

L'insomniaque

Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

Gestionnaire d'une petite entreprise depuis 10 ans, le patient se plaint d'insomnie chronique au cours de la dernière année. Son bilan médical est sans particularité. L'état du patient ne correspond pas aux critères d'une dépression ou d'un trouble anxieux. Il a remarqué ce problème depuis qu'il est chargé de cours en soirée au département d'administration d'une université locale. Angoissé à l'idée de ne pas réussir à dormir et d'être trop fatigué pour pouvoir assumer son rôle, il ne réussit pas à avoir un sommeil récupérateur. Ce phénomène s'amplifie, alors qu'il anticipe de plus en plus de problèmes à ce sujet. Ayant déjà connu un épisode d'alcoolisme et de toxicomanie, il craint aussi d'avoir recours à une médication qui risquerait, selon lui, de le précipiter vers une spirale de consommation.

La recherche le dit

Près de 16 % des adultes souffrent d'insomnie chronique (plus de 6 mois) (Taylor et Roane, 2010). Ce taux peut aller jusqu'à 30 % chez les enfants (Moore, 2010) et 30 % chez les personnes âgées (Cahn et al., 2005). Selon la revue de littérature de Taylor et Roane (2010), les traitements psychologiques supportés par la recherche sont le contrôle du stimulus, la relaxation musculaire progressive, la thérapie comportementale et cognitivo-comportementale, la restriction de sommeil, le biofeedback et l'intention paradoxale, du moins pour les adultes.

L'insomnie chronique chez l'adulte est définie comme une difficulté à instaurer le sommeil, à maintenir le sommeil ou à obtenir un sommeil récupérateur, le tout ayant des conséquences sur le fonctionnement le jour. Quatre-vingts pour cent des insomniaques ne présenteront pas de rémission spontanée à l'intérieur d'un an. De plus, l'insomnie est un facteur de risque pour le développement d'une dépression, d'une durée prolongée de la dépression et de rechute (Riemann, 2009).

Bien que les traitements pharmacologiques soient utiles pour l'insomnie aiguë, les traitements psychologiques sont préférables pour l'insomnie chronique associée ou non à d'autres diagnostics. Les traitements psychologiques sont aussi efficaces que les traitements pharmacologiques à court terme, et plus efficaces à long terme (Taylor et Roane, 2010).

Utilisée seule, la méthode la plus efficace est le contrôle du stimulus. Pour briser l'association entre la chambre à coucher et l'insomnie, le patient doit éviter d'utiliser la chambre à coucher pour quoi que ce soit d'autre que le sommeil ou la sexualité. On évite donc d'y regarder la télévision, d'y utiliser les appareils électroniques (ordinateurs, iPad) ou de s'y entraîner avec des appareils d'exercice. De plus, on évite d'y parler finance ou problèmes familiaux. Le patient se réveille à heure fixe et ne va au lit que lorsqu'il est somnolent (bâiller, avoir les yeux fatigués, yeux qui ferment, cogner des clous).

S'il ne dort pas après 15 ou 20 minutes (évaluée subjectivement sans utiliser d'horloge), le patient sort du lit et entreprend des activités relaxantes dans une autre chambre, de préférence sous une lumière tamisée, retournant au lit lorsqu'il est somnolent. Les patients ont moins de chance d'adhérer à ce traitement s'ils perçoivent les contraintes du traitement comme ennuyantes, inconfortables et agaçantes (Vincent, Lewycky et Finnegan, 2008).

La relation musculaire progressive est la forme de relaxation la mieux documentée pour le traitement de l'insomnie (Taylor et Roane, 2010). La personne tend (4 à 7 secondes) et détend (20 à 45 secondes) des groupes de muscles de son corps (le cuir chevelu, le front, le nez, la bouche, la mâchoire, le cou, les épaules, les bras, les poignets, les mains, les épaules, le dos, la poitrine, le ventre, les cuisses, les chevilles, les pieds). Elle concentre son attention sur la différence entre la tension et la détente. Cette technique dure de 10 à 30 minutes. La personne est invitée à la pratiquer pendant le jour et juste avant de se coucher.

La restriction du sommeil nécessite de régulariser le cycle sommeil-éveil en ajustant le temps au lit avec le véritable besoin de sommeil. Après un journal d'observation des heures de sommeil pendant 2 ou 3 semaines, le patient détermine le temps raisonnable à passer au lit (jamais moins de 5 heures ou 5 heures et demie). Cela vise à réinstaller le rythme circadien. La privation de sommeil amène la personne à s'endormir plus facilement. Suite à une amélioration, le temps de sommeil est augmenté à raison de 15 minutes par jour pendant une semaine jusqu'au retour du sommeil efficace à 87 % (Taylor et Roane, 2010). Les patients doivent naturellement être prêts à tolérer certains effets secondaires. Les quatre principaux effets secondaires sont la fatigue/épuisement, la somnolence, une diminution de la motivation/de l'énergie et des maux de tête/migraine (Kyle et al., 2011).

