e., sociodémographiques, psychosociaux et médicaux) comptent parmi les forces et les aspects novateurs de cette étude.

Cependant, l'étude est également caractérisée par certaines limites. D'abord, même si nous disposions d'un large échantillon hétérogènes (i.e., en termes de sites et de stades de cancer ainsi que de temps écoulé depuis le diagnostic), le taux d'acceptation de seulement 40% et l'homogénéité de la population étudiée en ce qui a trait, entre autres, à l'ethnie, limitent la généralisation des résultats à l'ensemble de la population atteinte de cancer. Aussi, il est possible que les individus présentant des difficultés de sommeil aient davantage été portés à participer, entraînant une surestimation de la prévalence d'insomnie et du taux de consommation d'hypnotiques. Toutefois, ce biais est peu probable le but principal de cette étude plus large étant d'évaluer la peur de récurrence du cancer et non l'insomnie. Une autre limite importante découle de l'utilisation d'instruments de mesure rétrospectifs auto-rapportés, parfois mal complétés et risquant de ne pas correspondre aussi bien à la réalité du patient qu'une entrevue diagnostique. Enfin, l'utilisation d'un devis de recherche transversal ne permet pas de documenter avec certitude le fait que les difficultés de sommeil puissent avoir été présentes avant le diagnostic de cancer. De plus, ce devis ne permet pas d'établir de relation de cause à effet entre les prédictors identifiés et le développement de l'insomnie.

Avenues de recherches futures

En somme, les résultats de l'Étude 1 indiquent que les taux de prévalence d'insomnie et d'utilisation d'hypnotiques sont comparables à ceux déjà rapportés dans le contexte du cancer. Toutefois, des études supplémentaires, utilisant un devis de recherche longitudinal, seraient nécessaires pour mieux documenter l'histoire naturelle de l'insomnie des patients atteints de cancer en particulier, les taux d'incidence et de rémission pendant toute la trajectoire de traitements contre cette maladie.

Par ailleurs, cette étude a également permis d'identifier plusieurs facteurs sociodémographiques, psychosociaux et médicaux associés au syndrome d'insomnie et à la consommation de médication hypnotique. De telles études longitudinales sont également

requis pour mieux identifier les prédicteurs de l'insomnie et de l'utilisation d'hypnotiques, ces derniers pouvant varier en fonction du temps.

Étude 2

Objectif principal : Évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale minimale, offerte sous forme de bibliothérapie, pour traiter l'insomnie aiguë de personnes atteintes de cancer

Il était postulé qu'au post-traitement et lors des suivis trois et six mois, les participants ayant reçu la TCC (i.e., condition expérimentale) auraient un meilleur sommeil tel qu'évalué à partir de plusieurs indices subjectifs, comme le temps total d'éveil, l'efficacité du sommeil et la cote totale à l'ISI comparativement aux participants de la condition contrôle (i.e., sans TCC). De façon résumée, les résultats obtenus indiquent une amélioration significativement plus importante de la majorité des indices subjectifs du sommeil au post-traitement chez les participants de la condition TCC, comparativement aux participants du groupe contrôle. De plus, les gains thérapeutiques obtenus se sont bien maintenus jusqu'à six mois après la fin de la TCC pour l'insomnie. Des améliorations cliniquement significatives ont aussi été rapportées pour une proportion de participants de la condition TCC significativement supérieure à celle du groupe contrôle, tant au post-traitement qu'aux suivis.

Cette étude suggère donc que la TCC de l'insomnie, offerte sous forme de bibliothérapie, est efficace pour traiter l'insomnie aiguë des patients atteints de cancer. Ces résultats corroborent ceux de Jansson et Linton (2005), les seuls à avoir évalué l'efficacité d'une intervention précoce dans le contexte de l'insomnie primaire jusqu'à maintenant. Ces auteurs ont utilisé un critère plus libéral pour définir la durée de l'insomnie aiguë (i.e., entre 3 et 12 mois) plutôt que de 6 mois ou moins dans la présente étude. Par ailleurs, notre modalité de traitement diffère de celle employée par ces derniers (i.e., TCC en groupe). En effet, une particularité importante de l'Étude 2 de cette thèse concerne l'utilisation d'une intervention à contact thérapeutique minimal plutôt qu'administrée par un professionnel. L'utilisation de ce type de traitement, telle la bibliothérapie, comporte de nombreux avantages. Entre autres, son format est susceptible d'augmenter l'accessibilité des patients à la TCC et réduire le fardeau pour ceux-ci, ce qui est particulièrement pertinent pour les

patients atteints de cancer qui doivent déjà composer avec de nombreuses visites médicales. Toutefois, dans la présente étude, un contact professionnel a été ajouté à la bibliothérapie. Bien que l'effet additif de ce type de contacts demeure à investiguer dans le contexte du cancer, certaines données récoltées dans le contexte de l'insomnie primaire chronique suggèrent que cet ajout entraîne des bénéfices intéressants (Mimeault & Morin, 1999; Riedel et al., 1995). Il n'est donc pas clair à ce moment-ci si une bibliothérapie seule est suffisante pour traiter l'insomnie aiguë comorbide au cancer.

Objectifs secondaires : Évaluer l'effet de l'intervention précoce : (a) sur la consommation de médication hypnotique; et (b) sur la détresse psychologique (e.g., dépression et anxiété), la fatigue, la qualité de vie, le fonctionnement cognitif subjectif et les croyances erronées envers le sommeil.

Il était postulé qu'au post-traitement et lors des suivis trois et six mois, la proportion d'utilisateurs d'hypnotiques, le nombre de nuits par semaine avec médication et le dosage quotidien de la médication utilisée seraient davantage réduits chez les participants du groupe TCC comparativement aux participants assignés à la condition sans traitement (contrôle). De plus, il était attendu que les participants de la condition TCC présenteraient une diminution plus importante du niveau de détresse psychologique et de fatigue, de croyances erronées envers le sommeil ainsi qu'une amélioration plus importante du fonctionnement cognitif subjectif et de la qualité de vie au post-traitement et aux suivis trois et six mois comparativement aux participants de la condition contrôle. Tout d'abord, les résultats indiquent que très peu d'effets ont été constatés sur la consommation de médication hypnotique. En effet, aucune interaction Groupe X Temps significative n'a été obtenue pour les trois variables liées à la médication. Le seul effet temps significatif, dans le sens de l'amélioration, a été trouvé entre le pré- et le post-traitement pour le dosage (mg/jour) en équivalent lorazepam, et ce, dans la condition TCC. Globalement, ces résultats infirment la première partie de notre hypothèse.

Plusieurs études ayant évalué l'efficacité de la TCC pour l'insomnie primaire (Morin, Kowatch, Barry, & Walton, 1993) ou comorbide au cancer (Quesnel et al., 2003; Savard, Simard, Ivers et al., 2005) ont montré que celle-ci était associée à une réduction de l'utilisation d'hypnotiques, et ce, sans que des recommandations spécifiques ne soient faites

à cet égard dans le cadre de l'intervention. Bien que des résultats similaires aient également été rapportés suite à une intervention minimale pour l'insomnie primaire (Mimeault & Morin, 1999), notre intervention n'a pas eu d'effet significatif sur la consommation de médication hypnotique. Cette absence d'effet est possiblement attribuable au fait que le nombre de participants consommant de la médication n'était pas très élevé au départ et était plus faible dans le groupe TCC ($n = 4$) que dans le groupe contrôle ($n = 8$). Il semble donc que la randomisation ait échoué à répartir les participants également dans les deux groupes sur cette variable. Des augmentations (non significatives sur le plan statistique) ont été observées aux suivis pour le nombre de nuits par semaine avec médication, le dosage moyen (mg/jour) en équivalent lorazepam et la proportion d'utilisateurs d'hypnotiques chez les participants du groupe TCC, ce qui pourrait constituer une variable confondante. Soulignons que, puisque la consommation de médication était une variable dépendante dans cette étude, il n'était pas possible de l'inclure comme covariable dans les analyses statistiques principales. Il est toutefois peu probable que le maintien des gains thérapeutiques obtenus sur les indices du sommeil aux suivis dans le groupe TCC soit attribuable aux augmentations de la consommation d'hypnotiques qui étaient très légères.

Par ailleurs, une diminution significativement plus importante du niveau d'anxiété, de dépression et des croyances erronées envers le sommeil ainsi qu'une amélioration significativement plus grande du fonctionnement cognitif subjectif ont été observées pour les participants ayant reçu la TCC. Spécifiquement, des interactions Groupe X Temps significatives ont été obtenues pour les sous-échelles anxiété et dépression de l'Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD; Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998), la sous-échelle cognitive du Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC (QQV; Aaronson et al., 1993) et la cote totale au Questionnaire des croyances et attitudes envers le Sommeil. (QCAS; Morin, 1993). De plus, des effets temps significatifs entre le pré- et le post-traitement ont été observés pour toutes ces variables ainsi que pour l'Inventaire multidimensionnel de la fatigue (IMF; Fillion, Gélinas, Simard, Savard, & Gagnon, 2003) et le QQV global dans le groupe TCC, tandis que ce type d'effets n'a été qu'observé que pour la sous-échelle dépression de l'ÉHAD et la cote totale à l'IMF chez les participants du groupe contrôle. La seconde partie de notre hypothèse est donc confirmée.

En plus des effets positifs sur le sommeil, notre intervention a donc engendré des bienfaits sur la détresse psychologique et les croyances liées à l'insomnie, corroborant ainsi les résultats d'études antérieures effectuées dans le contexte du cancer (C. A. Espie et al., 2008; Quesnel et al., 2003; Savard, Simard, Ivers et al., 2005). De plus, nos résultats indiquent aussi une amélioration du fonctionnement cognitif subjectif suite à une TCC de l'insomnie, tout comme l'ont démontrée Quesnel et ses collaborateurs (2003). Cette donnée est intéressante puisque, selon certaines études, l'insomnie pourrait affecter négativement le fonctionnement cognitif, particulièrement chez les personnes âgées (Haimov, Hanuka, & Horowitz, 2008; Tworoger, Lee, Schernhammer, & Grodstein, 2006). Ceci suggère qu'il est possible de renverser cet effet par une intervention sur le sommeil. Enfin, une réduction des croyances et attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil a été observée dans cette étude, tout comme dans certaines recherches menées auprès de patients traités pour de l'insomnie primaire chronique (C.A. Espie, Inglis, Harvey, & Tessier, 2000; Morin, Blais, & Savard, 2002), en incluant l'étude sur le traitement de l'insomnie aiguë (Jansson & Linton, 2005), et une étude menée auprès de patientes traitées pour un cancer du sein (Tremblay, Savard, & Ivers, 2009). Puisque les cognitions envers le sommeil joueraient un rôle important dans le maintien de l'insomnie dans le temps (Morin, 1993), il se pourrait donc qu'une diminution précoce des croyances erronées contribue à prévenir le développement de l'insomnie chronique.

Forces et limites de l'étude

La présente étude comporte de nombreuses forces. Tout d'abord, soulignons la randomisation aléatoire des participants, ainsi que l'utilisation de mesures validées auprès d'une population atteinte de cancer. Puis, le fait d'inclure des participants consommant de la médication hypnotique et souffrant de divers troubles ou psychopathologies (mais non sévères) favorise la généralisation des résultats.

Par contre, cette dernière est limitée par le fait que plus de 90% de l'échantillon était composé de femmes et que la plupart des participants étaient atteints d'un cancer du sein. Aussi, la totalité d'entre eux étaient des Caucasiens ayant un bon niveau d'éducation. Par ailleurs, cette étude comporte certaines limites dont le fait que seule une faible proportion des patients sollicités rencontrait les critères d'inclusion et/ou ont accepté de participer à

cette recherche. En contrepartie, le taux d'attrition est demeuré faible (13%). L'absence de mesures objectives du sommeil, telle que la polysomnographie (PSG), est une autre limite de cette étude. Il aurait été intéressant de vérifier si les améliorations obtenues sur les mesures subjectives associées à la TCC étaient accompagnées d'amélioration sur les mêmes paramètres mesurés objectivement. Toutefois, l'utilisation de mesures subjectives fournit des informations utiles quant aux perceptions qu'ont les participants de leur sommeil (Bootzin & Engle-Friedman, 1981), dimension importante de l'insomnie (American Psychiatric Association, 1994). De plus, bien qu'une entrevue diagnostique ait été administrée au moment de l'évaluation, il n'est pas possible d'assumer avec certitude que les participants ne souffraient pas d'un autre trouble du sommeil, qui aurait pu être détecté par la PSG. Une autre limite concerne la faible taille de l'échantillon mais qui était néanmoins suffisante pour détecter la majorité des effets. Enfin, puisque les participants du groupe contrôle n'ont reçu aucune intervention, cela ne nous permet pas de contrôler pour l'effet de certains ingrédients thérapeutiques non spécifiques, telles que l'alliance thérapeutique et les attentes des participants. Ainsi, il semble donc plus difficile d'évaluer si les bienfaits obtenus suite à la TCC sont attribuables à cette dernière et/ou à d'autres facteurs non spécifiques au traitement.

Avenues de recherches futures

De futures recherches dans le domaine devraient s'intéresser à répliquer ces résultats mais en utilisant un échantillon de plus grande taille, composé de patients atteints d'une plus grande diversité de cancer, et ce, afin de favoriser la généralisation des résultats et d'augmenter la puissance statistique. De plus, il pourrait être intéressant d'ajouter des suivis plus longs (e.g., 12 ou 18 mois) pour mieux évaluer le maintien des gains thérapeutiques. Aussi, une autre alternative serait d'évaluer l'efficacité d'une bibliothérapie seule, i.e., sans contact thérapeutique. Dans l'optique où un traitement autoadministré s'avérerait efficace, il serait alors plus facile de le disséminer, et à moindre coûts, auprès des individus atteints de cancer. Enfin, il serait pertinent de comparer l'efficacité de cette intervention à d'autres modalités de traitement, dont une TCC administrée par un professionnel, de manière à étudier le ratio coûts/efficacité.

Implications cliniques

Des implications cliniques d'importance découlent de la présente thèse. Tout d'abord, l'implantation d'un dépistage systématique des difficultés de sommeil serait nécessaire dans les cliniques d'oncologie, et ce, en raison de leur prévalence élevée. Par la suite, il serait donc important de fournir de la documentation aux patients, sous forme de dépliant par exemple, pour mieux les informer sur cette problématique et ses conséquences. D'ajouter de l'information sur les différentes modalités de traitement disponibles (i.e., pharmacologique et psychologique) ainsi que sur leurs avantages et inconvénients respectifs permettrait, entre autres, à l'individu souffrant de problèmes de sommeil de faire un choix éclairé quant aux types de traitement à privilégier. Dans la même veine, il serait utile de renseigner les professionnels de la santé, tels que les médecins généralistes, sur les traitements autres que la médication et éventuellement, leur offrir une formation sur le traitement cognitif-comportemental de l'insomnie et ses composantes. Par ailleurs, si l'identification des facteurs associés à l'insomnie et à la consommation de médication hypnotique s'avère confirmée par une étude longitudinale, cela pourrait permettre de mieux cibler les personnes à risque et, ainsi, favoriser le développement de programmes de prévention dans le but d'enrayer le plus possible les conséquences négatives associées à ces deux problématiques.

Également, nos travaux soulignent l'importance de dépister et traiter les difficultés de sommeil rapidement dans la trajectoire de soins des patients atteints de cancer pour s'assurer que la problématique ne devienne chronique et, ainsi, éviter les conséquences néfastes associées. Comparativement aux recherches sur l'insomnie chronique, la durée et l'intensité des symptômes d'insomnie étaient moindres dans cette étude. Toutefois, les résultats obtenus sont similaires à ceux associés à d'autres modalités d'intervention (thérapie de groupe, individuelle). Ceci suggère qu'un traitement autoadministré, tel que la bibliothérapie, pourrait être utilisé largement et implanté dans les cliniques d'oncologie auprès de patients présentant différents niveaux de difficultés de sommeil, augmentant ainsi l'accessibilité des patients à ce traitement. Une telle approche préventive serait susceptible d'engendrer une réduction des coûts directs et indirects de l'insomnie comorbide au cancer.

Conclusion

En conclusion, cette thèse aura permis de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'insomnie comorbide au cancer. Dans un premier temps, il a été possible de documenter des taux de prévalence de l'insomnie et de la consommation de médication hypnotique ainsi que d'identifier des facteurs augmentant le risque d'en souffrir et/ou d'en consommer. Dans un deuxième temps, cette recherche permet de conclure qu'une intervention minimale, offerte sous forme de bibliothérapie, s'est avérée efficace pour traiter l'insomnie aiguë chez des patients atteints de cancer. De plus, bien que l'intervention n'ait pas eu l'effet attendu sur la consommation de médication hypnotiques, d'autres bienfaits ont pu être observés, tels que l'amélioration du niveau de détresse psychologique et de la qualité de vie globale. Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires, cette thèse présente des implications cliniques importantes pour les personnes atteintes de cancer et souffrant de difficultés de sommeil.

RÉFÉRENCES (INTRODUCTION ET CONCLUSION)

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Alperson, J., & Biglan, A. (1979). Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age. *Behavior Therapy*, 10, 347-356.
- American Academy of Sleep Medicine. (2001). *International classification of sleep disorders, revised : Diagnostic and coding manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Sleep Disorders Association. (1997). *International classification of sleep disorders (ICSD): Diagnostic and coding manual*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association.
- Asplund, R. (1995). Sleep and hypnotics among the elderly in relation to body weight and somatic disease. *Journal of Internal Medicine*, 238(1), 65-70.
- Barbeau, G., Guimond, J., & Mallet, L. (1991). *Médicaments et personnes âgées*. Québec: Edisem.
- Bardwell, W. A., Profant, J., Casden, D. R., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S., Natarajan, L., et al. (2008). The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(1), 9-18.
- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 653-659.
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447-453.
- Blennow, G., Romelsjö, A., Leifman, H., Leifman, A., & Karlsson, G. (1994). Sedatives and hypnotics in Stockholm: Social factors and kinds of use. *American Journal of Public Health*, 84(2), 242-246.
- Bootzin, R. R., & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, 3, 107-126.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). CNS Depressants: Sedative / hypnotics and anxiolytics. In B. Brands, B. Sproule & J. Marshman (Eds.), *Drugs & drug abuse*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Breitbart, W., & Payne, D. K. (1998). Pain. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 450-467). New York: Oxford University Press.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39, 411-418.
- Bruera, E., Fainsinger, R. L., Schoeller, T., & Ripamonti, C. (1996). Rapid discontinuation of hypnotics in terminal cancer patients: A prospective study. *Annals of Oncology*, 7, 855-856.

