

Jean Goulet

Avec la collaboration de Louis Chaloult et Thanh Lan Ngô

**GUIDE DE PRATIQUE
POUR L'ÉVALUATION
ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL
DE L'INSOMNIE**

Cité de la Santé de Laval, Polyclinique médicale Concorde,
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Ce guide de pratique s'inspire principalement du protocole de thérapie cognitivo-comportementale de restriction du sommeil et de contrôle des stimuli («*sleep restriction and stimulus control*»). Nous référons plus spécifiquement aux travaux de Charles Morin (2, 3 et 4).

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension, le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de l'insomnie. La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. 2008 (1) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et des techniques de base de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

SOMMAIRE

Section I	Introduction	p. 5
Section II	Évaluation de l'insomnie.....	p. 6
Section III	Rôle des médicaments dans le traitement de l'insomnie	p. 20
Section IV	Modèle comportemental de l'insomnie primaire	p. 27
Section V	L'approche cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie primaire a-t-elle sa place dans le traitement des insomnies secondaires?	p. 30
Section VI	Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire.....	p. 32
Section VII :	Déroulement du traitement.....	p. 51
Section VIII :	Instruments de mesure et outils de traitement.....	p. 60
	Annexe I : Entrevue diagnostique de l'insomnie (Morin C)..	p. 61
	Annexe II : Index de sévérité de l'insomnie (Morin C).....	p. 67
	Annexe III : Inventaire de Beck pour la dépression, PHQ-9 et Inventaire de Beck pour l'anxiété.....	p. 70
	Annexe IV : Agenda du sommeil et instructions pour l'agenda du sommeil (adapté de Morin C)...	p. 74
	Annexe V : Résumé de thérapie (adapté de Morin C).....	p. 81

	Annexe VI : Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil (Morin C).....	p. 83
	Annexe VII : Manuel d'information destiné aux patients.....	p. 89
	Annexe VIII : Suivi pour le sevrage d'une benzodiazépine....	p. 112
	Annexe IX : Instructions pour la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli (destinées aux patients)...	p. 116
	Annexe X : Instructions au thérapeute pour la restriction du sommeil.....	p. 118
	Annexe XI Instructions au thérapeute pour le contrôle des stimuli.....	p. 121
	Annexe XII : Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles.....	p. 124
	Annexe XIII : Technique de résolution de problèmes.....	p. 126
Section IX	Bibliographie	p. 130

SECTION I INTRODUCTION

L'insomnie primaire est un problème très courant qui a longtemps été banalisé. Il a cependant un impact considérable sur ceux qui en sont atteints, tant au niveau de la souffrance subjective qu'au niveau de l'impact fonctionnel.

Les médicaments n'apportent généralement qu'un bénéfice très limité et à court terme, créant parfois davantage de problèmes qu'ils n'en règlent à moyen et long terme.

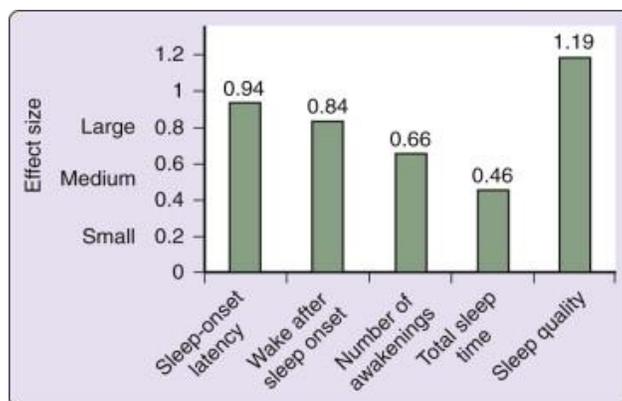
Avant le développement des approches de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les intervenants sensibilisés à ce problème n'avaient que peu de moyens d'intervention outre les conseils d'hygiène de vie et la relaxation.

La restriction du sommeil et le contrôle des stimuli se sont avérés efficaces pour traiter l'insomnie psychophysiologique chronique dans plusieurs études contrôlées (4). Il s'agit donc d'un outil thérapeutique extrêmement pertinent, qui constitue une véritable percée dans un domaine où les approches efficaces faisaient cruellement défaut.

Bien que les bénéfices soient modestes en ce qui concerne la durée totale de sommeil, la TCC a nettement démontré une grande efficacité pour améliorer la qualité du sommeil et pour diminuer les conséquences diurnes de l'insomnie. Une revue des méta-analyses effectuée par Morin, C. (5), le démontre clairement (fig.I.1)

FIGURE I.1

**AMPLEUR DE L'EFFET DE LA TCC (EFFECT SIZE) SUR LES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES DU SOMMEIL :
PRINCIPALES MÉTA-ANALYSES COMBINÉES (4)**



<p>SECTION II</p> <p>ÉVALUATION DE L'INSOMNIE</p>

Cette section se divise comme suit :

- A. Diagnostic différentiel de l'insomnie.
- B. Critères diagnostiques du DSM-5 (6)
 - B.1 Liste des diagnostics des troubles du sommeil.
 - B.2 Critères diagnostiques de l'insomnie.
 - B.3 Algorithme diagnostique des troubles du sommeil du DSM-IV : soins primaires (11).
- C. Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale.
- D. Examens complémentaires.
- E. Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation.

A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'INSOMNIE

Les difficultés occasionnelles de sommeil touchent virtuellement chaque être humain à un moment ou l'autre de sa vie. On doit donc d'abord évaluer si les difficultés sont cliniquement significatives. Pour y parvenir, plusieurs paramètres doivent être observés :

- le délai d'endormissement,
- le nombre et la durée des éveils nocturnes,
- l'efficacité du sommeil (pourcentage du temps écoulé entre le premier couché et le dernier levé qui est dormi),
- la durée totale de sommeil,
- la fréquence des problèmes de sommeil,
- la durée de ces problèmes,
- l'impact diurne de ces problèmes incluant la somnolence, la fatigue, les conséquences fonctionnelles et psychosociales.

On considère généralement qu'une latence d'endormissement de plus de 30 minutes, des éveils nocturnes totalisant, de façon subjective, plus de 30 minutes, un sommeil total de

moins de 6.5 heures par jour et une efficacité de sommeil de moins de 80 % sont souvent significatifs, surtout s'ils se reproduisent trois jours ou plus par semaine depuis plus d'un mois (DSM-IV) (7) ou trois mois (DSM-5) (6) (voir tableau ci-dessous). Le facteur le plus important est certainement l'impact diurne de l'insomnie qui se manifeste le plus souvent par de la fatigue excessive, de la somnolence, un moins bon contrôle des émotions, des difficultés de concentration et dans l'accomplissement de ses tâches. Mentionnons toutefois que la relation de causalité entre les difficultés de sommeil et les symptômes diurnes reste controversée.

Certaines personnes ne dorment guère plus de quatre ou cinq heures par nuit, mais n'éprouvent aucune difficulté pendant la journée et se sentent reposées au lever. Ces personnes s'endorment sans trop de difficulté et leur sommeil a une assez bonne continuité. Il ne s'agit pas d'insomniaques, on nomme généralement ces individus des «dormeurs courts» («*short sleepers*»).

Paramètres suggérant des difficultés de sommeil cliniquement significatives	
Délais d'endormissement	Plus de 30 minutes
Éveils nocturnes	Plus de 30 minutes
Efficacité du sommeil	Moins de 80 %
Durée totale du sommeil	Moins de 6.5 heures par jour
Fréquence des difficultés	Plus de trois jours par semaine
Durée des difficultés	Plus d'un mois (DSM-IV) (7) ou trois mois (DSM-5) (6)
Impact diurne perçu	Somnolence, fatigue excessive, détresse psychologique, difficultés de concentration et à accomplir ses tâches

Le diagnostic différentiel de l'insomnie comprend plusieurs pathologies dont le traitement diffère considérablement. De plus, il existe trois classifications différentes des troubles de sommeil soit le DSM-5 (6), la classification internationale des maladies (CIM-10) (8) et la classification internationale des troubles du sommeil (CITS) (9).

Critères généraux pour l'insomnie selon la CITS (9) (ils définissent les caractéristiques communes à tous les types d'insomnie) (traduction libre de l'auteur):

- A. Difficultés à s'endormir ou à maintenir le sommeil ou éveil précoce ou sommeil non réparateur ou de pauvre qualité. Chez les enfants, les difficultés de sommeil sont souvent rapportées par les proches et peuvent se manifester par de la résistance à aller au lit ou une incapacité à dormir seul.
- B. Ces difficultés surviennent malgré la présence d'opportunités et de circonstances adéquates pour permettre le sommeil.
- C. Le patient rapporte la présence d'au moins une des incapacités diurnes suivantes en conséquence des difficultés de sommeil.
 - i. Fatigue.
 - ii. Difficultés d'attention, de concentration ou de mémoire.
 - iii. Diminution de la performance sociale, occupationnelle ou scolaire.
 - iv. Perturbation de l'humeur ou irritabilité.
 - v. Somnolence diurne.
 - vi. Diminution de la motivation, de l'énergie ou de l'initiative.
 - vii. Tendance à commettre des erreurs ou des accidents au travail ou à la conduite automobile.
 - viii. Tension, céphalées, problèmes gastro-intestinaux en conséquences du manque de sommeil.
 - ix. Préoccupation ou inquiétudes par rapport au sommeil.

Selon l'*Epidemiologic Catchment Area Study* (10), la prévalence de l'insomnie serait de 10,2 %. Un tiers de ces personnes (3 %) étaient toujours insomniaques un an plus tard et présentaient donc une insomnie chronique.

Insomnies secondaires et insomnies primaires

➤ Le DSM-IV (7) nous invitait d'abord à distinguer les insomnies secondaires des insomnies primaires. Les insomnies secondaires sont reliées à des causes médicales, psychiatriques, pharmacologiques ou environnementales bien identifiables. L'insomnie étant souvent un symptôme multifactoriel, cette distinction est davantage un continuum qu'une variable dichotomique. Pour cette raison, le DSM-5 (6) a retiré l'insomnie primaire et les insomnies induites par des conditions médicales ou des troubles mentaux. On vise ainsi à souligner la relation circulaire qui existe entre l'insomnie et plusieurs autres problèmes de santé. En présence d'une condition médicale ou d'un trouble mental qui pourrait expliquer l'insomnie,

le texte du DSM-5 (6) suggère de retenir le diagnostic d'insomnie seulement si la sévérité justifie une attention clinique spécifique.

➤ La dernière édition de la CITS (9) ne fait plus la distinction entre les insomnies primaires et secondaires. Les insomnies dans leur ensemble sont classées en 8 catégories :

- Cinq catégories correspondent à ce qui était identifié auparavant comme étant des insomnies secondaires :
 1. Insomnie d'ajustement (aiguë et transitoire, associée à un facteur de stress).
 2. Insomnie associée à un trouble mental.
 3. Insomnie associée à une condition médicale.
 4. Insomnie associée à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues.
 5. Insomnie associée à une hygiène de sommeil inadéquate (qui inclut, entre autres, les facteurs environnementaux comme la lumière, le bruit, la température ambiante, le matelas, le partenaire, les enfants...).

- Trois catégories correspondent davantage aux insomnies primaires :
 1. L'insomnie psychophysiologique qui est la plus fréquente débute généralement par une insomnie secondaire qui se chronicise et persiste après la disparition du facteur précipitant à cause du développement d'anxiété de performance et de mauvaises habitudes de sommeil qui deviennent alors des facteurs perpétuants (voir section IV).
 2. L'insomnie paradoxale (*sleep state misperception*) où le patient se plaint d'une insomnie sévère qui n'est pas présente à l'enregistrement polysomnographique ou à l'actigraphie et qui présente beaucoup moins de conséquences diurnes que ce qui serait attendu en fonction de la privation de sommeil rapportée.
 3. L'insomnie idiopathique qui débute dans l'enfance, qui ne présente pas de période de rémission soutenue et où le facteur précipitant n'est pas retraçable.

B. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-5 (6)

B.1 LISTE DES DIAGNOSTICS DES TROUBLES DU SOMMEIL.

SLEEP-WAKE DISORDERS

INSOMNIA DISORDER

HYPERSONOLENCE DISORDER

NARCOLEPSY

BREATHING RELATED SLEEP DISORDERS

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA HYPOPNEA

CENTRAL SLEEP APNEA

SLEEP-RELATED HYPOVENTILATION

CIRCADIAN RHYTHM SLEEP-WAKE DISORDERS

PARASOMNIAS

NON-REM SLEEP AROUSAL DISORDERS

SLEEP WALKING

SLEEP TERRORS

NGHTMARE DISORDER

REM SLEEP BEHAVIOR DISORDER

RESTLESS LEGS SYNDROME

SUBSTANCE / MEDICATION INDUCED SLEEP DISORDER

OTHER SPECIFIED / UNSPECIFIED

B.2 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'INSOMNIE (DSM-5) (6)

INSOMNIA DISORDER

A. *A predominant complaint of dissatisfaction with sleep quantity or quality, associated with one (or more) of the following symptoms :*

1. *Difficulty initiating sleep. (In children, this may manifest as difficulty initiating sleep without caregiver intervention.)*
2. *Difficulty maintaining sleep, characterized by frequent awakenings or problems returning to sleep after awakening. (In children, this may manifest as difficulty returning to sleep without caregiver intervention.)*
3. *Early-morning awakening with inability to return to sleep.*

- B. *The sleep disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, educational, academic, behavioral, or other important areas of functioning.*
- C. *The sleep difficulty occurs at least 3 nights per week.*
- D. *The sleep difficulty is present for at least 3 months.*
- E. *The sleep difficulty occurs despite adequate opportunity for sleep.*
- F. *The insomnia is not better explained by and does not occur exclusively during the course of another sleep-wake disorder (narcolepsy, a breathing-related sleep disorder, a circadian rhythm sleep-wake disorder, a parasomnia).*
- G. *The insomnia is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication).*
- H. *Coexisting mental disorders and medical conditions do not adequately explain the predominant complaint of insomnia.*

Specify if :

With non-sleep disorder mental comorbidity

With other medical comorbidity

With other sleep disorder

Specify if :

Episodic : Symptoms last at least 1 month but less than 3 months.

Persistent : 3 months or longer.

Recurrent : Two (or more) episodes within the space of one year.

Note : Acute and short-term insomnia (i.e., symptoms lasting less than 3 months but otherwise meeting all criteria with regard to frequency, intensity, distress, and/or impairment) should be coded as an other specified insomnia disorder.

B.3 ÉTAPES DE L'ALGORITHME DIAGNOSTIQUE DES TROUBLES DU SOMMEIL DU DSM-IV : SOINS PRIMAIRES (11)

Le tableau clinique peut comporter :

- Des perturbations du sommeil;
- Une somnolence excessive;

- Des événements survenant au cours du sommeil (par exemple, des rêves effrayants, des réveils brutaux).

ÉTAPE 1 Évaluer si une ***affection médicale générale ou l'utilisation d'une substance*** jouent un rôle et si la perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par ***un autre trouble mental***.

- A. **G47.9** **Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale** ou
G47.3 **Trouble du sommeil lié à la respiration**
- B. **Trouble du sommeil induit par une substance** (voir les codes spécifiques)
- C. **F51.0** **Insomnie liée à un autre Trouble mental** ou
F51.1 **Hypersomnie liée à un autre Trouble mental**

ÉTAPE 2 Si la personne qui se plaint de perturbations du sommeil ***voyage souvent à travers plusieurs fuseaux horaires*** ou a ***un travail posté***, envisager :

- F51.2** **Trouble du sommeil lié au rythme circadien** (Trouble du rythme veille sommeil).

ÉTAPE 3 Si les symptômes sont essentiellement ***des événements survenant au cours du sommeil*** (c'est-à-dire des réveils brutaux, des rêves effrayants, une déambulation pendant le sommeil), envisager :

- A. **F51.5** **Cauchemars (rêves d'angoisse)**
- B. **F51.4** **Terreurs nocturnes**
- C. **F51.3** **Somnambulisme**
- D. **F51.8** **Parasomnie non spécifiée**

ÉTAPE 4 Si la plainte essentielle est une ***insomnie*** (c'est-à-dire une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil), envisager :

- A. **F51.0** **Insomnie primaire** (si les symptômes persistent plus d'un mois)

- B. **F51.9** **Dyssomnie non spécifiée** (les symptômes persistent moins d'un mois)

- ÉTAPE 5 Si la plainte essentielle est une **somnolence excessive**, envisager :
- A. **G47.4** **Narcolepsie** (attaque de sommeil)
 - B. **G47.3** **Trouble du sommeil lié à la respiration** (voir l'étape 1A)
 - C. **F51.1** **Hypersomnie primaire (Épisodes de sommeil prolongé, épisodes réguliers de sommeil diurne)**
 - D. **F51.9** **Dyssomnie non spécifiée**

- ÉTAPE 6 Si une perturbation cliniquement significative est présente, mais que **les critères d'aucun des Troubles décrits auparavant ne sont remplis**, envisager :
- F51.9** **Dyssomnie non spécifiée**

- ÉTAPE 7 Si le clinicien a déterminé qu'aucun Trouble n'est présent, mais souhaite noter l'existence de **symptômes**, envisager :
- G47.9** **Perturbations du sommeil, rêves effrayants**
 - G47.9** **Insomnie**
 - G47.9** **Somnolence excessive**

C. SIGNES ET SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES À ÉVALUER EN PLUS DE L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE GÉNÉRALE

L'entrevue diagnostique de l'insomnie (Morin C.) que vous pouvez retrouver en Annexe I constitue un excellent complément d'évaluation à l'entrevue psychiatrique générale.

Il importe de bien faire préciser les caractéristiques des problèmes de sommeil. On explorera les points suivants :

- Difficultés d'endormissement
- Délais d'endormissement (latence du sommeil)
- Éveils nocturnes :
 - Fréquence
 - Durée
 - Période de la nuit
 - Facteurs précipitants (douleurs, bruit...)
- Éveils matinaux précoces :
 - Fréquence
 - Horaire
 - Facteurs précipitants
- Horaire de sommeil typique
- Distinctions semaine vs fin de semaine ou vacances
- Constance de l'horaire de sommeil
- Siestes volontaires ou involontaires :
 - Fréquence
 - Durée
 - Horaire
- Historique des problèmes de sommeil :
 - Depuis combien de temps
 - Apparition des problèmes de sommeil :
 - Contexte
 - Délai subit ou progressif
 - Évolution dans le temps :
 - Facteurs qui aggravent ou qui soulagent les troubles de sommeil
- Rituel avant l'endormissement
- Activité lors des éveils nocturnes
- Environnement de sommeil :
 - Partenaire
 - Lit, matelas, oreillers
 - Chambre :
 - Température
 - Bruit
 - Autres activités (télévision, bureau, téléphone, radio, lecture...)

- Symptômes associés à d'autres troubles du sommeil que l'insomnie (si possible auprès du partenaire) :
 - Paresthésies des jambes sans repos (*restless leg syndrome*)
 - Myoclonies
 - Ronflements
 - Pausés dans la respiration
 - Éveil avec sensation de suffocation (gasp)
 - Céphalées au lever
 - Attaques de sommeil le jour
 - Paralysie du sommeil
 - Hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques (dans plusieurs modalités sensorielles)
 - Cataplexie (brefs épisodes de perte soudaine de tension musculaire bilatérale, le plus souvent en rapport avec une émotion intense)
 - Cauchemars
 - Terreurs nocturnes
 - Agitation intense des troubles de comportements du sommeil REM (*REM sleep behavior disorder*)
 - Somnambulisme
- Conséquences diurnes des problèmes de sommeil :
 - Interférence avec le fonctionnement
 - Somnolence subjective
 - Fatigue
 - Troubles de concentration
 - Humeur (anxiété, tristesse, irritabilité...)
- Vécu subjectif par rapport aux troubles de sommeil :
 - Inquiétude
 - Dramatisation
 - Intolérance
- À quel point les troubles de sommeil et leurs conséquences sont-ils perçus par l'entourage?

L'index de sévérité de l'insomnie (Annexe II) est une échelle auto administrée qui permet de quantifier ces derniers éléments et d'en suivre l'évolution au cours de la thérapie.

On évaluera les habitudes de vie qui peuvent avoir un impact significatif sur le sommeil.

- Activités physiques :
 - Fréquence
 - Intensité
 - Horaires (avant le coucher?)
- Hydratation avant le coucher (quantité)
- Caféine et autres stimulants (café, thé, boissons énergisantes...) (quantité, horaire)
- Tabac (quantité)
- Alcool (fréquence, quantité, horaire, tolérance, sevrage, palimpseste ou *black out*, delirium tremens)
- Médicaments (nature, dose, horaires)
- Drogues (nature, fréquence, doses, horaire, conséquences).

Insomnies induites par des substances et des médicaments

Les substances peuvent avoir un rôle étiologique. On parlera alors du trouble du sommeil induit par cette substance, type insomnie. Pour confirmer cette relation, on observe trois facteurs principaux :

1. S'agit-il d'une substance dont l'impact sur le sommeil est reconnu? (Par exemple : alcool, amphétamines, cocaïne, khat, «ice», anorexigènes, méthylphénidate, NMDA ou *ectasy*, caféine, opiacés, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, stéroïdes, bronchodilatateurs, bêta-bloquants, diurétiques...).
2. Existe-t-il une relation temporelle étroite entre l'usage (intoxication ou sevrage) de la dite substance et les troubles de sommeil?
3. Existe-t-il une relation entre la dose de cette substance et l'importance des troubles de sommeil?

On évaluera aussi l'historique d'utilisation des médicaments hypnotiques (type de médicament, dose, durée, fréquence, bénéfices à court et long terme, tolérance, abus, dépendance, réaction lors des tentatives de sevrage...).

Insomnies induites par des affections médicales et psychiatriques

En ce qui concerne les pathologies médicales, un examen physique et un questionnaire médical général incluant la revue des systèmes sont généralement nécessaires afin d'établir les

examens para cliniques qui seront indiqués. Il existe de nombreuses pathologies médicales qui peuvent provoquer des troubles de sommeil. Mentionnons à titre d'exemple : les affections douloureuses, l'hyperthyroïdie, l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, etc.

L'évaluation psychiatrique permettra d'établir la présence d'autres troubles mentaux qui peuvent être la cause des problèmes de sommeil ou qui agissent en tant que facteurs précipitants ou perpétuants. Certains tests complémentaires peuvent être utilisés (Annexes III et IV).

Mentionnons en terminant cette section que la perception subjective du sommeil est sujette à d'importantes distorsions. Quoiqu'on fasse (mis à part peut-être l'enregistrement polysomnographique), cette caractéristique rend l'évaluation difficile. Pour minimiser ce problème, il est souvent utile de questionner précisément une période limitée et très récente (par exemple la dernière semaine). L'évaluation prospective du sommeil sur une ou deux semaines par un questionnaire structuré comme l'agenda du sommeil (Annexe IV) constitue un complément d'évaluation précieux. Il sera d'ailleurs utilisé par la suite jusqu'à la fin de la thérapie.

D. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Lorsque le questionnaire et l'examen physique évoquent la possibilité qu'une condition médicale soit un facteur contributif significatif au trouble du sommeil, les investigations appropriées seront complétées.

Les évaluations polygraphiques du sommeil (polysomnographie ou PSG) comportent généralement un électroencéphalogramme (EEG), un électro-oculogramme pour enregistrer les mouvements oculaires rapides (EOG) et un électromyogramme (EMG) des muscles sous-mentonniers pour enregistrer le tonus musculaire. On peut mesurer aussi le débit aérien nasobuccal, l'activité des muscles respiratoires, l'oxymétrie sanguine lorsqu'on soupçonne un trouble du sommeil lié à la respiration. On mesure aussi parfois l'EMG des muscles tibiaux antérieurs lorsqu'on soupçonne des myoclonies nocturnes (syndrome idiopathique des mouvements périodiques des membres).

Le test itératif d'endormissement et le test de maintien de l'éveil consistent à enregistrer le sommeil au cours de plusieurs siestes répétées à intervalle de deux heures. Ces tests visent à évaluer de façon plus objective la somnolence diurne.

Ces évaluations standardisées et spécialisées se font en laboratoire de sommeil et ne sont pas recommandées pour tous les patients souffrant d'insomnie. On les réserve généralement aux patients qui présentent une somnolence diurne significative ou lorsqu'on soupçonne un problème d'hypersomnie, de la narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, une parasomnie, un syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil (syndrome des jambes sans repos), une insomnie associée à une perturbation des rythmes circadiens et parfois aussi lorsque le diagnostic d'insomnie est particulièrement difficile ou les traitements usuels inefficaces.

E. INVENTAIRES ET ÉCHELLES UTILISÉS AU MOMENT DE L'ÉVALUATION

1. Entrevue diagnostique de l'insomnie (Morin C, communication personnelle) : Annexe I

Ce questionnaire ne remplacera pas l'évaluation clinique soignée d'un trouble de sommeil, mais il pourra certainement aider la plupart des cliniciens à couvrir les principaux éléments d'information pertinents.

Il s'agit d'un questionnaire auto administré, mais nous suggérons de le compléter avec le patient ou de le revoir avec lui pour s'assurer que chaque question a été bien comprise et pour préciser les détails concernant les points problématiques ou douteux. La section «8.1» nous semble particulièrement difficile à saisir pour la plupart des patients et nécessite très souvent des précisions et des explications si on souhaite obtenir des réponses fiables.

2. Index de sévérité de l'insomnie (Morin C) : Annexe II

Cette échelle auto administrée permet d'évaluer la perception qu'a le patient de la sévérité de son insomnie et de son impact sur le fonctionnement diurne. Elle peut être utilisée de façon répétée pour suivre l'évolution.

3. Inventaire de Beck pour la dépression, PHQ-9 et Inventaire de Beck pour l'anxiété : Annexe III

Plusieurs autres échelles peuvent être utilisées selon les symptômes associés. Nous avons inclus celles-ci, car la dépression et les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus courants dans la population générale et sont souvent associés à des difficultés de sommeil.

Rappelons qu'il s'agit de deux échelles d'intensité symptomatique qui sont sensibles pour observer les changements dans le temps, mais elles ne sont pas des échelles diagnostiques. Le DSM-IV (7) est l'outil le plus utilisé en clinique pour établir des diagnostics.

4. Agenda du sommeil (Annexe IV)

L'agenda du sommeil retrouvé à l'Annexe IV est le résultat de légères modifications apportées à la version de Charles Morin.

Il n'est pas simple d'utilisation surtout lorsqu'on doit calculer les trois moyennes hebdomadaires. Nous avons aussi adapté des instructions pour le patient de façon à en faciliter l'utilisation en plus d'ajouter une version simplifiée. Cette dernière ne permet pas un calcul aussi précis de l'efficacité du sommeil, mais elle est beaucoup plus facile à compléter.

Les bénéfices apportés par son utilisation au niveau de la documentation prospective du problème de sommeil et au niveau du suivi du traitement dépassent largement les inconvénients. Les phénomènes qui entourent le sommeil surviennent évidemment alors que notre état de conscience est altéré; ils sont oubliés très rapidement et deviennent l'objet de distorsions cognitives importantes qui rendent souvent le questionnaire rétrospectif peu fiable.

Nous encourageons les patients à laisser l'agenda du sommeil et un crayon sur leur table de chevet et à le compléter dès le lever.

Nous suggérons de bien expliquer au patient le rôle primordial de l'agenda du sommeil et la façon de le compléter en veillant si possible à faire un exemple avec lui.

Les moyennes hebdomadaires et l'efficacité du sommeil pourront être rapportées sur la feuille «résumé de thérapie» (Annexe V) qui permettra d'un coup d'œil de fixer une ligne de base et de suivre l'évolution du traitement.

5. Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil (CADS) (Morin C., communication personnelle) : Annexe VI

Cette échelle auto administrée peut être utilisée dès l'évaluation initiale d'un problème d'insomnie, lorsqu'on débute la phase cognitive de la thérapie. On peut aussi s'en servir de façon répétée pour observer les croyances dysfonctionnelles les plus importantes et leur évolution en cours de traitement.

SECTION III

RÔLE DES MÉDICAMENTS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Il existe plusieurs médicaments dont l'efficacité a été démontrée pour améliorer à court terme certains paramètres du sommeil chez les patients insomniaques.

Les plus fréquemment prescrits sont les **benzodiazépines et les autres agonistes des récepteurs benzodiazépiniques** aussi appelés les *Z-drugs* parce que leurs noms génériques débutent par la lettre Z (zopiclone, zaleplon, zolpidem, eszopiclone). Les barbituriques, certains antidépresseurs et différents médicaments hypnotiques sans ordonnance sont également utilisés.

Les benzodiazépines

Le flurazépam (Dalmane, Somnol), le nitrazépam (Mogadon), le témazépam (Restoril) et le triazolam (Halcion) sont les benzodiazépines dont l'indication est reconnue par la Direction Générale de Protection de la Santé du Canada dans le traitement à court terme de l'insomnie. En pratique, plusieurs autres benzodiazépines sont utilisées pour cette indication par la plupart des médecins.

De façon générale, les benzodiazépines diminuent la latence du sommeil (LS), le nombre et la durée des éveils nocturnes, et augmentent le temps total de sommeil (TTS) ainsi que l'efficacité du sommeil (ES). Elles ont tendance à provoquer un sommeil léger augmentant les stades 2 et diminuant les stades 3 et 4.

La pharmacocinétique nous guidera dans le choix d'une benzodiazépine.

TABLEAU III.1

PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES DES BENZODIAZÉPINES						
Médicament	Dose orale équivalente approximative	Délai d'atteinte du pic plasmatique (heures)	Début d'action R=rapide (<1h) I=intermédiaire (1 à 3 h) L=lent (>3h)	Métabolite(s) actif(s)	Voie métabolique	Demi-vie approximative (incluant les métabolites actifs)
Longue demi-vie						
Chlordiazépoxyde	10	0,5 à 4	I	Oui	Oxydation	100

PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES DES BENZODIAZÉPINES						
Médicament	Dose orale équivalente approximative	Délai d'atteinte du pic plasmatique (heures)	Début d'action R=rapide (<1h) I=intermédiaire (1 à 3 h) L=lent (>3h)	Métabolite(s) actif(s)	Voie métabolique	Demi-vie approximative (incluant les métabolites actifs)
Clorazébate	7,5	0,5 à 2	R	Oui	Oxydation	100
Diazépam	5	0,5 à 2	R	Oui	Oxydation	100
Flurazépam	15	0,5 à 1	R	Oui	Oxydation	100
Demi-vie intermédiaire						
Alprazolam	0,5	1 à 2	I	Oui	Oxydation	12 à 15
Bromazépam	6	1 à 4	I	Oui	Conjugaison	8 à 30
Clobazam	10	1 à 4	I	Oui	Oxydation	10 à 46
Clonazépam	1	1 à 2	I	Non	Réduction	20 à 80
Lorazépam	1	2 à 4	I	Non	Conjugaison	10 à 20
Nitrazépam	5	2 à 3	I	Non	Réduction	16 à 55
Oxazépam	15	2 à 4	L	Non	Conjugaison	5 à 15
Témazépam	15	2 à 3	I	Non	Conjugaison	10 à 20
Courte demi-vie						
Midazolam	Non applicable		IM : 5à 15 min. IV :1.5 à 5 min.	Oui	Oxydation	1 à 4
Triazolam	0,25	1 à 2	R	Non	Oxydation	1,5 à 5

Les agents très liposolubles et dont l'absorption est rapide (flurazépam, diazépam) seront préférés face aux problèmes d'induction de sommeil, mais la longue demi-vie de ces deux substances peut être associée à de la somnolence diurne surtout si la dose est trop élevée et à de l'accumulation lors d'usage répété surtout chez les personnes âgées ou celles qui ont une fonction hépatique déficiente.

En cas de problèmes hépatiques et chez les personnes âgées, les benzodiazépines qui sont directement conjuguées sans devoir être desméthylées seront souvent préférées : bromazépam (Lectopam), lorazépam (Ativan), oxazépam (Serax) et témazépam (Restoril).

Lors d'usages répétés chez les personnes âgées ou débilisées, on favorisera de plus les benzodiazépines ayant des demi-vies assez courtes pour limiter le risque d'accumulation. Les benzodiazépines ayant des demi-vies plus longues, sans être totalement à proscrire, devront être utilisées avec plus de prudence dans un tel contexte.

Le flurazépam (Dalmane) est absorbé rapidement et aide l'induction du sommeil. Sa longue demi-vie favorise l'accumulation en doses répétées. Ses bénéfices sur le sommeil ont été démontrés jusqu'à un mois d'utilisation continue.

Le témazépam (Restoril) produit moins d'accumulation, mais est absorbé plus lentement. Des études jusqu'à trois mois ont démontré peu de tolérance, ce qui pourrait parfois être avantageux. Il a aussi l'avantage de ne pas avoir de métabolite actif et d'être directement conjugué.

Le triazolam (Halcion) est absorbé rapidement et a une très courte demi-vie donc un effet rapide et peu de risque d'accumulation. Il est plus sujet à provoquer des éveils en fin de nuit et a parfois été associé à des phénomènes d'amnésie antérograde, de chutes et de confusion.

À long terme, l'usage régulier d'une benzodiazépine pour induire le sommeil n'est généralement pas indiqué. Une tolérance assez rapide à l'effet hypnotique des benzodiazépines semblait se développer dans les études initiales sur le sujet (contrairement à l'effet anxiolytique pour lequel il y a peu ou pas de tolérance). Cette notion de tolérance à l'effet hypnotique est actuellement un sujet de controverse. De façon générale, dans ces études, les bénéfices de la benzodiazépine semblaient se maintenir, mais le groupe placebo continuant de s'améliorer progressivement sur plusieurs semaines, la différence entre les deux groupes devenait statistiquement non significative.

Par ailleurs, l'usage régulier de benzodiazépines provoque de la dépendance physique et psychologique. Lors des sevrages, on observera de l'insomnie et de l'anxiété rebond (c.-à-d. au-dessus du niveau prétraitement) et plusieurs autres symptômes de sevrage (tremblements, diaphorèse, tension musculaire, cauchemars... et parfois même des convulsions). Même si cette dépendance, au sens physiologique du terme, fait partie des inconvénients des benzodiazépines, rares sont les patients n'ayant pas de passé d'abus ou de dépendance aux substances qui développent un problème d'abus ou de dépendance aux benzodiazépines au sens clinique du DSM, lorsqu'ils y sont exposés. L'escalade des doses et l'usage abusif des benzodiazépines sont exceptionnels lorsqu'on prend soin d'éviter de les prescrire aux personnes qui ont des antécédents d'abus de substance. L'apparition d'une telle escalade de dose devrait nous inciter à les prescrire avec une très grande prudence et à songer à des alternatives.

Puisque, avec le temps, les bénéfices sur le sommeil vont en diminuant ou au mieux plafonnent, et que les inconvénients vont en augmentant, l'usage régulier et prolongé des

benzodiazépines à titre d'hypnotique est généralement peu recommandé (ce qui est moins vrai en ce qui concerne l'effet anxiolytique).

Les agonistes des récepteurs benzodiazépiniques

Il existe de nouveaux hypnotiques qui sont des agonistes des récepteurs benzodiazépiniques sans avoir la structure chimique des benzodiazépines. Nous disposons sur le marché canadien de la zopiclone (Imovane) et du zolpidem (Sublinox au Canada et Ambien aux États-Unis). Le zaleplon (Starnoc) a été retiré du marché et, dans la même famille, l'eszopiclone (Lunesta) n'est pas disponible au Canada. Ces médicaments semblent moins perturber l'architecture du sommeil que les benzodiazépines.

La zopiclone est absorbée rapidement et a une demi-vie de six heures. Elle diminue la latence de sommeil, le nombre et la durée des éveils. Elle semble provoquer moins d'insomnie rebond que le triazolam. Elle peut provoquer de la somnolence résiduelle le matin et des problèmes de coordination.

Contrairement à la zopiclone, le zaleplon et le zolpidem ont une affinité préférentielle pour le récepteur α -1 du complexe de récepteurs GABA_A. Cette sélectivité expliquerait pourquoi ils ont peu d'effet anxiolytique et moins d'effets secondaires psychomoteurs.

Deux études récentes (randomisées et avec groupe témoin placebo), l'une avec le zolpidem et l'autre avec l'eszopiclone, suggèrent que les bénéfices hypnotiques de ces médicaments se maintiennent même après plusieurs mois (8 et 6 mois respectivement) (19 et 20).

Barbituriques, antidépresseurs et médicaments hypnotiques sans ordonnance dont les produits naturels

-- Les **barbituriques** ne sont plus recommandés dans le traitement de l'insomnie à cause de leur toxicité, des interactions et du risque élevé de dépendance.

-- Quelques **antidépresseurs** sont assez souvent utilisés pour favoriser le sommeil. Des données confirment que certains antidépresseurs tricycliques (ATC) peuvent diminuer la LS et améliorer la continuité du sommeil. Il ne faut pas oublier que les ATC ont un potentiel de toxicité élevé en cas de surdosage et des effets secondaires anticholinergiques, antihistaminiques et adrénolytiques assez importants.

Lorsque l'amitriptyline est utilisée comme hypnotique, les doses sont généralement faibles (10 à 50 mg HS) et nettement inférieures aux doses antidépresseurs. Ce n'est

généralement pas un hypnotique de premier choix, mais il est parfois utilisé dans le but de combiner l'effet hypnotique et analgésique chez certains patients où la douleur est un facteur contributif à l'insomnie.

La trazodone (Desyrel) est couramment utilisée à titre d'hypnotique à des doses de 25 à 100 mg. Elle ne provoque pas de dépendance physique et est moins toxique que les ATC. Elle est peu sujette à provoquer des effets secondaires antihistaminiques ou anticholinergiques. Il faut toutefois surveiller l'hypotension orthostatique surtout avec les doses plus élevées. Ce médicament semble augmenter le sommeil profond.

Rappelons qu'il existe peu de données et qu'aucun antidépresseur n'a l'approbation officielle de la Direction Générale de la Protection de la Santé du Canada pour le traitement de l'insomnie. Ils sont toutefois beaucoup moins sujets à provoquer de l'abus ou de la dépendance que les benzodiazépines.

-- Les **médicaments hypnotiques sans ordonnance** sont essentiellement des agents antihistaminiques. Leur efficacité semble limitée et ils ne sont pas dénués d'effets secondaires significatifs. La tolérance à leur effet hypnotique se développe rapidement lors d'une prise régulière. Il peut s'en suivre une escalade des doses. De plus, il existe un potentiel d'abus de ces médicaments. Plusieurs d'entre eux ont, en plus de leur effet antihistaminique, un effet anticholinergique significatif qui est associé à de multiples effets secondaires (bouche sèche, vision embrouillée, constipation, troubles cognitifs pouvant aller jusqu'au delirium lors de surdosages où chez les personnes à risque).

-- Parmi les **produits naturels**, la mélatonine, les extraits de valériane et de passiflore sont les plus utilisés. Ils sont généralement bien tolérés, mais nous disposons de peu de données scientifiques sur leur efficacité. En ce qui concerne la mélatonine, les données sont meilleures en ce qui concerne son efficacité pour traiter le délai ou l'avance de phase.

De façon générale, les médicaments hypnotiques doivent être limités à un usage occasionnel ou à court terme dans les cas d'insomnie aiguë reliée à des facteurs de stress, décalage horaire ou autres. Ils sont peu utiles et parfois nuisibles dans le traitement de l'insomnie psychophysiologique chronique. Les rares études comparatives suggèrent que ces médicaments agissent rapidement, mais de façon transitoire et sont associés à des difficultés supplémentaires lors du sevrage. Par contre, la psychothérapie cognitivo-comportementale agit plus lentement mais l'amélioration qui en résulte se maintient beaucoup mieux après la fin de l'intervention.

Lorsqu'on suggère le sevrage des hypnotiques, il faut être particulièrement prudent avec les patients souffrants d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble bipolaire, où l'insomnie est un facteur de risque de rechute.

Si vous souhaitez accompagner votre patient dans le sevrage d'un médicament hypnotique, il faudra le faire de façon d'autant plus progressive que le médicament est sujet à provoquer de la dépendance (dans l'ordre décroissant : barbituriques, benzodiazépines puissantes, benzodiazépines moins puissantes, zopiclone et zaleplon, antidépresseurs) que la dose a été élevée et que la durée d'utilisation a été prolongée.

Utiliser des doses fixes, régulières et à la même heure.

Utiliser un programme de sevrage structuré (Annexe VIII) (12).

Les derniers milligrammes sont souvent les plus difficiles à supprimer. Vous allez donc prendre soin de ralentir le rythme de diminution à mesure que le sevrage avance. Dans certains cas, une fois la dose la plus faible atteinte, on suggérera de la prendre six jours sur sept pour une ou deux semaines, puis cinq jours sur sept en prenant soin d'espacer les jours sans médicament, et ainsi de suite.

SECTION IV

LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

L'insomnie primaire se développe généralement sous la forme d'un cercle vicieux (Figure IV.1)

La plupart du temps, elle apparaît suite à la chronicisation d'une insomnie secondaire (voir Section IIA) qui persiste longtemps après que les facteurs précipitants soient disparus (Figure IV.2). C'est ce qu'on appelle l'insomnie psychophysiologique chronique.

1. Facteurs prédisposants

On croit (sans que cela ait été étudié prospectivement) que les sujets qui développent de l'insomnie primaire présentaient certains facteurs prédisposants. On mentionne la tendance à souffrir de symptômes dépressifs, à être plus facilement éveillable, hypervigilant, anxieux... En fait, la plupart des psychopathologies augmentent la vulnérabilité à l'insomnie.

Une surestimation de l'importance du sommeil, du besoin de contrôle du sommeil et une faible tolérance à l'inconfort ou à l'incertitude sont possiblement des facteurs cognitifs préalables à l'insomnie qui en augmentent le risque.

2. Facteurs précipitants

La majorité des insomniaques chroniques peuvent identifier un facteur de stress associé au début de l'insomnie. Il peut s'agir d'un événement stressant, d'un épisode dépressif ou d'une condition médicale.

En présence de danger, il est normal et même souhaitable que notre cerveau favorise la vigilance et minimise le sommeil, surtout le sommeil profond au cours duquel on est plus vulnérable. Cette caractéristique a sans doute favorisé la préservation de l'espèce. La réaction physiologique à une menace éventuelle ou hypothétique semble très similaire à celle qu'on observe face à un danger imminent. Ainsi donc notre corps réagit davantage au danger tel qu'il est perçu qu'au danger réel. C'est sans doute la raison pour laquelle les cognitions sont des médiateurs importants entre les facteurs de stress et leur impact sur le sommeil.

3. Facteurs perpétuants

Les facteurs précipitants ont provoqué une insomnie aiguë. La personne prédisposée aura alors tendance à présenter plusieurs distorsions cognitives dont voici quelques exemples :

- Concentration sur les conséquences négatives de l'insomnie (abstraction sélective);
- Attribution aux problèmes de sommeil de difficultés qui n'y sont pas nécessairement reliées (fausses attributions, conclusions hâtives);
- Surestimation de la gravité des conséquences (dramatisation);
- Surestimation de l'insomnie elle-même (en effet, les patients insomniaques sous-estiment de façon importante leur nombre d'heures de sommeil, et ce, même lorsqu'ils savent que leur sommeil a été enregistré).

Ces distorsions cognitives alimentent l'anxiété de performance et d'anticipation. L'anxiété augmente le niveau de vigilance et vient directement aggraver les difficultés de sommeil. De plus, cette anxiété aura tendance à engendrer des comportements mésadaptés. En l'occurrence, la personne aura souvent tendance à essayer de compenser en restant au lit plus longtemps, en luttant contre l'insomnie ou en évitant de se relever lorsque l'endormissement tarde à venir. Ces comportements vont diminuer d'autant l'efficacité du sommeil. Le lit et la chambre, au lieu d'être associés au sommeil, deviennent associés à l'insomnie (conditionnement classique). C'est la raison pour laquelle les insomniaques chroniques s'endorment souvent plus facilement dans un fauteuil ou chez des amis que dans leur propre lit.

Une fois ce stade atteint, la disparition des facteurs précipitants ne suffira généralement plus à mettre fin à l'insomnie. Les facteurs perpétuants sont devenus suffisants pour entretenir l'insomnie (Tableau IV.1), raison pour laquelle cette dernière pourra perdurer plusieurs années après que les facteurs précipitants soient disparus. C'est à cause de cette absence ou de la disparition des facteurs précipitants immédiats qu'on la nomme : insomnie primaire.

