

COMMENT JE TRAITE ...

L'insomnie chronique par la thérapie comportementale et cognitive

M. DETHIER (1), S. BLAIRY (2), R. POIRRIER (3)

RÉSUMÉ : L'insomnie est actuellement traitée majoritairement par la pharmacothérapie. Or, la thérapie comportementale et cognitive pour l'insomnie présente une meilleure efficacité à long terme. Dans cet article, nous décrivons les principes de base de ce traitement psychothérapeutique de courte durée. Il s'agit de combiner des méthodes de restriction de sommeil, de contrôle des stimuli en lien avec le sommeil, d'apprentissage de techniques de relaxation, des conseils sur l'hygiène de sommeil et des techniques de thérapie cognitive appliquées aux cognitions envahissant les moments d'insomnie.

MOTS-CLÉS : *Insomnie - Psychothérapie - Restriction sommeil - Relaxation*

HOW I TREAT... CHRONIC INSOMNIA BY COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPY

SUMMARY : Today, insomnia is predominantly treated by pharmacotherapy. Yet, cognitive-behavioral therapy has better long-term outcomes. In this paper, we describe the basic principles of this short-term psychotherapeutic treatment. It combines methods of sleep restriction and stimulus control, the learning of relaxation techniques, advices on sleep hygiene and cognitive therapy techniques applied to cognitions that overwhelm insomniac moments.

KEYWORDS : *Insomnia - Psychotherapy - Sleep restriction - Relaxation*

L'insomnie est un mal très répandu qui se rencontre fréquemment en médecine générale. Après son installation, elle peut persister pendant de nombreuses années (1). Son diagnostic se réfère à une difficulté à initier ou maintenir le sommeil au moins trois nuits par semaine pendant un minimum de trois mois, accompagnée par des difficultés dans le fonctionnement quotidien. Même si cela ne fait pas référence à une part formelle du diagnostic, les spécialistes s'accordent souvent sur le fait que prendre plus de 30 minutes pour s'endormir, ou passer plus de 30 minutes éveillé au milieu de la nuit, avec une durée de sommeil inférieure à 6,5 heures par nuit, représente un problème d'insomnie (2, 3). Il existe différentes formes d'insomnie: une difficulté à s'endormir à l'heure du coucher – appelée insomnie initiale –, des réveils nocturnes fréquents ou prolongés, ou un réveil prématuré le matin avec incapacité à retrouver le sommeil – appelés insomnie de maintien (4).

Le DSM-V s'éloigne de la logique d'attribution causale inhérente aux éditions antérieures en supprimant la notion de «primaire» ou «secondaire» liée au diagnostic d'insomnie, soulignant ainsi les relations bidirectionnelle

et mutuelle qui existent entre des perturbations du sommeil et des maladies psychiatriques ou physiques co-existantes (5-7). Cette nouvelle classification rappelle aux cliniciens de ne pas se limiter à gérer les troubles mentaux et physiques co-existants à l'insomnie mais de porter à cette dernière une attention clinique indépendante.

L'insomnie est associée à de nombreuses conséquences nocives à la qualité de vie du patient : des problèmes d'attention et de mémoire, des perturbations de l'humeur, une plus grande difficulté à tirer plaisir des relations interpersonnelles, et un nombre plus élevé de jours d'incapacité de travail ou d'inaptitude à effectuer les activités de la vie quotidienne (8). Cet ensemble de problèmes pèse lourd sur notre système de soins de santé. Le fardeau que représente l'insomnie tant pour les personnes que pour la société rend, donc, cruciale la question du traitement.

L'insomnie est souvent traitée par la pharmacothérapie; les traitements les plus communs consistent en la prescription de benzodiazépines, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques. Cependant, un certain nombre de problèmes sont associés à l'utilisation chronique d'hypnotiques, tels une dépendance et une tolérance psychologiques, une diminution du bon fonctionnement diurne, un sommeil de pauvre qualité, un effet rebond de l'insomnie au sevrage de la médication (9). La médication permet de soulager les symptômes assez rapidement. Cependant, les mécanismes sous-jacents qui entretiennent une insomnie persistante restent non traités, mettant en doute son efficacité à long terme. Pour ces raisons, les médecins

(1) Psychothérapeute, Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire (CPLU), Unité de Psychologie Clinique Cognitive et Comportementale, Université de Liège.

(2) Professeur, Département des Sciences Cognitives, Unité de Psychologie Clinique Cognitive et Comportementale, Université de Liège.

(3) Professeur, Centre d'Etude des Troubles de l'Eveil et du Sommeil (CETES), CHU de Liège.

généralistes deviennent de plus en plus résistants à la prescription d'hypnotiques. D'autres options, non pharmacologiques, complémentaires dans certains cas à la prescription d'hypnotiques, sont néanmoins trop peu souvent proposées (10).