- Cannici, J., Malcom, R., & Peek, L. A. (1983). Treatment of insomnia in cancer patients using muscle relaxation training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14(3), 251-256.
- Chang, P. P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M. J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. *American Journal of Epidemiology*, 146(2), 105-114.
- Cohen, D., & J., C. (1997). *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : Recension et analyse des écrits*. Montréal: Comité de prévention des toxicomanies du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. .
- Couzi, R. J., Helzlsouer, K. J., & Fetting, J. H. (1995). Prevalence of menopausal symptoms among women with a history of breast cancer and attitudes toward estrogen replacement therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 13, 2737-2744.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social science & medicine*, 54, 1309-1321.
- Derogatis, L. R., Feldstein, M., Morrow, G., Schmale, A., Schmitt, M., Gates, C., et al. (1979). A survey of psychotropic drug prescriptions in an oncology population. *Cancer*, 44, 1919-1929.
- Epstein, D. R., & Dirksen, S. R. (2007). Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), E51-59.
- Espie, C. A. (1999). Cognitive behaviour therapy as the treatment of choice for primary insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 3(2), 97-99.
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A., et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(28), 4651-4658.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 141-148.
- Fillion, L., Gélinas, C., Simard, S., Savard, J., & Gagnon, P. (2003). Validation evidence for the French Canadian adaptation of the Multidimensional Fatigue Inventory as a measure of cancer-related fatigue. *Cancer nursing*, 26(2), 143-154.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association*, 262(11), 1479-1484.
- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Moore, N., & Begaud, B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(5), 419-425.
- Frighetto, L., Marra, C., Bandali, S., Wilbur, K., Naumann, T., & Jewesson, P. (2004). An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *Health Quality of Life Outcomes*, 2(1), 17.
- Gallup Organization. (1991). *Sleep in America*. Princeton.
- Gillin, J. C. (1998). Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(Suppl. 393), 39-43.

- Graci, G. (2005). Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *Journal of Supportive Oncology*, 3(5), 349-359.
- Gutierrez-Lobos, K., Frohlich, S., Miller, C., Whitworth, A. B., Quiner, S., & Barnas, C. (2000). A comparison of patterns of tranquiliser intake, anxiety and health locus of control between short- and long-term benzodiazepine users. *Neuropsychobiology*, 42(4), 187-191.
- Haimov, I., Hanuka, E., & Horowitz, Y. (2008). Chronic insomnia and cognitive functioning among older adults. *Behavioral Sleep Medicine*, 6(1), 32-54.
- Hajak, G., Clarenbach, P., Fischer, W., Rodenbeck, A., Bandelow, B., Broocks, A., et al. (1998). Rebound insomnia after hypnotic withdrawal in insomniac outpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(3), 148-156.
- Hall, N. (1998). Taking policy action to reduce benzodiazepine use and promote self-care among seniors. *Journal of Applied Gerontology*, 17(3), 318-351.
- Hauri, P. J. (1997). Cognitive deficits in insomnia patients. *Acta Neurologica Belgica*, 97(2), 113-117.
- Healy, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 439-451.
- Hemmelgarn, B., Suissa, S., Huang, A., Boivin, J. F., & Pinard, G. (1997). Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *Journal of the American Medical Association*, 278(1), 27-31.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162(2), 225-233.
- IMS Health Canada. (2004). Données internes.
- Institut national du Cancer du Canada. (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2008*. Toronto: Institut national du Cancer du Canada.
- Irvine, D. M., Vincent, L., Graydon, J. E., & Bubela, N. (1998). Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 21(2), 127-135.
- Jaeger, H., Morrow, G. R., Carpenter, P. J., & Brescia, F. (1985). A survey of psychotropic drug utilization by patients with advanced neoplastic disease. *General Hospital Psychiatry*, 7(4), 353-360.
- Jansson, M., & Linton, S. J. (2005). Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(2), 177-190.
- Johnson, E. O., Roehrs, T., Roth, T., & Breslau, N. (1998). Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep*, 21, 178-186.
- Jorm, A. F., Grayson, D., Creasey, H., Waite, L., & Broe, G. A. (2000). Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(1), 7-10.
- Kaye, J., Kaye, K., & Madow, L. (1983). Sleep patterns in patients with cancer and patients with cardiac disease. *Journal of Psychology*, 114, 107-113.
- Koopman, C., Nouriani, B., Erickson, V., Anupindi, R., Butler, L. D., Bachmann, M. H., et al. (2002). Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *Breast Journal*, 8(6), 362-370.
- Kramer, M. (2000). Hypnotic medication in the treatment of chronic insomnia: Non nocere! Doesn't anyone care? *Sleep Medicine Reviews*, 4(6), 529-541.

- Kripke, D. F. (2000). Chronic hypnotic use: Deadly risks, doubtful benefit. *Sleep Medicine Reviews*, 4(1), 5-20.
- Kripke, D. F., Klauber, M. R., Wingard, D. L., Fell, R. L., Assmus, J. D., & Garfinkel, L. (1998). Mortality hazard associated with prescription hypnotics. *Biological Psychiatry*, 43, 687-693.
- Kupfer, D. J., & Reynolds, C. R. (1997). Management of insomnia. *New England Journal of Medicine*, 336, 341-346.
- Kuppermann, M., Lubeck, D. P., Mazonson, P. D., Patrick, D. L., Stewart, A. L., Buesching, D. P., et al. (1995). Sleep problems and their correlates in a working population. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 25-32.
- Leblanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Merette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 157-166.
- Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6), 625-629.
- Lenhart, S. E., & Buysse, D. J. (2001). Treatment of insomnia in hospitalized patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(11), 1449-1457.
- Lichstein, K. L., Means, M. K., Noe, S. L., & Aguillard, N. (1997). Fatigue and sleep disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 733-740.
- Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, W. T., & Winer, E. P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(4), 1380-1387.
- Magrini, N., Vaccheri, A., Parma, E., D'Alessandro, R., Bottoni, A., Occhionero, M., et al. (1996). Use of benzodiazepines in the Italian general population: Prevalence, pattern of use and risk factors for use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 50(1-2), 19-25.
- Mallon, L., & Hetta, J. (1997). A survey of sleep habits and sleeping difficulties in an elderly Swedish population. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 102(3), 185-197.
- Malone, M., Harris, A. L., & Luscombe, D. K. (1994). Assessment of the impact of cancer on work, recreation, home, management and sleep using a general health status measure. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87, 386-389.
- McCrae, C. S., & Lichstein, K. L. (2001). Secondary insomnia: Diagnostic challenges and intervention opportunities. *Sleep Medicine Reviews*, 5(1), 47-61.
- Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232.
- Mendelson, W. B. (1987). Pharmacotherapy of insomnia. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 555-563.
- Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999). Self-help treatment for insomnia: Bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 511-519.
- Morawetz, D. (1989). Behavioral self-help treatment for insomnia : A controlled evaluation. *Behavior Therapy*, 20, 365-379.
- Morgan, K. (2000). Sleep and aging. In K. L. Lichstein & C. M. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 3-36). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.

- Morin, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Morin, C. M. (2001). Combined treatments of insomnia. In M. T. Sammons & N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 111-129). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., LeBlanc, M., & Savard, J. (2005). Self-help treatment for insomnia: A randomized controlled trial. *Sleep*, 28(10), 1319-1327.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 741-752.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(11), 991-999.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1172-1180.
- Morin, C. M., Kowatch, R. A., Barry, T., & Walton, E. (1993). Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 137-146.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*, 7(2), 123-130.
- Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 259-267.
- Morin, C. M., & Wooten, V. (1996). Psychological and pharmacological approaches to treating insomnia: Critical issues in assessing their separate and combined effects. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 521-542.
- Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 79-89.
- National Institutes of Health. (2005). *Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults*. Paper presented at the National Institutes of Health State-of-the-Science Conference.
- Nowell, P. D., Mazumdar, S., Buysse, D. J., Dew, M. A., Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1997). Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Association*, 278(24), 2170-2177.
- Noyes, R. J., Holt, C. S., & Massie, M. J. (1998). Anxiety disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 548-563). New York: Oxford University Press.
- Nuhic, Z., & Kramer, M. (2007). Mortality risk associated with insomnia and sleeping pill use. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 477-489.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.
- Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1995). Insomnia and psychotropic drug consumption. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 19(3), 421-431.
- Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 457-464.

- Ohayon, M. M., Caulet, M., Priest, R. G., & Guilleminault, C. (1997). DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 382-388.
- Ohayon, M. M., & Lader, M. H. (2002). Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(9), 817-825.
- Oosterhuis, A., & Klip, E. C. (1993). Behavior therapy without therapists: Treating the complaint of insomnia. *International Journal of Health Sciences*, *4*, 27-32.
- Osoba, D., Zee, B., Warr, D., Latreille, J., Kaizer, L., & Pater, J. (1997). Effect of postchemotherapy nausea and vomiting on health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, *5*, 307-313.
- Paltiel, O., Marzec-Bogulawska, A., Soskolne, V., Massalha, S., Avitzour, M., Pfeffer, R., et al. (2004). Use of tranquilizers and sleeping pills among cancer patients is associated with a poorer quality of life. *Quality of Life Research*, *13*, 1699-1706.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., McCarthy Lepore, J., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., et al. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in cancer population. *Quality of Life Research*, *3*, 183-189.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(1), 189-200.
- Ramakrishnan, K., & Scheid, D. C. (2007). Treatment options for insomnia. *American Family Physician*, *76*(4), 517-526.
- Ray, W. A. (1992). Psychotropic drugs and injuries among the elderly: A review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*(6), 386-396.
- Redd, W. H., Silberfab, P. M., Andersen, B. L., Andrykowski, M. A., Bovbjerg, D. H., Burish, T. G., et al. (1991). Physiologic and psychobehavioral research in oncology. *Cancer*, *67*, 813-822.
- Riedel, B. W., Lichstein, K. L., & Dwyer, W. O. (1995). Sleep compression and sleep education for older insomniacs: self-help versus therapist guidance. *Psychology and aging*, *10*(1), 54-63.
- Roth, T., & Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep*, *22*(suppl 2), S354-S358.
- Santé Canada. (1994). *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues*. Disponible en format HTML : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc-sca/publication/index.htm>.
- Sarna, L. (1993). Correlates of symptom distress in women with lung cancer. *Cancer Practice*, *1*(1), 21-28.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, *71*, 349-367.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, *19*(3), 895-908.
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*, *24*(5), 583-589.

- Savard, J., Simard, S., Hervouet, S., Ivers, H., Lacombe, L., & Fradet, Y. (2005). Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *14*(2), 147-156.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer: I - Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(25), 6083-6095.
- Schweitzer, P. K., Engelhardt, C. L., Hilliker, N. A., Muehlbach, M. J., & Walsh, J. K. (1992). Consequences of reported poor sleep. *Journal of Sleep Research*, *21*, 260.
- Shriqui, C. L. (2005). Polypharmacie en psychiatrie: Nouvelles tendances, vieilles moeurs. *L'information psychiatrique*, *81*(2), 101-109.
- Simeit, R., Deck, R., & Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, *12*, 176-183.
- Simon, G. E., & VonKorff, M. (1997). Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *American Journal of Psychiatry*, *154*(10), 1417-1423.
- Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Willems-Groot, A. F. M. N., Garssen, B., Oldenburger, F., Van Tienhoven, G., et al. (1998). Fatigue and radiotherapy: (A) experience in patients undergoing treatment. *British Journal of Cancer*, *78*(7), 899-906.
- Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Willems-Groot, A. F. M. N., Garssen, B., Schuster-Uitterhoeve, A. L. J., & De Haes, J. C. J. M. (1998). Fatigue and radiotherapy: (B) experience in patients 9 months following treatment. *British Journal of Cancer*, *78*(7), 907-912.
- Spielman, A. J. (1986). Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*, *6*, 11-25.
- Stam, H. J., & Bultz, B. D. (1986). The treatment of severe insomnia in a cancer patient. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *17*(1), 33-37.
- Stiefel, F. C., Kornblith, A. B., & Holland, J. C. (1990). Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10 - year period. *Cancer*, *65*, 1048-1053.
- Stoller, M. K. (1994). Economic effects of insomnia. *Clinical Therapeutics*, *16*(5), 873-897.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(1), 113-120.
- Tariq, S. H., & Pulisetty, S. (2008). Pharmacotherapy for insomnia. *Clinics in Geriatric Medicine*, *24*(1), 93-105.
- Taylor, J. R., Vazquez, C. M., & Campbell, K. M. (2006). Pharmacologic management of chronic insomnia. *South Medical Journal*, *99*(12), 1373-1377.
- Thomas, R. E. (1998). Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Canadian Family Physician*, *44*, 799-808.
- Tremblay, V., Savard, J., & Ivers, H. (2009). Predictors of the effect of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia comorbid with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(4), 742-750.
- TwoRoger, S. S., Lee, S., Schernhammer, E. S., & Grodstein, F. (2006). The association of self-reported sleep duration, difficulty sleeping, and snoring with cognitive function in older women. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *20*(1), 41-48.
- van Hulst, R., Leufkens, H. G., & Bakker, A. (1998). Usage patterns of benzodiazepines in a Dutch community: A 10-year follow-up. *Pharmacy World and Science*, *20*(2), 78-82.

- Vermeeren, A., Danjou, P. E., & O'Hanlon, J. F. (1998). Residual effects of evening and middle-of-the-night administration of Zalepon 10 and 20 mg on memory and actual driving performance. *Human Psychopharmacology*, *13*, S98-S107.
- Vignola, A., Lamoureux, C., Bastien, C. H., & Morin, C. M. (2000). Effects of chronic insomnia and use of benzodiazepines on daytime performance in older adults. *Journal of Gerontology*, *55b*(1), 54-62.
- Wagner, J., Wagner, M. L., & Hening, W. A. (1998). Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Annals of Pharmacotherapy*, *32*(6), 680-691.
- Zandstra, S. M., Furer, J. W., van de Lisdonk, E. H., Bor, J. H., Zitman, F. G., & van Weel, C. (2002). Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *British Journal of General Practice*, *52*(483), 805-808.

ANNEXES

Annexe A

Lettre de présentation et formulaire de consentement
(Étude 1)

Note : Nous avons obtenu vos coordonnées par la Régie de l'assurance maladie du Québec après autorisation de la Commission d'accès à l'information. Malgré toutes les précautions prises pour constituer la liste des participants, il se pourrait que vous receviez ce questionnaire alors que vous n'avez jamais reçu de diagnostic de cancer. Si tel est le cas, faites nous le savoir en nous téléphonant (418-525-4444 poste 15284) ou en nous retournant les documents avec une note indiquant que vous n'avez pas reçu de diagnostic de cancer.

Madame, Monsieur,

Les médecins oncologues de L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) sont préoccupés par l'amélioration des soins offerts aux personnes atteintes d'un cancer, y compris leur bien-être psychologique. C'est dans la poursuite de cet objectif que nous collaborons à une étude à laquelle nous sollicitons votre participation.

Cette étude a pour but d'évaluer vos inquiétudes au sujet du cancer et les facteurs physiques et psychologiques qui y sont associés. Elle nous permettra de mieux comprendre ce qui peut affecter le bien-être psychologique des personnes atteintes d'un cancer et d'élaborer des programmes d'aide mieux adaptés. Vous trouverez ci-joint un questionnaire, un formulaire de consentement (une copie dans le questionnaire et une autre pour vous) et une enveloppe de retour pré-affranchie. Compléter le questionnaire devrait prendre environ 60 minutes de votre temps. D'abord, lisez attentivement le formulaire de consentement.

Si vous acceptez de participer : Veuillez SVP compléter le questionnaire au cours de la prochaine semaine et le retourner, par la poste, dans l'enveloppe pré-affranchie en prenant bien soin d'avoir signé la copie du formulaire de consentement dans le questionnaire. De plus, afin de mieux comprendre l'évolution de vos inquiétudes au sujet du cancer, nous vous demanderons de compléter à nouveau un questionnaire dans un mois. Celui-ci vous sera envoyé par la poste comme aujourd'hui. Aussi, selon vos réponses à ce questionnaire, il est possible qu'un membre de notre équipe de recherche vous contacte, par téléphone, pour vous inviter à venir à l'hôpital pour une entrevue plus approfondie avec un(e) psychologue. Toutefois, afin de respecter votre choix, nous vous demandons d'indiquer sur le formulaire de consentement si vous acceptez ou refusez qu'on vous poste à nouveau un questionnaire et que l'on vous contacte par téléphone.

Si vous refusez de participer : Veuillez SVP nous retourner dès maintenant le questionnaire non rempli dans l'enveloppe pré-affranchie. De cette manière, nous pourrions être certains que vous avez bien reçu nos documents et que vous ne souhaitez pas participer.

Bien entendu, vous êtes libre d'accepter ou non de répondre au questionnaire. De plus, le fait de répondre au questionnaire une première fois ne vous oblige aucunement à y répondre une seconde fois ou d'accepter de participer à l'entrevue d'évaluation. Enfin, il est entendu que les informations que vous donnerez seront traitées de façon confidentielle. Pour toute question concernant l'étude ou si vous éprouvez un inconfort à compléter le questionnaire, vous pouvez contacter Sébastien Simard, psychologue, responsable de cette recherche au (418) 525-4444 poste 15284. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Éric Vigneault, M.D.
Chef du département de radio-oncologie

Danielle Marceau, M.D.
Chef du département d'hémo-oncologie

Antoine Kibrité, M.D.
Chef de la clinique d'oncologie chirurgicale



CENTRE DE RECHERCHE
Pavillon L'Hôtel-Dieu
Centre hospitalier universitaire de Québec

signez cette copie

Formulaire de consentement

Titre : LES INQUIÉTUDES FACE AU CANCER CHEZ LES PERSONNES AYANT ÉTÉ TRAITÉES POUR UN CANCER

Projet subventionné : Initiative canadienne de recherche sur le cancer de la prostate (IDEA- 014420)

Initiative canadienne de recherche sur le cancer du sein (IDEA- 014459)

Chercheuse principale : Josée Savard, Ph.D.

Co-chercheurs : Yves Fradet, M.D., Marie Larochelle, M.D., & Sébastien Simard, M.Ps.

Numéro de l'étude : 5.2.03.01

INTRODUCTION ET OBJECTIFS : Cette recherche a pour but d'évaluer les inquiétudes que vous entretenez au sujet du cancer et les facteurs qui y sont associés. Très peu d'informations sont disponibles sur ce sujet. En fait, les chercheurs et les cliniciens en oncologie reconnaissent que les inquiétudes face au cancer constituent un problème important pour les patient(e)s ayant reçu des traitements oncologiques mais aucune étude rigoureuse ne s'est intéressée à cette problématique auprès des patient(e)s ayant reçu des traitements pour un cancer de la prostate, du sein, du poumon ou colorectal. La présente étude est menée sous la direction du Dre Josée Savard, chercheuse en psycho-oncologie au Centre de recherche de L'Hôtel-Dieu de Québec (CRHDQ) et professeure adjointe à l'École de psychologie de l'Université Laval.

SÉLECTION DES PARTICIPANTS : Il vous est offert de participer à cette étude parce que vous avez reçu un diagnostic de cancer au cours des cinq dernières années et que vous avez été suivi(e) à L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ). Environ 6000 personnes comme vous seront sollicitées par la poste.

