

Références

- [1] Campbell SS. Duration and Placement of Sleep in a "Disentrained" Environment. *Psychophysiology* 1984; 21(1) : 106–13.
- [2] Wong PM, Hasler BP, Kamarck TW, et al. Social Jetlag, Chronotype, and Cardiometabolic Risk. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100(12) : 4612–20.
- [3] Foster RG, Peirson SN, Wulff K, et al. Sleep and Circadian Rhythm Disruption in Social Jetlag and Mental Illness. *Prog Mol Biol Transl Sci* 2013; 119 : 325–46.
- [4] Selmaoui B, Touitou Y. Reproducibility of the circadian rhythms of serum cortisol and melatonin in healthy subjects : A study of three different 24-h cycles over six weeks. *Life Sci* 2003; 73(26) : 3339–49.
- [5] Tosini G, Ferguson I, Tsubota K. Effects of blue light on the circadian system and eye physiology. *Mol Vis* 2016; 22 : 61–72.
- [6] Wever RA. The circadian system of Man. Results of experiments under temporal isolation. New York : Springer-Verlag; 1979. P. 120–7.
- [7] Chennaoui M, Gomez-Merino D, Arnal P, et al. Sommeil et exercice physique : y a-t-il interrelation? *Médecine du Sommeil* 2015; 12(4) : 169–80.
- [8] Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health : updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 : 1081–93.
- [9] Buxton OM, Lee CW, L'Hermite-Balériaux M, et al. Exercise elicits phase shifts and acute alterations of melatonin that vary with circadian phase. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2003; 284(3) : R714–24.
- [10] Wever RA. The circadian system of Man. Results of experiments under temporal isolation. New York : Springer-Verlag; 1979. P. 114–9.
- [11] Miyazaki T, Hashimoto S, Masubuchi S, et al. Phase-advance shifts of human circadian pacemaker are accelerated by daytime physical exercise. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2001; 281 : R197–205.
- [12] Ramsey KM, Bass J. Obeying the clock yields benefits for metabolism. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2009; 106(11) : 4069–70.
- [13] Scheer FA, Hilton MF, Mantzoros CS, et al. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2009; 106(11) : 4453–8.
- [14] Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instructions. In : Hauri P, editor. Case studies in insomnia. New York : Plenum Press; 1991. p. 19–28.

6.2. Restriction du temps passé au lit

S. Royant-Parola

Nous avons vu (*cf.* § Restructurer les comportements et les rythmes) que l'insomniaque passe un temps anormalement long au lit. Il se couche souvent tôt, traîne au lit le matin, et pourtant il dit ne dormir que quelques heures. Proposée par Spielman [1] dès 1987 la technique consiste à réduire le temps passé au lit pour le faire coïncider le plus possible avec le temps de sommeil. Le patient tient un agenda de ses horaires de sommeil sur 15 jours minimum. On calcule ainsi l'efficacité subjective de son sommeil (ES) en faisant le rapport du temps de sommeil total sur le temps passé au lit multiplié par 100. Le but est d'obtenir un index supérieur à 85 %. Il s'agit de déterminer avec le patient « la fenêtre » de temps passée au lit.

Consignes pour la restriction du temps passé au lit

- Après avoir calculé le temps de sommeil sur un agenda tenu pendant au moins 15 jours, on calcule le temps moyen de sommeil. Si la personne pense avoir dormi « x » heures, on lui accorde un temps passé au lit égal à cette durée.
- La restriction se fait en retardant l'heure du coucher, tout en maintenant une heure de lever constante.
- Le temps passé au lit ne doit jamais descendre au-dessous de 5 heures.
- Dans le cas où l'efficacité du sommeil ne s'améliore pas au bout de 10 jours, le temps passé au lit est réduit de 15 minutes supplémentaires, sans jamais aller en deçà de 5 heures (fig. 6.1).

Prise en charge de l'insomnie

- Lorsque l'efficacité du sommeil calculée sur l'agenda s'améliore à 85 % et reste stable d'un jour à l'autre, le temps passé au lit peut-être augmenté de 15 minutes, en permettant au patient d'aller se coucher 15 minutes plus tôt.
 - Les siestes sont interdites.
- Les instructions précédentes sont maintenues jusqu'à ce que le patient atteigne une efficacité de 85 % ou plus, ainsi qu'une sensa-

tion de bonne qualité de la journée. C'est une technique efficace mais difficile au début car il y a une privation de sommeil nette [2] avec des conséquences sur la vigilance qui se traduit par une somnolence diurne (fig. 6.2). En début de traitement, il peut y avoir nécessité de faire un arrêt de travail de quelques jours pour éviter les inconvénients et la dangerosité de la somnolence.

