

Courir après le sommeil

Traitement de l'insomnie et autres troubles du sommeil



Par
Charles M. Morin
M. Ps.

LES DIFFICULTÉS de sommeil touchent presque tout le monde à un moment ou à l'autre de la vie, plus particulièrement en période de stress. Écoutant une personne s'en plaindre, le psychologue se trouvera face à un syndrome clinique primaire ou à un symptôme associé à un autre trouble psychologique ou médical. Il ne faut pas prendre les difficultés du sommeil à la légère car elles ont des répercussions importantes sur les plans psychosocial, professionnel et de la santé. En outre, elles sont associées à une diminution marquée de la qualité de vie, à une baisse de productivité et à des risques accrus de dépression majeure et d'utilisation prolongée de psychotropes, notamment les somnifères (Simon et Vonkorff, 1997).

On reconnaît quatre grandes classes de troubles du sommeil : l'insomnie (difficultés à dormir), l'hypersomnie (difficultés à rester éveillé), les parasomnies (cauchemars, terreurs nocturnes) et les troubles reliés aux rythmes biologiques (décalage horaire). L'insomnie est de loin le problème de sommeil le plus répandu dans la population générale et le plus fréquemment rencontré en pratique clinique. Environ 10 % de la population adulte se plaint

d'insomnie chronique et la prévalence est plus élevée chez les femmes, les aînés, les travailleurs de nuit et les personnes souffrant de troubles psychologiques ou médicaux (Ohayon et Caulet, 1996). Cet article fait un bref survol du traitement de l'insomnie et de quelques autres troubles du sommeil susceptibles d'être rencontrés par le psychologue clinicien.

Présentation clinique et diagnostic différentiel

L'insomnie est une plainte hétérogène pouvant refléter une diminution de la durée, de la qualité, ou de l'efficacité du sommeil. Elle se manifeste par des difficultés à initier le sommeil en début de nuit, des réveils nocturnes fréquents ou prolongés, ou encore par un réveil matinal prématuré avec incapacité de se rendormir (American Sleep Disorders Association, 1997). Les conséquences les plus fréquemment associées sont une fatigue diurne importante, des difficultés d'attention et de concentration, et des perturbations de l'humeur (surtout l'irritabilité). L'insomnie peut être situationnelle, épisodique ou persistante. Le premier épisode est souvent déclenché par un événement de vie stressant (naissance d'un enfant, séparation). Pour la majorité des individus, il s'agit d'un problème transitoire qui se résorbe rapidement lorsque le facteur précipitant s'estompe. Pour d'autres personnes, possiblement celles qui sont plus vulnérables à l'insomnie, les difficultés du sommeil persistent même après que le facteur précipitant s'est résorbé. C'est à ce moment que l'intervention psychologique peut jouer un rôle important pour contrer cette forme d'insomnie chronique. Mais avant d'initier un traitement, il importe de compléter

Trop ou pas assez? Le nombre d'heures de sommeil de qualité est une préoccupation qui ronge les nuits d'un très grand nombre de personnes. Et pour cause : les conséquences d'une suite de mauvaises nuits sur la santé physique et mentale sont bien connues. Nuit après nuit, des psychologues se penchent sur les différents stades du sommeil, sur les liens entre celui-ci et la maladie mentale ou encore sur l'utilité des rêves. Leurs découvertes sont surprenantes et encourageantes. Agir sur le sommeil n'est peut-être pas aussi compliqué qu'on le croit.

une évaluation détaillée afin de bien cerner les différentes sources possibles du trouble du sommeil.

