

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Sylvain DAGNEAUX

Prendre en charge l'insomnie par les TCC

2^e édition

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2021
 (Dunod, 2016 pour la première édition)
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080019-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Introduction.....	8
Que savez-vous sur le sommeil ?.....	11
PARTIE 1 Ce que le thérapeute doit savoir sur le sommeil et l'insomnie.....	12
Chapitre 1 – Connaître et comprendre le sommeil.....	16
1 QU'EST-CE QUE LE SOMMEIL ?.....	18
Définition.....	18
L'architecture et les stades de sommeil.....	21
Les différentes typologies de dormeurs.....	25
2 LE SOMMEIL ET LA VEILLE : MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES.....	32
Le sommeil et la veille.....	32
La régulation des mécanismes du sommeil.....	32
3 LE SOMMEIL ET NOTRE QUOTIDIEN.....	42
Le sommeil et la température.....	42
L'alimentation, le sommeil et la veille.....	43
Le sommeil et le bruit.....	48
Chapitre 2 – Comprendre l'insomnie.....	50
1 CONNAÎTRE LES PATHOLOGIES DU SOMMEIL.....	52
Les insomnies.....	53
Les hypersomnies d'origine centrale.....	55
Les troubles respiratoires.....	56
Les troubles circadiens du rythme veille-sommeil.....	58
Les parasomnies.....	60
Le syndrome des jambes sans repos.....	63
2 LES MODÈLES EXPLICATIFS DE L'INSOMNIE.....	63
Évolution des critères diagnostiques de l'insomnie.....	63
Le modèle d'installation de l'insomnie.....	65
Le cercle vicieux de l'anxiété de performance.....	66
Modèle d'activation de l'éveil.....	67
Intérêt et limite de ces modèles.....	68
Chapitre 3 – Les mécanismes qui maintiennent en état d'éveil.....	70
1 LE STRESS ET L'ANXIÉTÉ.....	72
Le stress.....	72
L'anxiété du normal au pathologique : un état anxieux.....	73
Stress, anxiété, comment y faire face ? La balance contrainte/plaisir.....	75
2 LE MODÈLE D'ÉVEIL OU D'HYPERÉVEIL.....	75
La pression de sommeil.....	76
La pression d'éveil.....	76
Équilibre entre pression de sommeil et pression d'éveil.....	77

PARTIE 2 Du premier contact à l'analyse fonctionnelle..... 84

Chapitre 4 – De la plainte au diagnostic..... 86

1	● L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DU PATIENT.....	88
	La plainte d'insomnie et les recommandations.....	88
	La plainte d'insomnie auprès du psychothérapeute TCC.....	89
2	● QU'EST-CE QU'UNE TCC INSOMNIE (TCCI) ?.....	89
	À qui s'adressent les TCCI ?.....	90
	Le motif de consultation.....	90
	Les objectifs d'une TCCI.....	92
3	● ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC ET UNE LIGNE DE BASE.....	93
	Recueillir la plainte.....	93
	Éliminer les autres troubles du sommeil expliquant la plainte.....	94
	Poser le diagnostic d'insomnie.....	100
	Les échelles d'évaluation.....	101
	Quand avoir recours aux examens du sommeil ?.....	102

Chapitre 5 – Analyse fonctionnelle – Comment fonctionne l'insomnie ?..... 106

1	● OBJECTIF DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE.....	108
	Conséquences et renforcements.....	108
	Des modèles d'analyses fonctionnelles.....	110
2	● UN MODÈLE D'ANALYSE FONCTIONNELLE COMPLÉMENTAIRE.....	112
	Au niveau macro, ou théorie globale de fonctionnement (conceptualisation de cas).....	113
	Au niveau micro (analyse fonctionnelle pas à pas).....	114
3	● CONSTRUIRE L'ANALYSE FONCTIONNELLE À PARTIR DE L'AGENDA DE SOMMEIL.....	120
	L'agenda de sommeil – lire une nuit.....	120
	Lecture de l'ensemble de l'agenda.....	122
	Lecture et analyse des informations qualitatives de l'agenda.....	130
	Exercice : construire une analyse fonctionnelle et initier un plan thérapeutique à partir de l'agenda.....	131

PARTIE 3 Traiter les insomnies par les TCC..... 140

Chapitre 6 – Éduquer le patient..... 146

1	● EXPLIQUER LE SOMMEIL AU PATIENT.....	149
	Outil pédagogique 1 : l'architecture du sommeil.....	149
	Outil pédagogique 2 : les typologies de dormeurs.....	151
2	● COMPRÉHENSION DES MÉCANISMES DE RÉGULATION DU RYTHME VEILLE-SOMMEIL.....	152
	Outil pédagogique : pourquoi s'endort-on ?.....	152
3	● COMPRENDRE LES CONSEILS D'HYGIÈNE POUR BIEN DORMIR.....	160
	Heures de coucher et de lever régulières.....	160
	Respect des rituels du coucher.....	161
	La chambre : un espace de repos.....	161
	Dormir dans une chambre fraîche aérée.....	161
	Adopter un bon rythme alimentaire (et de consommation).....	162
	La cigarette.....	163
	Pratiquer le sport avant 17 heures.....	163
	Avoir des activités relaxantes le soir.....	165
	Le bruit.....	165

