

L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire

par Annie Vallières, Bernard Guay et Charles Morin

M^{me} Tousignant dort très mal depuis 15 ans. Ses troubles de sommeil ont commencé à la naissance de son premier enfant. Elle raconte que son sommeil était alors perturbé par les réveils de son enfant. Toutefois, elle souffre encore aujourd'hui de plusieurs périodes d'éveil par nuit variant de 30 minutes à quelques heures. M^{me} Tousignant dit ne plus se souvenir de ce que signifie bien dormir ni de ce qu'est la somnolence. Par contre, elle peut parler longuement de fatigue et de manque de concentration. M^{me} Tousignant n'en peut plus de ne pas dormir et pense qu'elle ne retrouvera jamais son sommeil d'antan. Elle a déjà essayé un médicament qu'elle a cessé rapidement d'employer, car elle n'aime pas prendre des « pilules ». Est-il possible d'améliorer le sommeil de M^{me} Tousignant ?

CETTE PATIENTE SE PLAINT d'un problème qui est fréquemment mentionné aux professionnels de la santé. Plusieurs études épidémiologiques d'envergure en ont signalé l'importance. Il semble, en effet, que près de 35 % de la population adulte signale des troubles de sommeil durant l'année¹ et que 10 % de la population générale souffrirait d'insomnie chronique². Les conséquences de l'insomnie sont nombreuses et néfastes pour le patient. En effet, 40 % des gens souffrant d'insomnie non traitée risquent de souffrir d'une dépression majeure durant l'année qui suit³. De plus, dans de 35 % à 40 % des cas, l'insomnie est associée à un trouble de l'humeur, à de l'anxiété ou à un problème de dépendance ou d'alcoolisme.

Définition de l'insomnie primaire et évaluation

Avant de commencer le traitement, il importe de s'as-

M^{me} Annie Vallières, psychologue, exerce au Centre d'étude des troubles du sommeil (CETS), à Québec. Elle est titulaire d'un doctorat en psychologie. Le Dr Bernard Guay, omnipraticien, est professeur adjoint de clinique à l'Université Laval et exerce au Département de psychiatrie du Centre hospitalier Robert-Giffard ainsi qu'au CETS, à Québec. M. Charles Morin, psychologue, est professeur titulaire de psychologie à l'Université Laval et directeur du CETS. Il possède un doctorat en psychologie.

T A B L E A U I

Critères de l'insomnie primaire

Selon le *DSM-IV*⁴, l'insomnie primaire se caractérise par :

- des difficultés d'endormissement ;
- des difficultés de maintien du sommeil ;
- un sommeil non réparateur pendant au moins un mois ;
- une perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) qui cause une détresse clinique marquée ;
- une détérioration du fonctionnement social ou professionnel ;
- une perturbation du sommeil ne doit pas survenir au cours d'un autre trouble du sommeil ou d'un autre trouble psychologique ;
- une perturbation non liée aux effets physiologiques d'un médicament ou d'un problème général de santé.

surer que les troubles du sommeil du patient correspondent aux critères de l'insomnie primaire (tableau I). Ensuite, il est important d'évaluer la présence d'autres facteurs possibles. Cette étape permet de vérifier s'il s'agit d'insomnie primaire ou secondaire. En présence d'insomnie secondaire, il est important de traiter le problème sous-jacent en premier, puis d'appliquer le traitement contre l'insomnie. Un article du *Médecin du Québec* a déjà été

consacré à la façon d'effectuer une bonne évaluation des troubles du sommeil⁵.

Traitement de l'insomnie primaire

Après avoir posé un diagnostic d'insomnie primaire, le médecin aura deux options : le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale. Les principaux agents pharmaceutiques utilisés dans le traitement pharmacologique sont les antidépresseurs, les benzodiazépines et les hypnotiques non benzodiazépiniques. Bien que les hypnotiques soient reconnus pour leur efficacité à court terme, leur utilisation demeure actuellement controversée, car peu d'études en ont vérifié les répercussions à long terme. L'utilisation des benzodiazépines comme hypnotiques est associée à de l'abus, de la tolérance, de la dépendance, à une mortalité plus élevée, à un nombre plus élevé de fractures de la hanche de même qu'à une diminution du sommeil profond. Ainsi, avant de prescrire une benzodiazépine, il faut négocier avec le patient la durée du traitement. À l'heure actuelle, les hypnotiques autres que les benzodiazépines semblent avoir une marge d'innocuité plus intéressante. S'il opte pour le traitement cognitivo-comportemental, l'omnipraticien peut décider de l'appliquer lui-même ou de travailler de concert avec un psychologue connaissant bien cette approche. Si le patient prend déjà un hypnotique, le médecin peut s'occuper du sevrage graduel du patient et confier le traitement cognitivo-comportemental à un psychologue.