TABLEAU IV.1

MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Tendance à l'hypervigilance
- «Terrain anxiodépressif», Psychopathologie
- Surestimation de l'importance du sommeil et autres croyances erronées concernant le sommeil

2. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Événements stressants
- Épisode dépressif majeur, Trouble d'adaptation...
- Condition médicale

3. FACTEURS PERPÉTUANTS

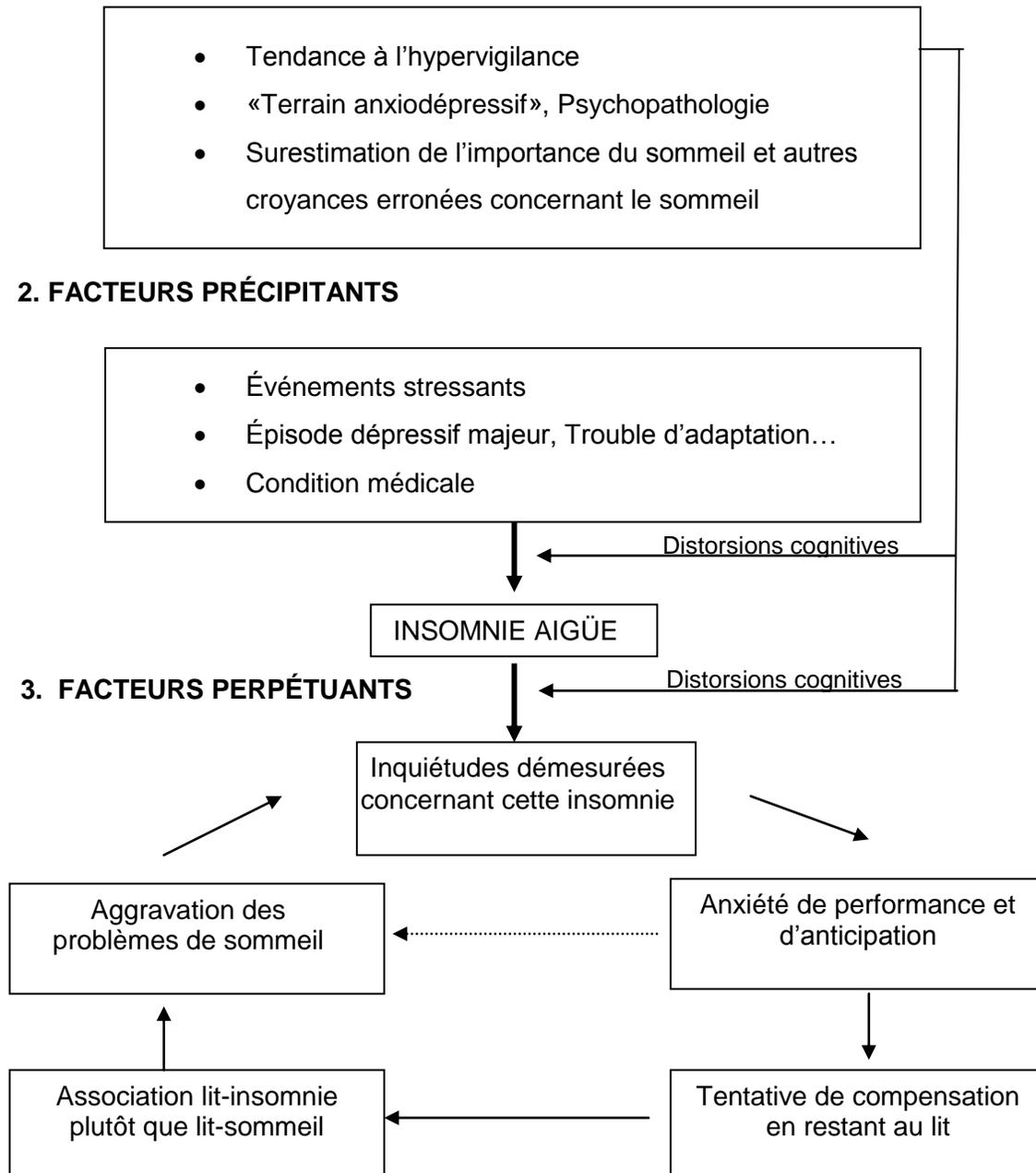
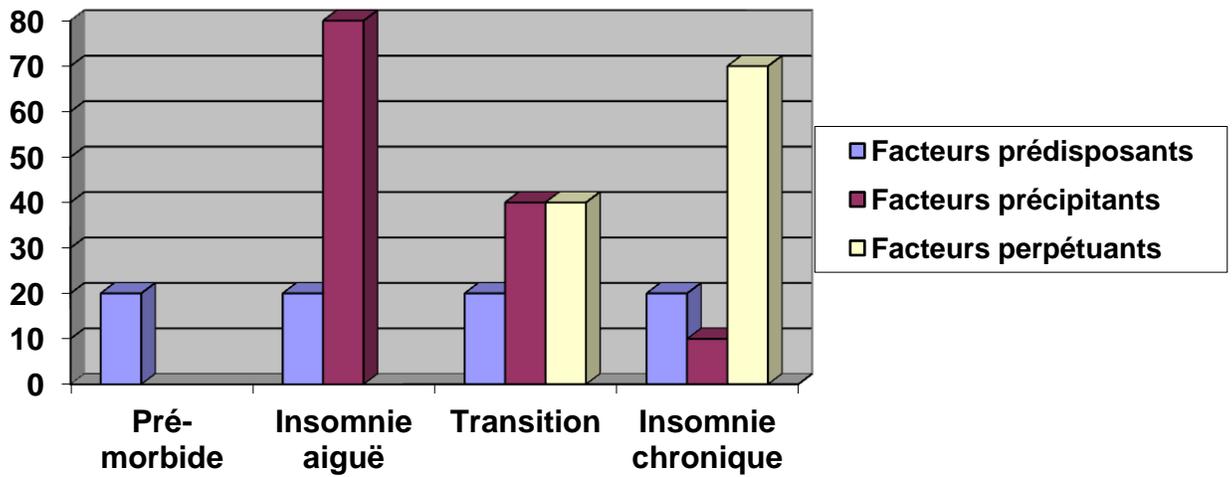


FIGURE IV.1

HISTOIRE NATURELLE DE L'INSOMNIE

Traduit de Spielman et Glovinsky (13)



SECTION V

L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

DU TRAITEMENT DE L'INSOMNIE PRIMAIRE A-T-ELLE SA PLACE

DANS LE TRAITEMENT DES INSOMNIES SECONDAIRES?

En présence d'une insomnie secondaire, nous nous préoccupons d'abord de **traiter la cause** de l'insomnie.

Trois facteurs importants militent en faveur de l'utilisation d'une approche cognitivo-comportementale en présence d'insomnie secondaire :

1. La cause de l'insomnie n'est pas toujours entièrement traitable.
2. Plus important encore, comme on l'a vu dans la section précédente, l'insomnie primaire provient souvent d'un cercle vicieux apparaissant d'abord lors d'une insomnie secondaire, qui se chronicise et perdure après que les facteurs étiologiques soient résorbés.

Ces techniques peuvent donc jouer ici un rôle préventif important.

3. La distinction entre les insomnies primaires et secondaires n'est pas toujours claire. L'insomnie est souvent multifactorielle et dans plusieurs cas d'insomnie secondaire, le cercle vicieux susmentionné joue aussi un rôle important.

De façon générale dans cette situation, nous avons tendance à appliquer ce guide de pratique de façon moins stricte que dans les cas d'insomnie psychophysiologique chronique. Souvent quelques conseils et explications suffiront à prévenir l'installation d'une insomnie chronique. Lorsque la restriction du sommeil est indiquée, elle se fait souvent de façon moins sévère et plus progressive.

À ce niveau, les intervenants de première ligne bien informés peuvent facilement prévenir beaucoup de chronicisation sans pour autant avoir une formation avancée en thérapie cognitivo-comportementale et avec un investissement de temps somme toute minime, mais qui survient tôt dans le processus d'installation du cercle vicieux de l'insomnie.

On sera tenté d'appliquer la méthode avec plus de rigueur si notre patient présente une préoccupation nettement démesurée par rapport à son insomnie secondaire. On doit toutefois tenir compte du fait qu'une privation de sommeil trop drastique peut nuire à la pathologie primaire, lorsqu'il s'agit d'un trouble de l'humeur ou de douleurs. Dans un tel cas nous tenterons

d'abord de stabiliser le trouble de l'humeur en ajoutant quelques conseils pour limiter autant que possible le développement des facteurs perpétuants et nous appliquerons la présente méthode avec plus de rigueur une fois cet objectif atteint, si cela s'avère toujours nécessaire.

<p style="text-align: center;">SECTION VI</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE</p>

Voici les huit étapes du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire que nous décrirons ensuite de façon détaillée :

- 1^{re} étape : L'évaluation (voir section II)
- 2^e étape : L'information au patient
 - A. Stades et cycles de sommeil
 - B. Fonctions du sommeil
 - C. Qu'est-ce qu'une nuit «normale» de sommeil?
 - D. Modèle cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire (voir Section IV)
- 3^e étape : Fixer des objectifs réalistes et préparer un plan de traitement
- 4^e étape : Prescrire ou cesser les médicaments s'il y a lieu (voir Section III)
- 5^e étape : Hygiène du sommeil
- 6^e étape : Restriction du sommeil et contrôle des stimuli
- 7^e étape : Aspects cognitifs
 - A. Présentation du modèle cognitif
 - B. Identification des pensées dysfonctionnelles concernant le sommeil
 - C. Restructuration cognitive
 - D. Techniques de résolution de problèmes
- 8^e étape : Maintien
 - A. Entrevue de consolidation
 - B. Résumé de thérapie
 - C. Fiche thérapeutique

1^{re} ÉTAPE : L'ÉVALUATION

L'évaluation se fait selon les paramètres mentionnés à la Section II. On utilise aussi les échelles et instruments de mesures détaillés à la Section II E. Rappelons l'importance de l'agenda du sommeil qui sera complété pendant une à trois semaines avant le début de la thérapie et servira ainsi de ligne de base. Les perturbations des rythmes circadiens nécessiteront souvent une ligne de base de quatre semaines ou plus. Nous suggérons d'introduire certains éléments psychoéducatifs avant de débiter l'agenda du sommeil pour que son utilité soit bien comprise par le patient et pour favoriser la motivation.

2^e ÉTAPE : L'INFORMATION AU PATIENT

Les aspects psychoéducatifs sont plus importants en début de thérapie, mais sont inhérents à la démarche cognitivo-comportementale et restent présents tout au long du suivi.

Lorsque c'est possible pour le patient, nous recommandons très chaleureusement la lecture de l'excellent ouvrage de vulgarisation de C. Morin (3) : « *Vaincre les ennemis du sommeil* » Un ouvrage de vulgarisation en anglais est aussi disponible (4). Pour les patients qui lisent peu, vous pouvez utiliser le manuel d'information destiné aux patients qui se retrouve à l'Annexe VII.

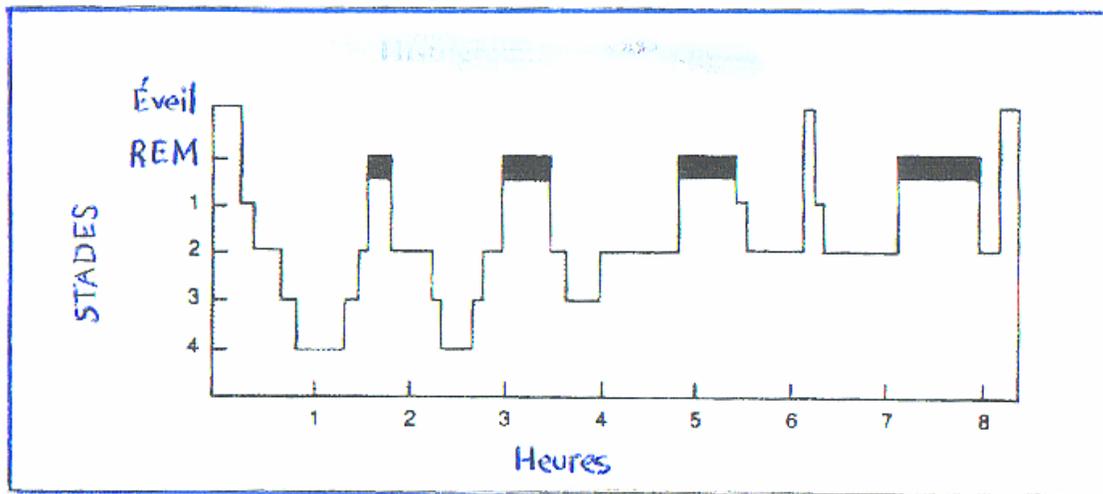
A. STADES ET CYCLES DU SOMMEIL

Il y a deux types de sommeil. Le sommeil paradoxal ou REM (*Rapid Eye Movement*) et le sommeil non-REM (NREM).

Le sommeil REM est le sommeil des rêves. Le corps est paralysé, les yeux bougent rapidement et le cerveau est très actif. Le sommeil NREM se divise en quatre stades du plus léger au plus profond. Les stades 3 et 4 sont aussi nommés sommeil delta ou sommeil profond.

Ces stades se reproduisent au cours de la nuit selon des cycles d'environ 90 minutes. Chez le jeune adulte qui a un bon sommeil, on retrouvera un agencement de stades du sommeil qui ressemble à la figure VI.1.

FIGURE VI.1
HISTOGRAMME DU SOMMEIL (Morin et Espie 2004, p. 3) (2)



B. FONCTIONS DU SOMMEIL

Le sommeil profond sert surtout à la récupération physique du corps. On note d'ailleurs que ce stade est augmenté après une journée où les efforts physiques ont été importants.

Le sommeil REM joue son rôle principal au niveau de l'adaptation psychologique, de l'apprentissage et de la répétition des comportements instinctifs d'espèce (autodéfense, agression, reproduction...).

C. QU'EST-CE QU'UNE NUIT «NORMALE» DE SOMMEIL?

La durée moyenne d'une nuit de sommeil est d'environ 7 à 8,5 heures chez l'adulte d'âge moyen et de 6 à 7 heures chez les personnes âgées. Une nuit beaucoup plus courte ou plus longue peut aussi être normale. Certains individus peuvent dormir régulièrement 4 à 5 heures sans montrer aucune somnolence ni difficulté de fonctionnement le jour. On les nomme «dormeurs courts». À l'opposé, certaines personnes vont éprouver de nettes difficultés et de la somnolence pendant le jour lorsqu'elles tentent de dormir moins de 9 heures. Ce sont les «dormeurs longs».

Bref, nous ne sommes pas tous identiques. Toutes tentatives de se priver pour une période prolongée du sommeil dont on a besoin, ou au contraire de dormir plus longtemps que ce que notre nature nous demande pour atteindre un nombre d'heures théoriquement souhaitable, ne pourront nous apporter que des ennuis.

Comment peut-on identifier le manque de sommeil? C'est la somnolence qui nous indique que nous manquons de sommeil. Il est cependant très important de bien la distinguer de la fatigue. La somnolence se manifeste par une forte envie de dormir, une lourdeur des paupières et une baisse importante de la vigilance. On peut alors avoir des chutes du tonus musculaire. On «cogne des clous», comme le dit l'expression populaire. Lorsque ces phénomènes se reproduisent plusieurs fois au cours d'une journée et pendant plusieurs jours, ils sont assez spécifiques pour identifier un manque de sommeil.

La fatigue correspond à un sentiment subjectif de manque d'énergie. C'est un symptôme beaucoup moins spécifique.

En simplifiant grossièrement, on pourrait dire que la somnolence nous signale que nous avons besoin de repos alors que la fatigue nous indique plutôt que nous avons besoin de changer de type d'activité.

Il est aussi important de distinguer la quantité de la qualité de sommeil. Des efforts effrénés pour augmenter la quantité de sommeil seront généralement peu fructueux et se solderont par un sommeil peu efficace, superficiel et entrecoupé de nombreux éveils.

Un autre paramètre important du sommeil est le moment de la journée où il s'installe. Nous avons une horloge biologique qui nous permet de régulariser nos cycles veille sommeil, nos cycles d'activités, la sécrétion de plusieurs hormones et la température de notre corps. Ces paramètres varient tous selon un cycle de 24 heures. Quand le signal de cette horloge s'affaiblit, c'est un peu comme si le corps faisait moins bien la distinction entre le jour et la nuit. On observe alors une vigilance moins bonne le jour et un sommeil plus léger la nuit. Plusieurs facteurs peuvent favoriser le renforcement de ce signal chrono biologique : des heures régulières de lever, de coucher et de repas, de l'activité physique pendant le jour, des contacts sociaux et une exposition à la lumière du jour. Parmi ces facteurs, des heures de lever régulières sept jours sur sept semblent le plus important. Ajoutons que la mélatonine joue un rôle central à ce niveau.

Le signal de l'horloge biologique peut aussi être décalé dans le temps. C'est ce qu'on appelle le délai de phase ou l'avance de phase, qu'on observe lors des décalages horaires et chez les personnes qui doivent changer de quart de travail de façon périodique. Mentionnons que le cycle biologique spontané est d'un peu plus de 24 heures. C'est la raison pour laquelle

on observe souvent une tendance naturelle à se coucher et à se lever de plus en plus tard tous les jours lorsqu'on est en vacance, en arrêt de travail et qu'on a peu d'incitatifs à maintenir un horaire régulier. C'est aussi ce qui explique qu'à décalage horaire égal, l'adaptation à un voyage d'ouest en est est souvent plus difficile que l'inverse.

En résumé, un bon sommeil se caractérise par une quantité suffisante pour ne pas éprouver de somnolence, une bonne qualité, une bonne continuité, des cycles veille-sommeil réguliers et un fonctionnement diurne optimal.

D. MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

Voir Section IV.

3^e ÉTAPE : FIXER DES OBJECTIFS RÉALISTES ET PRÉPARER UN PLAN DE TRAITEMENT

Il est très utile d'évaluer d'emblée les objectifs, la motivation et les ressources du patient.

En pratique, beaucoup de patients insomniaques souhaitent d'abord augmenter le nombre d'heures de sommeil. On a avantage à bien s'entendre sur le fait que cette thérapie va vraisemblablement augmenter de façon importante la qualité du sommeil, va diminuer significativement les conséquences diurnes pénibles de l'insomnie, mais la plupart du temps le nombre d'heures de sommeil n'augmentera que de façon modeste (fig. I.1).

De plus, comme dans le traitement de l'anxiété, le patient devra accepter de tolérer un inconfort plus important en début de traitement (pour une période d'environ deux à quatre semaines) s'il souhaite en retirer des bénéfices. Cet inconfort sera bref (2 à 4 semaines) et intense en cas de restriction sévère. Il sera moins intense, mais plus prolongé en cas de restriction progressive. S'il n'y pas de contre-indication, nous suggérons une restriction assez sévère (voir 6^{ième} étape), pour éviter que la motivation s'étiolle dans un processus qui se prolonge indûment.

Ce protocole de traitement constitue un ensemble cohérent et intégré. On risque d'en diminuer grandement l'efficacité si on tente de laisser de côté les éléments plus difficiles.

4^e ÉTAPE : PRESCRIRE OU CESSER LES MÉDICAMENTS S'IL Y A LIEU

Voir Section III.

5^e ÉTAPE : HYGIÈNE DU SOMMEIL

L'alcool, même à dose modérée, a un effet néfaste sur le sommeil. Comme il facilite l'endormissement, plusieurs insomniaques vont l'utiliser pour soulager leur crainte de ne pas arriver à s'endormir.

Rappelons que les drogues, en particulier les substances stimulantes comme la cocaïne, les amphétamines («*speed*»), etc., ont un impact grave sur le sommeil. D'autres substances stimulantes se retrouvent dans certains sirops contre le rhume. On suggère aussi de limiter l'usage de la caféine (café, thé, cola) surtout en fin de journée et en soirée. Une petite collation en soirée peut aider l'endormissement, mais il est préférable d'éviter de prendre un gros repas peu de temps avant le coucher.

L'activité physique permet un sommeil plus profond et continu. On encourage donc fortement les patients insomniaques à la pratique régulière d'activités physiques. On doit cependant éviter les exercices violents dans les quelques heures qui précèdent le coucher, car cela peut nuire à l'endormissement.

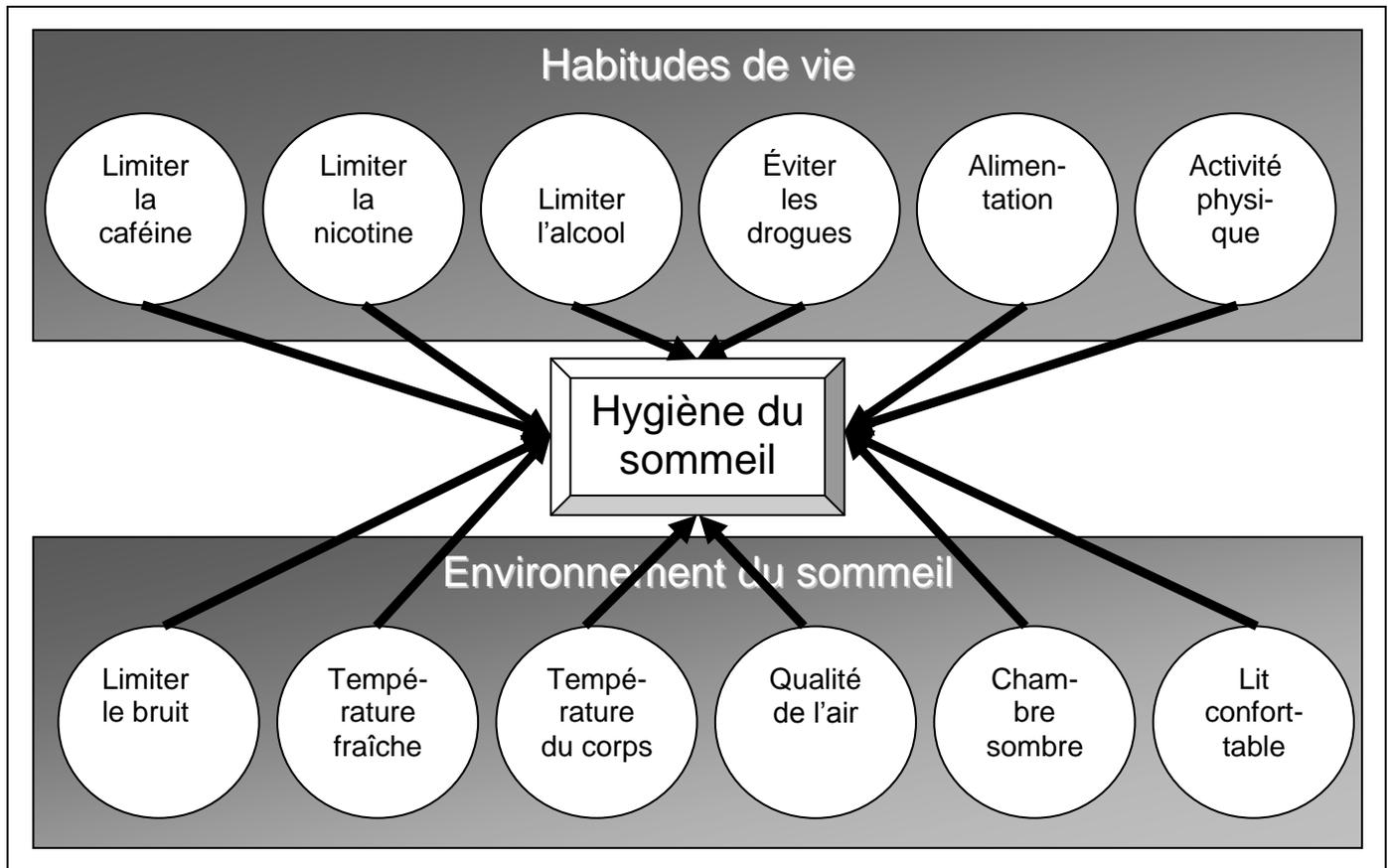
La chambre et le lit doivent être organisés de façon à favoriser un bon sommeil. On a avantage à dormir dans une pièce séparée des autres, à l'abri des bruits et où on peut faire la noirceur. Les gens qui vivent dans de petits appartements ont avantage à mettre une petite division (un paravent ou un rideau par exemple) pour isoler le lit des aires de séjour. On essaie aussi de garder une température fraîche dans la chambre. On a souvent tendance à surchauffer en hiver, ce qui peut nuire au sommeil. Il est parfois utile de prendre un bain chaud (sans excès) environ deux heures avant le coucher. La chambre doit être bien ventilée. On suggère aussi d'utiliser un matelas confortable et ferme.