Chapitre 7 – Diminuer la pression d'éveil..... 166

1	● LA RESTRUCTURATION COGNITIVE OU AFFRONTER SES CROYANCES.....	168
	Les distorsions cognitives et le sommeil.....	168
	L'agenda du sommeil.....	170

	La restructuration cognitive : différentes approches.....	180
	Tâche comportementale au service des croyances.....	188
2	FAVORISER LA RÉCUPÉRATION AU COURS DE LA JOURNÉE.....	192
	La sieste.....	192
	La pleine conscience.....	194
	De la respiration contrôlée à la cohérence cardiaque.....	195
	La relaxation.....	197
	Les autres techniques.....	198
3	INTERVENIR SUR LES MÉCANISMES DE RÉGULATION DE LA VEILLE ET DU SOMMEIL.....	198
	L'activité physique et le sport.....	199
	La luminothérapie.....	200
	Réduire l'hyper-éveil psycho-physiologique.....	201
Chapitre 8 – Agir sur l'insomnie.....		206
1	LA GESTION DES HORAIRES DE SOMMEIL.....	208
	Le contrôle du stimulus (Bootzin).....	209
	Restriction du temps passé au lit avec restriction du temps de sommeil (Spielman).....	210
2	CHOISIR SON INSOMNIE.....	211
	Contrôle du stimulus plaisir (Dagneaux).....	212
	Restriction du temps de sommeil (Dagneaux).....	215
	Restriction du temps passé au lit (RTPL – Dagneaux).....	215
3	LES AUTRES TECHNIQUES (BOÎTE À ASTUCES).....	217
	La « to do list ».....	217
	La technique de visualisation.....	218
	Nouvelles technologies et le sommeil.....	219

PARTIE 4 Prendre en charge l'insomnie avec des comorbidités psychiatriques..... 222

Chapitre 9 – Insomnie et dépression.....		226
1	L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ (EDC).....	228
	Rappel des critères du DSM-5.....	228
	Symptôme ou trouble comorbide.....	229
	Sommeil et dépression : quelles interactions ?.....	229
	Des mécanismes communs.....	230
	Traitement de la dépression et des insomnies.....	234
2	LA DÉPRESSION BIPOLAIRE.....	236
	Le sommeil : un indicateur d'état.....	236
	Psychoéducation du patient au sommeil.....	237
	Trouble bipolaire et luminothérapie.....	237
	Contrôle du stimulus et trouble bipolaire.....	238
3	LA DÉPRESSION SAISONNIÈRE.....	239
Chapitre 10 – Les troubles anxieux.....		242
1	LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE.....	244
	Rappel des critères du DSM-5.....	244
	Symptômes communs avec l'insomnie.....	244
	Le diagnostic d'insomnie peut masquer un TAG.....	245
	Des mécanismes communs : augmentation de l'hyper-éveil.....	246
	Annonce du diagnostic comorbide à l'insomnie.....	246
	Traitement du TAG et de l'insomnie.....	249
2	L'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION.....	251
	Rappel des critères du DSM-5.....	251
	Anxiété de séparation et insomnie.....	251
	Refus d'aller se coucher : anxiété de séparation ou trouble oppositionnel ?.....	253

3	LE TROUBLE PANIQUE	254
	Rappel des critères du DSM-5.....	254
	Trouble panique et sommeil.....	254

Chapitre 11 - Insomnie et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress..... 258

1	LE TROUBLE DE L'ADAPTATION	260
	Rappel des critères du DSM-5.....	260
	Trouble de l'adaptation et insomnie.....	260
2	L'INSOMNIE CONSÉCUTIVE À UN HARCÈLEMENT MORAL	260
	Rappel des critères du DSM-5.....	260
	Insomnie et harcèlement moral.....	261
3	LES CAUCHEMARS ET LE STRESS POST-TRAUMATIQUE	262
	Rappel des critères du DSM-5.....	262
	Sommeil et stress post-traumatique.....	262

Chapitre 12 - Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés..... 264

1	RAPPEL DES CRITÈRES DU DSM-5	266
2	TOC ET INSOMNIE	266
3	INSOMNIE, TOC ET RITUEL DU COUCHER	266

Chapitre 13 - Insomnie et trouble de l'usage de l'alcool..... 268

1	RAPPEL DES CRITÈRES DU DSM-5	270
2	ALCOOL ET SOMMEIL, QUELLES INTERACTIONS ?	270
3	ALCOOL AVEC CONSOMMATION UNIQUEMENT LE SOIR	270
4	ALCOOLISME CHRONIQUE ET SOMMEIL	273

PARTIE 5 Thérapies de groupe et sevrage médicamenteux..... 276

Chapitre 14 - Les thérapies de groupe..... 278

1	PROGRAMME CLASSIQUE	280
	Un programme en huit séances.....	280
	Intérêt et limite de ce programme en huit séances.....	282
2	PROGRAMME COURT	283
	Un programme de TCCI en trois séances.....	283
	Intérêt et limite de ce programme.....	285

Chapitre 15 - Le sevrage médicamenteux..... 286

1	LES MÉDICAMENTS QUI AIDENT À DORMIR	288
	La demande de la pilule magique.....	288
	Dépendance, accoutumance et effets de sevrage.....	288
	Les différents types de médicaments favorisant le sommeil.....	289
2	LE SEVRAGE	290
	Principe général.....	291
	Dans la réalité.....	291

