

Avec ou sans médicaments ?

Les possibilités de traitement non pharmacologique de l'insomnie

Les somnifères ne représentent pas l'unique solution pour combattre l'insomnie. Des traitements alternatifs ont fait leurs preuves. La psychologue Françoise Cornette et la psychiatre Tifenn Raffray décrivent ici plusieurs techniques issues des thérapies comportementales et cognitives qui permettent d'aider les insomniaques à retrouver le sommeil.

L'insomnie est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale et en psychiatrie. Sa prévalence varie entre 10 et 20% de la population, et augmente avec l'âge. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ses conséquences sur la santé physique, psychique et l'altération de la qualité de vie, ainsi que les coûts directs (consultations médicales, prescriptions de psychotropes) et indirects (absentéisme professionnel, accidents) qu'elle engendre justifient l'importance et l'urgence d'en améliorer la prise en charge. Le traitement le plus fréquent est la prescription d'hypnotiques. Nécessaire et utile dans certains cas, notamment pour les insomnies aiguës, cette approche présente cependant plusieurs désavantages, tels que le risque de dépendance et de tolérance, les effets de rebond et les effets résiduels diurnes. Parmi les nombreux progrès déjà réalisés et probablement suite à l'insatisfaction résultant des traitements pharmacologiques, de nouvelles alternatives thérapeutiques non pharmacologiques ont vu le jour au cours des dernières décennies, notamment avec les thérapies comportementales et cognitives (TCC). En quoi consistent-elles ? Quelle est leur efficacité ? Quels sont leurs avantages et inconvénients par rapport aux traitements pharmacologiques ?

Le diagnostic de l'insomnie

Trois manuels présentent des critères diagnostiques pour l'insomnie : la nouvelle édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) publiée par l'Association américaine de psychiatrie, la dixième édition de la Classification internationale des

maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la deuxième édition de la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2) de l'Association américaine des troubles du sommeil. Sur le plan clinique, l'insomnie se définit comme une plainte formulée par le patient concernant la qualité et/ou la quantité du sommeil, de même que la qualité de l'éveil. Les difficultés rencontrées surviennent majoritairement au moment de s'endormir et sont définies par une latence d'endormissement supérieure à trente minutes. On parle alors d'un trouble de l'initiation du sommeil ou insomnie initiale. L'insomnie de maintien est quant à elle caractérisée par la survenue de réveils nocturnes (deux à trois fois pendant la nuit), avec difficultés de réendormissement. Enfin, l'insomnie peut être terminale lors d'un réveil matinal précoce (au moins une heure avant l'heure prévue). Parfois, l'insomnie touche toutes les étapes du sommeil. D'autres fois, elle se traduit par une sensation de sommeil léger ou non reposant (sommeil non réparateur). Une altération de l'état diurne est nécessaire pour pouvoir parler d'insomnie. En effet, un petit dormeur qui a des besoins physiologiques de sommeil moindres peut se plaindre de son sommeil. Mais, contrairement à l'insomniaque, il sera en forme le lendemain. Les symptômes le plus souvent attribués au mauvais sommeil sont une sensation de fatigue, une irritabilité, une tension psychique et physique, des troubles de la vigilance et de la concentration, une altération des performances, une humeur morose, etc. L'observation doit donc se porter sur l'ensemble du cycle sommeil/éveil, conçu comme un tout. L'insomnie peut être considérée par le clinicien comme un symptôme ou comme un syndrome. Lorsque l'insomnie est diagnostiquée comme «secondaire», le traitement va, avant tout, être étiologique. Ceci notamment en cas de douleurs chroniques, de troubles respiratoires, d'hyperthyroïdie, de dépression, d'anxiété, etc. Lorsqu'il semble ne pas y avoir de cause évidente à l'insomnie, celle-ci est qualifiée de «primaire» ou «psychophysiologique». C'est à ce type-là que nous nous intéresserons dans cet article, caractérisé selon l'ICSD-2 par la présence, depuis plus d'un mois, d'un conditionnement avec identification



d'un facteur s'opposant à l'endormissement ou induisant un état d'hyperéveil: angoisse de performance par rapport au sommeil, incapacité à s'endormir à une heure planifiée mais sans aucune difficulté au cours de situations monotones, qualité du sommeil améliorée en dehors de la maison, activité mentale exacerbée au lit ou tension somatique excessive.

