Insomnie
Conférences scientifiques
Offert par la Société canadienne du sommeil aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins
Volume 2, Issue 3 2013

L'insomnie et la performance – aidez vos patients à demeurer alertes et efficaces

Par Colleen F. Carney, Ph.D.

Le coût personnel de l'insomnie, une affection souvent chronique, est considérable sur le plan financier et en termes d'effets néfastes sur la vitalité, l'humeur, la perception de la santé et la capacité à exercer les activités de la vie quotidienne. Une corrélation positive a été établie entre l'altération de la performance cognitive et la sévérité des symptômes d'insomnie. Chez les personnes souffrant d'insomnie qui dorment moins de 6 heures par nuit, on note une performance moindre dans la réalisation des tâches faisant appel aux fonctions exécutives, un taux significativement accru d'absentéisme et d'accidents non causés par un véhicule automobile, une productivité réduite et même une conduite à l'éthique douteuse au travail. L'altération de la performance et de l'humeur au travail et dans la vie sociale associée à l'insomnie est l'une des nombreuses raisons pour lesquelles un traitement efficace de l'insomnie est essentiel. Dans ce numéro d'*Insomnie – Conférences scientifiques*, nous examinons les conséquences néfastes de l'insomnie sur la performance, notamment la fatigue subjective qui est une caractéristique importante ayant un impact négatif sur la capacité fonctionnelle perçue, les troubles de l'humeur et la diminution des capacités cognitives. Nous fournissons également un bref aperçu des stratégies thérapeutiques.

Passer occasionnellement une nuit sans sommeil est une expérience assez courante. Environ 40 % des Canadiens souffrent d'insomnie à un moment donné de leur vie. Cependant, environ 10 %, soit quelque 3,5 millions de Canadiens, souffrent d'une insomnie chronique suffisamment sévère pour rencontrer les critères diagnostiques de l'insomnie[1]. L'une des raisons qui pourraut expliquer la prévalence élevée de l'insomnie pourrait être que le tableau clinique le plus courant de l'insomnie est celui d'un trouble comorbide d'une autre affection, telle que la dépression ou la douleur[2]. Malheureusement, cette constatation a conduit à la croyance erronée selon laquelle l'insomnie n'est qu'une conséquence indirecte du trouble avec lequel elle est comorbide. Par conséquent, l'insomnie a historiquement été sous diagnostiquée et sous traitée[3-5]. *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 5e édition (DSM-V)[6], a éliminé la distinction entre l'insomnie en tant que trouble unique et l'insomnie associée à une autre affection. Il sera intéressant de déterminer si ce changement nosologique améliorera l'accès au traitement.

Quel est le coût de l'insomnie?

Au Canada, les coûts associés à l'insomnie sont estimés à plus de 5000 $ par année par personne souffrant d'insomnie[7]. Cependant, le coût personnel est considérablement plus élevé que le simple coût financier, étant donné que les personnes souffrant d'insomnie rapportent des effets néfastes importants sur leur vitalité, la perception de leur santé et leur capacité à effectuer des activités physiques quotidiennes[2]. Les effets dévastateurs sur la qualité de vie des personnes atteintes d'insomnie ont été rapportés dans des études qualitatives[8] et quantitatives[9,10]. De nombreuses personnes souffrant d'insomnie craignent de mourir ou de tomber malade en raison de leur insomnie et l'anxiété en lien avec la perte de sommeil et la perception de ne pas être capable de faire face à la perte de sommeil sont des caractéristiques cognitives importantes de ce trouble[11]. Ainsi, chez ces personnes, les préoccupations liées à la performance sont importantes et soulignent la nécessité d'une prise en charge efficace.

Bien que les problèmes d'insomnie primaire consistent généralement en des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil ou en un réveil matinal trop précoce, les patients se plaignent également fréquemment des effets de l'insomnie sur leur performance diurne (Tableau 1), les incitant à consulter afin d'obtenir un traitement[12]. De plus, bien que l'insomnie puisse être un trouble passager, la plupart des données sur les problèmes de performance liés à l'insomnie sont fondées sur des recherches sur l'insomnie chronique. Les définitions de l'insomnie chronique varient quant à

Disponible sur Internet www.insomnieconferences.ca

Canadian Sleep Society (CSS)
Société Canadienne du Sommeil (SCS)

Présidente
Shelly K. Weiss, M.D., FR.CPC
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Ancienne présidente et Rédactrice, Insomnie – Conférences scientifiques
Helen S. Driver, Ph.D., R.PSGT, DABSM
Université Queens
Départements de médecine
Laboratoire des troubles du sommeil,
Hôpital général de Kingston
Kingston, ON