PROCÉDURE DE L'ÉTUDE : Votre participation consiste à répondre à un questionnaire portant sur les inquiétudes face au cancer et certains facteurs qui y sont associés. Nous souhaitons que vous complétiez ce questionnaire, au cours de la prochaine semaine, et nous le retourniez par la poste dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe avec le formulaire de consentement signé. Vous aurez besoin d'environ 50 minutes pour compléter l'ensemble du questionnaire. De plus, si vous nous en donnez l'autorisation, nous vous enverrons à nouveau un questionnaire dans un mois ou dans six mois. Le questionnaire vous sera envoyé par courrier en temps opportun. Aussi, selon vos réponses aux questions et si vous l'acceptez, il est possible qu'un membre de notre équipe de recherche vous contacte pour vous inviter au CRHDQ pour une entrevue plus approfondie (durée une heure) avec un(e) psychologue afin de mieux évaluer la présence de symptômes d'anxiété.

INCONVÉNIENT : Le fait de répondre au questionnaire ou de participer à une entrevue d'évaluation peut entraîner un sentiment de fatigue passager. De plus, s'il s'avérait que le fait de répondre au questionnaire vous cause un inconfort, vous pourriez vous référer à votre médecin traitant ou téléphoner au (418) 525-4444 poste 15284 pour en parler avec Sébastien Simard, psychologue. Toutefois, votre participation à cette étude ne comporte aucun risque majeur pour vous.

COÛT FINANCIER ET AVANTAGES : Il n'y a aucun coût associé à votre participation à l'étude. Si vous participez à l'entrevue d'évaluation, une compensation monétaire (25\$) vous sera offerte pour rembourser vos frais de déplacement et compenser pour le temps que vous accorderez à cette étude. En participant à l'étude, vous nous permettrez d'améliorer les programmes d'aide offerts aux personnes atteintes d'un cancer.

DOSSIER MÉDICAL : Si vous acceptez, nous consulterons votre dossier médical de L'HDQ afin d'obtenir des informations concernant, par exemple, le stade de votre cancer et les types de traitement reçus.

DROIT DE RETRAIT : Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Le fait de répondre au questionnaire ne vous oblige aucunement à accepter de répondre à un deuxième questionnaire dans quelques mois ou à participer à l'entrevue d'évaluation. Si, pour une raison ou une autre, vous désirez vous retirer de l'étude, vous pourrez le faire en toute liberté et sans préjudice. Votre participation ne changera en rien les soins médicaux que vous recevez à L'HDQ. En aucune façon, votre décision de participer à l'étude ne vous fait perdre vos droits, ni ne libère les chercheurs ou L'HDQ de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ : Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière à assurer votre confidentialité. Votre nom sera remplacé par un code dans les documents complétés et il n'apparaîtra pas sur les rapports de recherche. Toutes les informations recueillies sur votre identité seront rangées dans un classeur fermé à clé de manière à ce qu'on ne puisse associer votre nom aux données de recherche. Seuls les chercheurs et leurs assistant(e)s auront accès à ces informations et les données pouvant vous identifier seront détruites à la fin de l'étude.

COMITÉ D'ÉTHIQUE: Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHUQ-HDQ et par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : Toute question concernant cette étude pourra être adressée au responsable de la recherche, Sébastien Simard, M.Ps., au numéro (418) 525-4444 poste 15284 ou à la chercheuse principale, Josée Savard, Ph.D., au numéro (418) 525-4444 poste 15278. Aussi, toute question concernant vos droits en tant que participant(e) de recherche peut être adressée au directeur des services professionnels du CHUQ au numéro (418) 691-5521.

Consentement

1. J'accepte librement de compléter ce questionnaire. OUI NON
2. Je comprends les inconvénients et les avantages associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni le CHUQ-HDQ de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.
6. J'accepte que les chercheurs de cette étude consultent mon dossier médical: OUI NON
7. J'accepte que les chercheurs m'invitent, par courrier, à compléter à nouveau un questionnaire au cours des prochains mois. OUI NON
8. J'accepte que les chercheurs puissent me contacter, par téléphone, pour m'inviter à participer à une entrevue d'évaluation plus approfondie. OUI NON

Mon numéro de téléphone : _____

Mon nom

Ma signature

Date

Annexe B

Questionnaires d'auto-évaluation (Étude 1)

- Questionnaire d'informations sociodémographiques et médicales (QISM)
- Index de sévérité de l'insomnie et Questionnaire d'informations complémentaires sur le sommeil (ISI)
- Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD)
- Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC (QQV)
- Liste des événements de vie (LEV)
- Questionnaire des symptômes physiques (QSP)

Informations socio-démographiques

1. Date de naissance: ___ / ___ / ___
 jour mois année
2. Nationalité : Canadienne
 Autre : _____
3. État civil :
- 1) Marié(e)/Union libre
 - 2) Célibataire
 - 3) Séparé(e)/Divorcé(e)
 - 4) Veuf/Veuve
4. Dernière année de scolarité complétée :
- 2) Primaire
 - 3) Secondaire
 - 4) Collégiale
 - 5) Universitaire
 - 6) Autre : _____
5. Combien de personne(s) demeure(nt) avec vous? _____ personne(s)
6. Occupation actuelle:
- 1) Travail à temps complet
 - 2) Travail à temps partiel
 - 4) Retraite
 - 5) Études/ recherche d'emploi
 - 6) Congé de maladie
 - 7) Travail familial non rémunéré
7. Revenu **familial** annuel incluant votre conjoint(e):
- 1) 20 000\$ et moins
 - 2) Entre 20 001\$ à 40 000\$
 - 3) Entre 40 001\$ à 60 000\$
 - 4) Entre 60 001\$ à 80 000\$
 - 5) 80 001\$ et plus
 - 6) Ne sais pas/refuse de répondre

Informations médicales

1. Souffrez-vous d'autres maladies que le cancer (p.ex. : hypertension, diabète) Oui Non
Si OUI, lesquelles? _____
2. Éprouvez-vous présentement des difficultés psychologiques (p.ex. : dépression)? Oui Non
Si OUI, lesquelles? _____
3. Avez-vous déjà éprouvé des difficultés psychologiques dans le passé? Oui Non
Si OUI, lesquelles? _____
4. Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (c.-à-d., père, mère, frère, sœur)
a déjà reçu un diagnostic de cancer? Oui Non
Si OUI, précisez le lien de famille et le type de cancer : _____

5. Quand avez-vous reçu votre premier diagnostic de cancer? / /
jour/mois/année
6. De quel type de cancer s'agit-il? Sein Prostate Poumon Colorectal
7. Si vous le connaissez, indiquez le stade du cancer au moment du diagnostic : _____
8. Avez-vous eu une récurrence du cancer depuis votre premier diagnostic? Oui Non
Si OUI, quand? / /
jour/mois/année
9. Avez-vous reçu un diagnostic de métastases (c.-à-d., propagation du cancer dans d'autres parties de votre corps)? Oui Non
Si OUI, quand? / /
jour/mois/année
10. Indiquez les traitements contre le cancer que vous avez reçus ou recevez présentement. Pour chaque type de traitement, indiquez la date de fin du traitement ou cochez « non terminé » s'il est en cours (si vous avez reçu plusieurs fois un même type de traitement, SVP indiquez la date de fin du dernier traitement reçu).

Type de traitement	Date de fin du traitement	Traitement en cours
<input type="checkbox"/> Aucun traitement		
<input type="checkbox"/> Chirurgie	/ / jour/mois/année	
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	/ / jour/mois/année	<input type="checkbox"/> Non terminé
<input type="checkbox"/> Curiothérapie (implants)	/ / jour/mois/année	<input type="checkbox"/> Non terminé
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	/ / jour/mois/année	<input type="checkbox"/> Non terminé
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	/ / jour/mois/année	<input type="checkbox"/> Non terminé
<input type="checkbox"/> Autres traitements, spécifiez : _____		

11. Indiquez la date de votre **dernier** rendez-vous chez l'oncologue : / /
jour/mois/année
12. Indiquez la date de votre **dernier** rendez-vous chez votre médecin de famille : / /
jour/mois/année

13. Combien de fois avez-vous consulté un(e) professionnel(le) de la santé (p.ex. : médecin, infirmière, psychologue) au cours des six derniers mois ?

_____ fois

14. Recevez-vous prochainement des traitements contre le cancer ? Oui Non

Si OUI, indiquez lesquels? _____

15. Indiquez la date de votre **prochain** rendez-vous chez l'oncologue :

____/____/____
jour/mois/année

16. Indiquez la date de votre **prochain** rendez-vous chez votre médecin de famille :

____/____/____
jour/mois/année

17. Avez-vous recours aux médecines alternatives (p.ex. : visualisation, acupuncture)? Oui Non

Si OUI, indiquez lesquelles? _____

Combien de fois par semaine : _____ fois/semaine

18. Consommez-vous de l'alcool?

Non Rarement Quelquefois/semaine Tous les jours

Si OUI, indiquez la quantité (nombre de verres) par semaine : _____ verre(s) par semaine

19. Consommez-vous des drogues illégales (p.ex. : marijuana, cocaïne) :

Non Rarement Quelquefois/semaine Tous les jours

Si OUI, indiquez lesquelles? _____

Combien de fois par semaine : _____ fois/semaine

20. Indiquez tous les médicaments PRESCRITS utilisés dans le DERNIER MOIS.

<i>Nom du médicament</i>	<i>Raison</i>	<i>Dose (mg)</i>	<i>Fréquence d'utilisation</i>
Ex: Zoladex	Traitement pour le cancer	0.5 mg	1 par jour

(ÉHAD)

Pour les questions suivantes, lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à la manière dont vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

1. Je me sens tendu(e) :

- | | | | |
|----|---------------------|----|-------------------|
| 0- | La plupart du temps | 2- | De temps en temps |
| 1- | Très souvent | 3- | Jamais |

2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant :

- | | | | |
|----|------------------------|----|---------------------|
| 0- | Tout à fait autant | 2- | Un peu seulement |
| 1- | Pas tout à fait autant | 3- | Presque pas du tout |

3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :

- | | | | |
|----|---|----|-------------------------------------|
| 0- | Oui, très nettement et c'est plutôt grave | 2- | Un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 1- | Oui, mais ce n'est pas trop grave | 3- | Pas du tout |

4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses :

- | | | | |
|----|---|----|-------------------------|
| 0- | Autant que par le passé | 2- | Vraiment moins qu'avant |
| 1- | Pas tout à fait autant que par le passé | 3- | Plus du tout |

5. Des inquiétudes me passent par la tête :

- | | | | |
|----|---------------|----|---|
| 0- | Très souvent | 2- | De temps en temps mais pas trop souvent |
| 1- | Assez souvent | 3- | Seulement à l'occasion |

6. Je me sens de bonne humeur :

- | | | | |
|----|-------------|----|---------------------|
| 0- | Jamais | 2- | Parfois |
| 1- | Pas souvent | 3- | La plupart du temps |

7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e) :

- | | | | |
|----|------------------|----|-------------|
| 0- | Oui, tout à fait | 2- | Pas souvent |
| 1- | Habituellement | 3- | Jamais |

8. J'ai l'impression d'être au ralenti :

- | | | | |
|----|------------------|----|-------------|
| 0- | Presque toujours | 2- | Parfois |
| 1- | Très souvent | 3- | Pas du tout |

9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac :

- | | | | |
|----|---------|----|---------------|
| 0- | Jamais | 2- | Assez souvent |
| 1- | Parfois | 3- | Très souvent |

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 0- | Je ne m'y intéresse plus du tout | 2- | Il se peut que je n'y fasse pas autant attention |
| 1- | Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais | 3- | J'y prête autant d'attention que par le passé |

11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place :

- | | | | |
|----|---------------|----|--------------|
| 0- | Oui, beaucoup | 2- | Pas beaucoup |
| 1- | Assez | 3- | Jamais |

12. J'envisage les choses à venir avec plaisir :

- | | | | |
|----|-----------------------|----|---------------------|
| 0- | Autant qu'avant | 2- | Bien moins qu'avant |
| 1- | Plutôt moins qu'avant | 3- | Presque jamais |

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- | | | | |
|----|-----------------------|----|------------------|
| 0- | Vraiment très souvent | 2- | Pas très souvent |
| 1- | Assez souvent | 3- | Jamais |

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- | | | | |
|----|---------|----|---------------|
| 0- | Souvent | 2- | Peu souvent |
| 1- | Parfois | 3- | Très rarement |

(QQV)

Pour les questions suivantes, répondez selon ce qui correspond le mieux à votre situation actuelle.

1. Avez-vous de la difficulté à faire des activités qui exigent un effort comme porter un sac d'épicerie ou une valise? Oui Non
2. Avez-vous de la difficulté à faire une longue promenade? Oui Non
3. Avez-vous de la difficulté à faire une courte promenade? Oui Non
4. Vous faut-il rester au lit ou assis(e) la majeure partie de la journée? Oui Non
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, vous laver ou aller à la toilette? Oui Non
6. Êtes-vous incommodé(e) de quelque façon dans l'accomplissement de votre travail ou des tâches à l'intérieur ou à l'extérieur du foyer? Oui Non
7. Êtes-vous dans l'incapacité totale de travailler ou d'accomplir des tâches? Oui Non
8. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre condition physique des sept derniers jours?

1
2
3
4
5
6
7

Très mauvaise Excellente

9. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie des sept derniers jours?

1
2
3
4
5
6
7

Très mauvaise Excellente

10. Comment évalueriez-vous votre état de santé des sept derniers jours?

1
2
3
4
5
6
7

Très mauvais Excellent

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre état au cours de la dernière semaine.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous été incommodé(e) dans l'accomplissement de votre travail ou de vos activités quotidiennes?	0	1	2	3
2. Avez-vous été incommodé(e) dans la poursuite de vos passe-temps ou dans le temps accordé à vos loisirs?	0	1	2	3
3. Avez-vous eu du mal à vous concentrer pour lire un journal ou pour regarder la télévision par exemple?	0	1	2	3
4. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir de certaines choses?	0	1	2	3
5. Votre état physique ou psychologique a-t-il empiété sur votre vie familiale?	0	1	2	3
6. Votre état physique ou psychologique a-t-il empiété sur vos activités?	0	1	2	3
7. Votre état physique ou psychologique vous a-t-il causé des difficultés financières?	0	1	2	3

(LEV)

Les prochains énoncés décrivent différents événements de la vie. Nous aimerions savoir si vous avez vécu ces événements au cours des **six derniers mois**. Si vous n'avez pas vécu ces événements, cochez la case « Non ». Si vous avez vécu ces événements, indiquez à quel point ils vous ont affecté(e) ou stressé(e) en utilisant l'échelle suivante :

	0 Pas du tout affecté(e) ou stressé(e)	1 Un peu	2 Moyennement	3 Beaucoup affecté(e) ou stressé(e)
	NON			
1. Avez-vous eu une blessure ou une maladie sérieuse <u>autre</u> que le cancer?	<input type="checkbox"/>			
2. Une personne de votre famille immédiate ou un ami proche a-t-il eu une maladie ou une blessure sérieuse?	<input type="checkbox"/>			
3. Une personne de votre famille immédiate est-elle décédée (c.-à-d., mère, père, frère, sœur, conjoint, enfant)?	<input type="checkbox"/>			
4. Un(e) de vos ami(e)s proches ou un membre de votre parenté (c.-à-d., oncle, tante, cousin) est-il décédé?	<input type="checkbox"/>			
5. Avez-vous vécu des conflits conjugaux importants?	<input type="checkbox"/>			
6. Avez-vous vécu la fin d'une relation stable?	<input type="checkbox"/>			
7. Avez-vous eu un problème sérieux avec un(e) ami(e) proche, un(e) voisin(e) ou un membre de votre parenté?	<input type="checkbox"/>			
8. Vous ou votre partenaire, vous êtes-vous retrouvé(e) sans travail (autrement que pour un congé de maladie) ou en recherche d'emploi?	<input type="checkbox"/>			
9. Vous ou votre partenaire, avez-vous été congédié(e) de votre emploi?	<input type="checkbox"/>			
10. Avez-vous traversé une crise financière importante?	<input type="checkbox"/>			
11. Vous ou un membre immédiat de votre famille, avez-vous eu des problèmes quelconques impliquant la police ou avez-vous eu à comparaître en justice?	<input type="checkbox"/>			
12. Avez-vous perdu des objets de valeur ou avez-vous été victime de vol?	<input type="checkbox"/>			
13. Avez-vous eu de la difficulté à organiser votre horaire en raison du cancer ou des traitements?	<input type="checkbox"/>			
14. Avez-vous eu à vous demander comment vos proches pourraient vivre sans vous si vous deviez mourir?	<input type="checkbox"/>			
15. Avez-vous eu de la difficulté à vous occuper de vos enfants ou de vos petits-enfants?	<input type="checkbox"/>			
16. Avez-vous eu à aider votre conjoint(e) ou vos enfants à s'adapter à votre maladie?	<input type="checkbox"/>			
17. Avez-vous eu de la difficulté à parler du futur?	<input type="checkbox"/>			
18. Avez-vous eu de la difficulté à parler du cancer ou de ce qui pourrait arriver ?	<input type="checkbox"/>			
19. Avez-vous eu de la difficulté à comprendre les explications médicales concernant le cancer ou vos traitements?	<input type="checkbox"/>			
20. Avez-vous eu à attendre des résultats d'examens ou de tests?	<input type="checkbox"/>			
21. Avez-vous manqué d'informations sur le cancer ou les traitements?	<input type="checkbox"/>			
22. Avez-vous eu de la difficulté à trouver du temps pour vos rendez-vous médicaux ou pour vos traitements?	<input type="checkbox"/>			

Indiquez les autres événements possibles : _____

(QSP)

Voici une liste de symptômes physiques. Lisez chacun d'eux attentivement. Si vous avez ressenti un de ces symptômes au cours de la **DERNIÈRE SEMAINE**, indiquez, en encerclant le chiffre approprié, sa **FRÉQUENCE** et sa **SEVÉRITÉ**. Si vous **N'AVEZ PAS RESENTI** le symptôme, faites un « X » dans la case « **NON RESENTI** ».

Avez-vous ressenti les symptômes physiques suivants?