Le diagnostic d'insomnie repose essentiellement sur la plainte subjective et il est établi à la suite d'un processus d'élimination des différentes causes possibles. L'insomnie peut être primaire (syndrome) ou secondaire (symptôme) à plusieurs autres conditions psychiatriques, médicales ou autres troubles du sommeil. Dans l'insomnie primaire, les difficultés de sommeil ne se manifestent pas exclusivement en présence de l'un de ces troubles et elles ne relèvent pas directement des effets physiologiques de substances ou de médicaments (American Psychiatric Association, 2000). En présence de symptômes suggérant un autre trouble du sommeil (apnée), il faut référer à une clinique du sommeil pour une investigation polysomnographique. En pratique clinique, le diagnostic différentiel se pose surtout entre insomnie primaire et insomnie secondaire à un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression. Cette distinction n'est pas toujours facile, car certains symptômes (difficultés du sommeil, fatigue, problèmes de concentration, irritabilité) sont communs aux trois conditions. En plus de la symptomatologie, l'histoire devrait identifier l'ordre de survenue et l'évolution de chacune des conditions, afin de déterminer si l'insomnie est primaire ou secondaire.

Pratiques actuelles

Malgré sa prévalence élevée et ses conséquences néfastes, l'insomnie reste souvent non traitée. Plusieurs raisons expliquent cette situation paradoxale. D'abord, plusieurs personnes souffrant d'insomnie omettent d'en parler, pensant que le problème va se résorber spontanément, ou préfèrent endurer le problème, croyant que la seule option thérapeutique soit de nature pharmacologique. Lorsqu'elles décident d'initier une intervention, elles ont souvent recours en première instance à des substances comme l'alcool, les médicaments en vente libre, les produits naturels ou homéopa-

thiques. À quelques exceptions près, ces méthodes ont une valeur thérapeutique limitée. Par ailleurs, même si on mentionne fréquemment l'insomnie comme symptôme dans le contexte d'une consultation pour un autre problème psychologique ou médical, peu de gens consultent un professionnel expressément pour les troubles du sommeil. Ceux qui le font consultent d'abord, non pas le psychologue, mais leur médecin de famille. Il faut dire également que les professionnels de la santé (psychologues et autres) ne savent pas toujours comment gérer une plainte d'insomnie et d'autres ont tendance à banaliser les conséquences de l'insomnie. Pourtant, si l'on ne traite pas l'insomnie chronique, on risque de se retrouver éventuellement avec d'autres problèmes, comme la dépression majeure et une dépendance aux somnifères.

Thérapie comportementale et cognitive

Une dizaine de méthodes non pharmacologiques ont fait l'objet d'évaluations contrôlées dans le traitement de l'insomnie chronique. Quatre de ces méthodes ont reçu un appui empirique adéquat et sont souvent regroupées sous une appellation générique de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Il s'agit de méthodes basées sur la relaxation, le contrôle par le stimulus, la restriction du sommeil et la restructuration cognitive (Morin et Espie, 2003; Morin *et al.*, 1999). Les objectifs de ce traitement sont de réduire l'activation autonome, de modifier les mauvaises habitudes et les horaires irréguliers de sommeil et de rectifier certaines croyances erronées concernant le sommeil. La TCC cible donc les facteurs d'exacerbation de l'insomnie. Bien que la psychothérapie ciblant plutôt les facteurs de vulnérabilité puisse être un ajout utile, il n'y a pas d'évidence que cette forme de thérapie seule soit efficace pour traiter l'insomnie.

Les insomniaques développent une appréhension liée à l'heure du coucher, associant le lit et la chambre à la frustration de ne pas pouvoir dormir. La relaxation peut être utile pour réduire la

tension entourant l'heure du coucher. Certaines techniques comme la relaxation musculaire progressive et le training autogène visent à réduire l'activation somatique, alors que d'autres ciblent plutôt l'activation mentale et les pensées intrusives. De plus, la thérapie de contrôle par le stimulus consiste en une série de consignes destinées, d'une part, à créer une nouvelle association entre l'heure du coucher, la chambre et un endormissement rapide et, d'autre part, à établir un horaire de sommeil régulier (voir le tableau 1). Les personnes qui dorment mal ont tendance à augmenter le temps passé au lit, espérant ainsi augmenter la durée de leur sommeil. Cette stratégie est davantage susceptible de résulter en un sommeil fragmenté et de piètre qualité. La restriction du sommeil vise à réduire le temps passé au lit au temps de sommeil réel. Le temps passé au lit est par la suite ajusté en fonction de l'efficacité du sommeil (ES) pendant une période donnée (habituellement une semaine). Par exemple, si une personne dort en moyenne 6 heures par nuit sur 8 heures passées au lit, la « fenêtre de sommeil » initiale sera de 6 heures (du coucher au lever définitif). Par la suite, le temps passé au lit pourra être accru de 20 minutes si l'ES (le ratio sommeil/temps passé au lit) dépasse 85 %, diminué d'autant si l'ES est en deçà de 80 %, et maintenu stable si l'ES se situe entre 80 % et 85 %. L'ajustement s'effectue chaque semaine jusqu'à l'atteinte d'une période de sommeil optimale.