Vice-présidente, Recherche
Célyne H. Bastien, Ph.D.
École de psychologie
Université Laval
Québec, QC

Vice-président, Activités cliniques
Charles Samuels, M.D., CCFP, DABSM
Centre du sommeil et de la performance humaine
Calgary, AB

Secrétaire/Trésorière
Reut Gruber, Ph.D.
Université McGill, Institut Douglas
Montréal, QC

Représentant des membres (Technologue)
Jeremy Gibbons, B.Sc., R.PSGT
Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Représentant des membres (Technologue)
Natalie Morin, R.PSGT
Ottawa, ON

Représentant des membres (Étudiant)
Samuel Laventure
Centre de Recherche IUGM
Université de Montréal
Montréal, QC

Représentant des membres (Étudiant)
Samar Khoury, M.Sc.
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'études avancées en médecine du sommeil
Montréal, QC

Représentant des membres (Adhésions)
Glendon Sullivan, M.D., FR.CPC, FCCP
Atlantic Health Sciences Centre
Saint John, NB

Représentant des membres (spécialité du médecin)
Judith A. Leech, M.D., FR.CPC
The Ottawa Hospital Sleep Centre
Ottawa, ON

Représentant des membres (Dentaire)
Fernanda Almeida, DDS, M.Sc., Ph.D.
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

Représentant des membres (Bulletin d'information et site Web)
Stuart Fogel, Ph.D.
Centre de Recherche
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM)
Montréal, QC

Le contenu rédactionnel *d'Insomnie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Société canadienne du sommeil.

Tableau 1 : Symptômes affectant la performance dus à l'insomnie[12]

- Fatigue/sensation de malaise
- Troubles de l attention, de la concentration ou de la m moire
- Dysfonctionnement social/professionnel ou performances scolaires m diocres
- Troubles de l humeur/irritabilit
- Somnolence diurne
- Diminution de la motivation/de l nergie/des initiatives
- Tendance aux erreurs/accidents au travail ou pendant la conduite d un v hicule motoris
- C phal es de tension et/ou sympt mes gastro-intestinaux dus la perte de sommeil
- Pr occupations ou craintes propos du sommeil

leur détermination de la durée minimale, soit de 1 à 6 mois. Dans cet article, nous nous concentrons sur les problèmes spécifiques à l'insomnie chronique.

Quels aspects de la performance sont impliqués dans l'insomnie?

La fatigue vs la somnolence

La fatigue est probablement la plainte liée à l'insomnie la plus fréquente[13] et le trouble le plus souvent cité comme étant responsable des problèmes de performance[14]. C'est souvent la fatigue qui amène les personnes souffrant d'insomnie à consulter afin d'obtenir un traitement. Par ailleurs, des études confirment le lien existant entre l'insomnie et la fatigue[15]. Bien que les personnes souffrant d'insomnie se plaignent de fatigue, il existe peu de données objectives indiquant une propension accrue à dormir, ou une somnolence importante[16]. Ceci pourrait être dû à un mécanisme d'hyperexcitation qui compenserait la perte de sommeil[17]. Il est donc important de distinguer la fatigue (i.e. état subjectif d'épuisement) et la propension à dormir (i.e. la somnolence) afin de mieux comprendre l'insomnie.

Un élément également important pour comprendre l'insomnie est que la fatigue est un concept unidimensionnel. En plus des composantes mentale, émotionnelle et physique de la fatigue, il peut également être utile d'établir la distinction entre la fatigue due à une pathologie physique quantifiable évidente et la fatigue pouvant avoir des origines plus cognitives[18]. Par exemple, les modèles neurobiologiques de la fatigue établissent la distinction entre la fatigue centrale et la fatigue périphérique[19]. Alors que la fatigue périphérique est associée à des facteurs physiologiques, la fatigue centrale survient lorsque l'estimation des ressources nécessaires pour effectuer une tâche excède l'estimation des ressources disponibles. Lorsqu'une personne atteinte d'insomnie détecte que ses ressources sont insuffisantes, elle ressent une fatigue accrue ou son attention est davantage axée sur la sensation de fatigue[20]. Quelle que soit la raison de la non-concordance et de l'insuffisance des données sur la somnolence souvent rapportées chez les personnes souffrant d'insomnie, il est évident que la fatigue subjective est une caractéristique importante de l'insomnie qui a un impact négatif sur la capacité fonctionnelle perçue.