	Non ressenti ou ne s'applique pas	À quelle fréquence?				À quelle sévérité?			
		Rarement	Parfois	Quelques fois	Souvent	Faible	Modérée	Sévère	Très sévère
1. Fatigue	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Toux	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Souffle court au repos ou à la marche	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Essoufflements	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Picotements ou engourdissements des mains ou des pieds	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Prise ou perte de poids	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Étourdissements ou vertiges	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Bouche sèche	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Ballonnements	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Gaz (rots ou flatulences)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Problèmes de digestion	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Diarrhées	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
17. Constipation	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Besoin d'uriner fréquemment	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
19. Difficultés à vider la vessie	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
20. Uriner involontairement	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Perte d'intérêt pour le sexe	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Difficultés à avoir ou à maintenir une érection	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
23. Perturbation de l'orgasme ou de l'éjaculation	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
24. Perturbation du plaisir sexuel	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
25. Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
26. Sueurs nocturnes (pendant la nuit)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
27. Diminution de la force physique	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4
28. Douleurs	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	1	2	3	4

Si vous avez des douleurs, précisez la région : _____

Annexe C

Formulaires de consentement (Étude 2)



CENTRE DE RECHERCHE
 Pavillon L'Hôtel-Dieu
 Centre hospitalier universitaire de Québec

14/06/04
 1/4

Feuille d'information

Titre de l'étude : PRÉVENTION DE LA CHRONICISATION DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Projet subventionné : Institut national du cancer du Canada
Chercheuse principale : Josée Savard, Ph.D.
Co-chercheur(s) : Charles M. Morin, Ph.D., Chantal Mérette, Ph.D., & Lucie Casault, M.Ps.
Numéro de l'étude : 5.3.03.06

INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

Cette étude a comme objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale offerte sous forme de bibliothérapie visant à prévenir la chronicisation des difficultés de sommeil, fréquentes chez près de la moitié des personnes atteintes de cancer. Cette étude est menée sous la direction du Dre Josée Savard, professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval, chercheuse en psycho-oncologie au Centre de recherche en cancérologie du CHUQ-L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et psychologue clinicienne.

SÉLECTION DES PARTICIPANT(E)S :

Il vous est offert de participer à cette étude parce que vous avez subi une chirurgie pour un cancer loco-régional et que vous présentez des difficultés de sommeil. Environ 130 personnes comme vous seront recrutées pour participer à cette étude. Avant d'être accepté(e) dans l'étude, vous devrez compléter un questionnaire pour évaluer vos difficultés de sommeil (5 min) et rencontrer une psychologue pour une entrevue d'évaluation diagnostique (40 min). Ensuite, si vous êtes accepté(e) définitivement, un ensemble de questionnaires (30 min) et des grilles d'auto-enregistrement quotidien du sommeil (2 min/jour) vous seront remis pour que vous les complétiez à la maison et nous les retourniez par la poste dans une enveloppe préalablement adressée et affranchie.

PROCÉDURE DE L'ÉTUDE ET VOTRE IMPLICATION :

Vous serez assigné(e) aléatoirement (au hasard) à l'un des deux groupes suivants :

a) **Intervention cognitive-comportementale offerte sous forme de bibliothérapie :** Si vous êtes assigné(e) à ce groupe, vous devrez attendre deux semaines, à partir d'aujourd'hui, avant de débiter l'intervention. Pendant toute la durée de votre participation, vous devrez compléter des questionnaires. D'abord, vous devrez compléter une batterie de questionnaires pour évaluer votre sommeil, votre humeur et votre qualité de vie (30 min) et ce, lors de l'évaluation, six semaines après la première évaluation, de même que quatre et huit mois après la deuxième évaluation (pour un total de quatre évaluations). À ces mêmes moments, vous devrez compléter une grille d'auto-enregistrement du sommeil (2 min), à chaque jour, pendant une période de deux semaines consécutives. Au total, vous serez donc suivi(e) par notre équipe pendant près de dix mois.

b) **Groupe sans intervention :** Si vous êtes assigné(e) à ce groupe, vous devrez compléter les mêmes évaluations que celles mentionnées dans la section précédente. Toutefois, vous ne recevrez pas les documents relatifs à l'intervention (bibliothérapie).

Initiales _____

Tableau résumé de votre implication

	Évaluation	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Post-évaluation	Suivi 4 mois	Suivi 8 mois
Entrevue clinique (30 min)	X									
Auto-enregistrement (2 min/jour pendant 2 semaines)	X							X	X	X
Questionnaires d'auto-évaluation (30 min)	X							X	X	X
Intervention*		X	X	X	X	X	X			
Appel téléphonique de la psychologue (30 min)*			X		X		X			

* Seules les personnes assignées à la condition « intervention » recevront les documents écrits et seront appelées par la psychologue.

INTERVENTION :

Les participants du groupe intervention recevront une thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie sous forme de bibliothérapie. Il s'agit d'un traitement multimodal combinant des stratégies comportementales, cognitives et éducationnelles. La bibliothérapie est composée de 6 chapitres qui vous seront postés à raison d'un chapitre par semaine, durant 6 semaines soit la durée totale du traitement. De plus, 3 appels téléphoniques d'environ 30 minutes (i.e., un appel aux deux semaines) seront faits par une psychologue afin d'éclaircir certains concepts expliqués dans les documents ainsi que pour répondre à vos questions. Ces appels seront enregistrés sur cassette audio afin de s'assurer de l'intégrité du traitement.

INCONVÉNIENT :

L'intervention ne comporte aucun risque majeur pour vous. Néanmoins, le fait de répondre à plusieurs questionnaires et/ou lire des documents peut entraîner un sentiment de fatigue passager.

COÛT ET AVANTAGES :

Il n'y a aucun coût associé à votre participation à l'étude. Une compensation monétaire sera offerte aux individus du groupe contrôle pour compenser le temps qu'ils consacreront à cette étude et le fait qu'ils ne recevront pas l'intervention. Ainsi, les participants du groupe contrôle recevront 20\$ pour chaque batterie de questionnaires complétée et ce, pour un total de 80\$. Pour leur part, les participantes du groupe expérimental bénéficieront personnellement d'une intervention pour prévenir la chronicisation des difficultés de sommeil offerte par une équipe spécialisée. Enfin, en participant à cette étude vous nous permettrez d'améliorer éventuellement les programmes d'aide offerts aux personnes atteintes d'un cancer.

AUTRES TRAITEMENTS :

En tout temps, s'il s'avérait que vous présentiez des problèmes psychologiques sévères, nous pourrions, au besoin et si vous le souhaitez, vous référer au service de psycho-oncologie du département de psychiatrie de L'HDQ. Il existe d'autres alternatives psychologiques et pharmacologiques pour améliorer le sommeil comme l'utilisation de médicaments (e.g., hypnotiques, produits naturels) ainsi que d'autres approches psychologiques. Si vous décidez de recourir à l'une ou l'autre de ces alternatives pendant votre participation à l'étude, vous devrez nous en informer le plus rapidement possible.

Initiales _____

DOSSIER MÉDICAL :

Si vous acceptez, nous consulterons votre dossier médical afin d'obtenir des informations concernant, par exemple, le type et le stade du cancer et les traitements reçus.

DROIT DE RETRAIT :

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Si, pour une raison ou une autre, vous désirez vous retirer de l'étude, vous pourrez le faire en toute liberté et sans préjudice. Votre participation à cette étude ne changera en rien les soins médicaux que vous recevez à L'HDQ. Votre suivi médical ne sera pas influencé par le fait que vous recevrez l'intervention ou non. En aucune façon votre décision de participer ou non à cette étude ne vous fait perdre vos droits, ni ne libère la chercheuse et L'HDQ de leurs responsabilités légales et professionnelles. Enfin, toute question concernant vos droits en tant que participant(e) de recherche pourra être adressée au directeur des services professionnels du CHUQ au (418) 691-5521.

CONFIDENTIALITÉ :

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière à assurer la confidentialité. Votre nom sera remplacé par un code dans les divers documents complétés et il n'apparaîtra pas sur les rapports de recherche. Toutes les informations recueillies sur votre identité seront rangées dans un classeur fermé à clef et ce formulaire de consentement sera conservé à part, de manière à ce qu'on ne puisse associer votre nom aux données de recherche. Les enregistrements audio des appels téléphoniques seront gardés dans un classeur verrouillé jusqu'à ce qu'ils soient détruits à la fin de la recherche. Seuls la chercheuse principale et ses assistant(e)s de recherche auront accès à ces informations et les données pouvant vous identifier seront détruites à la fin de la présente recherche.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE :

La tenue de ce projet de recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche du CHUQ-L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Université Laval.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Toute question concernant l'étude pourra être adressée à la coordonnatrice de la recherche, Lucie Casault, M.Ps., au (418) 525-4444 poste 15283, ou à la chercheuse principale, Josée Savard, Ph.D., au (418) 525-4444 poste 15278.

Déclaration de la chercheuse ou de son (sa) représentant(e): J'ai fourni au (à la) participant(e) des explications sur la nature, les exigences, les avantages et les inconvénients de cette étude et j'ai demandé sa participation. À mon avis, le (la) participant(e) n'a pas de troubles médicaux ou d'obstacles de langue susceptibles de nuire à sa compréhension et il est donc en mesure de consentir à participer à cette étude.

Chercheuse ou son (sa) représentant(e)

Signature

Date

Initiales _____



CENTRE DE RECHERCHE
Pavillon L'Assommoir-Dieu
Centre hospitalier universitaire de Québec

Formulaire de consentement

14/06/04
4/4

Titre de l'étude : PRÉVENTION DE LA CHRONICISATION DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL
CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Projet subventionné : Institut national du cancer du Canada

Chercheuse principale : Josée Savard, Ph.D.

Co-chercheur(e)s : Charles M. Morin, Ph.D., Chantal Mérette, Ph.D., & Lucie Casault, M.Ps.

Numéro de l'étude : 5.3.03.06

Je, soussigné(e) _____, accepte librement de participer à la recherche portant sur la prévention de la chronicisation des difficultés de sommeil chez les personnes atteintes de cancer.

1. On m'a expliqué(e), en français, une langue que je comprends et parle couramment, la nature, les buts et les procédures de cette étude.
2. On m'a informé(e) des inconvénients et des avantages associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. J'ai en ma possession un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement que j'ai lu préalablement.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce protocole et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni L'HDQ de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.
8. J'accepte que les chercheurs de cette étude consultent mon dossier médical : Initiales _____

Nom du (de la) participant(e) Signature du (de la) participant(e) Date

Nom du témoin Signature du témoin Date

Nom de la chercheuse Signature de la chercheuse Date

Feuille d'information

**Titre de l'étude : PRÉVENTION DE LA CHRONICISATION DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL
CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER**

Projet subventionné : Institut national du cancer du Canada
Chercheuse principale : Josée Savard, Ph.D.
Co-chercheur(s) : Jocelyne Chiquette, M.D., Louise Provencher, M.D., Charles M. Morin, Ph.D.,
Chantal Mérette, Ph.D., & Lucie Casault, M.Ps.
Numéro de l'étude : DR-002-1091

INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

Cette étude a comme objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale offerte sous forme de bibliothérapie pour prévenir la chronicisation des difficultés de sommeil, fréquentes chez près de la moitié des personnes atteintes de cancer.

Cette étude est menée sous la direction du Dre Josée Savard, professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval, chercheuse en psycho-oncologie au Centre de recherche en cancérologie du CHUQ-L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et psychologue clinicienne.

SÉLECTION DES PARTICIPANTES :

Il vous est offert de participer à cette étude parce que vous avez subi une chirurgie pour un cancer du sein loco-régional à l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) et que vous présentez des difficultés de sommeil. Environ 70 personnes comme vous seront recrutées pour participer à cette étude. Avant d'être acceptée dans l'étude, vous devrez compléter un questionnaire pour évaluer vos difficultés de sommeil actuelles (durée de 5 minutes) et rencontrer une psychologue pour une entrevue d'évaluation diagnostique d'une durée approximative de trente à quarante minutes. Ensuite, si vous êtes acceptée définitivement, un ensemble de questionnaires (durée de 30 min) et des grilles d'auto-enregistrement quotidien du sommeil (2 min par jour) vous seront remis pour que vous les complétiez à la maison et nous les retourniez par la poste dans une enveloppe préalablement adressée et affranchie.

PROCÉDURE DE L'ÉTUDE ET VOTRE IMPLICATION :

Dans le cadre de cette étude, vous serez assignée aléatoirement (au hasard) à l'un des deux groupes suivants :

a) **Intervention cognitive-comportementale offerte sous forme de bibliothérapie** : Si vous êtes assignée à ce groupe, vous attendrez deux semaines, à partir d'aujourd'hui, avant de débiter l'intervention. Pendant toute la durée de votre participation, vous devrez compléter des questionnaires. D'abord, vous devrez compléter une batterie de questionnaires pour évaluer votre sommeil, votre humeur et votre qualité de vie (durée de 30 minutes) et ce, lors de l'évaluation (pré-traitement), six semaines après la première évaluation (post-traitement), de même que 4 et 8 mois après la deuxième évaluation (pour un total de quatre évaluations). À ces mêmes moments, vous devrez compléter une grille d'auto-enregistrement du sommeil (durée 2 min), à chaque jour, pendant une période de deux semaines consécutives. Au total, vous serez donc suivi(e) par notre équipe pendant près de dix mois.

Initiales _____

b) **Groupe sans intervention** : Si vous êtes assignée à ce groupe, vous devrez compléter les mêmes évaluations que celles mentionnées dans la section précédente. Toutefois, vous ne recevrez pas l'intervention.

INTERVENTION :

Les participantes du groupe intervention recevront une thérapie cognitive-comportementale de l'insomnie sous forme de bibliothérapie. Il s'agit d'un traitement multimodal combinant des stratégies comportementales, cognitives et éducationnelles. La bibliothérapie est composée de six chapitres qui devront être lus à raison d'un chapitre par semaine, durant six semaines soit la durée totale du traitement. De plus, trois appels téléphoniques d'environ 30 minutes (i.e., un appel aux deux semaines) seront faits par une psychologue afin d'éclaircir certains concepts expliqués dans les documents ainsi que pour répondre à vos questions. Ces appels seront enregistrés sur cassette audio afin de s'assurer de l'intégrité du traitement.

Tableau résumé de votre implication

	Évaluation	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Post-éval.	Suivi 4 mois	Suivi 8 mois
Entrevue clinique (30 min)	X									
Auto-enregistrement (2 min/jour pendant 2 semaines)	X							X	X	X
Questionnaires d'auto-évaluation (30 min)	X							X	X	X
Intervention*		X	X	X	X	X	X			
Appel téléphonique de la psychologue (30 min) *			X		X		X			

* Seules les personnes assignées à la condition « intervention » recevront les documents écrits et seront appelées par la psychologue.

INCONVÉNIENT :

L'intervention ne comporte aucun risque majeur pour vous. Néanmoins, le fait de répondre à plusieurs questionnaires et/ou lire des documents peut entraîner un sentiment de fatigue passager.

COÛT ET AVANTAGES :

Il n'y a aucun coût associé à votre participation à l'étude. Une compensation monétaire sera offerte uniquement aux individus du groupe contrôle pour compenser le temps qu'ils consacreront à cette étude. Ainsi, les participants du groupe contrôle recevront 20\$ pour chaque batterie de questionnaires complétée et ce, pour un total maximum de 80\$ (20\$ X 4 évaluations). Pour leur part, il est fort possible que les participantes du groupe expérimental bénéficient personnellement d'une intervention pour prévenir la chronicisation des difficultés de sommeil offerte par une équipe spécialisée. Enfin, en participant à cette étude vous nous permettrez d'améliorer éventuellement les programmes d'aide offerts aux personnes atteintes d'un cancer.

AUTRES TRAITEMENTS :

En tout temps, s'il s'avérait que vous présentiez des problèmes psychologiques sévères, nous pourrions, au besoin et si vous le souhaitez, vous référer à des ressources appropriées. Il existe d'autres alternatives psychologiques et pharmacologiques pour améliorer le sommeil comme l'utilisation de médicaments (e.g., hypnotiques, produits naturels) ainsi que d'autres approches psychologiques. Si vous décidez de recourir à l'une ou l'autre de ces alternatives pendant votre participation à l'étude, vous devrez nous en informer le plus rapidement possible.

Initiales _____

DOSSIER MÉDICAL :

Si vous acceptez, nous consulterons votre dossier médical afin d'obtenir des informations concernant, par exemple, le type et le stade du cancer et les traitements reçus.

DROIT DE RETRAIT :

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Si, pour une raison ou une autre, vous désirez vous retirer de l'étude, vous pourrez le faire en toute liberté et sans préjudice. Votre participation à cette étude ne changera en rien les soins médicaux que vous recevez à L'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS). Votre suivi médical ne sera pas influencé par le fait que vous recevrez l'intervention ou non. En aucune façon votre décision de participer ou non à cette étude ne vous fait perdre vos droits, ni ne libère la chercheuse et L'HSS de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ :

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière à assurer la confidentialité des renseignements fournis :

- a) Votre nom sera remplacé par un code dans les divers documents complétés et il n'apparaîtra pas sur les rapports de recherche. Les publications rapportant les résultats de cette étude ne comprendront jamais votre nom, ni d'informations démographiques permettant que l'on vous reconnaisse;
- b) Toutes les informations recueillies sur votre identité seront rangées dans un classeur fermé à clef et ce formulaire de consentement sera conservé à part, de manière à ce qu'on ne puisse associer votre nom aux données de recherche;
- c) Les enregistrements audio des appels téléphoniques seront gardés dans un classeur verrouillé jusqu'à ce qu'ils soient détruits à la fin de la recherche.
- d) Seuls la chercheuse principale et ses assistant(e)s de recherche auront accès à ces informations et les données pouvant vous identifier seront détruites à la fin de la présente recherche.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Toute question concernant l'étude pourra être adressée à la coordonnatrice de la recherche, Lucie Casault, M.Ps., au (418) 525-4444 poste 15283, ou à la chercheuse principale, Josée Savard, Ph.D., au (418) 525-4444 poste 15278. Aussi, toute question concernant vos droits en tant que participante de recherche pourra être adressée au Comité d'éthique de la recherche, au numéro (418) 682-7838.

Déclaration de la chercheuse ou de son (sa) représentant(e): J'ai fourni à la participante des explications sur la nature, les exigences, les avantages et les inconvénients de cette étude et j'ai demandé sa participation. À mon avis, la participante n'a pas de troubles médicaux ou d'obstacles de langue susceptibles de nuire à sa compréhension et elle est donc en mesure de consentir à participer à cette étude.

Chercheuse ou son (sa) représentant(e)

Signature

Date

Initiales _____

Formulaire de consentement à la recherche

Titre de l'étude : PRÉVENTION DE LA CHRONICISATION DES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Projet subventionné : Institut national du cancer du Canada

Numéro de l'étude : DR-002-1091

Je, soussignée _____, accepte librement de participer à la recherche portant sur la prévention de la chronicisation des difficultés de sommeil chez les personnes atteintes de cancer.

1. On m'a expliquée, en français, une langue que je comprends et parle couramment, la nature, les buts et les procédures de cette étude.
2. On m'a informée des inconvénients et des avantages associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. J'ai en ma possession un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement que j'ai lu préalablement.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce protocole et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni L'HSS de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.
8. J'accepte que les chercheurs de cette étude consultent mon dossier médical : Initiales _____

Nom du (de la) participant(e) Signature du (de la) participant(e) Date

Nom de la personne ayant mené la discussion pour l'obtention du consentement éclairé Signature de cette personne Date

Nom de la chercheuse Signature de la chercheuse Date

Annexe D

Entrevues d'évaluation

- Évaluation primaire des troubles mentaux (Prime MD)
- Ajouts au Prime MD
- Entrevue diagnostique de l'insomnie et questionnaire d'informations descriptives
- Résumé d'évaluation clinique



GUIDE DU CLINICIEN

mis à jour - DSM-IV

INSTRUCTIONS

1. Les instructions qui vous sont destinées sont en caractères gras. Les questions que vous posez ou les déclarations que vous faites au(à la) patient(e) sont imprimées normalement.
2. Pour chaque module, posez les questions dans l'ordre indiqué, à moins qu'il ne vous soit demandé de passer à une autre question, ou de quitter le module. Important: passez toujours à la question suivante, à moins qu'on ne vous donne une consigne différente.
3. Les diagnostics sont encadrés et en italiques.
4. Quand vous devez quitter un module, explorez le suivant (selon les réponses du[de la] patient[e]), ou passez directement à la dernière page (résumé).

