



Prise en charge du trouble d'insomnie

Charles M. Morin, Ph. D.

Professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval

Directeur, Centre d'études des troubles du sommeil

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en médecine comportementale du sommeil

Manifestations de l'insomnie

Comme le sommeil représente un pilier essentiel à une bonne santé physique et mentale, il n'est pas étonnant que l'insomnie soit une des plaintes les plus fréquentes en pratique clinique. Les trois symptômes classiques de l'insomnie sont les difficultés d'endormissement en début de nuit, les éveils pendant la nuit avec difficultés à se rendormir et les réveils précoces le matin avec incapacité de se rendormir. Ces difficultés entraînent habituellement des répercussions importantes sur le fonctionnement diurne, notamment la fatigue et la baisse d'énergie, les problèmes d'attention ou de concentration et les perturbations de l'humeur. On parle d'un trouble d'insomnie lorsque ces difficultés se manifestent au moins trois nuits par semaine et persistent au-delà de trois mois. L'insomnie peut être la plainte principale, mais plus souvent elle se présente en comorbidité avec un autre trouble, psychologique ou physique, particulièrement avec les troubles anxieux ou dépressif, et la douleur chronique. Même en présence d'un autre trouble, notamment la dépression, il est essentiel de traiter directement le trouble du sommeil en parallèle avec le traitement de la dépression. En l'absence de traitement, les difficultés de sommeil persistent et accentuent les risques de rechute de dépression même après un traitement qui s'est avéré efficace pour cette condition (Morin et al., 2015).

L'insomnie peut être la plainte principale, mais plus souvent elle se présente en comorbidité avec un autre trouble, psychologique ou physique, particulièrement avec les troubles anxieux ou dépressif, et la douleur chronique.



Quand et comment traiter l'insomnie?

Les difficultés de sommeil font partie du tableau clinique de la majorité des clients en consultation psychologique. Malheureusement, ces difficultés sont souvent ignorées, minimisées ou attribuées à un problème coexistant. Comme l'insomnie est un problème plutôt « médicalisé », le psychologue a tendance à tenir pour acquis que l'utilisation de somnifères est la seule option thérapeutique viable. La médication joue un rôle important dans le traitement de l'insomnie ponctuelle, associée à un événement de vie majeur (décès d'un proche, rupture amoureuse, perte d'emploi) ou à une situation temporaire (décalage horaire), mais la prise en charge de l'insomnie chronique repose d'abord et avant tout sur une approche psychologique qui cible directement les facteurs d'entretien des difficultés de sommeil – la thérapie cognitive comportementale de l'insomnie (TCC-I).

Il existe présentement trois approches thérapeutiques pour l'insomnie : la pharmacothérapie, laquelle comprend plusieurs classes de médicaments spécifiquement homologués pour l'insomnie (p. ex. zopiclone, zolpidem) ou utilisés hors indication comme certains antidépresseurs avec effet sédatif (p. ex. trazodone, mirtazapine); les produits en vente libre qui contiennent un antihistaminique; les approches dites complémentaires ou alternatives (p. ex., l'acupuncture, la valériane); et finalement les approches psychologiques, qui se résument essentiellement à la TCC (Morin et Benca, 2012).

La TCC-I est reconnue comme traitement de choix pour la prise en charge de l'insomnie chronique dans tous les guides de pratique clinique disponibles un peu partout dans le monde (Qaseem, Kansagara, Forcica, Cooke, et Denberg, 2016; Riemann et al., 2017). Cette recommandation est d'ailleurs appuyée par plusieurs organisations professionnelles de médecins, psychologues et spécialistes du sommeil et repose sur une quantité impressionnante de données probantes (van Straten et al., 2018). Ces données indiquent qu'entre 70 % et 80 % des clients bénéficient de la TCC-I, avec des taux de rémission complète d'environ 50 %. Les principaux effets thérapeutiques sont de réduire le délai d'endormissement et les éveils nocturnes, tout en améliorant la continuité et l'efficacité du sommeil. Certaines études ont également démontré des effets bénéfiques sur la qualité de vie et sur le fonctionnement diurne. Les études contrôlées avec condition placebo