Un grand nombre de patients souffrant d'insomnie chronique appliquent déjà la plupart de ces recommandations. L'activité physique est probablement la moins suivie. Malgré cela, très souvent, l'insomnie persiste à cause du cercle vicieux de l'insomnie chronique. Les mesures d'hygiène du sommeil sont donc généralement utiles, mais rarement suffisantes dans les cas d'insomnie chronique.

Certains insomniaques se préoccupent parfois de manière excessive de ces recommandations, par exemple en achetant des matelas hors de prix, en se mettant des bouchons dans les oreilles alors que la chambre n'est pas particulièrement bruyante, etc.

FIGURE VI.2

HYGIÈNE DU SOMMEIL (adapté de Morin et Espie 2004, p. 47) (2)



6^e ÉTAPE : RESTRICTION DU SOMMEIL ET CONTRÔLE DES STIMULI

Cette étape constitue le cœur du traitement. Après avoir bien expliqué la façon de remplir l'agenda du sommeil, vous prenez comme exemple avec le patient (la nuit précédente constitue souvent un bon choix). Le patient remplit l'agenda du sommeil pendant environ deux à trois semaines avant de mettre en place la restriction du sommeil. Cette pratique permet d'établir une ligne de base et favorise l'auto observation qui vient souvent confirmer les informations acquises par le patient lors des étapes précédentes. L'agenda du sommeil est accompagné d'instructions écrites pour le patient (Annexe IV) auxquelles il pourra référer pour se rappeler les explications que vous aurez données. Cette période préliminaire permet aussi de corriger les erreurs qui peuvent se glisser. Les patients ne doivent pas devenir trop préoccupés par l'exactitude des durées rapportées dans l'agenda du sommeil. Il suffit de le remplir dès le lever tous les matins au meilleur de sa connaissance. Les patients éviteront de suivre l'horloge ou le cadran toute la nuit. Vous pouvez même suggérer à ceux qui ont un cadran lumineux de le retourner pour que l'heure ne soit pas visible lorsqu'ils sont couchés.

L'agenda du sommeil n'est pas simple d'utilisation surtout lorsqu'on doit calculer les trois moyennes hebdomadaires. Nous avons aussi ajouté une version simplifiée. Cette dernière ne permet toutefois pas un calcul aussi précis de l'efficacité du sommeil.

Une fois l'agenda du sommeil bien maîtrisé et la ligne de base complétée, on peut commencer la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli.

Vous pouvez remettre au patient les «Instructions pour la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli» (Annexe IX) que vous prendrez soin d'expliquer méticuleusement.

À titre d'aide-mémoire, vous pouvez aussi utiliser les «Instructions au thérapeute pour la restriction du sommeil» (Annexe X) et les «Instructions au thérapeute pour le contrôle des stimuli» (Annexe XI). **Ces deux volets de la thérapie se font concomitamment.**

La restriction du sommeil consiste à limiter le nombre d'heures passées au lit de façon assez stricte et selon des horaires très réguliers sept jours sur sept. Ainsi, nous allons provoquer volontairement une privation relative de sommeil, ce qui aura pour effet :

1. D'augmenter rapidement (souvent en une à trois semaines) la qualité du sommeil (endormissement, profondeur et continuité du sommeil);
2. De renverser rapidement une situation où le patient luttait pour dormir qui se trouve remplacée par une situation dans laquelle il lutte pour rester éveillé;
3. De synchroniser et de renforcer le signal de l'horloge biologique.

Les patients insomniaques s'inquiètent beaucoup des conséquences néfastes du manque de sommeil. Pour accepter de collaborer à une telle approche, il est fondamental qu'ils se sentent en confiance et comprennent bien la rationnelle du traitement. Chez certains patients particulièrement réfractaires à une telle idée, des éléments de thérapie cognitive doivent parfois précéder la restriction du sommeil. Il faut être prudent et ne pas provoquer de privation de sommeil trop sévère chez les patients présentant une insomnie secondaire en particulier dans les troubles de l'humeur. Il faudra aussi procéder avec prudence pour les personnes chez qui la somnolence diurne est source de danger (conducteurs, opérateur de machinerie...).

RESTRICTION DU SOMMEIL

Abréviations :

LE : Latence d'endormissement, case 4 de l'agenda du sommeil.

TEAE : Temps d'éveil après l'endormissement, case 6 de l'agenda du sommeil.

EM : Éveil matinal, case 9 de l'agenda du sommeil.

TTE : Temps total d'éveil, case 10 de l'agenda du sommeil; $TTE = LE + TEAE + EM$

TAL : Temps au lit, c.-à-d. la fenêtre entre l'heure de coucher et l'heure de lever, case 11 de l'agenda du sommeil.

TTS : Temps total de sommeil, case 12 de l'agenda du sommeil; $TTS = TAL - TTE$

ES : Efficacité du sommeil, moyenne hebdomadaire retrouvée dans la case inférieure droite de l'agenda du sommeil; $ES = \frac{TTS}{TAL} \times 100$

L'efficacité du sommeil représente le pourcentage du TAL que le patient passe à dormir.

Voici les étapes à suivre pour la restriction du sommeil.

1. Évaluer le TTS moyen de la ligne de base à l'aide de l'agenda du sommeil complété pendant environ deux semaines avant le début de la restriction de sommeil. On peut faciliter le calcul en additionnant le TTS de 10 jours consécutifs et on divisera ensuite le total par 10.
2. Limiter le TAL au TTS moyen de la ligne de base en conservant généralement un minimum de quatre ou cinq heures.
3. Lors des séances suivantes (une fois par semaine) :
Si ES > 85 %, augmentez le TAL de 15 à 20 minutes;

Si ES < 80 %, diminuez le TAL de 15 à 20 minutes (en respectant généralement le minimum de 4 heures de TAL);

Si ES entre 80 % et 85 %, laissez le TAL tel quel.

4. Prescrivez le TAL sous forme d'une fenêtre précise (cf point 1 de la feuille d'instruction au patient qu'on retrouve à l'Annexe IX).
5. Insistez sur le fait qu'il est préférable de garder l'heure de lever très stable sept jours par semaine. Suggérez fortement l'utilisation du réveil matin et s'il le faut, conseillez de le mettre à bonne distance du lit pour que la personne soit obligée de se lever pour aller l'éteindre.
6. Avisez le patient des effets secondaires (c'est-à-dire somnolence diurne transitoire) surtout s'il doit accomplir des tâches dangereuses nécessitant beaucoup de concentration. Certains patients présentent aussi des nausées ou des céphalées.
7. Le renforcement positif est très important, surtout au début. Le patient peut se donner lui-même des renforcements. Le thérapeute va aussi renforcer positivement les aspects qui sont réussis. On invite également le patient à observer attentivement l'effet de la restriction de sommeil sur la LE, le TEAE, le EM, le TTE et le ES.

CONTRÔLE DES STIMULI

Voici quelques suggestions sur la façon de présenter les instructions aux patients :

- A. Expliquer au patient l'association entre le lit, la chambre, et d'autres activités incompatibles avec le sommeil (par exemple régler des problèmes, planifier, s'en faire avec l'insomnie, jongler, manger, écouter la télévision, etc.).

Pendant le sommeil, les animaux sont vulnérables aux prédateurs en particulier et au danger de façon générale. L'évolution a façonné notre cerveau de telle façon qu'une impression de danger ou de menace conduira à un sommeil plus court, plus léger et plus entrecoupé. Le cerveau réagit à l'intensité de la tension émotionnelle sans faire la distinction entre un danger réel imminent et un danger éventuel et lointain. Ainsi, toute tension ou inquiétude pourra nuire au sommeil, que ce soit des problèmes familiaux ou financiers, des difficultés au travail ou même la simple inquiétude à l'idée de ne pas dormir. Plus on réagit intensément à ces sources de stress, plus le sommeil sera perturbé.

Lorsqu'un endroit est associé de façon fréquente et répétée à une telle tension, sa seule présence suffira à produire de la tension même si les facteurs de stress initiaux ont disparu (conditionnement classique).

Ainsi chez les personnes souffrant d'insomnie depuis longtemps, le lit et la chambre deviennent associés à la crainte de ne pas dormir et aux préoccupations de la vie courante. De plus, l'utilisation dans la chambre de téléviseur, téléphone, ordinateur, bureau, etc. viendra renforcer l'association entre cette pièce et des activités incompatibles avec le sommeil.

Ceci explique pourquoi la plupart des personnes souffrant d'insomnie chronique s'endorment plus facilement dans un fauteuil ou sur un canapé que dans leur lit.

Cette étape de la thérapie vise à défaire cette association lit-insomnie et à retrouver l'association lit-sommeil.

B. Expliquer la distinction qui existe entre fatigue et somnolence.

On a souvent tendance à confondre fatigue et somnolence pour conclure que la fatigue nous indique qu'on a besoin de se reposer, ce qui est faux. Cette confusion est impliquée dans la perpétuation des problèmes de sommeil et aussi parfois dans la dépression et la fatigue chronique.

La somnolence est une sensation bien spécifique de baisse de notre état de vigilance, détente de nos muscles, sensation de lourdeur dans les paupières qui va parfois jusqu'à «cogner des clous». Cette sensation indique qu'il pourrait être souhaitable de dormir.

Par contre, la fatigue n'indique pas qu'on a besoin de dormir, mais plutôt qu'on a besoin de changer de type d'activité. Illustrons ce concept à l'aide de cet exemple simple. Imaginez que vous avez passé toute la journée à écouter la télévision en grignotant, sans même arrêter pour manger. Vous vous sentirez vraisemblablement fatigué. Une heure de repos à écouter de la musique aura probablement peu d'effets bénéfiques sur votre fatigue, mais si vous allez faire une bonne marche rapide ou un exercice physique modéré, votre fatigue aura beaucoup plus de chance de s'envoler. Par contre, le bûcheron qui a travaillé très fort physiquement toute la journée et qui est éreinté récupérera davantage avec une période de lecture ou en écoutant un film qu'en faisant une partie de tennis.

En résumé, la somnolence indique un certain besoin de sommeil, mais la fatigue nous signifie que nous avons besoin de changer de type d'activité.

C. Expliquer ensuite l'instruction #2 de l'Annexe IX

Il est important de n'aller au lit que lorsqu'il y a somnolence (et non seulement fatigue).

Ceci découle naturellement des deux points précédents .En effet, comme le lit et la chambre sont associés à l'insomnie et qu'on veut défaire cette association, on doit attendre d'être somnolent avant d'aller au lit pour avoir de meilleures chances de s'endormir rapidement après s'être couché.

Toutefois comme cette association est très forte et présente depuis très longtemps, il est probable que cette simple instruction ne suffira pas et que des périodes d'insomnie persisteront. C'est pour cette raison que l'instruction # 3 de l'annexe IX qui suit au point D, est très importante.

Ces instructions feront souvent en sorte que le patient se couchera nettement plus tard qu'avant de débiter la thérapie. C'est pourquoi il est très utile de discuter avec lui des activités qu'il pourra entreprendre pendant cette période où il aura souvent à lutter contre le sommeil. On facilitera l'adaptation lors de ces premières semaines cruciales, si le patient réussit à trouver une façon satisfaisante d'occuper ce temps.

D. Expliquer ensuite l'instruction # 3 de l'Annexe IX

On doit se lever et changer de pièce si on n'arrive pas à s'endormir (ou à se rendormir) en moins d'une quinzaine de minutes. On ne doit ensuite retourner au lit que si on se sent somnolent (et non pas seulement fatigué). On doit répéter ceci aussi souvent que nécessaire quitte à très peu dormir les premières nuits.

Cet aspect du traitement couplé à la fenêtre de sommeil qui doit être respectée va souvent générer beaucoup d'inquiétude chez les patients.

N'hésitez pas à réexpliquer que cette privation relative de sommeil est une des clés du traitement. Bien que très désagréable au début, elle n'est pas dangereuse pourvu qu'on évite les activités risquées lorsqu'on est somnolent. De plus, en une à trois semaines, la qualité du sommeil se sera souvent améliorée suffisamment pour permettre un minimum de sommeil réparateur.

Donnez des exemples d'activités peu stimulantes qui peuvent être faites lorsque le patient se relève, comme par exemple feuilleter des revues, lire un dictionnaire, écouter de la musique douce ou écouter une chaîne de télé peu stimulante, par exemple les émissions où on présente des maisons ou des objets à vendre. Lorsqu'on choisit la télévision, il est préférable d'utiliser un petit poste et de s'en tenir à bonne distance pour éviter la lumière vive qui favorise l'éveil. On peut aussi suggérer la relaxation (14, 15) ou la méditation (16,17 et 18). Lorsque les patients se lèvent la nuit, on leur conseille de rester dans une lumière tamisée, de garder leur chaleur à l'aide d'une couverture et de ne pas en profiter pour exécuter des tâches ou régler des problèmes. On peut même les encourager à mettre les choses en places pour préparer leurs éveils nocturnes. Ils pourront par exemple laisser une petite lampe allumée, une revue posée sur la table ou une petite tisane au four à micro-ondes.

Les patients dont le lit est inclus dans les autres zones du logement (loft, aires ouvertes ou petit logement) ont avantage à installer une division psychologique (paravent, rideau ou autres).

E. Expliquer l'instruction #4 de l'Annexe IX

Maintenir une heure de lever régulière tous les matins, incluant les fins de semaine.

Expliquez l'importance primordiale de cette règle pour recycler l'horloge biologique. Suggérez au patient de se mettre en action rapidement une fois levé, comme par exemple faire sa toilette, prendre son repas, ouvrir les rideaux, sortir à l'extérieur, s'exposer à la lumière vive. Les patients ont souvent beaucoup de difficulté à respecter cette règle en début de traitement. Ils peuvent éloigner le réveil matin de leur lit ce qui les oblige à se lever pour aller l'éteindre.

Si on doit vraiment varier l'heure de lever (par exemple les fins de semaine), une différence de deux heures entre les heures de lever extrêmes serait le maximum tolérable.

F. Expliquer l'instruction #5 de l'Annexe IX

N'utilisez le lit et la chambre à coucher que pour le sommeil et les activités sexuelles; ne pas regarder la télé, ne pas écouter la radio, ne pas manger, ne pas lire et ne pas travailler dans la chambre à coucher.

Ces activités créent une association entre le lit, la chambre et d'autre part l'état d'éveil. Donnez des exemples d'association par exemple, entre le fauteuil préféré et la détente, entre la cuisine et la faim, etc.

G. Expliquer l'instruction #6 de l'Annexe IX

Ne pas faire de sieste pendant le jour (la seule exception permise survient lorsque la somnolence pendant le jour est telle qu'elle présente véritablement un risque significatif pour votre sécurité. Alors la sieste sera d'une durée maximale de 45 minutes et elle devra être faite avant 15 h).

Les siestes peuvent dérégler l'horloge biologique et il est préférable de lutter contre la somnolence en restant actif. Explorez avec le patient les suggestions possibles d'activités, préférentiellement des activités motrices, tel le ménage, mettre la table, bricoler, faire du jardinage, etc., qui sont supérieures aux activités cognitives telles la lecture, la télévision, etc. On devra évidemment éviter toute activité qui présente un risque significatif d'accident en présence de somnolence. Si une sieste est absolument nécessaire, la durée maximale sera de 45 minutes et elle devra être faite avant 15h. On peut être un peu plus souple avec le «absolument» au début de la restriction du sommeil surtout si on a dû restreindre beaucoup et que cela provoque une forte inquiétude chez le patient. Il en va de même chez les personnes âgées. On conseille quand même de respecter assez strictement le maximum d'une heure de sieste au total et surtout de respecter l'horaire voulant qu'elle soit faite avant 15h puisque les siestes faites après 15h contiennent davantage de sommeil lent qui va diminuer la qualité du sommeil de la nuit suivante.

H. Expliquer l'instruction #7 de l'Annexe IX

Planifier au moins une heure de rituel préparatoire avant l'heure du coucher. Pendant cette période, vous vous interdisez complètement de faire tout travail, planification ou solution de problème. Tout ce qui n'aura pas été réglé une heure avant le coucher devra être remis au lendemain.

Discutez les activités habituelles du patient avant de se coucher. Vous pouvez tenter de l'aider à établir un rituel précis et adapté à ses goûts et à ses besoins. Suggérez aussi de faire

de cette période un « couvre-feu électronique ». Tous les appareils électroniques (ordinateurs, téléphones cellulaires, tablettes électroniques, consoles de jeux vidéo et parfois même les téléviseurs) seront éteints. La lumière doit être tamisée et les activités peu stimulantes.

- I. Pour favoriser la motivation du patient, bien expliquer :
 - a) Que cette approche est très efficace (environ 75 % des patients voient leur problème de sommeil s'améliorer de plus de 50 %), même si elle n'est pas miraculeuse.
 - b) Que le traitement constitue un tout indissociable et qu'on ne peut pas choisir que les instructions qui nous conviennent.
 - c) Que les débuts sont souvent difficiles et que la persévérance est gage de succès.
 - d) Que lorsque les instructions sont suivies à la lettre, une nette amélioration devrait être observable dès la 6^e ou la 8^e semaine.

- J. Bien vérifier la compréhension du patient.

- K. Bien vérifier si des difficultés sont prévisibles pour mettre en place les instructions et aider le patient à solutionner ses difficultés.

- L. Vérifier les inquiétudes du patient.

7^e ÉTAPE : ASPECTS COGNITIFS

A. PRÉSENTATION DU MODÈLE COGNITIF SELON BECK.

Présentez sommairement quelques principes de base à l'aide d'exemples et d'explications. Vous pouvez aussi proposer des lectures adaptées aux patients.

Expliquez que les émotions sont causées surtout par notre façon de penser l'événement plus que par l'événement lui-même. Plus les pensées sont inappropriées, plus l'émotion désagréable sera intense et plus elle nuira au fonctionnement.

En questionnant ces pensées inappropriées, le patient peut apprendre à les modifier, à les remplacer par des pensées mieux adaptées et à voir ainsi l'émotion désagréable diminuer. Le comportement deviendra alors mieux adapté à la situation.

B. IDENTIFICATION DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES CONCERNANT LE SOMMEIL

On peut demander au patient de noter quotidiennement ses pensées dysfonctionnelles sur une feuille à part lorsqu'il complète son agenda de sommeil.

On peut l'aider à les rendre davantage conscientes en utilisant l'imagerie mentale mettant en scène des situations d'insomnie ou des conséquences diurnes de l'insomnie.

On peut aussi utiliser les réponses au questionnaire intitulé : «Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil» qu'on retrouve à l'Annexe VI.

C. RESTRUCTURATION COGNITIVE

On aidera le patient à restructurer ses pensées dysfonctionnelles concernant le sommeil. En ce faisant, on tente d'éviter l'opposition. On va souvent valider la part de la pensée qui est adéquate puis on tente de nuancer les éléments plus rigides ou extrêmes.

D. Morin (2) suggère plusieurs thèmes et propose des pistes de restructuration.

En voici une adaptation succincte :

1. PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES CONCERNANT LES CAUSES DE L'INSOMNIE.

Pensées dysfonctionnelles :

- «Je crois que mon insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre chimique»
- «Rien ne peut améliorer mon sommeil si ce déséquilibre n'est pas corrigé».

Pistes de restructuration :

Quelle que soit la cause initiale, lorsque l'insomnie se chronicise, des facteurs psychologiques et comportementaux sont en cause. On peut agir sur ces facteurs et ainsi améliorer le sommeil.

2. PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES CONCERNANT LES CONSÉQUENCES DE L'INSOMNIE.

Pensées dysfonctionnelles :

- «Je ne peux pas fonctionner le lendemain d'une mauvaise nuit de sommeil».
- «Mes émotions désagréables et mes difficultés le jour sont les conséquences de mon insomnie».

Pistes de restructuration :

Avez-vous toujours des difficultés importantes le lendemain d'une nuit difficile? D'autres facteurs peuvent-ils être en cause? Avez-vous parfois des émotions désagréables ou des difficultés à fonctionner après une bonne nuit de sommeil?

Pensée dysfonctionnelle :

- «L'insomnie pourrait avoir des effets néfastes sur ma santé».

Pistes de restructuration :

Personne n'est mort d'insomnie. Le sommeil est essentiel à la vie, mais on est totalement incapable de ne pas dormir le minimum vital.

3. ATTENTES PAR RAPPORT AU SOMMEIL

Pensée dysfonctionnelle :

- «Ça me prend mes 8 heures de sommeil. Si je n'ai pas assez d'heures de sommeil, je dois compenser en restant au lit plus longtemps».

Pistes de restructuration :

Informations sur la nuit normale de sommeil (Section VI, 2^e étape, 1c). Serait-il possible qu'une telle pression de performance puisse nuire à votre sommeil?

Il existe des «dormeurs courts» qui sont heureux et productifs. Ces tentatives de compensation, en restant plus longtemps au lit, n'augmentent pas le sommeil à long terme, diminuent grandement la qualité du sommeil et provoquent le cercle vicieux de l'insomnie (tableau IV.1).

Pensée dysfonctionnelle :

- «Je devrais être capable de bien contrôler mon sommeil».

Piste de restructuration :

Le sommeil, comme la digestion ou la respiration, est conçu pour bien s'ajuster de façon automatique. Les tentatives de contrôle volontaire ou la tendance à accorder une importance démesurée au contrôle de ces fonctions donnent généralement lieu à un dérèglement.

Le sommeil vient plus facilement lorsqu'on arrive à lâcher prise sur ce contrôle.

4. AUTRES THÈMES

Lorsque les émotions dysfonctionnelles liées à des thèmes étrangers au sommeil sont fréquentes et intenses, il se peut qu'elles jouent un rôle important dans le maintien de l'insomnie. Il pourrait en être de même de certains traits de personnalité inadaptés. Si c'est le cas, il pourrait être opportun de conseiller au patient d'entreprendre une psychothérapie cognitivo-comportementale plus élaborée.

Si on se limite aux pensées et croyances plus immédiatement liées au sommeil, Morin (2) résume ainsi les principaux conseils sur le plan cognitif :

- Ayez des attentes réalistes.
- Mettez en doute les causes auxquelles vous attribuez votre insomnie.
- L'insomnie n'est pas la cause de tous les problèmes qui surviennent le jour. Évitez de trop lui en mettre sur le dos.
- Ne pas dramatiser lorsque vous avez une mauvaise nuit de sommeil.
- N'accordez pas trop d'importance au sommeil.
- Développez de la tolérance aux conséquences du manque de sommeil.
- N'essayez jamais de dormir.

D. TECHNIQUES DE RÉOLUTION DE PROBLÈME (ANNEXE XIII).

Certains patients sont très préoccupés par une multitude de problèmes réels et actuels. Si leurs habiletés à trouver des solutions concrètes sont déficientes, ils pourront vraisemblablement bénéficier des techniques de résolution de problèmes (Annexe XIII).