Pour conclure..... 294

Annexes..... 295

1	ÉCHELLE DE FATIGUE DE PICHOT	295
2	ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH	296
3	QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL POUR LES THÉRAPEUTES	297

4	●	AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL.....	300
5	●	INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE.....	301
6	●	L'INTERRUPTEUR DU SOMMEIL.....	304
7	●	VARIATEUR DU SOMMEIL : PRESSION D'ÉVEIL ET DE SOMMEIL.....	304
8	●	DISTORSIONS COGNITIVES LIÉES AU SOMMEIL.....	305
Liste des figures et tableaux.....			306
1	●	LISTE DES FIGURES.....	306
2	●	LISTE DES TABLEAUX.....	308
Liste des cas cliniques.....			309
Bibliographie.....			311
Pour en savoir plus.....			313
Remerciements.....			314

Introduction

LA TÉLÉ illumine la pièce, mon mari relève la tête.
Je lui dis : « Tu t'es encore endormi devant le film. » Et il me répond
comme d'habitude que non.

22h30 – Moi, je vais me coucher, je suis fatiguée.

Quand je repense à comment ma collègue m'a parlé, ça m'énerve. Mais pour qui elle se prend ?

Bon ! Laissons ça de côté, il faut que je dorme.

22h45 – Le sommeil n'est toujours pas là, ça m'agace. J'aurais dû me faire une tisane au tilleul ou à la valériane. Je ne sais pas s'il m'en reste.

22h55 – Je ne dors toujours pas, essayons la respiration, il paraît que ça marche.

Le radio-réveil indique 23h30. Toujours pas endormie. Je prends ma tablette et je regarde une série pour me détendre.

0h32 – Mon mari se couche. Maintenant, il faut vraiment que je dorme. Je pose la tablette et je bâille. Ça devrait venir.

Demain, j'ai une grosse journée avec une réunion de bonne heure. Il ne faudra pas que les enfants traînent, sinon je serai en retard au boulot.

1h05 - Mais pourquoi je ne dors pas ? Je suis crevée. Mon mari, lui, dort. Tout au moins, il ronfle. J'ai vraiment envie de le réveiller. Il m'agace à dormir comme ça alors que moi je n'y arrive pas. J'aurais dû faire comme lui : une petite pilule et dodo. Mais pourquoi je m'entête à ne vouloir que des solutions naturelles ?

2h07 – Le sommeil n'est toujours pas là. Il faut que j'aille aux toilettes. J'ai lu quelque part que, si on ne dort pas, il faut se lever, mais je n'en ai pas envie. Je veux dormir, il fait chaud sous la couette.

2h21 – Je me lève et je vais aux toilettes. Je passe par la cuisine et je cherche quelque chose à grignoter. Je ne sais même pas si j'ai faim ou soif. J'aurais dû acheter du jus de griotte, il paraît que ça fait dormir.

Je m'installe sur le canapé et je commence à zapper. Il n'y a rien. C'est surtout que je n'ai pas envie de regarder la télé. Je veux dormir. Je vais être morte pour la réunion de demain. Ma collègue va se faire un plaisir de me parler de mes cernes.

Il les range où, ses comprimés, mon mari ? Non, je ne vais pas craquer.

3h16 – Je retourne me coucher.

De toute façon, je suis désespérée. Je n'aurai jamais assez de sommeil pour être en forme demain. Il ne me reste plus qu'à compter les moutons. Mon mari ne ronfle plus, mais qu'est-ce qu'il respire fort.

J'ai envie de bouger mais, si je veux m'endormir, il ne faut pas. Comment on fait pour s'endormir ? Il faut que j'arrête de penser.

3h55 – C'est foutu, je ne dormirai plus. Ça va être dur, demain.

BIP... BIP... BIP...

Ce bruit m'arrache la tête. J'ai l'impression qu'elle est gonflée et ankylosée comme le reste de mon corps.

Le réveil.

Il est 6h15 ! J'ai dormi, mais qu'est-ce que je me sens mal ! Je ne veux pas me lever. Il le faut pourtant. Les enfants, l'école, le boulot, la réunion... Oh non !

Salle de bains, trop de lumière. Et mon mari qui me demande si j'ai bien dormi...

*

**

Cette histoire est fictive, mais chacun d'entre nous peut s'identifier au personnage, même si ce n'est pas de façon aussi extrême.

Nous avons tous des certitudes sur notre sommeil et celui des autres. Il faut dire que notre expérience en ce domaine est grande, avec une pratique quotidienne de plusieurs heures. Mais pouvons-nous pour autant nous considérer comme experts en la matière ?

Le manque de sommeil sur une nuit entraîne une détérioration de l'humeur, une augmentation de l'irritabilité et une baisse de la vigilance. Quand cette privation dure plusieurs jours, même si celle-ci est partielle, la mémoire et le raisonnement sont altérés. Il faut alors fournir des efforts importants pour conserver le même niveau de fonctionnement. Le sommeil permet de maintenir les performances physiques et cognitives. Il a aussi une fonction de récupération métabolique, avec l'élimination des déchets produits par le cerveau.