Les troubles de l'humeur

Les problèmes d'humeur sont un symptôme constant chez les personnes souffrant d'insomnie et probablement un facteur qui influe sur la performance. Les troubles de l'humeur courants incluent l'irritabilité, l'anxiété ou la dysphorie après une mauvaise nuit de sommeil[12]. Les problèmes d'humeur peuvent survenir tant au niveau symptomatique (i.e. ressentir une anxiété accrue une journée en particulier) ainsi que sous la forme d'un syndrome complet (i.e. une anxiété chronique causant un sentiment de détresse ou une altération fonctionnelle suffisamment sévère pour répondre aux critères diagnostiques). Plusieurs études ont révélé que les patients atteints d'insomnie rapportent avoir une humeur plus fréquemment négative et moins fréquemment positive pendant la journée comparativement aux bons dormeurs et ils relient ces variations de l'humeur à la nuit de sommeil précédente[21]. Les personnes souffrant d'insomnie attribuent fréquemment leur humeur négative à une mauvaise nuit de sommeil[11].

Des études ont également conclu que l'insomnie est associée à la dépression et aux troubles anxieux et de l'humeur[22-24]. Le premier numéro de ce volume d'*Insomnie – Conférences scientifiques*[25] se concentre sur les troubles psychiatriques courants (troubles de l'humeur, troubles anxieux et schizophrénie) qui sont associés à des difficultés de sommeil importantes. Bien qu'il soit tentant d'associer l'altération de la qualité de vie au trouble comorbide uniquement, Katz et McHorney[2] ont constaté que l'altération rapportée de la capacité à exercer des activités physiques normales et la sensation d'une vitalité réduite étaient plus importantes dans l'insomnie chronique que dans les troubles médicaux et psychiatriques chroniques, tels qu'un trouble dépressif majeur (TDM) et une insuffisance coronarienne. De plus, un traitement de l'insomnie efficace peut contribuer à la rémission et à la potentialisation du traitement des troubles comorbides[26-28]. De même, le fait de ne pas traiter l'insomnie en présence d'un trouble mental comorbide peut entraîner une faible réponse à la pharmacothérapie et à la psychothérapie administrées pour l'autre trouble[29-31]. Lorsqu'on considère les options thérapeutiques pour les personnes souffrant d'insomnie, il est important d'évaluer la présence éventuelle de problèmes d'humeur coexistants et de prendre en charge le cas échéant. Cependant, il est faux de présumer que la présence de problèmes d'humeur signifie qu'il s'agit nécessairement d'un trouble de l'humeur. Haponik et ses collaborateurs[3] ont constaté que seulement 28 % des personnes ayant reçu un diagnostic de TDM souffraient réellement d'un trouble de l'humeur identifiable. Les autres souffraient d'insomnie (non traitée).

Troubles cognitifs et tendance à faire des erreurs

Les troubles cognitifs sont un autre symptôme fréquent de l'insomnie[32]. Les critères diagnostiques de recherche du groupe de travail de l'*American Academy of Sleep Medicine*[12] pour l'insomnie incluent des symptômes cognitifs, tels que « les problèmes d'attention, de mémoire et de concentration ainsi que la tendance à faire des erreurs ». La sévérité de ces symptômes cognitifs est positivement corrélée au degré d'insomnie[21,33]. Une étude qualitative réalisée par Kyle et ses collaborateurs[8] a révélé que les personnes souffrant d'insomnie se plaignaient qu'elles se sentaient incapables d'exécuter les tâches de la vie quotidienne nécessitant de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Un thème qui revenait constamment était celui d'avoir à relire ou à refaire les tâches, ou de faire des erreurs qui variaient de mineures (p. ex. un patient a indiqué la date de naissance de son enfant sur le formulaire de l'étude et non sa propre date de naissance) à majeures (p. ex. le fait d'éviter de justesse un accident automobile).

Bien que la littérature appuie clairement l'existence d'un lien entre les troubles cognitifs et le sommeil sur le plan subjectif, celle-ci est plûtot partagée en ce qui concerne la vérification

