

# Traitement non médicamenteux de l'insomnie

Heinz Bernegger, Hanna Meier-Rossi, Jürg Schwander



## Introduction

Comme cela a déjà été expliqué dans la première partie de cet article, l'insomnie est une qualité, une durée et/ou une efficacité diminuées du sommeil.

Dans cette partie, nous présentons un modèle de déclenchement de l'insomnie primaire/psychophysiologique, et sur cette base un traitement non médicamenteux de ce trouble du sommeil.

## Un modèle de genèse et de persistance des insomnies primaires

Morin [1] a présenté en 1993 un modèle d'interprétation d'une insomnie en tant qu'interaction de quatre types de problèmes.

### «Hyper»arousal

C'est le facteur central de la genèse d'une insomnie. Tension et excitation sont incompatibles avec le sommeil. La tension peut provenir des niveaux émotionnels, cognitifs ou physiologiques, séparément ou tous ensemble.

- Au début d'un hyperarousal, il y a souvent des problèmes physiques ou des événements stressants, auxquels les insomniaques réagissent par une tension en raison de leurs traits de personnalité, tels que tendance à l'anxiété, à la dépression ou à l'obsession.
- Au niveau cognitif, de nombreux insomniaques ne parviennent pas à déconnecter leurs pensées. Avant de s'endormir et lors des réveils nocturnes, certaines pensées, souvent négatives, resurgissent, envahissantes et impossibles à chasser.
- Au niveau émotionnel, ils présentent une certaine anxiété, mais aussi de la colère et de la rage sur leur impossibilité de s'endormir. Ce qui provoque également une tension par des mécanismes de rétroaction négative.

### Cognitions empêchant le sommeil (voir fig. 1)

Les soucis à propos du sommeil perdu et les ruminations sur les conséquences de l'insomnie sont des pensées centrales qui reviennent tout le temps chez les insomniaques. Ils se préoccupent de leur sommeil surtout lorsqu'ils vont se coucher, sont focalisés sur leur expérience de ne pas pouvoir dormir, augmentent encore leur auto-observation déjà très poussée, se mettent sous pression de devoir absolument dormir et imaginent comment ils se sentiront après une nuit d'insomnie. Ils ont souvent des attentes irréalistes, telles que «chaque être humain a besoin de 8 heures de sommeil». Toutes ces idées augmentent la tension et perturbent ainsi l'arrivée du sommeil. Cette tension empêche quant à elle l'insulaire d'apprécier de manière réaliste la qualité et la durée de son sommeil (des études en laboratoire du sommeil montrent que les insomniaques surestiment très nettement leur insomnie par rapport au résultat de la polysomnographie), ce qui augmente encore les idéations négatives.

### Mauvaises habitudes de sommeil (voir fig. 1)

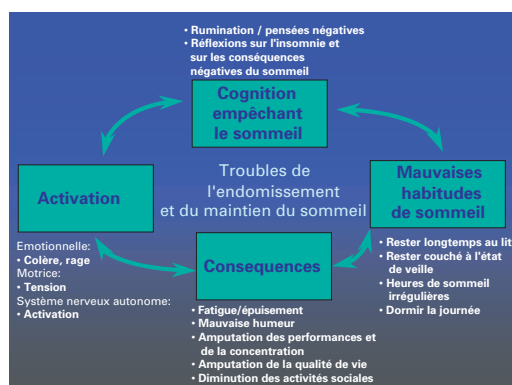
Dans la consolidation d'une insomnie, de nombreux patients prennent des habitudes qu'ils considèrent comme somnigènes, mais qui à long terme perturbent leur sommeil, dont en premier lieu la prolongation des heures de lit, aller se coucher trop tôt, irrégularités des heures de sommeil et de veille, sieste, et activités incompatibles avec le sommeil au lit, telles que regarder la télévision, lire, travailler, manger et boire. Souvent, les insomniaques ne vont pas se coucher lorsqu'ils ressentent la fatigue, mais quand ils pensent qu'ils doivent se coucher de bonne heure s'ils veulent avoir encore suffisamment de sommeil malgré leurs problèmes.