La thérapie cognitive vise à modifier certaines croyances et attitudes à propos du sommeil et des conséquences de l'insomnie. Cette approche se fonde sur la prémisse voulant que l'évaluation d'une situation donnée (l'insomnie) puisse déclencher des émotions (peur, anxiété) incompatibles avec le sommeil. Par exemple, lorsqu'une personne n'arrive pas à dormir et s'inquiète des conséquences de sa mauvaise nuit de sommeil sur sa journée du lendemain, elle peut entrer dans une boucle où s'enchaînent insomnie, détresse émotionnelle et problèmes de sommeil accrus. La thérapie cognitive cherche à court-circuiter ce cercle vicieux. La peur de ne pas dormir est un autre aspect pouvant perpétuer l'insomnie, tout

comme le fait de se percevoir comme une victime n'ayant aucune ressource pour s'en sortir. Les principales cibles de la thérapie cognitive sont les attentes irréalistes (« je dois dormir mes 8 heures par nuit »), les attributions causales unidimensionnelles (« la cause de mon insomnie est exclusivement hormonale ») et la dramatisation des conséquences de l'insomnie (« l'insomnie peut avoir de graves répercussions sur ma santé ») (voir le tableau 2). La thérapie cognitive est particulièrement utile pour apprendre à gérer les difficultés résiduelles du sommeil qui persistent souvent malgré des améliorations notables avec l'intervention.

Quelques mesures élémentaires d'hygiène du sommeil peuvent également prévenir ou minimiser les risques de difficultés du sommeil (voir le tableau 3). Malgré l'importance de ces mesures préventives, il est plutôt rare que l'insomnie soit causée uniquement par l'un de ces facteurs. Donc, ces directives sont nécessaires mais pas suffisantes pour contrer la plupart des problèmes d'insomnie chronique.

Efficacité et utilité clinique

Environ 70 à 80 % des personnes souffrant d'insomnie bénéficient du traitement cognitivo-comportemental. Même si seulement 20 à 25 % deviennent de « bons dormeurs », le traitement réduit d'environ 50 à 60 % le délai d'endormissement et la durée des éveils nocturnes, tout en augmentant la qualité, l'efficacité et la durée du sommeil. Ces changements sont accompagnés d'une satisfaction et d'une perception accrue de contrôle sur le sommeil. L'intervention psychologique facilite également la réduction de la consommation de somnifères chez des utilisateurs chroniques (Baillargeon *et al.*, 2003). Les gains initiaux sont très bien maintenus après la fin du traitement.

Le traitement de l'insomnie primaire se fait habituellement dans un contexte de thérapie brève, la cible principale étant le sommeil et les facteurs comportementaux et cognitifs qui contribuent à perpétuer l'insomnie. Le nombre de sessions varie entre six et dix, mais la durée de la thérapie peut varier en fonction de la complexité du problème, comme la présence d'un autre trouble psychologique ou médical concomitant ou l'utilisation prolongée de somnifères. Bien qu'en pratique clinique on ait surtout recours à la thérapie individuelle, le traitement de l'insomnie se prête très bien à la thérapie de groupe. Un groupe de quatre à six personnes est idéal, mais il importe de garder une certaine homogénéité parmi les participants afin de faciliter les interactions dans le groupe.

