
Guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte,

**A l'usage du médecin
généraliste**





■ L'insomnie est un problème de santé fréquent, pour lequel vous êtes souvent consultés.

La prescription d'hypnotiques, parfois utile à court terme, n'a pas à ce jour fait la preuve de son efficacité à long terme, avec de surcroît des effets indésirables notables, tandis que la thérapie comportementale et cognitive (TCC) de l'insomnie est une méthode qui a fait ses preuves, au cours d'études scientifiques, tant dans les centres spécialisés du sommeil qu'en médecine de ville.

De plus, les bénéfices cliniques démontrés persistent à moyen et long terme.

C'est un traitement actuellement sous-utilisé par les généralistes, alors que c'est l'approche recommandée, en première intention, devant une insomnie chronique (recommandations HAS 2006) et que les centres du sommeil ont vocation à ne prendre en charge que les insomnies sévères, rebelles ou en échec au traitement.

Ce guide a pour objectif de vous fournir un certain nombre de notions sur la TCC de l'insomnie, pour vous permettre ensuite de proposer ce traitement à vos patients.

Eléments du traitement comportemental et cognitif de l'insomnie

- L'hygiène du sommeil,
- Le contrôle du stimulus (CS),
- La restriction du sommeil (RS),
- La thérapie cognitive,
- La relaxation.

■ Le médecin généraliste peut facilement s'approprier les trois premières mesures. Il peut y recourir pour ses patients, dans le cadre de sa consultation, à condition d'avoir reçu une information minimale à ce sujet.

L'utilisation de la thérapie cognitive et de la relaxation semble également possible mais plus difficile ; elle nécessitera probablement une formation plus approfondie et une plus grande disponibilité pour être appliquée.

En pratique, il faut se donner le temps d'une consultation à part entière, pour faire une évaluation initiale du problème. Même si la demande est abordée à la fin d'une consultation pour un autre motif, il est souhaitable de prévoir une consultation dédiée. Par la suite, on définira avec le patient les objectifs qui guideront le traitement.

De même que l'insomnie chronique s'est installée progressivement, il faut généralement du temps pour retrouver un sommeil correct. Un suivi de plusieurs semaines est toujours nécessaire.



Sommaire :

I. Quelques informations sur le sommeil pour discuter avec vos patients

1. Les différents stades du sommeil p 4
2. Quelques facteurs influençant le sommeil p 4
3. Définition de l'insomnie chronique p 5
4. Histoire naturelle de l'insomnie chronique p 5

II. Insomnie : comment aborder la plainte du patient ?

1. Repérer les circonstances de la demande p 6
2. Caractériser la plainte de mauvais sommeil p 6
3. Insomnies secondaires : une prise en charge spécifique p 7
4. Traitement par TCC, pour quelle(s) insomnie(s) p 7

III. L'agenda du sommeil

1. A quoi ça sert ? P 8
2. Quelles informations y noter ? (pour le patient) p 8
3. Quelles informations en tirer ? (pour le médecin) P 9
4. Quelques repères : Qu'est-ce qu'une bonne nuit de sommeil p 9

IV. Les mesures à l'usage du généraliste

1. L'hygiène du sommeil p 10
2. Le contrôle du stimulus p 11
3. La restriction du sommeil p 12

V. Les mesures plus spécifiques

1. La thérapie cognitive p 13
2. La relaxation p 14

VI. La TCC : que faire, quand, comment ?

p 15

VII. Pour conclure :

1. Adapter la réponse thérapeutique p 16
2. Quand adresser ? P 16
3. Où adresser ? P 17
4. Pour aller plus loin p 17

Annexe 1 : Questionnaire : Aborder la plainte d'insomnie p 18

Annexe 2 : Outils diagnostiques pour la consultation p 20

1. Agenda du sommeil p 20

2. Echelle de somnolence d'Epworth p 22

Annexe 3 : Questions/Réponses : 9 idées reçues sur l'insomnie p 23



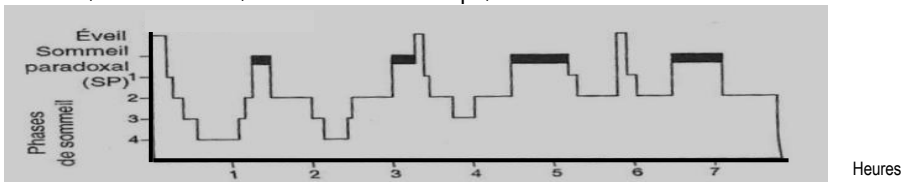
I. Quelques informations sur le sommeil, pour discuter avec vos patients

1. Les différents stades du sommeil

Le sommeil est constitué de plusieurs stades qui se succèdent au cours d'une nuit. Il se structure en cycles : 4 à 6 par nuit, d'une durée allant de 60 à 90 minutes chacun. Chaque cycle comporte tous les stades de sommeil, mais la répartition de ceux-ci va évoluer au cours de la nuit (cf. encadré).

Stade 1 : phase d'endormissement : transition entre l'éveil et le sommeil.
Stade 2 : sommeil lent léger : il occupe la moitié de la durée totale de sommeil.
Stade 3 et 4 : sommeil lent profond (SLP). Plus important en 1^{ère} partie de nuit.
Sommeil paradoxal (SP) : il correspond aux rêves et augmente en fin de nuit.