NOM DU(DE LA) PATIENT(E): _____

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE AU(À LA) PATIENT(E):

Permettez-moi de consulter vos réponses et, si nécessaire, de vous poser quelques questions à propos des symptômes que vous avez signalés. Je prendrai des notes pendant notre entretien.

UTILISATION DES MODULES DU GUIDE DU CLINICIEN

Utilisez les modules dans l'ordre selon lequel ils apparaissent dans le Guide du clinicien: (tr. de l'humeur, tr. anxieux, tr. liés à l'alcool, tr. de l'alimentation et tr. somatoformes).

Choisissez les modules sur la base des réponses du(de la) patient(e) au questionnaire, comme suit:

Au moins 3 des questions 1-15:
Troubles somatoformes

La question 16:
Tr. de l'alimentation

La question 17 ou 18:
Tr. de l'humeur

La question 19, 20
ou 21:
Tr. anxieux

Au moins 1 des questions 22-25:
Tr. liés à l'alcool

Vous pouvez utiliser tout module non suggéré par le questionnaire si vous avez d'autres raisons de soupçonner un diagnostic dans ce module.

PRIME-MD a été mis au point par Robert L. Spitzer, M.D., Janet B.W. Williams, D. Serv. Soc., Kurt Kroenke, M.D., Mark Linzer, M.D., Frank Verhulst, M.D., Steven R. Hahn, M.D., et David Brody, M.D., grâce à une subvention sans restriction à l'éducation accordée par Pfizer Inc.

Pour informations aux fins de recherche, prière d'écrire à l'adresse suivante: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (Docteurs Spitzer et Williams).

Offert gracieusement par Pfizer Canada Inc.
*M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada Inc., licencié



QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU(A LA) PATIENT(E)

mis à jour - DSM-IV

NOM: _____ SEXE: M. F. ÂGE: _____ DATE: _____

INSTRUCTIONS: Ce questionnaire aidera votre médecin à mieux comprendre vos problèmes. Votre médecin peut vous poser d'autres questions à ce sujet. Veuillez, s.v.p., répondre à toutes les questions suivantes:

Pendant le MOIS ÉCOULÉ, avez-vous SOUVENT souffert...			Pendant le MOIS ÉCOULÉ...		
	Oui	Non		Oui	Non
1. de maux d'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. de nausées, de flatulence ou d'indigestion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. de douleurs au dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. de fatigue, ou d'un manque d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. de douleurs dans les bras, les jambes ou les articulations (genoux, hanches etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. de difficultés à dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (Femmes) de douleurs menstruelles ou de problèmes de règles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. d'un besoin irrésistible de manger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de douleurs ou de problèmes pendant les rapports sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. d'une perte d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de maux de tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. d'un sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. de douleurs dans la poitrine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. de tension nerveuse, d'angoisse ou d'agacement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de vertiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. de soucis à propos de tout et de rien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. de malaises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. avez-vous eu une crise d'angoisse ou une soudaine panique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. de palpitations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. avez-vous songé à réduire votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. de difficultés à respirer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. quelqu'un s'est-il plaint de votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. de constipation, de selles molles, ou de diarrhée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. vous êtes-vous senti(e) coupable ou irrité(e) à ce sujet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. avez-vous pris, en une seule journée, au moins 5 verres de bière, de vin ou de spiritueux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Globalement, vous diriez que votre santé est plutôt:		
			excellente.	<input type="checkbox"/>	
			très bonne.	<input type="checkbox"/>	
			bonne.	<input type="checkbox"/>	
			assez bonne.	<input type="checkbox"/>	
			mauvaise.	<input type="checkbox"/>	

MODULE 1: TROUBLES DE L'HUMEUR

DÉPRESSION MAJEURE

Pendant les 2 dernières semaines, avez-vous eu un (ou plusieurs) des problèmes suivants presque chaque jour:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. De la difficulté à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir? | Oui | Non |
| 2. De la fatigue ou un manque d'énergie? | Oui | Non |
| 3. Un manque ou un excès d'appétit? | Oui | Non |
| 4. Un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles? | Oui | Non |
| 5. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir? | Oui | Non |
| 6. Une mauvaise opinion de vous-même—l'impression que vous êtes un(e) raté(e)—ou que vous n'êtes pas à la hauteur, à vos yeux ou à ceux de votre famille? | Oui | Non |
| 7. De la difficulté à vous concentrer, p.ex. pour lire ou regarder la TV? | Oui | Non |
| 8. Une tension ou une agitation telles que vous n'avez pas cessé de vous lever et de bouger?
SI NON: Avez-vous eu, au contraire, l'impression de parler ou de bouger si lentement que votre entourage aurait pu s'en apercevoir?
Considérez la réponse globale comme positive si l'une ou l'autre des réponses partielles est OUI, ou si vous observez une agitation ou un ralentissement psychomoteurs pendant l'interview. | Oui | Non |
| 9. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous souhaité mourir ou pensé vous faire du mal?
SI OUI: Dites-m'en plus à ce sujet. | Oui | Non |
| 10. Avez-vous obtenu au moins 5 OUI aux questions 1–9 (dont un à la question 4 ou 5)? | Oui | Non |

Trouble dépressif majeur
Passer à la question 12

RÉMISSION PARTIELLE D'UNE DÉPRESSION MAJEURE

11. À un moment donné, avez-vous été beaucoup **plus** déprimé(e), ou avez-vous eu encore **moins** d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles, que maintenant?
SI OUI: À ce moment-là, aviez-vous **plusieurs** des problèmes que je viens de citer, comme de la difficulté à dormir ou à vous concentrer, de la fatigue, un manque d'appétit, et une perte d'intérêt pour le monde extérieur?
 La réponse ne doit être considérée positive que si, dans le passé, le(la) patient(e) a probablement eu au moins 5 des symptômes 1 à 9, et présente actuellement une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

Oui Rémission partielle d'une dépression majeure Non

DYSTHYMIE

12. Ces 2 dernières années, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e), ou avez-vous eu moins d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?
 Considérer la réponse comme positive, seulement si le(la) patient(e) répond OUI également à: Cela a-t-il été le cas plus de 1 jour sur 2 pendant les 2 dernières années?

Oui Non Passez à la question 14

13. Ces 2 dernières années, ces problèmes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres, plus difficiles?

Oui Dysthymie
Passez à la question 16 Non

DÉPRESSION MINEURE

14. Avez-vous diagnostiqué une dépression majeure (y compris «rémission partielle») aux questions 10 ou 11?
 15. Le(la) patient(e) a-t-il répondu OUI à 2 (au moins) des questions 1-9 (dont la question 4 ou 5)?

Oui Passez à la question 16 Non

Oui Trouble dépressif mineur Non Quittez ce module

TROUBLE BIPOLAIRE

16. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez maniaco-dépressif(ve) ou vous a-t-il déjà prescrit du lithium?
 Si OUI: Quand? Pourquoi?

Oui Possibilité de trouble bipolaire Non

DÉPRESSION SECONDAIRE À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT OU D'UNE DROGUE

17. Les symptômes actuels sont-ils probablement dus aux effets biologiques d'une maladie physique, d'un médicament ou d'une drogue?

Oui Possibilité de trouble dépressif dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue Non Quittez ce module
 (Pas certain) Quittez ce module

MODULE 2: TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

Si le(la) patient(e) a répondu NON à la question 21 (du questionnaire destiné au[à la] patient[e]), passez à la question 33.

18. Vous avez indiqué que vous avez eu une attaque d'anxiété ce mois-ci. Cela s'est-il déjà produit auparavant? Oui Non
19. L'attaque arrive-t-elle quelquefois par surprise? Si nécessaire, précisez: C'est-à-dire quand vous ne vous attendez pas à vous sentir mal à l'aise ni nerveux(se)? Oui Non
20. Craignez-vous grandement d'avoir une autre attaque ou qu'il y ait quelque chose qui cloche en vous? Répondez OUI si cette crainte a déjà existé. Oui Non

Pensez à la dernière attaque grave que vous avez subie.

Passez à la question 32 dès que le(la) patient(e) a confirmé l'apparition de 4 des symptômes suivants pendant sa dernière attaque:

Avez-vous:

- | | | |
|---|--|--|
| 21. <input type="checkbox"/> eu de la peine à respirer? | 25. <input type="checkbox"/> eu l'impression de suffoquer? | 28. <input type="checkbox"/> eu une impression de vertige, d'instabilité ou que vous alliez perdre connaissance? |
| 22. <input type="checkbox"/> ressenti des palpitations? | 26. <input type="checkbox"/> eu des bouffées de chaleur ou des frissons? | 29. <input type="checkbox"/> senti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps? |
| 23. <input type="checkbox"/> ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine? | 27. <input type="checkbox"/> eu de la nausée, un poids sur l'estomac, ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée? | 30. <input type="checkbox"/> ressenti des tremblements? |
| 24. <input type="checkbox"/> transpiré abondamment? | | 31. <input type="checkbox"/> eu peur de mourir? |

32. Avez-vous obtenu des réponses positives à 4 (au moins) des questions 21 à 31?

Oui Non

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

33. Pendant le mois écoulé, vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), anxieux(se) ou irritable plus d'un jour sur deux? Oui Non Passez à la question 44

Au cours du mois écoulé, avez-vous été souvent préoccupé(e) par un de ces problèmes:

- | | | |
|---|---|--|
| 34. <input type="checkbox"/> Une telle agitation qu'il vous était difficile de rester assis(e)? | 36. <input type="checkbox"/> Des tensions, des courbatures ou des douleurs musculaires? | 38. <input type="checkbox"/> De la peine à vous concentrer, p.ex. pour lire ou regarder la TV? |
| 35. <input type="checkbox"/> Une fatigabilité marquée? | 37. <input type="checkbox"/> Des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou prématurés? | 39. <input type="checkbox"/> Une plus grande facilité à être contrarié(e) ou irrité(e)? |

40. Avez-vous obtenu des réponses positive à 3 (au moins) des questions 34 à 39? Oui Non Passez à la question 44

41. Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres plus difficiles? Oui Non Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
Passez à la question 45

42. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous fait beaucoup de souci pour diverses raisons?
Considérer la réponse comme positive seulement si le(la) patient(e) répond aussi OUI à: Cela a-t-il été le cas plus d'un jour sur deux pendant les 6 derniers mois? Oui Non Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
Passez à la question 45

43. Lorsque vous avez de telles préoccupations, constatez-vous que vous ne pouvez vous arrêter d'y penser? Oui Anxiété généralisée
Passez à la question 45 Non Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
Passez à la question 45

44. Avez-vous diagnostiqué un trouble panique ou un trouble anxieux non spécifié par ailleurs? Oui Non Quittez ce module

ANXIÉTÉ SECONDAIRE À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT OU D'UNE DROGUE

45. Les symptômes anxieux actuels sont-ils probablement secondaires aux effets biologiques d'une maladie physique ou de la prise d'un médicament ou d'une drogue? Oui Possibilité de trouble anxieux dû à une maladie physique, un médicament ou un toxique
Quittez ce module Non Quittez ce module
(Pas Certain)

MODULE 3: TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL

ABUS/DÉPENDANCE

Section A

En répondant à votre questionnaire, vous avez indiqué que:

- Si le(la) patient(e) a répondu OUI à la question 22 du QP: ...vous pensez que vous devriez réduire votre consommation d'alcool. Pourquoi?
- Si le(la) patient(e) a répondu OUI à la question 23 du QP: ...quelqu'un s'est plaint de votre consommation d'alcool. Qui? Pourquoi?
- Si le(la) patient(e) a répondu OUI à la question 24 du QP: ...vous vous sentez coupable ou irrité(e) par votre consommation d'alcool. Pourquoi?
- Si le(la) patient(e) a répondu OUI à la question 25 du QP:vous avez pris au moins 5 verres d'alcool en une seule journée au cours du mois écoulé. Combien de fois avez-vous bu autant au cours des 6 derniers mois? Cela vous a-t-il occasionné des difficultés?

Section B

Évaluez les questions 46 à 50 en 1) posant chaque question au(à la) patient(e); 2) considérant les réponses données ci-dessus; ou 3) vous basant sur des informations complémentaires à propos du(de la) patient(e), obtenues, par exemple, d'un membre de sa famille.

46. Un médecin vous a-t-il déjà suggéré d'arrêter de boire de l'alcool en raison d'un problème de santé?
Considérer la réponse comme positive si le(la) patient(e) a continué à boire pendant les 6 mois qui ont suivi la suggestion du médecin.
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- Une des choses suivantes vous est-elle arrivée à plus d'une reprise dans les 6 derniers mois:
47. Avez-vous abusé de l'alcool ou eu la «gueule de bois» au travail, à l'école ou alors que vous assumiez d'autres responsabilités?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
48. Avez-vous manqué ou commencé en retard votre travail, l'école, ou d'autres charges en raison d'un abus d'alcool ou d'une «gueule de bois»?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
49. Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles après avoir bu?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|

50. Avez-vous conduit après avoir pris plusieurs verres ou en ayant trop bu?

Oui

Non

51. Avez-vous obtenu au moins 1 OUI aux questions 46 à 50, OU la section A révèle-t-elle un problème d'alcool important au cours des 6 derniers mois?

Oui

Alcoolisme
probable
Quittez ce
module

Non

Quittez ce
module

MODULE 4: TROUBLES DE L'ALIMENTATION

BOULIMIE, COMPULSION ALIMENTAIRE

- | | | | |
|---|-----|-----|---|
| 52. Mangez-vous souvent, en 2 heures environ, ce que la plupart des gens considéreraient comme une grande quantité de nourriture? | Oui | Non | Quittez ce module |
| 53. Quand vous mangez ainsi, avez-vous souvent le sentiment de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments? | Oui | Non | Quittez ce module |
| 54. Cela est-il arrivé, en moyenne, 2 fois par semaine au moins au cours des 3 derniers mois? | Oui | Non | Quittez ce module |
| 55. Vous faites-vous souvent vomir, ou prenez-vous plus que le double de la dose recommandée de laxatifs pour éviter de d'engraisser après avoir mangé ainsi? | Oui | Non | Passez à la question 57 |
| 56. Cela vous est-il arrivé, en moyenne, au moins 2 fois par semaine, au cours des 3 derniers mois? | Oui | Non | Boulimie, type <i>expulsion</i>
Quittez ce module |
| 57. Jeûnez-vous souvent—sans rien manger—pendant au moins 24 heures—ou faites-vous de l'exercice pendant plus d'une heure pour éviter d'engraisser après avoir mangé ainsi? | Oui | Non | Trouble alimentaire <i>compulsif</i>
Quittez ce module |
| 58. Cela vous est-il arrivé, en moyenne, au moins 2 fois par semaine au cours des 3 derniers mois? | Oui | Non | Boulimie, type <i>sans expulsion</i>
Quittez ce module |
| | | | Trouble alimentaire <i>compulsif</i>
Quittez ce module |

MODULE 5: TROUBLES SOMATOFORMES

TROUBLE MULTISOMATOFORME

59. Parmi les symptômes physiques cochés dans le questionnaire destiné au(à) patient(e) (questions 1 à 15), y en a-t-il au moins trois de nature somatoforme: absence d'une cause physique adéquate pour expliquer leur gravité et l'incapacité qui en découle, en dépit d'un bilan raisonnable?

Note: Si un trouble dépressif majeur ou un trouble panique est également présent, les symptômes physiques qui relèvent de ces entités ne sont pas considérés comme somatoformes (par exemple, les palpitations ou la dyspnée pour le trouble panique ou la fatigue et l'insomnie pour la dépression majeure).

Oui

Non

Quittez ce module

60. Ce(cette) patient(e) a-t-il(elle) éprouvé ces symptômes mal expliqués pendant au moins quelques années?

Oui

Non

Trouble multisomatoforme

Trouble somatoforme non spécifié par ailleurs

RÉSUMÉ

Patient(e): _____ N° de dossier: _____

Médecin: _____ Date: _____

RÉSUMÉ DES DIAGNOSTICS

Vérifiez tous les diagnostics posés dans chaque module. Les codes CIM-9 apparaissent entre parenthèses.

Aucun diagnostic

Troubles de l'humeur

- Trouble dépressif majeur (296.20)
- Rémission partielle d'un trouble dépressif majeur (296.25)
- Dysthymie (300.4)
- Trouble dépressif mineur (311)
- Trouble bipolaire (diagnostic provisoire) (Si confirmé: 296.50)
- Trouble dépressif dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue (diagnostic provisoire)
(Si confirmé, et dû à une maladie physique: 293.83)
(Si confirmé, et dû à un médicament ou à une drogue: 292.84)

Troubles anxieux

- Trouble panique (300.01)
- Anxiété généralisée (300.02)
- Trouble anxieux non spécifié par ailleurs (300.00)
- Trouble anxieux dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue (diagnostic provisoire)
(Si confirmé et dû à une maladie physique: 293.89)
(Si confirmé et dû à un médicament ou à une drogue: 292.89)

Troubles liés à l'alcool

- Alcoolisme probable
(Si abus d'alcool confirmé: 305.00)
(Si dépendance à l'alcool confirmée: 303.90)

Troubles de l'alimentation

- Trouble alimentaire compulsif (frénésie alimentaire) (307.50)
- Boulimie, type à expulsion (307.51)
- Boulimie, type sans expulsion (307.51)

Troubles somatoformes

- Trouble multisomatoforme (300.7)
- Trouble somatoforme non spécifié par ailleurs (300.7)

Entrevue d'évaluation

Ajouts à faire au Prime-md actuel

1. Évaluation des mêmes troubles (i.e., troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'alcool, troubles de l'alimentation et troubles somatoformes) mais **PASSÉ**

2. Questions sur les **troubles psychotiques** (i.e., idées délirantes, hallucinations) :
"Je vais maintenant vous interroger sur des expériences inhabituelles que vivent parfois certaines personnes"
 - a) Vous a-t-il déjà semblé que les autres parlaient de vous ou vous accordaient une attention particulière? **OU** Vous a-t-il semblé recevoir des messages particuliers par l'intermédiaire de la tv, de la radio, des journaux ou d'après la façon dont les objets étaient disposés autour de vous?

 - b) Vous a-t-il semblé que les gens faisaient exprès pour vous créer des ennuis ou qu'ils essayaient de vous faire du mal?

 - c) Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez particulièrement important(e) d'une certaine façon ou que vous déteniez des pouvoirs spéciaux qui vous permettaient de faire des choses que les autres ne pouvaient pas faire?