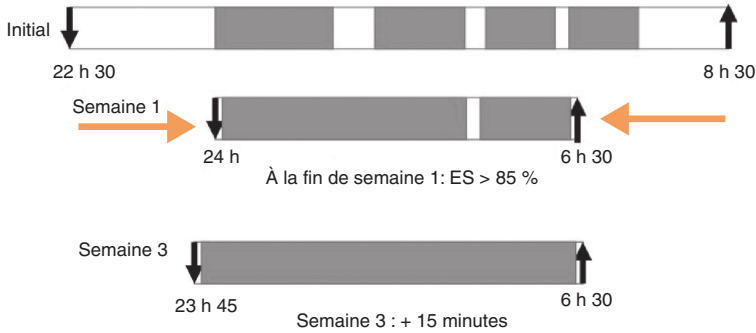




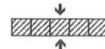

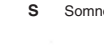

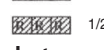
Figure 6.1. Représentation des étapes habituelles de la restriction du temps passé au lit.

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES																		Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES
	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	QUALITÉ DU SOMMEIL	QUALITÉ DU REVEIL	FORME DE LA JOURNÉE						
Nuit du ... au ... Exemple :																						
Vend. 29 au 30 Janv	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	TM	Moy	
19 / 11 / 2016	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	Moy	Moy	
20 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	Moy	Moy	
21 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	TM	Moy	Moy	
22 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	Moy	Moy	
23 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	Moy	Moy	
24 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	M	Moy	Moy	
25 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Moy	Moy	M	
26 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Moy	Moy	M	
27 / 11	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	B	Moy	TM	
28 / 11	SS	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	B	Moy	M	
29 / 11	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	B	Moy	Moy	
30 / 11	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	B	Moy	TM	
1 / 12	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Moy	Moy	Moy	
2 / 12																						
3 / 12																						
4 / 12																						

Légende :

-  heure de mise au lit
-  long réveil
-  Somnolence dans la journée
-  sieste ou sieste
-  1/2 sommeil

↑ heure du lever

Figure 6.2. Un exemple de restriction du temps passé au lit sur un agenda du sommeil. Le premier paramètre qui s'améliore est la perception d'un sommeil plus satisfaisant.

Cette technique est rapidement efficace, elle est recommandée par l'AASM [3]. Elle agit de façon très nette sur la latence d'endormissement et augmente l'efficacité du sommeil [4, 5]. Son action passerait par une augmentation de la pression de sommeil et donc entraînerait une correction de l'hyperéveil nocturne [6]. La régularisation et la stabilisation de l'horaire du lever contribuent aussi à jouer sur la rythmicité circadienne en renforçant la synchronisation des rythmes.

Technique flash

Plus facile à expliquer et laissant plus de temps pour travailler avec le patient sur d'autres aspects de son sommeil, il est possible de simplifier les consignes de restriction du temps passé au lit en commençant par définir avec lui une fenêtre de 6 heures entre le coucher et le lever. La consigne est simple : « Nous allons travailler sur une technique de restriction du temps passé au lit pour augmenter votre pression de sommeil et mobiliser vos somnifères naturels. Vous allez choisir une période de 6 heures où vous aurez la possibilité de vous coucher dans votre lit. En dehors de cette période, vous ferez toutes les activités qui vous plaisent, dans une autre pièce que votre chambre, en évitant les écrans d'ordinateurs, le téléphone portable et les tablettes une heure avant le coucher et en respectant les consignes du bien dormir. Vous ne devez pas somnoler ou vous endormir en faisant cette activité. Si c'est le cas il faut bouger, changer d'activité, pour tenir éveillé jusqu'à l'horaire indiqué. Vous allez choisir la fenêtre de temps passé que vous souhaitez : 23 h–5 h, minuit–6 h, ou 1 h–7 h. Les quinze premiers jours seront difficiles car vous risquez d'être somnolent dans la journée. Ne consommez pas de café pour lutter contre la somnolence. Vous pouvez faire une sieste brève de 20 minutes. Quand votre sommeil sera stabilisé, nous augmenterons progressivement le temps passé au lit. »

Limitations rencontrées

Cette technique de restriction demande beaucoup de conviction de la part du thérapeute, et la principale difficulté rencontrée est liée à la com-

pliance du patient. Il faut en effet le convaincre, d'essayer, et surtout de continuer avec des horaires qui sont vécus dans un premier temps comme très contraignants. Ce type de consigne est plus facile en groupe car il y aura toujours des participants qui vont appliquer la consigne et revenir avec un témoignage positif qui est beaucoup plus efficace que le discours médical.

Autre limitation rencontrée, le patient très anxieux du fait des consignes et qui réagit avec une augmentation de l'hyperactivation nocturne. Cette technique est alors trop rigide pour être maintenue et il faut lui proposer une autre approche (contrôle du stimulus, et travail cognitif).