La thérapie cognitive et comportementale pour l'insomnie (TCC-I) se révèle un traitement alternatif/complémentaire de choix dans l'insomnie persistante. En comparaison avec la pharmacothérapie, elle a des effets comparables à court terme et meilleurs à long terme (revue dans 11). La TCC-I est donc recommandée comme traitement de première intention dans l'insomnie, qu'elle se présente ou non de manière co-morbide avec d'autres troubles mentaux (12-15). Plusieurs manuels sont disponibles décrivant en détail comment délivrer ces interventions (16, 17). En français, le manuel pour patients de Charles Morin est très complet (3).

La TCC-I est en général de courte durée (de quatre à six séances) et peut se réaliser en groupe ou en individuel. Elle cible spécifiquement les facteurs en cause dans la perpétuation de l'insomnie chronique. La thérapie comportementale (contrôle du stimulus, restriction du sommeil, apprentissage de techniques de relaxation) est combinée avec des interventions ciblant l'hygiène du sommeil et les aspects cognitifs. Nous décrirons brièvement, dans cet article, les différentes composantes de ce traitement.

LE CONTRÔLE DU STIMULUS

La thérapie du contrôle du stimulus est basée sur l'idée que l'insomnie se perpétue à cause de la répétition de l'association entre des stimuli en lien avec le sommeil (la chambre, le lit, l'heure du coucher) et des états psychologiques incompatibles avec le sommeil (inquiétude, appréhension, rumination, récréation, planification). Or, chez les bons dormeurs, ces stimuli sont associés à des états de détente, de relaxation, et de somnolence. L'objectif de la thérapie est donc de renforcer l'association entre le sommeil et les stimuli qui y mènent.

Les instructions les plus communes qui en découlent sont les suivantes : (1) réserver au moins une heure de détente avant l'heure du coucher; (2) développer un rituel avant d'aller au lit; (3) aller au lit uniquement lorsqu'on se sent somnolent; (4) sortir du lit après une vingtaine de minutes d'incapacité à dormir et quitter

la chambre; faire une activité de détente dans une autre pièce; retourner au lit uniquement quand on se sent sur le point de s'endormir; (5) se lever toujours à la même heure le matin; (6) réserver son lit (et sa chambre) uniquement au sommeil (et aux activités sexuelles); (7) ne pas faire de sieste durant la journée.

LA RESTRICTION DU SOMMEIL

La restriction du sommeil est basée sur la théorie que les personnes qui développent de l'insomnie tentent de gérer la fatigue en passant du temps supplémentaire au lit ce qui enclenche un cercle vicieux et chronicise l'insomnie. Le psychothérapeute donne, dès lors, aux patients l'instruction de réduire le temps total passé au lit au temps réel de sommeil lors d'une nuit «typique». Pour disposer de ces données, le psychothérapeute prescrit des auto-observations précises (agenda) sur les heures de coucher/lever/endormissement/réveil qui doivent être prises pendant environ deux semaines. Par exemple, si un patient passe en moyenne 10 heures dans son lit pour en dormir 5,5, sa «fenêtre de sommeil» sera modifiée pour que le patient ne passe plus que 5,5 heures au lit. Au fur et à mesure que l'efficacité du sommeil – c'est à dire le rapport entre le temps de sommeil sur le temps passé au lit – augmente (en général, lorsqu'elle est supérieure à 85 %), la fenêtre de sommeil est augmentée progressivement (typiquement de 15 minutes/semaine). Il est à noter que la plupart des praticiens ne descendent pas en dessous de cinq heures de temps passé au lit. Pour suivre ces instructions, le patient est amené à lutter contre son sommeil, ce qui peut sembler contre-intuitif dans le traitement de l'insomnie. Or, c'est exactement ce changement d'attention – essayer de demeurer éveillé et non plus essayer de dormir – qui est susceptible d'éliminer l'anxiété de performance. Le paradoxe produit habituellement une inversion rapide de l'insomnie en somnolence.

LA RELAXATION

L'utilisation de techniques de relaxation dans la thérapie de personnes souffrant d'insomnie se base sur la mise en évidence d'un rôle clef de l'excitation mentale et physiologique (augmentation de l'activité du système nerveux autonome) dans les formes aiguës et chroniques de l'insomnie (18, 19). D'après plusieurs études, les excitations physiologique et cognitive sont plus importantes chez les personnes ayant un

sommeil de mauvaise qualité en comparaison avec celles ayant un sommeil de bonne qualité (20, 21). L'étude de Fernandez-Mendoza et coll. (22) suggère que la surexcitation ne serait pas une conséquence de l'insomnie, mais plutôt un facteur prédisposant à celle-ci. Pour gérer cet état, le psychothérapeute apprend aux patients des techniques de relaxation. Différentes interventions existent : imagerie mentale, méditation, relaxation musculaire progressive, entraînement autogène. Celles-ci pourront être choisies en fonction de la sensibilité des patients. L'objectif est que, à terme, le patient puisse se relaxer de manière autonome. Pour être efficace, l'entraînement aux différentes techniques doit généralement être quotidien et durer plusieurs semaines.