Qu'est-ce qu'un traitement cognitivo-comportemental contre l'insomnie ?

Le traitement cognitivo-comportemental a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques depuis plusieurs décennies, et ce, pour plusieurs troubles psychologiques. Le cadre de cette approche ainsi que ses objectifs ont été bien décrits dans deux articles récents^{6,7}. La thérapie cognitivo-comportementale a également été appliquée à l'insomnie primaire. Son efficacité a été démontrée et confirmée par des études empiriques récentes⁸⁻¹⁰. Elle demande la participation active du patient, mais lui procure à moyen terme un meilleur sommeil, une plus grande satisfaction et une meilleure maîtrise de sa vie.

Les principales composantes du traitement cognitivo-comportemental sont :

- la restriction du sommeil, qui consiste à limiter le temps passé au lit au nombre d'heures de sommeil réel ;
- le contrôle par le stimulus, qui comprend une série d'instructions permettant de diminuer les activités in-

compatibles avec le sommeil et de régulariser l'horaire de sommeil ;

- la thérapie cognitive, qui vise à modifier les croyances dysfonctionnelles face à l'insomnie ;
- l'éducation sur l'hygiène du sommeil, qui comprend l'enseignement de bonnes habitudes de sommeil (éviter la consommation de café, par exemple).

L'outil de base pour évaluer l'évolution du sommeil durant le traitement est le journal du sommeil. Le patient doit consigner chaque jour ses heures de coucher, de lever et son temps d'éveil nocturne. Le traitement s'effectue en six rencontres hebdomadaires. Pour bien évaluer l'efficacité des interventions, un minimum de deux journaux du sommeil est nécessaire avant de commencer le traitement.

Qu'est-ce que la restriction du sommeil et comment la mettre en pratique ?

La restriction du sommeil consiste à limiter le nombre d'heures passées au lit au nombre d'heures de sommeil estimé. Étirer son temps au lit pour tenter de récupérer est une des stratégies les plus universelles pour faire face à l'insomnie occasionnelle. À long terme, cette stratégie conduit à un sommeil plus fragmenté et, inévitablement, maintient les problèmes d'insomnie. Le but principal de la restriction du sommeil est de causer un léger état de privation de sommeil afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence à l'heure du coucher. Cela facilite l'endormissement le soir, améliore la continuité du sommeil et prédispose à un sommeil plus profond. À court terme, le temps de sommeil n'est pas augmenté, mais l'efficacité et la qualité le sont. Au début du traitement, un effet secondaire possible de la restriction du sommeil est la somnolence durant la journée. Ce problème est normal et peut durer de trois à quatre semaines. Des règles d'utilisation ainsi qu'un journal quotidien du sommeil sont essentiels afin de bien utiliser la restriction du temps passé au lit. Les règles d'utilisation sont présentées au *tableau II*.

Qu'est-ce que le contrôle par le stimulus ?

Les habitudes de sommeil, ou la routine établie avant le coucher (faire sa toilette, regarder la télévision, verrouiller les portes de la maison, par exemple), sont habituellement autant d'indices temporels et environnementaux de la venue du sommeil. Cependant, avec l'apparition de troubles du sommeil, les habitudes deviennent synonymes d'appréhension, d'inquiétudes et d'insomnie. Selon les habitudes prises pour contrer l'insomnie à court terme, une association entre l'éveil et le lit peut se créer. De cette façon, le lit

T A B L E A U II

Restriction du sommeil

- À l'aide du journal du sommeil, calculer la moyenne du temps total de sommeil des deux semaines ayant précédé le début du traitement ou de la première semaine de traitement si celui-ci est déjà commencé. Habituellement, ces calculs sont fait par un intervenant avant la rencontre avec le patient. En voici un exemple :