La succession des différents stades du sommeil, au cours de la nuit, se représente sous la forme d'un hypnogramme (figure ci-dessous). On peut y voir les différents stades de sommeil, en ordonnée, en fonction du temps, en abscisse.



2. Quelques facteurs influençant le sommeil

■ La génétique : En moyenne les adultes dorment entre 7 et 8h30 par nuit. Ce sont des dormeurs moyens. Il existe des "courts dormeurs" qui dorment entre 4 et 6h30 sans en être gêné et les "longs dormeurs" qui dorment entre 9 et 10h30.

■ La durée de l'éveil précédant le sommeil : Phénomène de régulation du sommeil. Plus la période de veille est longue, plus le besoin de dormir sera impérieux et le sommeil profond (SP) plus important. C'est ce que l'on appelle " la pression de sommeil".

■ L'âge : Avec l'âge le sommeil profond et paradoxal diminuent, le nombre et la durée des éveils nocturnes augmentent, les siestes se font plus courantes, le délai d'endormissement s'allonge, donnant l'impression d'un sommeil de moins bonne qualité.



3. Définition de l'insomnie

■ L'insomnie se définit par l'association :

D'une plainte nocturne : difficulté d'endormissement, de maintien du sommeil (éveils nocturnes) ou réveil matinal précoce,

D'une plainte diurne : dysfonctionnement social, familial ou professionnel.

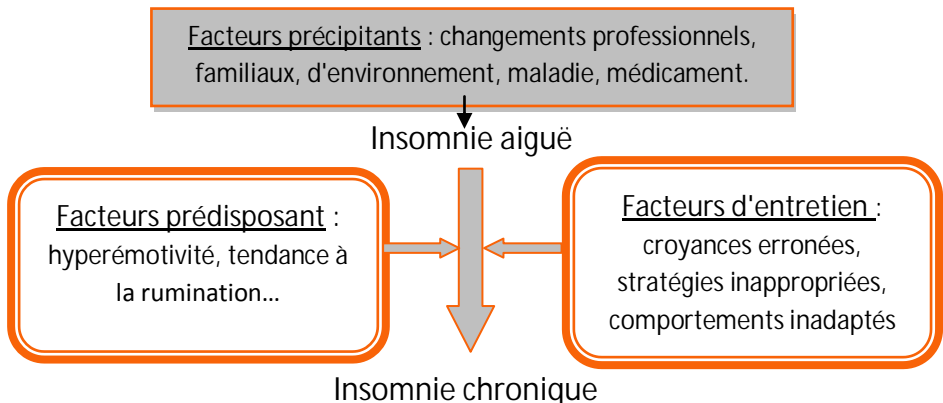
Elle est dite chronique si les troubles surviennent plus de 3 fois par semaine, depuis plus de 3 mois.

■ On parle d'insomnie primaire psychophysiologique quand il n'y a pas d'autre trouble du sommeil (Syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques de jambe, syndrome d'apnées du sommeil), trouble psychiatrique, prise de médicament/de toxiques ou toutes autres pathologies susceptible de perturber le sommeil.

■ En France, la prévalence de l'insomnie est estimée à 19% chez les adultes de plus de 18 ans. 47% des insomniaques profitent d'une consultation pour un autre motif, pour évoquer leur problème de sommeil. En corollaire, seulement 20% d'entre eux consultent spécifiquement pour ça.

4. Histoire naturelle de l'insomnie chronique psychophysiologique

Après 2 à 3 semaines de difficultés à s'endormir, le cercle vicieux de l'insomnie peut se mettre en place, favorisant l'installation de l'insomnie chronique.



Un épisode d'insomnie aiguë peut arriver à tous et survient toujours à la suite d'un facteur déclenchant. L'existence de facteurs prédisposants et la mise en place de facteurs d'entretien va favoriser l'installation de l'insomnie chronique. La part des facteurs déclenchants, initialement maximale va laisser place aux facteurs d'entretien (temps excessif passé au lit, efforts exagérés pour s'endormir, crainte des conséquences du mauvais sommeil) qui vont perpétuer l'insomnie.



II. Insomnie : comment aborder la plainte du patient ?

1. Repérer les circonstances de la demande

- ◆ Il s'agit de la demande principale : Vous êtes dans les conditions idéales pour faire l'évaluation initiale des caractéristiques de l'insomnie et repérer les patients qui peuvent bénéficier des traitements non médicamenteux. Cette première consultation vous permettra de définir avec le patient les objectifs de la prise en charge et de planifier les consultations suivantes.
- ◆ Il s'agit d'une demande associée, le problème est abordé en fin de consultation : Il est essentiel de ne pas céder à la prescription d'hypnotiques. Proposez une nouvelle consultation dédiée aux problèmes de sommeil et remettez l'agenda du sommeil que le patient pourra remplir d'ici la prochaine consultation.
- ◆ La prescription d'un hypnotique (zopiclone, zolpidem), sur une courte durée, ne sera envisagée qu'en cas d'insomnie aiguë.

2. Caractériser la plainte de mauvais sommeil de vos patients. (Questionnaire détaillé dans l'annexe 1)

Ce questionnaire vous aidera à confirmer le diagnostic d'insomnie chronique (Q 1 à Q 3), à identifier les facteurs déclenchants (Q 5), l'existence éventuelle d'une pathologie initiale responsable d'une insomnie secondaire (Q 6 à Q 9) et les habitudes de vie du patient qui peuvent accentuer les troubles du sommeil (Q4, Q 10 et Q11).

- Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir ?
- Q 2. Est-ce-que cette insomnie à des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?
- Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?
- Q 4. Avez-vous un rythme de vie, de travail décalé ?
- Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie ?
- Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'anxiété qui envahissent votre quotidien ?
- Q 7. Avez-vous constaté ou vous a-t-on rapporté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?
- Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de santé ?
- Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels susceptibles de favoriser une insomnie ?)



Q 10. Consommez-vous de façon régulière des excitants : tabac, alcool, café, thé, des drogues ?

Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous déjà entrepris quelque chose par vous-même ?

3. Insomnies secondaires : une prise en charge spécifique

Les troubles spécifiques du sommeil : Prendre un avis spécialisé en centre du sommeil (voir p18-19 : quand et où adresser ?)	- Syndrome des jambes sans repos et syndrome des mouvements périodiques nocturnes de jambes (SJSR, MPJ), - Syndrome d'apnées du sommeil (SAS).
Les troubles psychiatriques : Proposer un traitement spécifique ou adresser au psychiatre.	
Les médicaments : Envisager l'arrêt si possible	De nombreux médicaments peuvent favoriser les troubles du sommeil. Il faut lister et vérifier toutes les prises médicamenteuses.
Les maladies organiques : Proposer ou adapter le traitement étiologique. Recourir aux hypnotiques si nécessaire, temporairement. En cas d'échec, adresser à un centre du sommeil pour une prise en charge spécialisée.	- Maladie neuro-dégénérative, - Douleur, - RGO, pathologie ulcéreuse, - Pathologie cardiovasculaire, broncho-pulmonaire.

Remarque : une insomnie secondaire peut persister et évoluer pour son propre compte, même une fois sa cause disparue, on parle alors d'insomnie comorbide.

4. Traitement par TCC, pour quelle(s) insomnie(s) ?

- Les insomnies chroniques psychophysiologiques,
- Les insomnies comorbides



III. L'agenda du sommeil

1. A quoi ça sert ?

En début de prise en charge, il permet d'obtenir la perception que le patient a de son sommeil. C'est un outil subjectif.

Une fois le traitement débuté, il aide à suivre les changements du sommeil, pour mieux ajuster les mesures cognitives : restriction du sommeil. (Y-a-t'il une amélioration de la qualité, de la quantité de sommeil ? Quelle est la consommation de médicaments ?)

IMPORTANT

L'agenda du sommeil n'est pas un outil de précision !
Il est important de dire à vos patients de ne pas regarder le réveil toute la nuit !
Les heures peuvent être notées avec une approximation de 15 min.

2. Quelles informations y noter ? (pour le patient)

Vous demanderez à vos patients de le remplir sur une période initiale de 15 jours, pour mieux cerner les caractéristiques et les variations de leur sommeil (il peut être intéressant de comparer les agendas du sommeil entre périodes de travail et vacances).
Vous leur donnerez les consignes suivantes :

- Le matin au réveil, parce qu'il est alors plus facile de se rappeler de la nuit précédente :
 - Notez une flèche vers le bas pour l'heure de coucher,
 - Notez une flèche vers le haut pour l'heure de lever,
 - Hachurez les zones correspondant aux heures de sommeil estimées,
 - En cas d'éveils nocturnes laissez un blanc,
 - Notez si vous avez pris un médicament,
 - Notez la qualité du sommeil et de l'éveil selon les degrés suivants :
Très Bien/Bien/Moyen/Mauvais/Très Mauvais.

- Le soir, en cas de sieste faite dans la journée :
 - Hachurez la zone correspondante,
 - Notez par un S si vous avez eu des moments de somnolence.



3. Quelles informations en tirer ? (pour le médecin)

À partir de cet agenda vous pourrez repérer :

- Les horaires habituels de coucher et de lever (en semaine, en week-end),
- Le délai d'endormissement moyen (défini par le temps écoulé entre l'heure de coucher et l'heure d'endormissement),
- La fréquence des éveils nocturnes et leur durée estimée,
- Le temps passé au lit (temps écoulé entre l'heure de coucher et l'heure de lever et qui ne correspond pas forcément au temps de sommeil réel),
- Le temps de sommeil moyen
- L'existence d'un réveil matinal précoce,
- La fréquence des troubles du sommeil,
- La prise d'hypnotiques et la fréquence des prises.

Vous serez alors en mesure d'établir les valeurs moyennes des constantes mesurées et de définir les objectifs du traitement.

Vous pourrez notamment calculer l'efficacité du sommeil de votre patient, sur une période donnée (par exemple sur 15 jours).

Elle se définit par :
$$\frac{\text{Temps de sommeil moyen}}{\text{Temps passé au lit (TL)}} \times 100\%$$

Elle permet de suivre la qualité du sommeil et d'adapter le traitement, notamment dans le cadre de la restriction du sommeil. (Chapitre IV.1)

Vous trouverez en annexe un exemplaire d'agenda du sommeil pour vos patients.