HYGIÈNE DU SOMMEIL

Certains modes de vie et facteurs environnementaux peuvent faciliter ou nuire à une bonne nuit de sommeil. Le psychothérapeute procédera à une évaluation de ceux-ci et, le cas échéant, donnera des conseils visant un réajustement du mode de vie du patient. Les différents thèmes à cibler concernent principalement la consommation de substance, l'alimentation, l'environnement de sommeil et la pratique d'exercices physiques. Un des premiers domaines à interroger est la consommation de caféine. Il est, par exemple, fréquent que les patients ne sachent pas que des boissons comme le thé ou les sodas contiennent de la caféine. La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues illicites est également à rechercher. Concernant l'alimentation, les conseils sont de limiter :

- les repas trop copieux avant le coucher (une petite collation peut cependant faciliter le sommeil);
- les collations au milieu de la nuit (pour que les réveils nocturnes ne soient pas conditionnés par la faim);
- l'ingestion de liquide en soirée (pour éviter de devoir se relever trop souvent pour uriner).

Un autre aspect de l'hygiène du sommeil à investiguer est l'environnement de la chambre à coucher. Il est important que celle-ci soit invitante, que la température y soit maintenue à un niveau confortable (généralement en dessous de 24 degrés), et d'y minimiser le bruit et la lumière. L'exercice physique est un autre facteur qui mérite l'attention du clinicien. La pratique d'exercices physiques a généralement un impact positif sur le sommeil et doit être

valorisé. Le conseil est de le faire à l'exposition de la lumière naturelle pour aider à inhiber la production de mélatonine et à ainsi améliorer l'éveil pendant la journée. Il est, par contre, déconseillé de réaliser de l'exercice physique trop près de l'heure du coucher (moins de quatre heures), car cela peut contribuer à augmenter l'excitation qui interfère avec le sommeil (23, 24). Il est important de noter que, bien que très utile en combinaison avec les autres composants de la TCC-I, l'hygiène de sommeil n'a pas montré d'efficacité appliquée seule (25). Une explication plausible est que les personnes souffrant d'insomnie chronique ont généralement déjà une bonne hygiène de sommeil.

THERAPIE COGNITIVE

Ce qu'un individu pense de son sommeil va avoir un impact sur la manière dont il dort. En effet, les modèles cognitifs mettent au cœur du cercle vicieux de l'insomnie un biais attentionnel sélectif pour le sommeil (18, 19). Par exemple, le modèle de Harvey (18) postule que l'inquiétude et la rumination excessives – au sujet de l'acquisition d'un sommeil suffisant et de l'impact des troubles de sommeil sur le fonctionnement diurne – déclenchent une excitation physiologique et une détresse émotionnelle. Celles-ci enclencheront le cercle vicieux en renforçant le biais attentionnel envers le sommeil et en provoquant une perception erronée du sommeil et du fonctionnement diurne.

Ces inquiétudes et ruminations sont souvent empruntées de croyances erronées concernant le sommeil telles que des pensées négatives au sujet de ses capacités à dormir («je ne saurai plus jamais bien dormir»), des attentes irréalistes concernant le sommeil et le fonctionnement diurne («j'ai un besoin absolu de 8 heures de sommeil»), une amplification des conséquences de l'insomnie («je suis incapable de fonctionner suite à une mauvaise nuit de sommeil») et une attribution unidimensionnelle des causes de l'insomnie («mon insomnie est entièrement due à un déséquilibre hormonal»).

La thérapie cognitive a pour objectif de modifier les croyances erronées et de réduire les inquiétudes excessives qui interfèrent avec le sommeil. La thérapie cognitive inclut différentes étapes. Il s'agira premièrement, avec l'aide du psychothérapeute, d'identifier les croyances erronées et les inquiétudes excessives concernant le sommeil et l'insomnie. Cet exercice apprend au patient à prendre

conscience de ce type de pensées et de leurs relations aux émotions négatives. La deuxième étape sera de remettre en question la validité de ces croyances et l'utilité de ces inquiétudes par questionnement socratique et par expériences comportementales. Enfin, le patient apprendra à remplacer ces croyances par des pensées plus nuancées et rationnelles. Pendant que le patient identifie, remet en question et remplace les croyances négatives, son niveau d'excitation diminue et son sommeil s'améliore.