Le journal du sommeil⁵

Exemple

Le matin, je complète ma nuit de	Mardi 25/03	
1. Hier, j'ai fait la sieste entre _____ et _____. (Notez l'heure de toutes les siestes.)	13 h 50 à 14 h 30	
2. Hier, j'ai pris _____ mg de _____ (précisez le médicament) et/ou _____ oz d'alcool pour dormir.	7,5 mg (Imovane®) _____	
3. Je me suis couché à _____ h. J'ai éteint les lumières à _____ h.	22 h 45 23 h 15	← Heure du coucher
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi en _____ minutes.	40 min	← Latence d'endormissement
5. Mon sommeil a été interrompu _____ fois. (Spécifiez le nombre de fois.)	3	← Éveils durant la nuit
6. Mon sommeil a été interrompu _____ minutes. (Spécifiez la durée en minute de chaque période d'éveil.)	10 min 5 min 45 min	←
7. Cette nuit, je me suis levé _____ fois. (Indiquez le nombre de fois où vous avez quitté le lit.)	3	← Éveil le matin
8. Ce matin, je me suis réveillé à _____ h. (Notez l'heure du dernier réveil.)	6 h 15	←
9. Ce matin, je me suis levé à _____ h. (Spécifiez l'heure.)	6 h 45	← Heure du lever

88

et la chambre à coucher deviennent alors des indices d'activation et d'éveil au lieu d'être synonymes de sommeil. Les habitudes acquises en réaction à l'insomnie (sieste, somnifère, allongement du temps passé au lit, lecture au lit, par exemple) sont aussi à surveiller. Elles peuvent être efficaces à court terme pour récupérer quelques nuits d'insomnie, mais à long terme elles transforment les difficultés occasionnelles en problèmes chroniques.

Des procédures comportementales de maîtrise par le stimulus (*tableau III*) sont proposées afin de modifier les comportements acquis et d'associer de nouveau la routine du coucher et la chambre à coucher au sommeil. Il est à noter que cette mauvaise association s'établit avec le temps et que reformer une association entre les habitudes et le sommeil nécessite un effort continu, régulier et constant.

Le calcul : Temps au lit : Temps entre l'heure du coucher et l'heure du lever

Exemple : entre 23 h 15 et 6 h 45, il y a 450 minutes

Temps total d'éveil : Latence de sommeil (Q4) + Total du temps d'éveil durant la nuit (Q6) + Temps d'éveil le matin (Q9-Q8)

Exemple : 40 + 60 + 30 = 130 minutes

Temps total de sommeil : Temps au lit – Temps total d'éveil

Exemple : 450 – 130 = 320 minutes

Efficacité du sommeil : $\frac{\text{Temps total de sommeil}}{\text{Temps total au lit}} \times 100$

Exemple : $320/450 \times 100 = 71,1 \%$

- ☉ Choisir, avec le patient, une heure de coucher et de lever équivalant à la durée totale de sommeil calculée précédemment. Cette étape permet d'établir une fenêtre de sommeil, c'est-à-dire une période pendant laquelle le patient peut être au lit pour dormir. Cette fenêtre doit être la même tous les jours (y compris la fin de semaine).
- ☉ Si le patient commence à prendre un médicament à demi-vie courte en même temps, ne pas utiliser de fenêtre de sommeil inférieure à cinq heures et demie. S'il ressent une somnolence importante au lever, lui offrir alors d'augmenter lui-même sa fenêtre de sommeil de 20 à 30 minutes durant la semaine et de conserver cette nouvelle fenêtre.
- ☉ Le choix de l'heure de coucher et de lever se fait en fonction de l'horaire de vie du patient ainsi que de son type d'insomnie. Il pourra être plus judicieux, par exemple, de repousser l'heure du coucher chez une personne qui souffre d'éveil tôt le matin.
- ☉ Ne pas sélectionner de fenêtre de sommeil inférieure à cinq heures, ni d'heure de coucher dépassant 2 h et d'heure de lever précédant 5 h 30.
- ☉ Expliquer qu'il s'agit d'une période pendant laquelle le patient a le droit de dormir et qu'elle sera modifiée chaque semaine. Le patient ne doit pas dormir en d'autres temps.
- ☉ À chaque séance, il est nécessaire de réajuster la fenêtre de sommeil à l'aide du temps total de sommeil et de l'efficacité du sommeil calculée à partir du journal du sommeil. L'efficacité du sommeil (ES) se calcule ainsi :

$$\text{Efficacité du sommeil (ES)} = \frac{\text{Temps total de sommeil}}{\text{Temps passé au lit}} \times 100$$

Réajuster la fenêtre de sommeil à l'aide des consignes suivantes :

- ☉ Si $ES < 80 \%$ diminuer le temps passé au lit de 15 à 30 minutes (pour qu'il corresponde au temps de sommeil calculé)
- ☉ Si $80 \% \leq ES \leq 85 \%$ ne pas changer le temps passé au lit
- ☉ Si $ES > 85 \%$ augmenter le temps passé au lit de 15 à 30 minutes

Qu'est-ce que la thérapie cognitive de l'insomnie ?