L'intervention par intention paradoxale réduit l'anxiété de performance en demandant au patient d'aller au lit... et de rester éveillé. Les recherches donnent des résultats mixtes pour cette méthode qui peut être utile lorsque les autres ne fonctionnent pas (Taylor et Roane, 2010).

Le biofeedback utilise des moyens mécaniques ou électroniques pour influencer les paramètres physiologiques : diminuer la température ou la tension musculaire d'une partie du corps, par exemple le doigt (McLay et Spira, 2009). Cette intervention étant souvent associée à une forme de relaxation musculaire, la recherche n'établit pas clairement la pertinence d'avoir recours à ces équipements dispendieux.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie comprend souvent une ou plusieurs des formes d'intervention mentionnées, des suggestions d'hygiène du sommeil en plus de la restructuration cognitive traditionnelle.

L'hygiène du sommeil consiste à réduire ou à éliminer les comportements qui peuvent interférer avec le sommeil (consommation d'alcool, de caféine, tabagisme, exercice physique immédiatement avant de se coucher). Utilisée seule cette technique est inefficace (Taylor et Roane, 2010).

La thérapie cognitive cible les pensées qui interfèrent avec le sommeil : « Je n'aurai plus jamais un bon sommeil » ou « Il faut absolument que j'aie huit heures de sommeil chaque nuit » (Harvey, 2005). Le traitement vise à identifier ces pensées, à y semer le doute et à les remplacer par des pensées mieux adaptées qui réduisent l'activation du corps et améliorent le sommeil. Par la méthode psycho-éducative, le patient apprend que 70 % de la population adulte dort de 6,5 à 8,5 heures par nuit, que les gens s'éveillent souvent la nuit, mais qu'ils ne s'en souviennent pas parce qu'ils ne regardent pas d'horloge (Taylor et Roane, 2010). La thérapie cognitive nuance les pensées à travers l'expression verbale. La thérapie comportementale intervient plutôt par l'expérimentation (Harvey, 2005). Le thérapeute vérifie les faits, encourage la tenue d'un journal, suscite des expériences pour vérifier les hypothèses.

Après plusieurs mois à combattre les ennemis du sommeil, le patient évoqué au début de cet article a retrouvé un sommeil satisfaisant en découvrant qu'il pouvait passer une nuit sans sommeil et assumer ses tâches sans problème majeur le lendemain. C'était inconfortable, mais loin d'être catastrophique. Cette expérience l'a convaincu que la pensée : « Il faut absolument que je dorme 8 heures chaque jour ! » était sans fondement et l'interruption de l'anticipation craintive a contribué à lui apporter un sommeil récupérateur.

Malgré le succès apparemment facile de ce cas, ajoutons que le traitement de l'insomnie est parfois très complexe. Notre relation avec ce « lâcher-prise » quotidien qu'est le sommeil peut devenir tendue au contact de notre désir d'être en contrôle absolu de notre corps grâce à l'intensité de nos efforts et au pouvoir de notre volonté.

Vous pourriez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

- Cahn, Stacey C., Langenbucher, James W., Frideman, Michael A., Reavey, Peter, Falco, Terry et Pallay, Robert M. (2005). Predictors of Interest in Psychological Treatment for Insomnia Among Older Primary Care Patients With Disturbed Sleep. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(2), 87-98.
- Harvey, Allison G. (2005). A Cognitive Theory and Therapy for Chronic Insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, vol 19, n° 1, 41-59.
- Kyle, S. D., Morgan, K., Spiegelhalter, K. et Espie, C. A. (2011). No Pain, No Gain: An Exploratory Within-Subjects Mixed-Methods Evaluation of the Patient Experience of Sleep Restriction Therapy (SRT) for Insomnia. *Sleep Medicine*, 2011, September, Vol. 12 (8), pp. 735-47.
- McLay Robert N. et Spira, James L. (2009). Use of a Portable Biofeedback Device to Improve Insomnia in a Combat Zone, a Case report. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 2009, 34, 319-321.
- Moore, Melissa (2010). Bedtime Problems and Night Wakings : Treatment of Behavioral Insomnia of childhood. *Journal of Clinical Psychology : In Session*, vol 66 (11), 1195-1204.
- Riemann, Dieter (2009). Does Effective Management of Sleep Disorders reduce Depressive Symptoms and the Risk of Depression ? *Drugs*, 69, Suppl.2
- Taylor, Daniel J et Roane, Brandy, M. (2010). Treatment of Insomnia in Adults and Children : A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology In session*, vol 66 (11), 1137-1147.
- Vincent N., Lewycky S. et Finnegan H. (2008). Barriers to Engagement in Sleep Restriction and Stimulus Control in Chronic Insomnia. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2008, October; Vol. 76 (5), pp. 820-8.