CONCLUSION

En dépit du risque de dépendance qu'elle encourt, la pharmacothérapie est actuellement bien souvent le seul traitement proposé aux patients souffrant d'insomnie chronique. La thérapie comportementale et cognitive propose une alternative efficace à la prise de médicaments. Les revues systématiques sur l'efficacité de la TCC-I indiquent qu'environ 70 à 80 % des patients répondent favorablement au traitement avec une réduction d'approximativement 50-60 % des symptômes d'insomnie et une augmentation de 45-60 minutes du temps de sommeil. Ces effets sont durables dans le temps (26-28).

Il est donc indiqué de se tourner vers la TCC-I en première intention. Les méthodes comportementales au centre de la thérapie sont le contrôle du stimulus qui vise à renforcer l'association entre le sommeil et les stimuli qui y mènent et la restriction du sommeil qui permet de consolider le sommeil sur des plus petites périodes de temps. A cela sont ajoutés, un apprentissage de techniques de relaxation, des conseils d'hygiène de sommeil et une restructuration des pensées dysfonctionnelles concernant le sommeil. Bien sûr, l'application de ces recommandations exige du patient de gros efforts. Il devra changer ses habitudes et pouvoir supporter un certain inconfort. La motivation sera tout l'enjeu de la thérapie. Le thérapeute devra donc non seulement convaincre et soutenir mais, en amont de cela, il devra orienter les bons patients vers les bons traitements.

BIBLIOGRAPHIE

- Edinger JD, Wohlgemuth W, Radtke R, et al.— Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia : a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, **285**, 1856-1864.
- Taylor D, Gehrman, P, Dautovich, ND, et al.— *Handbook of Insomnia*. Springer Healthcare Ltd., London, UK, 2014.
- Morin CM.— Vaincre les ennemis du sommeil. *Les Éditions de l'Homme*. Montreal, Canada, 2009.
- American Psychiatric Association.— Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *Am Psy Ass*, Washington, DC, 2013.
- Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, et al.— Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 2007, **30**, 213-218.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al.— Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 2011, **135**, 10-19.
- Brower KJ, Perron BE.— Prevalence and correlates of withdrawal-related insomnia among adults with alcohol dependence: Results from a national survey. *Am J Addiction*, 2010, **19**, 238-244.
- Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, et al.— Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 2012, **16**, 83-94.
- Riedel BW, Lichstein KL, Peterson BA, et al.— A comparison of the efficacy of stimulus control for medicated and non medicated insomniacs. *Behav Modif*, 1998, **22**, 3-28.
- Siriwardena A, Apekey T, Tilling M, et al.— General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J Eval Clin Pract*, 2010, **16**, 731-737.
- Riemann D, Perlis ML.— The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev*, 2009, **13**, 205-214.
- Smith MT, Huang MI, Manber R.— Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clin Psychol Rev*, 2005, **25**, 559-592.
- Stepanski EJ, Rybarczyk B.— Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Med Rev*, 2006, **10**, 7-18.
- Wilson S, Nutt D, Alford C, et al.— British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *Psychopharmacol*, 2010, **24**, 1577-1601.
- No authors listed.— NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens State Sci Statements*, 2005, **22**, 1-30.
- Edinger JD, Carney CE.— *Overcoming insomnia : a cognitive-behavioral therapy approach*. Therapist guide (2nd ed.). Oxford University Press. New York, NY, 2015.
- Morin CM, Espie CA.— *Insomnia : a clinical guide to assessment and treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York, NY, 2003.
- Harvey AG.— A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 2002, **40**, 869-893.
- Espie CA.— Understanding insomnia through cognitive modelling. *Sleep Med*, 2007, **8**, S3-8.
- Morin CM, Rodrigue S, Ivers H.— Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med*, 2003, **65**, 259-267.

21. Ong JC, Carde NB, Gross JJ, et al.— A two-dimensional approach to assessing affective states in good and poor sleepers. *J Sleep Res*, 2011, **20**, 606-610.
22. Fernandez-Mendoza JM, Vela-Bueno AMD, Vgontzas ANMD, et al.— Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. *Psychosom Med*, 2010, **72**, 397-403.
23. Youngstedt SD, O'Connor PJ, Dishman RK.— The effects of acute exercise on sleep: a quantitative synthesis. *Sleep*, 1997, **20**, 203-214.
24. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA.— A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*, 1997, **20**, 95-101.
25. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al.— Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia : an update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep*, 2006, **29**, 1415-1419.
26. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al.— Non pharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 1999, **22**, 1134-1156.
27. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, et al.— Psychological and behavioral treatment of insomnia : update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 2006, **29**, 1398-1414.
28. Wang MY, Wang SY, Tsai PS.— Cognitive behavioural therapy for primary insomnia : a systematic review. *J Adv Nurs*, 2005, **50**, 553-564.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr. M. Dethier, Clinique de Psychologie et Logopédique Universitaire. Unité de Psychologie Clinique Cognitive et Comportementale, Université de Liège CHU de Liège, Belgique.
Email : marie.dethier@ulg.ac.be