

# Gestion de l'insomnie

## Management of insomnia

K. Guichard<sup>1, 2, 3</sup>, J.A. Micoulaud-Franchi<sup>1, 2, 3</sup>, E. Altena<sup>2, 3</sup>, S. Bioulac<sup>1, 2, 3</sup>

L'insomnie chronique concerne 6 à 12 % de la population générale. C'est un trouble du sommeil insuffisamment diagnostiqué et pris en charge. En pratique clinique, dans le cadre d'une consultation médicale, la réponse apportée est souvent exclusivement pharmacologique et consiste en la prescription de benzodiazépines ou de leurs dérivés hypnotiques. La France est d'ailleurs le deuxième pays le plus consommateur de ce type de molécules, avec une consommation sur de longues périodes (plus de 1 an), alors que la Haute Autorité de santé (HAS) recommande de ne pas dépasser une durée de prescription de 4 semaines, en raison des effets indésirables potentiels et du risque de tolérance et de dépendance (1). Il est donc fortement recommandé de proposer d'arrêter progressivement ces traitements. Mais c'est particulièrement difficile

dans le cas du trouble insomnie chronique du fait des symptômes de sevrage et du rebond d'insomnie à l'arrêt.

Le trouble insomnie chronique augmente le risque de développer un trouble dépressif ou une hypertension artérielle et pourrait être lié à une augmentation de la mortalité (2). Par ailleurs, le trouble insomnie chronique a un impact majeur sur notre société, en termes d'automédication par le patient, de frais médicaux, gouvernementaux ou des compagnies d'assurances, mais également d'absentéisme, de diminution de productivité, de difficultés au travail et d'accidents du travail (3). L'ensemble de ces éléments souligne la nécessité de dépister, diagnostiquer et traiter le plus tôt possible les troubles insomnies afin de diminuer la survenue de comorbidités, la morbidité et la mortalité.

Tableau I. Critères de l'ICS-3 définissant le trouble insomnie chronique chez l'adulte.

### Les critères A à F doivent être remplis

#### A. Le patient se plaint, ou l'entourage observe au moins 1 des éléments suivants :

1. Difficultés à s'endormir
2. Difficultés de maintien du sommeil
3. Réveil plus tôt que l'horaire désiré

#### B. Le patient se plaint d'au moins 1 des éléments suivants au cours de la journée, lié aux difficultés de sommeil nocturne :

1. Fatigue ou mal-être
2. Troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
3. Altération de la vie sociale, familiale, professionnelle
4. Trouble de l'humeur ou irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Problèmes comportementaux (par exemple, hyperactivité, impulsion, agressivité)
7. Diminution de la motivation, de l'énergie, des initiatives
8. Facilité à faire des erreurs ou à avoir des accidents
9. Préoccupation ou insatisfaction concernant le sommeil

#### C. Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas s'expliquer exclusivement par le manque d'occasions de dormir ou par un contexte inadapté au sommeil

#### D. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins 3 fois par semaine

#### E. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis plus de 3 mois

#### F. Les difficultés de sommeil et de veille ne s'expliquent pas mieux par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie

© La Lettre du Pneumologue 2018; 21(5):283-90.

<sup>1</sup> Clinique du sommeil, service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, CHU de Bordeaux.

<sup>2</sup> CNRS, SANPSY, USR 3413, Bordeaux.

<sup>3</sup> Université de Bordeaux, SANPSY, USR 3413, Bordeaux.

# Points forts<sup>+</sup>

- » Le traitement recommandé pour la prise en charge du trouble insomnie chronique est la thérapie cognitivocomportementale.
- » Les interventions comportementales comprennent le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit.
- » La thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie favorise la baisse et l'arrêt des hypnotiques.

## Mots-clés

Troubles du sommeil  
Insomnie  
Thérapie  
comportementale  
Hypnotique  
Agenda du sommeil

## Rappel sur l'insomnie

### Le trouble insomnie

L'insomnie correspond à une plainte de difficultés d'endormissement, de difficultés de maintien de sommeil ou de réveil précoce. Lorsque cette plainte se manifeste de façon isolée, en l'absence de retentissement pendant la journée, on parle uniquement d'un symptôme d'insomnie.