4. Quelques repères : qu'est-ce qu'une bonne nuit de sommeil ?

- ◆ Délai d'endormissement : 20 à 30 minutes.
- ◆ Temps de sommeil : 6 à 9 heures.
- ◆ Durée de sommeil par rapport au temps passé au lit ou efficacité du sommeil $\geq 90\%$.
- ◆ Total des éveils nocturnes < 20 minutes.
- ◆ Nombre de cycles de sommeil par nuit : 4 à 6. (ne peut être évalué que sur un enregistrement polysomnographique)



IV. Les mesures à l'usage du généraliste

1. L'hygiène du sommeil

Certaines habitudes de vie peuvent perturber le sommeil. La modification de ces facteurs, en complément des autres mesures de la TCC, pourra consolider le sommeil.

Voici les principaux conseils que vous pouvez donner à vos patients :

- ◆ Ne consommez pas de caféine (thé, café, soda, coca-cola) dans les quatre à six heures qui précèdent le coucher.
- ◆ Evitez de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes. La nicotine est un stimulant. Fumer au moment des éveils nocturnes majore ces éveils.
- ◆ Evitez l'alcool au repas du soir. L'alcool est un dépressueur qui peut favoriser l'endormissement, mais fragmente le sommeil et favorise les éveils nocturnes.
- ◆ Gardez votre chambre à coucher calme et obscure.
- ◆ Evitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher. Le corps humain régule en permanence sa température à un niveau stable (37°C). Si la température externe est trop chaude ou trop froide, les réactions physiologiques nécessaires au maintien de cette température peuvent perturber le sommeil. La température idéale de la chambre est de 18-19°C.
- ◆ Préférez un dîner léger, mais ne vous couchez pas en ayant faim. Une alimentation riche en glucides lents favorise le sommeil.
- ◆ Pratiquez une activité physique régulière en début de soirée. Le sport favorise l'endormissement, diminue les éveils nocturnes et augmente le sommeil à ondes lentes qui est le plus réparateur. Toutefois attention, il ne doit pas être pratiqué dans les 4 heures qui précèdent le coucher.
- ◆ Placez votre réveil de manière à ne pas le voir. L'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration.
- ◆ Favorisez les activités relaxantes au moins 1 heure avant le coucher pour préparer le sommeil. Mettez de côté les problèmes de la journée. La détente physique et morale favorisera l'endormissement.



2. Le contrôle du stimulus : CS

Le contrôle du stimulus va renforcer le lien entre le lit et le sommeil. Il réassocie la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec l'éveil et l'appréhension de l'insomnie.

Les conseils à donner à vos patients :

- ◆ Couchez-vous uniquement lorsque vous ressentez le besoin de dormir. Repérez les signaux de somnolence : bâillements, sensation de refroidissement, frottement des yeux, tendance à s'assoupir...
- ◆ 1 heure avant le coucher, marquez une transition entre l'éveil et le sommeil, développez une routine, un rituel avant de vous mettre au lit (lavage des dents, se mettre en pyjama, vérifications de la maison...).
- ◆ Le lit ne doit être utilisé que pour dormir et pour les rapports sexuels... Vous ne devez pas lire, manger, regarder la télévision ou parler au téléphone dans votre lit.
- ◆ Si vous ne parvenez pas à vous endormir au bout de 20 à 30 min, levez-vous, allez dans une autre pièce, débutez une activité relaxante (lecture, écoute de musique douce, préparation d'une boisson chaude). Restez dans une ambiance lumineuse faible. Quand la somnolence réapparaît, retournez dans le lit. Cette mesure doit être répétée autant de fois que nécessaire, notamment en cas d'éveils nocturnes.
- ◆ N'essayez pas de vous endormir à tout prix. Cela entraîne une activation des pensées et majore l'anxiété de performance.
- ◆ Réglez votre réveil-matin et levez-vous à la même heure tous les jours, quelles que soient l'heure d'endormissement de la veille et/ou la durée de sommeil de la nuit précédente.
- ◆ Ne faites pas de sieste de plus de 30 minutes.

OBJECTIFS

1. Réassocier la chambre à coucher avec le sommeil.
2. Régulariser le cycle veille sommeil.



3. La restriction du sommeil : RS

Les insomniaques passent généralement trop de temps au lit sans dormir.

La RS utilise "la pression de sommeil" pour favoriser l'endormissement et augmenter l'efficacité du sommeil (cf. chapitre III.3). Cette mesure favorise une meilleure adéquation entre le temps de sommeil réel et le temps passé au lit.

La motivation et l'encouragement de vos patients seront indispensables pour la mettre en place. Cette technique va dans un premier temps améliorer la profondeur et la continuité du sommeil plutôt que la quantité.

■ En pratique, vous allez définir :

- La durée moyenne de sommeil : définie grâce à l'agenda du sommeil rempli sur 15 jours, de sorte que le temps passé au lit se limite au temps réel de sommeil.

Le temps de sommeil prescrit ne peut être inférieur à 5 heures !

- L'heure de lever : Définie en fonction de l'heure habituelle de réveil et des impératifs de la journée (horaire d'arrivée au bureau). Elle doit être constante, y compris le WE.

- L'heure du coucher : Elle est égale à l'heure de lever – le temps de sommeil moyen. On parle aussi de " seuil horaire de coucher" : C'est l'heure à partir de laquelle le patient pourra se coucher, à condition d'avoir sommeil.