Traiter le symptôme ou le syndrome

Un principe de base dans le traitement de l'insomnie est d'identifier et de traiter la cause sous-jacente. Si l'insomnie est secondaire à un trouble psychologique, médical, ou à un autre trouble du sommeil, le traitement doit d'abord cibler la condition sous-

Tableau 1

MODIFIER SES HABITUDES ET HORAIRES DE SOMMEIL

- ♦ Réserver au moins une heure pour décompresser avant le coucher;
- ♦ aller au lit uniquement lorsqu'on est somnolent;
- ♦ sortir du lit lorsqu'on ne parvient pas à dormir et retourner au lit seulement lorsque le sommeil est imminent;
- ♦ utiliser le lit uniquement pour le sommeil et les activités sexuelles; ne pas lire, regarder la télé, écouter la radio, ou faire de la résolution de problème au lit;
- ♦ éviter de faire la sieste le jour;
- ♦ se lever à la même heure tous les matins;
- ♦ limiter son temps au lit à la durée réelle du sommeil.

Tableau 2

CROYANCES ET ATTITUDES CIBLÉES PAR LA THÉRAPIE COGNITIVE DE L'INSOMNIE

- ♦ Garder des attentes réalistes;
- ♦ éviter de blâmer l'insomnie pour tous ses malheurs;
- ♦ ne jamais tenter à tout prix de dormir;
- ♦ réviser ses attributions causales de l'insomnie;
- ♦ ne pas dramatiser à la suite d'une nuit d'insomnie;
- ♦ développer une certaine tolérance aux effets de l'insomnie.

Tableau 3

MESURES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL

- ♦ Éviter les stimulants (caféine) au moins de quatre à six heures avant l'heure du coucher;
- ♦ éviter l'alcool près de l'heure du coucher — il peut faciliter l'endormissement initial, mais fragmente le sommeil plus tard dans la nuit;
- ♦ l'activité physique pratiquée régulièrement (surtout en fin de journée) peut approfondir le sommeil — toutefois, l'activité physique intense près de l'heure du coucher a un effet stimulant et peut retarder l'endormissement;
- ♦ garder la chambre à coucher tranquille et obscure, choisir un matelas confortable et éviter les températures trop chaudes ou trop froides.

jacente. Toutefois, même lorsque l'insomnie est secondaire, il est souvent nécessaire de cibler directement le sommeil afin d'atténuer certains facteurs d'exacerbation. Notamment, lorsque l'insomnie est associée à une dépression majeure, le traitement devrait d'abord cibler la dépression; toutefois, il est fréquent que le sommeil demeure perturbé même après une nette amélioration de l'humeur. Comme l'insomnie résiduelle augmente les risques de rechute, il importe de cibler directement cette difficulté. Une série d'études récentes ont démontré que la TCC produisait des améliorations très substantielles du sommeil même lorsque l'insomnie était secondaire à d'autres troubles psychologiques (anxiété, dépression) ou médicaux (cancer, douleur chronique, traumatismes crâniens) (Quesnel *et al.*, 2003).

Quel est le rôle de la médication ?

Même si l'utilisation de la médication dans le traitement de l'insomnie est controversée, la pharmacothérapie demeure très répandue. À court terme et de façon ponctuelle, les hypnotiques sont indiqués et efficaces pour soulager l'insomnie situationnelle associée à un stress aigu (décès, séparation) ou à un changement important dans les horaires de sommeil (décalage horaire). Toutefois, l'efficacité de ces médicaments diminue avec une utili-

sation régulière et prolongée (Holbrook *et al.*, 2000). Les hypnotiques affectent la physiologie du sommeil et peuvent produire des effets résiduels le lendemain (sommolence). Il existe également des risques de tolérance et de dépendance associés à l'utilisation à long terme, ainsi qu'un phénomène d'insomnie de rebond après l'arrêt de la médication.