objective d'un tel lien. En fait, la plupart des études ne corroborent pas les déficits cognitifs rapportés subjectivement[17,34-36]. Certaines études rapportent même que l'insomnie aurait des avantages sur le plan cognitif, incluant une vigilance accrue[34]. Il est difficile d'expliquer de tels écarts. La validité externe pourrait être un facteur, c'est-à-dire que les tests effectués en laboratoire peuvent ne pas fournir un tableau précis du fonctionnement cognitif quotidien réel. Un autre élément possible dans la préservation du fonctionnement cognitif est le temps total de sommeil (i.e. la durée du sommeil). Malgré leurs difficultés à initier ou à maintenir le sommeil ou un sommeil de mauvaise qualité, il est fréquent que les personnes souffrant d'insomnie n'obtiennent pas des valeurs au-dessous des normes pour les adultes. Comparativement aux témoins ayant un temps total de sommeil similaire (> 6 heures), les personnes souffrant d'insomnie ne montrent aucune différence dans les tâches cognitives, contrairement à celles qui dorment moins de 6 heures par nuit qui montrent une incapacité relative dans la performance des tâches faisant appel aux fonctions exécutives[15]. Il a également été démontré que les personnes dont le sommeil a été de courte durée ont des difficultés à déplacer leur attention lorsque les exigences de la tâche changent, et qu'elles traitent les informations moins rapidement. Une autre explication plausible est que les personnes souffrant d'insomnie deviennent aptes à gérer les déficits cognitifs en raison de l'excitation corticale accrue associée à l'insomnie[35-38]. Cependant, ces personnes ont conscience de l'effort accru nécessaire pour maintenir un fonctionnement cognitif normal[39-41]. La conscience de devoir faire un effort supplémentaire peut amoindrir les ressources cognitives[42], un effet qui peut donc également être d'origine cognitive[43].

Autres déficits fonctionnels

L'insomnie est également associée à un taux accru d'absentéisme et d'erreurs au travail. Dans l'importante étude canadienne (n = 948) menée par Daley et ses collaborateurs[7], l'absentéisme au travail chez les individus souffrant du syndrome d'insomnie (i.e. davantage que de simples symptômes) était 3,4 fois supérieur (19,9 *vs* 5,9 heures; $p < 0,05$) comparativement aux bons dormeurs. De même, la perte moyenne d'heures en raison d'une productivité réduite dans le groupe souffrant du syndrome d'insomnie était 4,9 fois plus élevée (97,7 *vs* 20,0 heures; $p < 0,05$) que celle rapportée chez les bons dormeurs. Des résultats similaires ont été rapportés dans plusieurs autres études épidémiologiques comportant d'importantes tailles échantillonnales[10,44]. La perte de sommeil a également été impliquée dans les comportements à l'éthique douteuse au travail[45]. Il est possible que certains des problèmes cognitifs rapportés dans l'insomnie puissent expliquer les problèmes professionnels, tels que les accidents non liés à la conduite automobile, les erreurs au travail et la prise de décisions inadéquates dans des situations éthiques. Les activités professionnelles nécessitent souvent la maîtrise des fonctions exécutives pour la réalisation de tâches souvent complexes, telles que la prise de décisions, l'anticipation de l'impact de décisions, la résolution de problèmes, le maintien d'une attention soutenue dans l'exécution d'une tâche, le déplacement de l'attention sur une autre tâche et le maintien d'informations en mémoire de travail tout en réalisant une tâche concurrente (p. ex. se rappeler un chiffre tout en faisant un calcul avec un autre chiffre). Ces dernières sont des tâches cognitives pouvant toutes être altérées chez les personnes souffrant d'insomnie. En effet, tous les processus nécessaires pour une performance optimale au travail sont associés à un certain degré d'incapacité dans l'insomnie[46]. De plus, à mesure que l'on vieillit, on peut s'attendre à de moins bonnes performances dans la réalisation de tâches complexes : les personnes âgées souffrant d'insomnie ont plus de difficultés à réaliser des tâches complexes, telles que détecter des stimuli cibles difficiles à distinguer sur un écran d'ordinateur et répondre à l'aide d'un clavier (p. ex. répondre à un point « d » sur l'écran, mais inhiber la réponse à un point « b ») que des tâches simples (p. ex. détecter l'apparition d'un « x » sur l'écran)[47]. Il est intéressant de noter que lorsque l'insomnie est traitée au moyen d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ces déficits disparaissent.

Ces difficultés au travail éprouvées par les patients qui souffrent d'insomnie sont généralement aggravées par les autres problèmes liés à l'insomnie mentionnés précédemment, soient la fatigue et les troubles de l'humeur.

Résolution du problème

La réponse évidente, mais trop souvent ignorée, aux problèmes de performance associés à l'insomnie est de traiter efficacement cette dernière. Le traitement de première ligne recommandée pour l'insomnie chronique est la TCC[48], telle que décrite plus en détail dans un numéro précédent d'*Insomnie – Conférences scientifiques*[49]. Les traitements à court terme basés sur des données probantes incluent également la pharmacothérapie, à savoir les benzodiazépines et les sédatifs-hypnotiques non benzodiazépiniques[50,51]. Il existe des données sur la TCC de très courte durée administrée dans un contexte médical, incluant un protocole à une seule séance de courte durée de thérapie comportementale de l'insomnie[52] et un protocole incluant deux séances de 25 minutes de TCC en contexte de soins de première ligne[53].