8^e ÉTAPE : MAINTIEN

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme.

A. ENTREVUES DE CONSOLIDATION (*BOOSTER SESSIONS*)

Une à deux entrevues de consolidation, trois, six ou 12 mois après la fin de la thérapie peuvent aider le patient à garder de bonnes habitudes.

B. RÉSUMÉ DE LA THÉRAPIE

On peut inviter le patient à faire un résumé de ce qui lui a été le plus utile en thérapie. Il pourra référer ultérieurement à ce résumé en cas de difficultés.

C. FICHE THÉRAPEUTIQUE (*COPING CARD*) DE PRÉVENTION DE RECHUTE

Le patient peut aussi se préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «En cas de rechute». Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.

<p>SECTION VII</p> <p>DÉROULEMENT DU TRAITEMENT</p>

Lorsque le thérapeute a de l'expérience avec ce protocole et que le patient souffre d'une insomnie primaire sans problématique associée, la thérapie peut être complétée en 8 séances, certaines études ont même porté sur une version condensée en 6 séances.

1^{re} ENTREVUE

(1^{re} étape et début de la 3^e étape, 4^e étape si nécessaire)

1. Histoire de cas habituelle.
2. Bien documenter les signes et symptômes spécifiques rapportés à la section II-C.
3. Préciser le diagnostic.
4. Bilan laboratoire si nécessaire.
5. Examens complémentaires si nécessaire (Section II-D).
6. Expliquer le diagnostic.
7. Expliquer les principales alternatives de traitement.
8. Prescrire ou sevrer les médicaments s'il y a lieu (Section III).
 Nota : si on décide de sevrer les médicaments hypnotiques, il est parfois souhaitable de prendre quelques rencontres pour ce faire avant de poursuivre la thérapie cognitivo-comportementale.
9. Déterminer s'il est souhaitable de rencontrer les membres de l'entourage ou la famille (pour compléter l'évaluation et/ou les inclure dans le plan de traitement).
10. Travaux à domicile :
 - a. Entrevue diagnostique de l'insomnie. Si on dispose d'une pré évaluation, il est utile de faire remplir ce questionnaire avant l'entrevue d'évaluation (Annexe I).
 - b. Index de sévérité de l'insomnie (Annexe II).
 - c. Inventaires de Beck pour la dépression et pour l'anxiété (Annexe III).
 - d. Agenda du sommeil : revoir les instructions et faire un exemple avec le patient (Annexe IV).
 - e. Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil (certains attendent la 7^e étape pour faire remplir ce questionnaire) (Annexe VI).
11. Résumé de la séance et feedback réciproque.

2^e ENTREVUE

(Étapes 1 à 3)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance en collaboration avec le patient.
3. Suivi.

«Suivi» signifie ici, comme dans les séances suivantes, de s'informer de l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Certains cliniciens vont demander de compléter un index de sévérité de l'insomnie avant chaque rencontre. Remplir au besoin les formules d'assurances ou autres documents. Ajuster le traitement pharmacologique lorsque cela s'applique.
4. Rencontre avec la famille si indiquée.
5. Revoir l'entrevue diagnostique de l'insomnie. Confirmer le diagnostic. Souligner et montrer au patient les points qui feront l'objet de modification en cours de thérapie.
6. Revoir l'agenda du sommeil.
 - a. Calculer les moyennes hebdomadaires.
 - b. Remplir la 1^{re} colonne de la feuille « Résumé de thérapie » avec le patient.
 - c. Faire les corrections et clarifier les points qui le nécessitent.
 - d. Renforcer positivement l'auto observation.
7. Fixer des objectifs (peut aussi être proposé comme travail à domicile).
8. Préparer, adapter et expliquer le plan de traitement.
9. Présenter et expliquer les informations de base sur la physiologie du sommeil, l'hygiène du sommeil et le modèle cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire (début).
10. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil.
 - b. Feuille « Résumé de thérapie ».
 - c. Lectures :
 1. Manuel d'information destiné au patient (Annexe VII);
 2. Morin C. *Vaincre les ennemis du sommeil*. (2)

On suggère à ce stade de lire les sections portant sur la physiologie du sommeil, l'hygiène du sommeil et le modèle cognitif de l'insomnie primaire. Par la suite, les lectures pourront se poursuivre en suivant des étapes de traitement.

À ce stade-ci, on ne fait pas d'efforts pour changer les habitudes de sommeil (ligne de base).

11. Résumé de la séance et feedback réciproque.

3^e ENTREVUE

(Étapes 2, 3 et 5)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille
5. Retour sur les lectures.
6. Vérifier la compréhension et compléter les informations sur le modèle cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire.
7. Retour sur les objectifs et sur le plan de traitement.
8. Identification des points à améliorer au niveau de l'hygiène du sommeil.
9. Explication des principes de la restriction du sommeil et du contrôle des stimuli de façon sommaire pour préparer la lecture sur le sujet.
10. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil
 - b. Feuille « Résumé de thérapie ».
 - c. Hygiène du sommeil : quelques recommandations précises et opérationnelles selon les informations obtenues au point 8.
 - d. Lectures : restriction du sommeil et contrôle des stimuli.
11. Résumé de la séance et feedback réciproque.

4^e ENTREVUE

(Étapes 5 et 6)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille « Résumé de thérapie ».
5. Retour sur les mesures mises en place pour améliorer l'hygiène du sommeil.
6. Retour sur les lectures.
7. Compléter les explications sur la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli.
8. Revoir et compléter avec le patient les instructions pour la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli (voir Section VI, 6^e étape et Annexes X et XI).
9. Aborder les inquiétudes du patient et prévoir les difficultés de mise en place de ces mesures de façon concrète :
 - a. Identifier des activités adaptées lorsque le patient va se relever la nuit;
 - b. Identifier des activités adaptées pour lutter contre la somnolence diurne;
 - c. Rappeler les règles de prudence, etc.
10. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil
 - b. Feuille de « Résumé de thérapie ».
 - c. Poursuivre le progrès au niveau des objectifs concernant l'hygiène du sommeil
 - d. Restriction du sommeil et contrôle des stimuli
 - e. Lectures : aspects cognitifs
11. Résumé de la séance et feedback réciproque.

5^e à 8^e ENTREVUES

(6^e et 7^e étapes)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille « Résumé de thérapie ».
5. Ajuster la fenêtre de sommeil selon l'efficacité du sommeil (ES).
6. Discuter des difficultés d'application de la restriction du sommeil et du contrôle des stimuli.
Renforcement positif et soutien.
7. Retour sur les lectures.
8. Retour sur les résultats du questionnaire sur les croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil.
9. Ajouter au besoin une feuille d'auto observation des pensées concernant le sommeil ou utiliser des techniques d'imagerie mentale pour identifier ces pensées.
10. Psychoéducation concernant la restructuration cognitive.
11. Restructuration cognitive systématique des principales croyances dysfonctionnelles concernant le sommeil.
12. Au besoin, utiliser les techniques de résolution de problème (Annexe XIII).
13. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil
 - b. Feuille « Résumé de thérapie »
 - c. Restriction du sommeil et contrôle des stimuli
 - d. Restructuration cognitive
 - e. Lectures : au besoin, poursuivre la lecture portant sur les aspects cognitifs
 - f. Techniques de résolution de problème au besoin
 - g. Répéter le questionnaire portant sur les croyances et attitudes dysfonctionnelles à propos du sommeil (Annexe VI) entre la 7^e et la 8^e entrevue.
14. Résumé de la séance et feedback réciproque.

9^e ENTREVUE

(6^e, 7^e et 8^e étapes)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille « Résumé de thérapie ».
5. Déterminer la fenêtre de sommeil optimale pour maximiser le temps total de sommeil sans diminuer l'efficacité du sommeil en dessous de 80 %.
6. Faire le bilan de la restructuration cognitive comparant les résultats des questionnaires sur les croyances et attitudes dysfonctionnelles à propos du sommeil.
7. Retour sur les objectifs de la thérapie.
8. Explication des stratégies de maintien à long terme :
 - a. Entrevue(s) de consolidation
 - b. Résumé des faits saillants de la thérapie
 - c. Fiche thérapeutique de prévention des rechutes
9. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil
 - b. Feuille « Résumé de thérapie ».
 - c. Restriction du sommeil et contrôle des stimuli : maintien de l'équilibre
 - d. Résumé des faits saillants de la thérapie
 - e. Fiche thérapeutique de prévention des rechutes
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

10^e ENTREVUE

(8^e étape)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille « Résumé de thérapie ».
5. S'assurer du maintien des acquis au niveau comportemental et cognitif.
6. Retour sur le résumé des faits saillants de la thérapie.
7. Retour sur la fiche thérapeutique de prévention des rechutes.
8. Travaux à domicile :
 - a. Agenda du sommeil à prévoir une à deux semaines avant l'entrevue de consolidation
 - b. Feuille « Résumé de thérapie » à compléter au même moment
 - c. Restriction du sommeil et contrôle des stimuli : maintenir l'équilibre
 - d. Avoir recours à la fiche thérapeutique de prévention des rechutes, au résumé des faits saillants de la thérapie et aux diverses techniques au besoin
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.
10. Fixer le délai pour l'(es) entrevue(s) de consolidation (généralement entre deux et six mois).

11^e ENTREVUE (CONSOLIDATION)

(8^e étape)

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Faire l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir l'agenda du sommeil et la feuille « Résumé de thérapie ».
5. S'assurer du maintien des acquis au niveau cognitif et comportemental.
 - a. Vérifier la façon dont le patient s'y est pris pour faire face aux moments les plus difficiles.
6. Travaux à domicile :
 - a. Restriction du sommeil et contrôle des stimuli : maintenir l'équilibre
 - b. Avoir recours à la fiche thérapeutique de prévention des rechutes, au résumé des faits saillants de la thérapie et aux diverses techniques au besoin.
7. Évaluer les appréhensions du patient face à la fin de la thérapie.
8. S'entendre sur les modalités pour lesquelles le patient pourra recontacter son thérapeute si le besoin s'en fait sentir.
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.
10. Résumé de dossier à faire parvenir au médecin référant le cas échéant.

SECTION VIII INSTRUMENTS DE MESURES ET OUTILS DE TRAITEMENT
--

LISTE DES ANNEXES

- Annexe I : Entrevue diagnostique de l'insomnie (Morin C)
- Annexe II : Index de sévérité de l'insomnie (Morin C)
- Annexe III : Inventaire de Beck pour la dépression, PHQ-9 et Inventaire de Beck pour l'anxiété
- Annexe IV : Agenda du sommeil et instructions pour l'agenda du sommeil (adapté de Morin C)
- Annexe V : Résumé de thérapie (adapté de Morin C)
- Annexe VI : Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil (Morin C)
- Annexe VII : Manuel d'information destiné aux patients
- Annexe VIII : Suivi pour le sevrage d'une benzodiazépine
- Annexe IX : Instructions pour la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli (destinées aux patients)
- Annexe X : Instructions au thérapeute pour la restriction du sommeil
- Annexe XI : Instructions au thérapeute pour le contrôle des stimuli
- Annexe XII : Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles
- Annexe XIII : Technique de résolution de problèmes

ANNEXE I

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE
(Morin C, communication personnelle)

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE
--

1. Information démographique :

Nom : _____	Âge : _____
Adresse : _____ _____	Statut marital : _____
Téléphone : _____	Occupation : _____
Sexe : _____	Éducation : _____
	Type de logement : _____

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

- 2.1 Avez-vous des difficultés pour vous endormir? OUI NON
- 2.2 Avez-vous des difficultés pour rester endormi durant la nuit? OUI NON
- 2.3 Vous réveillez-vous trop tôt le matin? OUI NON
- 2.4 Avez-vous des difficultés pour rester éveillé durant le jour? OUI NON
- 1.5 À quelle heure vous couchez-vous habituellement les soirs de semaine? _____
- 1.6 À quelle heure est votre dernier réveil le matin? _____
- 1.7 À quelle heure vous levez-vous habituellement les jours de semaine? _____
- 1.8 Avez-vous le même horaire de sommeil et de réveil la fin de semaine? OUI NON
Sinon, quel est-il?
- 1.9 Faites-vous des siestes pendant la journée? (incluant les siestes non intentionnelles) OUI NON
Si OUI, combien de jours par semaine? _____ jours.
- 1.10 Vous arrive-t-il de vous endormir à des endroits ou des moments inappropriés? OUI NON
- 1.11 Pour une nuit habituelle (dernier mois), combien de temps prenez-vous pour vous endormir, après vous être couché et avoir éteint les lumières? ____hres, ____min.
- 1.12 Au cours d'une nuit habituelle (dernier mois), combien de fois vous réveillez-vous? _____ fois
- 1.13 Combien de temps passez-vous éveillé après vous être endormi pour la première fois? (temps total éveillé pour tous les réveils). ____ heures; ____ minutes
- 1.14 Habituellement, combien d'heures par nuit dormez-vous? ____ heures ____ minutes

1.15 Qu'est-ce qui vous réveille la nuit? (douleur, bruit, enfant, réveil spontané, autre)

3. Médication pour dormir :

3.1 Dans le dernier mois, avez-vous utilisé des pilules pour dormir? OUI NON

Si oui, passez à b

a) Sinon, en avez-vous déjà pris? OUI NON

b) Quel médicament prenez-vous et quelle dose? (avec ou sans ordonnance)

_____ mg

c) Combien de nuits par semaine en prenez-vous _____

d) Quand avez-vous pris une médication pour dormir la première fois? _____

e) Quand avez-vous pris une médication pour dormir la dernière fois? _____

3.2 Dans le dernier mois, avez-vous consommé de l'alcool pour vous aider

à dormir? Si oui, passez à b OUI NON

a) Sinon, en avez-vous déjà pris? OUI NON

b) Quel alcool avez-vous pris et en quelle quantité? _____

c) Combien de nuits par semaine en prenez-vous? _____

4. Historique des problèmes de sommeil (début, maintenance, durée) :

4.1 Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie _____ années, _____ mois

4.2 Quand avez-vous vécu des problèmes de sommeil la première fois? _____

4.3 Le début de votre insomnie a-t-il été graduel ou soudain? _____

4.4 Comment s'est développé votre problème d'insomnie depuis son début (persistant, épisodique, saisonnier, etc.)? _____

4.5 Est-ce qu'il y a des événements stressants qui peuvent être reliés au début de votre problème d'insomnie (décès d'un proche, divorce, retraite, problème médical ou émotionnel, etc.)? _____

5. Environnement de la chambre :

- 5.1 Est-ce que vous dormez avec un (une) partenaire? OUI NON
- 5.2 Est-ce que votre matelas est confortable? OUI NON
- 5.3 Est-ce que votre chambre est un endroit tranquille? OUI NON
- 1.4 Est-ce que vous avez une télévision, un radio ou un téléphone dans votre chambre? OUI NON
- 1.5 Est-ce que vous faites du travail de bureau dans votre chambre? OUI NON
- 1.6 Est-ce-que vous lisez dans votre lit avant de vous coucher? OUI NON
- 1.7 Quelle est la température de votre chambre la nuit? _____ ° C ou F

6. Habitudes alimentaires, exercices et utilisation de substances :

- 6.1 Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice? _____
- 6.2 Est-ce que vous faites de l'exercice avant de vous coucher? OUI NON
- 6.3 Combien de produits contenant de la caféine buvez-vous par jour? _____
Après le souper : _____
- 6.4 Combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____
- 6.5 Combien d'onces d'alcool buvez-vous par jour? _____
- 1.6 Est-ce que vous consommez d'autres breuvages durant la soirée? Si oui, lesquels et en quelle quantité? (eau, jus, lait, chocolat, etc.) _____

7. Analyse fonctionnelle :

- 7.1 À quoi ressemble votre routine avant de vous coucher? _____

- 7.2 Que faites-vous quand vous ne pouvez vous endormir ou vous rendormir? _____

- 7.3 Est-ce que votre sommeil est meilleur, pire, pareil quand vous dormez ailleurs qu'à la maison? _____
- 7.4 Est-ce que votre sommeil est meilleur, pire, pareil les fins de semaine? _____

- 7.5 Quels types de facteurs aggravent votre problème de sommeil (stress au travail, projets de voyage, etc.)? _____

- 7.6 Quels types de facteurs améliorent votre problème de sommeil (vacances, relations sexuelles, etc.)? _____

- 7.7 Jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé par ces difficultés de sommeil? _____

- 7.8 Quel impact a l'insomnie sur votre vie (humeur, éveil, performance)? _____

- 7.9 Comment composez-vous avec ces séquelles dans la journée? _____

- 7.10 Avez-vous déjà reçu autre chose que votre médication actuelle pour dormir pour soulager votre insomnie? Si OUI, quoi et quels ont été les résultats (médication, relaxation)? _____

- 7.11 Qu'est-ce qui vous motive à venir consulter présentement? _____

8. Symptômes associés à d'autres troubles de sommeil :

- 8.1 Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà remarqué un des phénomènes suivants? Si c'est le cas, à quelle fréquence expérimentez-vous ces symptômes?
- a) Les jambes agitées : sensations de fourmis ou de douleur dans les jambes (mollets) et incapacité à tenir ses jambes en place _____ OUI NON
- b) Mouvements périodiques des membres : tics, secousses dans les jambes durant la nuit, réveil avec des crampes dans les jambes _____ OUI NON
- c) Apnée : difficulté de respiration, pause de respiration, souffle court, ronflement, mal de tête matinal, douleur à la poitrine, bouche sèche _____ OUI NON
- d) Narcolepsie : attaque de sommeil, paralysie de sommeil, hallucinations hypnagogiques, cataplexie _____ OUI NON
- e) Problème gastro-intestinal : brûlement d'estomac, goût acide dans la bouche, régurgitation _____ OUI NON

- f) Parasomnie : cauchemar, terreur nocturne, somnambulisme, parler dans son sommeil, bruxisme (grincer les dents) _____ OUI NON
- 8.2 Est-ce que vous avez déjà travaillé sur un horaire rotatif? _____ OUI NON

9. Histoire médicale et utilisation de médication :

- 9.1 Quand a eu lieu votre dernier examen physique? _____
- 9.2 Est-ce que vous avez un problème médical actuellement? Lequel? _____

- 9.3 Quelle médication prenez-vous couramment? _____

- 9.4 Quel est votre poids? _____
- 9.5 Quelle est votre taille? _____
- 9.6 Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, pourquoi? _____

- 9.7 Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui, pourquoi? _____

ANNEXE II

INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE (Morin C)

INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE
--

Nom:**Date:**

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie subclinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Copyright C. Morin (1993)

ANNEXE III

**INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION, PHQ-9 ET
INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ**

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

1.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	11.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
2.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer	12.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
3.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	13.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
4.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.	14.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e).
5.	0 () 1 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.	15.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail.
6.	0 () 1 () 2 () 3 () 3 ()	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).	16.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
7.	0 () 1 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.	17.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
8.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	18.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout.
9.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 () 3 ()	Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal, mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.	19.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres.
10.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer, mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	20.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
11.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.	21.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ - 9)

Nom : _____ Date : _____

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

___ 0 ___ + ___ + ___ + ___

= TOTAL : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Mis au point par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher or distribuer.

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougeur du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

ANNEXE IV
AGENDA DU SOMMEIL
ET
INSTRUCTIONS POUR L'AGENDA DU SOMMEIL
(Adapté de Morin C)

AGENDA DU SOMMEIL

NOM : _____

SEMAINE DÉBUTANT LE (jj/mm/aaaa) _____

	Exemple	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Moyenne
1. Hier, j'ai fait la sieste entre _____ et _____ (Notez l'heure de toutes siestes)	13:30 à 14:30								
2. Hier, j'ai pris _____ mg de médicament et/ou _____ onces d'alcool pour dormir	Zopiclone 5 mg								
3. Hier soir, je me suis couché(e) à _____ (Spécifiez l'heure hh:mm, format 24h par exemple 23 :15 plutôt que 11 :15 PM) Heure de coucher	23 :15								
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en _____ (hh:mm) Latence d'endormissement (LE)	1 :00								
5. Mon sommeil a été interrompu _____ (hh:mm) au total après m'être endormi. Temps d'éveil après endormissement (TEAE)	1 :30								
6. Ce matin, je me suis levé(e) à _____ heures (Spécifiez l'heure hh:mm)	7:00								
7. Temps total d'éveil (TTE) = 4+5	2:30								
8. Temps au lit (TAL) = 6-3	7:45								
9. Temps total de sommeil (TTS) = 8-7	5:15								
10. Au lever ce matin, je me sentais _____ (1=épuisé(e); 5=reposé(e))	2								
11. Dans l'ensemble, mon sommeil de la nuit dernière a été _____ (1=très agité; 5=très profond)	3								
Efficacité de sommeil (ES)=TTS÷TALx100									

INSTRUCTIONS POUR L'AGENDA DU SOMMEIL

Nous vous demandons de remplir méticuleusement ce tableau dans le but de nous permettre de mieux comprendre vos problèmes de sommeil et de suivre vos progrès pendant la thérapie. Dès le lever, répondez à chacune des 11 questions de l'agenda du sommeil pour les 24 heures qui viennent de se terminer. Si vous utilisez la version excel de l'agenda du sommeil, l'ordinateur calculera les réponses aux questions 7, 8 et 9 dès que vous aurez complété les questions 1 à 6. Il ne vous restera alors qu'à répondre aux questions 10 et 11. Il est important de remplir une colonne tous les matins. Par exemple, lorsque vous vous levez le mercredi matin, remplites la colonne inscrite sous mardi; et jeudi matin vous remplirez la colonne du mercredi; et ainsi de suite. Nous savons qu'il est difficile d'estimer précisément combien de temps ça vous a pris pour vous endormir ou combien de temps vous avez été éveillé pendant la nuit. Nous vous demandons simplement de faire la meilleure approximation possible. Évitez de suivre l'horloge ou le cadran toute la nuit. Si vous possédez un cadran lumineux, vous pouvez même le retourner pour que l'heure ne soit pas visible lorsque vous êtes couché. Si un événement inhabituel se produit (par exemple maladie, urgence, un coup de téléphone nocturne), veuillez le noter.

Prenez soins d'inscrire toutes les heures en utilisant la notation allant de 0 à 24 heures (par exemple 20:30 et non pas 8h30 PM). Si vous utilisez la version excel de cet agenda du sommeil, le logiciel fera pour vous, les calculs des questions 7 à 9 de même que toutes les moyennes et le calcul de l'efficacité du sommeil. Il ne pourra cependant exécuter les calculs que si vous avez respecté rigoureusement la notation de type 0 à 24 heures selon le format hh : mm, on inscrit par exemple 23 :15 qui représente 23 heure 15 ou 11 heure 15 PM.

Voici maintenant quelques précisions pour vous aider à bien répondre à chacune des questions. Notez aussi qu'un exemple est fourni dans la première colonne de l'agenda du sommeil.

1. **Sieste**

Nous vous demandons d'inclure toutes les siestes même si elles n'ont pas été intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes endormi devant la télé pour une dizaine de minutes, veuillez l'inscrire.