L'insomnie est une cause fréquente de privation de sommeil : elle touche occasionnellement un Français sur cinq et près d'un sur dix de manière chronique.

Or les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont montré leur efficacité dans la prise en charge de nombreux troubles psychiatriques, dont l'insomnie.

C'est pourquoi ce livre propose une synthèse de deux domaines : le sommeil et les TCC. Pour bien prendre en charge l'insomnie, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des deux.

Ce qu'apporte ce livre :

- La première partie apporte les connaissances nécessaires pour prendre en charge l'insomnie. Les croyances erronées sur le sommeil sont nombreuses, et le thérapeute doit savoir distinguer ce qui relève de ces pré-supposés et ce qui relève de la réalité scientifique. Les critères diagnostiques ont beaucoup évolué avec le DSM-5. Aussi, connaître et comprendre les modèles explicatifs de l'insomnie est indispensable.
- La deuxième partie traite de l'interrogatoire spécifique du patient sur son sommeil, de la démarche diagnostique et enfin de l'analyse fonctionnelle qui permettra de construire le programme thérapeutique.
- La troisième partie aborde l'ensemble des techniques de TCC qui permettront à l'insomniaque de retrouver un bon sommeil. Elles s'articulent autour de trois axes : l'éducation du patient au sommeil, les techniques agissant sur l'insomnie et toutes celles qui permettent de diminuer la pression d'éveil.
- La quatrième partie précise et illustre la mise en place thérapeutique lorsque l'insomnie est comorbide avec un autre trouble psychiatrique.
- La cinquième partie décrit des thérapies de groupe et le sevrage des médicaments hypnotiques.

Que savez-vous sur le sommeil ?

Quiz en vrai ou faux

- | | | |
|---|---|---|
| Il faut 8 heures de sommeil pour être en forme. | V | F |
| Il ne faut pas faire de sport après 17 heures. | V | F |
| L'endormissement a lieu lorsque la température du corps est la plus basse. | V | F |
| L'insomnie d'endormissement peut être liée à un retard de phase. | V | F |
| Le sommeil avant minuit compte double. | V | F |
| Un cycle de sommeil dure 4 heures. | V | F |
| Un bruit de 55 dB réveille une personne qui dort. | V | F |
| Si je dors moins que mes besoins, j'accumule une dette de sommeil. | V | F |
| Un verre de lait aide à l'endormissement. | V | F |
| La somnolence et la fatigue, c'est la même chose. | V | F |
| Il faut que je sois couché avant une certaine heure, sinon je ne serai pas en forme le lendemain. | V | F |
| Le sommeil est composé de quatre stades. | V | F |
| L'insomnie est dite chronique quand elle dure plus d'un mois. | V | F |
| La luminothérapie est indiquée pour un épisode dépressif caractérisé. | V | F |
| Quand on a mal dormi, il est important de dormir plus longtemps le lendemain pour récupérer. | V | F |
| Il faut aller se coucher plus tôt si on est fatigué. | V | F |
| Une sieste de 2 heures permet une bonne récupération si on est fatigué. | V | F |
| Le sommeil paradoxal permet de bien mémoriser ce qu'on a appris la veille. | V | F |
| La consommation chronique d'alcool facilite l'endormissement. | V | F |

Réponses sur www.tcci.fr

Partie 1

Ce que le thérapeute doit savoir sur le sommeil et l'insomnie



Chapitre 1 – Connaître et comprendre le sommeil	16
Chapitre 2 – Comprendre l’insomnie	50
Chapitre 3 – Les mécanismes qui maintiennent en état d’éveil	70

CETTE PARTIE a pour objectif d'apporter les informations essentielles sur ce qu'il faut connaître sur le sommeil, et de définir ce que sont les Thérapies Comportementales et Cognitives. Il sera ensuite important de compléter ces informations par d'autres lectures.

● **Que sont les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) ?**

Les TCC sont un traitement des troubles psychiatriques (dépression, trouble anxieux, insomnie etc.). Cette thérapie est issue de la psychologie scientifique reposant sur la méthode expérimentale appliquée au cas d'une personne. Cela implique que le thérapeute va établir des hypothèses sur le fonctionnement du patient.

Le modèle général de cette analyse repose sur les théories de l'apprentissage : si un comportement se maintient c'est qu'il est renforcé.

Un comportement se définit chez l'homme à la fois par ce qu'il fait, ce qu'il pense (cognition) et ce qu'il ressent (émotion et sensation). La thérapie est centrée sur les difficultés actuelles tout en tenant compte de la trajectoire de vie du patient. Elle a recours à des évaluations pour mesurer l'efficacité du travail thérapeutique et utilise de nombreuses techniques (outils thérapeutiques).

Une TCC consiste à rechercher les facteurs déclencheurs de la difficulté actuelle ainsi que les facteurs de maintien de ce comportement problème afin de le remplacer par un comportement adapté à l'aide d'un nouvel apprentissage.

● **Que sont les TCCI ?**

Ce sont avant tout des TCC avec les critères définis précédemment.

Pour un patient, il s'agira d'établir ce qui maintient ses difficultés de sommeil tant au niveau de ses comportements (se coucher plus tôt), de ses cognitions (il faut que je dorme sinon je vais être fatigué demain) que de ses émotions (peur de ne pas se rendormir).