Les composantes suivantes sont des composantes clés de la thérapie comportementale de l'insomnie de courte durée et de la TCC de l'insomnie.

Restriction du temps de sommeil

La restriction du sommeil augmente le besoin de sommeil profond[54] et entraîne l'organisme à être plus efficace dans la production de sommeil. Restreignez le temps alloué au sommeil à 30 minutes de plus que le temps total moyen de sommeil. Par exemple, demandez à votre patient de noter chaque matin son temps de sommeil dans un agenda du sommeil[55] (Annexe) et calculez le temps moyen de sommeil pendant la période de surveillance. Si l'agenda du sommeil révèle que le patient dort en moyenne 6 h 30 sur une période de 2 semaines, le temps qu'il doit passer au lit est fixé à 7 heures, quel que soit son temps de sommeil pendant une nuit donnée[56]. Lorsque l'efficacité du sommeil (i.e. le temps passé à dormir divisé par le temps passé au lit) devient élevée (≥ 90 %), le temps passé au lit peut être rallongé de 15 minutes par semaine, jusqu'à ce que l'efficacité du sommeil soit d'environ 85 %. Il est important que ce temps programmé au lit soit à peu près le même chaque nuit. Afin de déterminer l'heure du coucher, suivez les étapes de contrôle des stimuli ci-dessous.

Contrôle des stimuli

Renforcez le lien entre le lit et le sommeil grâce au contrôle des stimuli[57]. Pour renforcer cette association, il existe 5 règles principales :

1. Se mettre au lit uniquement lorsqu'on ressent le besoin de dormir ou lorsqu'on en est proche
2. Se lever à la même heure tous les jours
3. Ne pas dormir en dehors de l'horaire de sommeil établi ci-dessus; i.e. ne pas faire la sieste, ne pas faire la grâce matinée et ne pas se coucher plus tôt

Annexe : Instructions relatives à l'agenda du sommeil[a]

Instructions générales

Qu'est-ce qu'un agenda du sommeil? Un agenda du sommeil est con u pour recueillir des informations sur votre patron de sommeil quotidien.

À quelle fréquence et quand est-ce que je remplis l'agenda du sommeil? Vous devez remplir votre agenda du sommeil quotidiennement. Si possible, l agenda du sommeil doit tre rempli dans un d lai d une heure apr s que vous vous soyez lev le matin.

Que dois-je faire si j'oublie de le remplir un jour? Si vous oubliez de le remplir ou si vous ne pouvez pas finir de le remplir, laissez-le en blanc pour ce jour-l .

Que dois-je faire si un événement inhabituel affecte mon sommeil ou la façon dont je me sens pendant la journée? Si votre sommeil ou votre fonctionnement diurne est affect par un v nement inhabituel (tel qu une maladie ou une urgence), vous pouvez le mention ner bri vement dans votre agenda du sommeil.

Que signifient les termes « lit » et « journée » dans votre agenda du sommeil? Cet agenda du sommeil peut tre utilis par des personnes qui sont veill es ou endormies des heures inhabituelles. Dans l agenda du sommeil, le terme ˙ journ e ¨ est le moment o vous choisissez d tre veill ou vous devez l tre. Le terme ˙ lit ¨ est l endroit o vous avez l habitude de dormir.

Est-ce que le fait de répondre à ces questions sur mon sommeil me gardera éveillé? Ce n est g n ralement pas un probl me. Ne craignez pas d indiquer des r ponses qui ne sont pas tout fait exactes et ne regardez pas l horloge. Il vous suffit de donner la meilleure estimation possible.

Instructions sur les points de l'agenda du sommeil

Utilisez le guide ci-dessous pour clarifier ce que l on vous demande pour chaque point de l agenda du sommeil.

Date : crivez la date du matin o vous remplissez l agenda.

Exemple

Nom : _____

Date d aujourd hui	4. 5. 201							
1. ¸ quelle heure tes-vo all (e) vous coucher ?	22h15							
2. ¸ quelle heure avez-vo essay de vous endormi	23h30							
3. Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous	55 min							
4. Combien de fois vous tes-vous r veill (e), compter votre dernier	3 fois							
5. Au total, combien de temps ces r veils ont-	1 heure 10 min							
6. ¸ quelle heure vous t vous nalement r veill	6h35							
7. ¸ quelle heure vous t vous lev (e) pour la	7h20							
8. Comment valueriez-vous la qualit de vot sommeil ?	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez	❑ Tr s mauvaise ❑? Mauvaise ❑? Assez
9. Commentaires (si appli able)	J ai un rhume							

[a] La permission d utiliser l agenda du sommeil consensuel est limit e un usage clinique uniquement. Son utilisation dans le cadre de la recherche n cessite la permission du premier auteur.