Les quelques études comparatives montrent que la médication produit des effets plus rapides que la TCC, que les deux formes de thérapies sont équivalentes à moyen terme (quatre à huit semaines) et que la TCC produit des effets plus durables (Morin *et al.*, 1999). L'approche combinée ne produit pas nécessairement de résultats supérieurs à la TCC seule. En effet, lorsque la médication est discontinuée à la suite d'une thérapie combinée, certains individus, particulièrement ceux qui attribuent leurs améliorations du sommeil principalement à la médication plutôt qu'à leurs efforts et aux changements d'habitudes, sont plus vulnérables aux rechutes. Des études sont en cours présentement pour évaluer différentes modalités (séquentielles par rapport à concurrentes) combinant les approches comportementale et pharmacologique afin d'optimiser les gains thérapeutiques (Valières *et al.*, sous presse).

Et les thérapies alternatives et complémentaires ?

Les thérapies alternatives et complémentaires sont particulièrement populaires au Québec. Une enquête récente menée auprès de patients consultant leur médecin de famille indique que plus de 60 % des personnes souffrant d'insomnie utilisent une substance avec ou sans ordonnance dans le but de promouvoir le sommeil, dont environ la moitié utilisent des produits sans ordonnance (Blais *et al.*, 2001). Parmi ces thérapies, on trouve l'homéopathie, les produits naturels à base de plante (valériane) et l'acupuncture. Malgré la popularité de ces méthodes alternatives, il y a peu d'évidence scientifique pour appuyer de telles méthodes dans le traitement de l'insomnie.

Autres troubles du sommeil

À quelques exceptions près, le traitement des troubles du sommeil est surtout de nature médicale. Par exemple, l'apnée du sommeil est traitée principalement par un appareil (masque) qui vise à corriger le problème d'ordre respiratoire. La narcolepsie et les impatiences musculaires sont traitées à l'aide de médicaments. Le rôle du psychologue pour ces troubles du sommeil en est surtout un de soutien pour composer avec la maladie et pour encourager l'observance du traitement.

Par ailleurs, le psychologue peut jouer un rôle plus actif dans le traitement de certaines parasomnies comme les cauchemars, le somnambulisme et les terreurs nocturnes. Les cauchemars récurrents peuvent être traités par une méthode d'exposition basée

sur les mêmes principes que le traitement comportemental de certains troubles anxieux. Cette méthode exige une exposition graduelle et répétée au cauchemar par le biais de répétitions, en imagination ou par écrit, du rêve terrifiant. Dans un premier temps, on entraîne l'individu à noter le contenu de ses cauchemars, lesquels tournent habituellement autour de deux ou trois thématiques, et à fournir le plus de détails possibles sur les événements, les personnes, et le contexte. Deuxièmement, il doit réécrire le scénario mais en changeant son développement et particulièrement le dénouement par un scénario où il exerce un contrôle sur la situation en cours. Par la suite, il doit s'exposer à ces cauchemars en relisant les scénarios modifiés ou en écoutant une bande audio avec leurs descriptions. Ces séances d'exposition se déroulent d'abord sous la supervision du thérapeute et éventuellement sans sa présence. Cette intervention produit des résultats fort intéressants avec des personnes souffrant de cauchemars récurrents, en association ou non avec un trouble de stress post-traumatique (Krakow *et al.*, 2001).