OBJECTIFS

1. Augmenter l'efficacité du sommeil (ES), en restreignant le temps passé au lit
2. L'ES étant définie par :
$$\frac{\text{Temps de sommeil total (TST) moyen}}{\text{Temps passé au lit (TL)}} \times 100\%$$

Les horaires de sommeil seront réévalués chaque semaine, en fonction de l'index d'efficacité de sommeil (ES) :

- Si $ES > 85\%$ → on augmente le temps passé au lit de 15 min (le patient se couchera 15 min plus tôt)

On réévaluera ainsi chaque semaine l'ES, en ajoutant au maximum 15 min à chaque fois, jusqu'à obtenir le temps de sommeil dont le patient a besoin pour une bonne récupération.

- Si $ES < 80\%$ → on diminue le temps passé au lit de 15 min.

On évalue au bout d'une semaine pour adapter le temps de sommeil.

■ Quelle attitude adopter à l'égard de la sieste ?

Elle risque de réduire la qualité et la profondeur du sommeil la nuit suivante !

Cependant, si la fenêtre de sommeil autorisée lors de l'instauration de la RS entraîne une somnolence diurne excessive, elle peut être autorisée, sous condition :

- Avant 15 heures,
- Dans le lit, pour renforcer l'association lit-sommeil,
- Pendant moins de 30 minutes.



V. Les mesures plus spécifiques

1. La thérapie cognitive de l'insomnie : quelques notions

■ Les patients insomniaques développent souvent des croyances erronées à propos de leur insomnie. Vous pouvez les aider à les repérer, pour les amener ensuite à réfléchir sur la validité de ces attitudes ou pensées et les remplacer par des attitudes plus adaptées. En quelques mots, aidez vos patients à :

- Garder des attentes réalistes,
- Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil,
- Ne pas blâmer l'insomnie de tous leurs maux,
- Apprendre à tolérer les effets du manque de sommeil,
- Ne pas tenter de dormir à tous prix.

■ les principales croyances et attitudes erronées :

- "Je dois dormir 8 heures par nuit"

R : Tout le monde n'est pas égal face au sommeil, comme pour la taille, le poids, la couleur des yeux. Le temps de sommeil varie en fonction des individus, de l'âge. Il faut dormir le nombre d'heures de sommeil suffisant pour être en forme.

- "J'ai perdu le contrôle de mon sommeil"

R : Il n'est pas possible de tout maîtriser, il en va de même du sommeil. L'échec de la maîtrise risque de favoriser l'anxiété de performance qui entretient l'insomnie.

- "Quand je ne dors pas suffisamment, je dois rattraper le sommeil perdu en dormant plus longtemps le matin ou en faisant la sieste"

R : Il n'est nécessaire de récupérer que 1/3 du sommeil perdu. De plus passer trop de temps au lit sans dormir risque de rendre le sommeil moins efficace, plus fragmenté. La sieste quant à elle, risque d'entraîner une insomnie la nuit suivante, contribuant au conditionnement négatif du patient vis à vis de son sommeil.

- "Quand je suis irritable, anxieux ou déprimé, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente."

R : L'insomnie n'est pas forcément seule en cause : le stress, les difficultés professionnelles, financières ou familiales peuvent être impliquées. L'amplification des conséquences de l'insomnie majore le sentiment de désarroi.

- "L'insomnie détruit ma vie."

R : Le sommeil ne représente que 1/3 de notre vie, il ne faut pas lui donner trop d'importance. Il est important de maintenir ses activités de loisirs, la routine du quotidien malgré tout.



2. la relaxation

■ Les principes :

En diminuant les tensions musculaires, la relaxation favorise l'endormissement et le maintien du sommeil.

Un entraînement régulier de 15-20 min par séance, 1 à 2 fois par jour est nécessaire au début pour acquérir la technique. (même si cela peut paraître contraignant)

L'utilisation d'une cassette audio, pour guider les séances de relaxation du patient chez lui, peut être utile.

■ Exemple de la relaxation musculaire progressive :

Facile à apprendre, elle ne nécessite aucun équipement.

Au cours d'une consultation, vous pouvez apprendre cette technique à vos patients, qui pourront ensuite l'appliquer chez eux.

Votre patient doit être installé confortablement.

Vous allez lui demander de respirer lentement, régulièrement et profondément, en se concentrant sur sa respiration.

Puis vous allez lui demander de se concentrer sur certaines parties de son corps, de contracter successivement certains groupes musculaires pendant 10 secondes, afin de créer une tension. Puis "de laisser aller" ou "relâcher", pour qu'il ressente la différence de tension entre ces deux états.

Pendant toute la durée de l'exercice, le patient devra inspirer et expirer lentement et profondément.

Groupes musculaires concernés :

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Serrez les poings | 9. Bougez la tête d'avant en arrière |
| 2. Tendez les poignets | 10. Cambrez le dos |
| 3. Contractez les biceps | 11. Respirez profondément, tenez 10 s puis expirez lentement par le nez |
| 4. Hausser les épaules | 12. Rentrez votre ventre |
| 5. Froncez les sourcils | 13. Serrez les muscles de vos cuisses |
| 6. Fermez les yeux forts | 14. Pointez vos orteils |
| 7. Appuyez la langue au palais | 15. Recourbez vos orteils |
| 8. Ouvrez grand la bouche | |

■ Faire face à certaines difficultés :

La durée d'une séance peut être initialement raccourcie, si besoin.

Conseiller alors une pratique quotidienne de quelques minutes, puis d'accroître progressivement la durée au cours des séances suivantes : + 5 min par semaine.