On pose le diagnostic de trouble insomnie dès lors que la plainte portant sur l'instauration, la durée, le maintien ou la qualité du sommeil se manifeste en dépit de circonstances et d'occasions satisfaisantes pour le sommeil, à une fréquence élevée, et retentit sur le fonctionnement de la personne au cours de la journée.

Les troubles insomnies sont de 2 types dans l'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) : le trouble insomnie à court terme (< 3 mois) et le trouble insomnie chronique (> 3 mois) [tableau 1]. Les troubles insomnie à court terme et insomnie chronique partagent les mêmes critères diagnostiques.

### Bilan complémentaire

#### ◆ Éliminer un autre trouble du sommeil

Le diagnostic de trouble insomnie chronique est clinique et ne nécessite pas d'enregistrement du sommeil par polysomnographie. Cette dernière se révèle utile uniquement pour écarter d'autres troubles du sommeil associés. Néanmoins, si elle

### Highlights

- » *The recommended treatment for the management of chronic insomnia is cognitive behavioral therapy.*
- » *Behavioral interventions include stimulus control and restricting the time spent in bed.*
- » *Cognitive-behavioral therapy of insomnia is related to a decrease of hypnotics use.*

### Keywords

Sleep disorders  
Insomnia  
Behavioral therapy  
Hypnotic  
Sleep diary

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

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

A. Difficultés à s'endormir

Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
0	1	2	3	4

B. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

C. Problèmes de réveil trop tôt le matin

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

#### 2. Dans quelle mesure êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel ?

Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
0	1	2	3	4

#### 3. Dans quelle mesure considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (par exemple : fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

#### 4. Dans quelle mesure 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	Beaucoup	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	Beaucoup	Extrêmement
0	1	2	3	4

Figure 1. Échelle ISI (Insomnia Severity Index) d'évaluation de la sévérité du trouble insomnie.

est réalisée, elle peut indiquer une latence à l'endormissement ou une durée d'éveil intra-sommeil (WASO) plus élevée, une efficacité de sommeil basse (< 85 %). Certaines études retrouvent également une puissance spectrale électroencéphalographique plus importante dans les hautes fréquences (rythmes bêta et gamma).

◆ **Évaluer la sévérité du trouble insomnie**

L'évaluation de la sévérité du trouble insomnie chronique est réalisée par des mesures subjectives (questionnaire et agenda du sommeil) et par des mesures objectives par actimétrie.

L'index de sévérité de l'insomnie (ISI) est un questionnaire de 7 items qui évalue la nature, la gravité et l'impact de l'insomnie (score global de 0 à 28). Il est utilisé pour évaluer les changements perçus par les sujets concernant leur sommeil entre avant et après l'intervention, à court et à moyen terme. Les seuils sont les suivants : 0-7 : absence d'insomnie ; 8-14 : insomnie subclinique (légère) ; 15-21 : insomnie clinique (modérée) ; 22-28 : insomnie clinique (sévère) [figure 1, p. 25].

L'agenda du sommeil est complété par le patient et permet d'évaluer subjectivement le temps passé au lit, le temps total de sommeil perçu par le patient, la latence d'endormissement, les éveils intra-sommeil et l'efficacité du sommeil subjectif (figure 2). Un enregistrement par actimétrie peut également être réalisé pour recueillir les mêmes paramètres de façon objective. Grâce à la mesure des mouvements du poignet sur 15 jours, les paramètres évalués grâce à l'agenda du sommeil sont calculés objectivement. L'actimétrie est utile en cas de mauvaise perception du sommeil chez les sujets ayant un trouble insomnie chronique.