Les thérapies cognitivo-comportementales

L'identification de facteurs psychologiques et comportementaux dans le déclenchement et le maintien de l'insomnie est à l'origine du développement de nombreuses interventions non pharmacologiques pour traiter ce trouble du sommeil. Parmi les interventions existantes, seules celles citées ci-après ont été l'objet d'études empiriques afin d'évaluer leur efficacité clinique: les thérapies de contrôle du stimulus, les thérapies de la restriction du sommeil, les thérapies de relaxation, les thérapies cognitives, et enfin l'éducation en matière de règles d'hygiène du sommeil.

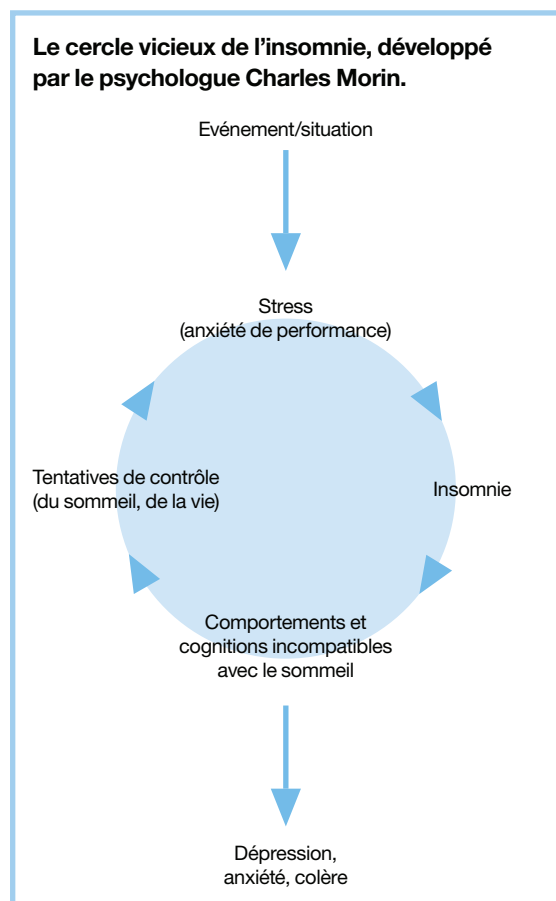
Les thérapies de contrôle du stimulus sont basées sur l'hypothèse que l'insomnie est une réponse conditionnée à des stimuli temporel (heure du coucher) et environnemental (lit/chambre à coucher) habituellement associés au sommeil, comme l'a expliqué le psychologue américain Richard Bootzin. L'objectif principal de cette approche consiste à entraîner le patient insomniaque à réassocier le lit et la chambre avec une latence d'endormissement courte, en réduisant toutes les activités incompatibles avec le sommeil, et à renforcer le respect d'horaires veille/sommeil réguliers. Les instructions délivrées dans le cadre des thérapies de contrôle du stimulus sont les suivantes: allez au lit uniquement lorsque vous êtes somnolent; réservez votre lit et votre chambre à coucher uniquement pour le sommeil et les activités sexuelles; si vous êtes réveillé-e depuis 15 ou 20 minutes, sortez de votre lit et de votre chambre et n'y revenez que lorsque vous vous sentez à nouveau somnolent; maintenez des horaires matinaux de lever réguliers quelle que soit la durée de la nuit précédente, et évitez de faire la sieste pendant la journée.

Comme l'a décrit Michael Perlis, docteur en psychologie de l'Université de Rochester, les thérapies de restriction de sommeil consistent à ajuster le temps passé au lit au temps total de sommeil. Ainsi, si un patient rapporte dormir cinq heures par nuit et passer huit heures au lit, il lui sera demandé de ne plus passer que cinq heures au lit. Afin d'éviter la somnolence diurne excessive, le temps passé au lit ne devrait pas être inférieur à cinq heures par nuit. Cette thérapie provoque un léger – et transitoire – état de privation de sommeil, et induit ainsi un raccourcissement de la latence d'endormissement, une meilleure efficacité de sommeil et une diminution de la variabilité internuits. L'objectif

est d'obtenir une efficacité de sommeil (temps total de sommeil en fonction du temps passé au lit) stable et supérieure ou égale à 85%. Chaque semaine, l'efficacité de sommeil est calculée sur l'agenda de sommeil et, si elle est supérieure ou égale à 85%, l'heure de coucher est avancée de 15 minutes.