Le fait d'appliquer une technique spécifique ne constitue pas une TCCI. Cela est important car les recommandations résument parfois la prise en charge TCCI à une ou deux techniques (restriction de temps passé au lit et contrôle du stimulus).

Sur ce principe, il peut être proposé au patient de faire une « TCC » se résumant à la mise en place de ces deux techniques plus un peu de relaxation. Cela permet de faire des « TCC » à distance, en ligne, ayant montré une efficacité mais

qui véhiculent une fausse idée de ce qu'est une thérapie cognitivo comportementale.

Dans cet ouvrage vous trouverez une présentation et une illustration de la prise en charge de l'insomnie par Thérapie Comportementale Cognitive.

Chapitre 1

Connaître et comprendre le sommeil



❶	Qu'est-ce que le sommeil ?	18
❷	Le sommeil et la veille : mécanismes neurobiologiques	32
❸	Le sommeil et notre quotidien	42

Au quotidien, les psychothérapeutes (TCC) ont peu de patients qui viennent consulter pour des problèmes d'insomnie. Leurs plaintes initiales sont multiples, et les difficultés de sommeil ne sont présentées que comme un symptôme. Lorsque ces problèmes persistent, l'attente du patient sera bien souvent d'obtenir la pilule magique qui le fera dormir sans avoir à fournir aucun effort. Dans cet espoir, il s'adressera à son médecin traitant ou aux pharmaciens pour obtenir des produits en vente libre.

Les patients et parfois même les thérapeutes ignorent que la prise en charge de l'insomnie repose sur les Thérapies Comportementales et Cognitives mais cela change progressivement. Les TCC sont avant tout des psychothérapies et elles ne peuvent donc être pratiquées que par des psychothérapeutes (psychologues ou médecins, selon la loi sur l'usage du titre de psychothérapeute du 9 août 2004).

Dans la formation initiale des médecins comme des psychologues, le sommeil et ses pathologies sont peu enseignés. Or sans formation spécifique sur le sommeil, le thérapeute n'a pas le réflexe d'interroger son patient quand celui-ci lui dit qu'il dort mal. Il a tendance à prendre cette information comme un signe clinique et non comme une pathologie sur laquelle il peut agir. Dans ces conditions, comment peut-il apporter de l'aide au patient ?

Avant d'aller plus loin, examinons d'abord ce qu'est le sommeil.

1 QU'EST-CE QUE LE SOMMEIL ?

Définition

Le sommeil fait partie des besoins primaires, comme le fait de boire ou de s'alimenter. Il constitue une activité naturelle que nous réalisons tous les jours. Néanmoins, parler du sommeil seul n'a pas vraiment de sens, car cette activité est indissociable de la veille, un peu comme chaque face d'une pièce est indissociable de l'autre. Il est alors plus pertinent de parler du rythme veille-sommeil. La notion de rythme vient du fait que la veille et le sommeil sont deux états alternatifs qui se répètent sur une période de 24 heures.

► La veille

La veille peut se définir comme un état caractérisé à la fois par la vigilance et la conscience d'être vigilant. Au cours de la veille, différentes capacités peuvent

être mesurées pour témoigner de sa qualité, comme l'attention, la concentration, la capacité de mémorisation, la capacité de raisonner, mais aussi la forme physique, tant au niveau de la force que des temps de réaction. L'état de fatigue est également un indicateur témoignant de sa détérioration. Dans les attentes des patients, une bonne journée est une journée sans fatigue ; cette dernière, lorsqu'elle apparaît le soir, sera considérée comme un indicateur d'un besoin de sommeil.

Les mécanismes neurobiologiques des systèmes d'éveil sont nombreux. Ils mobilisent notamment une hormone, le cortisol, qui a un pic endogène de sécrétion le matin et dont le taux doit nécessairement diminuer le soir pour favoriser l'endormissement. D'un point de vue électrophysiologique, la veille se caractérise par des ondes cérébrales rapides.

► Le sommeil

Le sommeil peut être défini comme un état de conscience modifiée durant lequel les perceptions conscientes du monde extérieur sont très faibles, voire quasiment abolies selon les stades. Le sommeil n'est pas un phénomène continu et constant tout au long de la nuit. À l'aide de critères électrophysiologiques et comportementaux (observation du dormeur), différents états ont pu être définis, que l'on appelle stades. Le sommeil est donc constitué de plusieurs stades successifs, eux-mêmes organisés en cycles. C'est cette organisation que l'on nomme **architecture du sommeil**.

Pour chacun d'entre nous, le sommeil est un moment de récupération. Lorsque l'on dort bien, on ne se demande pas pourquoi on va se coucher ; en revanche, en cas d'insomnie, on commence à se poser beaucoup de questions. Pourquoi est-ce que je n'arrive pas dormir, alors que, pour la majorité des personnes, cette activité est naturelle et même agréable ? Ça, c'est ce que s'imaginent les mauvais dormeurs. Dans la réalité, on parle rarement de ses problèmes de sommeil. On essaie de trouver une solution tout seul et on s'enferme dans un mal-être réel. Car, lorsqu'on dort mal, c'est tout le fonctionnement métabolique qui est détérioré.