Modèle cognitivo-comportemental de l'insomnie

Le trouble insomnie chronique est souvent associé à des symptômes anxieux de type attention et préoccupation excessives pour les difficultés de sommeil et leurs conséquences diurnes, une anxiété anticipatoire le soir quand arrive l'heure de se

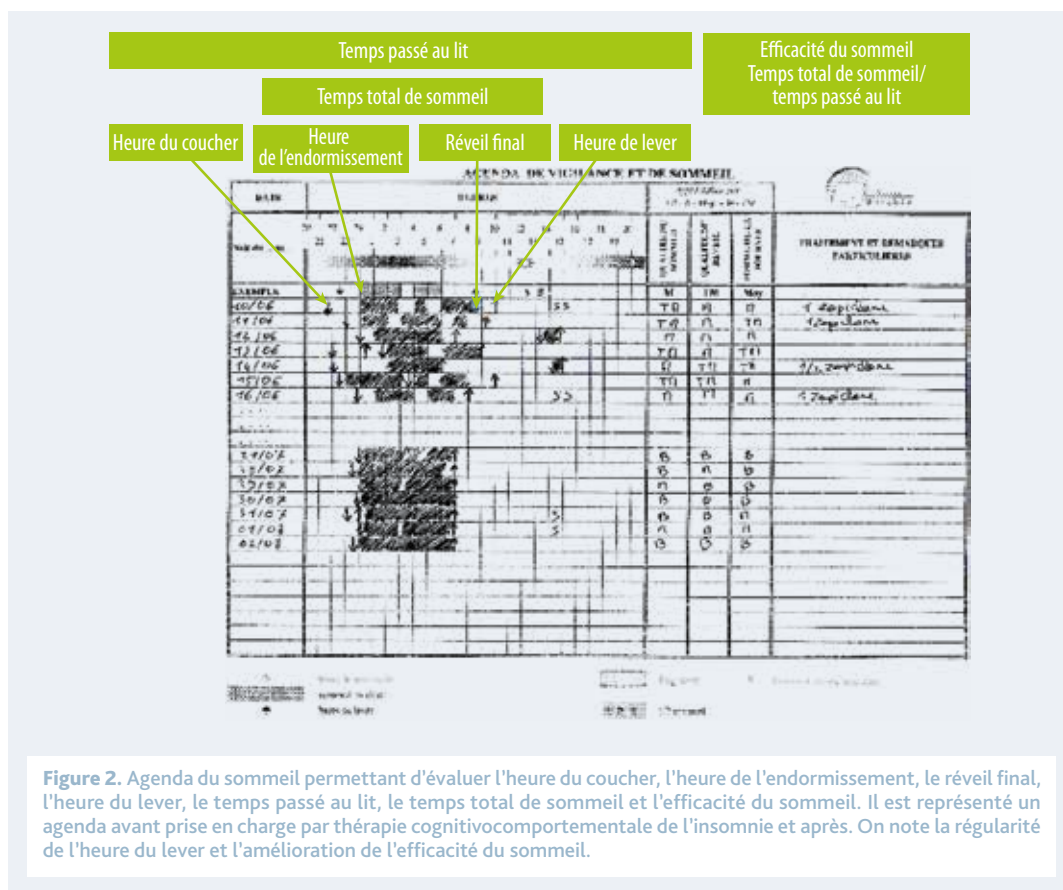


Figure 2. Agenda du sommeil permettant d'évaluer l'heure du coucher, l'heure de l'endormissement, le réveil final, l'heure de lever, le temps passé au lit, le temps total de sommeil et l'efficacité du sommeil. Il est représenté un agenda avant prise en charge par thérapie cognitivocomportementale de l'insomnie et après. On note la régularité de l'heure de lever et l'amélioration de l'efficacité du sommeil.

mettre au lit ainsi qu'un hyperéveil conditionné (cognitif, physiologique et émotionnel, qui va être précisé dans le paragraphe dédié).