Les interventions basées sur la relaxation sont quant à elles fondées sur le fait que les patients insomniaques présentent souvent un niveau d'hypervigilance (physiologique, cognitif et émotionnel) nocturne et diurne. Une observation faite par le professeur de psychologie Kenneth Lichstein de l'Université de Memphis. Ces méthodes, utilisées pour désactiver le système d'éveil, nécessitent une pratique régulière pendant plusieurs semaines. L'aide d'un professionnel est souvent indispensable au début du traitement.

La thérapie cognitive vise à modifier les pensées erronées et les attitudes incompatibles avec un bon sommeil, qui risquent d'alimenter le cercle vicieux de l'insomnie. En effet, les patients insomniaques présentent souvent beaucoup d'appréhension vis-à-vis du coucher, ainsi que de l'anxiété de performance dans leur tentative de reprendre le contrôle sur leur endormissement. Le but de cette thérapie consiste à court-circuiter le cercle vicieux insomnie – stress émotionnel – cognitions dysfonctionnelles – troubles du sommeil.



Enfin, la psychoéducation en matière de règles d'hygiène du sommeil est primordiale. Ces règles renvoient aux comportements qui permettent d'améliorer la qualité et la quantité du sommeil. En 1977, le professeur de psychologie d'origine suisse Peter Hauri est le premier à développer ces recommandations dans le cadre de l'insomnie. En 1991, la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) comporte alors une nouvelle catégorie de diagnostic intitulée «Hygiène de sommeil inadéquate», qui prend en compte les critères suivants: sieste diurne plus de deux fois par semaine; horaires de coucher et de lever irréguliers; plusieurs périodes (deux ou trois fois par semaine) de temps passé au lit prolongé; consommation habituelle de produits contenant de l'alcool, du tabac ou de la caféine dans la période précédant le coucher; planification d'exercice trop proche du coucher; engagement dans des activités excitantes ou perturbatrices émotionnellement trop proches du coucher; utilisation fréquente du lit pour des activités non liées au sommeil (regarder la télévision, lire, étudier, manger, etc.); dormir dans un lit peu confortable (mauvais matelas ou couverture inadéquate); chambre à coucher trop lumineuse, trop étouffante, trop encombrée, trop chaude, trop froide ou d'une quelconque façon non propice au sommeil; réaliser des activités nécessitant un haut niveau de concentration juste avant le coucher et laisser se produire au lit des activités mentales telles que penser, planifier, se souvenir. Ces facteurs sont rarement la cause primaire de l'insomnie. Ils peuvent toutefois entretenir ou aggraver le problème de sommeil existant et méritent d'être pris en considération.

Les programmes de thérapies comportementales et cognitives dans l'insomnie primaire intègrent de façon structurée les différentes interventions non pharmacologiques décrites ci-dessus. Ces programmes thérapeutiques multidimensionnels sont exposés dans l'ouvrage de Charles Morin et Colin Espie publié en 2003 et intitulé «Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment», dans «Overcoming Insomnia: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide» publié en 2008 par Jack Edinger et Colleen Carney, et dans l'ouvrage dirigé par Michael Perlis et publié en 2008 sous le titre «Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide». Ces traitements peuvent être proposés individuellement ou en groupe et comportent de six à huit séances hebdomadaires à bimensuelles d'une durée de soixante minutes chacune. Enfin, des travaux récents menés par un chercheur de l'Université de Stanford, Jason Ong, proposent l'intégration des thérapies de la troisième vague (méditation par la pleine conscience) dans ces programmes. Les résultats sont prometteurs, mais des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer l'efficacité.