2. Substance pour aider le sommeil

Inscrivez toutes substances, prescrites ou non, incluant l'alcool, le cannabis ou autres, que vous avez utilisées pour faciliter votre sommeil.

3. Heure de coucher

Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous êtes couché et vous avez éteint les lumières dans le but de vous endormir. Par exemple, si vous êtes allé au lit à 22h45 et après avoir lu 30 minutes, vous avez éteint les lumières dans le but de vous endormir à 23h15, vous devriez écrire 23h15 dans cet espace.

4. Latence d'endormissement (LE)

Inscrivez votre meilleure approximation du temps qu'il vous a fallu pour vous endormir après que vous ayez éteint les lumières.

5. Durée des éveils après l'endormissement (temps d'éveil après l'endormissement TEAE)

Évaluez au meilleur de votre connaissance le nombre d'heures et ou de minutes où vous avez été éveillé, entre le moment où vous vous êtes endormi et le moment de votre lever. Si vous vous êtes levé plusieurs fois dans la nuit, il s'agit ici du dernier lever après lequel vous avez entrepris votre journée.

6. Heure de lever

Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous êtes effectivement levé et avez commencé vos activités de la journée. Si vous vous êtes levé plusieurs fois dans la nuit, il s'agit ici du dernier lever après lequel vous avez entrepris votre journée.

7. Temps total d'éveil (TTE)

Il se calcule en additionnant la latence d'endormissement (LE) (question 4) et le temps éveillé après l'endormissement (TEAE) (question 5). Dans notre exemple, il s'agit d'additionner 1h00 et 1h30, ce qui totalise 2h30 minutes.

8. Temps au lit (TAL)

Il s'agit de tout le temps écoulé entre l'heure du coucher (question 3) et l'heure du lever (question 6). Par exemple, si on a éteint les lumières à 23h15 et qu'on s'est levé à 7h00, le temps au lit sera de 7h45.

9. Temps total de sommeil (TTS)

Il s'agit de la somme de toutes les périodes de sommeil de la nuit. Il inclut tant le sommeil léger que le sommeil profond. On peut le calculer en enlevant le temps total d'éveil (TTE, question 7) du temps au lit (TAL, question 8). Dans notre exemple, le temps au lit était de 7h45 et le temps total d'éveil de 2h30, donc le temps total de sommeil était de 5h15.

10. Sensation de repos au lever

1. épuisé
2. fatigué
3. moyen
4. plutôt reposé
5. très reposé

11. Qualité du sommeil

1. très agité
2. agité
3. moyen
4. profond
5. très profond

Dans la dernière colonne, nous vous demandons de faire la moyenne pour la semaine de certaines des questions : question 7 (TTE), 8 (TAL) et 9 (TTS). Attention, comme chaque minute représente le soixantième et non pas le centième d'une heure, le calcul de la moyenne demande des transformations qui peuvent conduire à des erreurs. Vous pouvez confirmer que votre calcul est probablement exact si la moyenne du TTE additionnée à la moyenne du TTS équivaut à la moyenne du TAL.

Une fois votre tableau de la semaine complété, vous pourrez calculer votre moyenne d'efficacité du sommeil (ES), c'est-à-dire le pourcentage du temps passé au lit où vous avez

dormi. Cela se calcule comme suit : moyenne TTS divisé par moyenne TAL multiplié par 100 ($TTS \div TAL \times 100$). Vous pouvez inscrire le résultat dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez ensuite rapporter le résultat de toutes ces moyennes incluant l'efficacité du sommeil dans la feuille résumé de thérapie qui vous permettra en un seul coup d'œil d'évaluer vos progrès.

AGENDA DU SOMMEIL SIMPLIFIÉ*

Prenez connaissance de l'exemple inscrit dans la première ligne du tableau et complétez-le ensuite chaque matin, dès votre lever en suivant les instructions ci-dessous.

1. Inscrivez la date et le jour de la semaine
2. Inscrivez un « E » quand vous faites de l'exercice physique; un « C » quand vous consommez de la caféine (café, thé ou cola); un « A » quand vous consommez de l'alcool, suivi d'un chiffre représentant le nombre de consommations; un « M » quand vous prenez un médicament pour dormir.
3. Inscrivez une flèche vers le bas (↓) qui indique le moment où vous êtes allé au lit et avez éteint les lumières dans le but de vous endormir. Inscrivez une flèche vers le haut (↑) qui indique le moment où vous vous êtes levé.
4. Noircissez toutes les heures où vous avez dormi, même s'il s'agissait d'un sommeil léger. N'oubliez pas d'inscrire aussi les siestes même si elles sont involontaires.

Date	Jour	midi	13h00	14h00	15h00	16h00	17h00	18h00	19h00	20h00	21h00	22h00	23h00	Minuit	1h00	2h00	3h00	4h00	5h00	6h00	7h00	8H00	9h00	10h00	11h00
18 juil.	lundi					E		A2				↓	M								↑	C		C	

* Adapté du « *sleep diary* » de l' « *American Academy of Sleep Medicine* ». Goulet, J., 08/2010.

ANNEXE V

RÉSUMÉ DE THÉRAPIE
(Adapté de Morin C)

RÉSUMÉ DE THÉRAPIE

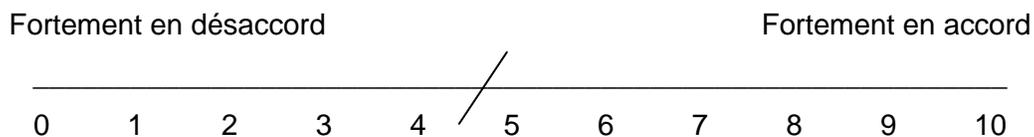
SEMAINE	Ligne de base			Thérapie										Suivi	
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6 mois	1 an
TTE Temps total d'éveil															
TAL Temps au lit															
TTS Temps total de sommeil															
ES Efficacité du sommeil															

ANNEX VI**CROYANCES ET ATTITUDES DYSFUNCTIONNELLES
CONCERNANT LE SOMMEIL (CADS)
(Morin C, communication personnelle)**

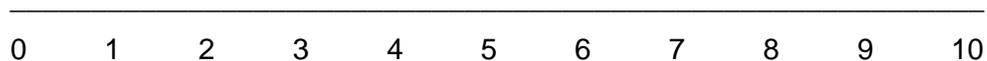
CROYANCES ET ATTITUDES DYSFUNCTIONNELLES CONCERNANT LE SOMMEIL (CADS)

NOM : _____ **Date :** _____

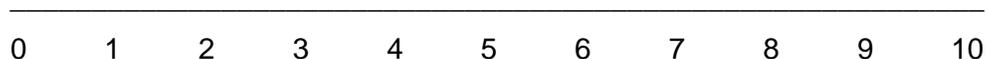
Plusieurs énoncés reflétant les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil sont énumérés ci-dessous. SVP, veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes personnellement en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour chaque phrase, mettez une marque (/) le long de la ligne correspondant à votre estimation personnelle. Essayez d'utiliser l'échelle entière plutôt que de mettre simplement vos marques à une extrémité ou l'autre de la ligne. SVP, veuillez répondre à toutes les questions même si vous n'avez pas de difficulté de sommeil. Pour chaque des questions, veuillez vous référer à l'échelle ci-dessus.



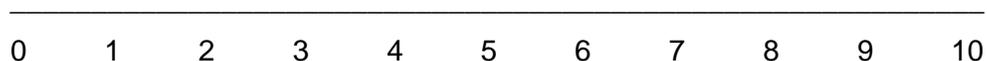
1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.



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.



3. Parce que je vieillis, j'ai besoin de moins de sommeil.



4. Je m'inquiète si je passe une nuit ou deux sans dormir, je pourrais faire une crise de nerfs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En passant plus de temps au lit, je dors habituellement plus longtemps et je me sens mieux le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Lorsque j'ai de la difficulté à m'endormir ou à me rendormir après un réveil nocturne, je devrais rester au lit et essayer davantage.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Je suis inquiet (ète) de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Parce que je vieillis, je dois aller au lit plus tôt dans la soirée.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Afin d'être éveillé(e) et de bien fonctionner le jour, je crois qu'il serait mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Parce que mon/ma conjoint(e) s'endort aussitôt qu'il/elle se couche et reste endormi(e) toute la nuit, je devrais être capable d'en faire autant.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Je pense que l'insomnie est essentiellement le résultat du vieillissement et peu de choses peuvent être faites pour ce problème.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. J'ai parfois peur de mourir pendant mon sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Quand j'ai une bonne nuit de sommeil, je sais que j'en payerai le prix la nuit suivante.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Quand je dors mal une nuit, je sais que cela dérangera mon horaire de sommeil pour toute la semaine.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Je ne peux jamais prédire si j'aurai une bonne ou une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. J'ai peu d'habiletés pour faire face aux conséquences négatives d'un sommeil troublé.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Je deviens envahi(e) par mes pensées la nuit et souvent je sens que je n'ai pas le contrôle sur ces pensées.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Je crois que je peux encore mener une vie satisfaisante malgré des difficultés de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre chimique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Je crois que l'insomnie est en train de ruiner ma capacité à jouir de la vie et m'empêche de faire de ce que je veux.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Un verre d'alcool avant l'heure du coucher est une bonne solution aux difficultés de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. La médication est probablement la seule solution à l'insomnie.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Mon sommeil se détériore continuellement et je ne crois pas que quelqu'un puisse m'aider.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Habituellement, lorsque je n'ai pas bien dormi, ça affecte mon apparence physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. J'évite ou j'annule mes engagements (sociaux, familiaux) après une mauvaise nuit de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANNEXE VII

MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS

**PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
DE L'INSOMNIE PRIMAIRE**

MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS

Janvier 2013

Jean Goulet, M.D.

Table des matières

Section I Connaître le sommeil et l'insomnie

- I.1 Stade et cycle de sommeil
- I.2 Fonctions du sommeil
- I.3 Qu'est-ce qu'une nuit «normale» de sommeil?
- I.4 Le cercle vicieux de l'insomnie
- I.5 Le rôle des médicaments

Section VI Le traitement de l'insomnie

- Étape 1 : évaluation
- Étape 2 : information
- Étape 3 : fixer des objectifs
- Étape 4 : ajuster les médicaments au besoin
- Étape 5 : hygiène du sommeil
- Étape 6 : restriction du sommeil et contrôle des stimuli**
- Étape 7 : aspect cognitif
- Étape 8 : maintien

SECTION I
CONNAÎTRE LE SOMMEIL ET L'INSOMNIE

SECTION I.1
STADE ET CYCLE DU SOMMEIL

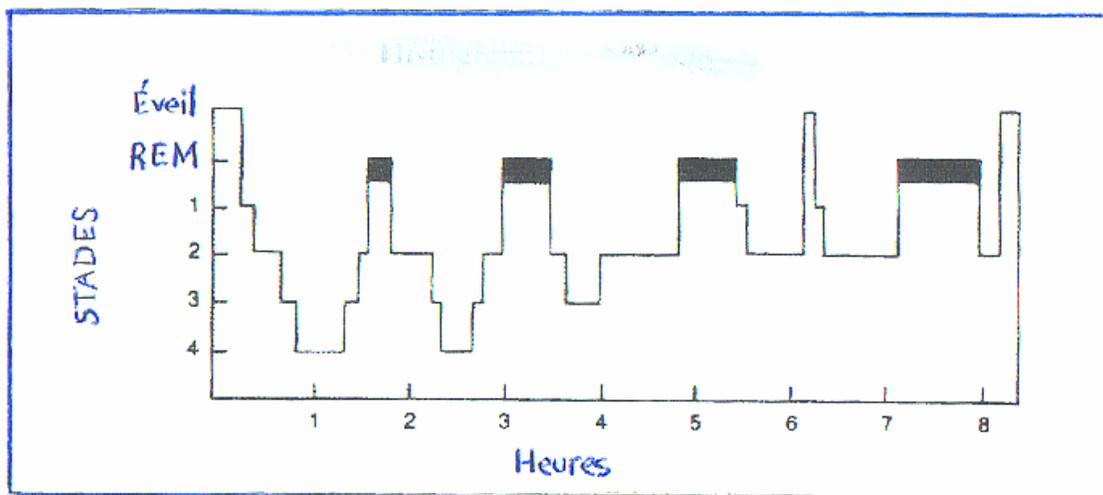
Il y a deux types de sommeil. Le sommeil paradoxal ou REM (*Rapid Eye Movement*) et le sommeil non-REM (NREM).

Le sommeil REM est le sommeil des rêves. Le corps est paralysé, les yeux bougent rapidement et le cerveau est très actif. Le sommeil NREM se divise en quatre stades du plus léger au plus profond. Les stades 3 et 4 sont aussi nommés sommeil delta ou sommeil profond.

Ces stades se reproduisent au cours de la nuit selon des cycles d'environ 90 minutes. Chez le jeune adulte qui a un bon sommeil, on retrouvera un agencement de stades du sommeil qui ressemble à la figure 1.

FIGURE 1

HISTOGRAMME DU SOMMEIL



<p style="text-align: center;">SECTION I.2 FONCTIONS DU SOMMEIL</p>

Le sommeil profond sert surtout à la récupération physique du corps. On note d'ailleurs que ce stade est augmenté après une journée où les efforts physiques ont été importants.

Le sommeil REM joue son rôle principal au niveau de l'adaptation psychologique et de l'apprentissage.

Le sommeil est nécessaire à la récupération de notre organisme. Toutefois, même s'il le souhaitait, un être humain serait incapable de ne pas dormir le minimum vital

SECTION I.3

QU'EST-CE QU'UNE NUIT «NORMALE» DE SOMMEIL ?

La durée moyenne d'une nuit de sommeil est d'environ 7 à 8,5 heures chez l'adulte d'âge moyen et de 6 à 7 heures chez les personnes âgées. Une nuit beaucoup plus courte ou plus longue peut aussi être normale. Certains individus peuvent dormir régulièrement 4 ou 5 heures sans montrer aucune somnolence ni difficulté de fonctionnement le jour. On les nomme «dormeurs courts». À l'opposé, certaines personnes vont éprouver de nettes difficultés et de la somnolence pendant le jour lorsqu'elles tentent de dormir moins de 9 heures. Ce sont les «dormeurs longs».

Bref, nous ne sommes pas tous identiques. Toutes tentatives de se priver pour une période prolongée, du sommeil dont on a besoin, ou au contraire de dormir plus longtemps que ce que notre nature nous demande pour atteindre un nombre d'heures théoriquement souhaitable, ne pourront nous apporter que des ennuis.

Comment peut-on identifier le manque de sommeil? Il est important pour ce faire de bien distinguer la somnolence de la fatigue. La somnolence se manifeste par une forte envie de dormir, une lourdeur des paupières et une baisse importante de la vigilance. On peut alors avoir des baisses de la tension musculaire, on «cogne des clous», comme le dit l'expression populaire. Lorsque ces phénomènes se reproduisent plusieurs fois au cours d'une journée et pendant plusieurs jours consécutifs, ils sont assez spécifiques pour identifier un manque de sommeil relatif.

La fatigue correspond à un sentiment subjectif de manque d'énergie. C'est un symptôme beaucoup moins spécifique.

En simplifiant, on pourrait dire que la somnolence nous signale que nous avons besoin de repos, mais que la fatigue nous indique plutôt que nous avons besoin de changer de type d'activité.

Illustrons ce concept à l'aide de cet exemple simple. Imaginez que vous avez passé toute la journée à écouter la télévision en grignotant et sans même arrêter pour prendre un repas. Vous vous sentirez vraisemblablement fatigué. Une heure de repos à écouter de la musique aura probablement peu d'effets bénéfiques sur votre fatigue. Par contre, si vous allez faire une bonne marche rapide ou un exercice physique modéré, votre fatigue aura beaucoup plus de chance de s'envoler. À l'opposé, le briqueteur qui a travaillé très fort physiquement

toute la journée et qui est éreinté récupérera davantage avec une période de lecture ou en écoutant un film qu'en faisant une partie de tennis.

Cette confusion est une des bases du cercle vicieux que l'on observe dans la dépression et dans l'insomnie. Plus la personne est déprimée, plus elle se sent fatiguée, plus elle tente de se reposer, moins elle est active et plus elle est déprimée. Dans les cas d'insomnie primaire, les patients tentent souvent de traiter leur fatigue en restant au lit plus longtemps ou en faisant des siestes, ce qui ne fait qu'aggraver le problème.

Il est aussi important de distinguer la quantité de la qualité du sommeil. Des efforts effrénés pour augmenter votre quantité de sommeil seront peu fructueux et se solderont généralement par une diminution de la qualité du sommeil avec un sommeil peu efficace, superficiel et entrecoupé de nombreux éveils. La qualité du sommeil a plus d'importance que la quantité pour influencer notre fonctionnement pendant le jour.

Un autre paramètre important du sommeil est le moment de la journée où il s'installe. Nous avons une horloge biologique qui nous permet de régulariser nos cycles veille sommeil, nos cycles d'activités, la sécrétion de plusieurs hormones et même la température de notre corps. Ces paramètres varient tous selon un cycle de 24 heures. Quand le signal de cette horloge s'affaiblit, c'est un peu comme si le corps faisait moins bien la distinction entre le jour et la nuit. On observe alors une vigilance moins bonne le jour et un sommeil plus léger la nuit. Plusieurs facteurs peuvent favoriser le renforcement de ce signal au niveau de l'horloge biologique : les heures de lever, de coucher et de repas régulières, l'activité physique pendant le jour, les contacts sociaux et l'exposition à la lumière du jour. Parmi ces facteurs, une heure de lever régulière sept jours sur sept semble le plus important.

Le signal de l'horloge biologique peut aussi être décalé dans le temps. C'est ce qu'on appelle le délai ou une avance de phase, qu'on observe lors des décalages horaires et chez les personnes qui doivent changer de quart de travail de façon périodique. Mentionnons que le cycle biologique spontané est d'un peu plus de 24 heures. C'est la raison pour laquelle on observe souvent une tendance naturelle à se coucher et à se lever un peu plus tard de jour en jour lorsqu'on est en vacance, en arrêt de travail et qu'on a peu d'incitatifs à maintenir un horaire régulier.

SECTION I.4

LE CERCLE VICIEUX DE L'INSOMNIE

L'insomnie chronique se développe généralement sous la forme d'un cercle vicieux (voir Figure I).

La plupart du temps, elle commence par une insomnie aiguë qui apparaît après un événement difficile, une dépression ou une maladie physique. Suite à cet événement, on a parfois tendance à développer des mauvaises habitudes de sommeil qui provoqueront un cercle vicieux qui persistera longtemps après que l'insomnie ait disparu. C'est ce qu'on appelle l'insomnie psychophysiologique chronique. Les facteurs en cause peuvent être divisés en trois parties : les facteurs prédisposants qui précèdent la survenue de l'insomnie, les facteurs précipitants qui provoquent le début de l'insomnie aiguë et les facteurs perpétuants qui engendrent le cercle vicieux et maintiennent l'insomnie longtemps après que les facteurs précipitants soient disparus.

a. Facteurs prédisposants

On croit que les facteurs prédisposants jouent un rôle chez ceux qui développent de l'insomnie chronique. Parmi ceux-ci, on retrouve la tendance à avoir des symptômes dépressifs, à être plus facilement éveillable, hypervigilant ou anxieux. En fait, la plupart des émotions désagréables lorsqu'elles sont intenses et fréquentes semblent augmenter la vulnérabilité à l'insomnie. On remarque aussi que les gens qui accordent une très grande importance à leur sommeil ou au besoin de contrôle du sommeil de même que ceux qui tolèrent difficilement l'inconfort semblent plus à risque de développer une insomnie.

b. Facteurs précipitants

La majorité des insomniaques chroniques peuvent identifier un facteur de stress associé au début de leur insomnie. Il peut s'agir d'un événement stressant, d'un épisode dépressif, d'un problème médical ou autre.

En présence de danger, il est normal et même souhaitable que notre cerveau favorise la vigilance et minimise le sommeil, surtout le sommeil profond où nous sommes plus vulnérables. Cette caractéristique a sans doute favorisé la préservation de notre espèce. La réaction de notre corps à une menace éventuelle ou hypothétique semble très semblable à celle qu'on observe face à un danger réel et imminent. Ainsi donc notre corps réagit davantage au danger

tel qu'on le perçoit plutôt qu'au danger réel. C'est sans doute la raison pour laquelle les pensées sont des médiateurs importants entre les événements stressants et leur impact sur le sommeil.

c. Facteurs perpétuants

Les facteurs précipitants ont provoqué une insomnie aiguë. La personne prédisposée aura alors tendance à penser d'une façon telle qu'elle risquera de s'en faire davantage avec son insomnie et d'augmenter ce problème. Voici quelques exemples de pensées qui peuvent aggraver les problèmes de sommeil :

- Concentration sur les conséquences négatives de l'insomnie (filtre ou rejet du positif);
- Attribution aux problèmes de sommeil de difficultés qui n'y sont pas nécessairement reliées (fausses attributions, déductions sans preuve suffisante);
- Surestimation de la gravité des conséquences (dramatisation);
- Surestimation de l'insomnie elle-même (en effet, lorsqu'on souffre d'insomnie, on a tendance à sous-estimer de façon importante le nombre d'heures de sommeil dont on dispose. Ceci a même été prouvé par des études scientifiques où on mesurait à l'aide d'électrodes la durée du sommeil des personnes souffrant d'insomnie. Ces personnes se savaient enregistrées et malgré leur sincérité, elles sous-estimaient de façon très importante le nombre d'heures qu'elles avaient dormies).

Ces distorsions cognitives alimentent l'anxiété de performance et d'anticipation. L'anxiété augmente le niveau de vigilance et d'éveil et vient directement aggraver les difficultés de sommeil. De plus, cette anxiété aura tendance à engendrer des comportements moins bien adaptés. En l'occurrence, la personne aura souvent tendance à essayer de compenser en restant au lit plus longtemps, en luttant contre l'insomnie ou en évitant de se relever lorsque l'endormissement tarde à venir. Ces comportements vont diminuer d'autant l'efficacité du sommeil. Le lit et la chambre, au lieu d'être associés au sommeil, deviennent associés à l'insomnie (ce type d'association se nomme : conditionnement classique). C'est la raison pour laquelle les insomniaques chroniques s'endorment souvent plus facilement dans un fauteuil ou chez des amis que dans leur propre lit.

Une fois ce stade atteint, la disparition des facteurs précipitants ne suffira généralement plus à mettre fin à l'insomnie. Les facteurs perpétuants sont devenus suffisants pour entretenir l'insomnie (Figure II). C'est la raison pour laquelle cette dernière pourra perdurer plusieurs

années après que les facteurs précipitants soient disparus. C'est à cause de cette absence ou disparition des facteurs précipitants immédiats qu'on la nomme : insomnie primaire.