Diverses sous-catégories cliniques et physiopathologiques étaient décrites pour le trouble insomnie dans les classifications précédentes (ICSD-2), mais, en dépit de l'attrait heuristique de ces diverses formes, il était souvent difficile de les différencier en pratique clinique. Une approche plus globale a donc été choisie avec le simple diagnostic de trouble insomnie chronique qui est établi pour tous les patients qui se plaignent d'insomnie chronique et fréquente en présence ou en l'absence d'un trouble comorbide. Cette simplification nosographique fait écho à un modèle général du trouble insomnie chronique, quel que soit le facteur prédisposant, précipitant, perpétuant, basé sur la notion d'hyperéveil (figure 3). Spielman a proposé le "modèle des 3P" pour expliquer le trouble insomnie chronique. Initialement, la survenue d'un facteur précipitant de stress va entraîner une réponse immédiate d'insomnie aiguë. Dans la majorité des cas, avec la disparition du facteur de stress, la plainte de sommeil se résout. Seule une sous-population de patients développe un trouble insomnie chronique, qui perdure de façon totalement indépendante malgré la disparition du facteur de stress. Cela s'expliquerait par la présence de facteurs prédisposants initialement présents ainsi que par la mise en place progressive, face à l'insomnie aiguë, de facteurs perpétuants. Les facteurs prédisposants se présentent sous la forme des traits de personnalité de type ruminatif, perfectionniste, obsessionnel avec, souvent, un tempérament anxieux. Les facteurs perpétuants correspondent aux comportements inadéquats mis en place face à l'insomnie aiguë et aux croyances erronées progressivement développées. Sur le plan comportemental, les patients vont progressivement augmenter le temps passé au lit dans l'espoir de gagner plus de sommeil, faire plus de siestes, consommer davantage de somnifères, aller au lit même s'ils ne sont pas somnolents. Sur le plan cognitif, se développent des ruminations anxieuses lorsque l'heure d'aller au lit arrive. Des attentes irréalistes ("Il faut absolument que je dorme 8 h") participent à l'anxiété de performance et à la préoccupation excessive par rapport au sommeil. Ces comportements et ces cognitions mis en place créent le déconditionnement ou l'association négative "lit = éveil". Le lit n'est plus associé au sommeil mais aux ruminations, à l'anxiété, à l'irritabilité et à la frustration. Ces facteurs perpétuants et ce déconditionne-

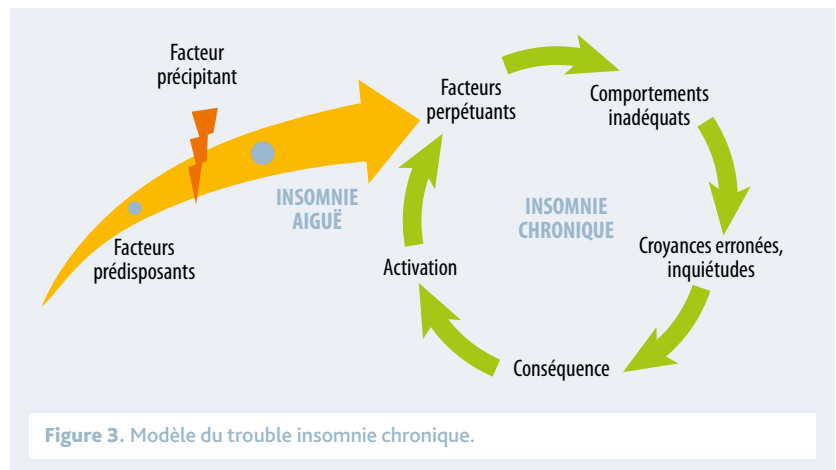


Figure 3. Modèle du trouble insomnie chronique.

ment entraînent une hyperactivation émotionnelle, cognitive et physiologique, autrement dit un "hyperéveil", qui entretient l'insomnie chronique.

## Prise en charge de l'insomnie

Le traitement recommandé pour la prise en charge du trouble insomnie chronique est la thérapie cognitivocomportementale, qui a démontré son efficacité dans la littérature. Mais le nombre de professionnels formés à cette thérapie reste très faible. Des solutions informatisées ont donc été développées et sont désormais accessibles aux patients. Par ailleurs, le sevrage des benzodiazépines et hypnotiques est également à envisager.