Comparaison de l'efficacité des traitements

Deux grandes études expérimentales menées en 1991, celles de Charles Morin et de Howard Mc Clusky, ont comparé les thérapies cognitivo-comportementales et pharmacologiques de l'insomnie. Elles mettent en évidence l'efficacité thérapeutique à court terme de ces deux traitements. A long terme, il semble, selon les recherches du psychologue Charles Morin publiées en 1996, que les TCC produisent des améliorations au niveau du sommeil plus durables que celles obtenues suite à la prise d'un traitement pharmacologique seul. Concernant les différentes techniques utilisées dans les TCC, il semble que les thérapies de contrôle du stimulus et de restriction du sommeil soient plus efficaces sur l'efficacité de sommeil, alors que les thérapies de relaxation améliorent plutôt la qualité du sommeil et que les thérapies cognitives réduisent le stress émotionnel associé aux troubles du sommeil.

Le traitement pharmacologique est indiqué pour traiter l'insomnie aiguë et/ou à court terme lorsqu'une rapide réduction des symptômes est recherchée. La prescription d'hypnotiques est d'une grande utilité dans les cas de jet lag et d'insomnie transitoire réactionnelle à un événement ou une situation très stressante (deuil, maladie, etc.). Utilisés à court terme, ils ont également une grande valeur prophylactique contre le développement d'une insomnie chronique. Les TCC sont quant à elles davantage indiquées pour traiter l'insomnie chronique et aiguë lorsque la pharmacologie est contre-indiquée (interactions médicamenteuses, antécédents d'abus de substances, patients en pédiatrie ou en gériatrie, etc.). Ces traitements ont tout de même des inconvénients. Si la prise de somnifères est souvent accompagnée d'effets secondaires, d'effets diurnes résiduels et d'un risque de dépendance, les TCC requièrent davantage de temps et d'investissement de la part des patients et des thérapeutes, encore trop peu nombreux à être formés à ces approches.

Une prise en charge insuffisante

En dépit de la haute prévalence et de l'impact sur la qualité de vie et sur les coûts des soins, l'insomnie reste encore insuffisamment prise en charge. L'intérêt et l'efficacité des traitements non pharmacologiques de l'insomnie développés ici ne sont plus à démontrer. Le défi consiste à réussir à mieux les intégrer, au quotidien, dans l'arsenal thérapeutique de chaque praticien pour en faire bénéficier un nombre toujours croissant de patientes et de patients.

Françoise Cornette
Tifenn Raffray

Bibliographie

Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991). Stimulus control instructions. In P. Hauri (Ed.), *Case Studies in Insomnia* (pp. 19–28). New York: Plenum Press.

Harvey, A. G., & Tang, N. K. Y. (2003). Cognitive behaviour therapy for primary insomnia: can we rest yet? *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 237–262.

McClusky, H. Y., & al. (1991). Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep-onset insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 121–126.

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford press.

Perlis, M. (2003). On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 51–59.

Les auteures

Françoise Cornette est psychologue au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil au CHUV à Lausanne. Elle s'est formée aux thérapies comportementales et cognitives appliquées à l'insomnie, à la médecine du sommeil et aux principales techniques de relaxation.

Psychiatre-psychothérapeute, Tifenn Raffray est cheffe de clinique au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil au CHUV et directrice médicale adjointe du Centre de psychiatrie et de psychothérapie des Toises à Lausanne. Elle s'est formée aux thérapies comportementales et cognitives de l'insomnie aux Universités de Stanford et de Brown aux Etats-Unis.

Contact

Françoise Cornette, Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS), CHUV, BH06,
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
francoise.cornette@chuv.ch

Tifenn Raffray, Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS), CHUV, BH06,
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
tifenn.raffray@chuv.ch

Zusammenfassung

Schlaflosigkeit ist ein häufiger Konsultationsgrund. Obwohl sie schwerwiegende und kostenintensive Folgen hat, wird sie auch heute noch unzureichend behandelt. In den letzten Jahrzehnten hat man sich verstärkt mit nichtpharmakologischen Methoden zur Behandlung des Schlafproblems befasst und die Wirksamkeit konnte belegt werden. Die meisten dieser Techniken sind der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zuzuordnen. In diesem Artikel geben die Psychologin Françoise Cornette und die Psychiaterin Tifenn Raffray einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse zu Indikationen, Wirksamkeit, Vor- und Nachteilen der KVT.