Une augmentation du nombre d'heures de lit fait que le sommeil est encore plus fractionné et interrompu. Ce qui en particulier augmente la pression et les idées négatives, chez quelqu'un prétendant qu'il doit pouvoir dormir tout le temps qu'il passe au lit. En restant longtemps au lit, avec davantage de temps d'«éveil», le lit devient de moins en moins l'endroit qui facilite l'endormissement.

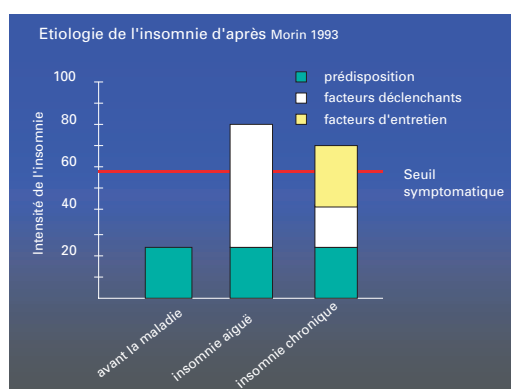
Correspondance:  
Heinz Bernegger  
Clinique de Médecine du sommeil  
Badstrasse 44  
CH-5330 Zurzach

[bernegger@ksm.ch](mailto:bernegger@ksm.ch)

**Figure 1.**  
Un modèle de la genèse  
et de l'entretien des insomnies  
primaires (d'après [1]).



**Figure 2.**  
Chronicisation des insomnies  
(d'après [1]).



Plus l'insomnie se prolonge, moins les facteurs déclenchants jouent un rôle et plus les habitudes prises, celles qui perturbent le sommeil, prennent d'importance (voir fig. 2).

### Conséquences de l'insomnie (voir fig. 1)

Les insomniaques ressentent comme conséquences de leurs troubles du sommeil des baisses d'humeur, avec anxiété et dépressivité, fatigue, baisse de forme et difficultés de concentration. Une tendance dépressive accrue suite à des problèmes de sommeil doit bien plutôt être due au fait que les patients ont perdu le contrôle de leur sommeil. A cela vient s'ajouter la déception due à la vanité des efforts visant à retrouver le sommeil. Il en résulte un sentiment d'abandon et de doute, et de crainte de ne pas pouvoir supporter cette situation à terme. Et certains insomniaques ont tendance à abandonner des activités telles que le sport ou des rencontres entre amis le soir, pour ne pas compromettre encore leur sommeil précaire, ce qui se répercute sur leur qualité de vie et leur humeur.

D'après Riemann et Backhaus [2], les facteurs ci-dessus ne peuvent la plupart du temps pas être présents tous en même temps chez le même insomniaque. Mais nous savons par expérience qu'un ou plusieurs mécanismes perturbant le sommeil jouent un rôle chez pratiquement tous les insomniaques, ce qui veut

dire qu'il est indispensable de procéder à une analyse comportementale individuelle pour identifier les facteurs jouant un rôle dans le déclenchement et l'entretien de l'insomnie. Perlis et al. [3-5], dans leur modèle neurocognitif, ont élargi le modèle cognitivo-behavioral de Morin, en supprimant la séparation entre les points somatiques et cognitifs, et en y introduisant le concept dit de l'arousal cortical. Ils postulent que l'augmentation de l'excitation au niveau somatique, typique dans les insomnies, est mesurable par les activités EEG à hautes fréquences. Ce concept implique un seuil d'entrée plus bas pour les stimuli sensoriels et une élaboration des informations plus marquée pendant le sommeil. Ce modèle pourrait expliquer les écarts observés chez les insomniaques entre les heures d'endormissement, les durées de sommeil et les périodes d'éveil, subjectives et mesurées.

### Traitement non médicamenteux de l'insomnie

Il existe de très nombreuses techniques thérapeutiques non médicamenteuses pour les troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, dont l'efficacité a été prouvée. D'après Hajak [6] toutes celles qui

- «font appel aux stratégies de relaxation, de modification du comportement ou à la psychothérapie
- et à la collaboration active du patient à son traitement».