4. Ne pas se coucher ou rester au lit si l'on ne ressent pas le besoin de dormir; se lever lorsque l'on ne peut pas dormir et ne retourner au lit que lorsque la somnolence se fait sentir
5. Réserver le lit uniquement au sommeil; i.e. ne pas faire des activités au lit que l'on fait lorsque l'on est éveillé.

Les règles ci-dessus sont un exemple de conditionnement (pour obtenir une description détaillée, voir l'article d'Edinger et ses collaborateurs[56]). L'heure de lever est fixée pour tous les jours de la semaine. L'heure de lever peut être utilisée pour fixer le temps prescrit au lit d'après le point 1. En utilisant l'exemple ci-dessus, déterminez l'heure à laquelle le patient réglera l'alarme de son réveil tous les jours (c'est souvent l'heure à laquelle il doit se lever pour aller au travail pendant la semaine). En comptant à rebours 7 heures à partir de cette heure, on obtient l'heure de coucher la plus précoce prescrite. Si le patient n'a pas sommeil à cette heure-ci, il ne devra pas aller au lit avant de ressentir des signes de somnolence.

Éviter la caféine

Enfin, il est important que le patient ne consomme pas de caféine de façon excessive pour gérer son insomnie durant la journée. La caféine interfère avec l'adénosine, qui est impliquée dans la production d'un besoin adéquat de sommeil profond. De plus, la caféine engendre ultérieurement de la fatigue en raison des symptômes de sevrage. La caféine, comme l'alcool, la marijuana ou la cigarette, entraîne des troubles du sommeil si on la consomme quelques heures avant le coucher. On recommande donc d'éliminer ces substances ou de ne pas les utiliser 3 à 4 heures avant le coucher.

Pour obtenir une description plus détaillée de ces traitements, voir les articles de Buysse[52] ou d'Edinger[53]. Il existe également des manuels complets sur la TCC de l'insomnie (TCC-I)[56] et des données indiquant que des protocoles complets de 2 à 4 séances de TCC-I peuvent être administrés sans formation sur le sommeil ou la santé mentale[56-61] . De plus, il existe des manuels d'auto-apprentissage de la TCC-I[56,62,63] et il a été démontré que ce format peut être efficace ainsi que les forums en ligne tels que htpp://www.sleepio.com[65].

Conclusion

L'insomnie est associée à une multitude de problèmes liés à la performance et à des coûts personnels et financiers importants. Elle est clairement associée à l'humeur, la fatigue et la qualité de vie. Le lien avec la performance à des tâches mentales et physiques est moins évident, sauf lorsque la durée du sommeil est inférieure aux normes établies pour les adultes (p. ex. < 6 heures). Même dans les cas ne présentant pas d'atteinte neuropsychologique évidente, il existe un consensus sur le fait que les individus souffrant d'insomnie doivent faire davantage d'efforts pour effectuer leurs tâches. Ainsi, il est particulièrement difficile pour ces individus de faire appel à des ressources supplémentaires, étant donné le degré de fatigue qu'ils ressentent généralement.

La prise en charge du patient souffrant d'insomnie nécessite de parvenir à un équilibre délicat entre la dramatisation des conséquences de l'insomnie qui augmente l'anxiété (p. ex. « je vais mourir si je ne remédie pas à mon insomnie! ») et aggrave les symptômes d'insomnie, et la reconnaissance que l'insomnie est associée à un stress physique et émotionnel important pour l'organisme. Il est également nécessaire d'encourager la gestion d'une fatigue saine qui facilite plutôt que diffuse le besoin de sommeil, c'est-à-dire de se reposer sans s'assoupir ou faire la sieste ou sans trop réduire ses activités sur une période de 24 heures. Le message évident à retenir en ce qui concerne l'insomnie est de la prendre en charge au moyen de traitements s'appuyant sur des données probantes. Dans le cas d'une insomnie chronique, la TCC est le traitement de premier recours. Dans l'insomnie ponctuelle ou lorsque l'on n'a pas facilement accès à la TCC, une pharmacothérapie efficace devrait être administrée.