## Traitements pharmacologiques

De nombreux traitements pharmacologiques sont utilisés chez les patients ayant un trouble insomnie chronique (antihistaminiques, benzodiazépines, hypnotiques dérivés des benzodiazépines, antidépresseurs, etc.). Les traitements hypnotiques sont des traitements psychotropes ayant comme caractéristique d'induire le sommeil. Il s'agit de traitements dont la voie d'administration est orale. Les principales classes d'hypnotiques utilisées sont :

- les hypnotiques de type benzodiazépinique ;
- les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines ou médicaments dits "en Z".

Tous ces hypnotiques agissent en activant les récepteurs GABA. Les récepteurs GABA sont des canaux chlore qui vont dépolariser les membranes neuronales sur lesquelles vont se fixer les hypnotiques. Le GABA joue en effet un rôle essentiel dans la balance entre

structures d'éveil (nombreuses structures du tronc cérébral et de l'hypothalamus latéral) et structures impliquées dans le sommeil (en particulier, l'aire préoptique ventrolatérale de l'hypothalamus antérieur). Un mécanisme essentiel de l'entrée dans le sommeil est l'inhibition des systèmes d'éveil par le GABA. Il faut noter cependant que les hypnotiques favorisent surtout le sommeil lent léger (stade NREM2 [*Non-Rapid Eye Movement sleep 2*]) et, le plus souvent, n'induisent pas une architecture de sommeil normale. De plus, l'efficacité des hypnotiques à long terme, au-delà de 4 semaines, n'est pas établie.

La prescription d'un hypnotique est envisageable dans le trouble insomnie aiguë (ou transitoire), mais seulement sur une courte période et dans cette seule indication. Le trouble insomnie chronique n'est pas une indication, et le traitement de référence dans ce cadre est la thérapie cognitive et comportementale (cf. *infra*). Sur le plan réglementaire, la durée de prescription des hypnotiques est limitée à 4 semaines (en comptant la période de réduction de posologie) et n'est pas renouvelable. Sur le plan pharmacologique, la dose minimale efficace sera recherchée, et les associations d'hypnotiques sont à éviter ainsi que les associations d'un hypnotique et d'un anxiolytique de type benzodiazépine le soir. Un hypnotique à demi-vie courte doit être privilégié en cas de plainte d'insomnie d'endormissement, et un hypnotique à demi-vie plus longue (moyenne), en cas de plainte d'insomnie de maintien ou avec réveil matinal prématuré. Chez le sujet âgé ou en cas d'insuffisance hépatique, des posologies plus faibles seront utilisées. Chez le sujet âgé, il faudra être attentif au risque de chute par baisse du niveau d'éveil et altération des performances psychomotrices. Chez le sujet pratiquant une activité à risque (chauffeur professionnel, notamment), il faudra être attentif au risque des hypnotiques à demi-vie moyenne (effet résiduel) sur le risque accidentel lié à la somnolence diurne excessive ou aux impacts cognitifs (attention et mémoire) de ces molécules.

L'arrêt du traitement devra également toujours être anticipé avec le patient avant le début du traitement, et les règles d'hygiène du sommeil et les principes de la prise en charge comportementale de l'insomnie (contrôle du stimulus et restriction du temps passé au lit) doivent être associés à la prescription. Un suivi régulier du patient sera aussi programmé, avec surveillance de la régression de la plainte d'insomnie puis, après l'arrêt du traitement, de la non-chronicisation de l'insomnie.

Les hypnotiques présentent un risque de dépendance (même en l'absence de facteurs de risque de dépen-

dance), et peuvent être un facteur d'entretien de l'insomnie, notamment en raison d'un phénomène de rebond d'insomnie qu'ils peuvent induire à l'arrêt. Afin de prévenir le risque de dépendance et d'entretien, une prise en charge par thérapie cognitivo-comportementale est conseillée.