Les techniques thérapeutiques psychologiques et cognitives, comportementales, sont un élément incontournable de chaque traitement des insomnies, car elles traitent aussi bien le symptôme insomnie que les causes non organiques qui en sont à la base (par ex. anxiété) d'une part, et de l'autre elles ne présentent aucun inconvénient spécifique du traitement par somnifères, dont notamment abus ou dépendance. Un programme thérapeutique cognitivo-behavioral est le traitement de choix dans les insomnies non organiques, ce qu'ont montré plusieurs études d'efficacité [1]. D'après Hajak [6] toujours, plusieurs analyses d'études ont toutes montré qu'avec un tel traitement, les deux tiers des patients au moins reçoivent l'aide qu'ils demandent, et les effets sont persistants. La latence de l'endormissement et la durée moyenne du sommeil s'améliorent de manière durable, ce qui est encourageant justement dans les problèmes chroniques d'endormissement et du maintien du sommeil.

## Indication à un traitement

Les formes de traitement non médicamenteux sont en principe indiquées pour toutes les insomnies primaires/psychophysiologiques.

Mais il est important d'avoir un diagnostic complet avant de mettre en route un tel traitement, car un tiers environ des insomnies chroniques sont associées à une maladie psychiatrique manifeste, et un autre tiers à des problèmes physiques, en partie tout au moins. Et dans ces cas c'est le traitement du problème à l'origine de l'insomnie qui est au premier plan (voir première partie de cet article dans Forum 43).

## Buts du traitement

Les objectifs suivants sont visés:

- Atteindre un état psychophysiologique permettant une installation sans perturbation du sommeil;
- meilleur contrôle des facteurs influençant négativement le sommeil;
- modification positive de l'analyse subjective du sommeil perturbé.

Les techniques psychologiques et psychothérapeutiques visent plusieurs aspects, qui sont une condition pour un sommeil sain:

- faire disparaître anxiété, fausse attente et frustration sur un mauvais sommeil, par ex. par psychoéducation (expliquer ce qu'est un sommeil normal);
- restaurer une association positive entre environnement du sommeil et sommeil (rituels d'endormissement, contrôle du stimulus);
- développer la capacité de relaxation (relaxation musculaire progressive, image de calme);
- établir un rythme veille-sommeil régulier (heures du coucher, activation diurne);
- transmettre l'expérience d'une «vraie» fatigue précédant l'endormissement (restriction des heures de lit, contrôle du stimulus);
- éliminer les facteurs internes et externes perturbant le sommeil (hygiène du sommeil, techniques de relaxation, différentes techniques cognitives);
- tenir compte du mode de vie, des conflits psychiques et des causes psychogènes dans les problèmes de sommeil (psychothérapie).

Pour le succès d'un traitement non médicamenteux des insomnies, il est capital que le patient participe activement à l'établissement de son traitement et sorte du rôle de victime passive désespérée.

## Quelques éléments du traitement non médicamenteux des insomnies

### Informations pour le patient

Il s'agit de donner au patient insomniaque des informations sur le sommeil, pour qu'il en comprenne les causes possibles et les règles de l'hygiène du sommeil.

Informations importantes:

- Le besoin de sommeil est variable d'un individu à l'autre, il n'y a aucune norme valable universellement sur la durée de sommeil nécessaire. A titre de repère, la durée moyenne de sommeil est de 7 heures.
- Même un bon dormeur se réveille plusieurs fois pendant la nuit.
- Avec l'âge, le sommeil devient plus agité et les phases de sommeil superficielles deviennent plus longues et fréquentes.
- La qualité du sommeil se décrit le mieux par l'effet de récupération: qualité des performances et du bien-être pendant la journée.
- Les heures de lit prolongées diminuent la qualité du sommeil au lieu de l'augmenter.
- Un sommeil perturbé peut considérablement diminuer le bien-être et les performances, mais n'entraîne que très rarement par lui-même des maladies physiques.
- La colère à propos d'un mauvais sommeil aggrave en plus la capacité de dormir.
- L'état psychique influence notablement le sommeil et peut être la cause d'insomnies.

### Règles de l'hygiène du sommeil

Les règles de l'hygiène du sommeil visent à corriger les comportements ayant une influence négative sur le sommeil.