En cas de handicap ou de douleurs dans une partie du corps, le patient ne pratiquera pas l'exercice concernant cette zone.



VI. La TCC que faire, quand, comment ?

Propositions de prise en charge simplifiée, dans le cadre d'un suivi de l'insomnie, sur plusieurs consultations, adaptée à partir du "Plan de traitement cognitivo-comportemental" de Vallières A. et Morin C. dans le Médecin du Québec, 2004

◆ Première consultation :

- Caractériser la plainte à l'aide du questionnaire (Annexe 1),
- Identifier les insomnies secondaires : traitement spécifique,
- Repérer les mauvaises habitudes de sommeil,
- Proposer l'agenda du sommeil,
- Présenter la TCC au patient, programmer la consultation suivante.

◆ Deuxième consultation :

- Evaluer ensemble les résultats de l'agenda du sommeil,
- Formuler la (les) cause(s) de l'insomnie et définir les objectifs du traitement avec le patient,
- Informer sur le sommeil "normal" et l'insomnie,
- Discuter des erreurs d'hygiène du sommeil,
- Introduire le contrôle du stimulus (CS) et la restriction du sommeil (RS).

◆ Troisième consultation :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Faire le point sur les mesures précédemment mises en place (CS et RS) : résultats, tolérance. Ajuster si nécessaire,
- Essayer de renforcer positivement les acquis,
- Aider vos patients à envisager l'insomnie autrement : utiliser la thérapie cognitive.

◆ Les consultations suivantes :

- Regarder ensemble l'agenda du sommeil,
- Evaluer les progrès : le ressenti du patient, les données de l'agenda du sommeil,
- Faire les ajustements nécessaires pour la restriction du sommeil et le contrôle du stimulus,
- Poursuivre la réflexion sur les croyances et attitudes nuisibles au sommeil. Aider vos patients à les repérer et à les changer,
- Recourir à la relaxation si nécessaire.



VII. Pour conclure

L'objectif de cette prise en charge n'est pas de réaliser une thérapie telle qu'un psychologue ou un médecin du sommeil pourrait le faire, mais plutôt d'être en mesure de proposer, dès le début d'une insomnie chronique, un traitement alternatif aux somnifères, en première ligne, grâce à des mesures simples, telles que l'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil.

1. Adapter la réponse thérapeutique en fonction des caractéristiques de l'insomnie

- ◆ Insomnie d'ajustement (occasionnelle ou transitoire) :

- Il faut d'abord identifier le " stress" qui a déclenché l'insomnie.

Il s'agit généralement d'une situation nouvelle, à laquelle le patient doit s'adapter : deuil, séparation, changement de travail, grossesse, annonce d'une maladie chronique, ou bien un environnement inhabituel ou une maladie intercurrente aiguë : toux, douleur.

- Puis aider votre patient à faire face à cette nouvelle situation. Proposer un soutien psychologique, les mesures d'hygiène du sommeil et si besoin la prise d'un hypnotique, à la demande et sur une courte durée, en complément des mesures précédentes.

Il est essentiel d'éviter le passage à la chronicité.

- ◆ Insomnie chronique psychophysiologique :

- L'élément déclencheur est souvent terminé, le patient a mis en place des réactions conditionnées qui entretiennent l'insomnie :

C'est le CERCLE VICIEUX DE L'INSOMNIE. (Chapitre I.4)

- Le traitement comportemental et cognitif présenté dans ce guide prend alors toute sa place.

- ◆ Insomnie secondaire :

Prendre en charge la pathologie initiale. Si les troubles persistent, passer le relais au besoin à un centre du sommeil.

2. Quand adresser ?

- ◆ Si vous suspectez une pathologie spécifique du sommeil telle que :

- Syndrome d'Apnées du sommeil
- Syndrome des jambes sans repos
- Mouvements périodiques nocturnes

} Faire un enregistrement polysomnographique.

- ◆ En cas d'insomnie sévère.

◆ En cas d'échec des mesures thérapeutiques que vous avez mises en place ou d'escalade thérapeutique.



◆ S'il vous est impossible de consacrer le temps nécessaire à la prise en charge et au suivi de l'insomnie. Si vous souhaitez adresser votre patient pour la relaxation ou la thérapie cognitive.

3. Où adresser ? (en Ile-de-France)

1. Centre du sommeil et de la Vigilance, Hôtel-Dieu

1, Place du parvis Notre-Dame -Paris 4-
Tél : 01 42 34 82 43

2. Fédération des Pathologies du Sommeil, Hôpital la Pitié-Salpêtrière,

47 Boulevard de l'Hôpital - Paris 13-
Tél : 01 42 17 69 04

3. Unité Sommeil Explorations Fonctionnelles

Physiologiques, Hôpital Lariboisière
2 rue Ambroise Paré - Paris 10-
Tél : 01 49 95 80 76

4. Laboratoire d'Exploration du Sommeil, Hôpital Antoine Bécclère

157 Av. de la Porte de -92 Clamart-
Trévoux
Tél : 01 45 37 46 40

5. Service de Neurologie. Explorations Fonctionnelles

Fondation A. de Rothschild
25, rue Manin - Paris 19-
Tél. : 01 48 03 68 53

6. Service d'Explorations Fonctionnelles, Hôpital Henri Mondor

51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny -94- Créteil-
Tél : 01 49 81 26 90