### Interventions cognitivo-comportementales

L'efficacité de la thérapie cognitivocomportementale appliquée à l'insomnie dans la prise en charge du trouble insomnie chronique est bien démontrée, comme en atteste la présence de nombreuses méta-analyses qui se fondent sur l'évaluation des critères subjectifs et objectifs du sommeil (4). La thérapie cognitivocomportementale a pour but de modifier le conditionnement et les associations négatives, de diminuer l'activation physiologique émotionnelle et cognitive et de corriger les cognitions erronées par rapport au sommeil et aux conséquences de l'insomnie. Elle peut être réalisée en consultation individuelle, en thérapie de groupe ou par autotraitement à l'aide de manuels sur une période de 6 à 8 semaines. La tenue d'un agenda du sommeil quotidien est à associer à la prise en charge. Il permet de suivre la sévérité, l'évolution du sommeil et l'application des recommandations. La thérapie cognitivocomportementale consiste à appliquer des interventions éducationnelles, comportementales et cognitives basées sur le modèle cognitif de l'insomnie.

#### ◆ Interventions éducationnelles : les règles d'hygiène du sommeil

L'hygiène du sommeil vise à fournir à l'individu des informations de base sur le sommeil et l'insomnie, ainsi que sur les facteurs environnementaux et les habitudes de vie pouvant nuire au sommeil. Ces informations ont généralement trait à l'impact sur le sommeil de la caféine et des autres stimulants, de l'alcool, de l'activité physique et des facteurs environnementaux, tels que la lumière, le bruit et la température de la chambre (soit trop ou pas assez élevée).

#### ◆ Interventions comportementales : le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit

Le contrôle du stimulus consiste en une série de règles comportementales favorisant la régulation du cycle veille-sommeil. Cette technique vise à

**Tableau II. Règles comportementales de prise en charge de l'insomnie.****Contrôle du stimulus**

- Aller au lit seulement lorsque l'on se sent somnolent
- Utiliser le lit et la chambre à coucher seulement pour le sommeil et les activités sexuelles (ne pas lire, regarder la télévision ou faire des résolutions de problèmes)
- Sortir du lit et aller dans une autre pièce lorsque l'on est incapable de dormir dans un délai de 15 à 20 mn et retourner au lit uniquement lorsque la somnolence revient (cette étape est répétée aussi souvent que nécessaire durant la nuit)
- Se lever à la même heure tous les matins sans égard pour la quantité de sommeil obtenue la nuit précédente (l'utilisation d'un réveil est alors conseillée)
- Éviter les siestes diurnes

**Restriction du temps passé au lit**

- Calculer le temps total de sommeil noté sur l'agenda
- Réduire le temps passé au lit au temps total de sommeil (pas en dessous de 5 h 30)
- Appliquer cette consigne de façon stricte les premiers jours
- Insister sur l'heure du lever qui doit être extrêmement régulière
- Lorsque l'efficacité du sommeil est satisfaisante, rallongez le temps passé au lit progressivement de 15 à 20 mn par semaine jusqu'à la durée de sommeil idéale
- Durée : 4 à 5 semaines

redonner le conditionnement "lit = sommeil" et à diminuer l'activation anxieuse et la frustration causées par l'incapacité de dormir. Plusieurs études ont montré l'efficacité du contrôle du stimulus (5) soit comme modalité de traitement unique, soit combiné aux autres interventions.

Par ailleurs, les personnes souffrant de trouble insomnie chronique peuvent passer de longues périodes au lit dans un état d'éveil, s'efforçant de récupérer le "sommeil perdu". Cette durée excessive de temps passé au lit contribue à fragmenter le sommeil et à perpétuer l'insomnie. Le but de la restriction du sommeil est de consolider le sommeil sur une plus courte période de temps passé au lit en déterminant à l'avance une période allouée au sommeil, appelée "fenêtre de sommeil" (6). Cette fenêtre devrait être égale à la durée moyenne du sommeil rapportée par le patient au niveau de base (à l'aide de l'agenda du sommeil) [figure 2, p. 26, et tableau II]. La restriction du sommeil induit une légère privation de sommeil, favorisant ainsi un endormissement plus rapide et une plus grande continuité du sommeil et diminuant la variabilité de ce dernier d'une nuit à l'autre. L'efficacité de cette technique a été démontrée, qu'elle soit utilisée seule ou associée aux autres interventions (5). Cette intervention est également utile pour diminuer l'insomnie de rebond lors du sevrage des hypnotiques.