 - d) Avez-vous déjà eu l'impression que vous n'alliez pas bien du tout, par exemple, que vous aviez une maladie grave, même si votre médecin vous assurait du contraire? (Avez-vous l'impression qu'il se produisait quelque chose de bizarre dans certaines parties de votre corps?)

- e) Avez-vous déjà eu des expériences inhabituelles sur le plan religieux? **OU** Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis une faute grave ou que vous aviez fait quelque chose de terrible et que vous méritiez d'être puni(e)?

- f) Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées ou actions étaient sous l'emprise de quelqu'un ou quelque chose d'autre, contre votre gré?

- g) Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient diffusées directement de votre tête vers le monde extérieur, de telle sorte que les autres pouvaient les entendre?

3. Médication et Habitus: Consommation actuelle et passée de drogues, de tabac, de caféine, de médication et d'alcool).

Alcool : _____

Caféine : _____

Drogues : _____

Tabac : _____

Médication: _____



Questionnaire d'informations descriptives
Entrevue diagnostique de l'insomnie

Évaluateur(trice) : _____

Date : ____/____/____
 Jour Mois Année

1. Informations sociodémographiques et médicales

1.1 Date de naissance : ____/____/____
 Jour Mois Année

1.2 Genre :
 1) Masculin
 2) Féminin

1.3 Nationalité : Canadienne
 Autre : _____

1.4 État civil :
 1) Marié(e)/Union libre
 2) Célibataire
 3) Séparé(e)/Divorcé(e)
 4) Veuf/Veuve

1.5 Dernière année de scolarité complétée :
 1) Primaire
 2) Secondaire
 3) Collégial
 4) Universitaire 1^{er} cycle
 5) Universitaire 2^e et/ou 3^e cycle

1.6 Combien de personne(s) demeure(nt) avec vous actuellement? _____ personne(s)

1.7 Occupation actuelle :
 1) Travail à temps complet
 2) Travail à temps partiel
 3) Sans travail/recherche d'emploi
 4) Retraite
 5) Études
 6) Congé de maladie
 7) Travail familial non rémunéré

1.8 Revenu **familial** annuel :
 1) 20,000\$ et moins
 2) Entre 20,001\$ à 40,000\$
 3) Entre 40,001\$ à 60,000\$
 4) Entre 60,001\$ à 80,000\$
 5) 80,001\$ et plus
 6) Ne sais pas/refuse de répondre

1.9 **Si vous êtes une femme :**

Avez-vous atteint votre ménopause? Oui Non
Avez-vous un cycle menstruel régulier? Oui Non
Si Non, depuis quand vos menstruations sont-elles irrégulières? _____ mois
Combien de jours ont séparés vos dernières menstruations? _____ jours
Quand avez-vous eu vos dernières menstruations? _____

1.10 Quelle est votre grandeur? _____ mètres

1.11 Quel est votre poids? _____ kg ou lbs

- 1.12 Fumez-vous ? Non à l'occasion tous les jours
- 1.13 Combien de consommation(s) d'alcool prenez-vous, en moyenne, dans une journée ?
_____ consommation(s) par jour
- 1.14 Combien de produit(s) contenant de la caféine prenez-vous, en moyenne, dans une journée ?
_____ consommation(s) par jour.
- 1.15 Combien de fois pratiquez-vous des activités physiques de plus de 20 minutes par semaine ?
_____ fois par semaine.
- 1.16 Quand avez-vous reçu un diagnostic de cancer? / /
Jour Mois Année
- 1.17 Quand avez-vous subi une chirurgie pour le cancer? / /
Jour Mois Année
- 1.18 Indiquez les autres traitements contre le cancer que vous avez reçus jusqu'à maintenant
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) Radiothérapie | <input type="checkbox"/> 3) Hormonothérapie |
| <input type="checkbox"/> 2) Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> 4) Greffe de la moelle osseuse |
| | <input type="checkbox"/> 5) Aucun |
- 1.19 Souffrez-vous d'autres maladies que le cancer (ex. hypertension, diabète) Oui Non
Si OUI, lesquels? _____

- 1.20 Avez-vous été hospitalisé(e) pour un problème de santé physique ou un problème psychologique au cours du dernier mois? Oui Non
Si OUI, lesquels? _____
- 1.21 Éprouvez-vous des difficultés psychologiques (ex. dépression, schizophrénie)? Oui Non
Si OUI, lesquels? _____
- 1.22 Voyez-vous présentement un(e) professionnel(le) pour des difficultés psychologiques (psychologue, psychiatre, conseiller, etc.)? Oui Non
Si OUI, pour quelle(s) difficulté(s)? _____
- 1.23 Avez-vous déjà éprouvé des difficultés psychologiques (ex. dépression, schizophrénie)?
 Oui Non Si OUI, lesquels _____

3/9

- 1.24 Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (parents, enfants, frères et sœurs) éprouve **présentement** des difficultés psychologiques? (Si Oui, question 1.26) Oui Non
- 1.25 Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (parents, enfants, frères et sœurs) a **déjà éprouvé** des difficultés psychologique? (Si Oui, question 1.26) Oui Non
- 1.26 Si vous avez répondu OUI à l'une des deux questions précédentes, complétez le tableau suivant.

	Qui? (relation)	Quand? (présent/ passé)	Type de difficulté (voir légende ci-dessous)
Ex:	mère	passé	dépression
1-	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____

- 1.27 Indiquez les médicaments **PRESCRITS** par un médecin pour des problèmes de santé physique ou psychologique dans le dernier mois.

Médicament	Problème de santé	Dose	Fréquence d'utilisation (depuis 3 mois)
Ex 1: Ativan	Anxiété	0.5 mg	2 par jour
Ex 2: Imovane	Insomnie	3.75 mg	5 dans les 3 derniers mois
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			
h)			

- 1.28 Indiquez les produits **SANS ORDONNANCE** utilisés dans le **DERNIER MOIS**. Ces produits peuvent être des analgésiques (ex: Aspirine, Tylenol), des produits pour la grippe ou les allergies (ex: Sinutab, Claritin), des produits pour le sommeil (ex: Nytol, Sominex), des produits homéopathiques et naturels (ex: gouttes, tisanes), etc.

Produit	Problème de santé (physique/psychologique)	Fréquence d'utilisation (depuis 3 mois)
Ex. 1: Claritin	Allergies	3 fois/semaine
Ex. 2: Tisane (Camomille)	Digestion	6 fois/mois
a)		
b)		
c)		
d)		

2. Nature du problème de sommeil / d'éveil :

Au cours du dernier mois

- 2.1 Avez-vous eu des difficultés à vous endormir (plus de 30 min)? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.2 Avez-vous eu des difficultés à rester endormi(e) pendant la nuit (plus de 30 min)? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.3 Vous réveilliez-vous trop tôt le matin? Oui Non
Si OUI, combien de matins par semaine? _____ /semaine
- 2.4 Votre sommeil était-il réparateur? Oui Non
- 2.5 Avez-vous utilisé des médicaments **prescrits** par un médecin pour dormir? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.6 Avez-vous utilisé des **produits naturels** comme de la tisane ou de la valériane ou des produits **homéopathiques** pour dormir? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.7 Avez-vous utilisé des médicaments **sans ordonnance** pour dormir comme Nytol ou Sominex? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.8 Avez-vous utilisé de l'**alcool** pour dormir? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
- 2.9 Considérez-vous avoir un problème de sommeil? Oui Non

3. Analyse fonctionnelle du sommeil / éveil :

Au cours du dernier mois

- 3.1 À quelle heure vous couchiez-vous habituellement? _____ heures
- 3.2 À quoi ressemblait votre routine avant de vous coucher (une heure avant)?

5/9

- 3.3 À quelle heure était votre dernier réveil le matin? _____ heures
- 3.4 À quelle heure vous levez-vous habituellement? _____ heures
- 3.5 Habituellement, combien d'heures par nuit dormiez-vous? _____ heures
- 3.6 Comment était votre sommeil quand vous dormiez ailleurs qu'à la maison?
 Meilleur Pire Pareil
- 3.7 Comment était votre sommeil les fins de semaine?
 Meilleur Pire Pareil
- 3.8 Aviez-vous le même horaire de sommeil et de réveil la fin de semaine? Oui Non
 Si NON quel est-il? _____
- 3.9 Faisiez-vous des siestes pendant la journée? Oui Non
 Si OUI, combien de jours par semaine? _____ jours/sem

Au cours du dernier mois :

- 3.10 Pour une nuit habituelle, combien de temps preniez-vous pour vous endormir :
 a) Après vous être couché(e)? _____ minutes
 b) Après avoir éteint les lumières? _____ minutes
- 3.11 Que faites-vous quand vous ne pouvez pas vous endormir?

- 3.12 Pour une nuit habituelle, combien de fois vous réveilliez-vous? _____ /nuit
- 3.13 Habituellement, qu'est-ce qui vous réveille la nuit (réveil spontané, difficultés à respirer, ronflement, chaleur ou froid, rêve, douleur, bruit, jambes agitées, autres)?

- 3.14 Que faites-vous quand vous ne pouvez pas vous rendormir?

6/9

- 3.15 Combien de temps passiez-vous éveillé(e) après vous être endormi(e) pour la première fois?
(Temps total éveillé(e) pour tous les réveils) _____ minutes
- 3.16 Quels types de facteurs perturbent votre sommeil (e.g., stress au travail, voyages, etc.)?

- 3.17 Quels types de facteurs améliorent votre sommeil (e.g., vacances, relation sexuelle, etc.)?

- 3.18 Aviez-vous de la difficulté à rester éveillé(e) pendant que vous conduisiez, mangiez ou étiez engagé(e) dans une activité sociale? Oui Non
Si OUI, combien de fois par semaine? _____ jours/sem

4. Historique des problèmes de sommeil (début, maintien)

Si vous considérez la présence d'un problème de sommeil, demandez les questions suivantes.

Si NON, passez à la section « Problème de sommeil passé ».

- 4.1 Depuis combien de temps avez-vous un problème de sommeil? _____ mois
- 4.2 Est-ce que votre problème de sommeil a débuté graduellement ou soudainement?
 Graduellement Soudainement
- 4.3 Comment s'est développé votre problème de sommeil?
 Persistant Épisodique Saisonnier

- 4.4 Indiquez si des événements précis ont contribué ou causé le déclenchement de votre problème de sommeil et précisez de quelle manière (décès d'un proche, divorce, retraite, problèmes émotionnels, maladie, ménopause, douleur, etc.).

- 4.5 Quels impacts considérez-vous que vos difficultés de sommeil ont sur votre vie (e.g., humeur, fatigue, vigilance, énergie, performance le jour)?

5. Problème de sommeil passé

- 5.1 **Par le passé**, avez-vous déjà eu des difficultés de sommeil présentes plus de quelques jours par semaine et qui ont persistées pendant plus d'un mois? Oui Non

Si OUI, demandez les questions suivantes.

Si NON, passez à la section « Symptômes associés ».

- 5.2 Quel âge aviez-vous à ce moment? _____ ans

- 5.3 Combien de temps cela a-t-il duré? _____ (mois / année)

5.4 **Quelle était la nature de ces difficultés?** (vous pouvez sélectionner plus d'une réponse)

1. Avez-vous des difficultés à vous endormir (plus de 30 min)? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
2. Avez-vous des difficultés à rester endormi(e) pendant la nuit (plus de 30 min)? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
3. Vous réveilliez-vous trop tôt le matin? Oui Non
Si OUI, combien de matins par semaine? _____ /semaine
4. Votre sommeil était-il réparateur? Oui Non
5. Avez-vous utilisé des médicaments **prescrits** par un médecin pour dormir? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
6. Avez-vous utilisé des médicaments sans ordonnances, des **produits naturels** comme de la tisane ou de la valériane ou des produits **homéopathiques** pour dormir? Oui Non
Si OUI, combien de nuits par semaine? _____ /semaine
7. Considérez-vous que ses difficultés de sommeil **interféraient** avec votre fonctionnement quotidien (e.g., fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc.)? Oui Non
8. Étiez-vous **inquiét(e)/préoccupé(e)** à propos de ses difficultés de sommeil? Oui Non

6. Symptômes associés à d'autres troubles du sommeil :

Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà remarqué les phénomènes suivants?

Si OUI, demandez à quelle fréquence ils ou elles les ont expérimentés dans le dernier mois et vérifiez si ces phénomènes causent des problèmes de sommeil.

- 6.1 Les jambes agitées : Sensation de fourmis ou de douleur dans les jambes (mollets) et incapacité à tenir ses jambes en place.
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.2 Mouvements périodiques des membres : Tics, secousses dans les jambes durant la nuit, réveil avec des crampes dans les jambes.
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.3 Apnée : Ronflement, difficultés respiratoires, pauses respiratoires (périodes sans respirer), souffle court, mal de tête matinal, douleur à la poitrine ou bouche sèche au réveil.
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.4 Narcolepsie : Attaques de sommeil, paralysie du sommeil (être éveillé(e) au lit et incapable de bouger ou parler), hallucinations hypnagogiques, cataplexie.
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.5 Problème gastro-intestinal : Brûlure d'estomac, goût acide dans la bouche, régurgitement.
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.6 Parasomnies : Cauchemar, terreur nocturne, marcher ou parler dans son sommeil, bruxisme (grincer les dents).
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.7 Avez-vous déjà travaillé sur un horaire rotatif?
 Non Oui _____ /mois cause
- 6.8 Avez-vous déjà reçu un diagnostic, par un professionnel de la santé, pour l'une des difficultés de sommeil suivantes?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Hypersomnie |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Impatiences musculaires |
| <input type="checkbox"/> Mouvements périodiques des jambes | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

7. Antécédents des difficultés de sommeil

- 7.1 Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (parents, enfants, frères et sœurs) éprouve **présentement** des difficultés de sommeil? (Si Oui, question 7.3) Oui Non

7.2 Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (parents, enfants, frères et sœurs) a **déjà éprouvé** des difficultés de sommeil? (Si Oui, question 7.3) Oui Non

7.3 Si vous avez répondu OUI à l'une des deux questions précédentes, complétez le tableau suivant.

	Qui? (relation)	Quand? (présent/ passé)	Type de difficulté (voir légende ci-dessous)
Ex:	mère	passé	insomnie
1-	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____

LÉGENDE: *Insomnie:* difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou d'éveil trop tôt le matin.
Somnolence excessive le jour: difficulté à rester éveillé le jour.
Apnée du sommeil: ronflements bruyants avec pauses dans la respiration pendant le sommeil.
Impatiences musculaires ou secousses des membres inférieurs (mollets, jambes)
Autres: cauchemars, marcher dans son sommeil, terreurs nocturne

8. ISI clinicien :

Pour les questions suivantes, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre évaluation du sommeil actuel du (de la) participant(e). Répondez selon l'échelle suivante :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

- 8.1 Estimez la **sévérité** actuelle de ses difficultés de sommeil telles que vous les percevez:
- a) Difficultés à s'endormir 0 1 2 3 4
- b) Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés 0 1 2 3 4
- c) Problèmes de réveil trop tôt le matin 0 1 2 3 4
- d) Somnolence diurne (pendant la journée) 0 1 2 3 4
- e) Sommeil non-récupérateur 0 1 2 3 4
- 8.2 À quelle fréquence se **plaint-il** (elle) de son problème de sommeil? 0 1 2 3 4
- 8.3 Considérez-vous que ses difficultés de sommeil **interfèrent** avec son fonctionnement quotidien (e.g., fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc.)? 0 1 2 3 4
- 8.4 Considérez-vous que ses difficultés de sommeil sont **apparentes** pour les autres (en terme de détérioration de sa qualité de vie)? 0 1 2 3 4
- 8.5 Est-il(elle) **inquiét(e)/préoccupé(e)** à propos de ses difficultés de sommeil? 0 1 2 3 4



CENTRE DE RECHERCHE
Pavillon L'Hôtel-Dieu
Centre hospitalier universitaire de Québec

Évaluatrice : _____

Date: _____

RÉSUMÉ D'ÉVALUATION CLINIQUE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Féminin
 Masculin

Adresse : _____ Téléphone : _____

(Rés) : _____

(Bur) : _____

Peut-on laisser un message sur le répondeur? Oui Non

Quels sont les meilleurs moments pour vous rejoindre?

Consultation d'un(e) professionnel(e) pour des difficultés psychologiques.

Qui (approche)	Quand	Durée	Motif (résultats)

Nom et numéro de téléphone :

Oncologue : _____

Médecin de famille : _____

Un(e) ami(e) ou un membre de la famille _____

Diagnostic selon le PRIME-MD

AXE I: TROUBLE CLINIQUE (autres conditions qui peuvent être la cible de l'attention clinique)

Code du diagnostic:

Nom du diagnostic (Prime-Md)

AXE II: TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ - RETARD MENTAL

Code du diagnostic:

Nom du diagnostic

-----	_____
-----	_____
-----	_____

AXE III: CONDITION MÉDICALE GÉNÉRALE:

Code ICD-9-CM

Nom du ICD-9-CM

-----	_____
-----	_____
-----	_____

AXE IV: PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

- Problèmes avec le groupe support primaire: _____
- Problèmes reliés à l'environnement social: _____
- Problèmes éducationnels : _____
- Problèmes occupationnels: _____
- Problèmes à la maison: _____
- Problèmes de finances: _____
- Problèmes avec l'accès aux services de santé: _____
- Problèmes reliés à l'interaction avec le système judiciaire: _____
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux: _____

Observations cliniques:

Brève anamnèse:

Décision finale

Critères d'inclusion :

- Avoir subi une chirurgie à visée curative pour un cancer loco-régional (peu importe le type);
- Se plaindre de difficultés de sommeil et avoir un ISI \geq 8
- Être âgé entre 18 et 75 ans;
- Comprendre et lire couramment le français.

Critères d'exclusion :

- Être atteint d'un cancer métastatique (i.e., stade IV) ou avoir une espérance de vie < à un an
- Être utilisateur chronique d'hypnotiques et/ou souffrir de difficultés de sommeil chroniques;
- Souffrir d'un autre trouble du sommeil (e.g., apnée du sommeil, mouvements périodiques des jambes) tel qu'évalué avec l'EDI;
- Être atteint d'un trouble psychotique ou psychopathologique sévère (e.g., dépression majeure sévère, troubles d'abus ou dépendance d'alcool et/ou de substances);
- Être actuellement impliqué dans une psychothérapie ciblant le sommeil.

O Acceptation

Conditions : _____

O Exclusion

Raisons : _____

O Abandon

Raisons : _____

Signature de l'évaluatrice : _____ Date: _____

Annexe E

Questionnaires d'auto-évaluation (Étude 2)

- Index de sévérité de l'insomnie (ISI)
- Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD)
- Inventaire multidimensionnel de la fatigue (IMF)
- Questionnaire de qualité de vie de l'EORTC (QQV)
- Questionnaire des croyances et attitudes envers le sommeil (QCAS)
- Questionnaire des habitudes de sommeil (QHS)
- Auto-enregistrement du sommeil quotidien du sommeil et de la prise de médication
- Questionnaire de perception du traitement (QPT)



CENTRE DE RECHERCHE
Faculté d'Études de Québec
Centre hospitalier universitaire de Québec

No. : _____ T : _____

Questionnaire d'auto-évaluation

Instructions pour compléter le questionnaire : La plupart des questions auxquelles nous vous demandons de répondre ont plusieurs choix de réponse. Choisissez la réponse qui vous convient le mieux. Ne prenez pas trop de temps pour répondre, votre réaction immédiate nous fournira une meilleure indication de ce que vous pensez. N'oubliez pas de bien lire les consignes dans les encadrés avant de répondre.