La thérapie cognitive adaptée au traitement de l'insomnie vise à amener les patients à repérer leurs croyances erronées sur l'insomnie, à envisager d'autres hypothèses et à changer les attitudes qui nuisent au sommeil (*tableau IV*). Il est important de ne pas nier les troubles du sommeil, mais de les ramener à une perspective plus juste permettant de court-circuiter le cercle vicieux de l'insomnie.

Une personne qui souffre d'insomnie utilise ses croyances erronées comme filtre pour interpréter ses difficultés de sommeil. Elle nourrit ainsi des attentes irréalistes, des fausses attributions et des mauvaises conceptions des causes de son insomnie. Elle essaie alors de dormir à tout prix, blâme l'insomnie pour tous ses maux et modifie également son attitude envers le sommeil et le manque de sommeil. Ainsi, une personne qui s'inquiète de ne pas dormir, qui

T A B L E A U III

Contrôle par le stimulus**Objectifs**

- Permettre au sommeil de survenir lorsque désiré ;
- Renforcer l'association entre le sommeil et les indices temporels et contextuels ;
- Consolider le sommeil sur une plus courte période, c'est-à-dire diminuer la fragmentation du sommeil et favoriser le sommeil profond.

Méthode

- Prévoyez une heure avant le coucher pour vous détendre et relaxer ;
- Allez au lit uniquement lorsque vous ressentez de la somnolence ;
- Sortez du lit lorsque vous êtes incapable de vous endormir/rendormir à l'intérieur de 15 à 20 minutes ;
- Répétez cette procédure aussi souvent que nécessaire ;
- Levez-vous à la même heure chaque matin, même la fin de semaine (peu importe le nombre d'heures passées à dormir) ;
- Réservez votre lit et votre chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles ;
- Si vous devez faire une sieste pendant la journée, elle doit durer moins d'une heure et avoir lieu avant 15 h.

rumine les conséquences de l'insomnie et qui envisage le pire pour sa journée du lendemain en raison de sa fatigue est presque certaine de ne pas dormir. Les pensées liées à l'insomnie pouvant provoquer une mauvaise nuit ne surviennent pas seulement le soir ou la nuit. En effet, les personnes souffrant d'insomnie s'inquiètent fréquemment durant le jour à propos de la mauvaise nuit de sommeil qui vient de se terminer ou qui risque de survenir. Des préoccupations excessives concernant les conséquences de l'insomnie peuvent aussi alimenter ces inquiétudes. Par exemple, penser que l'insomnie détruit sa vie risque fort probablement d'induire un sentiment de désespoir qui, à son tour, interfère avec le sommeil. En plus du lien entre les pensées et les émotions, l'action de penser comme telle est une activation cognitive pouvant provoquer l'insomnie.

● Le déroulement des séances

Pendant l'ensemble des séances, il est important que l'intervenant garde à l'esprit que le traitement vise à per-

mettre au patient d'acquérir des habitudes et des habiletés de gestion du sommeil. Pour ce faire, il importe, d'une part, d'inviter le patient à noter ses habitudes dans un journal du sommeil à chaque séance et, d'autre part, de l'encourager à fournir un effort constant. De plus, la fenêtre de sommeil sera ajustée à chaque séance jusqu'à la dernière en fonction des consignes énumérées plus haut. Le *tableau V* présente un survol du programme de traitement.

● Séance 1

Au cours de la première séance, le traitement consiste à donner des renseignements au patient sur le sommeil et l'insomnie¹¹. La restriction du temps passé au lit peut être appliquée dès cette séance. L'accent est alors mis sur le changement des mauvaises habitudes de sommeil. Insister sur les changements comportementaux en début de traitement permet de régulariser l'horaire de sommeil et le cycle veille/sommeil. De plus, l'obtention de résultats rapides par cette approche permet d'ébranler les croyances avant de commencer la thérapie cognitive, facilitant ainsi le travail cognitif.