◆ **Interventions cognitives :  
la restructuration cognitive**

Les personnes souffrant de trouble insomnie entretiennent souvent des croyances et des attitudes erronées qui alimentent la détresse émotionnelle

et les perturbations du sommeil (7). Ces cognitions incluent des conceptions erronées sur les causes et les conséquences de l'insomnie, des attentes irréalistes à propos de ce que devrait être une bonne nuit de sommeil et l'impression de n'avoir aucun contrôle sur son sommeil. L'objectif de la restructuration cognitive est d'identifier ces pensées ainsi que les croyances et les inquiétudes à propos du sommeil. Le deuxième temps est l'évaluation et la remise en question de la validité des pensées dysfonctionnelles ; enfin, on essaie de remplacer les inquiétudes et les croyances erronées par des pensées plus productives (pensées alternatives) afin de diminuer l'hyperactivation cognitive et émotionnelle. Le but est de placer l'insomnie dans une perspective plus réaliste et d'interrompre son cercle vicieux. Ainsi, les principaux thèmes seront abordés lors de la prise en charge cognitive tels que : avoir des attentes réalistes concernant son sommeil (tout le monde n'a pas besoin de 8 h), la surgénéralisation dans l'attribution des conséquences diurnes de l'insomnie (l'insomnie n'est pas responsable de tout ce qui va mal au travail, à la maison, etc.), ne pas dramatiser après une mauvaise nuit, ne pas essayer de dormir à tout prix (tableau II).

◆ **Enjeux de la prise en charge par thérapie cognitivocomportementale informatisée**

L'efficacité et la tolérance de la thérapie cognitivocomportementale sont à présent largement bien démontrées et reconnues, ce qui en fait un traitement de première ligne du trouble insomnie chronique. Elle est réalisée par des thérapeutes formés, en thérapie de groupe ou en thérapie individuelle, au cours

de 3 à 8 séances. Malheureusement, le nombre de professionnels formés à ce type de thérapie reste insuffisant, particulièrement en France, et de nombreux patients n'y ont pas accès. La thérapie cognitivocomportementale est aussi moins utilisée en raison de son caractère chronophage pour les médecins généralistes comparativement à la prescription d'hypnotiques. Un intérêt a donc été porté au développement de programmes de thérapie cognitivocomportementale en autonomie à travers des livres, des vidéos ou des fichiers audio, puis désormais par des solutions informatisées personnalisées. Les solutions informatisées s'appuient sur un agenda du sommeil électronique à compléter chaque jour par le patient (figure 4) et sur des consignes d'hygiène du sommeil et des règles comportementales de l'insomnie (contrôle du stimulus et restriction du temps passé au lit), délivrées de manière personnalisée en fonction de l'agenda du sommeil

électronique. Des règles de restructuration cognitive peuvent également être appliquées. Strom et al., en 2004, ont réalisé la première étude d'un programme de thérapie cognitivocomportementale informatisée comparé à un groupe contrôle sur 109 sujets et ont retrouvé une amélioration des paramètres du sommeil et des symptômes d'insomnie. La dernière méta-analyse, réalisée par M. Seyffert et al. et publiée en 2016, conclut à l'efficacité des programmes de thérapie cognitivocomportementale informatisée pour l'amélioration du sommeil des patients ayant un trouble insomnie chronique avec une taille d'effet cliniquement et statistiquement significative (8). L'étude emblématique de C.A. Espie et al. a notamment démontré l'efficacité de 6 sessions de thérapie cognitivocomportementale informatisée sur l'amélioration du sommeil et du fonctionnement diurne des patients ayant un trouble insomnie chronique (9). D'autres études montrent



également l'efficacité d'un programme plus court de thérapie cognitivocomportementale informatisée (10, 11) pour la prise en charge du trouble insomnie chronique. La délivrance d'un programme court de thérapie cognitivocomportementale informatisée sur un support Internet pourrait donc être une bonne alternative à proposer aux médecins et à leurs patients afin de faciliter l'accès à la prise en charge non pharmacologique du trouble insomnie chronique.