- Restriction de sommeil: si les heures de lit sont longues et la durée du sommeil courte, raccourcir les heures de lit (à peu près à la durée habituelle de sommeil, mais pas moins de 5 h, plus tard au lit, plus tôt debout). Si le patient dort plusieurs nuits par semaine au moins 85% du temps qu'il passe au lit, il peut prolonger de 15 minutes la durée de lit. Poursuivre jusqu'à ce que la durée de sommeil bonne pour le patient soit atteinte, c.-à-d. que le patient se sente frais et dispos le matin et soit performant et en forme la journée.
- Se lever tous les matins à la même heure (enclencher le réveil), quelle que soit la durée du sommeil. Cette règle est également valable le week-end.
- Pas de sieste la journée, ou le soir devant la télévision (exception: vieillards).
- Contrôle du stimulus: aucune activité au lit telle que regarder la télévision, lire, manger, etc., mais n'utiliser le lit que pour dormir. Exception faite des activités sexuelles. Pas

- de longues phases de réveil au lit: s'il est difficile de s'endormir, ou si les phases d'éveil sont prolongées (subjectivement env. 15 min sans la montre), quitter le lit pendant la nuit et pratiquer une activité agréable. Ne retourner au lit que lorsque l'on se sent fatigué. Répéter cette opération plusieurs fois si nécessaire.
- Eviter le soir les boissons contenant de la caféine et l'alcool, et limiter la consommation de nicotine.
  - Pas de repas lourd le soir. Ne pas boire trop de liquides le soir, pour ne pas devoir aller aux toilettes plusieurs fois pendant la nuit.
  - Activité physique régulière de jour, au moins 3-4 heures avant d'aller dormir.
  - Diminuer progressivement l'activité intellectuelle et physique avant d'aller dormir.
  - Mise en place d'un rituel du sommeil personnel.
  - Ne pas regarder l'heure la nuit. Ceci pour briser les processus d'accoutumance et les prophéties auto-accomplies, et favoriser la tranquillité nocturne.

### Techniques de relaxation

Les techniques de relaxation diminuent les tensions internes et l'anxiété, la prédisposition à l'excitation physiologique, la vigilance et la susceptibilité aux stimuli internes et externes. Leurs effets sont attribués d'une part à la détente somatique effective (mesurable par ex. par EMG), et de l'autre à la focalisation cognitive sur les exercices, par la concentration. A notre avis, la forme de traitement la plus facile à apprendre et efficace est la relaxation musculaire progressive (PMR) selon Jacobson, avec une détente systématique suivie de la relaxation de certains groupes musculaires. Il en résulte une relaxation musculaire associée à une meilleure perception des tensions et relaxations physiques. D'autres techniques de relaxation sont le training autogène ou le biofeedback, une variante du training autogène dans laquelle des signaux physiologiques, comme la tension musculaire, sont donnés optiquement ou acoustiquement au patient, pour qu'il apprenne à modifier ces signaux comme il le veut.

### Techniques cognitives

Les techniques cognitives placent les idées perturbatrices du sommeil au premier plan. Elles partent de l'hypothèse que les insomniaques sont cognitivement tendus. Ces techniques ne sont généralement pas appliquées isolément, mais en association à d'autres techniques thérapeutiques telles que précédemment décrites.

Les techniques les plus répandues sont les suivantes:

- Stop des pensées: il s'agit là d'interrompre

les ruminations et images négatives nocturnes par une autodiscipline, et de les remettre sous le contrôle subjectif du patient.

- Restructuration cognitive: il s'agit là de remplacer par des pensées positives les pensées négatives sur le sommeil, comme les idées anxieuses et ruminations sur les conséquences d'un sommeil nocturne une nouvelle fois perturbé.
- Prescription de pensées: la prescription de pensées utilise l'expérience que les pensées perdent de leur caractère urgent dès qu'elles sont admises. Il s'agit là de déplacer les ruminations nocturnes du lit dans la soirée ou la journée, et de consacrer un certain temps à ces ruminations. Ces pensées perdent ainsi de leur importance pendant la nuit.
- Heure d'agenda: l'heure d'agenda est une possibilité de réfléchir aux événements de la journée et de faire des projets pour le lendemain. Ce qui est important dans la mesure où de nombreux insomniaques repoussent leurs problèmes pendant la journée, ne peuvent plus le faire quand ils sont au lit et ruminent en se plaignant. Il est donc plus judicieux de s'en occuper avant d'aller se coucher. Il peut également valoir la peine de donner au patient la capacité de résoudre son problème de manière systématique.