TABLEAU IV.1

MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Tendance à l'hypervigilance
- «Terrain anxiodépressif», Psychopathologie
- Surestimation de l'importance du sommeil et autres croyances erronées concernant le sommeil

2. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Événements stressants
- Épisode dépressif majeur, Trouble d'adaptation...
- Condition médicale

3. FACTEURS PERPÉTUANTS

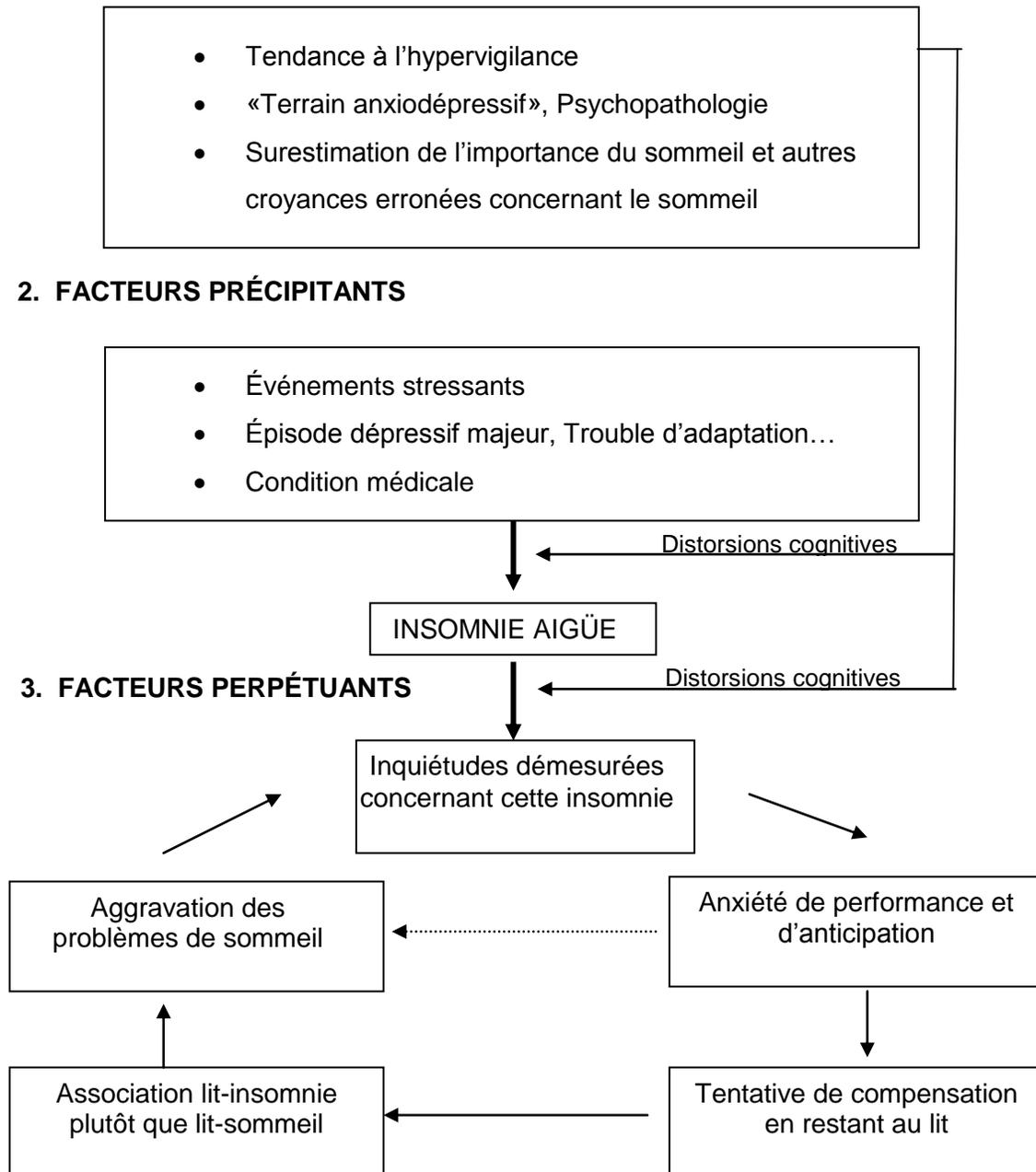
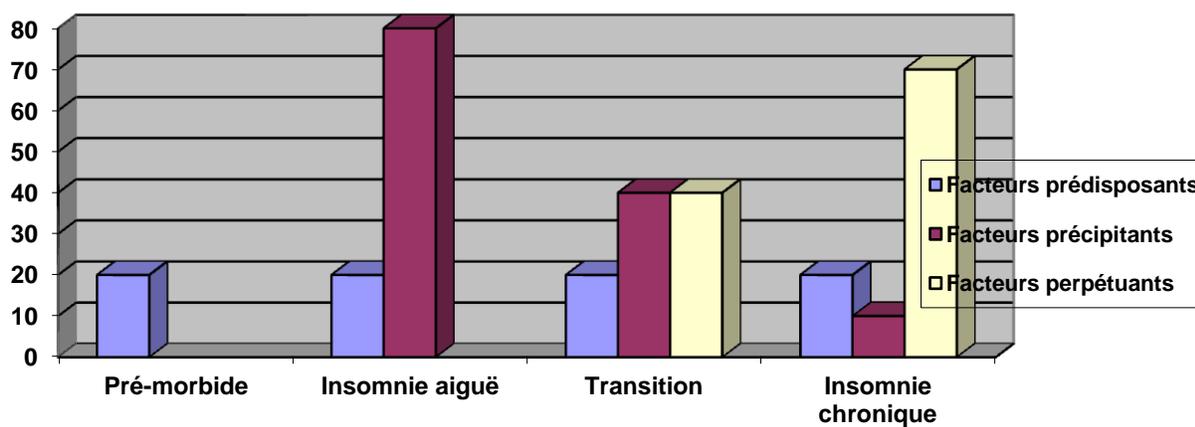


FIGURE II
HISTOIRE NATURELLE DE L'INSOMNIE
Traduit de Spielman et Glovinsky (13)



SECTION I.5

RÔLE DES MÉDICAMENTS

Plusieurs médicaments ont démontré leur efficacité pour améliorer à court terme certaines parties du sommeil. Ils peuvent diminuer le temps nécessaire pour s'endormir et ils peuvent aussi diminuer le nombre d'éveils pendant la nuit et augmenter légèrement le temps total de sommeil. Toutefois, ils ne sont pas très efficaces pour améliorer la qualité du sommeil. La plupart de ces médicaments modifient les cycles du sommeil sans les normaliser. Ils ont fait preuve de leur efficacité à court terme. À moyen et à long terme, le système a tendance à s'habituer à leur effet et on doit parfois recourir à des doses toujours plus élevées pour obtenir le même résultat. C'est ce qu'on appelle la tolérance. Autre inconvénient important : plusieurs de ces médicaments, en particulier les benzodiazépines (comme le diazépam Valium, le lorazépam (Ativan), le flurazépam (Dalmane), l'oxazépam (Serax), le témazépam (Restoril), le triazolam (Halcion), etc.), provoquent une dépendance physique. Lorsqu'elle tente de les arrêter, la personne éprouve plusieurs symptômes physiques dont une insomnie rebond. Il s'agit d'une insomnie encore plus marquée que celle qu'on a voulu traiter. C'est une des raisons pour laquelle ces médicaments sont si difficiles à cesser. En fait, dormir avec ces médicaments c'est un peu comme payer avec une carte de crédit; on devra tôt ou tard rembourser. Plus on en prend longtemps, plus la dose est élevée, plus la facture sera salée. Ils devraient être utilisés avec beaucoup de prudence voire évités, chez les personnes qui ont déjà eu des problèmes de dépendance ou d'abus de drogues, d'alcool ou de médicaments. Pour ces raisons, plusieurs médecins ont tendance à utiliser de nouveaux médicaments comme la zopiclone (Imovane) et le zolpidem (Sublinox) qui semblent provoquer moins de dépendance et de tolérance. Les antidépresseurs ne provoquent pas de dépendance mais ils ont été peu étudiés dans le traitement de l'insomnie.

Les médicaments sans prescription se classent en deux catégories : les médicaments antihistaminiques et les produits naturels. Les premiers ont passablement d'effets secondaires et leur efficacité à long terme n'a pas été démontrée non plus. Quant aux produits naturels (valériane, passiflore et mélatonine), ils sont généralement bien tolérés, mais les études scientifiques dont nous disposons pour démontrer leur efficacité sont limitées.

En résumé, de façon générale, les médicaments qu'on utilise pour augmenter le sommeil doivent être limités à un usage occasionnel ou à court terme dans les cas d'insomnie aiguë reliée à des facteurs de stress, décalages horaires ou autres. Ils sont

moins utiles et parfois nuisibles dans le traitement de l'insomnie chronique. Les rares études comparatives suggèrent que les médicaments agissent rapidement et de façon temporaire et sont associés à des difficultés supplémentaires lorsqu'on tente de les arrêter. Par contre, la thérapie cognitivo-comportementale décrite dans ce document demande beaucoup plus d'efforts et agit plus lentement mais l'amélioration se maintient beaucoup mieux après la fin du traitement. Si vous souhaitez cesser un médicament pour dormir que vous prenez depuis longtemps, il faudra le faire de façon progressive et avec la supervision de votre médecin. On recommande parfois de cesser les médicaments avant de commencer la psychothérapie, si cela est possible et raisonnable.

SECTION VI

LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Étape 1 : Évaluation

Votre médecin ou votre thérapeute évaluera votre problème de sommeil. Plusieurs aspects doivent être évalués. Pour en déterminer avec plus de précisions les caractéristiques, vous pourrez utiliser l'agenda du sommeil avec les instructions expliquant la façon de le compléter. Le questionnaire est un peu complexe et vous aurez peut-être de la difficulté à le remplir au début. Demandez l'aide de votre médecin ou de votre thérapeute, car il sera extrêmement utile pour bien comprendre votre problème de sommeil et pour suivre le traitement. Prenez l'habitude de le faire régulièrement tous les matins dès le lever, car les souvenirs sur votre sommeil s'effacent rapidement. L'estimation de vos heures de sommeil restera cependant toujours très approximative et il ne faut pas s'en faire avec cela. Nous suggérons même, si vous possédez un cadran lumineux, de le retourner pour ne pas le voir de la position couchée.

Étape 2 : Informations

À l'aide de lectures et de discussions avec votre médecin ou votre thérapeute, vous pourrez mieux comprendre le fonctionnement du sommeil et les mécanismes de l'insomnie. Il est aussi important que vous compreniez bien les raisons qui expliquent chaque partie du traitement.

Pour compléter vos connaissances, vous pouvez bien sûr utiliser les informations contenues dans le présent guide qui a été rédigé à votre intention. Une autre référence très utile est l'excellent livre de vulgarisation de Charles Morin intitulé *Vaincre les ennemis du sommeil* et publié aux Éditions de l'Homme en 2009 (3).

Étape 3 : Fixer les objectifs

Il est très utile d'évaluer dès le départ vos objectifs et votre motivation au traitement. Si vous avez des objectifs irréalistes et que vous espérez les atteindre sans effort, vous serez vraisemblablement déçu. Par contre, si vous savez vous donner des objectifs précis, atteignables, et que vous faites preuve d'une détermination sans faille, vous allez très certainement bénéficier de la thérapie. En pratique, beaucoup de personnes insomniaques souhaitent d'abord augmenter le nombre d'heures de sommeil. Vous avez avantage à bien

comprendre que cette thérapie va vraisemblablement augmenter de façon importante la qualité de votre sommeil, va diminuer significativement les conséquences pénibles de l'insomnie pendant le jour, mais la plupart du temps le nombre d'heures de sommeil n'augmente que de façon modeste.

De plus, comme dans le traitement de l'anxiété, vous devrez accepter de tolérer un inconfort plus important au début du traitement. Pendant les deux à quatre premières semaines de traitement, les difficultés de sommeil sont souvent aggravées et on doit être prudent pendant le jour pour éviter les accidents dus à la somnolence. Toutefois, si vous suivez les instructions de manière rigoureuse, après aussi peu que deux à quatre semaines de traitement, vous avez de bonnes chances de voir déjà la qualité de votre sommeil s'améliorer. Cela prendra vraisemblablement plus de temps, environ six à dix semaines, avant que le nombre d'heures total de sommeil n'augmente. Certaines personnes n'ont pas d'amélioration du nombre d'heures de sommeil dormi, mais à cause de leur sommeil de meilleure qualité, ils se sentent nettement mieux et souffrent moins des conséquences néfastes pendant le jour.

Ce protocole de traitement constitue un ensemble cohérent et intégré. Vous risquez d'en diminuer grandement l'efficacité si vous tentez de laisser de côté les éléments les plus difficiles.

Étape 4 : Ajuster les médicaments au besoin

Comme nous le disions dans la Section V, si des ajustements de vos médicaments sont nécessaires, nous vous enjoignons de le faire sous la supervision de votre médecin.

Étape 5 : Hygiène du sommeil

L'alcool, même à dose modérée, a un effet néfaste sur votre sommeil. Comme il facilite l'endormissement, plusieurs personnes ont tendance à l'utiliser pour soulager leur crainte de ne pas arriver à s'endormir, mais c'est là une erreur. En effet, au total, on dormira moins et d'un sommeil plus léger, plus entrecoupé et moins réparateur.

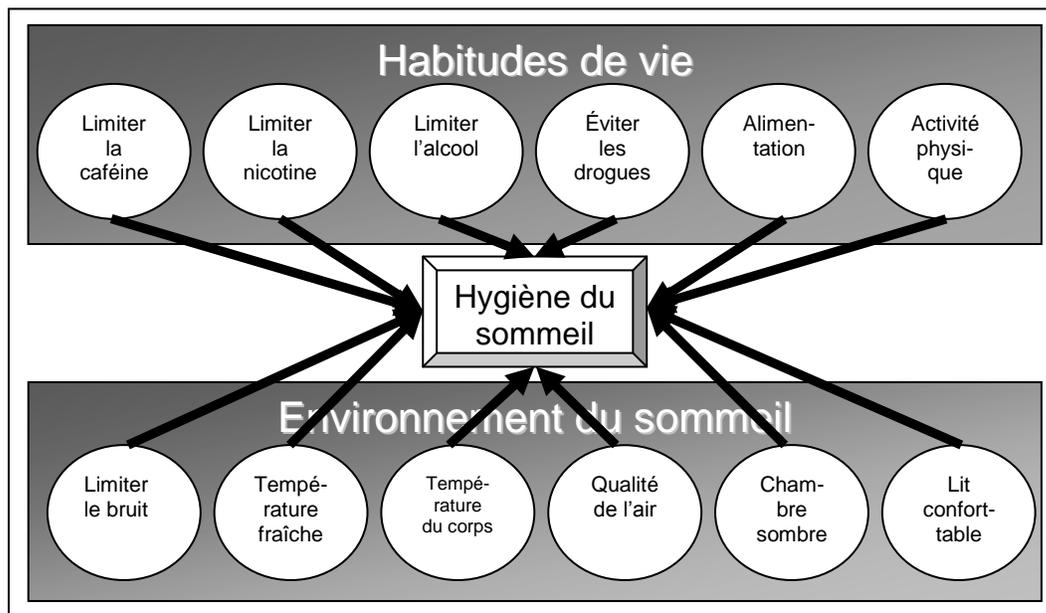
Les drogues, en particulier les substances stimulantes comme la cocaïne, les amphétamines (*speed*), etc. ont un impact grave sur le sommeil. D'autres substances stimulantes se retrouvent dans certains sirops ou médicaments contre le rhume. On suggère aussi de limiter l'usage de la caféine (café, thé, cola) surtout en fin de journée et en soirée.

Une petite collation en soirée peut aider l'endormissement, mais il est préférable d'éviter de prendre un gros repas peu de temps avant de se coucher.

L'activité physique permet un sommeil plus profond et continu. On vous encourage donc fortement à en faire une pratique régulière. Vous devrez cependant prendre soin d'éviter les

exercices violents dans les quelques heures qui précèdent le coucher, car cela peut nuire à votre endormissement.

La chambre et le lit doivent être organisés de façon à favoriser un bon sommeil. On a avantage à dormir dans une pièce séparée, à l'abri des bruits et où on peut faire la noirceur. Les gens qui vivent dans de petits appartements ont avantage à mettre une division (un paravent ou un rideau par exemple) pour isoler le lit des aires de séjour. On essaie aussi de garder une température fraîche dans la chambre. On a souvent tendance à surchauffer en hiver, ce qui peut nuire au sommeil. Il est parfois utile de prendre un bain chaud (sans excès) environ deux heures avant le coucher. La chambre doit être bien ventilée. Le matelas doit être confortable et ferme.



Étape 6 : Restriction du sommeil et contrôle des stimuli

Cette étape constitue le cœur du traitement. C'est la partie la plus importante que vous devrez respecter de façon extrêmement méticuleuse avec persévérance. Après avoir rempli l'agenda du sommeil pendant deux à trois semaines, vous aurez une idée du nombre moyen d'heures de sommeil par jour dont vous disposez. Nous vous invitons aussi à profiter de ces deux à trois semaines pour bien observer votre sommeil, les facteurs qui l'améliore, ceux qui lui nuisent et les conséquences pendant le jour de vos difficultés de sommeil.

Voyez dans quelle mesure les informations que vous avez acquises concernant le sommeil et l'insomnie s'appliquent à votre cas en particulier. Si vous avez des difficultés à remplir votre agenda du sommeil, parlez-en à votre thérapeute ou à votre médecin qui pourra vous aider. Vous ne devez pas devenir trop préoccupé par l'exactitude des durées rapportées. Il suffit de le remplir dès le lever, tôt le matin, au meilleur de votre connaissance. Vous éviterez de suivre l'horloge ou le cadran toute la nuit. Si vous avez un cadran lumineux, nous vous suggérons même de le retourner pour que l'heure ne soit pas visible lorsque vous êtes couché.

Une fois l'agenda du sommeil bien maîtrisé et rempli adéquatement pendant deux à trois semaines, vous pouvez débiter la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli.

La restriction du sommeil peut présenter des risques ou des effets secondaires significatifs si vous souffrez de dépression, de trouble bipolaire, de douleurs chroniques, de problèmes respiratoires du sommeil (apnée), de mouvements périodiques des jambes ou d'autres problèmes de sommeil. Il faut aussi être très prudent si vos activités font en sorte qu'une somnolence le jour puisse présenter des risques pour votre sécurité (conduite automobile, transport, opération de machinerie...). **Vérifiez bien avec votre médecin ou votre thérapeute que vous n'avez pas de contre-indication à la restriction du sommeil.**

Votre thérapeute vous remettra alors les instructions pour la restriction du sommeil et le contrôle des stimuli.

La restriction du sommeil et le contrôle des stimuli se font en même temps.

La **restriction du sommeil** consiste à limiter le nombre d'heures que vous passez au lit de façon assez stricte et selon des horaires très réguliers, sept jours sur sept. Ainsi, vous allez provoquer volontairement un manque relatif de sommeil, ce qui aura pour effet :

1. d'augmenter rapidement, souvent en une à trois semaines, la qualité de votre sommeil (endormissement, profondeur, continuité);
2. de renverser rapidement la situation où vous luttez pour dormir qui sera remplacée par une situation où vous lutterez pour rester éveillé;
3. de synchroniser et de renforcer le signal de votre horloge biologique.

À ce stade, plusieurs personnes s'inquiètent beaucoup des conséquences néfastes du manque de sommeil qui en résultera. Il est important de bien comprendre les raisons pour lesquelles vous faites ceci. Au besoin relisez les informations sur l'insomnie et sur la thérapie ou posez les questions à votre thérapeute ou votre médecin ou encore, complétez votre lecture du livre de Charles Morin.

Rappelons que le manque de sommeil, bien que très désagréable, n'est pas dangereux si l'on est très prudent par rapport à notre somnolence pendant le jour.

Au début, vous restreindrez votre sommeil à une fenêtre qui correspond au nombre moyen d'heures que vous dormez. Toutefois, comme votre sommeil est léger et irrégulier, vous ne dormirez que pendant une petite partie de cette fenêtre ~~au début~~. Par exemple, si vous dormez en moyenne cinq heures par nuit seulement, vous n'aurez l'autorisation de dormir qu'entre minuit et cinq heures du matin. Comme vous aurez quand même des réveils assez fréquents au début pendant cette période, vous ne dormirez vraisemblablement que deux ou trois heures les premières nuits. Rapidement, vous manquerez de sommeil et la qualité de votre sommeil s'améliorera de telle sorte que vous vous endormirez de plus en plus facilement, vous aurez de moins en moins d'éveils pendant la nuit jusqu'à ce que l'efficacité de votre sommeil soit excellente. Quand la qualité du sommeil sera suffisamment améliorée, ce qui prend généralement assez peu de temps si vous respectez bien les règles, votre thérapeute vous permettra d'augmenter très lentement votre fenêtre de sommeil le plus souvent par tranche de 15 minutes, pas plus d'une fois par semaine. En augmentant trop vite, vous risquez de retomber dans le même cercle vicieux.

Le **contrôle des stimuli** vise à défaire l'association qui existe entre l'insomnie d'une part et d'autre part votre lit et votre chambre à coucher. Pour ce faire, vous devrez vous relever à chaque fois que vous réalisez que vous êtes éveillé dans votre lit pour une période de plus de 15 minutes. Vous allez alors changer de pièce, faire des activités peu stimulantes. Vous ne retournerez au lit que lorsque vous ressentirez la somnolence (et non pas seulement la fatigue, rappelez-vous bien la distinction entre les deux). Pendant le jour, vous devrez éviter les siestes. Si vous voyez que vous vous rendormez, retournez dans votre lit. Bref, vous ne pouvez pas contrôler l'insomnie, mais vous pouvez contrôler l'endroit où elle se passe. Nous vous demandons d'aller vivre votre insomnie ailleurs que dans votre chambre et de réserver votre chambre au sommeil. Lorsque vous vous levez la nuit, restez dans une lumière tamisée, ne faites que des activités peu stimulantes comme feuilleter une revue, écouter de la musique douce, ou regarder les émissions de télé ennuyeuses comme les chaînes où on présente des maisons ou des objets à vendre. Si vous choisissez de regarder la télé, tentez de sélectionner un petit poste et de vous en tenir à bonne distance pour éviter la lumière vive qui favorise l'éveil. Évitez de profiter de ces instants pour effectuer des tâches ou régler des problèmes. Évitez aussi les ordinateurs, tablettes, consoles de jeux vidéo et autres appareils électroniques.

Le jour, tentez de prévoir des activités stimulantes que vous pourrez faire pour lutter contre la somnolence et éviter les siestes (sauf pour certaines exceptions que vous discuterez

avec votre thérapeute ou votre médecin). Si jamais une sieste est absolument nécessaire, essayez de la faire avant 15h et que sa durée soit d'un maximum de 45 minutes. Utilisez le cadran si nécessaire. Des siestes plus longues ou plus tard dans la journée sont associées à du sommeil profond et nuisent grandement au sommeil les nuits suivantes. Elles vont aussi nuire à la synchronisation de votre horloge biologique.