Les mots pour convaincre

- *Explicatif* : l'objectif n'est pas de dormir longtemps mais de façon plus efficace.
- *Rassurant* : la restriction du temps de sommeil est une étape temporaire.
- *Un brin provocateur* : vous dites que cela fait des années que vous restez au lit pour vous reposer ? Et ça marche ?

Commentaire des éditeurs

La technique de restriction du temps passé au lit paraît très facile à mettre en œuvre, en réalité elle est complexe car elle mobilise d'emblée un changement de comportement drastique et implique une remise en question importante des croyances de l'insomniaque. Le thérapeute doit être convaincant et suffisamment rassurant pour que le patient s'approprie cette consigne qui est aux antipodes de son ressenti.

Références

- [1] Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987; 10 : 45–56.
- [2] Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, et al. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance : implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep* 2014; 37(2) : 229–37.
- [3] Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia : An update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep* 2006; 29(11) : 1415–9.

- [4] Morin CM, Culbert J, Schwartz M. Nonpharmacological interventions for insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8) : 1172-80.
- [5] Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(1) : 5-11.
- [6] Miller CB, Kyle SD, Gordon CJ, et al. Physiological Markers of Arousal Change with Psychological Treatment for Insomnia : A Preliminary Investigation. *PLoS One* 2015; 10(12). e0145317.

6.3. Modifications des cognitions

A. Brion

Le sujet qui souffre d'insomnie exprime des inquiétudes portant sur son sommeil et les difficultés en journée liées à ce mauvais sommeil. Le traitement de ces aspects cognitifs de l'insomnie chronique est habituellement intégré dans le programme global du traitement de l'insomnie, et une séance est consacrée à la restructuration cognitive, c'est-à-dire à la réévaluation d'un certain nombre de ces pensées associées au problème [1]. La thérapie cognitive seule n'est pas recommandée pour le traitement de l'insomnie, faute d'une évaluation suffisante des modèles et protocoles utilisés [2]. La thérapie s'appuie principalement sur le modèle neurocognitif de l'insomnie chronique qui postule un *hyperéveil* cognitif à côté de ses autres expressions, physiologique et comportementale; cette vigilance est focalisée sur le mauvais sommeil et ses conséquences en journée et s'exprime par des pensées inquiètes selon un système d'interprétation qui devient un élément d'entretien de l'insomnie [3]. Le modèle de l'inhibition psychobiologique de l'insomnie (inhibition de l'automatisme des processus de régulation du sommeil) est également utilisé, avec une thérapie qui se centre sur le *syndrome de l'effort à dormir* et la triade *attention-intension-effort* [4]. Il est possible de proposer des interventions qui intègrent un ensemble d'interventions sur les aspects cognitifs dysfonctionnels portant aussi bien sur le vécu du sommeil que sur celui de la veille la journée [5].

Le choix des stratégies cognitives se fait selon l'analyse fonctionnelle de l'insomnie.

Analyse fonctionnelle des aspects cognitifs

Plusieurs outils sont à disposition : un repérage des cognitions à travers l'analyse de l'agenda du sommeil est possible dès le début de la prise en

charge; le questionnaire de Morin portant sur les croyances et attitudes sur le sommeil (CAS) donne un complément et précise la nature dysfonctionnelle des pensées; si l'aspect cognitif de la thérapie doit être développé, un relevé des pensées selon la méthode dite des *colonnes de Beck* est proposé.

Repérage des pensées avec l'agenda du sommeil

Commenter l'agenda du sommeil permet un relevé des pensées associées aux difficultés de sommeil, les inquiétudes, et la logique cognitive selon laquelle des contre-mesures se sont mises en place : « quand je me mets au lit, je me dis que je ne vais pas dormir », « j'ai peur de ne pas dormir », « je me couche tôt car je dois absolument dormir », « je reste au lit avec la lumière et j'essaie de retrouver le sommeil », « j'essaie de me rendormir », « je me dis que je ne tiendrai pas demain », « la journée sera épouvantable ».

Ces pensées expriment une attention portée sélectivement sur le sommeil, une anxiété associée au sentiment de manque de contrôle des mécanismes du sommeil, et une anxiété de performance aussi bien à l'égard du sommeil que du vécu de la journée. Cet hyperéveil cognitif est majoré par l'intention de dormir et les efforts faits en ce sens. Les aspects fonctionnels du mode de pensée sont discutés avec le patient, notamment leur part dans l'entretien de l'insomnie (hypervigilance accrue, contre-mesures dysfonctionnelles). De plus, en appliquant les consignes comportementales de restriction du temps passé au lit, le patient fait l'expérience d'un vécu différent de celui qui lui est familier. À travers cette nouvelle expérience il procède à une réévaluation