● Séance 2

Au cours de la deuxième séance, la composante comportementale est approfondie à l'aide du contrôle par le stimulus. L'importance donnée au changement des mauvaises habitudes est maintenue par la suite tout au long du traitement.

● Séances 3 et 4

La composante cognitive est présentée à la troisième séance et vise à modifier les croyances et attitudes nuisibles au sommeil. En tant que thérapeute, il est nécessaire de mettre l'accent, durant ces rencontres, sur les croyances axées sur le sommeil. Un intervenant ayant moins d'expérience en thérapie cognitive devrait au moins revoir avec le patient les croyances populaires de base.

● Séance 5

La composante éducationnelle visant à promouvoir une bonne hygiène du sommeil est traitée à la cinquième séance (*tableau VI*). L'hygiène du sommeil est abordée plus tard dans le traitement, car il est reconnu qu'il faut de cinq à six semaines pour que le changement des habitudes du sommeil et des croyances s'ancre dans le fonctionnement quotidien et vienne consolider le sommeil.

● Séance 6

Enfin, à la séance 6, des stratégies préventives de main-

TABLEAU IV

Principales croyances et attitudes concernant le sommeil

Garder des attentes réalistes concernant le sommeil

« Je dois dormir huit heures par nuit. »
 « Parce que mon conjoint s'endort en quelques minutes, je devrais pouvoir en faire autant. »

Ces attentes sont-elles réalistes ?

- Est-ce que tout le monde a la même grandeur et le même poids ?
- Les différences individuelles se retrouvent également sur le plan de l'endormissement, du sommeil et de la quantité de sommeil dont nous avons besoin. Par conséquent, il n'y a aucune norme de sommeil.

Éviter de blâmer l'insomnie pour tous vos malheurs

« Quand je ne dors pas suffisamment, je dois rattraper le sommeil perdu en dormant plus longtemps le matin ou en faisant une sieste. »
 « Si je passe plus de temps au lit, j'obtiendrai éventuellement tout le repos dont j'ai vraiment besoin. »

Ces conceptions sont-elles valides ?

- Dormir trop longtemps le matin et faire des siestes augmentent le risque de faire de l'insomnie la nuit suivante.
- Les expériences sur la privation de sommeil démontrent que les gens ont uniquement besoin de récupérer environ le tiers du sommeil perdu.

Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil

« Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que je ne serai pas capable de fonctionner. »
 « Quand je suis irritable, anxieux ou déprimé durant la journée, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente. »

Ces conséquences sont-elles exagérées ?

- Les conséquences négatives d'une mauvaise nuit sont-elles toujours vécues avec la même intensité ?
- Si c'était vrai, quelqu'un ayant moins dormi en raison d'une bonne nouvelle devrait être dans le même état le lendemain et être aussi inquiet.
- Si l'irritabilité et la déprime ne sont le résultat que du manque de sommeil, cela signifie que les gens qui dorment bien ne sont jamais irrités ni déprimés. Est-ce vrai ?

Ne jamais essayer de dormir

« J'ai perdu la maîtrise de mon sommeil. »
 ou « Je n'arrive plus à gérer mon sommeil. »

Ces croyances sont-elles valides ?

- Est-il possible de tout maîtriser ?
- Si une personne essaie de tout maîtriser, son anxiété de performance augmentera et nuira à son sommeil. Il est plus facile de combattre le sommeil que d'essayer de s'endormir.

Réviser les mauvaises conceptions des causes de l'insomnie

« Mon insomnie est le résultat d'un dérèglement hormonal ou de la vieillesse. »

Est-il vrai que je ne peux rien faire pour combattre l'insomnie ?

- Attribuer l'insomnie seulement à une cause externe nous rend impuissant et victime de l'insomnie.
- Peu importe ce qui crée l'insomnie, ce qui la maintient peut être modifié.

Apprendre à tolérer l'insomnie

« L'insomnie détruit ma vie. »

- Surtout, ne pas se punir de son manque de sommeil en s'empêchant de faire des activités plaisantes.

tien des acquis sont prévues pour faire face aux mauvaises nuits de sommeil éventuelles. Ces stratégies sont fondées sur les éléments de traitement utilisés au cours des séances

précédentes. À cette étape, l'intervenant peut demander au patient d'imaginer le retour de nuits d'insomnie afin de vérifier s'il sera capable de gérer la situation.