► La fatigue

La fatigue est un état physiologique consécutif à un excès de travail ou à un effort trop long et comportant une baisse de performance. Le signe principal de fatigue est principalement l'effort ressenti pour maintenir le même niveau de performance. C'est le repos qui permet la récupération. C'est-à-dire que l'on

peut récupérer sans dormir : c'est le cas pour certaines fatigues physiques telles que la fatigue musculaire. Sommeil et fatigue ne vont pas nécessairement de pair : on peut en effet être très fatigué et ne pas arriver à s'endormir ou, à l'inverse, avoir dormi et se sentir encore fatigué.

La fatigue est souvent confondue avec la somnolence. Or la fatigue peut conduire à la somnolence, mais pas obligatoirement. En revanche, elle altère notre capacité à traiter l'information et à mémoriser. C'est souvent un indicateur subjectif de la qualité de l'éveil.

La fatigue est un signe clinique non spécifique que l'on va retrouver dans de nombreuses pathologies. Il existe des échelles de fatigue, telle celle de Pichot, que vous trouverez en annexe 1 (J. Gardenas et Coll, n.d.). Mais la fatigue peut aussi résulter d'une perturbation des mécanismes de régulation du sommeil.

► La somnolence

La somnolence est l'état intermédiaire entre le sommeil et la veille ; elle précède l'endormissement. Les signes de somnolence sont ceux que l'on ressent lorsque survient le besoin de dormir, comme les paupières lourdes ou des sensations d'engourdissement.

Il y a souvent confusion entre somnolence et fatigue car, dans les deux cas, le repos, et tout particulièrement le sommeil, va permettre de faire disparaître la sensation de somnolence et de fatigue.

La somnolence est donc un état normal le soir avant le coucher. Le fait de ressentir de la somnolence à un autre moment est en revanche un signe clinique qui doit amener à une recherche de la cause. Afin de la mesurer, il existe des échelles d'évaluation de la somnolence, comme l'échelle d'Epworth présente en annexe 2 (Billard, 1994).

Depuis quelques années, la prévention routière communique fréquemment sur ce sujet, car la somnolence est aujourd'hui la première cause d'accidentologie sur autoroute. Elle multiplie en effet le risque d'accident par 2,7 pour un sommeil de 5 heures sur une période de 24 heures et par 5,6 lors de la circulation la nuit entre 2 et 5 heures du matin. Dix-sept heures de veille produisent les mêmes effets qu'une alcoolémie de 0,50 g/l de sang. Vingt-quatre heures de veille produisent les mêmes effets qu'une alcoolémie de 1 g/l de sang.

La somnolence au volant a pour effet :

- un rétrécissement du champ visuel, qui est dépendant du manque de sommeil et de ce quel que soit l'âge ;

- une augmentation du temps de réaction ;
- des erreurs dans le traitement de l'information : mauvaise prise de décision malgré une bonne perception de l'environnement ;
- une difficulté pour stabiliser sa vitesse ;
- une difficulté à maintenir sa trajectoire, avec des franchissements de la ligne blanche ;
- une inattention à l'environnement (priorité à droite, signalisation, etc.).

La somnolence peut avoir différentes origines :

- une hygiène de sommeil insuffisante, qui peut être due soit à des horaires décalés, soit à un sommeil trop court ;
- un sommeil non récupérateur, qui peut être dû à des pathologies organiques du sommeil comme les apnées, à des troubles psychiatriques (insomnie, dépression) ou à du stress, qui fragmente le sommeil ;
- une maladie de la vigilance, comme la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ;
- une prise de médicaments psychotropes, qui altère l'état de veille.

L'architecture et les stades de sommeil

L'architecture du sommeil est obtenue en mesurant l'activité électrique du cerveau (l'électroencéphalographie : EEG) à l'aide d'un examen appelé. Sa représentation graphique s'appelle un hypnogramme. En état d'éveil, l'activité électrique du cerveau est importante et on observe beaucoup d'ondes rapides. Au cours de la nuit, cette activité électrique est moins importante et on voit se dessiner des ondes plus lentes et plus amples. C'est en caractérisant l'activité électrique du cerveau qu'ont été définis quatre stades de sommeil (selon une classification internationale). D'autres constantes physiologiques renseignent sur l'état de la personne, comme le tonus musculaire, le rythme respiratoire ou le rythme cardiaque.

Ces quatre stades de sommeil forment un cycle d'une durée de 90 à 120 minutes. Une nuit est ainsi composée d'une succession de plusieurs cycles (*figure 1.1*).

► Les stades de sommeil

● Le stade 0 – La veille

Le stade 0 correspond à la veille calme. L'EEG révèle une activité alpha de 8 à 13 Hz, puis des ondes bêta (de 14 Hz à 24 Hz) lors de nos activités quotidiennes et des ondes gamma (25 Hz à 40 Hz) lors de grandes concentrations.