*La **D**re **Carney** est professeure agrégée et directrice du laboratoire du sommeil et de la dépression à l'Université Ryerson, Toronto, Ontario.*

Références

1. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. Prévalence de l'insomnie et de son traitement au Canada. *Can J Psychiatry.* 2011;56(9):540-548.
2. Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract.* 2002;51(3):229-235.
3. Haponik E, Frye A, Richards B, et al. Sleep history is neglected diagnostic information. *J Gen Intern Med.* 1996;11(12):759-761.
4. Krupinski J, Tiller JW. The identification and treatment of depression by general practitioners. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001; 35(6):827-832.
5. Nowell PD, Buysse DJ, Reynolds CJI, et al. Clinical factors contributing to the differential diagnosis of primary insomnia and insomnia related to mental disorders. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(10):1412-1416.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e édition. Washington (D.-C.): American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep.* 2009;32(1):55-64.
8. Kyle SD, Espie CA, Morgan K. "… Not just a minor thing, it is something major, which stops you from functioning daily": quality of life and daytime functioning in insomnia. *Behav Sleep Med.* 2010;8(3):123-140.
9. Hatoum HT, Kong SX, Kania CM, Wong JM, Mendelson WB. Insomnia, health-related quality of life and healthcare resource consumption: A study of managed care organisation enrollees. *Pharmacoeconomics.* 1998;14(6):629-637.
10. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep.* 2002;25(6): 621-625.
11. Carney CE, Edinger JD. Identifying critical dysfunctional beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep.* 2006;29(4):440-453.
12. Edinger JD, Bonnet M, Bootzin RR, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report on an American Academy of Sleep Medicine work group. *Sleep.* 2004;27(8):1567-1596.
13. Hossain JL, Ahmad P, Reinish RW, Kayumov L, Hossain NK, Shapiro CM. Subjective fatigue and subjective sleepiness: two independent consequences of sleep disorders? *J Sleep Res.* 2005;14(3):245-253.
14. Harris AL, Carney CE. Can we modify maladaptive attributions for fatigue? *Cogn Behav Ther.* 2012;41(1):40-50.
15. Fernandez-Mendoza J, Calhoun S, Bixler EO, et al. Insomnia with objective short sleep duration is associated with deficits in neuropsychological performance: a general population study. *Sleep.* 2010;33(4):459-465.
16. Bonnet MH, Arand DL. Insomnia-nocturnal sleep disruption-daytime fatigue: the consequences of a week of insomnia. *Sleep.* 1996;19(6):453-461.
17. Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia. *Sleep Med Rev.* 1997;1(2):97-108.
18. Carney CE, Moss TG, Lachowski AM, Atwood ME. Understanding mental and physical fatigue complaints in those with depression and insomnia. *Behav Sleep Med.* In press.
19. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *Lancet.* 2004; 363(9413):978-988.
20. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002;40(8): 869-893.