TABLEAU V

Survol du traitement cognitivo-comportemental

Séances Activités

- | Séances | Activités |
|---------|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> ● Survol du programme ● Renseignements sur le sommeil : stades du sommeil ● Insomnie : Qu'est-ce que l'insomnie ? ● Histoire naturelle de l'insomnie ● Auto-enregistrement et principes d'autogestion ● Restriction du temps passé au lit |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ● Révision des modèles de l'insomnie ● Modèle conceptuel de l'insomnie ● Explications du fonctionnement du traitement comportemental ● Méthodes comportementales ● Ajustement de la restriction du sommeil |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> ● Révision des explications du traitement comportemental, des procédures comportementales et de la restriction du temps passé au lit ● Travail sur le respect des procédures ● Début de la thérapie cognitive : relation entre situation, pensée et émotions ● Ajustement de la restriction du sommeil |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> ● Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ● Retour sur la thérapie cognitive et sur le <i>tableau III</i> « Contrôle par le stimulus » ● Révision et modification des trois thèmes d'attitudes et croyances ● Ajustement de la restriction du sommeil |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> ● Poursuite des procédures et de la restriction du temps passé au lit ● Révision et modification des trois thèmes d'attitudes et croyances du <i>tableau IV</i> « Principales croyances et attitudes concernant le sommeil ». ● <i>Tableau VI</i> « Hygiène du sommeil » ● Ajustement de la restriction du sommeil |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> ● Résumé des procédures et ajustement de la restriction du temps passé au lit ● Retour sur la thérapie comportementale ● Évaluation du progrès ● Maintien des gains |

L'arrêt des benzodiazépines

Lors d'un sevrage des benzodiazépines, il est souvent pertinent d'y associer l'application de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie¹². Parallèlement à l'amélioration de son sommeil, le patient peut alors accroître la perception qu'il a de maîtriser la gestion de son som-

meil. De plus, en cessant de prendre des benzodiazépines, il récupérera les stades de sommeil profond perdus par l'utilisation de ces substances. Il peut être très difficile pour les patients de cesser l'emploi des benzodiazépines. Par conséquent, un soutien régulier chaque semaine ou toutes les deux semaines est fortement recommandé.

La place de la relaxation

Les premières études non pharmacologiques sur le traitement de l'insomnie ont évalué l'efficacité des techniques de relaxation. Les résultats obtenus ont encouragé la mise au point de traitements non pharmacologiques contre l'insomnie, dont la thérapie cognitivo-comportementale. Les techniques de relaxation à vision globale ne sont pas spécifiques, car elles influencent simultanément plusieurs systèmes. Elle peuvent être utiles, par exemple, lorsque le niveau d'activation cognitive et physiologique est élevé à l'heure du coucher ou lorsqu'il y a d'autres problèmes concomitants, tels que l'hypertension artérielle. Cependant, lorsque la relaxation est utilisée parallèlement à la restriction du sommeil, elle peut créer un endormissement involontaire qui est incompatible avec l'objectif d'une telle restriction.

Les problèmes les plus fréquents et comment les contourner

Plusieurs problèmes peuvent surgir au cours du traitement et nuire à son efficacité. Il est essentiel de contourner ces obstacles pour assurer le bon déroulement du traitement et provoquer l'amélioration du sommeil. De façon générale, les croyances de l'intervenant par rapport au traitement et à son propre sommeil peuvent nuire à

l'efficacité du traitement. En effet, un thérapeute trouvant lui-même difficile de se lever la nuit peut sembler moins convaincu et nuire involontairement à l'efficacité du traitement. Les obstacles peuvent également provenir de la difficulté du patient à remplir son journal du sommeil. Il importe alors d'encourager le patient à le faire. D'autres

obstacles peuvent être liés aux différentes composantes du traitement. Ils sont abordés dans les paragraphes suivants.