D'autres parasomnies comme les terreurs nocturnes et le somnambulisme peuvent également bénéficier d'une intervention psychologique. Ces deux phénomènes surviennent surtout pendant l'enfance et tendent à disparaître à l'adolescence. Plus rarement, ils persisteront ou débiteront à l'âge adulte. Contrairement aux cauchemars, qui se manifestent à partir du sommeil paradoxal, ces phénomènes se produisent pendant les stades de sommeil les plus profonds et représentent une forme de suractivation du système nerveux autonome. Même si l'origine de ces phénomènes est surtout physiologique plutôt que psychologique, ils peuvent engendrer des risques de blessures (sommambulisme) et une détresse psychologique importante (terreur nocturne) pour la personne qui en souffre ou pour les parents ou le conjoint qui sont témoins de ces épisodes. La première intervention consiste surtout à rassurer la personne qui souffre de ce problème ou ses proches (parents) que le phénomène se résorbe habituellement avec le temps. Une série de mesures préventives peuvent également être mises en place pour minimiser les risques de blessures et les interruptions de sommeil. Chez l'enfant comme chez l'adulte, il est préférable de ne pas forcer l'éveil au cours d'un épisode de somnambulisme ou de terreurs nocturnes (les deux phénomènes peuvent se produire simultanément) mais plutôt de rassurer la personne, lui fournir des directives verbales et la guider physiquement pour qu'elle retourne au lit. Les mesures de sécurité suivantes devraient également être mises en place : dormir au rez-de-chaussée, verrouiller les portes et fenêtres de la chambre à coucher, mettre hors de portée tout objet potentiellement dangereux, aménager les meubles de façon à éviter les accidents. Comme les terreurs nocturnes et le somnambulisme se produisent en sommeil profond, et que le sommeil profond est présent en plus grande quantité à

la suite d'une privation de sommeil, il est important de maintenir un horaire de sommeil régulier et d'éviter la privation de sommeil. Enfin, le stress peut aussi accentuer les risques de ces parasomnies; dans ce cas, une intervention psychologique ciblant spécifiquement les facteurs psychologiques pourrait s'avérer utile. Quelques études ont également utilisé l'hypnose comme intervention pour le somnambulisme, mais les résultats ne sont pas très concluants.

En résumé, les troubles du sommeil sont très fréquents et ne devraient pas être pris à la légère en raison de leurs conséquences possibles. Des traitements efficaces, surtout de nature cognitivo-comportementale, sont disponibles pour traiter certains de ces troubles, notamment l'insomnie. Le psychologue aurait avantage à développer une expertise sur ces troubles et à faire connaître ses services auprès de la population et des médecins, qui souvent n'ont pas le temps ni l'expertise pour gérer cette plainte autrement qu'avec des somnifères.

Charles Morin est professeur de psychologie clinique et directeur du Centre d'étude des troubles du sommeil à l'Université Laval. Il est également président de la Société canadienne du sommeil.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-Revised)*. Washington.
- American Sleep Disorders Association (1997). *International Classification of Sleep Disorders : Diagnostic and Coding Manual*. Rev. Ed. Rochester.
- Baillargeon, L. *et al.* (2003). « Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated through cognitive-behavioral therapy combined with gradual tapering : a randomized trial ». *Canadian Medical Association Journal*, 169, p. 1015-1020.
- Blais, F. *et al.* (2001). « L'insomnie : prévalence et traitement chez les patients consultant en médecine générale ». *Le médecin de famille canadien*, 47, p. 759-767.
- Ford, D. E., et Kamerow, D. B. (1989). « Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders : an opportunity for prevention? ». *Journal of the American Medical Association*, 262, p. 1479-1484.
- Holbrook, A. M. *et al.* (2000). « Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia ». *Canadian Medical Association Journal*, 162, p. 225-233.
- Krakow, B. *et al.* (2001). « Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder : a randomized controlled trial ». *Journal of the American Medical Association*, 286, p. 584-588.
- Morin, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal, Éditions de l'Homme.
- Morin, C. M. *et al.* (1999). « Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia : a randomized clinical trial ». *Journal of the American Medical Association*, 281, p. 991-999.
- Morin, C. M. *et al.* (1999). « Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia ». *Sleep*, 22, p. 1156-1234.
- Morin, C. M., et Espie, C. A. (2003). *Insomnia : A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishing.
- Ohayon, M., Caulet, M. (1996). « Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, p. 457-464.
- Quesnel, C. *et al.* (2003). « Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for non-metastatic breast cancer ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, p. 189-200.
- Simon, G., VonKorff, M. (1997). « Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care ». *American Journal of Psychiatry*, 154, p. 1417-1423.
- Vallières, A. *et al.* (sous presse). « Sequential treatment for chronic insomnia : a pilot study ». *Behavioral Sleep Medicine*.