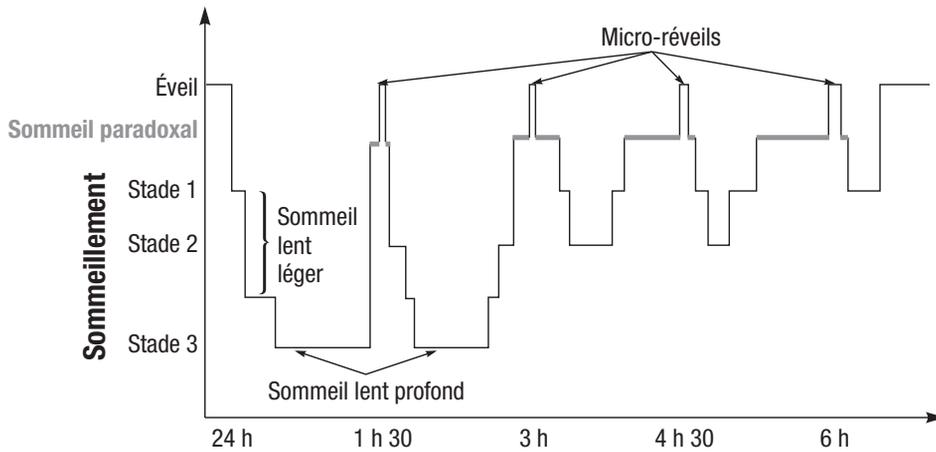


Figure 1.1. Architecture du sommeil

Au cours de la veille, l'activité musculaire est importante. La respiration est rapide et irrégulière tout comme le rythme cardiaque. L'activité corticale est donc importante. L'ensemble de cette activité témoigne d'un niveau d'activation consciente dans laquelle nous mobilisons nos capacités attentionnelles. On est vigilant.

● Le stade 1 – L'endormissement

Le premier stade est constitué de sommeil lent léger, que l'on observe au moment de l'endormissement. C'est un sommeil durant lequel le moindre bruit peut réveiller l'individu et qui ne donne pas la sensation d'avoir dormi. D'un point de vue électrophysiologique, il est caractérisé par des ondes thêta de 3,1 à 7,9 Hz. Le tonus musculaire durant cette phase diminue mais reste présent. La température corporelle diminue, ainsi que le rythme cardiaque et le rythme respiratoire.

Ce stade correspond également à la forte somnolence présente juste avant notre sensation de dormir. Le temps mis à s'endormir est appelé latence d'endormissement ; il s'agit du temps mis à passer du stade 0 de l'éveil au stade 1. Chez l'adulte, il est considéré comme normal lorsqu'il n'excède pas 20 minutes. Au-delà, on considère qu'il y a difficulté d'endormissement.

Pendant cette période, nous pouvons observer un ensemble de parasomnies normales et parfois troublantes comme :

- Des hallucinations ;
- Des sursauts ou secousses des membres ;
- Une impression de tomber.

● Le stade 2 – Sommeil lent léger

Le stade 2 est également un sommeil lent léger. D'un point vu électrophysiologique, il se différencie du stade 1 par la présence de fuseau (12-14 Hz) et de complexe K (grande onde lente). Nous parlons encore ici d'un sommeil léger, car nous restons là aussi très sensibles aux stimuli extérieurs. Le tonus musculaire est faible mais pas nul. La respiration est calme.

En termes durée, ce stade est le plus important de notre sommeil puisqu'il constitue 50 % du temps total de nos nuits. Sa durée et sa qualité nous permettent également de différencier les gros des petits dormeurs, ainsi que les bons des mauvais dormeurs. Les gros dormeurs ont une durée de sommeil plus longue que les petits, liée à l'augmentation du temps passé en stade 2. Les mauvais dormeurs se réveillant durant le stade 2 ont la sensation de ne pas avoir dormi, contrairement aux bons dormeurs, qui ont vraiment eu la sensation de dormir.

● Le stade 3 – Sommeil lent profond

Le sommeil lent profond est caractérisé par des ondes cérébrales lentes (de 0,1 à 2,9 Hz), appelées ondes delta. La respiration est lente et régulière, tout comme le rythme cardiaque. La température corporelle est basse. Il est très difficile de réveiller la personne.

Ce stade de sommeil est souvent associé à la récupération physique. Il représente chez tous les dormeurs environ 100 minutes par nuit, quels que soient leurs besoins naturels de sommeil. Durant ce stade, sont libérées les hormones de croissance si importantes pour l'enfant et pour le système immunitaire. C'est le stade de sommeil le plus essentiel. Sa privation génère une dette de sommeil qui sera récupérée la nuit suivante.

Le somnambulisme et les terreurs nocturnes apparaissent durant cette phase de sommeil.

● Le stade 4 – Sommeil paradoxal

Le sommeil paradoxal ou R.E.M. *sleep* (*Rapid Eye Movement Sleep*) est le stade durant lequel l'activité onirique est la plus élaborée. Le paradoxe résulte d'une activité cérébrale élevée (similaire à la veille), alors que l'on observe une absence totale de tonus musculaire dans les muscles posturaux. Le tonus musculaire est conservé au niveau de la tête avec des mouvements oculaires en saccade. Le rythme cardiaque et la température corporelle augmentent au cours de ce stade.

On constate également une érection chez l'homme et la femme due au relâchement musculaire, sans lien avec le contenu des rêves.

La durée de ce stade est proportionnelle à la durée totale du sommeil (de 20 à 22 %). Il apparaît en fin de cycle, avec une durée très brève sur les premiers. Cette durée augmente cycle après cycle pour composer la majeure partie du dernier cycle sur le matin.