Problèmes pouvant survenir avec la restriction du sommeil

« Je ne serai jamais capable de respecter cette fenêtre-là ! »

Plusieurs personnes sont ahuries devant l'ampleur du changement de leur horaire de sommeil. Certaines peuvent passer de neuf heures au lit à seulement cinq. Elles ont alors peur d'avoir de la difficulté à rester éveillées jusqu'à l'heure prescrite ou encore à se lever si tôt. Elles devront effectivement endurer et combattre la somnolence jusqu'au coucher ou se réveiller alors que le sommeil venait tout juste de les gagner. Il est crucial à ce moment d'encourager le patient à respecter son horaire le plus rigoureusement possible. Un manque de constance dès la première semaine peut entraîner une fatigue plus prononcée dans les premières semaines et un découragement envers les méthodes comportementales, ce qui contribuera à diminuer l'efficacité du traitement. Le patient sera le premier perdant de ce manque d'assiduité envers les mesures comportementales.

« Vais-je être obligé de suivre cet horaire toute ma vie ? »

Cette question survient fréquemment vers la troisième séance quand le patient commence à réaliser que cet horaire est utilisé et revu chaque semaine. Le patient éprouvant un début de fatigue n'est pas prêt à discuter de ce point. Ainsi, il est important de reporter la discussion à la cinquième ou à la sixième séance. Vers la sixième séance, le patient est habituellement plus reposé et prêt à entendre que l'acquisition de nouvelles habitudes de sommeil signifie par définition une nouvelle façon de vivre. Bien que le patient puisse, après le traitement, être moins strict dans l'application de ces habitudes, il est important qu'il les conserve car il reste vulnérable à l'insomnie. L'intervenant peut aussi discuter avec son patient des besoins de sommeil et lui expliquer qu'il ne sert à rien d'essayer de dormir plus que ses propres besoins.

Problèmes pouvant survenir avec le contrôle par le stimulus

« J'ai déjà essayé, mais ça n'a pas marché... »

Plusieurs personnes ont déjà appliqué au moins une procédure comportementale et disent ne pas avoir connu d'amélioration. Bien souvent, les procédures ont été sui-

T A B L E A U VI

Hygiène du sommeil

- La caféine, un stimulant, devrait être évitée de quatre à six heures avant l'heure du coucher.
- La nicotine est un stimulant : évitez de fumer à l'heure du coucher et lorsque vous vous réveillez la nuit.
- L'alcool est un dépressur : il peut favoriser l'endormissement, mais interrompt le sommeil plus tard dans la nuit.
- Un léger goûter peut être bénéfique, mais ne prenez pas un gros repas juste avant de vous coucher.
- L'exercice physique régulier peut rendre le sommeil plus profond, mais évitez de faire de l'exercice juste avant l'heure du coucher.
- Gardez votre chambre à coucher propre et assurez-vous d'avoir un matelas confortable.
- Évitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher.
- Gardez votre chambre à coucher tranquille et obscure.

vies inégalement tandis que le travail sur les croyances a été mis de côté. Ainsi, pour que le traitement soit efficace, il est essentiel d'instaurer les procédures en même temps et de les maintenir rigoureusement et suffisamment longtemps. Le patient et le thérapeute ne doivent pas sélectionner de procédures de façon intermittente. Ils doivent les utiliser en totalité et de façon prolongée pour qu'elles soient efficaces.

« Quelles activités puis-je faire quand je dois sortir du lit ? »

Devoir sortir du lit lors d'éveil de plus de 15 à 20 minutes pendant la nuit est une consigne peu attrayante. Certains patients se plaindront de devoir quitter le confort du lit, d'avoir froid et de ne pas savoir quoi faire en attendant la somnolence. Pour prévenir ces difficultés, il est utile de se préparer à l'éventualité de devoir se lever pendant la nuit, en gardant un gilet chaud ou une robe de chambre près du lit, en se réservant un endroit confortable dans la maison (ailleurs que dans la chambre) et en planifiant certaines activités. Ces dernières ne doivent pas être excitantes afin de ne pas créer un état d'activation. De plus, elles ne doivent être ni trop plaisantes ni trop ennuyantes. En effet, si elles sont trop plaisantes, le patient risque de ne plus avoir envie de retourner au lit. Par contre, si elles sont ennuyantes, il n'aura pas la motivation nécessaire pour se lever.

● « J'ai peur de réveiller mon conjoint (ou mes enfants) si je me lève. »

Cette croyance est fort répandue et bien souvent erronée. Habituellement, le conjoint ou la conjointe n'a aucune connaissance de l'éveil. S'il lui arrive de se réveiller, il est possible également qu'il ne s'en rappelle pas. Il est alors important d'en discuter avec lui le lendemain matin et de vérifier non seulement s'il a eu connaissance de l'éveil, mais également si son sommeil de la nuit entière en a été dérangé.