7. Centre d'exploration du sommeil Clinique du Château de Garches Réseau Morphée.

2, grande Rue -92- Garches-
Tél. : 01 47 95 64 27

8. Centre du sommeil, Hôpital Bichat

46, rue Henri-Huchard -Paris 18-
Tél. : 01 40 25 84 76

4. Pour aller plus loin

1. Les Français et leur sommeil. Dossier de presse INPES 2008.
2. Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. Le médecin du Québec 2004 ; 39(10) : 85-96 (accès libre sur : <http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/octobre-2004/085-096FAVallieres1004.pdf>)
3. Prise en charge du patient adulte se plaignant insomnie primaire en médecine générale. SFTG-HAS 2006 ; 1-143.
4. Espie CA. L'insomnie et les problèmes de sommeil. Votre guide pour aller mieux avec les TCC. Inter-éditions 2008 ; 1-117.



Annexe 1 : Questionnaire, aborder la plainte d'insomnie

Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir ?

- Difficultés d'endormissement,
- Eveils nocturnes,
- Réveil matinal précoce,
- Impression de ne pas dormir.

Q 2. Est-ce-que cette insomnie a des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?

- Oui, précisez : Non
- Vous êtes plus facilement irritable,
- Vous vous réveillez fatigué le matin,
- Vous êtes somnolent en journée. (Remplir l'échelle de somnolence d'Hepworth)
- Vous avez des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration.
- Autre(s), précisez : _____

Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?

- Quelques nuits : insomnie occasionnelle,
- Quelques semaines : insomnie transitoire,
- Plusieurs mois ou année : insomnie chronique.

Q 4. Avez-vous un rythme de vie ou de travail décalé ?

- Oui, précisez : Non
- Sommeil décalé spontanément,
- Travail de nuit,
- Horaires de travail irréguliers : 3x8, 2x8.
- Voyages transméridiens fréquents.

Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie personnelle ou professionnelle ? (qu'ils soient positifs ou négatifs)

- Oui, précisez : Non
- Stress, difficultés professionnelles,
- Deuil,
- Conflit conjugal, familial,
- Naissance,
- Déménagement.
- Promotion professionnelle
- Autre(s), précisez : _____

Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'anxiété qui envahissent votre quotidien ?

- Oui, précisez : Non



Q 7. Avez-vous constaté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?

- Oui, précisez : Non
- Ronflement, respiration bruyante nocturne,
 - Pauses respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint,
 - Maux de tête au réveil,
 - Sensations d'impatiences, d'agacement dans les jambes au coucher,
 - Mouvements des jambes pendant la nuit.

Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de santé ?

- Oui, précisez : Non
- Pathologie cardiaque (notamment HTA), respiratoire,
 - Problèmes thyroïdiens,
 - Troubles neurologiques, psychiatriques,
 - Ménopause,
 - Des douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir,
 - Un reflux gastro-œsophagien,
 - Une autre maladie : _____

Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels)

- Oui, précisez : Non
-

Q 10. Consommez-vous de façon régulière :

- Tabac (nombre de cigarettes par jour : _____),
- Alcool, vin (nombre de verres par jour : _____),
- Café, (nombre de tasses par jour : _____),
- Thé, (nombre de tasses par jour : _____),
- Drogues (Précisez),

Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

- Heure de coucher : en semaine __h__, en vacances __h__,
- Heure de lever : en semaine __h__, en vacances __h__,
- Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? _____
- Etes-vous :

Couche-tôt/lève-tôt, couche-tard/lève-tard, indifférent,

- Une fois couché, il vous arrive de :

Lire /écouter de la musique, Regarder la télé, Travailler, Manger

dans votre lit.

Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous déjà entrepris quelque chose seul ?



Annexe 2 : Outils diagnostiques pour la consultation.

1. Agenda du sommeil :

Mois : _____	HEURES																							
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19
Nuit du... au...																								
Exemple :	↓	////			////			↑					S	S										
J 1 :																								
J 2 :																								
J 3 :																								
J 4 :																								
J 5 :																								
J 6 :																								
J 7 :																								
J 8 :																								
J 9 :																								
J 10 :																								
J 11 :																								
J 12 :																								
J 13 :																								
J 14 :																								
J 15 :																								
J 16 :																								
J 17 :																								
J 18 :																								
J 19 :																								
J 20 :																								
J 21 :																								
J 22 :																								
J 23 :																								
J 24 :																								
J 25 :																								
J 26 :																								
J 27 :																								
J 28 :																								
J 29 :																								
J 30 :																								



2. Echelle de Somnolence d'Epworth :

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE

Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation. 0= jamais d'assoupissement

1= peu de chance de s'assoupir

2= bonne chance de s'assoupir

3= très forte chance d'assoupissement

- | | |
|--|---|
| 1. Assis(e) en lisant un livre ou le journal. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis (e), inactif (ve), dans un lieu public.
(Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion....) | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport
en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. Allongé(e) après le repas de midi lorsque
les circonstances le permettent. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Assis(e) en parlant avec quelqu'un. | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques
minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

TOTAL : _____

Un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.

Références : Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. Sleep, 1991; 14 : 540-545.



Annexe 3 : Questions/Réponses : 9 idées reçues sur l'insomnie.

Q 1. Il faut dormir 8 heures par nuit.