(ISI)

Pour les questions suivantes, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à l'évaluation de votre sommeil au cours des deux dernières semaines.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Avez-vous eu des éveils fréquents et/ou prolongés pendant la nuit ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Avez-vous eu des réveils trop tôt le matin ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. À quel point avez-vous été <u>insatisfait(e)</u> de votre sommeil ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. À quel point vos difficultés de sommeil ont-elles perturbé votre fonctionnement quotidien (p.ex. : fatigue, concentration, mémoire, humeur) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. À quel point vos difficultés de sommeil ont-elles été apparentes pour les autres (en terme de détérioration de votre qualité de vie) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. À quel point avez-vous été inquiet(ète) ou préoccupé(e) à propos de votre sommeil ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(ÉHAD)

Pour les questions suivantes, lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à la manière dont vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

1. Je me sens tendu(e) :

0- La plupart du temps	2- De temps en temps
1- Très souvent	3- Jamais

2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant :

0- Tout à fait autant	2- Un peu seulement
1- Pas tout à fait autant	3- Presque pas du tout

3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :

0- Oui, très nettement et c'est plutôt grave	2- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
1- Oui, mais ce n'est pas trop grave	3- Pas du tout

4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses :

- | | | | |
|----|---|----|-------------------------|
| 0- | Autant que par le passé | 2- | Vraiment moins qu'avant |
| 1- | Pas tout à fait autant que par le passé | 3- | Plus du tout |

5. Des inquiétudes me passent par la tête :

- | | | | |
|----|---------------|----|---|
| 0- | Très souvent | 2- | De temps en temps mais pas trop souvent |
| 1- | Assez souvent | 3- | Seulement à l'occasion |

6. Je me sens de bonne humeur :

- | | | | |
|----|-------------|----|---------------------|
| 0- | Jamais | 2- | Parfois |
| 1- | Pas souvent | 3- | La plupart du temps |

7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e) :

- | | | | |
|----|------------------|----|-------------|
| 0- | Oui, tout à fait | 2- | Pas souvent |
| 1- | Habituellement | 3- | Jamais |

8. J'ai l'impression d'être au ralenti :

- | | | | |
|----|------------------|----|-------------|
| 0- | Presque toujours | 2- | Parfois |
| 1- | Très souvent | 3- | Pas du tout |

9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac :

- | | | | |
|----|---------|----|---------------|
| 0- | Jamais | 2- | Assez souvent |
| 1- | Parfois | 3- | Très souvent |

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 0- | Je ne m'y intéresse plus du tout | 2- | Il se peut que je n'y fasse pas autant attention |
| 1- | Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais | 3- | J'y prête autant d'attention que par le passé |

11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place :

- | | | | |
|----|---------------|----|--------------|
| 0- | Oui, beaucoup | 2- | Pas beaucoup |
| 1- | Assez | 3- | Jamais |

12. J'envisage les choses à venir avec plaisir :

- | | | | |
|----|-----------------------|----|---------------------|
| 0- | Autant qu'avant | 2- | Bien moins qu'avant |
| 1- | Plutôt moins qu'avant | 3- | Presque jamais |

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- | | | | |
|----|-----------------------|----|------------------|
| 0- | Vraiment très souvent | 2- | Pas très souvent |
| 1- | Assez souvent | 3- | Jamais |

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- | | | | |
|----|---------|----|---------------|
| 0- | Souvent | 2- | Peu souvent |
| 1- | Parfois | 3- | Très rarement |

(LEV)

Les prochains énoncés décrivent différents événements de la vie. Indiquez si vous avez vécu ces événements au cours des **six derniers mois**.

Si OUI, indiquez dans quelle mesure vous considérez ces événements comme stressants pour vous. Utilisez l'échelle suivante :

0	1	2	3
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

- | | NON | Si OUI,
indiquez le
niveau de
stress | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|
| 1. Avez-vous eu une blessure ou une maladie sérieuse <u>autre</u> que le cancer? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Une personne proche de vous a-t-elle eu une maladie ou une blessure sérieuse? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Un de vos proches est-il décédé (c.-à-d., mère, père, frère, sœur, conjoint)? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Un(e) de vos ami(e)s proches ou un membre de votre parenté (c.-à-d., oncle, tante, cousin) est-t-il décédé? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Avez-vous vécu des conflits conjugaux importants? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Avez-vous vécu la fin d'une relation stable? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Avez-vous eu un problème sérieux avec un(e) ami(e) proche, un(e) voisin(e) ou un membre de votre parenté? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Vous êtes-vous retrouvé(e) sans travail (autrement que pour un congé de maladie accordé pour vos traitements médicaux) ou en recherche d'emploi? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Avez-vous été congédié de votre emploi? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Avez-vous traversé une crise financière importante? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Avez-vous eu des problèmes quelconques impliquant la police ou avez-vous eu à comparaître en justice? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Avez-vous perdu des objets de valeur ou avez-vous été victime de vol? | <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Indiquez les autres événements stressants : _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

(QHS)

Nous aimerions savoir à quelle fréquence vous adoptez les comportements suivants durant la journée, lorsque vous êtes dans votre chambre à coucher avant de vous endormir ou encore lorsque vous êtes éveillé(e) pendant la nuit. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation au cours des **deux dernières semaines**. Répondez selon l'échelle ci-dessous :

0	1	2	3	4
Jamais	Très rarement	À l'occasion	Assez souvent	Très souvent

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Lire un livre ou une revue | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Écouter la radio	0	1	2	3	4
4. Discuter avec mon (ma) partenaire ou tenter de régler des problèmes	0	1	2	3	4
5. Parler au téléphone	0	1	2	3	4
6. Manger ou boire	0	1	2	3	4
7. Faire des jeux d'ordinateur et/ou naviguer sur Internet	0	1	2	3	4
8. Fumer	0	1	2	3	4
9. Travailler ou faire des comptes	0	1	2	3	4
10. Écrire ou faire des mots croisés	0	1	2	3	4
11. Faire des siestes durant le jour ou en soirée	0	1	2	3	4
12. Attendre d'être somnolent(e) ou de me sentir endormi(e) avant d'aller au lit	0	1	2	3	4
13. Fermer les lumières dès que je vais au lit	0	1	2	3	4
14. Si je n'ai pas réussi à m'endormir en moins de 20 minutes, me lever et m'installer dans une autre pièce jusqu'à ce que la somnolence arrive	0	1	2	3	4
15. Pour être certain(e) d'avoir suffisamment d'heures de sommeil, passer beaucoup de temps dans mon lit même si je ne dors pas	0	1	2	3	4
16. M'étendre dans une autre pièce lorsque je ne réussis pas à dormir dans mon lit	0	1	2	3	4
17. Même si j'ai eu une mauvaise nuit de sommeil, me lever quand même à l'heure habituelle ...	0	1	2	3	4
18. M'efforcer de me lever à la même heure à chaque matin	0	1	2	3	4
19. Lorsque je me lève la nuit parce que je n'arrive pas à dormir, attendre que le sommeil revienne avant de retourner au lit	0	1	2	3	4
20. Consacrer au moins une heure pour le repos et la détente avant de me coucher	0	1	2	3	4
21. Aller au lit parce que je me sens fatigué(e)	0	1	2	3	4
22. Aller au lit lorsque je m'ennuie et/ou que je n'ai rien à faire	0	1	2	3	4
23. Éviter de pratiquer des activités qui «m'excitent» dans les heures précédant mon coucher ...	0	1	2	3	4
24. Consommer des médicaments (prescrits ou non) ou des produits naturels pour traiter mes difficultés de sommeil	0	1	2	3	4

(IMF)

Au moyen des énoncés suivants, nous aimerions comprendre comment vous **vous sentiez récemment**. Plus vous êtes en accord avec l'énoncé, plus le chiffre est grand. Répondez en encerclant le chiffre approprié selon l'échelle suivante :

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément

1. Je me sens en forme	0	1	2	3	4
2. J'ai envie de faire plein de choses agréables	0	1	2	3	4
3. Je me sens fatigué(e)	0	1	2	3	4
4. Je crois que j'en fais beaucoup dans une journée	0	1	2	3	4
5. Je suis capable de me concentrer sur ce que j'entreprends	0	1	2	3	4

6. J'ai une bonne résistance physique	0	1	2	3	4
7. Je suis stressé(e) à l'idée d'avoir quelque chose à faire	0	1	2	3	4
8. J'arrive facilement à me concentrer	0	1	2	3	4
9. Je me sens reposé(e)	0	1	2	3	4
10. Physiquement, je me sens en mauvaise condition	0	1	2	3	4
11. J'ai beaucoup de projets	0	1	2	3	4
12. Je me fatigue facilement	0	1	2	3	4
13. Je ne parviens pas à terminer les choses	0	1	2	3	4
14. J'ai envie de ne rien faire	0	1	2	3	4
15. Physiquement, je me sens en excellente forme	0	1	2	3	4

(QCAS)

Plusieurs énoncés reflétant les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil sont énumérés ci-dessous. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes personnellement **en accord ou en désaccord** avec chaque énoncé. Pour chaque phrase, **encerclez le chiffre** qui correspond le mieux à votre estimation personnelle de ces croyances et de ces attitudes.

1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord
Ni l'un, ni l'autre

2. Lorsque je ne dors pas suffisamment durant la nuit, j'ai besoin de récupérer le jour suivant en faisant une sieste, ou la nuit suivante, en dormant plus longtemps.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord
Ni l'un, ni l'autre

3. L'insomnie peut avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord
Ni l'un, ni l'autre

4. J'ai peur de perdre le contrôle sur mes capacités à dormir.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord
Ni l'un, ni l'autre

5. Afin d'être alerte et de bien fonctionner le jour, il est mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord
Ni l'un, ni l'autre

6. Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

7. Quand je dors mal une nuit, mon horaire de sommeil est dérégulé pour toute la semaine.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

8. Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

9. Quand je me sens fatigué(e), sans énergie ou simplement incapable de bien fonctionner, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

10. L'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre hormonal.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

11. L'insomnie est en train de ruiner ma vie et de m'empêcher de faire ce que je veux.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

12. La médication est probablement le seul moyen de régler mon insomnie.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

13. Une mauvaise nuit de sommeil nuit à mes activités du lendemain.

Fortement en désaccord | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Fortement en accord

Ni l'un, ni l'autre

(QQV)

Pour les questions suivantes, répondez en fonction de ce qui correspond le mieux à votre état actuel.

1. Avez-vous de la difficulté à faire des activités qui exigent un effort comme porter un sac d'épicerie ou une valise? Oui Non
2. Avez-vous de la difficulté à faire une longue promenade? Oui Non
3. Avez-vous de la difficulté à faire une courte promenade? Oui Non
4. Vous faut-il rester au lit ou assis la majeure partie de la journée? Oui Non
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, vous laver ou aller à la toilette? Oui Non
6. Êtes-vous incommodé(e) de quelque façon dans l'accomplissement de votre travail ou des tâches à l'intérieur ou à l'extérieur du foyer? Oui Non
7. Êtes-vous dans l'incapacité totale de travailler ou d'accomplir des tâches? Oui Non

Pour les questions suivantes, encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre état au cours de la dernière semaine. Répondez selon l'échelle suivante :

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1	2	3	4

8. Avez-vous été incommodé(e) dans l'accomplissement de votre travail ou de vos activités quotidiennes? 1 2 3 4
9. Avez-vous été incommodé(e) dans la poursuite de vos passe-temps ou dans le temps accordé à vos loisirs? 1 2 3 4
10. Avez-vous eu du mal à vous concentrer pour lire un journal ou pour regarder la télévision par exemple? 1 2 3 4
11. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir de certaines choses? 1 2 3 4
12. Votre état physique ou psychologique a-t-il empiété sur votre vie familiale? 1 2 3 4
13. Votre état physique ou psychologique a-t-il empiété sur vos activités? 1 2 3 4
14. Votre état physique ou psychologique vous a-t-il causé des difficultés financières? 1 2 3 4

Pour les questions suivantes, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

15. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre condition physique des sept derniers jours?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvaise Excellente

16. Comment évalueriez-vous votre qualité de vie des sept derniers jours?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvaise Excellente

17. Comment évalueriez-vous votre état de santé des sept derniers jours?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

Nom : _____ Date : _____

Auto-enregistrement du sommeil

	Date d'aujourd'hui	25/03							
1.	Hier, je me suis senti(e) fatigué(e) (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	75%							
2.	Hier, j'ai fait la sieste entre _____ et _____ (notez l'heure de toutes les siestes).	13h50 à 14h30							
3.	Hier, j'ai pris _____ mg de médicament et/ou _____ oz d'alcool pour dormir.	Halcion 0.125 mg							
4.	La nuit dernière, je me suis couché(e) à _____ h et j'ai éteint les lumières à _____ h.	22h45 23h15							
5.	Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en _____ min.	40 min.							
6.	La nuit dernière, mon sommeil a été interrompu _____ fois (nombre total d'éveils).	2							
7.	À chaque fois, mon sommeil a été interrompu _____ min (durée de chaque période).	10 45							
8.	La nuit dernière, je me suis levé(e) _____ fois (spécifiez le nombre de fois).	1							
9.	Ce matin, je me suis réveillé(e) à _____ h (notez l'heure du dernier réveil).	6h20							
10.	Une fois réveillé(e), je me suis levé(e) à _____ h (spécifiez l'heure).	6h40							
11.	La nuit dernière, mon sommeil a été récupérateur (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	30%							
12.	Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de la qualité de mon sommeil de la nuit dernière (spécifiez en pourcentage selon l'échelle au verso).	54%							

Instructions

Afin de mieux comprendre votre sommeil, nous aimerions recueillir quelques informations. Il est important que vous complétiez chacune des 12 questions à **TOUS LES MATINS AU LEVER**. Nous sommes conscients qu'il est difficile d'estimer combien de temps il vous a fallu pour vous endormir ou combien de temps vous êtes resté(e) éveillé(e) durant la nuit. Nous ne voulons pas des nombres exacts, mais plutôt une **ESTIMATION**. Les consignes suivantes vous aideront à répondre à chaque question.

1. **FATIGUE** : Vous devez fournir une estimation du niveau de fatigue que vous avez ressentie dans la journée d'hier à partir de l'échelle suivante. Pour ce faire, choisissez d'abord la catégorie adéquate puis déterminez un pourcentage précis. Par exemple, si vous vous êtes senti(e) « beaucoup » fatigué(e), choisissez un pourcentage entre 61% et 80%.

Catégories	Pas du tout	À peine	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Pourcentages	0 %	1 à 20 %	21 à 40%	41 à 60%	61 à 80%	81 à 100%

2. **SIESTES** : Vous devez inclure toutes les siestes, même celles qui n'étaient pas intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes assoupi(e) devant la télévision pour 10 minutes, veuillez en prendre note. Assurez-vous de spécifier l'heure selon les 24 divisions du jour (e.g., 15h plutôt que 3h pm).

3. **SUBSTANCES POUR DORMIR** : Vous devez inclure les médicaments prescrits, les médicaments en vente libre et l'alcool que vous consommez pour vous aider à dormir.

4. **HEURE DU COUCHER** : Vous devez indiquer l'heure à laquelle vous vous couchez et l'heure à laquelle vous éteignez les lumières. Par exemple, si vous vous couchez à 22h45 mais que vous n'éteignez les lumières qu'à 23h15, vous devez inscrire les deux heures.

5. **TEMPS D'ENDORMISSEMENT** : Vous devez fournir une estimation du temps que vous avez mis à vous endormir après que vous avez éteint les lumières pour dormir. Si vous n'arrivez pas à vous endormir et que vous vous levez quelques temps et retournez au lit plus tard, vous devez estimer le temps que vous avez mis à vous endormir à partir de la première fois que vous avez éteint les lumières dans le but de vous endormir.

6. **NOMBRE D'ÉVEILS** : Vous devez indiquer le nombre de fois que vous vous êtes réveillé(e) la nuit dernière.

7. **DURÉE DES PÉRIODES D'ÉVEIL** : Vous devez estimer le nombre de minutes que vous avez passées éveillé(e) pour chaque période de réveil. Cette estimation ne devrait pas inclure votre dernier réveil du matin. Par exemple, si vous vous êtes réveillé(e) deux fois la nuit dernière, vous indiquez le temps que vous avez été éveillé(e) la première fois (30 min) et le temps que vous avez été éveillé(e) la deuxième fois (10 min).

8. **NOMBRE DE LEVERS** : Vous devez indiquer le nombre de fois que vous vous êtes levé(e) la nuit dernière.

9. **RÉVEIL DU MATIN** : Vous devez indiquer l'heure de votre dernier réveil du matin. Si vous vous êtes réveillé(e) à 4h00 et ne vous êtes jamais rendormi(e), vous inscrivez 4h00. Cependant, si vous vous êtes réveillé(e) à 4h00 mais que vous vous êtes rendormi(e) et réveillé(e) de nouveau à 6h20, alors votre dernier réveil du matin est 6h20.

10. **HEURE DU LEVER** : Vous devez indiquer l'heure à laquelle vous vous êtes levé(e) pour la journée.

11. **QUALITÉ DU SOMMEIL** : Vous devez fournir une estimation de la qualité de votre sommeil. Pour ce faire, estimez jusqu'à quel point votre sommeil de la nuit dernière a été récupérateur en utilisant l'échelle de la question 1. Par exemple, si vous estimez que votre sommeil a été « un peu » récupérateur, choisissez un pourcentage entre 21% et 40%.

12. **SATISFACTION DU SOMMEIL** : Vous devez fournir une estimation de votre satisfaction envers votre sommeil. Pour ce faire, estimez jusqu'à quel point vous êtes satisfait(e) de votre sommeil de la nuit dernière en utilisant l'échelle de la question 1. Par exemple, si vous êtes « moyennement » satisfait(e) de votre sommeil de la nuit dernière, choisissez un pourcentage entre 41% et 60%.

Questionnaire de Perception du Traitement

Ce questionnaire évalue la perception qu'ont les gens du traitement qu'ils ont reçu. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié qui indique ce que vous pensez de ce programme. Votre opinion restera totalement confidentielle.