Toutes les techniques physiques et cognitives ont en commun le fait qu'elles doivent être exercées, qu'elles ne peuvent généralement pas être appliquées du premier coup avec un maximum de bénéfice. Il faut en parler avec le patient, pour qu'il n'abandonne pas très vite et soit déçu. Il faut du temps (des semaines à des mois) avant que le sommeil s'améliore; le sommeil n'est pas devenu mauvais du jour au lendemain, il s'est au contraire détérioré sur un long laps de temps dans la plupart des cas.

### Avantages du traitement non médicamenteux

Une insomnie psychophysiologique se manifeste sur fond de situation personnelle (prédisposition ou point faible), elle est provoquée par un incident stressant et entraîne une modification du comportement vis-à-vis du sommeil entretenant l'insomnie.

Le point faible insomnie reste, et c'est pourquoi, en cas de stress, le sommeil est de nouveau perturbé. Les insomniaques apprennent comment traiter eux-mêmes ces problèmes qui reviennent souvent dans leur existence (aide à l'effort personnel). Le sommeil doit devenir le critère de leur bien-être!

Le taux de réussite de ce traitement est élevé,

## Quintessence

Nous recommandons au médecin traitant la démarche suivante pour le traitement non médicamenteux de ses patients insomniaques:

- Avant tout traitement, il est important d'avoir un diagnostic physique et psychologique/psychiatrique (voir première partie de cet article dans Forum 43).
- Précision de l'importance de l'insomnie: heures de coucher, répercussions sur le lendemain (voir également 1<sup>re</sup> partie de cet article) comme point de départ et contrôle du résultat du traitement.
- Explication et conseil au patient sur le sommeil normal et les insomnies.
- Lui donner les règles de l'hygiène du sommeil.
- Discussion des règles du contrôle du stimulus praticable avec succès au cabinet du médecin traitant [6].
- Motivation du patient à apprendre une technique de relaxation qui lui convient.
- Consultation d'experts de la médecine du sommeil en cas de difficultés dans le diagnostic, dans la poursuite du traitement ou en l'absence d'amélioration du sommeil.

66–82%. Il n'y a aucun effet secondaire s'il est correctement appliqué.

## Inconvénients du traitement non médicamenteux de l'insomnie

Les techniques psychologiques et psychothérapeutiques sont plus compliquées que de prendre des somnifères. L'effet de ces traitements se manifeste après un certain temps, ce qui peut affaiblir la compliance du patient. Il faut au moins 6–8 semaines pour obtenir une amélioration stable du sommeil ce qui pose de grandes exigences à la prise en charge et à la motivation du patient. C'est pour cette raison qu'il est très important d'une part que le patient soit parfaitement informé de cette situation, et de l'autre qu'il soit motivé à collaborer activement, ce qui augmente en fin de compte l'impression d'efficacité de sa part. Ce qui signifie que le patient doit pouvoir vivre activement, faire lui-même quelque chose contre ses problèmes de sommeil et ne pas être livré à lui-même sans aide.

(Traduction Dr Georges-André Berger)

## Références

- 1 Morin CM. *Insomnia – Psychological assessment and management*. New York: Guilford press; 1993. ISBN: 0-89862-210-7.
- 2 Riemann D, Backhaus J. *Behandlung von Schlafstörungen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union; 1996.
- 3 Perlis ML, Bootzin RR, Fleming G, Drummand SP, Rose M, Dikman ZV, et al. Alpha sleep and information processing, perception of sleep, pain and arousability in fibromyalgia. *Int J Neurosci* 1997;89:265–80.
- 4 Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioral model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res* 1997;6:179–88.
- 5 Perlis ML, Kehr EL, Smith MT, Andrews PJ, Orff H, Giles DE. Temporal and stagewise distribution of high frequency EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and in good sleeper controls. *J Sleep Res* 2001;10:93–104.
- 6 Jak G. Nichtmedikamentöse Therapie der Insomnie. *BDA-Manual Schlaf*; 2003. <http://www.ifap-index.de/bda-manuale/schlaf/therapie>.