### Intervention cognitivocomportementale dans le sevrage des benzodiazépines

Le soutien du clinicien et ses encouragements à arrêter la médication à visée hypnotique ne sont généralement pas suffisants pour produire des changements à long terme, surtout chez les utilisateurs ayant à maintes reprises essayé en vain de cesser de prendre leurs hypnotiques. Le sevrage supervisé semble constituer une composante essentielle à l'arrêt des benzodiazépines chez les utilisateurs chroniques. L'ajout de la thérapie cognitivocomportementale ciblant spécifiquement le trouble insomnie chronique est important pour aider l'individu à gérer ses difficultés de sommeil, lesquelles deviennent plus manifestes durant le sevrage, ainsi que pour l'aider à réduire ou à mieux tolérer les symptômes de sevrage (12). Plusieurs études ont mis en évidence l'utilité de la thérapie cognitivocomportementale dans la diminution des benzodiazépines chez les sujets souffrant de trouble insomnie chronique. Cette intervention permettrait de diminuer les symptômes de sevrage à

l'arrêt des benzodiazépines et préviendrait le risque de rechute dans l'année (13). Ces études indiquent qu'un programme d'accompagnement pour le sevrage des benzodiazépines et un programme de thérapie cognitivocomportementale, seuls ou combinés, sont des méthodes efficaces pour réduire l'utilisation des benzodiazépines chez des patients adultes souffrant d'un trouble insomnie chronique. L'approche combinant la réduction encadrée et suivie des benzodiazépines et un programme comportemental de l'insomnie était généralement plus efficace que l'une ou l'autre de ces mesures réalisée seule (14).

### Conclusion

En termes de santé publique, le trouble insomnie chronique et ses conséquences sur le fonctionnement diurne représentent un enjeu fort, en raison notamment de la consommation d'hypnotiques, de la demande de consultations médicales et des comorbidités associées. En effet, la prise en charge initiale de l'insomnie conduit souvent à la prescription d'hypnotiques. Même si l'intention initiale est de limiter leur utilisation à une période courte, celle-ci s'avère souvent plus longue. Le sevrage des hypnotiques après une utilisation prolongée peut donc s'avérer un défi de taille pour le patient et le clinicien. Il a été montré que la prise en charge en thérapie cognitivocomportementale permet d'améliorer le trouble insomnie chronique et de faciliter l'arrêt des hypnotiques tout en préservant une qualité de sommeil adéquate. ■

K. Guichard, J.A. Micoulaud-Franchi, E. Altena, S. Bioulac déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

### Références bibliographiques

1. Société pour la formation thérapeutique du généraliste, Haute Autorité de santé. *Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale*. 2007.
2. Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J. *Insomnia with short sleep duration: nosological, diagnostic, and treatment implications*. *Sleep Med Clin* 2013;8(3):309-22.
3. Leger D, Levy E, Paillard M. *The direct costs of insomnia in France*. *Sleep* 1999;22(Suppl.2):S394-401.
4. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE et al. *Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia*. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):5-11.
5. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. *Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy*. *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1172-80.
6. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. *Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed*. *Sleep* 1987;10(1):45-56.
7. Morin CM, Stone J, Trinkle D et al. *Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints*. *Psychol Aging* 1993;8(3):463-7.
8. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J et al. *Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis*. *PLoS One* 2016;11(2):e0149139.
9. Espie CA, Kyle SD, Williams C et al. *A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application*. *Sleep* 2012;35(6):769-81.
10. Edinger JD, Sampson WS. *A primary care 'friendly' cognitive behavioral insomnia therapy*. *Sleep* 2003;26(2):177-82.
11. Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. *The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice*. *Behav Res Ther* 2001;39(1):45-60.
12. Espie CA, Lindsay WR, Brooks DN. *Substituting behavioural treatment for drugs in the treatment of insomnia: an exploratory study*. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1988;19(1):51-6.
13. Morin CM, Colecchi CA, Ling WD, Sood RK. *Cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation among hypnotic-dependent patients with insomnia*. *Behav Ther* 1995;26(4):733-45.
14. Bélanger L, Belleville G, Morin C. *Management of hypnotic discontinuation in chronic insomnia*. *Sleep Med Clin* 2009;4(4):583-92.