R : Le nombre d'heures de sommeil nécessaire varie en fonction des individus, de l'âge, du mode de vie. Il est vrai que dans la population générale la moyenne du temps de sommeil est de 7 à 8 heures, malgré tout certains n'ont besoin que de 5 heures de sommeil pour être en forme tandis que d'autres ont besoin de 10 heures. Chacun doit identifier ses besoins de sommeil pour se sentir bien.

Q 2. L'alcool détend et favorise un bon sommeil.

R : L'alcool a des vertus anxiolytiques et sédatives qui peuvent favoriser l'endormissement, cependant il altère le sommeil en provoquant des éveils nocturnes, rendant le sommeil fragmenté.

Q 3. Après une mauvaise nuit de sommeil, je dois me coucher plus tôt pour récupérer tout le sommeil perdu de la veille.

R : En cas de privation de sommeil, il a été démontré que les individus n'ont besoin de récupérer que le tiers du sommeil perdu. De plus, si vous vous couchez plus tôt le lendemain, sans avoir sommeil, vous risquez de rester éveillé à attendre le sommeil, ce qui risque d'entraîner des tensions, une frustration, et de favoriser une anticipation anxieuse du coucher les nuits suivantes.

Il ne faut pas tenter de dormir à tout prix, vous devez vous couchez lorsque vous avez sommeil.

Q 4. Les personnes âgées ont besoin de moins dormir.

Mes problèmes de sommeil sont liés à l'âge et je ne peux rien y faire.

R : Le sommeil évolue avec l'âge. Celui des personnes âgées contient moins de sommeil profond et est souvent plus fragmenté : éveils intra-sommeil plus fréquents. Il existe souvent "un phénomène d'avance de phase" avec un coucher trop tôt et un réveil matinal plus précoce. Dans le même temps, les siestes en journée sont souvent plus fréquentes. Il faut accepter ces changements physiologiques et adapter son sommeil en fonction.

Toutes les personnes âgées ne se plaignent pas de leur sommeil, d'autres facteurs peuvent donc être impliqués (cercle vicieux de l'insomnie).

Q 5. Il est normal de faire la sieste après un bon repas.

R : La baisse de vigilance qui survient en début d'après-midi est liée au rythme circadien du sommeil, il existe entre 13 et 15h une baisse de température physiologique qui favorise le sommeil. En cas de repas riche et de prise d'alcool, cela peut accentuer l'envie de dormir.



Q 6. Il faut éviter les siestes dans la mesure du possible.

R : En cas de somnolence importante en journée, il est préférable de faire une sieste pour pouvoir tenir. Mais il faut alors se demander qu'elle est la cause de cette somnolence excessive (Syndrome d'apnées du sommeil ?). En cas d'insomnie, il est préférable d'éviter les siestes, car elles réduisent "la pression du sommeil". Si la sieste fait partie de vos habitudes, elle doit être courte (moins de 15 min.), pour ne pas avoir d'impact sur l'envie de dormir nocturne.

Q 7. Mes troubles du sommeil sont liés à un dérèglement hormonal.

R : La ménopause peut effectivement entraîner une insomnie, mais il s'agit d'un facteur déclenchant qui entraîne une insomnie aigüe ou transitoire. Si l'insomnie devient chronique, il existe certainement des facteurs d'entretiens psychologiques, comportementaux qui maintiennent l'insomnie et sur lesquels il est possible d'agir.

Q 8. Un bain chaud facilite le sommeil.

R : C'est vrai à condition d'être pris au moins deux heures avant le coucher et qu'il ne soit pas trop chaud. En effet, le sommeil est plutôt favorisé par une baisse de la température corporelle, si le bain est trop chaud ou trop tardif, il aura plutôt tendance à retarder l'endormissement.

Le bain a également des vertus relaxantes qui favorisent l'endormissement.

Q 9. Fumer avant de se coucher facilite l'endormissement.

R : Le tabac est un stimulant du système nerveux : il rend l'endormissement plus difficile et favorise un sommeil de mauvaise qualité, moins réparateur. Dans le même temps, en raison du conditionnement positif qui lui est associé, fumer une cigarette favorise la détente ce qui, à l'inverse, peut aider à l'endormissement.

Références

- Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Paris : Editions Masson 2009 ; 395 p.
- Insomnie : Recommandation en première ligne de soins. SSMG 2005 ; 1-36.
- Espie CA. Réussir à surmonter l'insomnie et les problèmes de sommeil. Paris : Interéditions-Dunod 2008 ; 213 p.
- Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. Le médecin du Québec 2004 ; 39(10) : 85-96.
(Accès libre sur : <http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/octobre-2004/085-096FAVallieres1004.pdf>)
- Prise en charge du patient adulte se plaignant insomnie primaire en médecine générale. SFTG-HAS 2006 ; 1-143.
- Ferron K. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale : étude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV. Thèse de Médecine. Bordeaux 2006.

Rédacteurs

- **Sandie Moreau**, remplaçante en médecine générale, étudiante de la faculté de médecine Paris-Diderot.
- **Pr Marie Pia D'ortho**, pneumologue, spécialiste des troubles du sommeil de l'hôpital Bichat, directrice de la publication du réseau HYPNOS.
<http://reseau-hypnos.org/>
- **Dr Dan Baruch**, médecin généraliste, enseignant du département de médecine générale de la faculté de médecine de Bichat.

Site internet

Le guide sera prochainement accessible en ligne, le site est en cours de création.