Utilisez l'échelle suivante :

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

Le traitement :

1. Le matériel écrit qui m'a été fourni est utile pour le programme..... 1 2 3 4 5
 2. Le matériel écrit qui m'a été fourni est clair et bien structuré..... 1 2 3 4 5
 3. Je suis satisfait(e) du contenu des modules..... 1 2 3 4 5
 4. Je suis satisfait(e) du contenu abordé lors des discussions téléphoniques..... 1 2 3 4 5
 5. La quantité d'information reçue dans les modules était trop abondante..... 1 2 3 4 5
 6. Les appels étaient bien structurés et s'enchaînaient logiquement..... 1 2 3 4 5
 7. Le temps accordé à chaque thème était adéquat..... 1 2 3 4 5
 8. L'ordre de présentation des thèmes était adéquat..... 1 2 3 4 5
 9. J'aurais aimé que d'autres sujets soient abordés lors des appels 1 2 3 4 5
- Lesquels ? _____

La psychologue :

10. La psychologue connaissait bien la problématique traitée..... 1 2 3 4 5
11. La psychologue était compétente..... 1 2 3 4 5
12. Je me suis sentie à l'aise avec la psychologue..... 1 2 3 4 5
13. Je suis satisfaite du service offert par la psychologue..... 1 2 3 4 5

L'horaire des suivis téléphoniques

Précisez ce qui aurait été votre préférence.

14. La durée de chaque suivi téléphonique : moins 30 minutes
 30 minutes
 autre _____

VERSO

15. La fréquence des suivis téléphoniques :

une fois par semaine

une fois par deux semaine

une fois par mois

autre _____

16. Le nombre total de suivis téléphoniques :

1 appel

2 appels

3 appels

4 appels

autre _____

Autres commentaires:

Annexe F

Canevas pour les trois appels de suivi

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE # 1**PARTIE 1**

1. Quel pourcentage du module 1 avez-vous lu? _____ %
Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON

2. Énoncez brièvement le but principal de ce programme.
Prévenir l'aggravation et la chronicisation de vos difficultés de sommeil (page 1)

3. Les rêves surviennent uniquement lors du sommeil NREM. (page 2)
 Vrai Faux

4. Les besoins en sommeil varient beaucoup d'une personne à l'autre. (page 4)
 Vrai Faux

5. Quelles sont les caractéristiques qui permettent de poser un diagnostic d'insomnie?
Voir page 6 (Tableau 1)

6. Marie se couche habituellement vers 22h30 mais ne s'endort que vers minuit. La nuit, elle se réveille en moyenne quatre fois et, chaque fois, elle est éveillée pendant 20 minutes. Le matin, elle se réveille vers 7h30, mais elle traîne au lit jusqu'à 8h15 avant de se lever pour débiter sa journée. À partir de ces informations, calculez l'efficacité du sommeil de Marie. (page 7)

Efficacité du sommeil = 63% $\frac{\text{Durée totale de sommeil (370 minutes)}}{\text{Temps passé au lit (585 minutes)}} \times 100$

7. Selon des études récentes, les hommes entre 20 et 25 ans souffrent plus d'insomnie que toute autre personne dans la population. (page 8)
 Vrai Faux

Il semble que l'insomnie chronique soit 2x plus fréquente chez la femme et que sa fréquence augmente avec l'âge.

8. Un facteur prédisposant est une caractéristique personnelle qui peut facilement se modifier lors d'un traitement psychologique. (pages 8 et 10)
 Vrai Faux

Certaines caractéristiques (p.ex., genre) ou traits psychologiques ou biologiques (p.ex., personnalité anxieuse et/ou dépressive) semblent prédisposer l'insomnie.

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

Elles ne causent pas directement l'insomnie mais rendent les personnes qui les possèdent plus susceptibles de développer un problème de sommeil. Ces facteurs sont généralement stables dans le temps et sont plus difficiles à modifier. Toutefois, il est possible d'améliorer son sommeil sans pour autant changer de personnalité en travaillant plutôt sur les facteurs de maintien.

9. Recevoir des traitements pour un cancer peut être considéré comme un facteur précipitant.

Vrai Faux

10. Passer trop de temps au lit est considéré comme une mauvaise habitude qui risque de maintenir les problèmes de sommeil. (page 11)

Vrai Faux

11. Identifiez les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de votre propre histoire naturelle de l'insomnie. (Réponses personnelles)

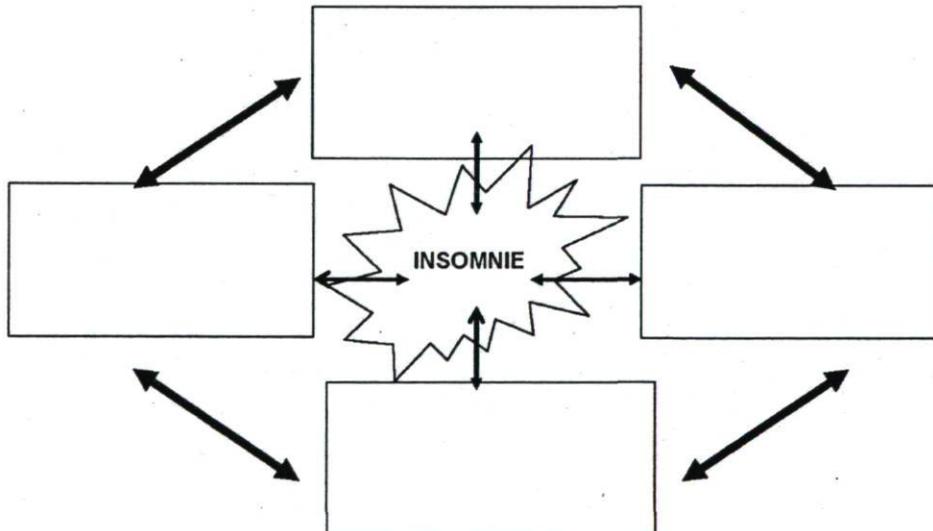
Prédisposants : _____

Précipitants : _____

De maintien : _____

12. Complétez le cercle vicieux de l'insomnie en identifiant les éléments spécifiques qui vous concernent dans les rectangles appropriés. (page 13)

Cercle vicieux de l'insomnie chronique



: ____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

13. Dans l'approche de gestion personnelle, l'emphase est mise sur le fait de guérir l'insomnie. (page 14)

 Vrai Faux

L'emphase n'est pas mise sur le fait de « guérir » l'insomnie puisqu'une mauvaise nuit de sommeil est normale de temps à autre. Notre programme mise sur l'enseignement d'habiletés de gestion personnelle permettant de diminuer les difficultés de sommeil jusqu'à un niveau satisfaisant. Prévention.

14. Établir des objectifs stricts, comme vouloir s'endormir en moins de deux minutes, est réaliste et motivant dans la poursuite de ce programme. (pages 14-15)

 Vrai Faux

Établir des buts trop stricts peut mener à la frustration et éventuellement à la déception lorsque vous réaliserez que ces objectifs ne peuvent être atteints.

15. Développer une attitude scientifique, c'est croire tout ce que l'on nous enseigne. (page 15)

 Vrai Faux

Avant de conclure à propos de l'efficacité d'un traitement, il faut l'essayer et observer son efficacité. Toutefois, avant de conclure qu'il ne fonctionne pas, soyez curieuse et essayez d'identifier les facteurs qui peuvent nuire à votre sommeil.

> Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

PARTIE 2

1. Quel pourcentage du module 2 avez-vous lu? _____ %
Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON
2. Les mauvaises habitudes de sommeil contribuent à maintenir les problèmes de sommeil dans le temps. (page 1)
 Vrai Faux
3. Quels sont les trois objectifs des procédures visant à modifier vos habitudes de sommeil? (page 1-2)
 - a) Permettre au sommeil de survenir lorsque désiré
 - b) Renforcer l'association entre le sommeil et les indices qui y mènent
 - c) Consolider le sommeil sur une plus courte période de temps passé au lit
4. Énumérez quatre des sept règles mentionnées qui vous seront les plus utiles pour prévenir l'aggravation des difficultés de sommeil et éviter l'insomnie. (pages 3 à 7)

5. Que je sois somnolent(e) ou non, il est préférable d'aller au lit. (pages 3-4)
 Vrai Faux
Il est préférable d'aller au lit uniquement lorsque vous êtes somnolente. Il est important de ne pas confondre la fatigue et la somnolence. La somnolence est caractérisée par l'envie ou une tendance à s'endormir accompagnée de signes tels que le bâillement, les paupières lourdes, la vision embrouillée, les yeux larmoyants, etc.
6. Pour rentabiliser votre temps durant les périodes d'éveil, il est suggéré de faire des activités telles que le ménage et le classement de vieux papiers. (pages 5-6)
 Vrai Faux
7. Il est suggéré de se lever à la même heure tous les matins et ce, peu importe la quantité de sommeil obtenue. (page 7)
 Vrai Faux

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

8. Parce qu'elle provoque un léger état de privation de sommeil, la restriction du sommeil conduit à un sommeil plus fragmenté et, inévitablement, maintient les problèmes de sommeil. (pages 10 et +)

 Vrai Faux

La procédure de restriction du sommeil facilite l'endormissement, améliore la continuité du sommeil et prédispose à un sommeil plus profond. La durée du sommeil n'est pas nécessairement augmentée mais l'efficacité du sommeil et sa qualité le sont.

9. Retour sur l'auto-enregistrement du sommeil. (page 17)

➤ Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

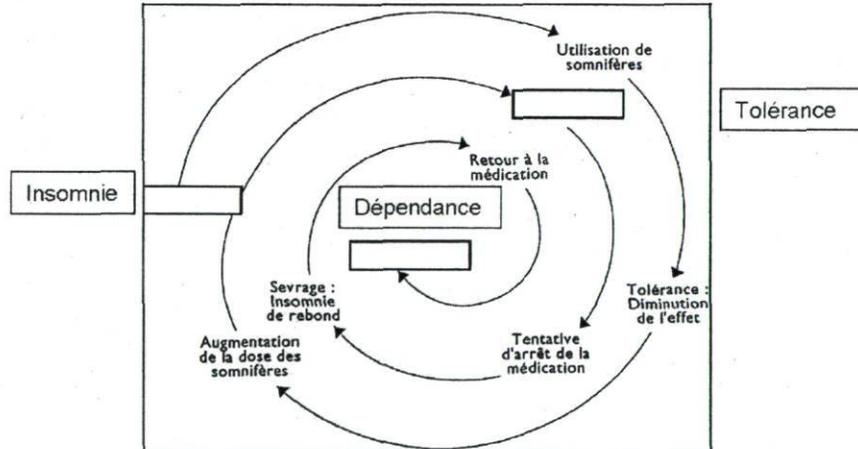
Durée de l'appel : _____ min.

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE # 2**PARTIE 1**

1. Quel pourcentage du module 3 avez-vous lu? _____ %
Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON
2. La plupart des médicaments prescrits pour dormir sont efficaces à long terme. (page 3). Rép. : À court terme seulement Vrai Faux
3. L'insomnie de rebond consiste en un retour des difficultés de sommeil qui existaient avant la prise de médication mais à une intensité plus faible. (page 4). Rép. : Avec une sévérité souvent plus intense. Vrai Faux
4. Une sensation de « gueule de bois » est un effet secondaire associé à l'utilisation de médicaments hypnotiques. (page 5) Vrai Faux
5. Nommez deux situations où l'utilisation à court terme de médication pour dormir peut être appropriée : (voir p.6 dans le bas ; 3 raisons)
6. Complétez les données manquantes dans la figure suivante : (page 7)



: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

7. Les médicaments pour dormir permettent de traiter les facteurs qui maintiennent l'insomnie. (pages 8-9 ; c'est le contraire). Vrai Faux

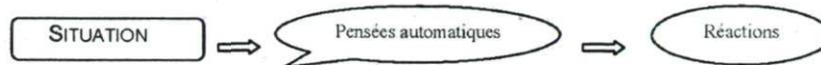
➤ Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

: _____ T : _____ Date : _____
 Heure de début : _____

PARTIE 2

1. Quel pourcentage du module 4 avez-vous lu? _____ %
 Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON
2. Il y a autant de réactions différentes face à une situation qu'il y a de personnes différentes. (page 1)
 Vrai Faux

3. Complétez les composantes du modèle cognitif. (page 2)



4. La restructuration cognitive est une méthode qui vise à vous aider à réexaminer la validité de vos pensées négatives et à les remplacer par des pensées plus automatiques et plus rigides. (page 5)
 Vrai Faux

La restructuration cognitive est une méthode qui vise à vous aider à réexaminer la validité de vos pensées négatives, vos croyances ou vos attentes irrationnelles et à les remplacer par des pensées plus rationnelles (i.e., basées sur la réalité). Elle vise également à confronter vos pensées et à envisager des pensées alternatives.

5. Quelles sont les cinq étapes pour vous aider à évaluer le réalisme de vos pensées et de vos croyances? (pages 6 et 7)
- 1) Déterminez l'événement ou la situation qui vous a perturbée;
 - 2) Identifiez les pensées, croyances ou attitudes associées à cet événement;
 - 3) Identifiez les réactions ressenties dans cette situation et évaluez leur intensité;
 - 4) Confrontez vos pensées et reformulez-les en les remplaçant par des pensées alternatives;
 - 5) Réévaluez les émotions ressenties face à l'événement ou à la situation.
6. Faire de la restructuration cognitive, c'est comme faire de la pensée positive.
 Vrai Faux
7. La manière dont une personne interprète les situations qu'elle vit est un facteur important dans le déclenchement et le maintien des difficultés de sommeil. (page 4)
 Vrai Faux

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

8. Il est essentiel de dormir un minimum de huit heures par nuit pour se sentir reposé(e) et bien fonctionner durant la journée. (page 8)

Vrai Faux

Les besoins de sommeil varient largement d'un individu à l'autre. Il n'y a tout simplement pas de standard auquel les gens doivent se fier.

9. Votre crainte de l'insomnie à elle seule peut provoquer des émotions négatives (p. ex., anxiété, frustration) qui aggraveront vos difficultés de sommeil. (page X)

Vrai Faux

10. Il est facile pour les autres personnes de voir si on a bien dormi ou non. (page X)

Vrai Faux

Il est possible que, suite à une mauvaise nuit de sommeil, votre humeur soit altérée. Vous pouvez, par exemple, être plus impatiente ou noter une augmentation des inquiétudes concernant votre performance, ce qui peut affecter votre perception de votre performance. En fait, il est plus probable que le fait de vous inquiéter excessivement au sujet de votre performance soit plus nuisible que le manque de sommeil lui-même.

11. Attribuer à une mauvaise nuit de sommeil toutes les difficultés éprouvées durant la journée constitue un bon moyen de diminuer la pression pour bien dormir la nuit suivante. (page X)

Vrai Faux

Attribuer à l'insomnie toutes les difficultés éprouvées durant la journée ne contribue qu'à vous mettre plus de pression à bien dormir la nuit suivante.

12. Quelle que soit la cause du début de vos difficultés de sommeil, des facteurs psychologiques sont presque toujours impliqués pour les maintenir dans le temps. (page 12)

Vrai Faux

13. Lorsque des difficultés de sommeil se présentent, je devrais essayer encore plus fort de dormir (page 13)

Vrai Faux

Ceci constitue une des pires erreurs que vous puissiez faire parce que le sommeil ne vient pas sur commande. Une telle attitude induit plutôt de l'anxiété de performance, ce qui ne contribue qu'à vous tenir davantage éveillé(e).

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

14. Quelle est la principale conséquence des difficultés de sommeil? (page 14)
Réponse : La somnolence
15. Les inquiétudes excessives envers les difficultés de sommeil peuvent être plus néfastes pour la santé que le manque de sommeil en tant que tel. (pages 13-14)
 Vrai Faux
16. Prendre un congé de maladie ou annuler les rendez-vous du lendemain est une bonne façon de reprendre le dessus sur vos problèmes de sommeil. (page 14)
 Vrai Faux

Ceci renforce l'idée que vous êtes une victime de vos difficultés de sommeil. Une telle emphase excessive sur le sommeil vous met encore plus de pression à bien dormir la nuit suivante et renforce la croyance que l'insomnie détruit votre capacité à apprécier la vie.

➤ Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

Durée de l'appel : _____ min.

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE # 3**PARTIE 1**

1. Quel pourcentage du module 5 avez-vous lu? _____ %
Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON
2. La caféine et la nicotine sont des dépresseurs du système nerveux central, alors que l'alcool est un stimulant du système nerveux central. (pages 2-3)
 Vrai Faux
La caféine et la nicotine sont des stimulants du SNC alors que l'alcool en est un dépresseur.
3. Outre le café, nommez quatre produits dérivés qui contiennent également de la caféine. (bas de la page 2)
1) _____ le thé _____ 2) les boissons gazeuses caféinées
3) _____ le chocolat _____ 4) certains Rx disponibles sans ordonnance
4. Les fumeurs prennent plus de temps pour s'endormir et se réveillent plus fréquemment durant la nuit que les non-fumeurs. (page 3)
 Vrai Faux
5. L'alcool est la substance la plus susceptible de causer des interruptions du sommeil. (page 4)
 Vrai Faux
6. Un léger goûter pris avant l'heure du coucher nuit au sommeil en accentuant l'activité du système digestif. (page 5)
 Vrai Faux
Un léger goûter pris avant le coucher semble faciliter le sommeil alors qu'un repas copieux a l'effet inverse en accentuant l'activité de votre système digestif.
7. Faire de l'exercice en fin d'après-midi retarde le début du sommeil le soir venu. (page 6)
 Vrai Faux
Faire de l'exercice juste avant l'heure du coucher produit un effet stimulant et retarde le début du sommeil. Le meilleur moment pour effectuer de l'exercice bénéfique pour le sommeil est vers la fin de l'après-midi ou en début de soirée.

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

8. Le refroidissement du corps suivant un réchauffement actif ou passif favorise le sommeil. (page 6)

 Vrai Faux

9. Une chambre à coucher trop chaude amène des rêves déplaisants alors qu'une chambre trop froide augmente les réveils nocturnes et réduit le sommeil profond. (page 8)

 Vrai Faux

Une chambre chaude (24°C) augmente les réveils nocturnes, réduit le sommeil profond, cause plus de mouvements du corps et diminue l'ensemble de la qualité du sommeil. Les difficultés de sommeil sont moins fréquemment associées à des températures plus froides, bien qu'une température en bas de 12°C soit parfois associée à des rêves déplaisants et émotionnels.

> Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

PARTIE 2

1. Quel pourcentage du module 6 avez-vous lu? _____ %
Avez-vous fait ce mini-test? OUI NON

2. Quels progrès ou améliorations de votre sommeil avez-vous remarqués depuis le début de ce programme de prévention?

3. Depuis le début de ce programme, avez-vous observé des changements positifs quant à : 1) vos comportements et habitudes de sommeil; 2) à vos croyances et attitudes et; 3) par rapport à votre hygiène du sommeil?

4. Selon vous, quels outils, techniques ou notions vous ont été les plus utiles pour prévenir l'aggravation de vos difficultés de sommeil?

5. Que pouvez-vous faire pour maintenir les progrès obtenus?

6. Identifiez les situations ou les éléments les plus susceptibles de vous faire connaître des mauvaises nuits de sommeil dans le futur.

: _____ T : _____ Date : _____

Heure de début : _____

➤ Questions ouvertes / Thèmes que la personne désire aborder

Durée de l'appel : _____ min.