indiquent que la TCC-I produit des effets à court terme comparables à l'approche pharmacologique, mais ses effets thérapeutiques sont beaucoup plus durables dans le temps. Chez des patients souffrant d'un trouble d'insomnie comorbide à une dépression ou un trouble anxieux, une TCC-I ciblant spécifiquement le sommeil produit des résultats supérieurs à une intervention ciblant uniquement la dépression ou l'anxiété.

Malgré certaines variations dans son implantation, la TCC-I se déploie habituellement dans le contexte de six à huit consultations individuelles, ce qui est relativement plus court que la TCC appliquée, par exemple, à un trouble d'anxiété généralisé ou à une dépression majeure. Les principales composantes de la TCC-I sont la restriction du temps au lit, la méthode de contrôle par le stimulus, la relaxation (pas toujours essentielle), la restructuration cognitive de certaines croyances erronées sur le sommeil et sur les perceptions des impacts de l'insomnie sur le fonctionnement diurne, ainsi que l'enseignement individualisé sur les principes de l'hygiène du sommeil.

Autosoins et autres ressources disponibles

On observe un intérêt croissant pour les approches d'autosoins de l'insomnie, un peu comme pour plusieurs autres problématiques de santé mentale. Qu'il s'agisse de consultations en mode virtuel, d'approches numériques entièrement automatisées, ou de formules hybrides, ces approches novatrices répondent à un besoin et permettent d'outrepasser certaines barrières (déplacement, coût) et de rendre la TCC-I plus accessible à plusieurs qui ne consulteraient peut-être pas en personne pour un problème d'insomnie. Malgré la grande variabilité dans la qualité de ces programmes d'autosoins, les données d'études cliniques sont tout de même très encourageantes quant à l'efficacité de certains programmes (Somryst, Sleepio), mais encore peu de ces programmes sont disponibles à grande échelle (Zachariae, Lyby, Ritterband, et O'Toole, 2016). Même si ces approches vont démocratiser l'accès à certaines formes d'interventions psychologiques, notamment la TCC-I, il faut voir ce type d'approche comme complémentaire et non comme substitut à la TCC-I offerte en modalité plus traditionnelle de consultations en personne. Les approches d'autosoins peuvent être suffisantes pour les personnes avec des difficultés de sommeil moins sévères. Toutefois, pour une personne qui présente un trouble d'insomnie plus complexe, avec comorbidité et utilisation chronique de somnifères, la TCC-I en mode classique sera souvent nécessaire pour bien encadrer la prise en charge du client.

Autres ressources disponibles en ligne :

<https://www.dormezladessuscanada.ca/>

www.cets.ulaval.ca

<https://www.grepsy.psy.ulaval.ca/node/20>

Chez des patients souffrant d'un trouble d'insomnie comorbide à une dépression ou un trouble anxieux, une TCC-I ciblant spécifiquement le sommeil produit des résultats supérieurs à une intervention ciblant uniquement la dépression ou l'anxiété.

Références

Morin, C.M. (2021). *Vaincre les ennemis du sommeil* (3ed.). Les Éditions de l'homme, Montréal, Québec, Canada.

Morin, C. M., et Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379, 1129-1141. doi:S0140-6736(11)60750-2 [pii] 10.1016/S0140-6736(11)60750-2

Morin, C. M., Drake, C. L., Harvey, A. G., Krystal, A. D., Manber, R., Riemann, D., et Spiegelhalder, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-18. doi:10.1038/nrdp.2015.26

Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., et Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133. doi:10.7326/M15-2175

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675-700. doi:10.1111/jsr.12594

van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., et Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16. doi:10.1016/j.smrv.2017.02.001

Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., et O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 1-10. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004