► L'architecture du sommeil

L'ensemble de ces quatre stades forme donc un cycle de 90 à 120 minutes. La distribution de ces stades au cours de chaque cycle varie. Lors des premiers cycles, il y a beaucoup de sommeil profond et très peu de sommeil paradoxal. En fin de nuit, en revanche, il n'y a plus de sommeil lent profond et on observe beaucoup de sommeil paradoxal et de sommeil de stade 2. D'où le dicton : « Le sommeil avant minuit compte double. » En réalité, ce sont les premières heures qui comptent double, dans la mesure où elles contiennent la plus grande quantité de sommeil réparateur.

L'enchaînement des cycles est marqué par un éveil bref appelé micro-éveil, qui augmente avec l'âge jusqu'à durer quelques minutes sans conscience d'éveil. Il est normal de se réveiller la nuit, mais, en principe, on ne s'en souvient pas. Ces réveils intra-nuit, s'ils se prolongent, seront à l'origine des insomnies de milieu et de fin de nuit.

L'hypnogramme est dépendant du rythme circadien (voir ci-après p. 32) et son architecture est modifiée si le sommeil n'est pas réalisé de nuit.

L'architecture du sommeil s'adapte à nos pratiques. La variable d'ajustement se fait principalement sur le stade 2. Comme nous l'avons vu, le sommeil lent profond (stade 3) représente 100 mn par nuit, et le sommeil paradoxal, proportionnel à la durée de la nuit, représente 20 à 22 % du temps total de sommeil. La réduction du temps de sommeil revient à réduire principalement le sommeil lent léger et un peu le sommeil paradoxal. À l'inverse l'allongement de la nuit, surtout sur le matin, ajoute du sommeil de stade 2 et du sommeil paradoxal.

Les patients évoquent souvent la notion de « dette de sommeil » pour justifier les grasses matinées du week-end et des vacances. Cependant, on ne parlera de dette de sommeil que dans le cas d'une nuit blanche ou d'une privation d'au moins 50 % du temps de sommeil habituel (manque de sommeil de stade 3 et 4), qui sera récupérée la nuit suivante sans que l'on constate nécessairement un allongement du temps de sommeil.

Les différentes typologies de dormeurs

Le sommeil de chacun est unique. Différentes typologies nous aident à le caractériser : la durée de sommeil (ou besoin de sommeil), la matinalité ou la vespéralité (du matin ou du soir), la perception de son sommeil (bon ou mauvais dormeur), le fait d'être dépendant ou indépendant de son rythme et le fait d'entrer et de sortir facilement du sommeil.

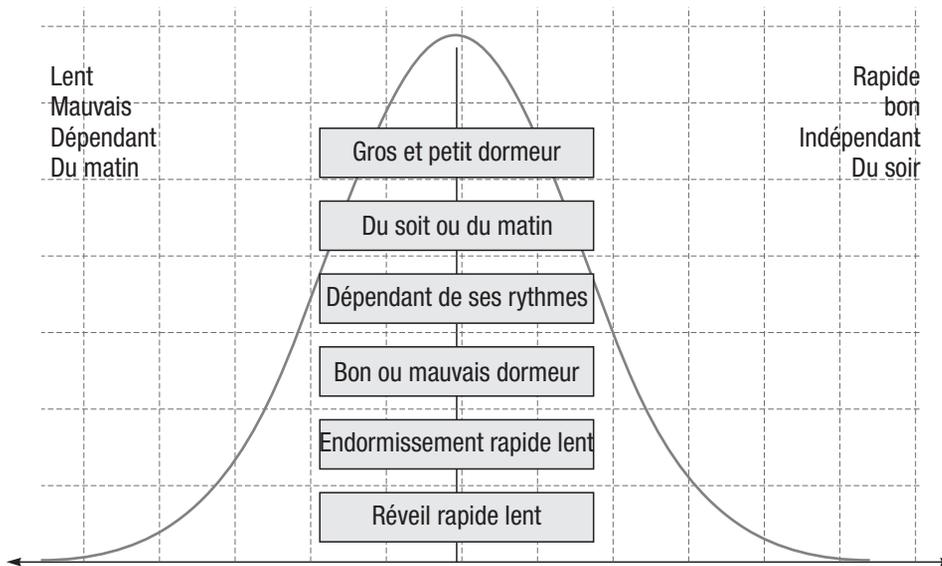


Figure 1.2. Typologie du sommeil

Par typologie, nous entendons variation autour de la moyenne. Donc, pour chaque typologie dont nous allons parler, nous retrouvons une distribution gaussienne, une loi normale. Cela signifie que la majorité des gens se situe autour de la moyenne (68 %), un groupe un peu inférieur à la moyenne représente 13,5 % et un groupe très inférieur 2,5 %. La même distribution s'observe au-dessus de la moyenne, avec un groupe légèrement supérieur (13,5 %) et un autre fortement supérieur (2,5 %) (figure 1.2).

► Besoin et durée de sommeil (gros et petit dormeur)

La notion de besoin de sommeil renvoie à la quantité quotidienne de sommeil nécessaire à la récupération de la fatigue de la veille. Propre à chacun, ce besoin est très probablement déterminé génétiquement, mais il est malgré tout difficile à évaluer car notre sommeil a une capacité à s'adapter à nos modes de vie, dans une certaine limite. Pour déterminer notre besoin de sommeil, il serait donc plus