21. Buysse DJ, Thompson W, Scott J, et al. Daytime symptoms in primary insomnia: a prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep Med.* 2007;8(3):198-208.
22. Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bayen UJ. Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. *Psychol Aging.* 2001;16(2):264-271.
23. Moul DE, Nofzinger EA, Pilkonis PA, Houck PR, Mielwald JM, Buysse DJ. Symptom reports in severe chronic insomnia. *J Sleep Res.* 2002; 25(5):548-558.
24. Ford D, Kamerow D. Epidemiologic study of sleep disturbances in psychiatric disorders. *JAMA.* 1989;262(11):1479-1484.
25. Fleming J. Les troubles psychiatriques et l'insomnie : rompre le cercle vicieux. *Insomnie – Conférences scientifiques*. 2013;2(1):1-6.
26. Morawetz D. Depression and insomnia: What comes first? *Australian Journal of Counselling Psychology.* 2001;3:19-24.
27. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep.* 2008; 31(4):489-495.
28. Fava M, McCall VW, Krystal AD, et al. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia co-existing with major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 2006;59(11):1052-1060.
29. Thase ME, Buysse DJ, Frank E, Cherry CR, Cornes CL, Mallinger AG. Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *Am J Psychiatry.* 1997;154(4):502-509.
30. Buysse DJ, Tu XM, Cherry CR, et al. Pretreatment REM sleep and subjective sleep quality distinguish depressed psychotherapy remitters and nonremitters. *Biol Psychiatry.* 1999;45(2):205-213.
31. Carney CE, Edinger JD, Manber R, Garson CS, Segal ZV. Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance. *J Psychosom Res.* 2007;62(2):179-188.
32. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*, 2e édition (ICSD-2). Chicago (IL): International Classification of Sleep Disorders Steering Committee (Hauri PJ – Directeur); 2005.
33. Carey TJ, Moul DE, Pilkonis P, Germain A, Buysse DJ. Focusing on the experience of insomnia. *Behav Sleep Med.* 2005;3(2):73-86.
34. Seidel WF, Ball S, Cohen S, Patterson N, Yost D, Dement WC. Daytime alertness in relation to mood, performance, and nocturnal sleep in chronic insomniacs and noncomplaining sleepers. *Sleep.* 1984;7(3):230-238.
35. Carney CE, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, et coll. An update from the Sleep Log Standardization Workgroup. Présenté à la 22e réunion annuelle des Associated Professional Sleep Societies. Baltimore (MD): 7 à 12 juin 2008.
36. Krystal A, Edinger JD, Wohlgemuth WK, Marsh GR. NREM sleep EEG frequency spectral correlates of sleep complaints in primary insomnia subtypes. *Sleep.* 2002;25(6):626-636.
37. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2126-2128.
38. Perlis M, Giles D, Mendelson W, Bootzin R, Wyatt J. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res.* 1997;6(3):179-188.
39. Espie CA. Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu Rev Psychol.* 2002;53: 215-243.
40. Orff HJ, Drummond SP, Nowakowski S, Perlis ML. Discrepancy between subjective symptomology and objective neuropsychological performance in insomnia. *Sleep.* 2007;30(9):1205-1211.
41. Schmidt RE, Richter M, Gendolla GHE, Van Der Linden M. Young poor sleepers mobilize extra effort in an easy memory task: evidence from cardiovascular measures. *J Sleep Res.* 2010;19(3):487-495.
42. Varkevisser M, Van Dongen HP, Van Amsterdam JG, Kerkhof GA. Chronic insomnia and daytime functioning: an ambulatory assessment. *Behav Sleep Med.* 2007;5(4):279-296.
43. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KMA, Macphee LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: A theoretical review. *Sleep Med Rev.* 2006; 10(4):215-245.
44. Linton SJ, Bryngelsson L. Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. *J Occup Rehabil.* 2000;10(2):169-183.
45. Barnes CM, Schaubroeck J, Huth M, Ghumman S. Lack of sleep and unethical conduct. *Organ Behav Hum Decis Process.* 2011;115:169-180.
46. Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2012;16(1):83-94.
47. Altena E, Van Der Werf YD, Strijers RLM, Van Someren EJW. Sleep loss affects vigilance: effects of chronic insomnia and sleep therapy. *J Sleep Res.* 2008;17(3): 335-343.
48. National Institutes of Health State of the Science Conference Statement. Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Sleep.* 2005;28(9): 1049-1057.
49. Davidson JR. Traiter l'insomnie chronique en médecine familiale – Identification et prise en charge précoces. *Insomnie – Conférences scientifiques*. 2012;1(3):1-6.
50. Roth T, Roehrs T. Pharmacotherapy for insomnia. *Sleep Med Clin.* 2010;5(4): 529-539.
51. MacFarlane J. Prendre le contrôle de l'insomnie aiguë – rétablir des habitudes de sommeil saines. *Insomnie – Conférences scientifiques*. 2012;1(2):1-6.
52. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171(10):887-895.
53. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep.* 2003;26(2):177-182.
54. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep.* 1987;10(1):45-55.
55. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, et al. The Consensus Sleep Diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep.* 2012;35(2):287-302.
56. Edinger JD, Carney CE. *Overcoming Insomnia: A Cognitive Behavior Therapy Approach Therapist Guide*. New York (NY): Oxford University Press; 2008.
57. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the 80th Annual Meeting of the American Psychological Association.* 1972;7:395-396.
58. Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. *Can Fam Phys.* 1998;44:73-79.
59. 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.
60. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly H, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep.* 2007;30(5):574-584.
61. Richardson GS. Managing insomnia in the primary care setting: raising issues. *Sleep.* 2000;23(Suppl. 1):S9-S12.
62. Carney CE, Manber R. *Quiet Your Mind and Get to Sleep: Solutions to Insomnia for Those with Depression, Anxiety and Chronic Pain*. Oakland (CA): New Harbinger; 2009.
63. Davidson JR. *Sink into Sleep: A Step-by-step Workbook for Reversing Insomnia*. New York (NY): Demos Health; 2012.
64. Mimeault V, Morin CM. Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(4):511-519.
65. 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):769-781.

Divulgation : *La Dre Carney a déclaré qu'elle n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.*

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Insomnie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Insomnie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

La version française a été révisée par la Dre Lynda Bélanger.

Cette activité est appuyée par un don à but éducatif offert par

Meda Valeant Pharma Canada Inc.

©2013 La Société canadienne du sommeil, qui est exclusivement responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : **SNELL Communication Médicale Inc.** avec la collaboration de la Société canadienne du sommeil. Tout recours à un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Insomnie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques reconnus au Canada. **SNELL Communication Médicale Inc.** se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.