Problèmes pouvant survenir pendant la thérapie cognitive

● « Oui, mais j'ai raison d'être en colère contre mon insomnie... »

Très souvent, les patients ne veulent pas admettre le lien entre les pensées, les émotions et les situations. En fait, ils croient que le thérapeute nie ou banalise leur problème et leur souffrance. Il importe alors de montrer aux patients que vous reconnaissez leur souffrance, que vous avez de l'empathie et que vous ne cherchez pas à minimiser leur problème. Vous pouvez expliquer ce point de vue de plusieurs façons. En voici quelques exemples :

- prendre un exemple non lié à l'insomnie pour illustrer le lien entre les pensées et les émotions (être pris dans le trafic ou avoir peur des chiens, par exemple) ;
- insister sur l'importance d'équilibrer les évaluations positives et négatives : une situation ne comporte généralement pas exclusivement des côtés positifs ou négatifs. Trouver des points positifs à une situation ne signifie pas en nier les aspects plus négatifs ;
- transformer les fameux « **oui, mais...** c'est vrai que je suis fatigué » en « **malgré le fait que...** je sois fatigué, je parviens à fonctionner », en particulier lorsque le patient semble accepter un élément, puis le rejette par la suite. Les patients doivent comprendre que l'intervenant, sans nier leur souffrance, met l'accent sur des solutions plus positives. Pour certains patients, il peut être primordial de les aider à vaincre cette réaction pour le traitement donne des résultats optimaux.

L'INSOMNIE EST UN PROBLÈME très fréquent ayant des conséquences nombreuses et néfastes pour l'individu. Depuis plusieurs années, le traitement cognitivo-comportemental a démontré son efficacité à long terme dans le traitement de l'insomnie primaire. Les principes de base de ce traitement peuvent facilement être appliqués par l'omniprati-

cien. En cas de sevrage médicamenteux, d'insomnie grave ou de manque de temps de la part de l'omnipraticien, ce traitement nécessite une collaboration avec un psychologue d'approche cognitivo-comportementale.

Finalement, après un traitement échelonné sur six rencontres, M^{me} Tousignant affirme avoir réappris ce qu'est la somnolence et ce que veut dire bien dormir. Alors qu'elle croyait que son sommeil ne serait plus jamais comme avant, elle dort maintenant sept heures par nuit et ne se retourne plus sans cesse dans son lit. Elle mentionne que les premières semaines de traitement ont été plus difficiles, car l'horaire de sommeil bousculait son rythme de vie habituel. Toutefois, elle se sent maintenant plus reposée et beaucoup moins préoccupée par son sommeil. Bien qu'elle pense devoir continuer encore pendant quelques semaines à augmenter graduellement sa fenêtre de sommeil, elle dit ne plus penser constamment au sommeil durant la journée et avoir maintenant le sentiment de gérer son sommeil. ☞

Bibliographie

1. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and Its Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 225-32.
2. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002 ; 6 (2) : 97-111.
3. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *JAMA* 1989 ; 262 (11) : 1479-84.
4. American Psychiatric Association. Sleep Disorders. Dans : *DSM-IV* : APA. 1994 ; p. XXV-607.
5. Guay B, Morin CM. Comment évaluer un problème d'insomnie ? *Le Médecin du Québec* 2002 ; 37 (9) : 97-109.
6. Bouthillier G, Savard G, Brillon P, Dugas MJ. La thérapie cognitivo-comportementale : première partie. *Le Clinicien* 2001 ; 16 (8) : 95-110.
7. Bouthillier G, Savard G, Brillon P, Dugas MJ. La thérapie cognitivo-comportementale : deuxième partie. *Le Clinicien* 2001 ; 16 (9) : 103-19.
8. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L, Tessler S. Insomniacs' attributions: psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *J Psychosom Res* 2000 ; 48 : 141-8.
9. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA* 1999 ; 281 : 991-9.
10. Perlis ML, Sharpe M, Smith MT, Greenblatt D, Giles D. Behavioral treatment of insomnia: treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity. *J Behav Med* 2001 ; 24 : 281-96.
11. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York : Plenum Publishing Corp. 2003 ; 190 p.
12. Morin CM, Bastien CH, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 332-42.