Pour bien favoriser la synchronisation, nous vous recommandons une heure de lever très régulière tous les matins, incluant les fins de semaine. Au lever, mettez-vous en action rapidement (habillage, toilette personnelle, repas, exposition à la lumière du jour, activités) dès que vous êtes levé.

N'utilisez le lit et la chambre à coucher que pour le sommeil et les activités sexuelles. Ne pas regarder la télé, ne pas écouter la radio, ne pas manger et ne pas travailler dans la chambre à coucher. Planifiez au moins une heure de rituel préparatoire au sommeil avant votre heure de coucher. Pendant cette période, vous diminuez la luminosité et vous vous interdisez complètement de faire tout travail, planification ou solution de problème. Tout ce qui n'aura pas été réglé une heure avant le coucher devra être remis au lendemain. Évitez aussi les ordinateurs, tablettes, consoles de jeux vidéo et autres appareils électroniques.

Étape 7 : Aspect cognitif

A. Comprendre le modèle cognitif

On vous a déjà expliqué le modèle cognitivo-comportemental de l'insomnie. Rappelons que les émotions désagréables sont influencées surtout par notre façon de penser les événements plutôt que par les événements eux-mêmes. Ainsi, en modifiant votre façon de voir les choses, vous pourrez diminuer l'intensité de ces émotions désagréables qui nuisent à votre sommeil. En réévaluant vos pensées, vous pouvez les modifier et les remplacer par des pensées mieux adaptées et ainsi l'intensité de votre émotion désagréable diminuera et votre sommeil pourrait s'améliorer.

B. Identification des pensées concernant le sommeil

Pour identifier ces pensées, vous pouvez simplement prendre soin de les noter sur une feuille à part lorsque vous complétez votre agenda du sommeil ou à n'importe quel autre moment qui vous convient.

Vous pouvez aussi les découvrir en utilisant le questionnaire intitulé «Croyances et attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil».

C. Restructuration de la pensée ou restructuration cognitive

Comme nous le disions précédemment, vous pouvez apprendre à questionner vos pensées et à corriger certaines d'entre elles qui nuisent à votre sommeil.

Voici côte à côte certaines pensées fréquemment retrouvées chez les patients insomniaques et certaines pistes de questionnement.

Pensées immédiates :

- «Je crois que mon insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre chimique»
- «Rien ne peut améliorer mon sommeil si ce déséquilibre n'est pas corrigé».

Autres façons de penser :

Quelle que soit la cause initiale, lorsque l'insomnie devient chronique, des facteurs psychologiques et des habitudes de comportements sont en cause. Je peux agir sur ces facteurs et ainsi améliorer mon sommeil.

Pensées immédiates :

- «Je ne peux pas fonctionner le lendemain d'une mauvaise nuit de sommeil».
- «Mes émotions désagréables et mes difficultés le jour sont les conséquences de mon insomnie».

Autres façons de penser :

Est-ce que j'ai toujours des difficultés importantes le lendemain d'une nuit d'insomnie? D'autres facteurs peuvent-ils être en cause? Ne m'arrive-t-il pas d'avoir des émotions désagréables ou des difficultés à fonctionner même après une bonne nuit de sommeil?

Pensée immédiate :

- «L'insomnie pourrait avoir des effets très néfastes sur ma santé».

Autres façons de penser :

Personne n'est mort d'insomnie. Le sommeil est essentiel à la vie, mais on est totalement incapable de ne pas dormir le minimum vital. En plus, si je m'en fais avec mon sommeil, ça ne fera que l'empirer.

Pensée immédiate :

- «Ça me prend mes 8 heures de sommeil par jour. Si je n'ai pas assez d'heures de sommeil, je dois compenser en restant au lit plus longtemps».

Autres façons de penser :

Une nuit normale de sommeil n'est pas nécessairement de 8 heures. Ne serait-il pas possible qu'une telle exigence de performance vienne nuire à mon sommeil plutôt que de l'aider?

Il existe des gens qui dorment peu et qui sont heureux et productifs. Ces tentatives de compensation en restant plus longtemps au lit, n'augmentent pas, à long terme, la quantité de mon sommeil et diminuent grandement sa qualité en provoquant le cercle vicieux de l'insomnie.

Pensée immédiate :

- «Je devrais être capable de bien contrôler mon sommeil».

Autres façons de penser :

Le sommeil, comme la digestion ou la respiration, est conçu pour bien s'ajuster de façon automatique. Les tentatives de contrôle volontaire ou une tendance à accorder une importance démesurée au contrôle de ces fonctions donnent généralement lieu à un dérèglement.

Le sommeil vient plus facilement lorsqu'on arrive à lâcher prise sur le contrôle.

D. Autres sujets

Si vous avez des émotions désagréables fréquentes portant sur d'autres sujets que vos difficultés de sommeil et que ces émotions désagréables viennent nuire à ce dernier, il se peut qu'un travail de restructuration des pensées plus général soit utile. Parlez-en à votre thérapeute ou à votre médecin. Si vous avez de la difficulté à résoudre des problèmes réels de façon fréquente, certaines techniques de résolution de problème peuvent aussi vous être utiles.

Étape 8 : Maintien

Plusieurs mesures simples peuvent vous aider à favoriser le maintien des acquis à long terme. Une fois rendu à cette étape, vous aurez travaillé fort pour gagner un sommeil de meilleure qualité. Veillez à bien le maintenir.

Pour ce faire, il se peut que votre thérapeute vous propose une ou deux rencontres espacées pour vous encourager à maintenir vos bonnes habitudes. On appelle ces rencontres les entrevues de consolidation ou en anglais *booster sessions*.

Vous pouvez aussi faire un résumé très personnel de ce qui vous a été le plus utile dans cette thérapie. Notez les diverses techniques dont vous avez le plus bénéficié et les endroits où vous pouvez retrouver tout ce qu'il vous faut pour pouvoir les mettre en place à nouveau, le cas échéant.

Vous pouvez aussi préparer une petite fiche thérapeutique intitulée «En cas de rechute». Cette fiche peut être divisée en deux. Dans la première partie, vous pouvez noter les signaux d'alarme auxquels vous devrez être sensible et vigilant pour identifier le début d'une rechute des problèmes de sommeil. Dans la deuxième partie, vous pouvez noter les principales mesures à prendre si cela survient, par exemple référer à votre résumé de thérapie, prendre en note le nom et les coordonnées de votre thérapeute ou autres.

ANNEXE VIII

SUIVI POUR LE SEVRAGE D'UNE BENZODIAZÉPINE

SEVRAGE DES MÉDICAMENTS HYPNOTIQUES

Instructions aux thérapeutes

Mentionnons d'abord quelques informations élémentaires. On sait que les insomniaques qui ne prennent pas de médicament ont tendance à surestimer la latence du sommeil et à sous-estimer leur temps total de sommeil. À l'inverse, les insomniaques qui prennent des médicaments surestiment l'efficacité du médicament. De plus, l'architecture du sommeil des patients insomniaques qui prennent régulièrement des médicaments est considérablement perturbée. La proportion de stades 3, 4 et REM est diminuée chez ces sujets

Ceci étant dit, voyons maintenant comment procéder pour le sevrage des médicaments hypnotiques. Celui-ci peut se faire en trois étapes :

1. **Évaluation de l'utilisation de médicaments**

La première étape consiste à évaluer de façon précise l'utilisation de médicaments hypnotiques. Toute médication prescrite ou non doit être évaluée rétrospectivement lors de la rencontre initiale et de façon prospective à l'aide de l'agenda du sommeil.

2. **Éducation**

La deuxième étape consiste à bien informer le patient des effets sur le sommeil, d'un usage prolongé des benzodiazépines. La dépendance, la tolérance et l'insomnie rebond doivent être expliquées. On explique aussi comment l'insomnie rebond donne à la personne une fausse impression d'avoir besoin d'un hypnotique; cette fausse impression se combine à la distortion de la perception du sommeil amenée par ce type de médicament et il en résulte une accentuation de leur utilisation chronique. On évalue aussi les inconvénients et effets secondaires des somnifères chez le patient. Les symptômes de sevrage de benzodiazépines tels l'insomnie rebond, l'anxiété, l'irritabilité, les céphalées, les tremblements, les nausées sont expliqués et dédramatisés. On insiste finalement sur l'aspect temporaire de ces symptômes de sevrage.

3. **Horaire de sevrage**

La troisième étape consiste à fixer des objectifs précis et opérationnels de sevrage progressif. On va d'abord stabiliser le patient sur une dose fixe prise à heure régulière et qui ne varie pas selon le degré d'insomnie. On doit aussi viser à stabiliser sur un seul médicament et il est parfois utile de favoriser un médicament à plus longue demi-vie.

Une fois la stabilisation atteinte, on diminue la dose progressivement. La diminution sera d'autant plus progressive que le médicament est sujet à provoquer de la dépendance, que la dose est élevée et que la durée d'utilisation a été prolongée. Les standards de pratique actuels suggèrent une diminution d'environ une dose thérapeutique par semaine, mais le tout doit être individualisé. Lorsqu'on a atteint la dose quotidienne minimale, on commence à introduire des nuits sans médicament, d'abord une seule par semaine, préférablement les fins de semaine.

Les patients qui sont sevrés de leur médicament avant le début de la thérapie cognitivo-comportementale semblent avoir de meilleurs résultats, mais ceci n'est pas démontré de façon définitive et en pratique, nous individualiserons l'approche. Mentionnons en terminant que ces sevrages doivent toujours se faire sous supervision médicale.

ANNEXE IX

**INSTRUCTIONS POUR LA RESTRICTION DU SOMMEIL
ET LE CONTRÔLE DES STIMULI
(Instructions destinées aux patients)**

INSTRUCTIONS POUR LA RESTRICTION DU SOMMEIL ET LE CONTRÔLE DES STIMULI

1. On doit limiter le nombre d'heures passées au lit au nombre d'heures que vous avez dormi récemment, c'est-à-dire _____ heures par nuit. Fenêtre permise de sommeil entre _____ et _____.
2. N'allez au lit que lorsque vous vous sentez somnolent (et non pas seulement fatigué).
3. Levez-vous et changez de pièce si vous n'arrivez pas à vous endormir (ou vous rendormir) en moins d'une quinzaine de minutes. Ne retournez au lit que lorsque vous vous sentez somnolent (non pas seulement fatigué). Répétez cette étape aussi souvent que nécessaire à l'intérieur de la fenêtre de sommeil déterminée au point 1.
4. Maintenez une heure de lever régulière tous les matins, incluant les fins de semaine (_____). Utilisez le cadran. Mettez-vous en action rapidement (habillage, toilette personnelle, repas, exposition à la lumière du jour, activités) dès que vous êtes levé.
5. N'utilisez le lit et la chambre à coucher que pour le sommeil et les activités sexuelles; ne pas regarder la télé, ne pas écouter la radio, ne pas manger, ne pas lire et ne pas travailler dans la chambre à coucher.
6. Ne pas faire de sieste pendant le jour (la seule exception permise survient lorsque la somnolence pendant le jour est telle qu'elle présente un risque pour votre sécurité. Alors la sieste sera d'une durée maximale de 45 minutes et elle devra être faite avant 15h).
7. Planifiez au moins une heure de rituel préparatoire au sommeil avant l'heure de coucher. Pendant cette période, vous vous interdisez complètement de faire tout travail, planification ou solution de problèmes. Tout ce qui n'aura pas été réglé une heure avant le coucher devra être remis au lendemain.

ANNEXE X

**INSTRUCTIONS AU THÉRAPEUTE
POUR LA RESTRICTION DU SOMMEIL**

INSTRUCTIONS AU THÉRAPEUTE POUR LA RESTRICTION DU SOMMEIL

Définitions :

LE : Latence d'endormissement, case 4 de l'agenda du sommeil.

TEAE : Temps d'éveil après l'endormissement, case 6 de l'agenda du sommeil.

EM : Éveil matinal, case 9 de l'agenda du sommeil.

TTE : Temps total d'éveil, case 10 de l'agenda du sommeil; $TTE = LE + TEAE + EM$

TAL : Temps au lit, c.-à-d. la fenêtre entre l'heure de coucher et l'heure de lever, case 11 de l'agenda du sommeil.

TTS : Temps total de sommeil, case 12 de l'agenda du sommeil; $TTS = TAL - TTE$

ES : Efficacité du sommeil, moyenne hebdomadaire retrouvée dans le case inférieure droite de l'agenda du sommeil; $ES = \frac{TTS}{TAL} \times 100$

L'efficacité du sommeil représente le pourcentage du TAL que le patient passe à dormir.

Voici les étapes à suivre pour la restriction du sommeil.

- A. Le patient a déjà complété l'agenda du sommeil pendant environ deux semaines (ligne de base). Évaluer ensuite le TTS moyen de la ligne de base.
- B. Limiter le TAL au TTS moyen de la ligne de base en conservant généralement un minimum de quatre heures.
- C. Lors des séances suivantes (une fois par semaine) :
 - Si ES > 85 %, augmentez le TAL de 15 à 20 minutes;**
 - Si ES < 80 %, diminuez le TAL de 15 à 20 minutes (en respectant généralement le minimum de 4 heures de TAL);**
 - Si ES entre 80 % et 85 %, laissez le TAL tel quel.**
- D. Prescrivez le TAL sous forme d'une fenêtre précise (cf point 1 de la feuille d'instruction au patient qu'on retrouve à l'Annexe IX).
- E. Insistez sur le fait qu'il est préférable de garder l'heure de lever très stable sept jours par semaine. Suggérez fortement l'utilisation du réveil matin et s'il le faut, suggérez de mettre le

réveil matin à bonne distance du lit pour que la personne soit obligée de se lever pour aller l'éteindre.

- F. Avisez le patient des effets secondaires (c'est-à-dire somnolence diurne transitoire) surtout s'il doit accomplir des tâches dangereuses nécessitant beaucoup de concentration.
- G. Le renforcement positif est très important, surtout au début. Le patient peut se donner lui-même des renforcements. Le thérapeute va aussi renforcer positivement les aspects qui sont réussis. On invite aussi le patient à observer attentivement l'effet de la restriction de sommeil sur la LE, le TEAE, le EM, le TTE et le ES.

ANNEXE XI

INSTRUCTIONS AU THÉRAPEUTE POUR LE CONTRÔLE DES STIMULI

INSTRUCTIONS AU THÉRAPEUTE POUR LE CONTRÔLE DES STIMULI

- A. Expliquer au patient l'association entre le lit, la chambre, et d'autres activités incompatibles avec le sommeil (par exemple régler des problèmes, planifier, s'en faire avec l'insomnie, jongler, manger, écouter la télévision, etc.).
- B. Expliquer la distinction qui existe entre fatigue et somnolence.
- C. Expliquer ensuite l'instruction #2. «N'allez au lit que lorsque vous êtes somnolent et non pas seulement fatigué», tout en respectant la fenêtre de restriction du sommeil si on applique les deux techniques en même temps. Donnez un exemple précis.
- D. Expliquer ensuite l'instruction # 3. On doit se lever et changer de pièce si on n'arrive pas à s'endormir (ou à se rendormir) en moins d'une quinzaine de minutes. On ne doit ensuite retourner au lit que si on se sent somnolent (et non pas seulement, fatigué). On doit répéter ceci aussi souvent que nécessaire quitte à très peu dormir les premières nuits.
- Donnez des exemples d'activités peu stimulantes qui peuvent être faites lorsque le patient se relève, comme par exemple feuilleter des revues, écouter de la musique douce ou écouter une chaîne de télé peu stimulante par exemple les émissions où on présente des maisons ou des objets à vendre.
- Suggérez aussi une division psychologique pour les gens qui vivent dans un logement d'une pièce et demie ou un loft, par exemple un paravent.
- E. Expliquez l'instruction #4 : «Maintenir une heure de lever régulière».
- Expliquez l'importance primordiale de cette règle pour recycler l'horloge biologique. Suggérez au patient de se mettre en action rapidement une fois levé comme par exemple faire sa toilette, prendre son repas, ouvrir les rideaux, sortir à l'extérieur, s'exposer à la lumière vive. Si on doit vraiment varier l'heure de lever (par exemple les fins de semaine), une différence de deux heures entre les heures de lever extrêmes serait le maximum tolérable.
- F. Expliquez l'instruction #5. Ces activités créent une association entre le lit, la chambre et d'autre part l'état d'éveil. Donnez des exemples d'association par exemple, entre le fauteuil préféré et la détente, entre la cuisine et la faim, etc.

- G. Expliquez l'instruction #6. Les siestes peuvent dérégler l'horloge biologique et il est préférable de lutter contre la somnolence en restant actif. Explorez avec le patient les suggestions possibles d'activités, préférablement des activités motrices, tel le ménage, mettre la table, bricoler, faire du jardinage, etc., qui sont supérieures aux activités cognitives telles la lecture, la télévision, etc. On devra évidemment éviter toute activité qui présente un risque significatif d'accident en présence de somnolence. Si une sieste est absolument nécessaire, la durée maximale sera de 45 minutes et elle devra être faite avant 15h. On peut être un peu plus souple avec le «absolument» au début de la restriction du sommeil surtout si on a dû restreindre beaucoup et que cela provoque une forte inquiétude chez le patient. Il en va de même chez les personnes âgées. On conseille quand même de respecter assez strictement le maximum d'une heure de sieste au total et surtout de respecter l'horaire voulant qu'elle soit faite avant 15h puisque les siestes faites après 15h contiennent davantage de sommeil lent qui va diminuer la qualité du sommeil de la nuit suivante.
- H. Expliquez l'instruction #7. Discutez les activités habituelles du patient avant de se coucher. Vous pouvez tenter de l'aider à établir un rituel précis et adapté à ses goûts et à ses besoins.
- I. Pour favoriser la motivation du patient, bien expliquer :
- Que cette approche est très efficace (environ 75 % des patients voient leur problème de sommeil s'améliorer de plus de 50 %), sans être miraculeuse.
 - Que le traitement constitue un tout indissociable et qu'on ne peut pas choisir que les instructions qui nous conviennent.
 - Que les débuts sont souvent difficiles et que la persévérance est gage de succès.
 - Que lorsque les instructions sont suivies à la lettre, une nette amélioration devrait être observable dès la 6^e ou la 8^e semaine.
- J. Bien vérifier la compréhension du patient.
- K. Bien vérifier si des difficultés sont prévisibles pour mettre en place les instructions et aider le patient à solutionner ses difficultés.
- L. Vérifier les inquiétudes du patient.

ANNEXE XII**TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES**

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES

SITUATION OU ÉVÉNEMENT	ÉMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES	PENSÉES ADAPTÉES	RÉSULTAT	ACTION
<p align="center">Décrire brièvement la situation ou l'événement</p>	<p align="center">Spécifier l'émotion et évaluer son intensité (0-100%)</p>	<p align="center">Écrire vos pensées au moment où est survenue l'émotion</p>	<p align="center">Écrire les pensées adaptées</p>	<p align="center">Réévaluer l'intensité de votre émotion (0-100%)</p>	<p align="center">Écrire la conduite (ou les comportements) découlant des pensées adaptées</p>

ANNEXE XIII
TECHNIQUE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME

TECHNIQUE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME

ÉTAPE A : *S'arrêter et réfléchir; comment s'y prend-on pour résoudre un problème?*

Premièrement, vous devez vous rendre compte que vous êtes dans une situation où vous ne savez pas quoi faire et qu'il vous faut prendre le temps de bien réfléchir à la façon de résoudre le problème. Ensuite, *décidez* d'utiliser la technique de résolution de problèmes.

ÉTAPE B : *Définir le problème*

Décidez quel est le problème et définissez-le. Si vous en abordez plusieurs en même temps, vous pourrez avoir de la difficulté à trouver une bonne solution. Mettez des priorités. Ciblez un seul problème.

ÉTAPE C : *Dresser la liste des différentes façons de résoudre le problème.*

Dressez la liste de toutes les solutions possibles. Écrivez toutes celles qui vous viennent à l'esprit, même celles qui vous semblent moins bonnes. *Ne les évaluez pas tout de suite.*

ÉTAPE D : *Considérer les avantages et les inconvénients des différentes solutions possibles.*

Avantages	Inconvénients

ÉTAPE E : *Choisir une ou plusieurs des solutions possibles et décidez de la ou les appliquer. Bien accepter les inconvénients de la solution choisie et le fait qu'on ne bénéficiera pas des avantages associés aux autres solutions.*

ÉTAPE F : *Déterminer les ressources nécessaires.*

Dressez la liste des ressources dont vous aurez besoin pour résoudre le problème.

ÉTAPE G : *Fixer le jour et l'heure de l'application de la solution choisie et PASSER À L'ACTION!*

ÉTAPE H : *Vérifier périodiquement les résultats ou la progression et ajuster le plan d'action en conséquence*

Date de réévaluation	Résultats	Ajustement du plan d'action

<p>SECTION IX</p> <p>BIBLIOGRAPHIE</p>
--

1. Chaloult et coll. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, Montréal, 2008.
2. Morin CM et Espie CA. *Insomnia : A Clinical Guide to Assessment and Treatment 2004*, Springer, New York.
3. Morin CM. *Vaincre les ennemis du sommeil*, 2009, Les Éditions de l'Homme.
4. Silberman SA et Morin CM. *Insomnia workbook*, New Harbinger Publications, 1996.
5. Morin CM. Ch 79 DANS Kryger et coll. « *Principles and Practice of Sleep Medicine* », Elsevier, 2011.
6. American Psychiatric Association. « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)* », American Psychiatric Publishing. 2013.
7. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* 4^e édition, version française, Masson, Paris, 1996.
8. Organisation mondiale de la Santé. *CIM-10 Classification internationale des maladies*, Traduction de l'anglais par C.B. Piell, 1993.
9. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders : Diagnostic and coding manual*, American Academy of Sleep Medicine, Westchester, 2005.
10. Forol DE, Kamerow DB. « Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders : An opportunity for prevention? » , *JAMA* 1989;262:1479-84.
11. American Psychiatric Association. *DSM-IV : Soins primaires*, version française, Masson, Paris, 1998.
12. Guay B, Morin CM. « Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à doses thérapeutiques » , *Le Médecin du Québec* 1998 ; 33(4) :96.
13. Spielman A, Glovinsky P. «The varied nature of insomnia», Dans Hauri PJ (Ed) : *Case studies in insomnia* 1991, Plenum Press, New York.
14. Jacobson, E. « *Savoir relaxer pour combattre le stress* » Éditions de l'homme, 1991.
15. Sabourin, M. « *Techniques de relaxation 1* », CD audio, Sony Music Canada Inc., 2001.
16. André, C. « *Méditer jour après jour* », L'iconoclaste, 2011.
17. Site francophone de pleine conscience (MP3 de méditation, références...) : <http://www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/>.

18. Baladodiffusion de relaxation et méditation de passeport santé:
<http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>.
19. Randall, S et coll. « Controlled Study of Eight Months of nightly zolpidem », *Sleep*, 35(11):1551-1557, 2012.
20. Walsh JK et coll. "Nightly treatment of primary insomnia with eszopiclone for six months: effect on sleep, quality of life and work limitations". *Sleep*, 30:959-968, 2007.